



**EJÉRCITO DE NICARAGUA
CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS MILITARES
«GENERAL DE DIVISIÓN JOSÉ DOLORES ESTRADA VADO »**

***PATRIA *DEFENSA *LIBERTAD**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA:

**« FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTO
PREMATURO EN EL HOSPITAL MILITAR
ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS EN EL PRIMER
SEMESTRE DEL AÑO 2009 »**

TUTOR : Dra. Mayela Murillo Mejia

ALUMNO : Iván Alejandro Romero Cuadra

Managua, 09.05.2011

INDICE

Nº. /O	DENOMINACIÓN	PÁGINA
I.	INTRODUCCIÓN.	1
II	ANTECEDENTES	4
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
IV.	OBJETIVOS.	9
V.	MARCO TEORICO.	10
VI.	DISEÑO METODOLOGICO.	30
VII.	RESULTADOS.	39
VIII.	DISCUSIÓN.	45
IX	CONCLUSIONES.	52
X.	RECOMENDACIONES.	54
XI.	BIBLIOGRAFÍA.	55

INDICE DE ANEXOS

Nº. /O	DENOMINACIÓN
1	Ficha de Recoleccion de Datos
2	Tablas y Graficos

DEDICATORIA

**A mis padres que siempre me
Han apoyado en cada una
De mis metas**

OPINION DEL TUTOR

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en el mundo y constituye uno de los problemas más severos de la asistencia prenatal. El riesgo global de un prematuro de morir es 180 veces mayor al de un recién nacido a término, con cifras muy variables en función de las semanas de gestación.

A pesar de los múltiples intentos de actuación, en diversos sentidos las tasas de prematuridad se han mantenido constante. Aproximadamente las tres cuartas partes de las muertes neonatales se presentan en los recién nacidos prematuros.

En la actualidad se acepta que el parto prematuro ocurra porque se reúnen una serie de factores desencadenantes y es preciso analizarlos y tenerlos en cuenta cuando la gestante ingresa al control prenatal y en cada visita, para detectarlo precozmente.

Es por esta razón que se realiza el presente estudio, el que brindará datos estadísticos que servirán para incidir sobre este problema de salud.

Dra Mayela Murillo Mejía

Medico y Cirujano

Especialista en Ginecología y Obstetricia

I. INTRODUCCIÓN.

El embarazo es una condición fisiológica que toda mujer aspira y sueña, para la mayoría de las mujeres transcurre sin ningún problema, para algunas otras se presentan algunos percances, pero casi todas llegan a un resultado final que es un niño sano.

El embarazo según la literatura dura aproximadamente 266 días a partir del momento de la fecundación del óvulo, pero resulta difícil precisar ese momento. Para calcularlo, se tiene en cuenta el primer día del último período menstrual, no el día de la fecundación. Si tiene un ciclo con un promedio de 28 días, se considera que la fertilización tiene lugar el día 14º y no el 1º del embarazo, debido a que la ovulación suele producirse unos 14 días después del inicio del período. Por tanto, el calendario del embarazo corresponde a 266 días más otros 14, es decir 40 semanas, pero se trata sólo de una guía. Por término medio, el embarazo dura entre 37 y 42 semanas.

El parto prematuro es una condición patológica que se presenta en el 5-7% de las mujeres gestantes en países desarrollados, pero puede alcanzar una incidencia de hasta el 10% en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) define al parto prematuro como el nacimiento entre las 20 y 36 6/7 semanas. Parto inmaduro es una denominación que corresponde a una subdivisión del parto prematuro y se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas. En neonatología algunos denominan pretérmino moderado al que nace entre las 32 y 36 semanas, pretérmino severo al que es menor a 32 semanas y pretérmino extremo al que es menor de 28 semanas.

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros. El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en la mayoría de los países, especialmente en los países desarrollados. En los EE.UU., el 75% de la mortalidad perinatal ocurre en recién nacidos prematuros; más de dos tercios de la mortalidad perinatal (60% del total) ocurre en neonatos nacidos con menos de 32 semanas. La mortalidad y la morbilidad están inversamente asociadas con la edad gestacional al momento del parto. Las morbilidades incluyen el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular (Hiv), enterocolitis necrotizante, sepsis, retinopatía, etc. Todos los miembros de una familia en la que se presenta un parto prematuro sufren enormemente, en varios aspectos, como médica, social, psicológica y económicamente.

Existen una serie de factores de riesgo que se asocian al desarrollo del parto prematuro, tales como la edad, la talla, el peso, tabaquismo, anomalías congénitas uterinas, embarazos gemelares, entre otros. Y la detección de cada uno de ellos resulta en un beneficio para el pronóstico del embarazo así como para su manejo en aquellos casos que sea inevitable la terminación del embarazo antes de las 37 semanas de gestación.

Consideramos que este estudio viene a fortalecer el trabajo realizado por los especialistas en ginecoobstetricia de nuestra institución, brindándoles información real de cómo están nuestras pacientes, y de esta forma poder intervenir sobre algunos factores y lograr que el embarazo concluya sin complicación.

II. ANTECEDENTES

Al año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros. Su frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres. En Estados Unidos, en 1981, representó 9.4% de los embarazos y, en 2005, 12.7%, lo que significa un aumento de más de 30% en el periodo. Sin embargo, en algunos grupos de la población se han reportado cifras aún mayores, como en el de adolescentes, en el que la frecuencia alcanza 21.3%.

En el año 2002, la tasa de mortalidad para los recién nacidos estadounidenses con prematuridad extrema fue casi 70 veces mayor que para los recién nacidos a término. En México, la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido en los últimos 20 años; sin embargo, existen regiones del país con elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil, congruente con el perfil epidemiológico de la marginación y el rezago en las condiciones de salud, como lo demuestra un estudio de casos y controles realizado en el Hospital General de Comitán, Chiapas, durante el año 1999, en el que se demostró una relación significativa entre la prematuridad con bajo peso para la edad gestacional y la mortalidad perinatal (RM: 9.20; IC 95%, 4.4-19.2), lo que significa que los nacidos prematuros tienen 9.2 veces más riesgo de muerte perinatal en comparación con los nacidos a término.

Según Villar J y col. se estima que en los países desarrollados la prematuridad abarca entre 6 %-10 % de todos los nacimientos. Asimismo, en Venezuela Díaz y col. afirman que ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de

embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad. Su relevancia clínica radica en su influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil.¹⁷

De acuerdo a las estadísticas reseñadas por López, en los países de las regiones de la América Latina y del Caribe, a pesar de no existir un patrón único de la tasa de fecundidad en las adolescentes, se estima que está entre 140 x 1 000 nacidos vivos para Nicaragua y algo más de 40 x 1 000 para Cuba y otras Islas del Caribe, en Paraguay se aproxima al 100 x 1 000 y en Venezuela la tasa de fecundidad ronda el 80 x 1 000.

16

En Europa y muchos países desarrollados la tasa de nacimientos prematuros es generalmente 5-9%, en España, en la Encuesta Nacional de Mortalidad Perinatal realizada en 1995 por la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la incidencia de partos pretérminos era de 6.94%. En Cataluña se ha producido un importante aumento de los porcentajes de prematuridad entre los años 1993, en que se registró una tasa del 5,5%, y 2002 con una tasa del 7.6%. En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, Colombia la frecuencia de prematuridad es del 10.6% cuando se incluye la edad gestacional entre 28 y 36 semanas.

Tres eventos obstétricos preceden un parto pretérmino: los que son espontáneos constan un 40 - 45% y aquellos que son consecuencia de una ruptura prematura de membranas el 25-30%. El resto (30-35% de los casos) son inducidos por razones obstétricas; como un deterioro del medio intrauterino por infección, retraso del crecimiento intrauterino o

peligro significativo de la salud materna en la preeclampsia y cáncer. Basado en la edad gestacional, el 5% de los pretérminos se producen antes de las 28 semanas constituyendo la prematuridad extrema, el 15% entre la semana 28-31 (prematureo severo), el 20% entre las 32-33 semanas (prematureo moderada), y 60-70% entre las 34 -36 semanas.

Como el peso al nacer es más fácil de determinar que la edad gestacional, la Organización Mundial de la Salud hace un seguimiento de los recién nacidos de bajo peso al nacer (<2.500 g), los cuales ocurren en un 16,5% de los nacimientos en las regiones menos desarrolladas durante el año 2000. Se estima que un tercio de esos nacimientos de bajo peso al nacer se debieron a un parto pretérmino. Por lo general, el peso se correlaciona con la edad gestacional, sin embargo, los bebés pueden tener pesos inferiores al rango normal por otros motivos que el parto prematuro. Entre los recién nacidos de bajo peso al nacer también se incluyen los que nacen a término y que son pequeños para la edad gestacional. La clasificación basado en el peso reconoce también el grupo de los que son de muy bajo peso al nacer, que nacen con menos de 1500 g, y aquellos con muy bajo peso al nacer, que pesan menos de 1000 g. Casi todos los recién nacidos en estos dos últimos grupos han nacido prematuramente.

En un estudio de casos y controles realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California entre 1997 y 1998, las infecciones cervicovaginal y de vías urinarias estuvieron asociadas al parto pretérmino en 47.9 y 30.2 %, respectivamente.

El polihidramnios se presenta entre 0.4 y 2.3 % de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto

pretérmino; el origen puede ser materno, fetal o idiopático. El tratamiento más común para corregir el polihidramnios sintomático es la amniocentesis. La anemia ferropénica en embarazadas es frecuente, y autores como Viteri y McFe observaron que la anemia aumenta el riesgo para bajo peso en el recién nacido y la morbilidad fetomaterna.

En el hospital Berta Calderón se presentó una incidencia del 12% en 1985; 14% en 1992; 21% en 1995; y de hasta un 31% en el año de 1999.

Debido a que es el hospital de referencia nacional y mayor detección de embarazos de alto riesgo, es posible que estos valores superen la incidencia real del problema. El parto pretérmino es la causa más importante de morbilidad y de mortalidad perinatal; 65% de muerte perinatal.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que se asocian al parto prematuro en las pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

IV. OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el primer semestre del año 2009

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

1. Conocer la incidencia de partos prematuros en el HMEADB
2. Identificar los factores de riesgo maternos
3. Determinar los factores de riesgo placentarios
4. Conocer los factores de riesgo uterinos

V. MARCO TEÓRICO.

Duración de la gestación normal

La gestación humana dura 280 días, con una variación de 2 semanas. El inicio del trabajo de parto se caracteriza por la aparición de actividad contráctil en el útero, que ha permanecido con baja actividad el 90% del tiempo de la gestación. Cómo y por qué ocurre este proceso es aún motivo de estudio, y lo que se propone actualmente es producto de la interpretación a partir de modelos animales. Se puede decir que el proceso funcional encargado de este momento es mediado por una respuesta humoral, celular y bioquímica, característica de una respuesta inflamatoria controlada. El momento normal de terminación se corresponde con la suficiente madurez fetal para garantizar la supervivencia fetal extrauterina. El proceso parece iniciarse por la supresión del ambiente de progesterona que predomina en la gestación, que por la aparición de sustancias estimulantes.¹

En modelos animales se ha identificado a la semana 37 como el momento donde la placenta ha alcanzado la máxima función celular, cuando cesa la mitosis y la diferenciación del citotrofoblasto hacia el sincitiotrofoblasto, como se logra la mejor distancia de transferencia en la vellosidad y por lo tanto el máximo paso de nutrientes hacia el feto y excreción de metabolitos hacia la circulación materna, y se ha alcanzado la máxima reserva placentaria equivalente a 4 veces el nivel requerido para la demanda de crecimiento. A partir de este momento comienza una disminución progresiva de la función por procesos naturales de envejecimiento, apoptosis celular y depósito de material fibrinoide en la placa basal, con esclerosis de los vasos nutricios en el endometrio,

engrosamiento de las vellosidades y pérdida funcional de muchas de ellas.

