



BIBLIOTECA CENTRAL

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

FACULTAD DE MEDICINA.

TESIS PROFESIONAL

**“ FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PARTOS
PRETÉRMINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN LOS
CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHILCHOTLA
DURANTE 1996-1998 “**

PRESENTA :

VICTOR MANUEL VELÁZQUEZ IGLESIAS

ASESOR :

**DR. ANTONIO HERRERA CABRERA.
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA Y ESTERILIDAD**

PUEBLA,PUE. 1999



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El presente trabajo lo dedico muy en especial a :

- **Mi Abuela y Abuelo (q.e.p.d.), quienes tuvieron un papel muy importante en mi infancia.**
- **Mi Hermano, el cual me ha ayudado dentro de lo que este a su alcance.**
- **A mis Padres , que en los buenos y malos momentos, me han apoyado y dado su confianza.**
Les debo demasiado .¡Muchas gracias!

INDICE.

I.- Introducción	1
II.- Antecedentes	4
Generales.	
III.- Antecedentes	8
Específicos.	
IV.- Planteamiento	15
del Problema.	
V.- Objetivos.	16
VI.- Material y	18
Métodos.	
VII.- Diseño y	19
Variables.	
VIII.- Resultados	20
IX.- Conclusiones	32
X.- Recomendaciones	38
IX.- Referencias	40
Bibliográficas.	

INTRODUCCIÓN

El municipio de Chilchotla se encuentra ubicado en el estado de Puebla, en la región de la sierra oriente de este estado, a 150 km. de la ciudad capital, se encuentra colindando con el estado de Veracruz. Este municipio pertenece a la jurisdicción sanitaria No.4 de la secretaría de salud(SSA), que anteriormente tenía su sede en la Cd. de Libres y que ahora se encuentra en la población de San salvador El Seco. El acceso al municipio de Chilchotla es difícil al no contar con vías de comunicación adecuadas, no se cuenta con un sistema de transporte organizado y el tipo de caminos es de terrasería. El clima juega un papel importante, ya que la mayoría del año se presentan lluvias constantes las cuales dificultan la accesibilidad al municipio y a las localidades cercanas.

Este municipio presenta un nivel alto de pobreza y marginación, la economía se basa en la agricultura y a la cría de ganado traspatio, principalmente ganado ovino. La mayoría de las viviendas estan construidas a base de madera, material que es fácil de obtener, puesto

que esta zona es productiva en madera, el 65% de las viviendas es de madera y solo el 35% es de concreto y que la mayoría de ellas son habitadas sin ser terminadas, cuentan de una cocina y un cuarto, las familias son numerosas por lo que viven en ascinamiento. Un 95% cuenta con servicio eléctrico, un 60% cuenta con agua, un 50% tiene drenaje. El estado de nutrición en la mayoría de la población es deficiente en calidad y cantidad, ya que los ingresos económicos son bajos. La educación es la básica (preescolar, primaria y secundaria) la mayoría de la población sabe leer y escribir.

Se encuentran 5 centros de salud de la S.S.A. distribuidos en localidades del municipio, aunque también hay unidades del IMSS. La población cuenta con el apoyo de programas orientados al mejoramiento de la calidad de vida en esas localidades como lo son el programa de PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación) y el programa PAC (Programa de Ampliación de Cobertura), ayudando a la población por medio de atención médica gratuita y principalmente con una orientación constante a las familias sobre los diferentes programas de salud encaminados a la prevención de enfermedades y al auto cuidado de salud.

Es en uno de estos puntos es donde se centra la elaboración de esta tesis que es la salud reproductiva, en donde específicamente nos interesa la vigilancia antes, durante y después del embarazo. En este municipio no hay una educación en el cuidado durante el embarazo, las mujeres embarazadas no llevan un seguimiento y control prenatal, continúan con sus actividades diarias (cargando pesos considerables, realizando caminatas largas y de difícil tránsito), no tienen una adecuada higiene, todo esto muchas veces ocasionado por las costumbres que se tienen en esos medios rurales. Todos estos factores llegan a provocar que no se lleve a término muchos embarazos, presentándose dos problemas obstétricos, los cuales en la mayoría de los casos se pudieron evitar mediante un control prenatal oportuno y una orientación adecuada, una es la incidencia constante de abortos y el segundo problema, motivó por la que se elaboró esta tesis, son los *partos pretérmino*.

ANTECEDENTES GENERALES.

El parto pretérmino es definido como el nacimiento ocurrido entre la 21 y 37 semana de gestación, el cual se manifiesta con productos menores de dos mil quinientos gramos y mayor de mil gramos.⁽¹⁾

La prematuridad es uno de los mayores problemas de la obstetricia. En México la frecuencia de partos pretérmino oscila entre el 8 % y 14 %.^(1,2)

En el año de 1970 el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud para la prevención de la morbilidad y mortalidad perinatal, manifestó que el bajo peso al nacer constituye el factor mas importante en relación a estos puntos. La frecuencia de bajo peso varia entre 5.9 y 28 %, según el grado de desarrollo de los países, siendo la prematuridad el factor mas importante de este bajo peso.

Se ha hecho distinción entre bajo peso al nacer (2,500 g o menos) y prematuridad (37 semanas o menos). el bajo peso al nacer, definido como inferior a 2,500 gramos, ha sido modificado en la actualidad,

definiendo como *muy bajo peso al nacer* el de los neonatos con un peso de 1,500 gramos o menor; y el *peso extremadamente bajo al nacer* el de los neonatos con un peso de 1,000 gramos o inferior.⁽¹⁾

El término *prematureo*, se ha usado para designar al feto o neonato de menos de 38 semanas de edad gestacional, aunque este término debe ser usado en un sentido funcional. Parece más apropiado utilizar *pretérmino* y *postérmino* para referirse a la edad y *madurez* para referirse a la función.⁽¹⁾

Dadas las mejoras en la atención a los neonatos pretérmino en las unidades de terapía intenciva pediátricas, se han considerado productos viables aquellos con peso mayor de 1000 gramos, aunque hay reportes de buena evolución en productos de entre 500 y 1000 gramos.

