

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ MORÓN

**Comportamiento del Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de
Ginecología del Hospital Morón.**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
GINECOLOGÍA

AUTOR: Dra. Aday Acosta Sánchez.

Morón, 2019

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE
ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ MORÓN

**Comportamiento del Parto Pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de
Ginecología del Hospital Morón.**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
GINECOLOGÍA

AUTORA: Dra. Aday Acosta Sánchez. Residente de 4to año de Ginecología.

TUTOR: MSc. Dr. Ricardo Ignacio Pila Díaz. Especialista de Primer y Segundo Grados en Ginecología. Máster en atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente.

Hospital General Provincial Docente - "Roberto Rodríguez Fernández".

Morón, 2019

PENSAMIENTO

“Los nueve meses que preceden al nacimiento contienen hechos y eventos de mucha mayor importancia que los sesenta años que vienen después”

Samuel Taylor Colridge.

Inglaterra 1787

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las personas que de una forma u otra hicieron posible la realización y desarrollo del mismo, así como a todas las mujeres que han presentado partos pre términos y las que puedan presentarlo en el futuro, a la institución médica en la que laboro, a mis colegas y profesores y en especial a mis padres y familiares.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que han colaborado y hecho posible la realización de este trabajo, a mis padres, abuelos y en general a todos mis familiares así como a los amigos, profesores y colegas de trabajo por el apoyo incondicional tanto en el hogar como en la investigación para lograr estos resultados.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de describir el comportamiento del parto pretérmino en gestantes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital de Morón, en el período comprendido entre enero de 2015 hasta enero de 2018. El universo estuvo constituido por 357 pacientes con sospecha de parto pretérmino y la muestra quedó constituida por 209 pacientes con el diagnóstico confirmado de parto pretérmino. Se utilizó el muestreo no probabilístico intencional. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Predominaron en el estudio las edades entre 26 a 29 años, el estado civil soltera o unión libre, nivel socioeconómico adecuado y fue el municipio Morón el que más casos aportó de parto pretérmino. Los hábitos tóxicos mantenidos por las gestantes, consumo regular de café y cigarros y estado nutricional deficiente influyeron en la aparición del parto pretérmino. Fueron las gestantes multíparas las que aportaron la mayor cantidad de parto pretérmino, fundamentalmente las que tuvieron parto pretérmino previo. La edad gestacional en el momento del parto en el mayor por ciento de los casos ocurrió entre las 32 y 36.6 semanas de gestación. Los factores de riesgo obstétricos que estuvieron mayor representados fueron la RPM, los trastornos hipertensivos y la incompetencia cervical. Existió predominio de las infecciones urinarias altas y la vaginosis bacteriana fue la principal de las infecciones vaginales presentes. Predominó el parto Eutócico, el mayor porcentaje de recién nacidos obtuvieron un puntaje de Apgar normal y presentaron un peso entre 1500 y 2500g.

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1-5
Marco Teórico	6-19
Materiales y Métodos	20-24
Resultados y Discusión	25-46
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias Bibliográficas	49-54
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El parto pre término se define como aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación, se clasifica en:

- Prematuro extremo < de 28 semanas.
- Gran prematuro de 28 a 32 semanas.
- Prematuro moderado de 32 a 34 semanas.
- Prematuro tardío de 34 a 35 semanas.

Durante mucho tiempo la entidad se conoció como parto prematuro sin embargo la demarcación para referir un nacimiento de estas características, lo establece la edad gestacional en semanas, la madurez o pre madurez depende de circunstancias individuales, de cada embarazo y no necesariamente de la edad gestacional; así la calificación real de madurez, solo es posible establecer después del nacimiento. Por otra parte la resolución obstétrica puede lograrse mediante un parto o través de operación cesárea de manera que el calificativo debe ser el de nacimiento pre término y no de parto prematuro (1).

Su frecuencia varía según la zona geográfica, en Estados Unidos se estima del 9 al 10% en el decenio de 1980 Schwartz analizó 333 974 nacimientos con productos de 500 a 2500 g en 56 centros de atención obstétrica en 11 países latinoamericanos; observó cifras porcentuales desde 14.8 en Brasil, hasta 4.6 en Chile, con un promedio de 9 % para todo el continente, en México, en centros de atención de tercer nivel la frecuencia informada oscila entre 8.9 y 13 %. Actualmente en los EE.UU, cada año 12 % de los nacimientos se produce con menos de 37 semanas de gestación, lo cual precisamente implica un costo de 26 billones de dólares anuales para enfrentar la tragedia, en 2008 contribuyó al 66% de la mortalidad infantil en la República Argentina. (2)

En Europa varía entre el 5 y el 7%. En Colombia según diferentes autores entre el 8 y el 12%. A pesar de los avances en el cuidado obstétrico esta incidencia no ha disminuido en los últimos años, y al contrario en algunos países la tendencia es a aumentar, figurando como la causa de muerte en un 60-80% de los recién nacidos

sin malformaciones. Por esta razón, es causante del 50% al 70% de la mortalidad neonatal y del 50% de las alteraciones neurológicas. (3)

El parto pre término es responsable de complicaciones neonatales a corto plazo tales como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante ductusarterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y fibroplasia retrolental. A largo plazo se ha asociado con complicaciones como parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición. (4)

A pesar de todos los avances tecnológicos en cuidados neonatales, conservar el feto dentro del útero constituye la manera más eficaz y el medio natural para mejorar la supervivencia neonatal y evitar las posibles complicaciones a un corto, mediano y largo plazo, por tanto, la solución de este gran problema se encuentra en manos del obstetra.

En la actualidad el parto pre término representa un desafío, no solo de la medicina moderna, también constituye un enorme problema para la familia, la sociedad y la economía de un país. La prevención de la prematurez es una de las prioridades en la salud pública de todos los países por muchas razones como son su frecuencia, el impacto que tiene salvar vidas, debido a la expectativa larga de vida que puede proveerse para los niños nacidos a término, para evitar el alto costo que tiene el cuidado neonatal del prematuro, evitar el riesgo materno, garantiza una mayor seguridad para la salud del niño en los primeros meses de vida, entre otras. (4,5)

Considerando el impacto que tiene la prematuridad en la morbilidad y mortalidad de la infancia, es reconocida como un problema de salud de primera magnitud, en el cual se invierten recursos para prevención primaria, secundaria y en centros capacitados para su tratamiento. Internacionalmente es reconocida la enorme preocupación del gobierno cubano por preservar la salud del pueblo y en particular de la niñez. Pruebas de ello lo constituyen el bajo índice de mortalidad infantil alcanzado año tras año, sólo comparable con los países más desarrollados del mundo, logrado pese a las dificultades económicas por las que atraviesa el pueblo y al bloqueo económico impuesto por el gobierno de Estados Unidos, la creación de la atención primaria a la población, a través del programa del Médico de la familia,

donde las embarazadas disfrutan de un seguimiento continuado durante toda su atención prenatal, con el objetivo primordial que transite exitosamente su estado de gestación con un desenlace feliz, tanto para la madre como para su producto. (6)

Con el advenimiento de la ultrasonografía cérvico uterina y dada la necesidad de encontrar una medida eficaz para la detección e intervención profiláctica del parto pre término se desarrollan estrategias médicas dirigidas a las gestantes con factores de riesgo obstétrico para la prematuridad, a fin de extender el período de embarazo hasta el término.

El método empleado actualmente para la detección de la prematuridad se basa en el pesquisaje de los factores de riesgo, el seguimiento estricto de estas pacientes buscando signos y síntomas sutiles de la amenaza de parto pre término, así como la determinación de las características cervicales clínicamente, a través de la realización del tacto vaginal con la aplicación del test de Bisho o precisadas por ultrasonografía transvaginal vistas de forma aisladas e independientes de las cuales se le da valor determinante a la longitud cervical. (7)

Igualmente la atención en el parto pre término resulta un gran dilema para el obstetra, si se tiene en cuenta su origen multifactorial, así como el número elevado de pacientes con positivos falsos, que conduce a ingreso y gastos en atención hospitalaria; sin embargo, una vez diagnosticado, su terapéutica es otro de los puntos de cuidado; también objeto de múltiples contradicciones. La terapia con agentes tóxicos es muy controvertida, porque los estudios realizados en la actualidad no ofrecen grandes diferencias entre los agentes empleados en cuanto a su eficacia y seguridad.(8)

La inhibición farmacológica del parto pre término ha mostrado sus beneficios en la prolongación del momento del parto, y además posibilita la administración de corticosteroides, con demostradas ventajas, aunque en diferentes estudios con control también se han expuesto los riesgos respecto al número de reacciones adversas, que pueden poner en peligro a la madre y el feto.

Con referencia a lo señalado anteriormente, mientras no se encuentren los métodos eficaces para prevenir el parto pre término debido a su origen multifactorial, la

inhibición farmacológica continuará siendo una terapéutica que facilitará la toma de otras decisiones que permitan asegurar una mejor evolución neonatal.(9)

Se ha llegado al consenso de que no existe el toco lítico ideal, pues los más usados, como los β -agonistas: sulfato de magnesio y bloqueadores del calcio, no han logrado el equilibrio deseado entre eficacia y seguridad. (8,9)

En los últimos años en el Hospital General de Morón no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática relacionada con el parto pre término y poder incidir en los factores de riesgo para disminuir la morbilidad perinatal por esta causa.

Se revisó amplia bibliografía relacionada con el tema así como investigaciones a fines y los resultados obtenidos no difieren con los resultados de esta institución, además en el cuadro de salud del hospital Morón el acápito parto pre término continúa siendo una de las principales causas de ingreso en las unidades de cuidados perinatales y de cuidados intensivos neonatales, por estas razones se decide realizar esta investigación y se precisa como **problema científico**: ¿Cómo se comporta el parto pre término en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Describir el comportamiento del parto pre término en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón.

Objetivos Específicos:

- 1-Distribuir a las gestantes según variables sociodemográficas: grupo de edades, estado civil, nivel socioeconómico, municipio de procedencia, factores relacionados con el estilo de vida como presencia de hábitos tóxicos, estado nutricional y paridad.
- 2-Identificar antecedentes maternos: edad gestacional y parto prematuro previo.
- 3-Determinar los factores de riesgo obstétricos: rotura prematura de membranas (RPM), patologías propias del embarazo y factores uterinos.
- 4-Determinar presencia de infecciones en las gestantes principalmente urinarias e infecciones vaginales, tipo de parto y morbilidad del recién nacido.