Parto pretérmino

La lucha contra el parto pretérmino (PPT) representa la medida más importante para reducir la mortalidad perinatal, ya que el 75% de ella, es debido a la prematurez. De ahí que el gran desafío para aumentar el número de sobrevivientes sanos, es la prevención y el tratamiento del PPT. Ahora, una tercera parte de los prematuros pesan menos de 2500 g y tienen algún grado de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Se acepta que todo niño recién nacido con un peso inferior de 2500 gramos es un niño de bajo peso al nacer.²

El PPT representa un riesgo para el neonato por las complicaciones producidas por la inmadurez o por el defecto de las drogas utilizadas para su manejo; igualmente, las complicaciones maternas están relacionadas con las acciones que dichas drogas producen a nivel cardiaco, renal y pulmonar. Las principales complicaciones a corto plazo asociadas con la prematurez son: el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), la hemorragia intraventricular (HIV), la leucomalacia periventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la sepsis y la persistencia del ductus arterioso. Por otra parte, la morbilidad a largo plazo incluye: la parálisis cerebral (PC), el retardo mental, la retinopatía del prematuro, la epilepsia, la ceguera y la sordera. La tercera parte de los fetos con 27 semanas o menos tendrán hemorragia intraventricular y paraventricular (HIV/PV) grado III o IV, la que en el 100% de los casos se traducirá en secuelas neurológicas como la PC; por encima de las 28 semanas las tasas de HIV/PV no superan el 5%. Por debajo de las 27

semanas, las morbilidades más frecuentes en su orden son: SDR, HIV/PV y la sepsis. ²

En general, el PPT se puede dividir en 2 categorías: el PPT espontáneo (80%) el cual es una enfermedad multifactorial, con múltiples presentaciones clínicas que incluyen el trabajo de parto pretérmino (TPPT) en el 50% de los casos y la ruptura prematura de membranas ovulares (RPM) en el 30% de los mismos. El resto de los PPT (20%) ocurren debido a enfermedades maternas o fetales como por ejemplo: preeclampsia – eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, RCIU, etc. ¹

Definición

El parto pretérmino es aquel que se presenta después de la semana 22 y antes de haber completado la semana 37 (259 días de gestación), contados a partir del primer día de la fecha de última menstruación (FUM). (1) En el Reino Unido se definió legalmente como límite de viabilidad las 24 semanas, según la 1992 *Amendment to the Infant Life Preservation Act*. No obstante un número reducido de lactantes nacidos a las 23 semanas, sobrevivirá. La mortalidad y morbilidad de prematuros nacidos después de las 32 semanas de gestación son similares a las de aquellos nacidos a término. El riesgo de mortalidad neonatal de los sobrevivientes con desventaja se vuelve significativo en “lactantes muy prematuros” definidos como aquellos que nacen entre las 28 y 32 semanas, pero es más significativo en “lactantes extremadamente prematuros”, definidos como los nacidos antes de la semana 28. En la práctica obstétrica moderna, la valoración de la edad gestacional se basa en la fecha de último período menstrual y la

biometría fetal ecográfica. El “peso bajo al nacer” se define como menos de 2.25kg, el “peso muy bajo al nacer” como menos de 1.5kg, y el “peso extremadamente bajo al nacer” como menos de 1 kg. ¹

El TPPT es la presencia de contracciones regulares que ocurren antes de la semana 37 de edad gestacional que se asocien con cambios en el cuello. Por otro lado, la amenaza de parto prematuro (APP) se presenta cuando solo hay contractilidad uterina aumentada sin cambios cervicales. ¹

Incidencia

A pesar de los avances de la perinatología en pruebas diagnósticas, en el conocimiento del colágeno y su interacción con las metaloproteinasas, en la infección, en terapias, y de los esfuerzos para entender, prevenir e inhibir el PPT, la reducción no ha sido significativa. Ha habido un pequeño incremento gradual en la incidencia de PPT asociado a la reproducción asistida que causa embarazos múltiples y aumento de la tendencia a la intervención obstétrica.

La incidencia del TPPT y del PPT en el mundo permanece constante entre el 5 y el 10% en las últimas décadas. La tasa de parto prematuro previo a las 32 semanas ha permanecido relativamente estable 1-2%. Alrededor de 25% de los PPT son electivos, habitualmente por preeclampsia, RCIU o enfermedad materna. ¹

En Medellín se encontró del PPT del 9,5%, mientras que en el Hospital Universitario de San Vicente de Paul (HUSVP) también de Medellín, la tasa de prematuridad en el año 1986 fue del 12,2%. No

obstante, las tasas de mortalidad perinatal han disminuido en los últimos 2 años, debido a la mejoría de los servicios de cuidados intensivos neonatales y a un mejor acceso a los servicios de salud. Igualmente, la introducción del surfactante disminuye la mortalidad de los fetos de 24 semanas del 91 al 40% y la del feto de 28 semanas a menos del 25%, lo que prácticamente resuelve el problema de la mortalidad; pero es la morbilidad residual la que pone en tela de juicio tanta inversión y tecnología para obtener prematuros vivos pero enfermos; el dilema es sobrevivir versus calidad de vida.¹

Predicción del trabajo de parto prematuro

En muchos casos, el tratamiento del TPPT consiste principalmente en intentar la supresión de las contracciones en mujeres que están en TP ya establecido. Como se analizará con mayor detalle, esta estrategia es esencialmente ineficaz. Es probable que en el futuro los planes obstétricos para reducir la morbilidad y la mortalidad perinatales asociadas al parto prematuro impliquen la identificación temprana de mujeres en riesgo y el uso de tratamientos profilácticos. Se han hecho intentos para elaborar sistemas de clasificación de riesgo basados en las características sociodemográficas, antropomórficas, así como en los antecedentes, la conducta y los hábitos de la paciente y los factores en el embarazo actual. Ninguno de estos sistemas ha tenido cifras de predicción positiva o sensibilidades que los hagan clínicamente útiles. La mayoría de los sistemas se basa en gran medida en los antecedentes obstétricos y, por tanto, estos son irrelevantes en mujeres con su primer hijo. A la fecha, no hay pruebas de detección que se apliquen de manera

sistemática en pacientes embarazadas que no se encuentran en riesgo alto de un trabajo de parto prematuro. ²

El sistema más utilizado para la valoración de factores es el sistema de cuantificación de riesgo de Papiernik, modificado por Gonik y Creasy que permiten identificar algunas pacientes expuestas a mayor riesgo, pero existe un número importante de eventos que ocurren sin la presencia de factores de riesgos o puntuación < 10 en un 55% (lams y col.). ⁶

Sistema de Cuantificación de Riesgo de Parto Pretérmino.

Índice de Papiernik- Creasy

Puntos	Estatus socio Económico	Historia Pasada	Hábitos diarios	Embarazo actual
1	2 hijos en casa Bajo estatus S-E	1 aborto Intervalo IG <1 ^a	Trabajo fuera de casa	Fatiga no usual
2	< de 20 años > de 40 años Madre soltera	2 abortos	> 10 cigarrillos	Ganancia de peso < 13 kg a las 32 semanas, Albuminuria, hipertensión, bacteriuria
3	Muy bajo status S-E Talla <1.50 mts Peso <45 kg	3 abortos	Trabajo pesado Largos trayectos Fatigantes	Mala ganancia de peso a las 32 semanas. P. pélvica, perdida mayor de 2 kg de peso. Cabeza encajada,

				enfermedad febril
4	<18 años	Pielonefritis		Hemorragia después de semana 12 Borramiento, dilatación, irritabilidad uterina
5	Malformaciones congénitas uterinas, abortos 2do trimestre. Exposición diestilbestriol			Placenta previa Polihidramnios
10	Parto pretérmino Aborto 2do trimestre a repetición			Gemelos Cirugía abdominal

Interpretación:

- I. De 0- 5 Puntos: Bajo Riesgo
- II. De 6 – 9 Puntos: Moderado Riesgo.
- III. De 10 -15 Puntos: Alto Riesgo

Factores predisponentes

El parto prematuro no es una entidad patológica única, sino un síntoma o síndrome que puede tener una o más causas. El PPT suele vincularse con incapacidad cervical, anormalidades de hemostasis, infección dentro del útero, desprendimiento prematuro de placenta o hemorragia tardía, sufrimiento fetal o materno y embarazo múltiple. En algunos casos, pueden actuar juntos varios de estos factores para aumentar la posibilidad de un parto prematuro o afectar la edad gestacional a la que ocurre dicho parto. Así, por ejemplo, en los partos gemelares el parto es a las 36 semanas. El embarazo múltiple probablemente ocasiona un parto prematuro a través de por lo menos dos mecanismos. La sobredistensión del útero genera la regulación prematura ascendente de proteínas vinculadas con la contracción y de factores que median la maduración cervical que ha sido sensible a la expansión mecánica. El embarazo múltiple se asocia a placentas múltiples y, por lo tanto, a una elevación más temprana de concentraciones placentarias de CRH en la circulación. Un parto prematuro de gemelos a las 28 semanas no se debe simplemente al embarazo múltiple, y ha de tener otra etiología asociada, por ejemplo, con infección o debilidad cervical. Si el mismo embarazo hubiera sido de producto único, es probable que el parto prematuro hubiera ocurrido a una edad gestacional más avanzada.¹

Función cervical

Es probable que la longitud cervical y la fuerza junto con la calidad del moco cervical contribuyan a la función del cuello uterino, tanto como para retener el embarazo dentro del útero como para excluir agentes patógenos bacterianos potenciales que pudieran ascender desde la

vagina, Numerosos estudios han demostrado una fuerte asociación entre la longitud cervical y el riesgo de PPT.

El cuello uterino quizás se dañe por cirugía en el tratamiento de cáncer cervical o, casi nunca, durante un parto vaginal instrumental difícil o una cesárea en dilatación total. También hay relaciones entre la exposición a dietilestilbestrol in útero y anomalías en el aparato genital y debilidad cervical. Un cuello uterino corto o parcialmente dilatado quizás permita el ascenso de bacterias hacia el polo inferior del útero donde, al actuar a través de los receptores de reconocimiento del sistema inmunitario innato, estimulan la activación del NF-kB, la generación de citocinas inflamatorias y prostaglandinas, y de la respuesta inflamatoria.²

Infección del aparato genital

Es considerado el factor de riesgo más importante y representa entre el 40 y el 50% de las causas de TPPT, sea por infección clínica o subclínica, sistémica o del tracto genitourinario. ¹

Hay fuerte correlación entre la infección dentro del útero y el inicio espontáneo del trabajo de parto prematuro. Como se describió antes, las infecciones dentro del útero tienen el potencial para activar todas las vías bioquímicas que finalmente ocasionan la maduración cervical y las contracciones uterinas. ²

Es posible que, con un número alto de agentes patógenos virulentos en la vagina, las bacterias pueden tener acceso al polo inferior del útero a través de un cuello uterino con funcionamiento normal, donde aquellas activan los mediadores inflamatorios que ocasionan la maduración cervical y el acortamiento. ²

Las bacterias pueden tener también acceso a la cavidad a través de la diseminación hematológica o por introducción al momento de procedimientos invasores.

Vaginosis Bacteriana

El microorganismo principal en la flora bacteriana normal es el lactobacilos, una bacteria que produce ácido láctico del glucógeno y ocasiona un pH ácido en las secreciones vaginales. La combinación de un gran número de lactobacilos y el pH bajo constituye un mecanismo protector contra la colonización con agentes patógenos potenciales. Es posible encontrar muchos microorganismos patógenos potenciales importantes en la vagina de mujeres sanas. Sin embargo, en los embarazos sanos normales el número de lactobacilos aumenta conforme progresa el embarazo. La vaginosis bacteriana es una anomalía de la flora normal de la vagina que se caracteriza por un número reducido de lactobacilos, un pH más alto y el aumento en las concentraciones de MO patógenos potenciales, con inclusión de *Gardnerella vaginalis*, bacteroides, *E. coli*, *Streptococo* grupo B, y los anaerobios *peptostreptococo* y *Mycoplasma hominis*. Ya que la presencia de gran cantidad de lactobacilos y un pH vaginal bajo son mecanismos importantes de protección contra el crecimiento de MO patógenos potenciales, la vaginosis bacteriana constituye un factor de riesgo para el parto prematuro. El diagnóstico de vaginosis bacteriana se puede hacer con una tinción de gram de líquido vaginal, mediante cromatografía gas líquido de fluido vaginal o con bases clínicas basadas en pH vaginal alto, olor a pescado en una secreción vaginal homogénea, delgada y presencia de células granulosas de la vaginosis bacteriana en la secreción vaginal sobre una preparación microscópica húmeda. No hay

diferencia significativa en la habilidad de cada una de estas pruebas diagnósticas para predecir un nacimiento prematuro. Los estudios de riesgo TPPT asociados a vaginosis bacteriana informaron resultados sumamente variables. Sin embargo, parece que, en general, la vaginosis bacteriana duplica aproximadamente el riesgo de parto prematuro.²

Aunque hay evidencia de que la vaginosis bacteriana es un factor de riesgo para PPT, es menos claro que tratarla con antibióticos sea beneficioso.²

Antecedentes ginecoobstétricos y personales:

El antecedente de PPT (el más importante); el riesgo de recurrencia oscila entre el 17 y el 40% y parece depender del número de PPT previo, abortos a repetición, paridad (3 o más), malformaciones uterinas, incompetencia cervical, miomas submucosos, antecedente de cotización u otras cirugías del cuello, desgarro cervical, peso previo al embarazo inferior a 45 kg y ganancia insuficiente o pérdida de peso durante la gestación.¹

Las mujeres con riesgo alto de TPPT se detectan inicialmente en base en los antecedentes obstétricos. El haber tenido solamente un PPT previo aumenta 4 veces el riesgo de este en un embarazo subsiguiente, en comparación con una mujer cuyo parto previo fue a término.¹

Es interesante destacar que el antecedente obstétrico de un parto a término seguido de uno prematuro confiera un riesgo mayor de parto prematuro en el tercer embarazo que el antecedente obstétrico de un

parto prematuro seguido de uno a término. Esto probablemente se deba a que el último grupo abarca un número desproporcionado de mujeres cuyo parto prematuro fue por causas “no recurrentes”, como un desprendimiento prematuro de placenta, mientras que en el primer grupo algunos casos de PPT seguidos de un parto a término quizás ocurran por daños al cuello uterino durante el parto a término original. ³

Factores demográficos: edad menor de 17 años o mayor de 35, bajo nivel socioeconómico y cultural, madre soltera, raza no blanca (riesgo 2 veces mayor) y el estilo de vida.