La mortalidad de los productos pretérmino puede llegar a representar el 80 % de la mortalidad perinatal.

Los infantes que nacen antes de término, son sujetos de varios desordenes que complican su curso neonatal. Así, su manejo es complejo y difícil.

La mortalidad neonatal aumenta progresivamente con el incremento del grado de prematuridad y las secuelas pueden afectar el desarrollo del niño durante toda su vida.

Los niños que nacen entre la semana 36 y 37 tienen adecuada evolución y no existe mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal y representan el 7 % de los nacidos vivos.

A los que nacen entre la 31 y 35 semanas, que son el 3 % de los nacimientos, la mortalidad es de 8 % a las 31 semanas y disminuye al 2% a las 35 semanas.

La mayoría de las muertes es causada por el síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática. Los nacidos entre la 21 y 30 semanas corresponden solamente el 0.6 % de los nacimientos, pero representan el 70 % de todas las muertes neonatales.

Las principales causas de muerte son : hipoxia severa al nacimiento, infecciones intrauterinas, síndrome de insuficiencia respiratoria, persistencia del conducto arterioso con insuficiencia cardíaca congestiva, enterocolitis necrotizante, hipotermia, hipoglicemia y retinopatías.⁽³⁾

Solo en 40 a 50 % de los casos existe una causa aparente y evidente. Entre los factores etiológicos que podemos encontrar incluiremos a las causas maternas, como son la raza, edad, talla, peso y el intervalo entre los embarazos. Otras pudieran ser, el medio social en el que se desenvuelven, hábitos y medicamentos, embarazos previos y muy importante es saber el curso del embarazo actual, sin olvidar las enfermedades durante el embarazo.⁽⁴⁾

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El parto pretérmino es uno de los principales problemas sanitarios del ser humano, constituye la mayor causa de morbilidad y mortalidad perinatal, las secuelas en los neonatos que sobreviven, causan con frecuencia incapacidades para toda la vida.

DEFINICIÓN.

Se considera como amenaza de parto pretérmino a la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración, acompañada de modificaciones cervicales entre las 21 y 37 semanas completas de embarazo (259 días).⁽²⁾

ETIOLOGÍA.

El nacimiento de niños pretérmino ha sido relacionado con un amplio espectro de causas y factores demográficos, aunque en realidad se desconoce la etiología del parto pretérmino. En ocasiones se encuentra el agente desencadenante, aunque en la mayoría de las veces

no se conoce la causa o causas precisas del inicio del trabajo antes de término. A continuación se incluyen algunas entidades que predisponen al trabajo de parto pretérmino^(1,2) :

- 1.- Rotura espontánea de las membranas.
- 2.- Infección del líquido amniótico.
- 3.- Infección en el tracto urogenital.
- 4.- Parto pretérmino previo o aborto tardío.
- 5.- Útero sobredistendido.
- 6.- Muerte fetal.
- 7.- Incompetencia cervical.
- 8.- Anomalías uterinas.
- 9.- Placentación defectuosa.
- 10.- Dispositivo intrauterino retenido.
- 11.- Enfermedad materna grave.
- 12.- Inducción selectiva del trabajo de parto.
- 13.- Anomalías de la concepción.
- 14.- Características maternas : Raza, Edad, Peso,
Clase social, Estado civil, Hábitos, Medicamentos
y stress psicosocial.

DIAGNÓSTICO.

Los planteamientos obstétricos del nacimiento pretérmino se han centrado tradicionalmente en las intervenciones terapéuticas mas que en la identificación temprana de las mujeres expuestas a ese riesgo y a la prevención del trabajo de parto pretérmino.

La diferenciación temprana entre un trabajo de parto verdadero y falso es difícil de establecer antes de que haya un borramiento y dilatación demostrables del cuello. Las contracciones uterinas solas, pueden ser engañosas debido a las contracciones de Braxton Hicks (contracciones irregulares, no rítmicas y dolorosas o indoloras), que causan confusión en el diagnóstico de un trabajo de parto pretérmino.^(1,2)

Dado que las contracciones uterinas pueden ser engañosas, se utilizan los siguientes criterios para documentar un trabajo de parto pretérmino:

- Contracciones uterinas regulares despues de las 20 semanas o antes de las 37, que ocurran con intervalos de 5 a 8 minutos mas o menos y se acompañen de uno o mas de los siguientes hallazgos:

- 1.- Un cambio progresivo del cuello.
- 2.- Una dilatación cervical de 2cm o mayor.
- 3.- Un borramiento cervical del 80% o más.

- Antecedentes patológicos de la madre como ruptura de membranas y partos pretérmino previos.

TRATAMIENTO.

Principalmente el objetivo es la inhibición del trabajo de parto, y llevar el embarazo por lo menos hasta la semana 34, pero antes de intentar detener el trabajo pretérmino debe hacerse la siguiente pregunta y obtener una respuesta correcta : la permanencia intrauterina ¿tiene más probabilidades de beneficiar o de perjudicar al feto? Muchas muertes neonatales continúan siendo consecuencia directa de una prematuridad extrema, y el número de esas muertes puede reducirse demorando el parto, sin embargo, no todos los fetos se benefician con una permanencia intraúterina adicional.⁽⁹⁾

La decisión de intentar detener el trabajo de parto se hace mucho mas fácil si se conoce con precisión la edad gestacional.

La medida inicial es el completo reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, que se considera como el método más apropiado para la inhibición del parto pretérmino, el mecanismo que se invoca para explicar su acción es primeramente debido a la disminución de las fuerzas hidrostáticas que operan sobre el cervix, por otro lado, en esta posición se mejora el flujo uteroplacentario al no haber presión del útero sobre los grandes vasos y a la disminución de demanda a otros niveles (tejido muscular).^(6,7)

MEDICAMENTOS :

Se han utilizado numerosos fármacos y otras intervenciones para inhibir el trabajo de parto pretérmino, pero desafortunadamente ninguno ha sido totalmente eficaz, ademas de que algunos llegan a provocar complicaciones maternas.