MARCO TEÓRICO

La prematuridad es un problema mundial, con fuerte asociación a la Mortalidad Infantil y que marca la gran brecha entre los países ricos y pobres ya que mientras en los primeros la supervivencia es muy alta en los países en vía de desarrollo aun con edades gestacionales cerca del término se comporta como la primera causa de muerte. En Cuba a pesar de los resultados del programa materno infantil, la prematuridad se mantiene en una meseta desde el año 2003 se comporta en alrededor de 5%, en ella se concentra en los dos últimos años el 38% de los fallecidos, incrementándose la mortalidad en las edades extremas. La mortalidad infantil en menores de 1500 gramos fue, en el año 2016, del 37,7 por cada 100 nacidos vivos, 15 veces mayor que en los nacidos con buen peso. El 66% de los pre términos fallecidos tenían 32 semanas o menos de edad gestacional (EG). Con 30 semanas de EG o menos ocurren el 79.9 % de los fallecidos menores de 1500g. (2,3,10)

La incidencia de nacimientos prematuros en 184 países asociados a la OMS va de 5 a 18%; por ello la OMS instauró que en el periodo de 2010-2025 (durante 15 años) se deberá aminorar la tasa de mortalidad neonatal por parto prematuro en un 50%.(11)

La media del peso de los menores de 1000g es de 857g, lo que acorta la sobrevivencia al nacer. El 57,7% de los recién nacidos fallece antes de los 7 días de vida, cuando nacen con 30 semanas. Las primeras causas de muerte en los pre término en diferentes partes del mundo fueron afecciones perinatales, hemorragia interventricular, hemorragia pulmonar y la hipoxia.(12)

El trabajo de parto pre término es la instauración del trabajo de parto (actividad uterina dolorosa, repetitiva, regular y persistente) que origina cambios progresivos en el cuello uterino que permiten el descenso y nacimiento del recién nacido entre las 20 y 37 semanas de gestación (140-259 días). Se considera parto inmaduro entre las 20 y 26 semanas, el cual requiere manejo individualizado. Es uno de los problemas obstétricos más graves en 7 a 12% de los embarazos, dependiendo de la población, causa hasta 80% de la morbilidad y mortalidad neonatales. A pesar de muchos años de investigación, aún se desconocen su causa y prevención.

La ruptura prematura de membranas (RPM) se presenta en 30 a 50% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino.(13)

Para realizar el diagnóstico se debe tener en cuenta a la paciente con embarazo entre las semanas 20 y 37 calculada desde la fecha de la última regla, documentación de actividad uterina de al menos una hora con una frecuencia de 4/20 minutos u 8/60 minutos y membranas íntegras con presencia de modificaciones a nivel cervical documentada, borramiento de 80% y/o dilatación de 2 cm. (1)

En cuanto a los índices clínicos del trabajo de parto pre término se debe tener en cuenta los cambios en el cuello, comenzando la evaluación con el tacto vaginal, en el mismo se han observado cambios cervicales 6 semanas antes del parto, sea este pre término, a término o pos término. Stubbs y cols. Describieron una sensibilidad de 0 a 50% y una especificidad de 78 a 91% para predecir parto pre término a las 34 semanas o posterior. (14)

Leveno y cols. Observaron cambios similares y señalaron que una dilatación 2 cm tenía una sensibilidad de 57% y una especificidad de 94% para predecir trabajo de parto pre término con un valor predictivo positivo de 27% y negativo de 94%.

Estos datos se han encontrado en general en pacientes con dilataciones menores de 3 cm; la principal desventaja de este tipo de valoración es la inconstancia relativa inherente al tacto del cuello uterino, además que el borramiento normal del cuello ocurre con acortamiento desde el orificio interno hacia el externo. (15)

La evaluación ultrasonográfica del cuello uterino es otro elemento a tener en cuenta la longitud cervical puede ser usada como predictor de trabajo de parto pre término. Dada la amplia variabilidad inter e intraobservador que se produce con el tacto vaginal, la valoración ultrasonográfica del cuello puede llegar a ser un método más confiable de predicción y diagnóstico.

Ya en Maternal-Fetal Medicine Unit Network en 1996, se sugirió que había una relación inversa entre la longitud cervicouterina transvaginal y la frecuencia de parto pre término.

La longitud cervicouterina promedio estaba distribuida de modo uniforme entre las 24 y 28 semanas de gestación y a las 24 era 34 +/- 7.8 mm en nulíparas y 36.1 +/- 8.4 en las que ya habían dado a luz. Las cifras correspondientes a la semana 28 de

gestación eran de 32.6+/- 8.1, y 34.5+/- 8.7 mm, respectivamente. Además, hallaron un riesgo relativo de 6.19 de partopretérmino en mujeres con una longitud cervicouterina menor de 30 mm (percentil 25). (16)

Tápiale y Hilesmaa confirmaron estos hallazgos en 1998. Además, encontraron que con una longitud cervicouterina de 29 mm o menos a las semanas 18 a 22 de edad gestacional, el riesgo relativo de parto antes de las 35 semanas era de 8 con un CI 95% de 12,67 y sensibilidad del 29%, que la embudización en el orificio interno es predictora independiente de parto pretérmino, vinculando este con parto pre término con una sensibilidad de 25.4% , especificidad del 94.5% VPP de 17.3% y VPN de 96.6%; estos datos son compatibles con los de Berghella y cols. (16,17)

En 1997 Andersen y col. encontraron una longitud cervical promedio de 40.9 mm a las 30 semanas; para ellos el elemento que mejor predijo la posibilidad de parto pretérmino con esta edad gestacional fue la longitud cervical \leq 39 mm, con una sensibilidad de 76%, una especificidad de 59% y VPP y VPN de 75 y 93.3%, respectivamente. Imaz y col. en su estudio en 1994 con un límite de corte de 30 mm detectaron todas las pacientes (sensibilidad 100%, especificidad 55%, VPP: 55%, VPN: 100%). Hasegawa en 1996 evidencia que la dilatación del orificio cervical interno es el mejor predictor de trabajo de parto pretérmino en mujeres multíparas.

Al valorar el índice cervical (longitud del embudo + 1 / longitud endocervical) con un punto de corte mayor o igual a 0.52 Gómez y cols. encontraron una sensibilidad del 76% especificidad 94% VPP: 89% y VPN: 86% en pacientes entre las semanas 20 y 35 de gestación; en este estudio se valoraron también, de modo concomitante, la longitud endocervical, presencia de embudización, longitud del embudo, su ancho, y tanto la dilatación como el borramiento al tacto vaginal.

Las gestantes identifican 15% de las contracciones detectables con tocodinametría. Se observa un incremento progresivo de las contracciones 5 semanas antes del parto, éste predice parto pretérmino con una sensibilidad de 57 a 86%. (18)

Una nueva técnica que está en desarrollo es el método de señales electromiográficas, la cual explica que el hallazgo de las descargas eléctricas espontáneas en el músculo uterino consta de disparos intermitentes de potenciales

de acción en espiga; se requieren espigas múltiples y coordinadas para las contracciones fuertes y mantenidas.

Otra nueva técnica que detecta cambios de tejido colágeno del cuello uterino mediante espectroscopia fluorescente está siendo utilizada. La piridinolina (colágeno) constituye un enlace cruzado importante en la matriz de las fibrillas de la proteína y tiene fluorescencia característica. Se hicieron mediciones en la superficie serosa de la banda media del cuello uterino de ratas in vivo, que mostraron un decremento en la intensidad de la fluorescencia en los últimos días de la gestación y al nacer, correspondiente a la disminución del colágeno cervicouterino. (19)

Lograr la identificación de factores de riesgo para nacimientos pretérmino, antes de la concepción o tempranamente en el embarazo, conduciría a realizar intervenciones que podrían ayudar a prevenir un parto pretérmino. No obstante, realizar esta identificación temprana es difícil debido a que un número importante de nacimientos pre términos ocurre en mujeres que no tienen factores de riesgo.

Además, algunas complicaciones obstétricas que terminan en parto pretérmino requieren de cofactores para ejercer sus efectos, haciendo que la cadena de causalidad sea difícil de documentar. (20)

Aún no existe un adecuado modelo animal para lograr estudiar el parto pretérmino. Es importante tener en cuenta que el factor de riesgo más importante para predecir un parto pretérmino es tener el antecedente de parto pretérmino, el cual representa un 15% después de uno y 30% si fueron dos partos pretérmino. Este antecedente incrementa de 1,5 a 2 veces el riesgo.(21)

Algunos de los factores de riesgo identificados son:

Factores de riesgo sociodemográficos como la edad materna inferior a 18 años o avanzada superior a 40 años, según otra literatura las menores de 17 años y mayores de 35 años tienen mayor peligro de parto prematuro, el estado civil principalmente el ser soltera o no tener un apoyo del tipo social se asocian a parto prematuro, nivel socioeconómico, principalmente el bajo nivel socioeconómico (pobreza) está relacionado con el aumento de parto pretérmino, factores relacionados con el estilo de vida como el consumo de tabaco, drogas y el peso insuficiente de la madre durante la gestación incrementa la incidencia y pronóstico de

los recién nacidos de bajo peso al nacer. La pobre alimentación materna o el consumo de alimentos contaminados podrían ocasionar parto prematuro. (22)

Los antecedentes maternos constituyen otro factor de riesgo, las pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta, parto prematuro previo, este es un factor importante para parto pretérmino. En gestantes que tuvieron parto prematuro en su primera gestación se incrementa el riesgo tres veces más de parto pretérmino recurrente probablemente por la misma causa, período intergenésico corto en gestantes con intervalos menores de 18 meses aumenta el riesgo de parto prematuro. La amenaza de aborto o aborto tardíos, definido como hemorragia por vía vaginal en las primeras semanas de gestación, las causas genéticas se relacionan con parto prematuro se menciona que existe polimorfismo y mutaciones en genes que están vinculados con la infección e inflamación y ensamblaje de la colágena que predispone a presentar dicha patología.

Existe un incremento del 60% de presentar parto prematuro en mujeres que tengan antecedentes familiares (madre, hermana, media hermana) de haber tenido parto prematuro. (23)

Los factores de riesgo obstétricos como controles prenatales, la cantidad (menor de 6 controles prenatales durante todo el embarazo) y la calidad de los controles prenatales son un factor de riesgo asociado a parto prematuro, como también lo son las patologías obstétricas, ruptura prematura de membranas complica solo el 2% de todos los embarazos pero está asociado a un 30 % a parto pretérmino traduciéndose en resultados negativos importantes en la morbilidad neonatal.