Adolescentes

La adolescencia es una etapa del crecimiento y desarrollo humano con características muy especiales por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan a esta población, siendo el embarazo una condición de riesgo por las posibles complicaciones que pueden ocurrir desde el punto de vista médico, obstétrico y perinatal, lo que tiene mayor significado mientras más temprana sea la edad de la adolescente. ⁴

En general, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la adolescencia como el período comprendido entre los 10-19 años de edad. ⁴

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en los jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente,

además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal. ⁴

Los embarazos en adolescentes en su mayoría presentan riesgos en cuanto a preeclampsia, eclampsia, partos pretérmino, productos pequeños para la edad gestacional, anemia, abortos, desproporción feto-pélvica y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se sabe que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa. ⁴

Existen diversos factores que contribuyen o están relacionados con el aumento del riesgo de tener embarazos no deseados, abortos, partos, que a esta edad pueden traer consecuencias adversas, aumentando la fecundidad, tales son: una relevante precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la falta de información y de uso de los anticonceptivos, y un ambiente familiar inadecuado, así como la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente. ⁴

En los países de las regiones de la América Latina y del Caribe, a pesar de no existir un patrón único de la tasa de fecundidad en las adolescentes, se estima que está entre 140 x 1 000 nacidos vivos para Nicaragua y algo más de 40 x 1 000 para Cuba y otras Islas del Caribe, en Paraguay se aproxima al 100 x 1 000 y en Venezuela la tasa de fecundidad ronda el 80 x 1 000. ⁴

En un estudio realizado en Colombia en el año 2003, en donde intentaban describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas entre junio de 2000 y octubre de 2001. El 28,6 % de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal. El 53,6 % de las adolescentes presentaron parto pretérmino. En las adolescentes hubo menos preeclampsia severa, pero más casos de eclampsia en general que en las adultas. La rotura prematura de membranas ovulares se presentó más frecuentemente en las adolescentes. ⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el quinquenio del 2000 – 2005 señala que de los 133 millones de embarazos, que ocurrieron a nivel mundial, 14 millones (10,5 %) fueron de madres entre 15 y 19 años. Ubicándose el mayor porcentaje de los mismos en África, América Latina y el Caribe. El 16 % de los nacimientos fueron de madres adolescentes, siendo Chile el país con menor porcentaje (10,2 %) y Venezuela el país con mayor frecuencia (20,5 %). ⁴

Entre las principales patologías asociadas se encuentran la anemia, rotura prematura de membranas e infecciones bien sea del tracto urinario o ginecológico, patologías hipertensivas y patologías placentarias, el parto pretérmino es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico, lo que puede deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son

realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la adolescente embarazada y las patologías asociadas, a mayor edad menos patologías asociadas. ⁴

Hábitos y conductas: tabaquismo (la fumadora tiene 20 a 30% más probabilidades de tener un PPT), drogadicción y alcoholismo, estrés físico y psíquico.

Actividad sexual

Se ha correlacionado el parto pretérmino con la actividad sexual, cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación pero no se sabe con certeza si se debe a la asociación con infecciones genitourinarias, que a su vez se relacionan con la ruptura prematura de membranas como su causa principal. Si se considera que existen prostaglandinas en el semen y éstas forman parte del estímulo inicial del parto en seres humanos, conjuntamente con la reacción producida por un proceso infeccioso, el aspecto mecánico del coito y las contracciones producidas durante el mismo, que pueden perdurar hasta 15 minutos después del orgasmo, hay razones suficientes para pensar que todo ello favorezca el parto pretérmino, y debe incluirse todavía el aspecto sociocultural y el estado psicológico de la mujer gestante, ya que pueden existir otros factores que tal vez no se estén tomando en cuenta.

5

Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de

membranas, la anemia hipocrómica y la prematurez. El polihidramnios se presenta entre 0.4 y 2.3 % de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto pretérmino; el origen puede ser materno, fetal o idiopático. El tratamiento más común para corregir el polihidramnios sintomático es la amniocentesis. ⁵

Carencia o inadecuado control prenatal

Complicaciones médicas: hipertensión, diabetes, enfermedades renales, anemia, desnutrición, sífilis e infección urinaria.

Complicaciones obstétricas: preeclampsia, insuficiencia placentaria, RPM, embarazo múltiple, diabetes gestacional, hemorragia de la segunda mitad del embarazo asociado o no a placenta previa (PP) o desprendimiento prematuro de placenta (DPP), hidramnios y presentación fetal anormal.

Se cuenta con datos comprobados de que tanto el sufrimiento fetal como el materno pueden ser factores de riesgo en el trabajo de parto prematuro. El sufrimiento fetal tal vez se origine en relación con la placentación anormal y la restricción del crecimiento. El sufrimiento materno puede deberse a factores del medio ambiente. En ambos casos, se propone que el exceso de secreción de cortisol ocasiona la regulación ascendente de la producción de CRH en la placenta.

El desprendimiento prematuro de placenta puede ocasionar inicio del trabajo de parto prematuro. Se cree que esto ocurre mediante la liberación de trombina que estimula las contracciones miométriales por los receptores de proteasa activados, pero independientemente de la síntesis de prostaglandina. Esto quizás explique la impresión clínica de

que el trabajo de parto prematuro asociado a corioamnionitis a menudo es rápido, en tanto que el relacionado con desprendimiento prematuro de placenta es menos veloz porque en este último no hay premaduración del cuello uterino. La generación de trombina quizás también tenga una función en el TPPT asociado a corioamnionitis cuando aquélla es liberada como consecuencia de hemorragia decidual. ²

Otros: trauma (especialmente abdominal, cirugía abdominal, enfermedades virales).

Etiopatogenia

El TPPT y el PPT parecen ser el resultado de un grupo heterogéneo de variables que se han agrupado bajo el nombre de síndrome de PPT, del cual hace parte importante la RPM. En el 30 a 50% de los casos de TPPT no se conoce la etiología. Existen 4 causas reconocidas de TPPT a saber: la infección intrauterina y sistémica, el estrés materno o fetal, la hemorragia coriodecidual, la sobredistensión uterina.

En el caso de la infección intrauterina, la interleuquina 6 (IL-6) que se produce como respuesta normal a la infección, produce la activación miometrial, la maduración cervical y la ruptura de las membranas fetales. La invasión bacteriana del espacio coriodecidual con la consiguiente liberación de endotoxinas y exotoxinas, genera factores inflamatorios como citoquinas (factor de necrosis tumoral alfa, IL-1, IL-6, IL-8 y factor estimulante de granulocitos), que unidos producen la síntesis y liberación de prostaglandinas y a su vez metaloproteinasas (MMPs), producido por los macrófagos, que modifican el cuello y estimulan la contractilidad uterina; igualmente hay disminución de inhibidores tisulares de la MMPs

de la matriz colágena extracelular, todo lo cual favorece la RPM pretérmino.

Síndrome de respuesta inflamatoria fetal, secuelas en el neonato

La actividad bacteriostática y bactericida del líquido amniótico (LA) se encuentra disminuida en fetos pretérminos, lo que predispone a la colonización bacteriana con presentación de RPM e infección intraamniótica. Numerosas publicaciones asocian a la infección e inflamación intrauterina con la morbilidad neonatal y neurológica a largo plazo (PC y desarrollo psicomotor posterior inadecuado). En una tercera parte de las pacientes con corioamnionitis se presenta bacteriemia fetal, y una proporción mayor de fetos presenta una respuesta inflamatoria sistémica, caracterizada por aumento de las concentraciones de citoquinas, factores de crecimiento y metaloproteinasas en plasma fetal; a esta condición fisiopatológica es a lo que se denomina síndrome de respuesta inflamatoria fetal, el cual es un mecanismo de supervivencia en un ambiente intrauterino que se ha tornado desfavorable. Los niños que presentaron PC, tuvieron una concentración mayor de mediadores de la inflamación en el LA, mayor frecuencia de cultivos positivos, corioamnionitis histológica e inflamación del cordón umbilical.¹

Con relación al estrés materno o feta, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) es la responsable del mecanismo de activación. La CRH estimula el eje hipofísis adrenal fetal con la producción de dehidroepiandrosterona sulfato por la adrenal fetal y la posterior transformación a estriol en la placenta. Esta misma hormona es la responsable del mecanismo final de activación del trabajo de parto pretermino.¹

Cuando ocurre sangrado en la interfase coriodecidual, el mecanismo de activación es dado por la trombina; igualmente, se observa incremento e los depósitos de hemosiderina y anormalidades vasculares placentarias asociadas con marcadores de inflamación (factor de necrosis tumoral, IL-6) y el angiogenin.

En cuanto a la sobredistensión uterina, el embarazo múltiple constituye uno de los riesgos más altos de prematuridad; el 50% de las gestaciones dobles y prácticamente todos los embarazos múltiples con más de 2 fetos, terminan antes de las 37 semanas.

Ruptura prematura de las membranas ovulares

Se define como la ruptura espontánea del cordón-amnios antes del inicio del trabajo de parto. Es un evento frecuente y su impacto potencial en el resultado materno y perinatal es considerable. Su incidencia es del 2% al 18% según las diferentes poblaciones. Cuando la ruptura ocurre antes de las 37 semanas se dice que es una ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMp).¹

Entre el 60% y el 80% de los casos ocurre en embarazos de término, pero aun en esta situación el manejo puede ser complicado. El impacto mayor de la RPM surge de los casos que ocurren en el embarazo antes de las 37 semanas por el riesgo que tiene el neonato prematuro. ¹

Factores de riesgo asociados a RPM

Antecedentes de trabajo de parto prematuro o de RPMp: las pacientes con antecedente de RPMp tienen un riesgo de 13.5% de tener un parto

prematureo debido a RPM en la gestación subsiguiente, comparado con 4.1% para las mujeres sin este antecedente.¹

Otros: Bajo nivel socioeconómicos, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual, conización cervical previa, sobredistensión uterina por embarazo gemelar o hidramnios, incompetencia cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, cordocentesis, sangrado vaginal durante el embarazo, trabajo pesado durante la gestación, índice de masa corporal bajo, cuello uterino corto.

VI. DISEÑO METODOLOGICO.

1. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal

2. Universo y muestra

El universo lo constituyen 75 pacientes con el diagnostico de parto prematuro ingresadas en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el primer semestre del año 2009

La muestra fue obtenida a través de la formula

$$N = \frac{z\alpha^2 * p * q * N}{e^2(N-1) + z\alpha^2 p * q}$$

Z alfa: 1.96 (corresponde al valor de z para un nivel de confianza del 95%)

p: 0.5 (en caso de máxima variabilidad)

q: 0.5 (corresponde a 1 – p)

N: tamaño del universo

E: 0.1 (precisión 10%)

Los que no da por resultados al sustituir las variables por valores una muestra representativa de 42 pacientes.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio todas aquellas pacientes ingresadas en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños que hayan tenido

un parto después de las 20 semanas de gestación o con un peso >500 gramos y antes de las 37 semanas de gestación.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio aquellas pacientes que:

- No estén ingresadas en el HMEADB
- Tengan un parto después de las 37 semanas de gestación
- No tengan un adecuado expediente clínico

3. Variables del estudio

Para conocer la incidencia de partos prematuros en el HMEADB

- Partos atendidos
- Partos prematuros atendidos

Para identificar los factores de riesgo maternos

- Estado civil
- Peso
- Ganancia de peso
- Talla
- Edad
- Nivel académico
- Hemorragia
- Controles prenatales
- Antecedente parto prematuro
- Embarazos previos
- Abortos
- Periodo intergenésico

- Enfermedades durante el embarazo
- Infecciones TORCH
- Cesárea anterior

Para determinar los factores de riesgo placentarios

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Ruptura prematura de membranas
- Polihidramnios
- Amenaza parto prematuro

Para conocer los factores de riesgo uterinos

- Malformaciones uterinas
- Cuerpo extraño
- Miomas

Plan de análisis

- Edad / Enfermedades del embarazo
- Edad / Controles prenatales
- Nivel académico / controles prenatales
- Ruptura prematura de membrana / amenaza de parto prematuro
- Polihidramnios / ruptura prematura de membrana
- Miomas / placenta previa
- Cesárea anterior / placenta previa
- Cesárea anterior / Amenaza parto prematuro
- Infección vías urinarias / amenaza parto prematuro
- Infección de vías urinarias / ruptura prematura membranas
- Vaginosis / Infección de vías urinarias

Operacionalización de Variables

Variables	Definición Operacional	Indicador	Valores
Partos atendidos	Cantidad de partos atendidos por el servicio de ginecoobstetricia del HMEADB	Información obtenida del departamento de estadística del HMEADB	
Partos prematuros atendidos	Cantidad de partos prematuros atendidos por el servicio de ginecoobstetricia del HMEADB	Información obtenida del departamento de estadística del HMEADB	
Estado civil	Situación de la persona dentro de la sociedad	Información obtenida del expediente clínico	Soltera Casada Unión Estable No consignado
Peso	Fuerza con que el cuerpo es atraído por la tierra	Información obtenida del expediente clínico	< 45 kg 45 – 50 kg 51 – 60 kg 60 – 70 kg >70 kg
Ganancia de peso	Aumento de peso desde el inicio de la gestación hasta su culminación	Información obtenida del expediente clínico	≤13 kg >13kg
Talla	Estatura o altura de las personas	Información obtenida del expediente clínico	≤150 cms >150 cms
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente al momento que acude al hospital	Información obtenida del expediente clínico	≤20 años 21 – 30 años 31 – 40 años > 41 años
Nivel académico	Grado de educación recibida	Información obtenida del expediente clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universitario No consignado
Hemorragia	Flujo de sangre a través de la vagina de diversas etiologías	Información obtenida del expediente clínico	I trimestre II trimestre III trimestre Negado

Controles prenatales	Es el conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación	Información obtenida del expediente clínico	0 1-2 3-4 5-6 > 6
Antecedente parto prematuro	Historia pasada de parto o cesárea antes de las 37 semanas	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Embarazos	Números de gestas logradas desde el inicio de la vida sexual activa	Información obtenida del expediente clínico	0 1 2 > 2
Abortos	Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas antes de las 20 semanas o con un producto de menos de 500 gr	Información obtenida del expediente clínico	0 1 2 >2
Intervalo Inter-genésico	Tiempo transcurrido entre el embarazo pasado y el actual	Información obtenida del expediente clínico	Menor de 1 año 1 – 2 años Mas de 2 años No aplica No consignado
Cesárea anterior	Extracción de un producto por vía abdominal en una gestación previa	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Enfermedades del embarazo	Conjunto de enfermedades producidas o agravadas por la gravidez	Información obtenida del expediente clínico	SHG IVU DM Nefropatías Hipotiroidismo Hipertiroidismo Cardiopatía Vaginositis

Placenta previa	Se conoce con el nombre de placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente por hemorragia de intensidad variable	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa esta insertada en un sitio normal	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Amenaza de parto prematuro	Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas integraes entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Ruptura prematura de membranas	Rotura de las membranas ovulares que ocurre antes del inicio del trabajo de parto	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Polihidramnios	Aumento exagerado de la cantidad de líquido amniótico. Se considera que existe cuando la cantidad supera los 2000 ml	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Malformaciones uterinas	Anomalía en el desarrollo de la cavidad uterina	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Infecciones TORCH	Conjunto de enfermedades producidas por diversos agentes	Información obtenida del expediente clínico	Toxoplasmosis Rubéola Citomegalovirus Herpes virus

	parasitarios y virocicos		
Cuerpo extraño	Objeto inherente al cuerpo humano	Información obtenida del expediente clínico	Si No
Miomas	crecimiento benigno del músculo liso en la pared del útero	Información obtenida del expediente clínico	Si No

4. Obtención de la información

Fuente: ficha de obtención de datos del expediente clínico

Técnica y procedimiento: se elaboró una ficha para recopilación de información tomándose esta del expediente clínico en los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión a este estudio. Dicha ficha fue llenada por el investigador.