Los farmacos usados para la inhibición de un parto pretérmino se dividen en:

a) Agonistas de receptores Beta-adrenérgicos:

Estos fármacos administrados parenteralmente retardan el parto durante no más de 48 horas, este retardo puede ser útil para facilitar el traslado de la madre a un centro de atención terciaria y también para demorar el parto logrando una maduración fetal con glucocorticoides. Dentro de los efectos colaterales que pueden ocasionar se ha observado hiperglucemia, hipopotasemia , hipotensión, edema de pulmón, insuficiencia cardíaca, arritmias, isquemia miocárdica y muerte materna.⁽⁸⁾ Ejemplos de estos fármacos :

- Ritodrina.
- Terbutalina.
- Fenoterol.

b) Fármacos que bloquean los canales de calcio:

La actividad del musculo liso incluido el miometrio, esta directamente relacionada con el calcio, una reducción en la concentración de este inhibe la contracción, es el papel que desempeñan estos fármacos. El tratamiento con nifedipina llegó a posponer el parto por lo menos 3 días. Los efectos colaterales que provocan son edema de pulmón, depresión respiratoria, paro cardíaco, tetania materna e hipotensión.⁽⁹⁾

Ejemplos de estos fármacos :

- Sulfato de magnesio.
- Nifedipina.

c) *Inhibidores de prostaglandinas :*

Las prostaglandinas están involucradas en las contracciones miométricas del trabajo de parto, estos agentes antiprostaglandinas actúan inhibiendo la síntesis de estas o por un bloqueo de la acción de las prostaglandinas en sus órganos blanco, llegando a retrasar el parto por unas 48 horas. Diversos fármacos bloquean este sistema, entre ellos la aspirina y otros salicilatos, la indometacina, el naproxeno y el sulindac. Sus efectos adversos afectan al feto, pudiendo ocasionar el cierre del conducto arterioso, enterocolitis necrotizante, hemorragia intracraneana, hepatitis y insuficiencia renal.⁽⁶⁾

d) *Antagonistas de la Oxitocina.*

Estos agentes inhiben las contracciones uterinas provocadas por la oxitocina, entre ellos se encuentra el Atosibán.⁽¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en pacientes atendidas en el municipio de Chilchotla durante 1996-1998. ?

HIPÓTESIS.

Por tratarse de un trabajo descriptivo no se realiza hipótesis.

OBJETIVOS.

Objetivo General :

- Determinar los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en pacientes atendidas en los centros de salud del Municipio de Chilchotla, entre 1996-1998.

Objetivos Particulares :

- Determinar el diagnóstico probable de los partos pretérmino ocurridos en este Municipio.
- Identificar los grupos de edad en la que se presentaron los partos pretérmino.
- Destacar el estado civil con mayor ocurrencia de partos pretérmino.
- Presentar el nivel socioeconómico de las pacientes atendidas por parto pretérmino.

- Ubicar el lugar de residencia de las pacientes que presentaron un parto pretérmino.
- Determinar el número de gesta en la que ocurrió el parto pretérmino.
- Observar si las pacientes atendidas por partos pretérmino se encontraban en control prenatal.
- Destacar en las pacientes si hay antecedente de aborto o parto pretérmino previo.
- Relacionar las posibilidades de viabilidad de los productos pretérmino con el peso al nacer y su edad gestacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO :

- Serie de casos.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO :

- Retrospectivo.
- Observacional.
- Transversal.
- Descriptivo.

MARCO MUESTRAL

UNIDAD DE POBLACIÓN : Municipio de Chilchotla, Pue.

1996 - 1998.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Se realizará la recolección de datos por medio de un muestreo no probabilístico.

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

VARIABLES	TIPO	ESCALA	MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Nominal	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino
Edo. Civil	Cualitativa	Nominal	Soltera/Casada
Embarazada	Cualitativa	Nominal	Si/No
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Primaria , Secundaria.
Desnutrición	Cualitativa	Ordinal	Leve, Moderada, Severa.
Gestas	Cuantitativa	Ordinal	Primigesta, Multigesta.
Antecedentes de enf. médico quirúrgicas.	Cualitativa	Ordinal	Si/No

RESULTADOS

RESULTADOS

Mediante la revisión de expedientes de los cinco centros de la Secretaría de Salud ubicados en el municipio de Chilchotla durante el período de 1996 a 1998, se obtuvieron los datos de 34 partos pretérmino que se presentaron.

En el presente estudio los factores de riesgo a padecer un parto pretérmino se presentan el cuadro 1.

Cuadro No.1

FACTORES DE RIESGO
- Edad de Madre - Bajo Peso (Desnutrición) - Multiparidad - Aborto o Parto Pretérmino Previo - Madres Solteras - Sin Control Prenatal - Nivel Socioeconómico Bajo - Domicilio Alejado - Ruptura Prematura de Membranas

Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla 1996-1998.

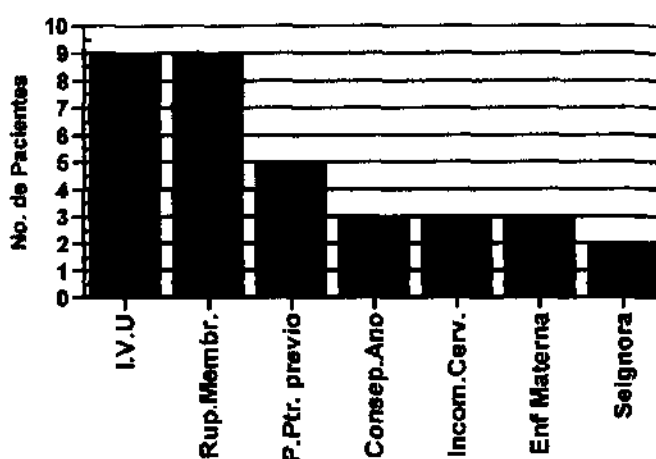
- Los diagnósticos probables que desencadenaron los partos pretérmino se presentan en el cuadro y gráfica 2

