UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

"FACTORES SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN EL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012".

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO GENERAL.

AUTORA:

Jhuliana Elizabeth Castillo Rojas

DIRECTOR:

Dr. Eduardo Samaniego

LOJA – ECUADOR

2012

Dr. Eduardo Samaniego.

CATEDRÁTICO DEL AREA DE SALUD HUMANA, CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICO:

Que la presente tesis, previa a la obtención de título de Médico General, ha sido dirigida y revisada, por lo que se autoriza su presentación.

Dr. Eduardo Samaniego.

DIRECTOR DE TESIS.

AUTORIA

El contenido del presente trabajo así como sus opiniones, criterios, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Jhuliana E. Castillo R.

DEDICATORIA

A Dios y a mi Madre Julia que desde el cielo iluminaron mi camino y me permitieron llegar hasta aquí; a mi Padre y hermanos inspiración de mi vida que con su apoyo y amor supieron guiar mis pasos, a ti Ronald por ser mi mayor sueño e ilusión.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por brindarme la oportunidad de superarme; a los directivos del Área de la Salud Humana, al personal docente de la carrera de Medicina, que con abnegación y certeza supieron inculcar sus valiosos conocimientos a lo largo de mi vida universitaria, de manera especial al Dr. Eduardo Samaniego por sus valiosos aportes.

Dejo especial testimonio de reconocimiento al personal del servicio de Gineco - Obstetricia y al departamento de estadística del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja por la desinteresada colaboración al brindarme las facilidades necesarias para el desarrollo de la investigación.

INDICE

Certificación…… i

Autoría…….....……..…..… ii

Dedicatoria…….....…… iii

Agradecimiento…….....…… iv

Índice……..……..... v

Titulo……..... 7

Resumen……..... 8

Summary……..... 9

Introducción……..... 10

Revisión de literatura……..……..... 14

Parto pretérmino……..... 14

Definición…….....…..... 14

Frecuencia……..... 15

Etiología……..... 16

Factores de riesgo socio económicos…….....…..... 16

Edad……..... 16

Instrucción……..... 17

Desempleo y embarazo……..... 18

Factores de riesgo culturales……..... 19

Tabaco……..... 19

Alcohol……..... 20

Drogas……..... 21

Estado nutricional……..... 22

Depresión……..... 23

Control prenatal……..... 24

Diagnóstico del trabajo de parto……..... 26

Identificación de la gestante de riesgo……..... 26

Prevención.....……....…..... 28

Educación para la prevención del parto pretérmino……..... 28

Apoyo social……..... 29

Maduración pulmonar fetal……..... 30

Fenobarbital para prevenir hemorragias periventriculares……..... 31

Agentes tocolíticos……..... 31

Inhibición del parto pretérmino……..... 33

Beta agonistas……..... 34

Indometacina……..... 37

Sulfato de magnesio……..... 38

Bloqueadores de canales de calcio……..... 39

Materiales y métodos……..... 41

Resultados……..... 42

Discusion……..... 46

Conclusiones……..... 56

Recomendaciones……..... 57

Anexos……..... 58

Bibliografia……..... 59

"FACTORES SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES QUE INCIDEN EN EL PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012

RESUMEN

Se realizo la presente tesis con el fin de conocer los factores de riesgo socio - económicos y culturales que inciden en el parto pretérmino según: edad, estado civil, instrucción, ocupación, lugar de procedencia y estado nutricional. Se determino la influencia del consumo de tabaco, alcohol, y drogas. Se identifico la relación que tienen el número de controles prenatales, paridad, edad gestacional y periodo intergenesico. El estudio fue retrospectivo-descriptivo de las gestantes que presentaron parto pretérmino en el Servicio de Gineco-Obstetricia de Enero a Junio del 2012. Los datos fueron tomados de los Formularios de Historia Clínica Única y presentados como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

Se estudio un total de 94 gestantes que presentaron parto pretérmino. Los resultados revelaron que los factores de riesgo más importantes para la presentación de parto pretérmino fueron: edad de 15 a 25 años con el 69%. La unión libre con el 39%. El nivel de escolaridad baja con el 60%, el 74% realizaban haceres domésticos con predominio de la procedencia urbana en el 51%. El 100% de las usuarias refirieron haber estado expuesta al humo de tabaco y no haber consumido alcohol ni drogas. El control prenatal fue inadecuado debido a que un 59% de las gestantes se realizaron controles insuficientes. Las primigestas presentaron parto pretérmino en un 47%, con una edad gestacional entre 33 a 36.6 semanas en un 78%. El periodo intergenesico menor a dos años en un 55%.

Palabras claves: Parto pretérmino, factores de riesgo, edad gestacional.

SUMMARY

This thesis was conducted to know the risk factors socio - economic and cultural factors affecting preterm delivery as age, marital status, education, occupation, place of origin and nutritional status. The influence of the consumption of snuff, alcohol, and drugs. Relationship was identified with the number of prenatal visits, parity, gestational age and intergenesic. The study was retrospective descriptive of pregnant women who had preterm delivery in Obstetrics and Gynecology Service from January to June of 2012. The data were taken from the unique clinical history forms and presented as frequencies and percentages of the variables studied.