5. Procesamiento de la información

La información recopilada fue procesada y analizada por el investigador en Microsoft Windows Excel 2007 y en SPSS versión 18.

6. CRITERIOS ETICOS

Dado que toda la información recopilada en el estudio fue obtenida a través de expedientes clínicos y no a través de contacto directo con los pacientes, se considero que no era necesario el uso de consentimiento informado puesto que no corren con ningún riesgo de alguna intervención. De igual manera el investigador garantizo la confidencialidad de los datos obtenidos de cada expediente clínico, conservando de esta forma su anonimato.

Siendo así consideramos que el estudio cumple con los criterios éticos generales.

VII. RESULTADOS.

Se encontraron un total de 861 pacientes ingresadas en el servicio de ginecología en el periodo de estudio, de las cuales 75 presentaron partos pretérmino. A continuación se describen los principales hallazgos en la muestra.

Se revisaron un total de 42 expedientes clínicos de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, a los que se logró incluir en el estudio. Los resultados detallados en tablas y gráficos a los que se hace referencia se encuentran en el acápite de anexos.

- La población estudiada presentó una distribución de frecuencias de la siguiente manera:
- El estado civil que predominó en esta población fue el casado con 20 casos, para un 47.6%, seguido de unión estable con 14 casos, que representa un 33.3%. El estado civil soltera solo se presentó en 8 casos, 19%. (Tabla No. 01)
- Las pacientes de este estudio en un 52.4% se encontraron en un rango de peso entre 51 – 60 kg, seguidos de los rangos de pesos entre 45 – 50 kg y 61 – 70 kg con el 19% cada uno. Las pacientes que pesaron más de 70 kg solo representaron el 9.5%. (Tabla No. 02)
- El 71.4% de los casos las pacientes tuvo una ganancia de peso menor a 13 kg, las pacientes con ganancia de peso mayor de 13 kg representaron 28.6%. (Tabla No. 03)

- El 85.7% de las pacientes tuvieron una talla mayor a los 150 cm, las que tenían talla por debajo de este valor representaron el 14.3%. (Tabla No. 04)
- El grupo etario predominante fue el de 21 – 30 años con el 57.1%, seguido del grupo entre 31 – 40 años con un 28.6%. Los pacientes con mayor de 40 años y menos de 20 años representaron 4.8% y 9.5% respectivamente. (Tabla No. 05)
- El 52.4% de las pacientes tuvieron un nivel académico universitario, el 42.9% de educación secundaria y solo el 4.8% tenían educación primaria. (Tabla No. 06)
- Solo se presentaron 4 casos de hemorragias durante el embarazo y correspondieron a hemorragias del III trimestre para un 9.5%, el resto, 90.5% no presento hemorragias. (Tabla No. 07)
- La cantidad de controles prenatales realizados fue de 3-4 con un 35.7%, seguido de 5-6 con 33.3%, 8 casos con más de 6 controles prenatales que representaron el 19% y solo 5 casos que tuvieron 1-2 controles, para un 11.9%. (Tabla No. 08)
- En cuanto a los antecedentes de parto pretérmino se encontraron 2 pacientes, para un 4.8%, el resto, 95.2% no tenían historia previa. (Tabla No. 09)

- En el 38.1% de las pacientes era su primer embarazo, seguido del 33.3% que tenían más de dos embarazos y solo el 28.6% de las pacientes cursaban con su segundo embarazo. (Tabla No. 10)
- Se presentaron 2 casos de 1 aborto previo que representa el 4.8% de la muestra, el resto, 95.2% no tenían historia de aborto previo. (Tabla No. 11)
- El 47.6% de los casos tuvo un intervalo intergenésico mayor a 2 años, en el 38.1% de la pacientes no aplicaba este ítem ya que era su primer embarazo, 9.5% de casos tenían menos de un 1 año y el 4.8% tenía entre 1 – 2 años. (Tabla No. 12)
- El 81% de las pacientes incluidas en el estudio no presentaban cesáreas previas, el 19% restantes si tenían historias de cesáreas anteriores. (Tabla No. 13)
- En cuanto a la placenta previa, el 4.8% de los pacientes presentaron esta patología, sin embargo en el 95.2% no presentaron placenta previa. (Tabla No. 14) No se reporto ningún caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- En relación a los antecedentes de APP, se presentaron 18 casos, para un 42.9%, el restante 57.1% no presento esta patología. (Tabla No. 15) Se encontraron 22 casos de ruptura prematura de membranas que corresponde al 52.4%, el restante 47.6% no curso con esta patología (Tabla No. 16)

- Las casos con polihidramnios fueron 2, para un 4.8% el restante 95.2% no presento esta alteración. (Tabla No. 17)
- Se encontraron 4 casos de pacientes con miomatosis uterina que corresponden al 9.5% de la muestra, el restante 90.5% no presento alteración. (Tabla No. 18)
- En cuanto al Síndrome Hipertensivo Gestacional se encontró 6 pacientes que presentaron esta patología, 14.3%. Se presentaron 24 casos de infección de vías urinarias para un 57.1% de la muestra. Se encontraron 2 casos de diabetes gestacional, 4.8%. De hipotiroidismo Se presento un caso, 2.4%; al igual que el hipertiroidismo y la cardiopatía (Tabla No. 19)
- En relación a vaginosis, 16 pacientes, 38.1% de la muestra se encontró con esta patología (Tabla No. 19)

Cruce de variables

Al cruzar edad y controles prenatales se encontró que de las pacientes que tuvieron 1 – 2 controles prenatales, el 40% correspondían al grupo etario <20 años, de los que tuvieron entre 3 – 6 controles prenatales el 55% eran entre 21 – 30 años y de las que tuvieron >6 controles prenatales el 75% también correspondía a este mismo grupo etario. (Tabla No. 20)

Se observo que el 50% de las pacientes con educación primaria tuvieron 1 – 2 controles prenatales, educación secundaria el 55.5% tuvieron entre 3 – 4 controles prenatales, y de las universitarias el 72.7% tuvieron 5 o más controles prenatales. (Tabla No. 21)

Se encontró que el 33% de las pacientes que presentaban amenaza de parto prematuro estaba relacionado con ruptura prematura de membranas. (Tabla No. 22)

Se observó al relacionar polihidramnios y ruptura prematura de membranas que el 100% de las pacientes que presentaban polihidramnios se asociaron a ruptura prematura de membranas. (Tabla No. 23)

Se observó que el 100% de las pacientes que presentaban placenta previa tenían el antecedente de cesárea anterior, así como el 50% de las pacientes que tenían cesáreas previas presentaron amenaza de parto prematuro. (Tabla No. 24)

En cuanto a la relación de infección de vías urinarias y amenaza parto prematuro el 55.5% de las pacientes que presentaron APP, también presentaban infección de vías urinarias. (Tabla No. 25)

El 45% de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas se asociaron a infección de vías urinarias. (Tabla No. 26)

Al relacionar vaginosis e infección de vías urinarias se encontró que el 62% de los casos que presentaron vaginosis, cursaban con infección de vías urinarias. (Tabla No. 27)

VIII. DISCUSION.

En base al cruce de variable se obtuvieron datos que permitieron inferir determinados patrones en esta población. Los valores descritos en este análisis no necesariamente están expresados en las tablas, y en algunos casos son derivaciones de los datos obtenidos de las mismas. En cada acápite se discute la variable estudiada y su comportamiento. **Se reporto una incidencia de parto pretérmino de 8.7 x 100 pacientes ingresadas en el servicio.**

En nuestra población en estudio predominaron las pacientes casadas con un 47.6%, esto debido a que el perfil de nuestra institución corresponde principalmente a asegurados, que en un gran porcentaje son atendidas como beneficio conyugal. El estado civil Soltera represento un porcentaje importante (19%), tomando en cuenta que es el que representa un factor de riesgo per se para presentar parto pretérmino, por el estrés al que está sometido dicha paciente sin el apoyo de su pareja y en algunas ocasiones de su familia lo que hace que el embarazo transcurra con mayores complicaciones.

El 52% de las pacientes tenían un peso entre 51 – 60 kg, lo que no hace inferir que más de la mitad de la población tenía un peso adecuado para la gestación, sin embargo en el 71% de todos los casos, las pacientes tuvieron una ganancia de peso menor a los 13 kg lo que nos brinda un dato relevante ya que nos demuestra la mala nutrición que tienen nuestras pacientes, en ocasiones por falta de educación en alimentación y en otras por el estrés laboral al que están sometidas, lo que nos complica el embarazo con patologías como la restricción del crecimiento intrauterino que predispone a un parto pretérmino.

Se observó que el 14.3% de las pacientes que presentaron parto prematuro estaban por debajo de los 150 cm de estatura. Si bien es cierto la estatura no es un factor de riesgo directo que afecte la duración del embarazo es más probable que una paciente de menos de 150cm de estatura presente alguna distocia céfalo pélvica, a expensas de la madre, lo que nos obligaría a una vía de nacimiento abdominal en el primer producto y a como se evidencia en este estudio el antecedente de cesárea es un factor de riesgo asociado a parto pretérmino.

Encontramos un 15% de pacientes que se encontraban en los extremos de la vida reproductiva, es decir, menos de 20 años y más de 40 años, lo que por sí solo constituye un problema para el embarazo ya que en ambos casos el cuerpo no está preparado para el desarrollo normal de la gestación, en las pacientes jóvenes el útero no está bien desarrollado lo que en ocasiones precipita el parto. En las mujeres mayores de 40 años, el útero pierde su capacidad de elasticidad lo que no permite que llegue al tamaño normal durante el embarazo, lo que supondría un riesgo para el parto pretérmino.

También logramos observar un dato muy importante, al relacionarlo con la atención prenatal se observó que el 40% de las pacientes que tenían menos de 2 controles prenatales correspondían al grupo etario de menos de 20 años, lo que sumado a su inmadurez genital supone un riesgo aumentado para el desarrollo normal de la gestación al no lograr intervenir de forma oportuna ante la aparición de una alteración.

Mas de las mitad de nuestras pacientes tienen un nivel de educación superior lo que no debería de extrañarnos ya que en nuestra institución las gran mayoría la constituye los pacientes asegurados, es decir pacientes que desempeñan alguna actividad laboral para la cual necesitan entrenamiento y algún nivel de educación.

Al relacionar el nivel académico con la cantidad de controles prenatales a los que acudieron es evidente que mientras más educación tenia la paciente, le daba más importancia a los controles prenatales demostrándose que el 50% de las pacientes con educación primaria tenían menos de 2 controles prenatales durante toda su gestación y de las que tenían educación universitaria el 72% tenían más de 5 controles prenatales. Todo esto beneficia a las mujeres ya que una identificación precoz de los factores de riesgos durante el embarazo nos permite modificar el curso de la gestación, siempre pensando en el bienestar del binomio.

Se encontró que en nuestra población se presentaron 4 casos que reportaban hemorragias durante el III trimestre, las hemorragias en el III trimestre obedecen principalmente a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y placenta previa, ambas constituyendo una emergencia obstétrica y en consecuencia una indicación de interrupción del embarazo aun cuando este no haya completado la totalidad de la gestación.

El antecedente de parto pretérmino es el principal factor de riesgo reportado por la literatura, y en el que se basan los sistemas de predicción sin embargo en nuestro estudio encontramos que solo un

4.8% de la población presentaba el antecedente. Esto no es un hallazgo confiable tomando en cuenta que el 38% de nuestras pacientes eran primigestas lo que no permite el antecedente.

Se observó que a como se reporta en la literatura las primigestas y multigestas representan la gran mayoría de las pacientes que presentan parto pretérmino, en nuestro estudio el 71% de las pacientes se encontraban en esta categoría.

Las pacientes con abortos previos representaron el 5% de la población, un porcentaje bajo lo que no nos permite relacionar el aborto previo como un factor de riesgo asociado al parto pretérmino.

Se encontró que el 19% de las pacientes tenían el antecedente de una cesárea previa, Este dato tiene relevancia significativa ya que 1 de cada 5 pacientes que presentaba parto pretérmino tenía el antecedente de una cesárea; y de este total de pacientes el 25% se asoció a una placenta previa, patología que usualmente complica la duración del embarazo ya que la placenta no posee la misma capacidad de elasticidad que presenta el segmento inferior del útero lo que predispone la aparición de hemorragias en el tercer trimestre y constituye una de las emergencias obstétricas en donde se realiza la interrupción del embarazo para asegurar el bienestar del binomio.