Cuadro No. 2

Diagnóstico Probable	No. de Pacientes	Porcentaje
-Infección urogenital	9	26.5 %
-Ruptura espontanea de membranas	9	26.5 %
-Parto pretérmino previo o aborto	5	14.7 %
-Anomalías de la concepción	3	8.8 %
-Incompetencia cervical	3	8.8 %
-Enfermedad materna	3	8.8 %
-Se ignora la causa	2	5.8 %
Total	34 Pacientes	100 %

Fuente de cuadro y grafica: Expedientes clínicos C.S. SSA Chilchotla

Gráfica No. 2



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

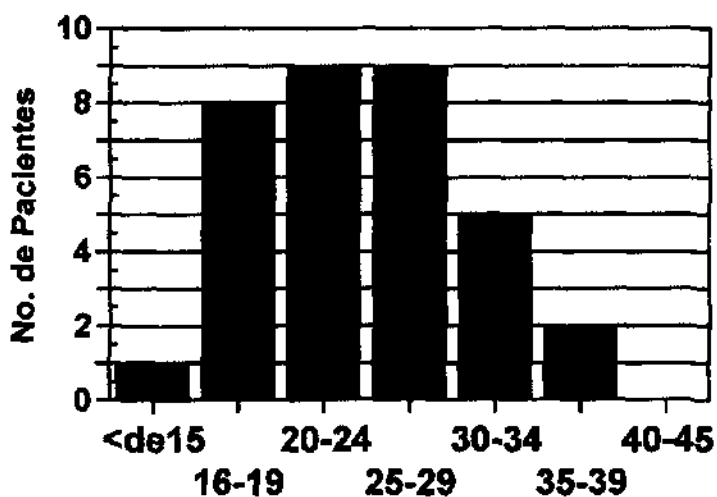
PARTOS PRETÉRMINO DISTRIBUIDOS POR EDADES

En esta revisión las frecuencias mayores donde se presentaron los partos pretérmino fue en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 29 años, siendo las frecuencias menores en las pacientes con menos de 15 años y las que pasan los 35 años de edad. Cuadro y gráfica 3

Cuadro No. 3

EDAD	No. de Pacientes	Porcentaje
< de 15	1	2.9%
16 - 19	8	23.5%
20 - 24	9	26.4%
25 - 29	9	26.4%
30 - 34	5	14.7%
35 - 39	2	5.8%
40 - 45	0	0.0%
Total	34 Pacientes	100 %

Gráfica No.3



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

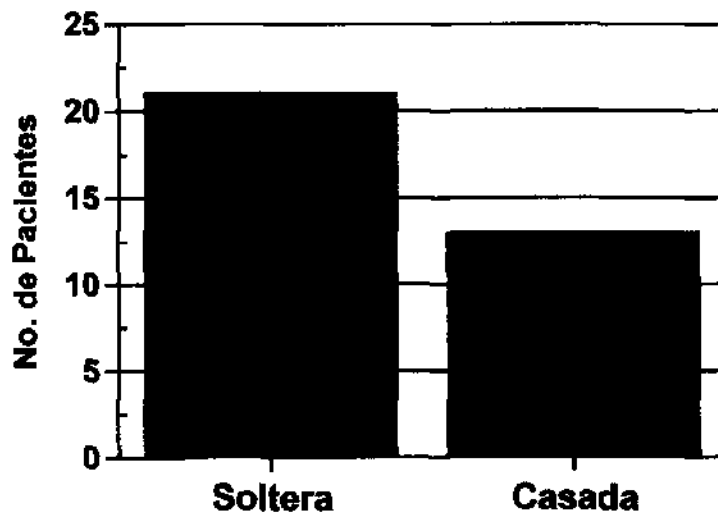
ESTADO CIVIL.

Entre las madres solteras el riesgo de presentar partos pretermino es mayor que entre las casadas, en este estudio se observo una tendencia, hubo muy poca diferencia entre los casos que se presentaron. Ver cuadro y grafica 4.

Cuadro No. 4

EDO. CIVIL	No. de Pacientes	Porcentaje
- Soltera	21	61.8%
- Casada	13	38.2%
Total	34 Pacientes	100%

Gráfica No. 4



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

NIVEL SOCIOECONÓMICO.

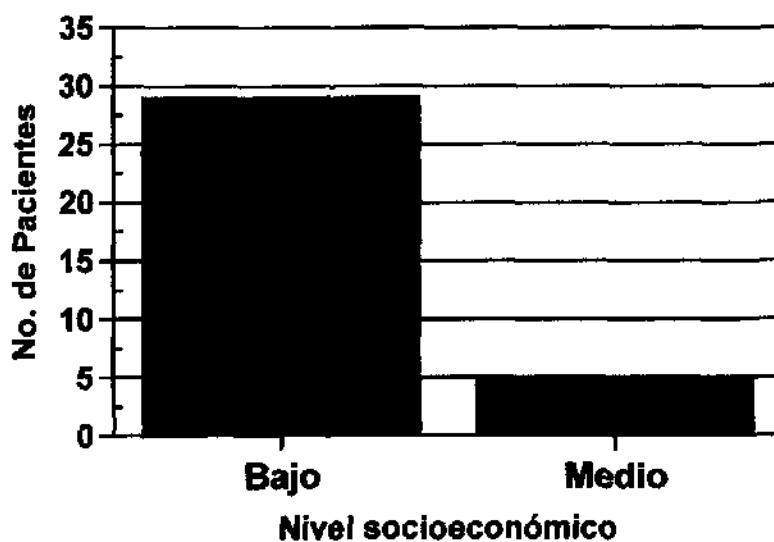
La mayor parte de los partos pretérmino se dieron en pacientes de bajos recursos, siendo este un factor a considerar y difícil de solucionar.