El trabajo de parto espontáneo con las membranas fetales intactas es el origen más común de parto prematuro, por otro lado la RPM casi siempre origina parto pretérmino.

La RPM definida como la ruptura espontánea de las membranas fetales antes de las 37 semanas está más relacionada a infecciones intrauterinas. Presentándose por un aumento en la apoptosis de las células que forman parte de las membranas, estas células principalmente las células mesenquimáticas quienes son las que producen colágena del tipo I y III son las que proporcionan la fuerza tensil de las membranas. A

su vez existen estudios donde se menciona que un aumento de las metaloproteinasas que son las responsables de la remodelación normal del tejido de la matriz y de la degradación de la colágena origina ruptura prematura de membranas. Las metaloproteinasas están reguladas por factores inhibidores que están disminuidos en pacientes que presentaron RPM, la disminución de los inhibidores es causado por la presencia de interleucinas (IL-1, IL-6) y factor de necrosis tumoral que están presentes en procesos inflamatorios.

Los Trastornos hipertensivos especialmente la pre eclampsia severa se asocia en un 5% de morbilidad materna y un 0,2% de mortalidad materna generalmente antes de las 32 semanas y con patologías preexistentes como la diabetes mellitus o gestacional, trombofilias, patologías autoinmunes, entre otras.

Los factores uterinos como el volumen aumentado (poli hidramnios, gestación múltiple), anomalías congénitas (útero bicorne o unicorne), miomas especialmente submucosos, incompetencia cervical, traumatismos, hemorragia ante parto, cirugía intraabdominal, infección materna severa, infarto placentario, dilatación prematura del cuello uterino, insuficiencia cervicouterina, anomalías de los fondos uterinos y fetales, trauma físico emocional. (24,25)

Otro factor de riesgo son las infecciones, se ha demostrado según diferentes estudios que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico se relaciona a parto prematuro. Principalmente urinarias se ha planteado que las infecciones intrauterinas desatan el trabajo de parto prematuro al estimular el sistema inmune (25 a 40%). Siendo los microorganismos *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* los de mayor importancia quienes generan la liberación de citosinas inflamatorias como las interleucinas y el factor de necrosis tumoral quienes a su vez estimulan la producción de prostaglandinas que estimulan las contracciones uterinas que a su vez la degeneración de la matriz extracelular en las membranas fetales produce la ruptura prematura de membranas. El cuello uterino corto medido mediante ecografía se acompañó de invasión microbiana indicativa del ascenso por la parte baja del aparato reproductor.

La mayoría de los casos de Pielonefritis ocurren en el segundo trimestre. El organismo que predomina es la *Escherichia coli*, en aproximadamente 70 % de los

casos, otros organismos responsables de la infección incluyen Klebsiella-Enterobacter, Proteus y organismos Gram-positivos incluyendo el estreptococo del grupo B. La Escherichiacolli es el uropatógeno más común en el tercer trimestre.

La vaginosis bacteriana es otra infección a tener en cuenta. La micro flora vaginal propia del ser humano es reemplazada por anaerobios que está comprendida por Gardnerella Vaginalis especies del género Mobiluncos, y Mycoplasma Hominis. La vaginosis bacteriana se ha asociado con aborto espontáneo, parto prematuro, RPM, corioamnionitis. Las vaginosis duplican la tasa de parto pretérmino las causadas por Clamidias por N. Gonorreae y Estreptococo del grupo b.

En la prevención de parto pretérmino todas las pacientes con vaginosis bacteriana deben ser tratadas, pues si bien con ello no se reduce la mortalidad, si disminuye la tasa de parto pretérmino. Por el contrario no existe indicación de tratamiento por pacientes asintomáticas, excepto en mujeres con parto pretérmino previo y con ruptura prematura de membranas. (26,27)

Los marcadores bioquímicos, como la fibronectina fetal, glicoproteína producido por la membrana coriónica que interviene en la adhesión con la decidua materna continúa; según estudios realizados cuando la prueba de fibronectina es positiva se asocia fuertemente a parto prematuro, muchos estudios han sugerido que los niveles séricos maternos de estradiol, estriol salival aumentan durante el parto a término y parto prematuro. Se deben tener en cuenta otros marcadores, los procesos inflamatorios producido muchas veces por infecciones desencadenan la cascada de citoquinas: factores de necrosis tumoral, interleucinas (IL-1, IL-6) se ha demostrado un incremento de estas a nivel cervical por lo que se asocian a parto prematuro. (28)

Se conoce que la amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial. Sin embargo, tradicionalmente sus posibles causas se han seleccionado en tres grandes grupos:

-Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término. Ejemplo: secundaria a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.

-Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)

-Idiopático: sin causa aparente o conocida.

Recientemente, según experiencias clínicas y experimentales, la mayoría de los partos pretérmino secundarios a causas idiopáticas y por RPM se ligan a cuatro procesos:

- a) Activación del eje hipotálamo-pituitariaadrenal materno o fetal.
- b) Inflamación decidual y amniocoriónica.
- c) Hemorragia decidual.
- d) Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Los procesos mencionados generalmente ocurren simultáneamente; sin embargo, cada uno tiene una característica única bioquímica. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se produce liberación de mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin RPM, y finalmente se desencadena el parto prematuro.(29)

Las causas del parto pretérmino tienen múltiples antecedentes y factores de riesgo que generalmente interactúan entre sí y esto hace que sea difícil la prevención y el tratamiento oportuno.

Lo ideal es que el feto pretérmino sea atendido en una unidad obstétrica que disponga de cuidados intensivos neonatales, sobre todo si se trata de fetos de menos de 33 semanas y con respecto a la vía del parto ante una presentación cefálica la vía de elección es la vaginal y las indicaciones para una cesárea son las habituales para el feto a término. (30)

La conducta a seguir difiere según edad gestacional y peso fetal, en una gestación entre 26 a 27 semanas, peso fetal estimado < 1000 g debe hacerse el ingreso en sala de Cuidados Materno – Perinatales (CMPN) a partir de las 26 semanas y se tomarán las medidas generales de enfermería, toma de signos vitales cada cuatro horas, evolución cada cuatro horas, además de la evolución médica también cada cuatro horas y perfil de sepsis: hemograma con diferencial, eritrosedimentación, proteína C reactiva, exudado vaginal con cultivo, uro cultivo, realizar ultrasonido: transabdominal: Biometría, CPF, transvaginal: Buscar modificaciones cervicales, además tratamiento etiológico, debe darse el consentimiento informado en conjunto con neonatología, individualizarse los casos según posibilidades de supervivencia y

la historia obstétrica materna, en caso de modificación cervical: en pacientes sin antecedentes de parto pre término espontáneo anterior, uso del pesario, en pacientes con antecedentes de parto pre término espontáneo anterior uso del pesario y continuar con progesterona de depósito.

En una gestación entre 28 y 34 semanas, peso fetal estimado entre 1000g a 2000g debe realizarse el ingreso en CMPN, reposo en decúbito lateral izquierdo, utilizar apósito estéril, observación de enfermería cada cuatro horas, evolución médica cada cuatro horas toma de TA, FC, DU y FCF cada treinta minutos mientras dure el tratamiento tocolítico de ataque.

FR y reflejos osteotendinosos cada treinta minutos, se usa Sulfato de magnesio, se realiza el perfil de sepsis y ultrasonido: transabdominal: Biometría, CPF, ILA, PBF y transvaginal: Buscar modificaciones cervicales.

En una gestación ≥ 34 semanas peso fetal estimado > 2000 g se realiza el ingreso en CMPN, reposo en decúbito lateral izquierdo, utilizar apósito estéril, observación de enfermería cada cuatro horas, evolución médica cada cuatro horas, perfil de sepsis, pruebas de bienestar fetal, ultrasonido: transabdominal: Biometría, CPF, ILA y transvaginal: Buscar modificaciones cervicales. (1,31,32)

En cuanto a las pautas de tratamiento se sugiere en la actualidad el uso de antimicrobianos pues no hay evidencias de su beneficio ante integridad de las membranas ovulares. Iniciar en caso de membranas expuestas, fase activa y/o RPM, en caso de inminencia de prematuridad dado por modificación cervical por USTV con LC < 25 mm iniciar profilaxis con Penicilina cristalina 5 millones de entrada y después 2.5 millones cada 4 horas endovenoso hasta que ceda la DU, si alergia a la penicilina Cefazolina 2 gramos de entrada y después 1 gramo cada ocho horas hasta que ceda la DU, si más de 34 semanas se utilizará el mismo esquema cuando la paciente se encuentre en franco trabajo de parto y se prolongará hasta el parto. (1,31)

En cuanto a la maduración pulmonar su efecto máximo es en las primeras 48 horas de la última dosis, no obstante ya a partir de las 8 horas se obtienen beneficios en el neonato, puede administrarse los 24mg en caso de que sea una fase activa o un

parto inminente de Betametasona 12 mg a repetir en 12 y/o 24h hasta 24 mg (dosis total) o Dexametasona 6 mg IM c/12h, 4 dosis.

Toda embarazada entre 26 y 34 semanas con riesgo inminente de parto prematuro debe ser considerada como candidata para un curso único de corticoides.

Contraindicaciones de los glucocorticoides: Enfermedad viral, Tuberculosis, Fiebre de etiología no precisada y Úlcera péptica. No está indicada su administración profiláctica si no existe un riesgo inminente de prematuridad.

En Embarazos entre 34 semanas y 36,6 semanas con riesgo inminente de Parto Pretérmino y no antecedentes de uso de Inductores de la Maduración Pulmonar existe evidencia que se puede utilizar las dosis habituales de Betametasona o Dexametasona, sin tomar acción para retrasar el parto.

Se repetirá solo si aparecen condiciones clínicas objetivas o elementos ecográficos después de los 7 días de administrados. Entre 7 a 14 días de la última dosis, solo administrar un rescate. Mayor de 14 días un rescate con dosis completa.

La Diabetes mellitus, los trastornos hipertensivos del embarazo, la RPM o el RCIU, no son contraindicaciones para el uso de los inductores de la maduración pulmonar.

El uso de Tocolíticos se realizará utilizando Anticálcicos (1ra Línea) con Nifedipino (10mg): 30mg de entrada VO ó 10mg c/20 min hasta administrar los 30mg. Si se detiene la dinámica uterina con esta dosis continúe con Nifedipino: 10 a 20mg VO c/6-8h por 72horas, si no se logra la tocolisis con la dosis inicial de Nifedipino, administre: β -adrenérgicos.