We studied a total of 94 pregnant women who had preterm labor. The results revealed that the most important risk factors for preterm delivery presentation were age 15 to 25 years with 69%. Cohabitation with 39%. The low educational level with 60%, 74% performed household chores with predominantly urban origin in 51%. 100% of users reported having been exposed to the smoke of snuff and not using alcohol or drugs. Prenatal care was inadequate because 59% of pregnant women were held insufficient controls. The primigravida presented preterm delivery by 47%, with a gestational age between 33 to 36.6 weeks in 78%. Intergenesic period less than two years by 55%

Keywords: Preterm labor, risk factors, gestational age.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es uno de los mayores problemas en obstetricia con una incidencia aproximada de 10-11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes; es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas de gestación sin que esto haya cambiado en las últimas décadas[1]

El período más importante en la vida del ser humano para su salud inmediata es el perinatal, que va desde la 28 semana de gestación (feto con 1000 g o más) hasta antes de los 7 días (168 horas completas) de vida, más aún en los prematuros, quienes por presentar los índices más elevados de morbilidad y mortalidad son el grupo de mayor riesgo[2].

La prevención de la prematurez y del bajo peso de nacimiento, debe ser una de las prioridades en salud pública de nuestro país, e ahí la importancia de conocer su frecuencia y el impacto que tiene en la madre y su entorno.

Es evidente que la prematurez es una de las causas que inciden en la mortalidad infantil tanto a nivel mundial como nacional, reflejándose la situación tanto en el área rural como urbana y es el resultado de varios factores que afectan a la madre y al niño. Aunado a esto existen otros factores físicos, emocionales, socioeconómicos y culturales que influyen directamente en el inicio de trabajo de parto prematuro.

---

1. Jaramillo Jhon J, **Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de Atención en salud en** Manizales. Julio 2004 - junio 2005.
2. Manuel Ticona **Mortalidad perinatal Revista Peruana de Gineco Obsetricia Vol 50 Nº 1** Enero – Marzo 2004.

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. En América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400000 mueren antes de cumplir cinco años, 270000 en el primer año de vida, 180000 durante el primer mes de vida y 135000 por prematuridad.[3]

La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). [4]

Este problema de salud tiene un costo económico y social considerable para las familias y los gobiernos. Tiene muchas causas y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, además de la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis. No obstante que varias características maternas se relacionan con el padecimiento, en muchos casos sus causas no son claras; sin embargo, la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, es muy importante. El acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social.[5]

En poblaciones de America Latina de condición socioeconómica y educacional baja y con insuficiente cobertura de control prenatal, el 35% de las madres que terminaron con un parto prematuro presentaron, al momento de su ingreso a la maternidad, un cuadro de amenaza o de parto prematuro en etapa inicial sin condiciones limitantes para la detención del parto.

---

[3] Villanueva Luis Alberto , **Perfil epidemiológico del parto prematuro .** Ginecol Obstet Mex 2008;76.

[4] Moctezuma Flores José **Luis Prevalencia de infeccion cervicovaginal en pacientes con amenaza de parto pretermino e identificacion del microorganismo mas frecuente** Marzo 2012.

[5] Laterra Cistina, **guía de prácticas clínicas sobre amenaza de parto prematuro.** División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. España 2008.

En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Hipólito de Lima entre el 2004 y el 2006, se determinó que los factores maternos relacionados al parto pretérmino son: grupo etáreo entre 20 y 34 años con el 61%; respecto al estado nutricional por índice de masa corporal, el 69,8% fue normo peso; mujeres sin gestación previa: 40%, con período internatal menor de dos años con el 25,3%. Además de un pobre control prenatal se relacionan con resultados neonatales adversos. [6]

En el Centro de Salud de Manizales de Colombia entre el 2004 y 2006, en un estudio realizado, se determino que la no realización de control prenatal, preeclampsia durante el embarazo actual, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple y el antecedente de parto prematuro tuvieron asociación estadísticamente significativa con la presentación de parto prematuro. No hubo diferencias en las variables de edad, estado civil, procedencia, estado socio-económico, gravidez, paridad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y hábitos nocivos entre los grupos de casos y controles.[7]

En el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Latacunga en un estudio realizado en el 2008, se determino que la mayor incidencia de partos pretérmino se relaciono con mujeres multíparas, en edad comprendida entre los 18 y 23 años, que cursaban las 33 y 36 semanas de gestación y con controles prenatales inadecuados. [8]

A nivel local en base a la revisión dentro de los datos bibliográficos no se encuentran estudios específicos en esta rama por lo que es necesario saber cual es la incidencia en nuestra ciudad.

---

[6] Martinez Jessica, **Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato.** Hospital Nacional Hipólito de Lima. 2002 -2006

[7] Jaramillo Jhon J, **Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de Atención en salud en Manizales. Julio 2004 - junio 2005**

[8] Ramos Diego D, **Incidencia de parto pretermino en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial de Latacunga**. 2008.

Por lo antes mencionado considero necesario: ¿Conocer los factores de riesgo socio - económicos y culturales que inciden en el parto pretérmino en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, periodo enero a junio del 2012?.