Otro hallazgo relevante es que el 50% de las pacientes con cesáreas previas presentaban una amenaza de parto pretérmino, lo que nos hace pensar que la cicatrización a nivel de la histerotomía predispone a menor distensibilidad uterina y con esto al desencadenamiento del parto pretérmino.

Encontramos que el 5% de las pacientes presentaban placenta previa, lo que constituyó la indicación de la interrupción del embarazo aun siendo pretérmino. Como hallazgo interesante en este estudio se observó que el 100% de las pacientes con placenta previa presentaban el antecedente de una cesárea anterior. La cicatriz y área de fibrosis que deja una cesárea no permite que la totalidad del útero sea viable para la implantación normal de la placenta lo que obliga a esta última buscar zonas más viables para su sostenibilidad.

En el 43% de las pacientes estudiadas presentaron una amenaza de parto prematuro, de esta cantidad de pacientes un 33% se asociaba a ruptura prematura de membranas. Como se menciona en la literatura estas patologías van de la mano ya que al romperse las membranas ovulares se desencadenan los estímulos necesarios para desencadenar el parto aun cuando no haya concluido la totalidad de la gestación, por tanto los esfuerzos deben ir dirigidos a la prevención de la ruptura prematura de membranas para lograr así disminuir a su vez las amenazas de parto pretérmino.

En el 55% de las pacientes que presentaron amenaza de parto pretérmino, esta se asoció a infección de vías urinarias lo que nos confirma que las patologías infecciosas son el principal factor desencadenante de parto prematuro en nuestra población.

Encontramos que el 52% de las pacientes estudiadas habían presentado una ruptura prematura de membrana, de estas pacientes el 45% también presentaban infección de vías urinarias que es una de las principales causas desencadenantes per se de un parto pretérmino. Es por esto que cobra relevancia la identificación precoz de patologías

infecciosas durante el embarazo que predisponen a la culminación anticipada del mismo.

En el periodo de estudio se encontraron 2 pacientes que presentaron esta alteración cuantitativa de líquido amniótico y como dato relevante resulto que el 100% de estas pacientes se asociaron a una ruptura prematura de membrana. A como se menciona en la literatura las alteraciones que modifican la tensión aplicada a las membranas ovulares son causas directas del debilitamiento de las mismas con posterior ruptura.

Se observo que el 9% de las pacientes en el estudio presentaban miomatosis uterina, sin embargo a la hora de realizar los cruces de variables esta no se asocia en ningún caso a la implantación anormal de la placenta. Si bien es cierto en la literatura se menciona la miomatosis uterina como factor de riesgo para parto pretérmino por el crecimiento de los miomas por influencias hormonales durante el embarazo lo que conlleva a sobre distensión uterina en el estudio no se encontró un porcentaje significativo que nos haga pensar en que la miomatosis uterina sea el principal factor asociado al parto pretérmino.

Las tres principales enfermedades del embarazo que se encontraron asociadas al parto pretérmino son en orden de frecuencia, infección de vías urinarias con un 57%, Vaginosis en un 38% y el síndrome hipertensivo gestacional que represento el 14%. Todas estas patologías, a como se reporta en la literatura aumentan el riesgo de un parto pretérmino por diversas causas. La infección de vías urinarias que fue la enfermedad del embarazo más frecuente se asocio en un 42% a vaginosis lo que aumenta el riesgo exponencialmente de desencadenar un trabajo de parto pretérmino.

IX. CONCLUSIONES.

- 1) Se reportó una incidencia de 8.7 casos por cada 100 pacientes a quienes se les atendió el parto.
- 2) Las pacientes atendidas en esta institución tienen una ganancia de peso insuficiente durante la gestación.
- 3) Las pacientes adolescentes no acuden de forma regular y continua a sus controles prenatales
- 4) Las pacientes con educación universitaria tienden a ser más responsables y acudir oportunamente a sus controles prenatales.
- 5) El antecedente de una cesárea es un factor asociado al parto pretérmino al predisponer a la aparición de otras patologías como placenta previa o amenaza de parto pretérmino
- 6) Las infecciones de vías urinarias, la vaginosis y el síndrome hipertensivo gestacional son las patologías que más frecuentemente complicaron el curso de la gestación
- 7) La infección de vías urinarias es la patología del embarazo que más se asocia con amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membrana

X. RECOMENDACIONES.

- 1) Implementar un programa de educación continua acerca de la importancia de acudir a los controles prenatales, a fin de evitar y corregir conductas y factores de riesgo.

- 2) Realizar protocolo de seguimiento a aquellas pacientes que presenten infección de vías urinarias durante el embarazo.

XI. BIBLIOGRAFIA.

- 1) Botero J. y cols. **Obstetricia y Ginecología**. Texto integrado. 8va edición, 2008. Antioquia, Colombia. p. 85 – 86, 231 – 233, 237
- 2) Edmonds K. **Ginecología y obstetricia de Dewhurst**. 7ma edición, 2007. México. P. 177 – 183
- 3) Schwarcz R. **Obstetricia**. 6º edición, 2005. Buenos Aires, Argentina. P. 253 - 265
- 4) Guillen J. y cols. **Factores de riesgo materno asociado a parto pretérmino**, Octubre 2004.
- 5) Romero C. y cols. **La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino**. Rev. Fac Med UNAM Vol.44 No.5 Septiembre-Octubre, 2001
- 6) Cabezas S. **Parto pretérmino: Factores de riesgo y mortalidad neonatal Junio 1997- Junio 2002, HOSPITAL BERTHA CALDERON**. Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia.
- 7) Arango M. y cols. **Factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de Caldas entre el 2003- 2006**. Arch Med. (Manizales); 8(1): 22-31

- 8) Moya R. y cols. **Anemia materna en el tercer trimestre de embarazo como factor de riesgo para parto pretérmino.** Acta medica costarricense. 2009
- 9) Acevedo C. **Fibronectina fetal en secreciones cervicovaginales como predictor de parto pretérmino.** Hospital universitario Virgen de la Arrixaca, Madrid. 2005
- 10) Manrique R. y cols. **Parto pretérmino en adolescentes.** Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
- 11) Fonseca EB. y cols. **Progesterona y riesgo de parto prematuro en mujeres con cuello corto.** Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(5): 356-357
- 12) Villanueva L y cols. **Perfil epidemiológico del parto prematuro.** Ginecol Obstet Mex 2008; 76(9): 542-548
- 13) Bermudez F. y cols. **Protocolo de manejo hospitalario de parto pretérmino.** Hospital Bertha Calderón Roque
- 14) Althabe F. y cols. **El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos.** *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(6), 1999
- 15) Vallecillo F. y cols. **Valor predictivo de medición ultrasonografica de longitud cervical para parto pretérmino en el**

segundo trimestre del embarazo. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007 (Suplemento)

- 16) López J. **Factores psicosociales del embarazo adolescente.** Bracho C, González R, López J, Arias A, Codina L, editores. Producción Científica sobre la Adolescencia. Valencia: Venezuela; El viaje del pez; 2005.p.25-36.
- 17) Villar J. y cols. **Preterm Delivery Syndrome: The effective treatment of preterm labour. An International Consensus.** Well Medical. England. Research, Clinical Forums. 2004;16:9-33.

XII. ANEXOS.

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION

1. **Paciente No.** _____
2. **Estado Civil:** Soltera ☐ Casada ☐ Unión Estable ☐ No consignado ☐
3. **Peso:** < 45 kg ☐ 45 – 50 kg ☐ 51 – 60 kg ☐ 61 – 70 kg ☐ > 70 kg ☐
4. **Ganancia de peso:** ≤ 13 kg ☐ > 13 kg ☐
5. **Talla:** ≤ 150 cms ☐ > 150 cms ☐
6. **Edad:** < 20 años ☐ 21 – 30 años ☐ 31 – 40 años ☐ > 40 años ☐
7. **Nivel académico:** Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ No consignado ☐
8. **Hemorragia:** I trimestre ☐ II trimestre ☐ III trimestre ☐ Negado ☐
9. **CPN:** 0 ☐ 1 – 2 ☐ 3 – 4 ☐ 5 – 6 ☐ > 6 ☐
10. **Antecedente parto pretérmino:** Si ☐ No ☐
11. **Embarazos:** 1 ☐ 2 ☐ > 2 ☐
12. **Abortos:** 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ > 2 ☐
13. **Intervalo Inter-genésico:** Menor de 1 año ☐ 1 – 2 años ☐ > 2 años ☐ NA ☐ No consignado ☐
14. **Cesárea Anterior:** Si ☐ No ☐
15. **Enfermedades del embarazo**
 - a. SHG Si ☐ No ☐
 - b. IVU Si ☐ No ☐
 - c. DM Si ☐ No ☐
 - d. NEFROPATIAS Si ☐ No ☐
 - e. HIPOTIROIDISMO Si ☐ No ☐
 - f. HIPERTIROIDISMO Si ☐ No ☐
 - g. CARDIOPATIA Si ☐ No ☐
 - h. VAGINOSIS Si ☐ No ☐
16. **Placenta Previa** Si ☐ No ☐
17. **DPPNI** Si ☐ No ☐
18. **APP** Si ☐ No ☐
19. **RPM** Si ☐ No ☐
20. **Polihidramnios** Si ☐ No ☐
21. **Malformaciones uterinas** Si ☐ No ☐
22. **Infecciones TORCH**
 - a. TOXOPLASMOSIS Si ☐ No ☐

b. CITOMEGALOVIRUS Si ☐ No ☐

c. RUBEOLA Si ☐ No ☐

d. HERPER VIRUS Si ☐ No ☐

23. Cuerpo Extraño Si ☐ No ☐

24. Miomas Si ☐ No ☐

ANEXO 2

Tabla No. 00

Incidencia Parto Prematuro	
	Cantidad Casos
Partos Atendidos	861
Partos Preterminos Atendidos	75
Incidencia Partos Preterminos	8.7 /100

Tabla No. 01

Estado Civil			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
soltera	8	19.0	19.0
casada	20	47.6	66.7
unión estable	14	33.3	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 01

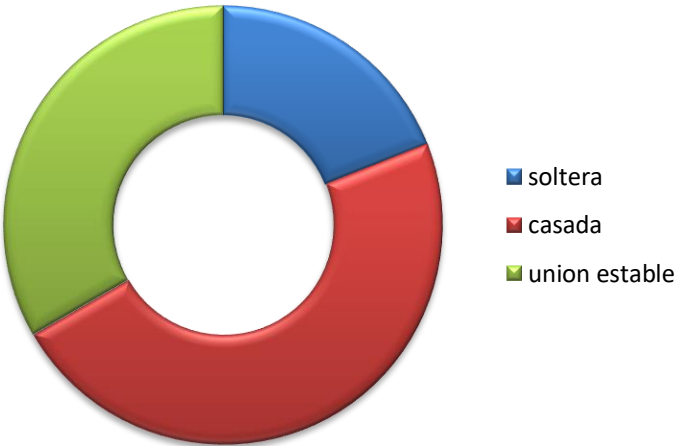


Tabla No. 02

Peso			
	ecuencia	porcentaje	Porcentaje Acumulado
5 - 50 kg	8	19.0	19.0
1 - 60 kg	22	52.4	71.4
1 - 70 kg	8	19.0	90.5
>70 kg	4	9.5	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 02

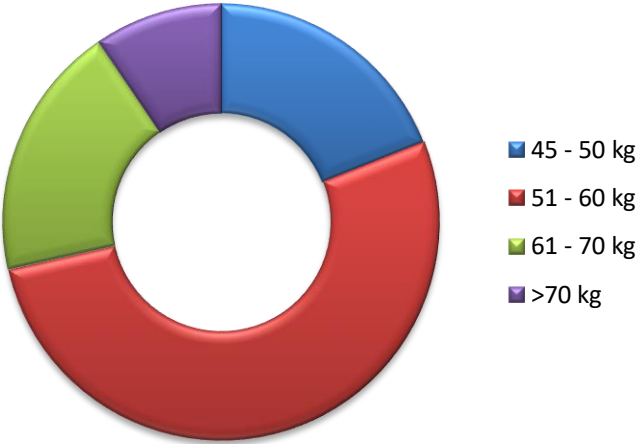


Tabla No. 03

ganancia peso			
	ecuencia	porcentaje	Porcentaje Acumulado
3 kg	30	71.4	71.4
3 kg	12	28.6	100.0
otal	42	100.0	

Grafico No. 03

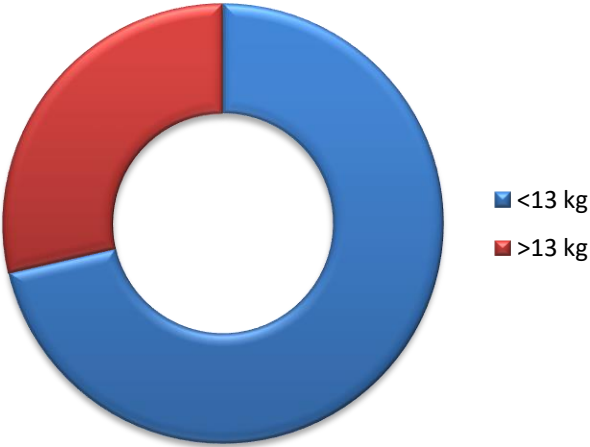


Tabla No. 04

Talla			
	recuencia	porcentaje	porcentaje Acumulado
<150 cm	6	14.3	14.3
>150 cm	36	85.7	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 04