2da Línea, Fenoterol (ámpula-0.5mg): Dext 5% 500 ml+ 2 ámp. de fenoterol (2 μ g/ml). Comenzar con dosis de 1 μ g/min, (10 gotas/min). Si a los 20 min no se ha logrado la útero-inhibición y la FC materna no supera los 120 lat/min, se aumenta la dosis a 2mcg/min, (20gtas/min), se espera otros 20min. De no lograrse el cese de la contractilidad uterina se aumenta a 4 μ g/min, (40 gtas/min).

Los fármacos beta estimulantes usados por vía EV son útiles durante 48 horas. No existe evidencia y, por lo tanto, no se recomienda el uso de Tocolíticos en forma combinada o en esquemas orales de mantenimiento.

Sulfato de Magnesio: 4-6 g EV a pasar en 100 ml de solución salina fisiológica (0.9%) a pasar en 30 min y continuar con 2g/h hasta controlar la dinámica uterina. No administre el medicamento por más de 24 h.

Indometacina: Inhibidor de la COX2, Ciclooxygenasa.

En pacientes entre 26 a 31 semanas: Tabletas de 25 mg, dosis de 50 a 100mg VO. o rectal seguido de 25 a 50 mg c/6h VO o 100mg c/12h rectal.No administrar con TG> 32 semanas. Realizar ILA diario y suspender si < 5cm.AINES: Enfermedad gastrointestinal, hepática, asma, hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación y trombopenia.

En cuanto a la Tromboprofilaxis se debe clasificar a toda gestante según riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y utilizar pautas de tratamiento según protocolo vigente en el país, vigilancia estrecha de pacientes en reposo por más de 3 días y lo siguientes factores asociados, edad mayor de 35 años, obesidad con IMC mayor de 28.6 Kg/m², embarazo múltiple, multiparidad, enfermedad de base con riesgo trombótico. (TEV previo, síndrome varicoso, trombofilias), patologías asociadas como: nefropatías, cardiopatías, hipertensión, trastornos mieloproliferativos, tabaquismo.Prescribir en estas gestantes ejercicios activos y pasivos de las extremidades, ejercicios respiratorios y uso de vendas elásticas o medias de compresión graduada.

La vía del parto debe ser decidida frente a cada paciente teniendo en cuenta edad gestacional, peso fetal, estado materno y fetal. (1)

Debido a los grandes avances en el cuidado de bebés enfermos y prematuros, cada vez más bebés sobreviven a pesar de nacer antes de término y de ser muy pequeños. Sin embargo, la prevención del parto prematuro es el mejor modo de promover la buena salud de los bebés.

El cuidado prenatal es un factor clave en la prevención de partos prematuros y de nacimientos de bebés de peso bajo. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Como la nutrición y el aumento de peso materno está vinculado con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo es fundamental. La atención prenatal también es importante para identificar problemas y estilos de vida que

puedan aumentar los riesgos de trabajo de parto y parto prematuros. Algunas formas de ayudar a prevenir un parto prematuro y proporcionar un mejor cuidado para bebés prematuros incluyen las siguientes:

- Detectar a las madres en riesgo de trabajo de parto prematuro
- Educar a las madres sobre los síntomas de trabajo de parto prematuro
- Evitar trabajos pesados o repetitivos o estar parada durante mucho tiempo, lo que puede aumentar el riesgo de trabajo de parto prematuro
- Identificar y tratar en forma precoz el trabajo de parto prematuro

Algunas mujeres con más riesgo de parto prematuro pueden recibir tratamiento con la hormona progesterona. Esta hormona y su derivada, la 17-hidroxiprogesterona, son producidas naturalmente por la placenta durante el embarazo. Estudios recientes han demostrado que los suplementos de progesterona ayudan a reducir el riesgo de parto prematuro en mujeres con partos prematuros previos. Es necesario realizar nuevas investigaciones sobre este y otros métodos que ayuden a reducir la incidencia de partos prematuros. (33,34)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de describir el comportamiento del parto pre término en gestantes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández de Morón, en el período comprendido entre enero de 2015 hasta enero de 2018.

El universo estuvo constituido por 357 pacientes ingresadas en el servicio de Ginecobstetricia en este período con sospecha de parto pre término y la muestra quedó constituida por 209 pacientes con el diagnóstico confirmado de parto pre término.

Como técnica estadística para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico intencional.

Se determinaron y tuvieron en cuenta para la selección de la muestra los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestantes pertenecientes al área norte de la provincia Ciego de Ávila a las cuales se les diagnosticó parto pretérmino.
- Gestantes con parto pre término cuyos datos estaban completos en las historias clínicas, carnet obstétrico y libro de partos.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que fueron trasladadas a otro centro hospitalario.
- Pacientes con óbito fetal.
- Gestante que tuvieron una muerte fetal intraparto.
- Defunción materna.
- Gestantes cuyos datos no estaban completos o ilegibles en las historias clínicas, carnet obstétrico y libro de partos.

Principales dimensiones e indicadores:

1-Factores sociodemográficos.

1.1-Grupo de edades.

1.1.1-Menor de 17 años

1.1.2- De 18 a 25

1.1.3- De 26 a 29

1.1.4- De 30 a 35

1.1.5- Más de 35 años

1.2-Estado civil.

1.2.1- Soltera o unión libre

1.2.2- Casada

1.3-Nivel socioeconómico.

1.3.1-Adecuado

1.3.2-Inadecuado

1.4- Municipio de procedencia.

1.4.1- Morón

1.4.2- Primero de enero

1.4.3- Chambas

1.4.4- Ciro Redondo

1.4.5- Bolivia

1.4.6- Florencia

1.5-Factores relacionados con el estilo de vida.

1.5.1-Hábitos Tóxicos.

1.5.1.1-Café

1.5.1.2-Tabaco

1.5.1.3-Alcohol

1.5.1.4-Drogas

1.5.2-Estado nutricional de la gestante.

1.5.2.1-Bajo peso

1.5.2.2-Normopeso

1.5.2.3-Sobrepeso

1.5.2.4-Obesa

1.6.1-Paridad.

1.6.1.1-Nulípara

1.6.1.2-Primípara

1.6.1.3-Múltipara

2-Antecedentes maternos.

2.1-Edad Gestacional.

2.1.1-Menos de 32 semanas

2.1.2-Entre 32 y 36,6 semanas

2.2- Parto prematuro previo.

2.2.1-Si

2.2.2-No

3-Factores de riesgo obstétricos.

3.1-RPM

3.1.1-Si

3.1.2-No

3.2- Patologías propias del embarazo.

3.2.1-Trastornos hipertensivos

3.2.2-Diabetes mellitus Gestacional

3.2.3-Trombofilias

3.2.4-Patologías Autoinmunes

3.3- Factores uterinos.

3.3.1-Polihidramnios

3.3.2-Gestación múltiple

3.3.3-Anomalías congénitas

3.3.4-Miomas

3.3.5-Incompetencia cervical

4- Infecciones.

4.1-Infecciones urinarias.

4.1.1-Altas

4.1.2-Bajas

4.2-Infecciones Vaginales

4.2.1-Vaginosis bacteriana

4.2.2-Clamidia

4.2.3-Otras

5-Tipo de Parto.

5.1-Eutócico

5.2-Instrumentado

5.3-Cesárea Primitiva

5.4-Cesárea Iterada

6-Morbilidad del recién nacido.

6.1-Puntaje de Apgar.

6.1.1-Recién nacido normal

6.1.2-Moderadamente deprimido

6.1.3-Severamente deprimido

6.2-Peso del recién nacido.

6.2.1-Menos de 1500g.

6.2.2-Entre 1500 y 2500g

6.2.3- Más de 2500g

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el surgimiento del parto pretérmino desde épocas pasadas hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos empíricos:

Análisis documental: permitió realizar una revisión de la historia clínica de las gestantes (anexo 1), carnet obstétrico (anexo 2) y libro de parto(anexo 3). Para la revisión de estos documentos se elaboraron los instrumentos de recolección de datos.

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Para el resumen de la información se utilizó de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas (cálculo porcentual). Los datos se presentan en tablas las cuales se analizan para emitir las conclusiones. Se redactó un informe final

teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Parámetros éticos.

Al ser un estudio descriptivo, desde el punto de vista ético, se consideró sinriesgo, puesto que no existió intervención directa alguna en las gestantes, que puedan afectarla. Para guardar la confidencialidad en cuanto a la identidad de las participantes, no se consideró nombres ni direcciones, solo los datos necesarios de la historia clínica, carnet obstétrico y libro de partos. Mediante estas consideraciones se garantizó que en la presente investigación se cumplieran con los principios éticos médicos como son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de las gestantes según la edad materna. Hospital General Docente Roberto Rodríguez de Morón entre Enero del 2015 y Enero 2018.

Edad	No.	%
Menor de 17 años	6	2.9
De 18 a 25	33	15.8
De 26 a 29	121	57.8
De 30 a 35	29	13.9
Más de 35 años	20	9.6
Total	209	100

Fuente: Historia Clínica.

Al analizar la tabla 1 se puede observar que los partos pre términos fueron más frecuentes en el grupo de edad de 26 a 29 años en el 57.8%, seguidos por el de 18 a 25 años con un 15.8 %.

Existen en la mayoría de los estudios revisados los criterios relacionados con la edad pues es uno de los factores asociados a la prematuridad y se habla de edades entre menores de 20 años y mayores de 34 años, sin embargo estos resultados no se corresponden con este estudio pues en éste prevaleció el grupo de edades entre 26 y 29 años, edad adecuada para concebir.

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales, sin embargo, en los extremos de la vida reproductiva es considerado como un factor de riesgo, por el aumento de las patologías perinatales que se presentan. Varios autores han demostrado una relación marcada entre la edad materna de 20 años o mayores de 34 años y la incidencia del parto pretérmino. (35)

Se coincide con los variados criterios que existen con relación a que la edad materna durante la gestación es una constante preocupación para los obstetras. Se han establecido valores límites para poder hablar de anormalidades, estos han ido variando con el tiempo y con las culturas. El límite superior de edad se ha modificado y se debe tener presente que en la década de los sesenta era de 30 años, luego se extendió a 33 años y actualmente se habla como límite las menores de 20 años o las

mayores de 35 años. Estos límites deben seguir modificándose, pues esta cifra no es ni la mitad de la expectativa de vida de la mujer. En algunos países occidentales se considera como riesgo las mujeres mayores de 40 años.

En Cuba la mujer tiene su familia a edad temprana, sin embargo, cada día parece más decidida a cambiar esta circunstancia, a manera de poder realizar estudios superiores y realizarse profesionalmente. Por ello difiere su matrimonio y los hijos para más adelante, de modo que se están observando gestaciones y partos en mujeres con edad cada vez mayores.