- Determinar la frecuencia de gestantes que presentan parto pretérmino en relación a edad, estado civil, instrucción, ocupación y lugar de procedencia.

- Establecer la prevalencia de gestantes con trabajo de parto pretérmino en relación al estado nutricional, consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

- Identificar las gestantes con trabajo de parto pretérmino en relación al número de controles prenatales, paridad, edad gestacional y periodo intergenésico.

- Determinar los factores socio económicos y culturales prevalentes del trabajo de parto pretérmino.

Conocedores de que los factores socioeconómicos y culturales influyen directamente sobre el buen desarrollo y culminación del embarazo, no hay estadísticas que revelen el número de casos de este estudio en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, según lo constatado en los perfiles epidemiológicos existentes en el mismo; por lo que considero necesario la realización del presente trabajo de investigación.

REVISIÓN DE LITERATURA

PARTO PRETERMINO

DEFINICIÓN

Es aquel que ocurre después de las 20 semanas y antes de las 37 semanas y cumple con los siguientes criterios diagnósticos: Contracciones uterinas clínicamente documentadas (4 /20 minutos u 8 / 60 minutos), ruptura prematura de membranas o membranas integras y dilatación de 2 cm, borramiento mayor del 80%, membranas integras y cambios cervicales durante la observación, estos cambios deben ser medidos por dilatación y borramiento o por cambios en la longitud cervical medidos clínicamente o por ecografía.
Al parto pretérmino se lo clasifica en:

- **AMENAZA DE PARTO INMADURO:** Se presenta entre las semanas 20 y 28 de edad gestacional con un patrón regular de contracciones uterinas (ya descrito) con un aumento progresivo de intensidad, frecuencia y duración. Se pueden encontrar modificaciones del cuello uterino clínicas o por ultrasonido.

- **TRABAJO DE PARTO INMADURO:** Tiene todos los síntomas anteriores asociados a expulsión del tapón mucoso con modificaciones significativas del cervix dados por dilatación y borramiento.

- **AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO:** Se presenta entre las 28 y 34.1 semanas completas de edad gestacional con un patrón regular de contracciones (ya descrito), con un aumento progresivo de intensidad y duración. Se pueden encentrar modificaciones en el cuello uterino clínicas o por ultrasonido.

- **TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO:** Tiene todos los síntomas anteriores, pero con mayor intensidad. Puede haber expulsión de tapón mucoso y al tacto vaginal se encuentran modificaciones significativas del cervix dados por dilatación y borramiento. Puede existir sangrado vaginal moderado.

- **FALSA AMENAZA DE PARTO INMADURO:** Se presenta entre las semanas 20 y 28 de edad gestacional con un patrón irregular de contracciones uterinas. Y no cumple los parámetros en la regularidad de las contracciones. No se encuentran modificaciones en el cuello uterino clínicas ni por ultrasonido.

- **FALSA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO:** Se presenta entre las semanas 28 y 34.1 de edad gestacional con un patrón irregular de contracciones uterinas. Y no cumplen los parámetros en la regularidad de las contracciones. No se encuentran modificaciones en el cuello uterino clínicas ni por ultrasonido.

FRECUENCIA

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

En América Latina el bajo peso al nacer representa aproximadamente el 9% de todos los nacimientos y, en promedio, el 55% corresponde a gestaciones de pretermino.

ETIOLOGÍA.

Los partos prematuros pueden ser categorizados en tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios: **parto prematuro espontáneo con membranas integras** (inicio espontáneo de contracciones uterinas con membranas integras), **parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas** (inicio del trabajo de parto luego de la rotura de membranas), y **parto prematuro iatrogénico** (resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal).

Desde un punto de vista etiológico, actualmente se considera al parto prematuro (específicamente el parto prematuro espontáneo) como un síndrome, es decir, una condición causada por múltiples etiologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y la dilatación cervical, iniciadas antes de las 37 semanas de gestación. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar las siguientes causas: infección intra-amniótica, isquemia útero-placentaria, disfunción cervical, sobredistensión uterina, factores inmunológicos, hormonales, stress y alergia.

FACTORES DE RIESGO SOCIO-ECONÓMICOS:

EDAD

Anatómica y fisiológicamente la mujer tiene una edad en la cual se encuentra en las condiciones ideales para el embarazo.

En la mujer de 17 años, su organismo no ha alcanzado el desarrollo físico óptimo para su papel reproductivo, el embarazo sorprende a la niña con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido.

En las mujeres mayores a 35 años el riesgo es mayor, pues en su aparato reproductivo se inicia un proceso de cambios nerviosos y hormonales que influyen en la calidad de sus células reproductivas y el perfecto estado de sus órganos reproductivos; el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa.

En los extremos de las edades de las mujeres que conciben, entre los 17 y 35 años, las infecciones urinarias suelen ser más frecuentes, y esta es la primera causa de amenaza de aborto y parto pretérmino. En las jóvenes por cuestiones educacionales, y en las mayores que ya han pasado por partos anteriores, el cuello no es tan continente y favorece al parto pretérmino

La correlación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pretérmino puede explicarse por la resistencia física del cérvix a factores como el peso, o el volumen intrauterino, por influencias bioquímicas resultantes de procesos infecciosos o por los efectos biofísicos de la actividad uterina.