Observar los datos del cuadro y gráfica 5

Cuadro No. 5

Nivel Soc.	No. de Pacientes	Porcentaje
- Bajo	29	85.3%
- Medio	5	14.7%
Total	34 Pacientes	100%

Gráfica No. 5



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del
Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

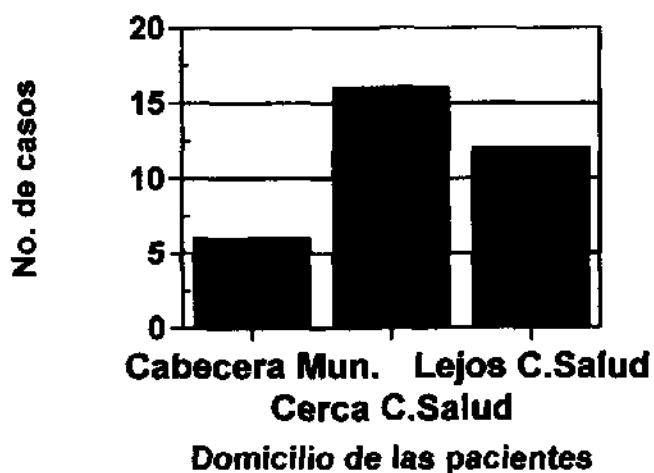
DOMICILIO.

El número de casos que se presentaron, fue en pacientes que no acudieron a consulta o control prenatal por la lejanía de sus lugares de origen a un centro de salud. Ver cuadro y gráfica 6.

Cuadro No. 6

Domicilio	No. de Pacientes	Porcentaje
- En cabecera Mun.	6	17.7 %
- Cerca de un centro de salud (-5 km.)	16	47 %
-Alejado un centro de salud (+10 km)	12	35.3 %
Total	34 Pacientes	100 %

Gráfica No. 6



Fuente:Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla,Pue. 1996-1998.

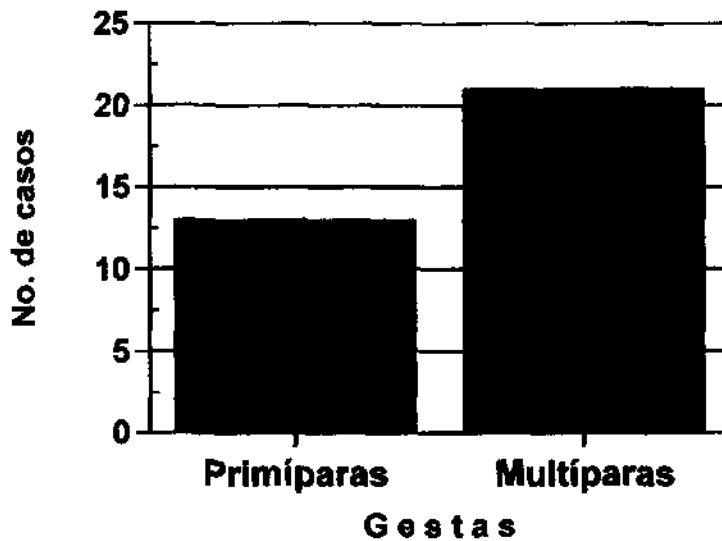
NÚMERO DE GESTAS.

Los resultados mostraron un predominio de ocurrencia de estos partos en mujeres multíparas (la mayoría era su quinta o sexta gesta en menores de 25 años). Cuadro y gráfica 7.

Cuadro No. 7

Paridad	No. de Pacientes	Porcentaje
- Primíparas	13	38.2 %
- Multíparas	21	61.8 %
Total	34 Pacientes	100 %

Gráfica No.7



Fuente:Expedientes clínicos de los centros de salud del
Municipio de Chilchotla,Pue. 1996-1998.

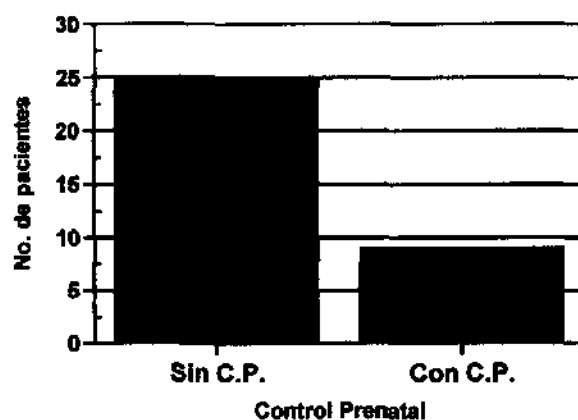
CONTROL PRENATAL.

Las mujeres que no llevaron un control prenatal mostraron una incidencia mayor a presentar un parto pretérmino, la mayoría de las pacientes no contaban con un control prenatal previo y en algunos casos solamente tuvieron una o dos citas al médico. Ver cuadro y gráfica numero 8.

Cuadro No. 8

Control Prenatal	No. de Pacientes	Porcentaje
- Sin C. P.	25	73.5 %
- En C. P.	9	26.5 %
Total	34 pacientes	100 %

Gráfica No. 8



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

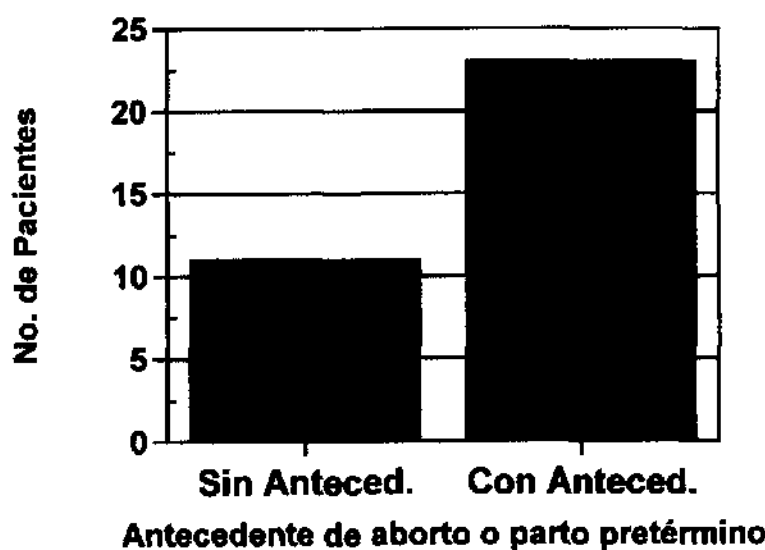
ANTECEDENTES DE ABORTOS O PARTOS PRETERMINO

En el presente estudio los antecedentes de abortos o partos pretérmino previos se muestran en el cuadro y gráfica 9.