Las mujeres latinoamericanas a diferencia de las mujeres del mundo occidental son abuelas cuando aquellas apenas comienzan a ser madres. Las tasas de parto pretérmino aumentan en las mujeres muy jóvenes, sobre todo por debajo de 17 años. La causa que desencadena el parto pretérmino en estas gestantes puede estar relacionada con el hecho de ser su primer embarazo, o que exista un desarrollo inadecuado del útero.

Se señala que en estas gestantes el parto pretérmino puede deberse a un fallo del útero en el cambio de su forma esférica a elíptica, lo cual lleva a trastornos en la circulación feto-placentaria, y puede estar más en relación con la edad que con alteraciones físicas.

Ramírez de Castro afirma que “los efectos desfavorables de la edad pueden ser compensados en parte por una buena asistencia médica a la embarazada”. (36)

Tabla 2. Distribución de las gestantes según estado civil.

Estado civil	No.	%
Soltera o unión libre	137	65.5
Casada	72	34.5
Total	209	100

Fuente: Carnet obstétrico

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos relacionados con el estado civil de la gestante y se aprecia predominio en el 65.5% el estado civil soltera o en unión libre y en menor medida, 34.5% casada.

Existen escasos reportes en la literatura con relación el estado civil soltero o casado y el incremento de las posibilidades de amenaza de parto pretérmino. Lo que si constituye una realidad es que la crianza de un hijo sin o con poco apoyo del padre le genera a la madre causas estresoras, a este elemento se le debe sumar que el parto pretérmino ocasiona nacimientos de recién nacidos con complicaciones que hace que permanezca largos períodos de tiempo hospitalizado, evento que la madre debe enfrentar sola o con poca ayuda de su compañero.

La maternidad es un fenómeno multicausal, en el cual participan factores de tipo social, económico y cultural. Se ha teorizado mucho en cuanto a las consecuencias que puede traer un embarazo en madres solas por su repercusión del tipo psicológico, no biológico pues desde este último punto de existe igual probabilidad de riesgo que las casadas de presentar amenaza de parto pretérmino, muerte neonatal precoz y morbilidad puerperal.

En países subdesarrollados la madre soltera trabaja y se sostiene económicamente hasta casi los últimos días de su gestación, están expuestas a esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales cambiantes, turnos nocturnos etc. lo que le puede provocar fatiga física o mental.(37)

La autora de esta investigación está de acuerdo con los criterios anteriores y sostiene que una situación social desfavorecida provocada por el abandono de la pareja o por ser madre soltera, puede suponer factores estresantes crónicos que unidos a factores psicológicos adversos pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo. Dicho conjunto de circunstancias facilitaría el desencadenamiento en un parto pretérmino.

Tabla 3. Distribución de las gestantes según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	No.	%
Adecuado	113	54
Inadecuado	96	46
Total	209	100

Fuente: Carnet obstétrico

El nivel socioeconómico se muestra en la Tabla 3 y predomina en el 54% de los casos un nivel adecuado desde el punto de vista socioeconómico que incluye condiciones de la vivienda y de vida, presupuesto y estructura familiar, nivel de empleo y actividad laboral, entre otros aspectos y el 46% tiene un nivel socioeconómico inadecuado.

Según la bibliografía es clásica la asociación entre bajas condiciones socioeconómicas y parto pretérmino, pero existen pocos estudios epidemiológicos que aborden la relación o asociación del nivel socioeconómico con la aparición del parto pretérmino pero si se aborda ampliamente en varias bibliografías el derecho de la mujer a trabajar y contribuir con su sustento a la economía del hogar, y la relación de la actividad laboral de la mujer durante el tiempo que dura el embarazo. El riesgo de parto pretérmino aumenta con el número de horas laborables de la mujer y en ciertas profesiones (personal sanitario, tenderas, personal de limpieza, trabajadoras no especializadas). El trabajo duro y la actividad física intensa durante el embarazo pueden asociarse con nacimientos pre términos, no porque lo provoquen, sino que en aquellas pacientes con determinados factores de riesgos asociados, la actividad física pudiera propiciar su agravamiento y el desencadenamiento del trabajo de parto. (38)

En el trabajo realizado por Solís R, relacionado con estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto pretérmino se plantea que se debe tener en cuenta que durante la bipedestación se incrementa la presión hidrostática que el útero grávido ejerce sobre el cuello y acelera el efecto mecánico que podría desencadenar actividad uterina, dilatación cervical y finalmente el parto prematuro. (37)

Por consiguiente, la autora de esta tesis considera que el reposo es una de las medidas a tomar en consideración en la prevención de la prematuridad. La decisión sobre si una mujer embarazada puede continuar realizando su actividad laboral o suspenderla debe ser individualizada en cada caso. En el caso de la mujer trabajadora embarazada, la fatiga por el propio estado de gravidez se suma a la carga de trabajo que pudiera afectar tanto a la gestante como al feto. Es importante resaltar que el hecho de realizar un trabajo fuera de casa no es un factor de riesgo para el embarazo, siempre y cuando las condiciones de trabajo sean las adecuadas.

Tabla 4. Distribución de las gestantes según municipio de procedencia.

Municipio de procedencia	No.	%
Morón	76	36.3
Primero de Enero	19	9.1
Chambas	47	22.4
Ciro Redondo	24	11.5
Bolivia	17	8.1
Florencia	15	7.1
Total	209	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se distribuyen las gestantes con partos pretérmino según municipio de procedencia y el mayor por ciento pertenece a Morón con un 36.3%, seguido de Chambas con un 22,4% y en menor cuantía el municipio de Florencia con solo 15 casos lo que representa el 7.1%.

La mayor frecuencia de partos pre términos ocurrió en Morón, este municipio es el que mayor densidad poblacional tiene de toda la zona norte de la provincia y aporta la mayor cantidad de pacientes.

Se realizó un análisis minucioso de los casos y en muchos de ellos existía bajo nivel socioeconómico. Esta investigación se asemeja con otra realizada en México donde se estudiaron los factores socioeconómicos de las embarazadas y coincide con los comentarios sostenidos en la tabla 3. (39)

Tabla 5.Distribución de las gestantes según hábitos tóxicos.

Hábitos tóxicos	No.	%
Café	176	84.2
Tabaco	102	48.8
Alcohol	8	3.9
Drogas		

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 5 se distribuyen las gestantes según consumo de sustancias tóxicas predominando en el 84.2 % de los casos el consumo de café seguido en el 48.8 % el consumo de tabacos específicamente de cigarrillos, solo 8 lo que representa el 3.9 % consumen alcohol y no se reportaron casos de consumo de drogas.

Las mujeres embarazadas que fuman cigarrillos tienen casi el doble de probabilidades de tener parto pre término que las mujeres que no fuman. El hábito de fumar retarda el crecimiento del feto y aumenta el riesgo de parto pretérmino.

El Alcohol y drogas ilícitas también limitar el crecimiento del feto y causar defectos congénitos. Algunas drogas, como la cocaína, también pueden aumentar el riesgo de parto pretérmino. Deberá fomentarse el abandono de adicciones tales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas. (37)

Estudios realizados en México encuentran que las mujeres clasificadas como con síndrome de dependencia al alcohol tenían riesgo considerable de parto pretérmino y bajo peso al nacer. El abuso de sustancias es un predictor significativo de parto pretérmino. Existen evidencias en varios estudios de la asociación del tabaquismo en el embarazo y el nacimiento pretérmino, así como también con el bajo peso al nacer, el desprendimiento prematuro de placenta y la mortalidad infantil. Por ello es importante lograr una mejora en las condiciones laborales y de vida en poblaciones postergadas.(39)

Ejemplos de políticas para proteger a las mujeres embarazadas son la licencia de embarazo y puerperio y el tiempo disponible para el cuidado prenatal, además de las campañas educativas que se realizan en Cuba a través de los medios de difusión masiva para eliminar estos hábitos tóxicos, se coincide con los estudios revisados

sobre la nocividad de estos hábitos sobre la salud de la gestante y el recién nacido además de ser una causa del parto pretérmino.

Tabla6.Distribución según estado nutricional de la gestante.

Estado nutricional	No.	%
Bajo peso	137	65.5
Normopeso	52	24.8
Sobrepeso	14	6.8
Obesa	6	2.9
Total	209	100

Fuente: Historia Clínica

La tabla 6 muestra la relación de las gestantes con el estado nutricional evidenciándose en mayor medida las gestantes bajo peso en el 65.5 % de los casos, seguida de las normopeso en el 24.8 % y en menor medida 2.9 % las gestantes obesas.

La importancia de la nutrición ha aumentado notablemente en las últimas décadas y cada vez se adquiere mayor conciencia sobre la acción perjudicial de los excesos y las deficiencias nutricionales en la capacidad funcional y la salud de las gestantes. Estos efectos empiezan a manifestarse en la vida prenatal, ya que el estado nutricional deficiente de la madre afecta el desarrollo general y neurológico del feto.

La mala nutrición previa al embarazo puede incrementar el riesgo de parto pretérmino y de efectos secundarios en la salud a largo plazo, de acuerdo con una investigación que se publica en Science, realizada por un equipo de investigadores de Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Los tres equipos han analizado 400 ovejas, que se dividieron en dos grupos. El control estaba formado por aquellas que habían sido alimentadas de forma correcta antes y durante la gestación, mientras que en el grupo experimental la alimentación previa al embarazo no fue adecuada.

Los resultados muestran que en el grupo que no había recibido la alimentación correcta se produjo mayor número de partos prematuros. A pesar de que la nutrición

se normalizaba durante el embarazo, el riesgo de partos prematuros seguía siendo superior. (40)

La desnutrición materna es un factor esencial a tener en cuenta, por sus consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo. Al respecto, se estima que es vital atender rigurosamente a las gestantes malnutridas por defecto, dada su gran influencia sobre las complicaciones infecciosas por una falla en la exudación de neutrófilos polimorfo nucleares en los lugares de inflamación debido a la restricción de proteínas manifestados clínicamente por la no ganancia ponderal.