INSTRUCCIÓN

En el estudio multicéntrico EUROPOP (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome), se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro.

Un estudio desarrollado en Holanda revela que las embarazadas que tienen un bajo nivel de educación formal son más propensas que el resto a sufrir un parto prematuro. La mayor parte del riesgo parece provenir de las desventajas de contar con una baja calidad educativa, más que por el valor del currículum en sí.

Un equipo dirigido por Pauline W. Jansen del Centro Médico Rótterdam de la Universidad de Erasmus investigó a 3830 embarazadas holandesas de unos 31 años de edad y hallaron que las que tenían un menor nivel educativo eran un 89 por ciento más propensas a tener un parto prematuro que aquellas con mayor educación formal. Al parecer las mujeres con bajo nivel educativo acumulan más estrés psicológico y cuentan con estilos de vida poco saludables como tabaquismo, consumo de alcohol y un mayor índice de masa corporal, además problemas económicos y otras dificultades.

DESEMPLEO Y EMBARAZO.

El desempleo está fuertemente asociado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Las personas desempleadas tienen un uso más general de los servicios de salud y tienen más problemas de salud mental e incluso tienen una mayor tasa de suicidio que sus homólogos empleados.

El tema del desempleo y el resultado del embarazo es de interés por varias razones, ya que es un indicador de la situación socioeconómica, un posible marcador de estrés, un indicador de mala salud física o mental, y más tendencia a exposiciones químicas como el alcohol o el humo del cigarrillo etc.

Existe una gran controversia en la literatura con respecto a la influencia del desempleo en la familia sobre los resultados del embarazo. Algunos investigadores han mostrado asociaciones con parto prematuro, el bajo peso al nacer y una mayor tasa de mortalidad perinatal, mientras que otros han mostrado resultados opuestos. Sin embargo, parece haber consenso en que el desempleo en el embarazo muestra una fuerte asociación con desventaja social, bajos ingresos, y comportamientos de salud desfavorables.

La correlación entre el desempleo y la mala salud se ha explicado como resultado de la exposición a estos factores y la selección de las personas no saludables de estar desempleado. La relación de causalidad es compleja y no puede ser fácilmente demostrado.

Sólo unos pocos estudios han implicado a la investigación de los efectos del desempleo del padre sobre el embarazo. Estos estudios han demostrado un cambio en el comportamiento de la salud materna, pero curiosamente ninguna asociación con el bajo peso al nacer o prematuros entrega.

FACTORES DE RIESGO CULTURALES.

TABACO.

El tabaquismo durante el embarazo ha sido implicado en un gran número de patologías obstétricas, neonatales y del desarrollo. La exposición al cigarrillo in útero es considerada como una forma diferente de exposición pasiva, el feto no está directamente expuesto al humo. El tabaquismo se relaciono con riesgo de 2 a 5 veces mayor con la rotura prematura de membranas pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa.

Las concentraciones de nicotina y cotinina en mujeres fumadoras durante el embarazo y en sus hijos al nacer, indican que estos últimos tienen exposición sistémica a las toxinas del tabaco desde el momento de la concepción, presentando los mismos niveles de nicotina que el fumador activo. Aunque la nicotina ha sido el compuesto del cigarrillo más estudiado, en el humo se encuentran presentes otros cientos.

Fumar durante el embarazo eleva el riesgo de un parto prematuro y de problemas de desarrollo del feto. La nicotina disminuye el apetito de la mujer durante la etapa en que debe subir de peso. Además, fumar reduce la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno.

El feto, privado de suficiente alimento y de oxígeno, tiene mayores dificultades para formarse y desarrollarse normalmente.

ALCOHOL:

Durante los años sesenta e incluso los setenta se creyó que administrar alcohol a las mujeres podía retrasar un parto prematuro. Más tarde se descubrió que el alcohol podía producir un síndrome fetal con graves consecuencias para el bebé. Ahora se ha demostrado que, además de este síndrome, el consumo de alcohol durante el embarazo puede provocar un parto anticipado.

Se ha prestado mucha más atención a los efectos del alcohol en el feto que a sus efectos en la madre. Sin embargo, el alcohol puede afectar al feto tanto directamente, retrasando su crecimiento, como indirectamente, a través de la madre, provocando un parto prematuro.

Hay dos razones por las que los bebés pueden ser pequeños. En primer lugar, una gestación corta o un periodo demasiado corto, y en segundo lugar, que crezcan en peores mientras están dentro. El alcohol está probablemente asociado con ambos casos.

En un estudio realizado en ratones, se analiza exhaustivamente la relación entre el alcohol y los factores que influyen en el embarazo y en el proceso del parto: uno es la hormona progesterona y el otro es un factor parecido a las hormonas llamado prostaglandina F2a. Los investigadores ya sabían que un nivel menor de progesterona, así como un nivel mayor de prostaglandina, podía inducir el parto prematuro de los animales.