Cuadro No. 9

Abortos o Partos pretérmino	No. de pacientes	Porcentaje
- Sin Antecedentes	11	32.3 %
- Con Antecedentes	23	67.7 %
Total	34 Pacientes	100%

Gráfica No. 9



Fuente: Expedientes clínicos de los centros de salud del
Municipio de Chilchotla, Pue. 1996-1998.

EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE PRESENTARON

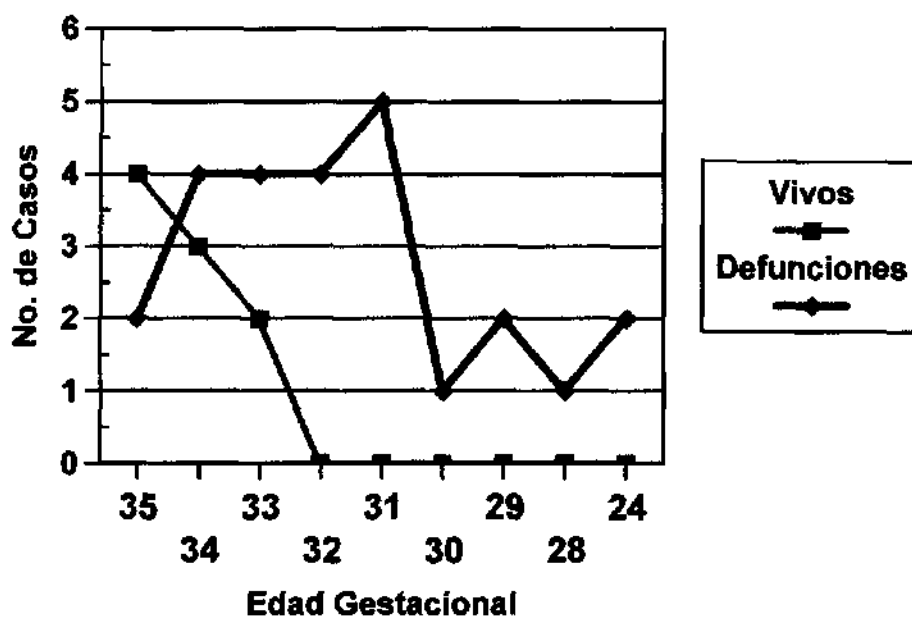
LOS PARTOS PRETÉRMINO.

Los siguientes cuadros y gráficas (10 y 10.1) muestran que la mayoría de los productos nacidos entre las semanas 35 y 34 de gestación tienen probabilidades de sobrevivir, que contrariamente se presenta en los que nacieron antes de la semana 33 o menos, los cuales fallecieron. Con respecto al peso al nacer, los productos de menos de 1,800 gramos tuvieron muy pocas posibilidades de sobrevivir, los que lograron vivir, en algunos casos presentaron lesión neurológica.

Cuadro No. 10

Edad Gestacional	No. de Productos		Porcentaje	
	Vivos	Fallecieron	Vivos	Fallecieron
- Sem. 35	4	2	11.7 %	5.8 %
- Sem. 34	3	4	8.8 %	11.7 %
- Sem. 33	2	4	5.8 %	11.7 %
- Sem. 32	0	4	0	11.7 %
- Sem. 31	0	5	0	14.7 %
- Sem. 30	0	1	0	2.9 %
- Sem. 29	0	2	0	5.8 %
- Sem. 28	0	1	0	2.9 %
- Sem. 24	0	2	0	5.8 %
Total	9	25	26.4 %	73.6 %

Gráfica No. 10



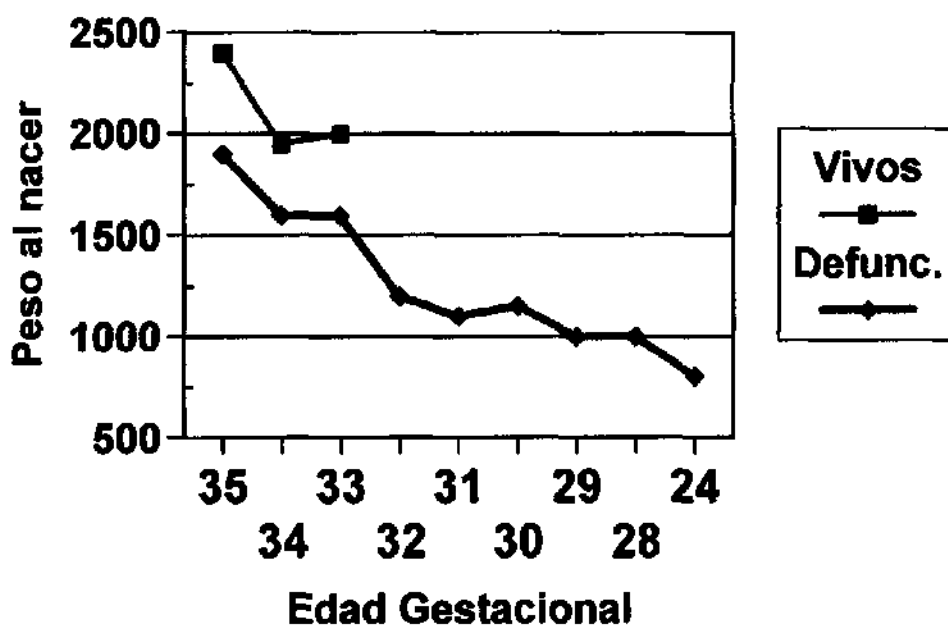
Fuente. Expedientes clínicos de los centros de salud del Municipio de Chilchotla, Pue. 1996 1998.

Cuadro No. 10,1 Registro de peso con la edad gestacional al nacer.

Edad Gestacional	Peso Mayor en gms	Peso Menor en gms
-Sem. 35	2,400 *	1,900
-Sem. 34	1,950 *	1,600
-Sem. 33	2,000 *	1,600
-Sem. 32	1,450	1,200
-Sem. 31	1,350	1,100
-Sem. 30	1,150	-
-Sem. 29	1,100	-
-Sem. 28	1,000	-
-Sem. 24	850	800

* Los productos sobrevivieron.