La malnutrición materna es una condición que permite la colonización de la vagina por gérmenes poli microbianos alterando el pH vaginal, favoreciendo el desarrollo de la flora anaeróbica y aumentando la virulencia de los gérmenes que se encuentran en vagina. Se ha encontrado que el 90% de los líquidos amnióticos de gestantes malnutridas carecen de actividad antimicrobiana, permitiendo la infección fetal y reafirmando una vez más la relación que existe entre la desnutrición materna y una de las principales causas de prematuridad, los procesos infecciosos. (34)

Osorio y García en su estudio hacen referencia al cuidado prenatal como un factor clave en la prevención de partos pre términos y de nacimientos recién nacidos bajo peso. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Como la nutrición y el aumento de peso materno están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo es fundamental. La atención prenatal también es importante para identificar problemas y estilos de vida que puedan aumentar los riesgos de trabajo de parto y parto pretérmino. (41)

Las mujeres en edad reproductiva, especialmente las que planean un embarazo, deben recibir una dieta equilibrada calórica/proteica y aunque no impacte directamente en la prevención de la prematurez, se debe mencionar que este período es, además, una oportunidad para indicar la suplementación vitamínica con ácido fólico para la reducción de los defectos congénitos y continuar durante el 1° trimestre, una vez logrado el embarazo. Se recomienda una alimentación completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales, incluyendo ácidos grasos omega 3

para toda mujer embarazada por la importancia que reviste la nutrición en la aparición del parto pretérmino.

Tabla 7.Distribución de las gestantes según Paridad.

Paridad	No.	%
Nulípara	26	12.5
Primípara	47	22.4
Múltipara	136	65.1
Total	209	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 7 se observa que el mayor por ciento de partos pretérmino ocurrió en múltiparas, las que representan un 65.1 % del total de la muestra, seguido por las primíparas en el 22.4 % y en menor cuantía, solo 12.5 %, en nulíparas.

Si bien los resultados mostrados por algunos estudios coinciden que la nuliparidad es un factor asociado, discrepan de otros donde se evidencia que la multiparidad es un factor de riesgo para parto pretérmino.

Barrera y colaboradores en su estudio plantean que existe 4 veces mayor probabilidad de parto pretérmino en nulíparas, pueden su trabajo, un factor de riesgo para parto pretérmino fue la nuliparidad. (25)

En cambio este estudio coincide con varios artículos revisados donde se expone claramente que el parto pre término está relacionado con la multiparidad y especialmente con la multiparidad con antecedentes de parto pretérmino, y este es un factor de riesgo a tener en cuenta.

Tabla 8.Distribución de las gestantes según Edad Gestacional.

Edad Gestacional	No.	%
Menos de 32 semanas	94	44.9
Entre 32 y 36.6 semanas	115	55.1
Total	209	100

Fuente: Carnet obstétrico

La tabla 8 muestra la distribución de las gestantes con parto pretérmino según edad gestacional, el 55.1 % corresponde a las que parieron entre las 32 y 36,6 semanas y el 44.9 % tenían menos de 32 semanas de gestación.

Gardosi ha encontrado en sus estudios la asociación entre parto pretérmino y la edad gestacional entre las 32 y 36 semanas de gestación, publicó un estudio de casos y controles en el que observaban que aproximadamente el 30% de los nacimientos ocurría antes de las 35 semanas de gestación y tenían peso por debajo del percentil 10 comparado con aquellos fetos nacidos a las 37 o más semanas de gestación.(42) Para disminuir los índices de mortalidad perinatal y mortalidad infantil se hace necesario enfatizar el trabajo profiláctico que se debe realizar y concentrar las investigaciones en aquellos factores que favorecen la prematuridad y propician el producto final del nacimiento con el aumento de los datos neurológicos y retraso mental de los futuros recién nacidos. Bajo estas condiciones y como el período fetal es la piedra angular en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materno-infantil deben realizarse acciones concretas que identifiquen temporalmente los factores de riesgo que se puedan presentar durante la gestación y en el período de fertilidad de la pareja para ofrecer atención y cuidados especializados. (34)

Tabla9.Distribución de las gestantes según antecedente de Parto Pretérmino.

Antecedente de Parto Pretérmino	No.	%
Si	122	58.3
No	87	41.7
Total	209	100

Fuente: Carnet obstétrico

En la tabla 9 se relaciona la distribución de las gestantes según antecedente de parto pretérmino, predominando en el 58.3 % de los casos que si existía antecedentes y en el 41.7 % no existía antecedentes de parto pretérmino.

Muchos autores han observado que la historia previa en una gestante con partos prematuros es un factor de riesgo importante de que se repita este hecho. Este es uno de los factores más potentes de riesgo de parto pretérmino. En todas las

casuísticas revisadas se identifica este factor como uno de los de mayor significación estadística. La explicación podría indicar que en estas pacientes exista una expresión génica que actúa sobre algún paso involucrado en la fisiopatología del inicio del parto pretérmino. (8)

Según Papiernik el riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en gestantes con antecedentes de prematuridad oscila entre 17% y 40%. Las gestantes con un parto pretérmino anterior tienen 2,5 veces más posibilidades de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor es el riesgo de un nuevo parto pretérmino espontáneo precoz.(43)

El antecedente de haber tenido un hijo prematuro, resulta ser un factor de riesgo para el parto pretérmino en un embarazo posterior, muy similar a lo reportado por Genes Barrios, quien también refiere que el parto pretérmino previo es un factor de riesgo para la prematuridad. (44)

Un estudio en Indonesia encontró que el antecedente de parto prematuro es un factor asociado a parto pretérmino en áreas rurales, en dos estudios de México, el antecedente de parto prematuro también fue asociado al parto pretérmino posteriores decir, un parto prematuro previo en la gestante aumenta el riesgo de un segundo parto en la misma condición.(45)

Tabla 10. Distribución de las gestantes según factores de riesgo obstétricos.

Factores de riesgo obstétricos	No.	%
RPM		
Si	123	58.8
No	86	41.2
Patologías propias del embarazo		
Trastornos hipertensivos	82	39.3
Diabetes Mellitus Gestacional	36	17.4
Trombofilias	3	1.4
Patologías Autoinmunes	1	0.47
Otras o ninguna	87	41.7
Factores uterinos		
Polihidramnios	29	13.8
Gestación múltiple	32	15.3
Anomalías congénitas	4	1.9
Miomas	21	10.1
Incompetencia cervical	56	26.8
Otras o ninguna	67	32.1

Fuente: Historia Clínica

La tabla 10 recoge la distribución de gestantes según factores de riesgos como la rotura prematura de membranas, patologías propias del embarazo y factores uterinos, viéndose representado en el mayor por ciento de los casos 58.8 % la rotura prematura de membranas (RPM), en cuanto a las patologías propias del embarazo el mayor porcentaje 41.7% no presentó patologías propias o se presentaron otras seguido en el 39.2 % por los trastornos hipertensivos durante la gestación y por último se exhiben los resultados de los factores uterinos siendo representativo en el 32.1 % de los casos que no presentaron ninguna complicación en este sentido, seguido en el 26.8% de incompetencia cervical y en el 15.3 % gestación múltiple.

Ovalle y colaboradores en su artículo coinciden con los resultados de esta investigación y plantean que la rotura prematura de membranas de pretérmino (RPMPT), se presenta en un tercio de los partos pre términos y antes de las 32 semanas de gestación se asocia con alta morbimortalidad perinatal. Estos riesgos han sido relacionados con invasión microbiana de la cavidad amniótica (IMCA) especialmente por *Streptococcusagalactiae* y en menor grado con infección cervicovaginal. Las consecuencias de la infección intrauterina (corioamnionitis clínica, corioamnionitis histológica, funisitis y aumento de citoquinas intraamnióticas) en el niño se asocian con sepsis, bronconeumonía, enterocolitis necrotizante, con daños neurológicos (leucomalaciaperiventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral) y enfermedad crónica pulmonar. El pronóstico adverso del neonato se ha correlacionado particularmente con la funisitis, presente en el 61% de las embarazadas con IMCA. Con el uso de antibióticos y corticosteroides se han mejorado los resultados perinatales en pacientes con (RPMPT) y sin trabajo de parto. Con los antimicrobianos se ha conseguido prolongar la gestación, disminuir la sepsis, bronconeumonía y la ultrasonografía cerebral anormal en el neonato. Los corticosteroides han demostrado ser útiles en reducir las tasas de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y muerte neonatal. (38)

El manejo óptimo de embarazos complicados con RPM ha permanecido indefinido, y es un área de gran controversia en obstetricia, se promulga para tales el uso de antibióticos profilácticos, terapia tocolítica o corticoesteroides, el rol de las pruebas de madurez pulmonar fetal, las pruebas de bienestar fetal antenatales y el parto inmediato comparado con el manejo expectante, no han sido definidos los aspectos del manejo (1).

De los factores investigados en este estudio, los trastornos hipertensivos fueron un factor de riesgo para el parto pretérmino. De acuerdo con el reporte de García et al., en las gestantes pre eclámpticas, fue mucho más frecuente el parto prematuro, así también, en el estudio de Osorno y colaboradores se reporta que las mujeres con Pre eclampsia tienen un riesgo de prematuridad entre el 1,4 y el 1,9. (24,45,46).

La pre eclampsia es responsable del 70 % de los casos (en EE.UU ocurre en aproximadamente entre el 7 y el 10 % de los embarazos) de trastornos hipertensivos

durante la gestación, representa una de las complicaciones graves más comunes del embarazo y es la causa más frecuente de morbimortalidad materna y perinatal. (47) Se ha asociado con el parto pretérmino la existencia de una dilatación cervical. La exploración clínica del cérvix es subjetiva e inexacta, por lo cual tiene una reproducibilidad limitada entre los examinadores. Por este motivo se recomienda no utilizar el examen clínico del cérvix de manera rutinaria para evaluar pacientes con riesgo de amenaza de parto pretérmino.

El problema del examen digital para valorar los cambios cervicales es que tiene una gran variabilidad interobservador y un bajo poder predictivo, lo que conlleva un sobrediagnóstico de las APP y el inicio de tratamientos en gestantes que en realidad tienen pocas probabilidades de tener un parto pretérmino, con el consiguiente riesgo por la medicación empleada, por el

incremento de hospitalizaciones innecesarias e incluso por la restricción de la actividad física que conllevan estas actuaciones.

Como complemento a la valoración del cérvix mediante tacto vaginal y para aumentar la sensibilidad diagnóstica, disponemos de marcadores del parto pretérmino como son la longitud cervical medida por ecografía transvaginal entre otras.

La longitud cervical se comporta como un marcador independiente del riesgo de parto pretérmino y en la actualidad se considera que la longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino.