Ahora han descubierto que el alcohol puede reducir la progesterona y aumentar las prostaglandinas. También querían comprobar el papel que podía desempeñar una enzima identificada hace poco, llamada prostaglandina H synthse-2, en el parto prematuro inducido por el alcohol. El estudio ha revelado que, efectivamente, el aumento de esta sustancia y de las prostaglandinas está relacionado con el parto prematuro inducido por el alcohol. "Eso significa que algún día quizá podamos utilizar inhibidores PGHS-2 para prevenir el parto prematuro".

DROGAS.

El consumo de drogas como: cocaína y marihuana durante el embarazo puede afectar a una mujer embarazada y al feto de muchas maneras. Durante los primeros meses, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo. Si se utiliza la droga más adelante en el embarazo, puede provocar el parto en forma prematura. También puede causar la muerte del bebé antes de nacer, o que sufra un accidente cerebro vascular que puede conducir a daños cerebrales irreversibles.

Los estudios demuestran que las probabilidades de dar a luz a un bebé prematuro se duplican al menos cuando la madre utiliza cocaína y marihuana durante el embarazo. Y como estos interfieren con el flujo de oxígeno y nutrientes que recibe el feto, el bebé puede ser mucho más pequeño al nacer de lo que sería si la madre no consumiera la droga. Además, los bebés expuestos a estas drogas tienden a tener microcefalia, lo que puede indicar atrofia cerebral.

Estos problemas aparecen con más frecuencia en los bebés de mujeres que consumen cocaína y marihuana durante todo el embarazo que en los bebés cuyas madres dejan de tomar la droga durante el primer trimestre.

Las drogas también pueden provocar desprendimiento prematuro de la placenta, puede causar hemorragias prolongadas y ser fatal tanto para la madre como para el bebé.

ESTADO NUTRICIONAL.

Los problemas alimenticios afectan a todas las mujeres, sean adolescentes o adultas. Una obsesión por ser delgada deriva en una deficiencia alimentaria que propicia un alto índice de partos prematuros o de recién nacidos con un escaso peso. Esto es provocado por la escasa ingesta de alimentos que dan como resultado que el futuro bebé no reciba los nutrientes y vitaminas esenciales adecuados para su desarrollo y evolución. La alimentación es un factor clave para reducir el riesgo de parto prematuro**.**

Son varios los médicos y expertos que alertan de estos peligros y que asesoran cómo la futura mamá debe prepararse para el camino del embarazo, dos meses antes de la concepción, en el caso de buscar el embarazo, una futura madre debe prepararse con una alimentación equilibrada en vitaminas y minerales necesarios como el hierro, zinc, folato, yodo, cobre, calcio, las vitaminas A, B, E, etc. Es por esto que al existir una escasa ingesta de estos nutrientes derivan en deficiencias de vitaminas esenciales para el feto durante las veinte primeras semanas de gestación.

Es muy importante que, si desea quedar embarazada, se debe preparar el organismo para que todo se desarrolle correctamente, sin problemas de salud para la madre ni para el bebé, de esta manera se va a poder evitar posibles lesiones o deficiencias del mismo.

La alimentación adecuada es un arma que se debe utilizar e intentar dejar a un lado la obsesión por la figura, ya que la espera de un hijo es algo tan grande que es capaz de lograr superar cualquier problema de alimentación.

DEPRESIÓN:

Verónica O'Keane, psiquiatra prenatal del Instituto de Psiquiatría del King's Collage de Londres, ha presentado un estudio en el que afirma que la depresión durante el embarazo puede provocar partos prematuros**.** Según la experta, muchos de los partos prematuros que no tienen causa médica, se deben a la depresión de la madre durante el embarazo, siendo la posible causa la sobre estimulación de las hormonas del estrés (cortisol) y la hormona liberadora de la corticotropina (CRH).

Durante la gestación, la futura mamá libera grandes cantidades esta hormona, la CRH, en la placenta, ésta regula la hormona cortisol para que los órganos del bebé se desarrollen adecuadamente. Si los niveles hormonales son mayores, los órganos del bebé se desarrollan más rápido pero el cerebro se ve afectado, es más pequeño de lo normal y puede desencadenarse un parto prematuro.

Cabe recordar que los partos pretérmino pueden acarrear consecuencias graves para el bebé, enfermedades e incluso la muerte. Los expertos afirman que es más que probable que las depresiones postparto se hayan iniciado durante el embarazo.

Es necesario, y muchos profesionales insisten en ello, tener un exhaustivo control de la embarazada también en este aspecto, si tiene depresión todavía es necesario prestarle más atención con el fin de evitar los posibles daños que pueda sufrir el bebé.

CONTROL PRENATAL.

Según la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Publica 2008, se define como el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a**.**

Los componentes que abarcan son: Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal, con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

Los objetivos son:

- Asegurar una optima condición de salud física y mental a la madre y al RN.
- Detección temprana de los grupos de riesgo, con el fin de planificar las estrategias de tratamiento apropiadas para cada caso.
- Reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil.
- Preparación psicofísica para el parto.
- Disminución de las molestias y síntomas asociados al embarazo.
- Educación en problemas de salud, familia, crianza y planificación familiar.