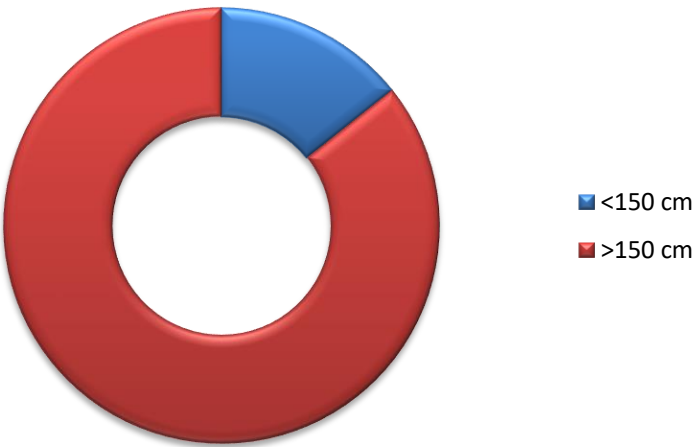


Tabla No. 05

edad			
	recuencia	porcentaje	Porcentaje Acumulado
< 20 años	4	9.5	9.5
21 - 30 años	24	57.1	66.7
31 - 40 años	12	28.6	95.2
>40 años	2	4.8	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 05

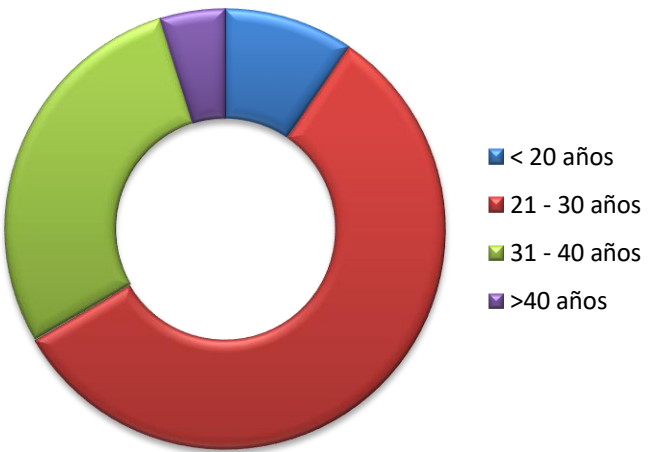


Tabla No. 06

nivel académico			
	ecuencia	orcentaje	Porcentaje Acumulado
Primaria	2	4.8	4.8
Secundaria	18	42.9	47.6
Universitario	22	52.4	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 06

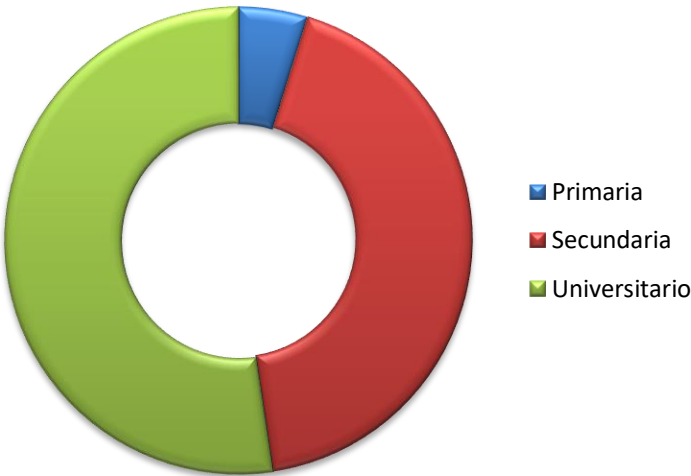


Tabla No. 07

Hemorragia Durante el embarazo			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I Trimestre	4	9.5	9.5
Negado	38	90.5	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 07

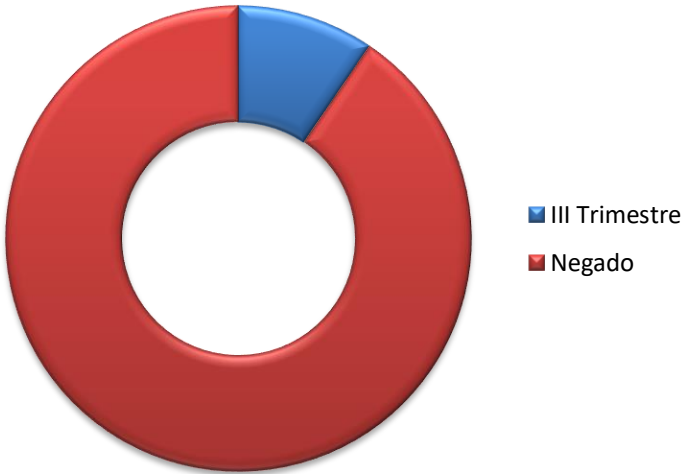


Tabla No. 08

Cantidad Controles Prenatales			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
2	5	11.9	11.9
4	15	35.7	47.6
6	14	33.3	81.0
6	8	19.0	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 08

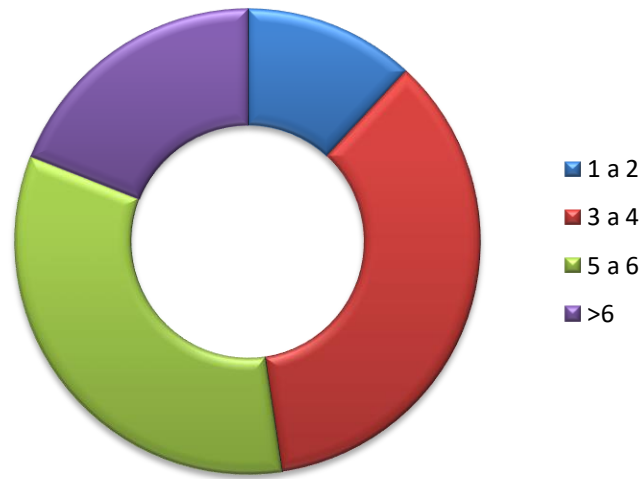


Tabla No. 09

Antecedente Parto Pretérmino			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I	2	4.8	4.8
O	40	95.2	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 09

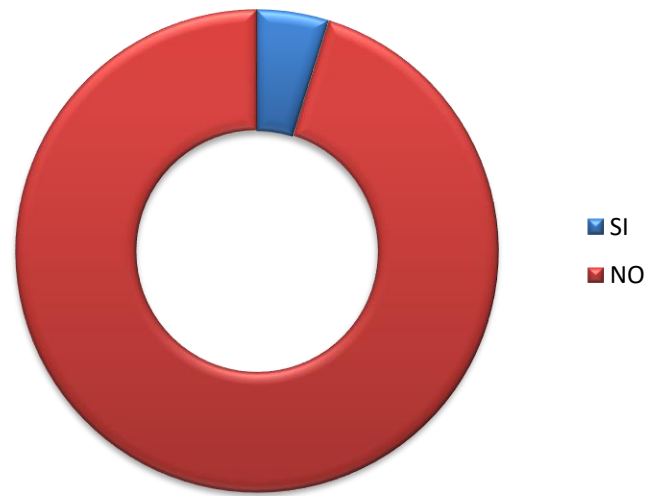


Tabla No. 10

Cantidad de Embarazos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1	16	38.1	38.1
2	12	28.6	66.7
3	14	33.3	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 10

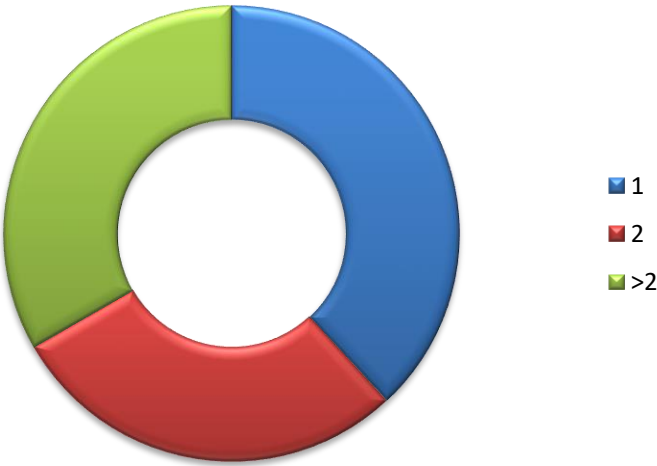


Tabla No. 11

Abortos Previos			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
0	40	95.2	95.2
1	2	4.8	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 11

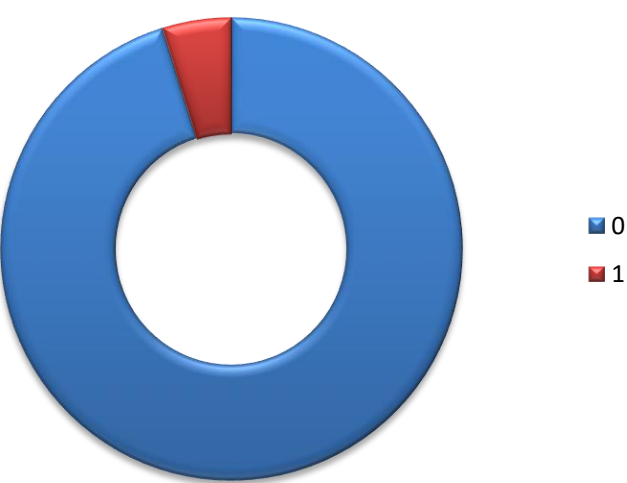


Tabla No. 12

Intervalo Intergenesico			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<1 año	4	9.5	9.5
1-2 años	2	4.8	14.3
>2 años	20	47.6	61.9
No aplica	16	38.1	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 12

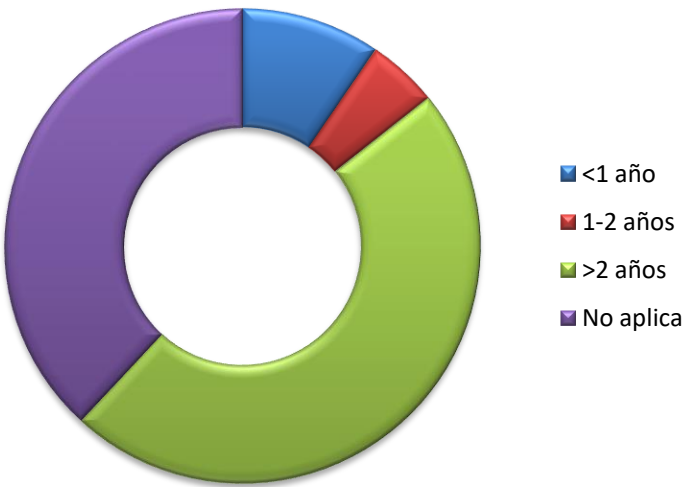


Tabla No. 13

Cesárea Previa			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
SI	8	19.0	19.0
NO	34	81.0	100.0
Total	42	100.0	

Grafico No. 13

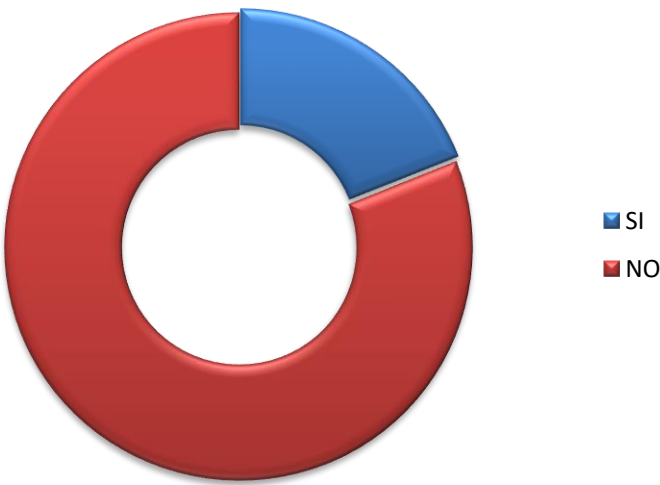


Tabla No. 14

Placenta Previa			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I	2	4.8	4.8
O	40	95.2	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 14

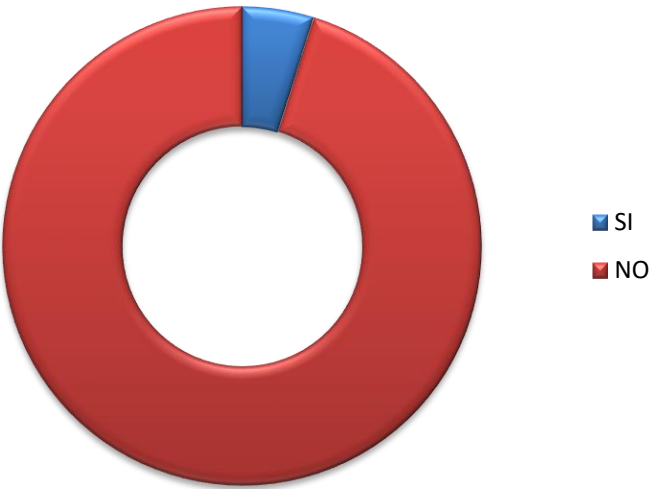


Tabla No. 15

Amenaza Parto Pretérmino			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I	18	42.9	42.9
O	24	57.1	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 15

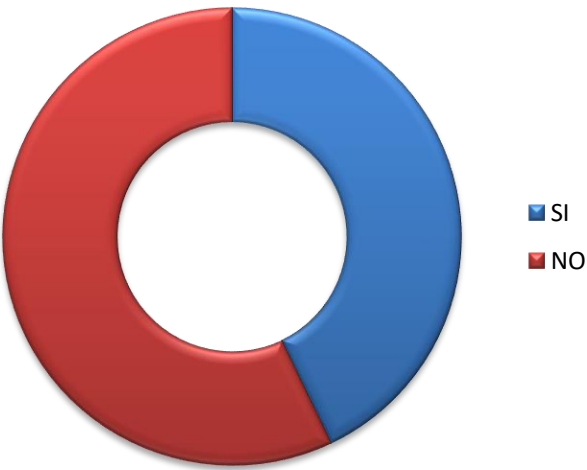


Tabla No. 16

Ruptura Prematura Membranas			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I	22	52.4	52.4
O	20	47.6	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 16