Leiva y colaboradores encontraron mayor riesgo de parto pretérmino en presencia de embarazo gemelar; estos hallazgos daban como resultado que casi 30 a 50% de los embarazos múltiples culminan con un parto pretérmino; la edad gestacional promedio al nacer de un embarazo gemelar es de 37 semanas, en el triple de 33, y en el cuádruple de 31. (48)

Tabla 11. Distribución de las gestantes según infecciones.

Infecciones	No.	%
Infecciones urinarias		
Altas	46	22.1
Bajas	37	17.7
Infecciones Vaginales		
Vaginosis bacteriana	75	35.8
Clamidias	16	7.6
Otras	39	18.6

Fuente: Historia Clínica

La distribución de las gestantes según infecciones urinarias y vaginales se muestran en la tabla 11, predominaron en el 22.1 % de los casos infecciones urinarias altas y en el 17.7% infecciones urinarias bajas, en cuanto a las infecciones vaginales fue representativo en el 35.8% de los casos la presencia de vaginosis bacteriana, solo en el 7.6% Clamidias y otras en el 18.6 %.

Los resultados obtenidos coinciden con los estudios revisados donde se plantea que en el embarazo, se produce una dilatación ureteral y piélica que es relativamente precoz y progresa hasta el final del embarazo. Es más prominente en el lado derecho y más intenso en primíparas o en embarazos sucesivos con escaso intervalo intergenésico.

La bacteriuria asintomática en el embarazo tiene un 4-7% de prevalencia, riesgo que dura todo el embarazo. Las pacientes no tratadas tienen un riesgo de 15-65% de padecer Pielonefritis aguda, el 60-75% en el tercer trimestre y un 25-33% infección post-parto, aumentando el riesgo de prematuridad y la probabilidad de mortalidad perinatal. Más del 75% de las pielonefritis se pueden evitar tratando la bacteriuria en el primer trimestre. (26)

Estas infecciones se asocian significativamente con el parto pretérmino y junto con las amnióticas contribuyen a la activación de interleuquinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas a nivel de decidua y de las membranas ovulares. En el 60% de los partos pre términos se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la

decidua uterina (microdesprendimientos de la placenta). Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y el segundo trimestre del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, además de la destrucción de la decidua y de las membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas.(49)

En la mayoría de los casos de Pielonefritis el organismo que predomina es la *Escherichiacolli*, otros organismos responsables de la infección incluyen *Klebsiella-Enterobacter*, *Proteus* y organismos gram-positivos incluyendo el estreptococo del grupo B. La *Escherichiacolli* es el uropatógeno más común en el tercer trimestre. (26). Hay evidencia amplia en la literatura de que la infección es una causa importante y puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo por todas las mujeres que son admitidas con amenaza de parto pretérmino que puede tener cambios cervicales irreversibles y que se puede intentar inhibir sin tener éxito (13).

Durante la década pasada, hubo cultivos para hacer evidente la asociación entre infecciones del tracto genital superior con ambos partos pretérmino espontáneo y ruptura prematura de membranas. Hay estudios que tienen demostrado que esta infección intrauterina oculta como es conocida la corioamnioitis clínica puede ser asociada con desarrollo subsecuente de resultados neonatales adversos tales como, muerte neonatal, leucomalaciaperiventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, y displasia

bronicopulmonar. Las infecciones del tracto genital superior pueden resultar de una respuesta inflamatoria indolente, sacando la producción de una amplia disposición de mediadores que pueden lesionar el sistema nervioso central fetal y pulmones. Por lo tanto el desarrollo oculto o la evidencia clínica de infección intrauterina pueden representar un riesgo neonatal significativo. Dando el manejo expectante a pre términos con ruptura prematura de membranas implica una vigilancia estrecha por el desarrollo de corioamnioitis, con lo cual se implementa el nacimiento cuando es diagnosticado, el feto es inherentemente expuesto a un ambiente en el cual se dispone de la presencia de citoquinas inflamatorias y proinflamatorias. (24)

La vagina es un órgano al cual no se le brinda su verdadera importancia. Esta puede comportarse como un reservorio natural de gérmenes capaces de comprometer la salud reproductiva de la mujer. La infección vaginal puede estar presente en cualquier etapa de la vida, cobrando importancia relevante durante el estado de gestación, ya que es capaz de comprometer la gestación al extremo de provocar su pérdida. Representa un problema en la morbilidad materno infantil, puede estar presente en abortos espontáneos, muertes fetales, muertes maternas, partos pretérminos, bajo peso al nacer e infección ocular y pulmonar de los neonatos.

Algunos estudios han demostrado que la infección vaginal se asocia estadísticamente con el parto pretérmino. Un estudio realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro Hospitalario Regional de Universitario de Francia encontró un riesgo relativo (RR) de 13,8% (95% IC 7,7 -22,0) sin embargo no se ha definido el papel que desempeña esta enfermedad en el comienzo del trabajo de parto pretérmino. (8,10,12)

Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *Mycoplasma hominis* o *Gardnerella vaginalis*, es asociada con parto pretérmino.

La asociación entre infección y amenaza de parto pretérmino es bien reconocida, desafortunadamente por el tiempo la mujer es admitida con amenaza de parto pretérmino (15).

Según estudios realizados en México el riesgo de parto pretérmino es casi el doble para mujeres con vaginosis bacteriana diagnosticadas en embarazos tempranos comparados con aquellas mujeres que desarrollaron esta condición después en el embarazo. (45)

La vaginosis bacteriana es una alteración común de la flora vaginal normal y ha sido encontrada en 10-25 % de las pacientes en general ginecológicas y obstétricas, y arriba del 64 % para enfermedades de transmisión sexual. 50 % de las mujeres con vaginosis bacteriana son sintomáticas. La presencia de vaginosis bacteriana ha sido asociada a parto pretérmino independientemente de otros factores de riesgo conocidos (44).

Las pacientes con vaginosis bacteriana pueden presentar un mayor riesgo de parto pretérmino. Se recomienda el tratamiento antibiótico oral para erradicar la infección vaginal en el embarazo.

Se recomienda realizar la pesquisa y el tratamiento de la infección vaginal en embarazadas antes de las 20 semanas de gestación.

Tabla 12. Distribución de las gestantes según Tipo de parto.

Tipo de parto	No.	%
Eutócico	117	55.9
Instrumentado	16	7.6
Cesárea Primitiva	35	16.7
Cesárea Iterada	41	19.8
Total	209	100

Fuente: Libro de partos

En la tabla 12 se muestra la distribución de las gestantes según tipo de parto, predominando en el estudio en el 55.9% de los casos el parto eutócico, seguido por la cesárea iterada en el 19.8 %.

En algunos estudios se señala que el parto vaginal es preferible a la cesárea en las pacientes con amenaza de parto pretérmino con condiciones cervicales favorables para un parto próximo pues con ello se evita el estrés adicional de la cirugía y todas las posibles complicaciones que la misma conlleva, durante muchos años la práctica consistía en inducir el parto sin demora sin embargo durante los últimos 20 años varios investigadores en el mundo han sugerido el tratamiento conservador o expectante con la finalidad de mejorar el resultado neonatal sin comprometer la seguridad materna.

La cesárea es un modo de parto que se indica para mejorar los resultados perinatales con condiciones obstétricas adversas. La decisión del modo del parto en la paciente con parto pretérmino depende de las condiciones obstétricas y de las urgencias ocurridas. (50)

Tabla 13. Distribución de las gestantes según Morbilidad del recién nacido.

Morbilidad del Recién Nacido	No.	%
Puntaje de Apgar		
Recién nacido normal	188	89.9
Moderadamente deprimido	12	5.7
Severamente deprimido	9	4.4
Total	209	100
Peso del recién nacido		
Menos de 1500g	7	3.3
Entre 1500 y 2500g	126	60.2
Más de 2500g	76	36.5
Total	209	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 13 se muestran los resultados según morbilidad del recién nacido, en cuanto al puntaje de Apgar el 89.9 % fueron recién nacidos normales, seguido en el 5.7 % por recién nacidos moderadamente deprimidos y solo en el 4.4 % severamente deprimidos, no hubo fallecidos. En cuanto al peso del recién nacido el 60.2 % pesó entre 1500 y 2500g, el 36.5 % más de 2500g y solo el 3.3 % menos de 1500 g.

Debido a los grandes avances en el cuidado de recién nacidos prematuros, cada vez más bebés sobreviven a pesar de nacer antes de término y de ser muy pequeños. Sin embargo, la prevención del parto pretérmino es el mejor modo de promover la buena salud de los bebés.

La probabilidad de que un recién nacido pretérmino desarrolle, al menos una complicación médica en el período neonatal, es cuatro veces mayor que la de un niño a término. Tales problemas incluyen: la taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, sepsis, lo cual incrementa la posibilidad de hospitalizaciones, admisión a unidades de cuidados intensivos y secuelas del neurodesarrollo.(51)

Los resultados de este estudio hablan a favor del adecuado manejo perinatólogo que se realizó en el tiempo del estudio y estamos a favor de que el cuidado prenatal

es un factor clave en la prevención de partos pre términos y de nacimientos de recién nacidos bajo peso.

La nutrición y el aumento de peso materno están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo es fundamental. La atención prenatal también es importante para identificar problemas y estilos de vida que puedan aumentar los riesgos de trabajo de parto y parto pre términos. Algunas formas de ayudar a prevenir un parto pretérmino y proporcionar un mejor cuidado para bebés prematuros incluyen las siguientes: detectar a las madres en riesgo de trabajo de parto prematuro, educar a las madres sobre los síntomas de trabajo de parto pretérmino, evitar trabajos pesados o repetitivos o estar parada durante mucho tiempo, lo que puede aumentar el riesgo de trabajo de parto pretérmino e identificar y tratar en forma precoz el trabajo de parto pretérmino. (52)

CONCLUSIONES

1-Predominó en el estudio las edades entre 26 a 29 años, rango de edades adecuados para concebir, el estado civil soltera o unión libre, nivel socioeconómico adecuado y fue el municipio Morón el que más casos aportó de parto pretérmino por ser el de mayor densidad poblacional.

2-Los hábitos tóxicos mantenidos por las gestantes como consumo regular de café y cigarros, además del estado nutricional deficiente influyeron en la aparición del parto pretérmino.

3-Fueron las gestantes multíparas las que aportaron la mayor cantidad de parto pretérmino, fundamentalmente las que tuvieron parto pretérmino previo.

4-La edad gestacional en el momento del parto en el mayor por ciento de los casos ocurrió entre las 32 y 36.6 semanas de gestación.

5-Los factores de riesgo obstétricos que estuvieron mayor representados fueron la RPM, los trastornos hipertensivos y la incompetencia cervical.