Enfoques del control prenatal

Completo e integral:

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

- Atención de:
  1. Riesgo nutricional.
  2. Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
  3. Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y/o drogodependencia.
  4. Infecciones de transmisión sexual.
  5. Consejería pre/post prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
  6. Enfermedades buco-dentales.

Precoz:

- El control perinatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

Enfoque intercultural:

- El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las practicas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Periódico:

- Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo cinco controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Materno Perinatal del MSP.

- **Nivel mínimo eficiente: cinco controles:**
  - En las primeras 20 semanas.
  - Entre las 22 y 27 semanas.
  - Entre las 28 y 33 semanas
  - Entre las 34 y 37 semanas.
  - Entre la 38 y 40 semanas

- **Afectivo:**
  - ✓ Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
  - ✓ Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
  - ✓ Cuanto mayor es el número de horas de atención más elevado es el número de mujeres que puede concurrir.
  - ✓ Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.

IDENTIFICACIÓN DE LA GESTANTE DE RIESGO.

Dado que las contracciones uterinas solas pueden ser desorientadoras la American Academy Of Pedatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists propusieron los siguientes criterios:

1. Cuatro contracciones en 20 minutos u ocho en 60 min mas cambio progresivo del cuello uterino.
2. Dilatación cérvico uterino de mas de 1 cm.
3. Borramiento de cuello uterino 80% o más.

Criterios clínicos:

- Bishop mayor a 5
- Parto pretérmino anterior (espontáneo) antes de la semana 34.
- Gestación múltiple.
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual.

PUNTUACION DE BISHOP	DILATACION DE CUELLO	BORRAMIENTO DE CUELLO	CONSISTENCIA DEL CUELLO	POSICION DEL CUELLO	ALTURA DE PRESENTACION	
					PLANO - HODGE	PLANO - DE LEE
0	CERRADO	0 - 30	FIRME	POSTERIOR	I	-3
1	1 - 2	40 - 50	INTERMEDIA	CENTRALIZADO	II	-2
2	3 - 4	60 - 70	BLANDA	ANTERIOR	III	-1, 0
3	5 - 6	> 80	.....	.....	III - IV	+1, +2

- **Criterios ecográficos**:

La longitud del cérvix uterino medida por ecografía transvaginal se relaciona inversamente y de forma continua con el riesgo de parto prematuro tanto en gestaciones únicas como gemelares. Cuanto más corto es el cérvix a las 18 a 28 semanas de gestación mayor es el riesgo de prematuridad espontanea.

La longitud cervical también está fuertemente relacionada con los antecedentes de parto prematuro espontaneo, especialmente antes de la semana 32. Según un estudio publicado en el 2002 la edad gestacional en el momento del parto en gestaciones previas se relacionó con la longitud cervical en una gestación posterior: cuanto más precoz era la edad gestacional en el momento del parto, más corto era el cérvix en la siguiente gestación.

La longitud cervical también se relaciona con el riesgo de parto prematuro recurrente. En las mujeres con parto prematuro previo, la probabilidad de tener un parto pretérmino recurrente antes de la semana 35 cayo del 31% cuando la longitud cervical a las 24 semanas era de 25 mm o menos al 16% cuando la longitud cervical era de 36 mm o más. En contraste, entre mujeres cuyos partos previos eran a término, la tasa de parto antes de la semana 35 era del 8%, cuando el cérvix media 25 mm o menos, del 4% cuanto media de 26 mm a 35 mm y del 2% cuando media 36 mm o más.

Estas investigaciones indican que la longitud cervical es un marcador de la competencia cervical y que la competencia cervical opera como un *continuum.* En si la longitud cervical se relaciona con la edad gestacional en el momento del parto tanto en un embarazo previo como en un futuro, indica que la longitud cervical es un factor de riesgo independientemente para la prematuridad.

Los criterios ecográficos más aceptados son:

- Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas
- Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas
- Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más

Se considerarán pacientes de bajo riesgo cuando no esté presente NINGUNO de los criterios citados anteriormente. En ausencia de dinámica uterina regular, es necesario valorar estos parámetros con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino. En este caso, se tendría que hacer un seguimiento (en 1 – 2 semanas) de la situación clínica.

Estos hallazgos, en ausencia de clínica, NO SON TRIBUTARIOS de tratamiento tocolítico ya que pueden representar el extremo de la normalidad. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad laboral y el estilo de vida parcialmente hasta evaluar la evolución clínica.

PREVENCIÓN

EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO.

Una estrategia para intentar reconocer tempranamente a las gestantes con una probabilidad aumentada de tener un parto pretérmino consiste en los programas de instrucción para las embarazadas y su familia. Se enseña a reconocer pronto las contracciones uterinas prematuras y la importancia de un diagnóstico precoz.

En una revisión sistemática publicada en 2005, se evaluó el efecto en varios resultados perinatales de programas de educación para prevenir los partos pretérmino. En cinco investigaciones que incorporaron un total de 5 778 pacientes, no se encontraron diferencias en la incidencia de parto pretérmino ni en la supervivencia neonatal

Los autores puntualizan que si bien no se demostraron efectos beneficiosos, hubo algunas limitaciones en el análisis efectuado: las pacientes incluidas en los estudios tenían alto riesgo de parto prematuro. Ello permite especular sobre su uso en pacientes con bajo riesgo, en quienes el efecto pudiera ser beneficioso. Esta interrogante debería ser evaluada por medio de un ensayo apropiado.