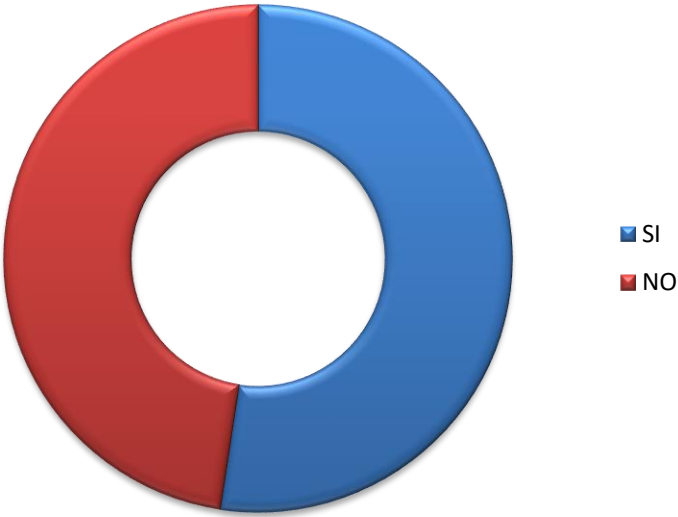


Tabla No. 17

Polihidramnios			
	recuencia	orcentaje	Porcentaje Acumulado
SI	2	4.8	4.8
NO	40	95.2	100.0
otal	42	100.0	

Grafico No. 17

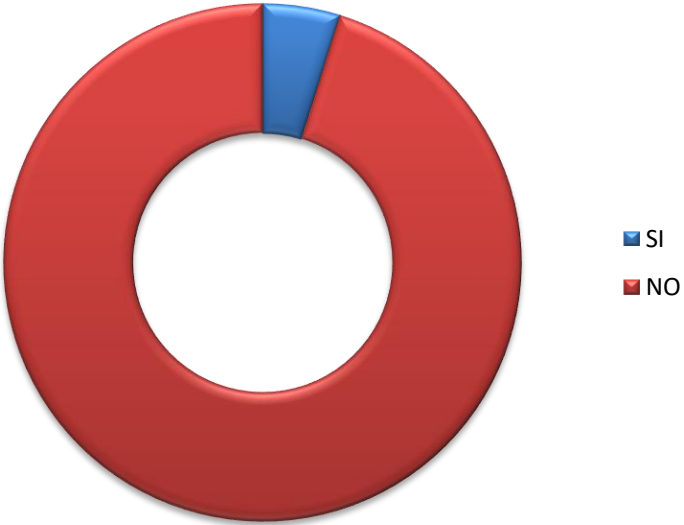


Tabla No. 18

Miomatosis Uterina			
	ecuencia	orcentaje	centaje Acumulado
I	4	9.5	9.5
O	38	90.5	100.0
tal	42	100.0	

Grafico No. 18

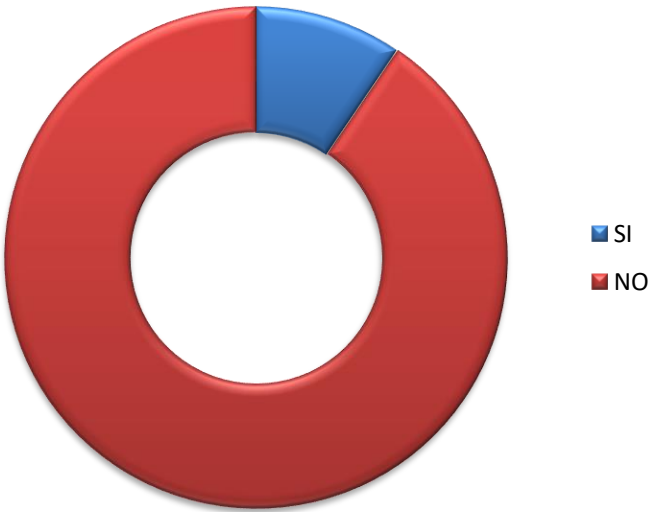


Tabla No. 19

Enfermedades del Embarazo		
	cuencia	centaje
I	6	14.3
O	24	57.1
2	2	4.8
ropatía	0	0
ertiroidismo	1	2.4
otiroidismo	1	2.4
liopatía	1	2.4
inosis	16	38.1

Grafico No. 19

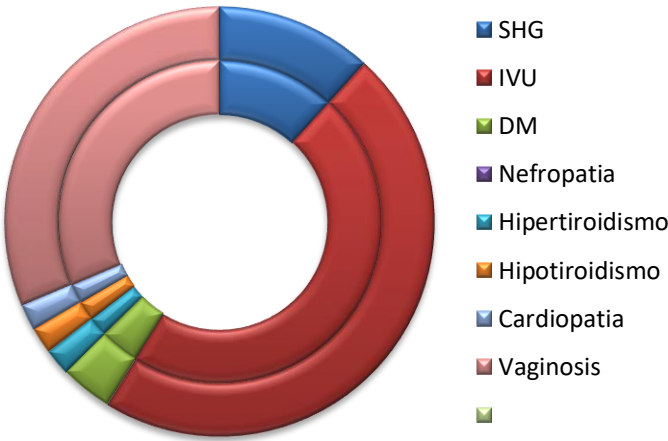


Tabla No. 20
edad * Cantidad Controles Prenatales

		Cantidad Controles Prenatales				Total
		1-2	3-4	5-6	>6	
Edad	< 20 años	2	0	2	0	4
	21 - 30 años	2	8	8	6	24
	31 - 40 años	1	5	4	2	12
	>40 años	0	2	0	0	2
Total		5	15	14	8	42

Grafico No. 20

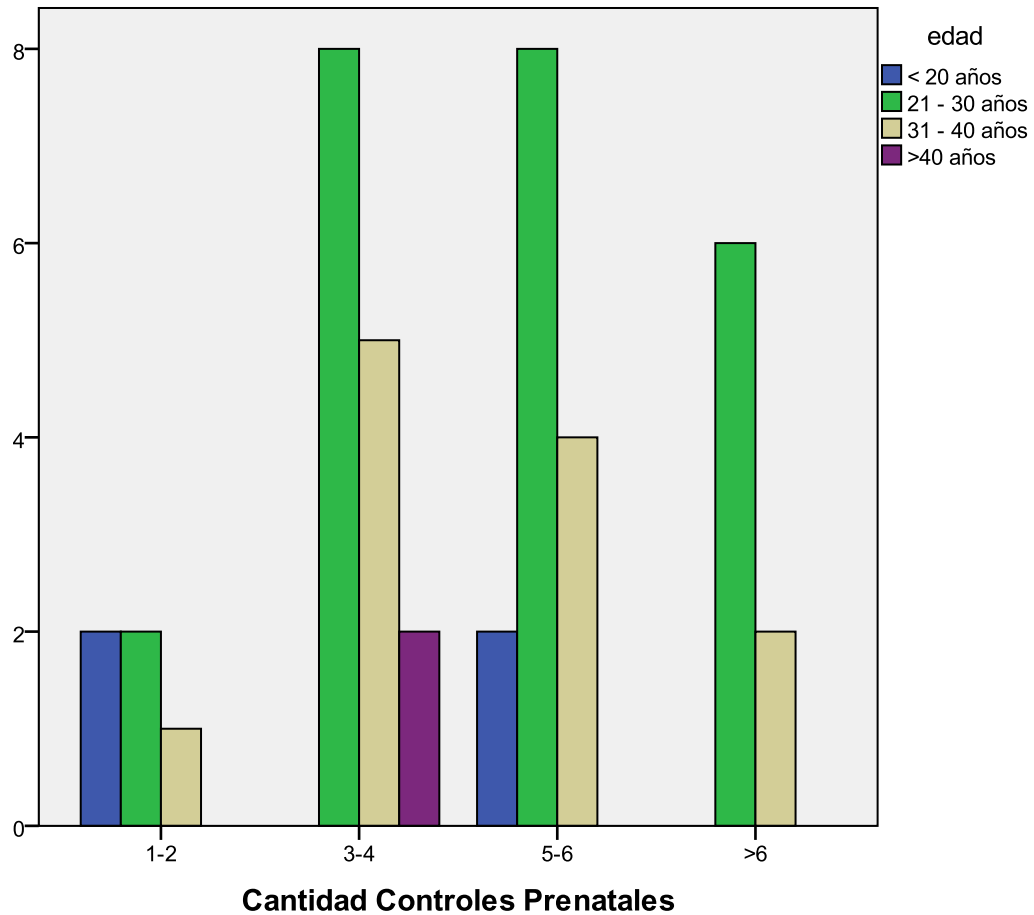


Tabla No. 21

Nivel Académico * Cantidad Controles Prenatales

		Cantidad Controles Prenatales				Total
		1-2	3-4	5-6	>6	
Nivel académico	Primaria	1	1	0	0	2
	Secundaria	2	10	4	2	18
	Universitario	2	4	10	6	22
	Total	5	15	14	8	42

Grafico No. 21

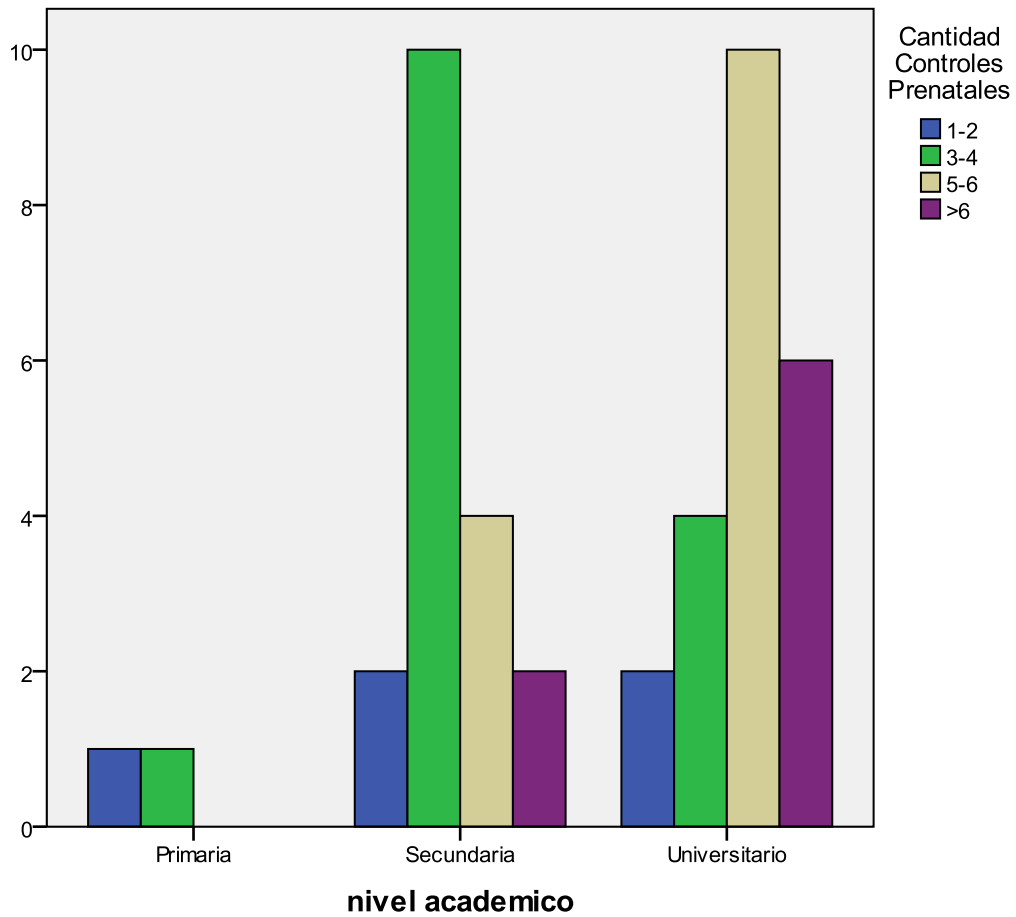


Tabla No. 22

Ruptura Prematura Membranas * Amenaza Parto Pretérmino

		Amenaza Parto Pretérmino		Total
		SI	NO	
Ruptura Prematura Membranas	SI	6	16	22
	NO	12	8	20
Total		18	24	42

Grafico No. 22

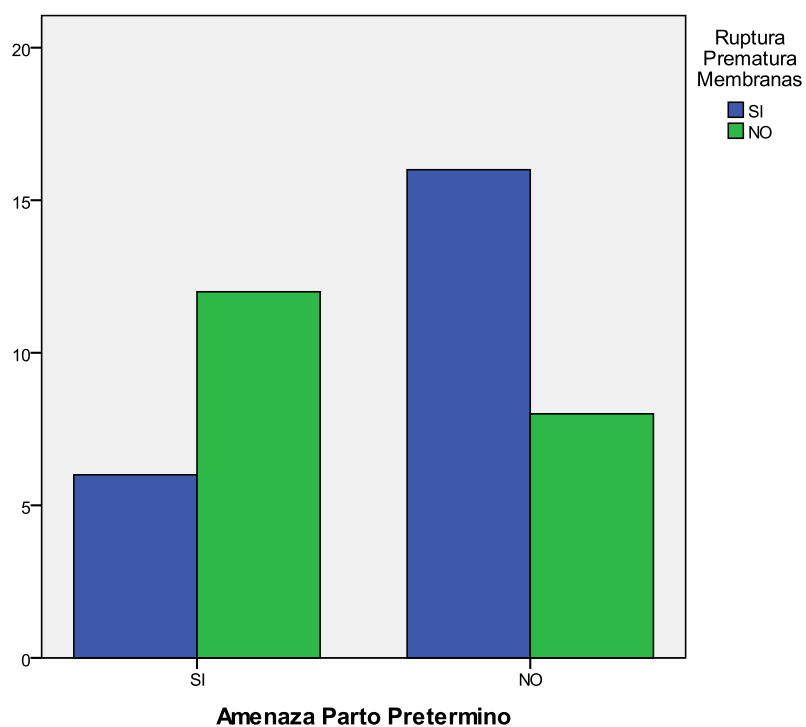


Tabla No. 23

Polihidramnios * Ruptura Prematura Membranas

	Ruptura Prematura Membranas		Total
	SI	NO	
Polihidramnios	2	0	2
Total	20	20	40
	22	20	42