Gráfica No.10,1 Registro de productos viables de acuerdo su peso al nacer



Fuente:Expedientes clínicos de los centros de salud del
Municipio de chilchotla,Pue. 1996-1998.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

El mayor número de los partos pretérmino se presentó en los siguientes grupos:

- Los grupos de edad en los que se presentaron un número mayor de partos pretérmino, comprendió los de 20 a 24 y de 25 a 29, siguiendo de cerca el grupo de mujeres de 16 a 19 años.
- El estado civil en el que predominó más la ocurrencia de estos partos fue en las mujeres solteras que presentaron una ocurrencia de 17% a comparación de las casadas que fue de un 6%.⁽⁴⁾
- Las mujeres multíparas, con antecedentes de abortos o partos pretérmino, son principalmente grupos de alto riesgo a presentar un parto pretérmino.⁽¹⁰⁾
- El llevar un buen control prenatal y una vigilancia constante de un embarazo, en el que sospechemos sea de riesgo, son fundamentales, esto se refleja al presentar una cifra mayor de partos pretérmino en mujeres que no contaron con un seguimiento durante su embarazo.⁽¹⁰⁾

- Los factores socioeconómicos influyeron en la incidencia de los partos pretérmino, al notar que todos los partos ocurrieron en personas de bajos ingresos.(4,11)

- El bajo peso fue un factor común entre las pacientes, la desnutrición se presenta en la población en general.(4)

- El lugar de domicilio es uno de los factores externos que influyó en la presentación de partos pretérmino, el residir lejos de un centro de salud registro un numero alto de partos de este tipo.(4,11)

- Los partos pretérmino se asociaron con tres causas, una es el antecedente de haber presentado un aborto o parto pretérmino previo, otra fue la ruptura prematura de membranas y principalmente con procesos infecciosos, tales como:

-Infección de Vías Urinarias.

-Pielonefritis

-Vaginosis Bacteriana por *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*.

-Vaginosis por Tricomonas y Clamidias.

La infección, es un componente significativa en muchos casos de partos pretérmino. El ascenso de diversos microorganismos a través del moco cervical provoca una estimulación en el útero, una reacción inflamatoria en la placenta, membranas fetales y decidua materna.⁽¹²⁾

La lista de microorganismos implicados es múltiple, las posibilidades incluyen a los que constituyen habitualmente la flora cervicovaginal normal como son bacterias aerobias y anaerobias, micoplasmas, clamidias y levaduras. El impacto de la flora vaginal sobre el resultado clínico puede ser modificado por variaciones en los mecanismos de defensa local, incluyendo líquido amniótico y moco cervical, en los cuales se encuentran presentes agentes antibacterianos.⁽¹³⁾

Existe la sospecha de que el semen puede acarrear bacterias a través del cervix, lo que explicaría la relación entre el coito y la corioamnionitis, sin embargo esto no ha sido bien estudiado, al igual de si la inmunidad humoral también podría influir en los riesgos de determinada población para infectarse.

CAUSAS DEL PARTO PRETÉRMINO

- Infección Urogenital.
- Ruptura Prematura de Memb.
- Incompetencia cervical
- Anomalías en la Concepción
- Embarazos Múltiples
- Multiparidad.

MORTALIDAD NEONATAL.

Las principales causas de muerte en los productos pretérmino son⁽¹⁴⁾:

- **Insuficiencia Respiratoria:** Es una de las principales causas de mortalidad en los recién nacidos prematuros, este padecimiento es el responsable del 50% de las muertes en neonatos y requiere de una rápida y eficaz intervención, se puede manifestar como esfuerzo respiratorio aumentado, quejido espiratorio, cianosis, palidez, apnea, hipotonía o bradicardia.

- **Enfermedad de Membrana Hialina:** Esta patología se presenta con mayor frecuencia cuanto menor es la edad gestacional. Es un padecimiento grave producido por deficiencia de factor surfactante, manifestado por dificultad respiratoria. El antecedente más importante para su diagnóstico es el parto pretérmino, pero existen otros factores que influyen en su presentación, como sufrimiento fetal agudo por hemorragia uterina o vaginal e hipotensión materna. Se le conoce también como síndrome de dificultad respiratoria idiopática.

- **Enterocolitis Necrosante:** La prematurez por si solo es el factor de riesgo mas importante para el desarrollo de la enterocolitis necrosante.

Esta afecta predominantemente a los recién nacidos pretérmino, es un padecimiento de etiología multifactorial que parece corresponder a una respuesta patológica de un intestino inmaduro lesionado por agentes microbiologicos.

MORTALIDAD NEONATAL

- Enf. de Membrana Hialina
- Enterocolitis Necrotizante
- Insuficiencia Respiratoria
- Infección
- Hipotermia

TRATAMIENTO PRENATAL

Por ultimo, los productos pretérmino son candidatos a sufrir el desarrollo de un *síndrome de distress respiratorio idiopático grave*, el cual se ha observado que mediante la administración de corticoides unas 24 - 48 horas antes del nacimiento pueden disminuir la incidencia, severidad y mortalidad de este síndrome en estos recién nacidos.(15,16,17)

El mecanismo por medio del cual se cree que la betametasona u otros corticoides reducen la frecuencia de dificultad respiratoria involucra la inducción de proteínas que regulan los sistemas

bioquímicos en las células tipo II de los pulmones fetales que producen surfactante, el aumento de la sustancia tensioactiva alveolar, la distensibilidad y el volumen pulmonar máximo. Estos efectos han sido mas efectivos en productos nacidos después de las 34 semanas de gestación.^(16,17,18,19,20)

TOCÓLISIS

El régimen terapéutico inicial que se utiliza con mayor frecuencia es el reposo absoluto en el hospital u hogar, conjuntamente con una hidratación, esta administración de líquidos se limita a mujeres con problemas a nivel cardiovascular o renal.