APOYO SOCIAL.

La incidencia de parto pretérmino suele ser más alta en las mujeres de clase socioeconómica baja que en las de clase alta. Las razones no se conocen en detalle pero es probable que haya muchos factores involucrados.

Partiendo de la hipótesis de que algunos de los factores son atribuibles al estrés, la falta de apoyo afectivo y la falta de conocimientos y acceso a la información, se llevaron a cabo varias investigaciones controladas.

En ellas se compararon las intervenciones que intentaban solucionar o atenuar el impacto de los factores mencionados con la atención prenatal habitual.

Lamentablemente, las intervenciones no resultaron efectivas para reducir la incidencia del parto pretérmino. La revisión sistemática de la Biblioteca Cochrane en el 2004 comenta lo siguiente sobre el tema: “Las mujeres embarazadas necesitan y desean tener ayuda y apoyo de sus familias, amigos y profesionales de la salud.

Sin embargo, ese apoyo no es suficiente para revertir los efectos de toda una vida de pobreza y desventajas y por ende influir el curso de la gestación.

Las embarazadas y quienes cuidan de ellas deben estar informados de que los programas que ofrecen apoyo adicional durante el embarazo probablemente no reduzcan las probabilidades de un parto pretérmino".

MADURACION PULMONAR FETAL

En la maduración del pulmón fetal interviene en forma directa el surfactante, el cual cubre toda la superficie del alveolo y produce una disminución de la tensión superficial. Es sintetizado por las células alveolares tipo II.

Las principales drogas utilizadas son los glucocorticoides, su uso se preconizo en la década de los 70; su función es participar en el manejo y secreción del surfactante por las células alveolares tipo II.

La betametasona y la dexametasona tienen una afinidad 12 veces mayor que el cortisol y la cortisona por esta razón son los más utilizados y a la vez los más efectivos. La aplicación de betametasona 12 mg IM y a las 24h (dos dosis), y dexametasona la aplicación 6 mg IM y cada 12 horas (cuatro dosis). Ambas tienen un pico máximo a las 12 horas y una vida media de siete. Además tienen la ventaja de producir menos retención de agua y de sodio.

Los criterios para su uso son:

- Edad gestacional > 24 y <34 semanas.
- Concentración de glicerol baja o desconocida
- Ninguna contraindicación para la prolongación de la gestación.
- Ninguna contraindicación para utilizar la droga.
- No se requiere nuevas dosis semanales de corticoides para conseguir efectos beneficiosos perinatales.

FENOBARBITAL PARA PREVENIR HEMORRAGIAS PERIVENTRICULARES

Los niños pretérmino presentan un mayor riesgo de hemorragias periventriculares que los niños a término. Se ha argumentado que el uso de fenobarbital durante la amenaza de parto pretérmino puede reducir el riesgo de hemorragia periventricular o las fluctuaciones de la presión y flujo sanguíneo in el cerebro del niño.

Una revisión sistemática Cochrane en el 2004 evaluó los beneficios y riesgos del uso de fenobarbital en las mujeres en riesgo o ante amenaza de parto pretérmino y encontró que de manera general al incluir todos los estudios se mostraba un beneficio importante de la terapia, sin embargo estos resultados estaban sesgados por los estudios de mala calidad y al únicamente utilizar estudios de buena calidad estos beneficios desaparecieron y no se presento ninguna diferencia en la incidencia de anormalidades del neurodesarrollo de la población pediátrica hasta los 36 meses de edad. Sin embargo se mostró un aumento en la sedación de las madres.

No se recomienda el uso de fenobarbital de manera rutinaria para prevenir las hemorragias periventriculares o las anormalidades del neurodesarrollo en las mujeres de alto riesgo o en amenaza de parto pretérmino.

AGENTES TOCOLÍTICOS.

Un gran número de agentes se han utilizado para producir tocolísis, un término acuñado de las letras griegas τοκος (contracción uterina) y λυειν (desanudar). Originalmente utilizadas para describir la inhibición de las contracciones uterinas en el parto pretermino.

Históricamente se han utilizado muchos agentes farmacológicos como agentes de tocolísis uterina, aunque con menor frecuencia que los beta-agonistas, dentro de este grupo se encuentran el óxido nítrico, sulfato de magnesio, indometacina, los antagonistas de la oxitocina y nifedipina, siendo este último el más utilizado hoy en día. Algunos otros agentes utilizados son el trinitrato de gliceril, etanol, progesterona oral, diazóxido y los antibióticos.

Recientemente se ha encontrado evidencia contundente sobre el uso de agentes tocolíticos en la amenaza de parto pretérmino. Donde se observa que los tocolíticos, en general, producen una reducción de la probabilidad de parto en 24 a 48 horas, y 7 días en comparación con placebo; excepto para el caso del sulfato de magnesio donde no se observó alguna estadística significativa.