Grafico No. 23

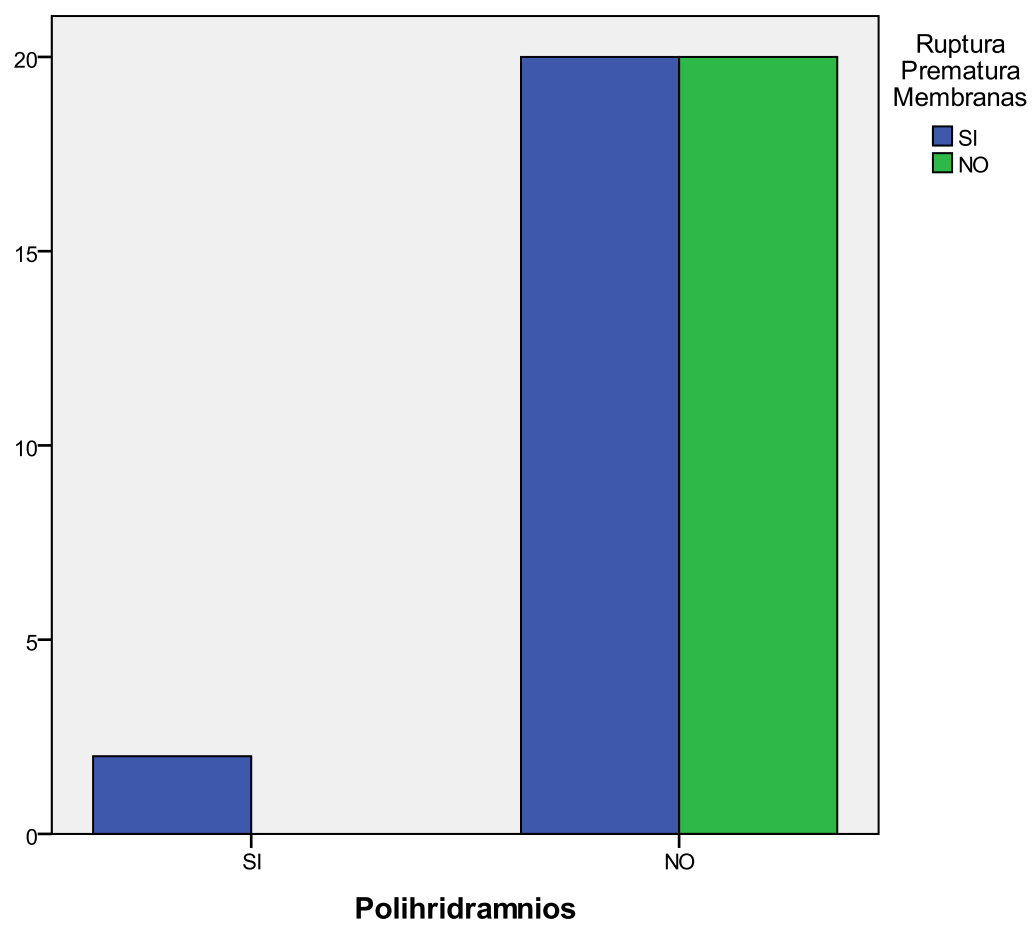


Tabla No. 24

Placenta Previa * Cesárea Previa

	Cesárea Previa		Total
	SI	NO	
Placenta Previa	2	0	2
	6	34	40
Total	8	34	42

Grafico No. 24

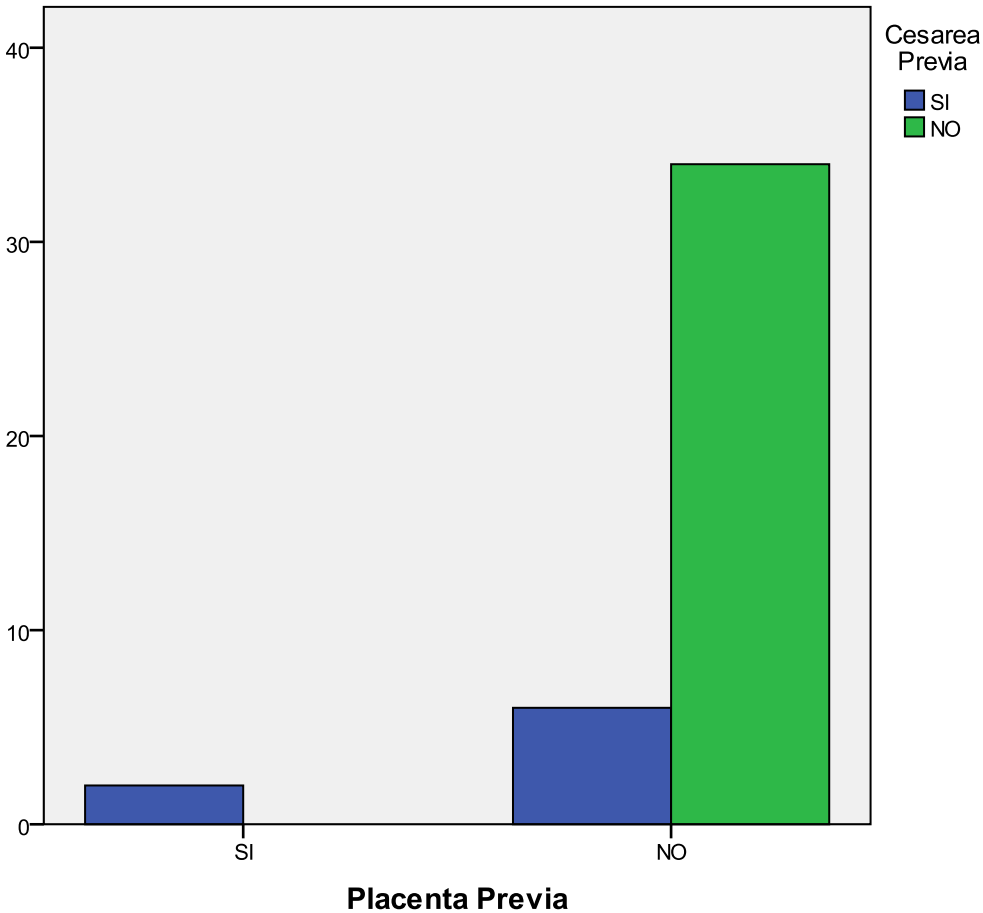


Tabla No. 25

Amenaza Parto Pretérmino * Infección Vías Urinarias

	Infección Vías Urinarias		Total
	SI	NO	
Amenaza Parto Pretérmino	10	8	18
	14	10	24
Total	24	18	42

Grafico No. 25

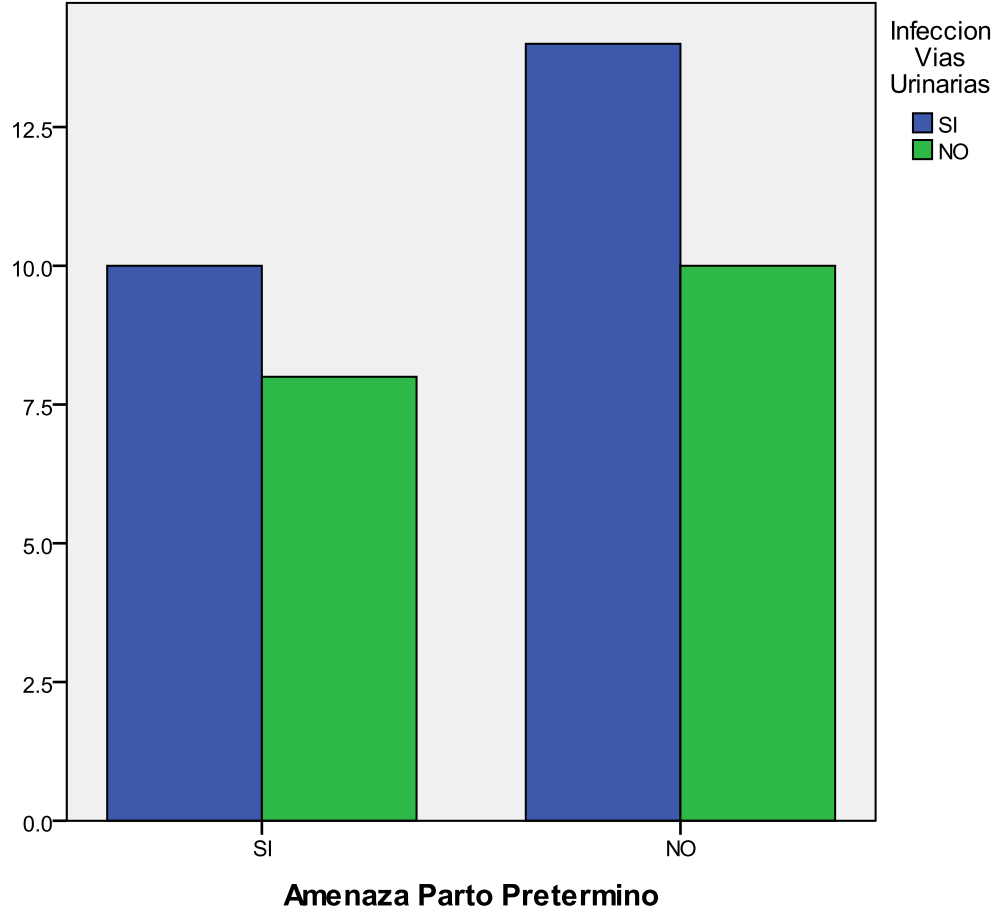


Tabla No. 26

Ruptura Prematura Membranas * Infección Vías Urinarias

	Infección Vías Urinarias		Total
	SI	NO	
Ruptura Prematura Membranas	10	12	22
	14	6	20
SI	24	18	42

Grafico No. 26

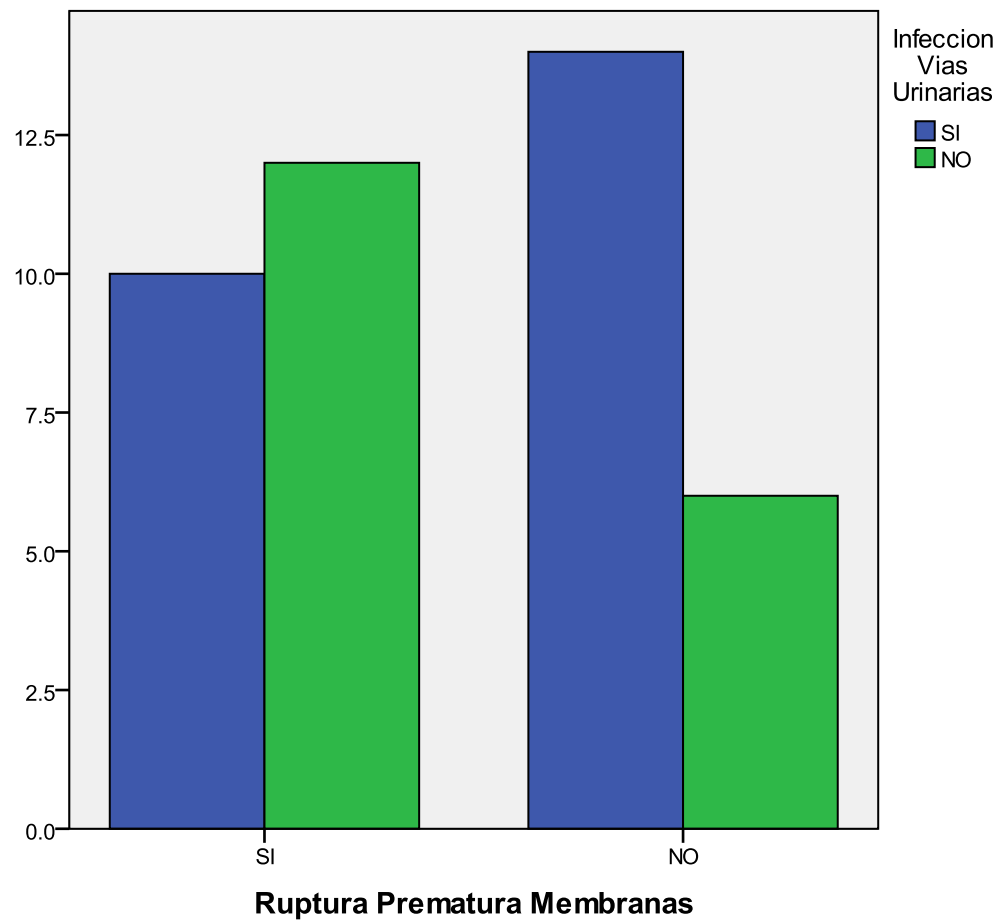


Tabla No. 27

Vaginosis * Infección Vías Urinarias

	Infección Vías Urinarias		Total
	SI	NO	
nosis	10	6	16
	14	12	26
al	24	18	42

Grafico No. 27