6-Existió predominio de las infecciones urinarias y la vaginosis bacteriana fue la principal de las infecciones vaginales presentes.

7-Predominó el parto Eutócico, el mayor porcentaje de recién nacidos obtuvieron un puntaje de Apgar normal y presentaron un peso entre 1500 y 2500g.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar acciones desde la Atención Primaria de Salud relacionadas con la prevención del parto pretérmino.
2. Realizar la capacitación constante, actualizada y científica en el personal de salud que atiende a las gestantes con amenaza de parto pretérmino.
3. Velar por el cumplimiento de los protocolos vigentes y guías de actuación relacionados con el parto pretérmino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ministerio de Salud Pública. Consenso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. Cap. 31. La Habana: MINSAP; 2010. p. 218.
- 2- Cabero Roura L. Parto Prematuro. 2004. Vol. Editorial Panamericana.
- 3- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Trabajo de parto pretérmino. Novedades del CLAP, 2016; Febrero (15). (Artículo en línea). Disponible en: [www.paho.org/ spanish/clap/Noved15.htm](http://www.paho.org/spanish/clap/Noved15.htm)
- 4-Pita Fernández S. Pértega Díaz S. Significación estadística y relevancia clínica. Cad Aten Primaria 2001; 8: 191- 195
- 5-Couto D Nápoles D Montes P. Repercusión del Parto Pre término en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014; 18 (6): 852-858
- 6-MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas en Neonatología. Ed: Ciencias Médicas. La Habana. 2000.
- 7-Gómez R. Ultrasonido en Parto prematuro. (Artículo en línea) Disponible en: www.cedip.cl/multimedia/ustv-artoprematuro.htm (11/1/2018)
- 8-A Rosales S Jiménez G. Diagnóstico y Manejo del Parto Pretérmino. COMEGO. 2008: 129-149.
- 9-Palacio M. Prematuridad: diagnóstico ecográfico y bioquímico. En: XIII Curso intensivo de formación continuada. Medicina Materno – Fetal. Ed 1era Madrid 2006 pág. 15-19.
- 10-Fumero R, Cobas LR, Aliño M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Resumed 2001; 14(3): 115-21.
- 11-Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Ginebra:OMS; 2015. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
- 12-Robaina Castellanos G, Pollo Medina J, Morales Riggau M, Robaina Castellanos R. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. (Artículo en línea) Disponible en: [WWW.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_1_01/gin10101.htm\(22-7-2007\)](http://WWW.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol27_1_01/gin10101.htm(22-7-2007))
- 13-Navas L Lankester E. Abordaje del Parto Pretérmino. RevMéd Costa Rica Centroamérica. 2014; LXXI (613): 725-730.

- 14-Cluet I, Rossell M, Álvarez T, Rojas L. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013; 73(3).
- 15-Pacheco J. Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias. Rev Per Ginecol Obstet. 2008; 54:24-32.
- 16-Manzanares S López M Redondo P et al. Amenaza de Parto Prematuro: valor de la cervicometría y la fibronectina. Actualización Obstétrica y Ginecológica. 2009:1-8
- 17-Rumack Wilson Charboneau. Ecografía obstétrica y fetal. Incompetencia cervical y parto pretérmino. Catherine W. Fong, MB. Dan Furine. Capítulo 18. pág. 452-464
- 18-Predicción del parto pretérmino espontáneo a través de la longitud cervical medida por ultrasonido transvaginal. (Artículo en línea) Disponible en: www.siicsalud.com/dato/dat031/03129000.htm (23/3/2016)
- 19-Wilson Katherine. Incompetencia Cervical y parto pretérmino. En Ecografía obstétrica y fetal 2004 pág. 451-65
- 20-Oliva J. Alteraciones del término de la gestación y el crecimiento. Parto pretérmino. (Artículo en línea) Disponible en: WWW.libros/bibliotecamedica/gineco-obstetricia/rigolycol.
- 21-Hospital Clínico Hospital San Joan de Déu. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. Universidad de Barcelona. 2015
- 22-Pérez J, Panduro G, Quezada G. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2011 [Acceso el 29 de junio del 2016]; 79(10):607-612. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom11110d.pdf>.
- 23-Fumero R, Cobas LR, Aliño M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Resumed 2001; 14(3): 115-21.
- 24-Ochoa A Pérez J. Amenaza de Parto Pretérmino - Rotura Prematura de Membranas Corioamnioitis. An Sist Sanit Navar. 2009; 32 (1): 105-119.
- 25-Barrera L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al parto pretérmino gestantes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual Universidad Católica del Norte [Internet]. 2016 [Acceso el 30 de junio del 2016]. 48, 215-227. Disponible en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/769>

/1295.

26-Jiménez Sánchez Migdalia. Amenaza de parto prematuro por infección urinaria. Trabajo presentado para optar al grado de Especialista en Ginecología y obstetricia. Disponible en www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci-issueto&pid

27-Sainete P, Gómez R, Guinad M, Saint J, Manzano M, Martí A, Urdanetea E. Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Rev Obst Ginecol Venez* Vol 66 no. 1. Mar 2006.

28-Laterra C Susacasa S Di Marco I Valenti E. Guía de práctica clínica: Amenaza de Parto Pretérmino. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2011; 31(1): 25-40109

29-Ochoa M Sánchez O Bernardo H. Segura J. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Manejo de Parto Pretérmino. Secretaría de Salud de México. 2009

30-Arjona J, Aguaron Á, Blanco J. Diagnóstico del parto pretérmino. España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2015. [Acceso el 18 de junio del 2016] Disponible en: <http://partosure.com/es/wpcontent/uploads/2015/07/SEGO-DiagnosticoPartoPretermino.pdf>

31-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Amenaza de Parto Pretérmino. proSEGO. 2018

32-Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Trabajo de parto prematuro y parto prematuro. Estados Unidos: ACOG; 2016. [Acceso el 18 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro>

33-Cobo T, Baños S, Ferrero S, Palacio M. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. España: Hospital Clínico de Barcelona; 2015. [Acceso el 25 de junio del 2016]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/prematuro.pdf.

34-Montes P. Repercusión del Parto Pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *MEDISAN*. 2016; 15 (3): 321-344

35-Guimar Peña-Martí, Jennifer Barbato, Chuymar Betancourt, Roxana Cala, Hildebrando Douaihi, Arturo Martí Carvajal. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67(1):11.

- 36-Ramírez de Castro N. La maternidad después de los 35 años. (Artículo en línea) Disponible en: WWW.viatusalud.com/documento.asp?id=186 (22-10-2006)
- 37-Solís R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero – Marzo 2014 [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2014. [Acceso el 25 de junio del 2016]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3649>.
- 38-Ovalle A Kakarieka E Rencoret G et al. Factores Asociados con el Parto Prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *RevMed Chile*. 2012; 140: 19-29
- 39-Ministerio de Salud de México. Guía Clínica. Prevención Parto Prematuro. México: MINSAL; 2010.
- 40-Torrez Díaz S. Variaciones del estado nutricional en embarazadas desnutridas y su repercusión en el peso del recién nacido. *Medisan* 2002; 6 (1): 41-45.
- 41-Osorio A García J. Guía de amenaza de parto pretérmino. *RevColomb Enferm*.2015; 10 (10): 78-89
- 42-Gardosi JO.Prematurity and fetal growth restriction. *Early Hum Dev* 2005;81:43-9.
- 43- Papiernik E. Interventions to prevent preterm delivery. *ContemporaryObstetric and Gynecology* 1993; 3:74.
- 44-Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *RevNacltaugua*. 2012;4 (2):8-14.
- 45-Ozorno L, Rupay G, Rodríguez J, Lavadores A, Dávila J, Echevarría M. Factores maternos relacionados con prematuridad. *GinecolObstetMex*. 2008; 76(9):526-36.
- 46- Contreras A, Soria C, Pince R, Clark I, Medina M. Pre eclampsia: principal factor de riesgo materno para bajo peso del recién nacido pretérmino. *GinecolObstetMex*. 2008;76(7):398-403.
- 47-Antman Elliot M, Sabatine Marc S. Tratamiento de la patología cardiovascular. En: *Hipertensión arterial en el embarazo*. Elsevier: España. 2014; p. 521-8. [Internet]. [citado 2015 Agos 28]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=3-s2.0>

- 48-Leiva J Germain A, Robert J. Protocolo de Manejo en pacientes con amenaza de parto pretérmino en clínica Las Condes. RevMedClin Condes. 2014; 25 (6): 953-957
- 49- Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2010.
- 50-Clínicas obstétricas y ginecológicas. "Problemas clínicos del trabajo de parto pretérmino". Volumen 43. Número 4. 2000.
- 51-Puerta N. Guía de Práctica Clínica de Amenaza de Parto Pretérmino. Clínica de la Mujer - Bogotá. 2014.
- 52-Zapadiel Gutiérrez I., De la Fuente Valero J., Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología, Ed Habe, 2008, 31-33.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de revisión de Historia Clínica.

Edad

Menor de 17 años

De 18 a 25

De 26 a 29

De 30 a 35

Más de 35 años

Municipio de procedencia

Morón

Primero de Enero

Chambas

Ciro Redondo

Bolivia

Florencia

Hábitos tóxicos

Café

Tabaco

Alcohol

Drogas

Estado nutricional

Bajo peso

Normopeso

Sobrepeso

Obesa

Paridad

Nulípara

Primípara

Múltipara

RPM

Si

No

Patologías propias del embarazo

Trastornos hipertensivos

Diabetes Mellitus Gestacional

Trombofilias

Patologías Autoinmunes

Otras o ninguna

Factores uterinos

Polihidramnios

Gestación múltiple

Anomalías congénitas

Miomas

Incompetencia cervical

Infecciones

Infecciones urinarias

Altas

Bajas

Infecciones Vaginales

Vaginosis bacteriana

Clamidia

Otras

Morbilidad del Recién Nacido

Puntaje de Apgar

Recién nacido normal

Moderadamente deprimido

Severamente deprimido

Peso del recién nacido

Menos de 1500g

Entre 1500 y 2500g

Más de 2500g

Anexo 2. Instrumento de revisión del carnet obstétrico de la gestante.

Estado civil

Soltera o unión libre

Casada

Nivel socioeconómico

Adecuado

Inadecuado

Edad Gestacional

Menos de 32 semanas

Entre 32 y 36.6 semanas

Antecedente de Parto Pretérmino

Si

No

Anexo 3. Instrumento de revisión del libro de partos.

Tipo de parto

Eutócico

Instrumentado

Cesárea Primitiva

Cesárea Iterada