Al fallar las dos medidas antes enunciadas o al no poder instituirse por alguna razón se procede a iniciar un manejo con agentes tocolíticos. Estos llegan a retardar el parto por unas 48 horas, lo cual nos permitiría el traslado de la paciente a un tercer nivel de atención.⁽²¹⁾

La supresión de las contracciones uterinas en muchos partos pretérmino, es la solución mas obvia a este problema, sin embargo no se tiene la disponibilidad de los agentes tocolíticos en los centros de salud perdiendo así la oportunidad de observar la respuesta que pueda tener un manejo tocolítico oportuno y posponer un parto pretérmino. Aunque, cabe mencionar, el manejo tocolítico es efectivo en una cuarta parte de los partos pretérmino que se llegan a presentar.⁽²¹⁾

RECOMENDACIONES.

Como se ha descrito anteriormente, la presentación de partos pretérmino es uno de los problemas obstétricos mas importantes no solo en nuestro país, sino en la practica médica mundial. Sigue siendo un padecimiento de difícil diagnóstico y manejo, pero también es uno de los que con una buena orientación se puede prevenir su aparición.

Esta educación sobre todo debe ser dirigida hacia las comunidades rurales donde se observa una incidencia mayor de esta entidad patológica y que en ocasiones no se toman en cuenta.

Dentro de las recomendaciones a considerar se encuentran las siguientes:

- Un adecuado control prenatal en el cual se puedan detectar oportunamente a pacientes con riesgo de presentar un parto pretérmino.
- Capacitación constante al personal de salud que labora en esas comunidades.
- Un mejor abastecimiento de insumos (equipos de parto, medicamentos, instalaciones).

- Establecer un sistema de referencia y contrareferencia adecuado.
- Ofrecer continuamente a la población una orientación sobre los cuidados que deben tener antes, durante y después de su embarazo.
- Despertar un sentido de autocuidado de la salud, no solo en salud perinatal, sino también hablando de salud en general.

Otros problemas como lo son la desnutrición y falta de recursos económicos para la obtención de servicios médicos y de medicamentos se minimizan gracias a programas como *PROGRESA* que a las mujeres embarazadas dentro de la cuestión de alimentación proporciona suplemento alimenticio y en lo referente a salud, ofrece consultas y medicamentos gratis.

La ocurrencia de partos pretérmino en estas comunidades rurales, es un problema de salud que en muchos casos se puede evitar y que deberá disminuir, esto solo será posible por medio del interés que se de por parte de los servicios de salud y la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Cunningham FG, McDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC: Williams Obstetricia. 20va. Edición. Editorial Mosby. México. 1997, pp. 743-769.
- 2.- Karchner SK, Cabral FC: Amenaza y trabajo de parto pretermino. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1995. pp. 14-16.
- 3.- Lams JD, Goldenberg RL, Mercer BM: The Preterm Prediction Study: Recurrence risk of spontaneous preterm birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1998. Vol. 178, pp. 1035-1040.
- 4.- Peacock JL, Bland JM, Anderson JR: Preterm delivery: Effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol and caffeine. British Medical Journal. 1995. Vol. 311, pp. 531-535.
- 5.- Cox SM: Expectant management with preterm ruptured membranes at 30-34 weeks gestation. Obstetrics and Gynecology. 1995. Vol. 86, pp. 875-878.
- 6.- Papatonis DN, Van Geijn HP, Dekker GA y Steer P: Management of preterm labour. British Medical Journal. 1999. Vol. 319, pp. 257-260.
- 7.- Baird AG, Jewell D, Walker J: Management of labour in an isolated rural maternity hospital. British Medical Journal. 1996. Vol. 312, pp. 223-226.

- 8 .- Macones GA, Berlin M, Berlin GA: Efficacy of oral Beta-agonist maintenance therapy in preterm labour. *Obstetrics and Gynecology* 1995. Vol.85, pp.313-316.
- 9 .- Papatsonis DN, Van Geijn HP, Bleker OP: Tocolytic efficacy of nifedipine versus ritodrine: Results of a randomized trial.. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996. Vol.174 pp. 306-310.
- 10.-Mercer BM, Goldenberg RL, y cols: The Preterm Prediction Study: Effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1999.Vol.181,pp.1216-1221.
- 11.-Luke B,Mamelle N,Keith L: The association between occupational factors and preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.1995.Vol.173,pp. 849-853.
- 12.-Blocklehurst P: Infection and preterm delivery. *British Medical Journal*.1999.Vol.319,pp.257-259.
- 13.-Steer P, Flint C: ABC of labour care:Preterm labour and premature rupture of membranes. *British Medical Journal*. 1999. Vol. 318, pp. 1059-1062.
- 14.-Instituto Nacional de Pediatría: *Pediatría Médica*.1ra. Edición. Editorial Trillas, México. 1996. pp. 37-54.
- 15.-Sincler JC: Meta-analysis of randomized controlled trials of antenatal corticosteroid for the prevention respiratory distress syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995.Vol.173,pp.199-206.

- 16.-NIH Consensus Development Conference Statement : Effect of corticosteroid for fetal maturation on perinatal outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1995. Vol.173 pp. 246-252.
- 17.-Ballard PL, Ballard RA: Scientific biases and therapeutic regimens for use of antenatal glucocorticoids. American Journal of Obstet and Gynecology.1995.Vol.173,pp.254-259.
- 18.-Cowley PA: Antenatal corticosteroid therapy:A meta-analysis of randomized trials,1972 to 1994. American Journal of Obstetrics and Gynecoly.1995.Vol.173, pp.322-335.
- 19.-Cox SM, Leveno KJ: Introduction of corticosteroids in fetal maturation in a large obstetric service. American Journal of Obstetric and Gynecology. 1996.Vol.174,pp.467-472.
- 20.-Polk DH, Ikegami M, Jobe AH: Preterm lung function after retreatment with antenatal betamethasone.American Journal of Obstetrics and Gynecology.1997.Vol.176,pp.308-315.
- 21.-Sanchez LR, Kaunitz AM, Gaudier FL: Efficacy of maintenance therapy after acute tocolysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology.1999.Vol.181,pp.484-490.