Sin embargo esto no significa que se disminuya el número de nacimientos pretérmino, por el contrario se encontró evidencia que no se presenta una reducción en número de nacimientos ≤ 30 semanas, ni en la morbilidad neonatal o en la incidencia de hemorragia intraventricular.

En resumen la evidencia mundial muestra que los tocolíticos, en general, reducen la proporción de partos en 7 días de haber iniciado la terapia. Esto no ha reflejado evidencia clara de un efecto beneficioso en la mortalidad perinatal, infantil o en la morbilidad. Para lograr demostrar algún efecto se necesitarían estudios con un gran número de pacientes y de alta calidad.

Una de las razones propuestas para esta ausencia de efecto es que mucho del tiempo ganado con el tratamiento puede no haber sido utilizado para implantar terapias beneficiosas como el tratamiento con corticoesteroides o referir a la paciente y transportar el feto in útero a un servicio especializado.

Aunque no debe despreciarse que es posible que el prolongar el embarazo sea de hecho desfavorable para el feto en circunstancias específicas.

Es por esto que ante la ausencia de evidencia clara sobre el beneficio de la terapia tocolítica, esta puede no utilizarse. Las mujeres que probablemente se beneficiarían de la terapia son aquellas que sufren de una amenaza de parto pretérmino extremo, aquellas que necesitan ser transportadas a servicios especializados o aquellas que no han completado el ciclo completo de corticoesteroides. Para estos casos, debe considerarse la terapia tocolítica. Considere razonable iniciar la terapia tocolítica si el retrasar el parto unos días permite iniciar intervenciones efectivas como el uso de corticoesteroides o el transporte in útero.

INHIBICIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO.

Los objetivos de la inhibición del parto pretérmino son: Lograr quiescencia de la irritabilidad uterina, mientras se realizan los arreglos necesarios para transportar el feto in útero a una unidad obstétrica y reducir la probabilidad de parto pretérmino en las próximas 48 horas de iniciado el tratamiento, de manera que se permita el uso de corticoesteroides para aumentar la madurez pulmonar fetal.

La inhibición del parto pretérmino esta contraindicada en las siguientes condiciones cuando el parto es inminente o cuando otros factores obstétricos indican que el parto no debe ser retrasado, a saber:

Absolutas:

- Ruptura prematura de membranas ovulares con sospecha o evidencia de infección.
- Desprendimiento placentario
- Placenta previa con hemorragia importante
- Malformaciones congénitas graves
- Diabetes no estabilizada y de difícil manejo
- Diabetes con vasculopatía grave

Relativas:

- Polihidramnios
- Etritoblastosis fetal
- Hipertensión arterial crónica
- Preeclampsia
- Restricción del crecimiento y sufrimiento fetal crónico
- Trabajo de parto con mas de 4cm de dilatación cervical.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Pre-eclampsia fulminante.
- Abrupto placentario severo.
- Sufrimiento fetal.
- Corioamnioitis severa ante una ruptura de membranas.
- Anormalidad mortal del feto.
- Desarrollo de efectos adversos severos con el tratamiento.

BETA-AGONISTAS.

Los beta-agonistas (fenoterol el más utilizado hoy en dia, salbutamol, ritodrina y terbutalina) son los más ampliamente utilizados como agentes tocolíticos en la supresión de las contracciones uterinas. Una revisión sistemática Cochrane en el 2004 logró incluir 11 estudios aleatorizados controlados con un total de 1332 mujeres comparando la beta-agonistas y el placebo. Se encontró que su uso reduce el riesgo de parto pretérmino en 48 horas, pero no se encontró una reducción en el número de nacimientos pretérmino a los 7 días al observar los estudios de alta calidad, tampoco se observo una reducción en la muerte perinatal o neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, parálisis cerebral, muerte infantil o enterocolitis necrotizante.

Si se observo un aumento en los efectos adversos incómodos y en algunas ocasiones severos, incluyendo taquicardia, temblor, nausea. Otras complicaciones bien documentadas incluyen el edema pulmonar e incluso muerte materna.

Otros tipos de tocolíticos reportan una menor cantidad de efectos adversos o efectos menos severos. Si es necesario iniciar la terapia tocolítica deben considerarse otras alternativas como los bloqueadores de los canales de calcio.

Para reducir el riesgo de edema pulmonar, los beta-agonistas deben ser administrados intravenosamente con el mínimo volumen necesario y deben ser manejados con extrema precaución en los embarazos múltiples. Los beta-agonistas deben ser administrados con instrumentos de control de la infusión.

La infusión debe ser incrementada a intervalos regulares hasta que las contracciones cesen, los efectos adversos sean excesivos o hasta que la frecuencia cardiaca materna alcance 110 lat/min.

Protocolo de uso del Fenoterol

Preparación de la droga: Ampolla 10 ml = 0,5 mg
4 ampollas de fenoterol en 500 ml suero glucosado 5%.
Dosis de carga: 30 ml/hora (2 µg/min)
Aumentar la dosis en 0,5 µg/min cada 30 minutos hasta que cesen las contracciones uterinas o se desarrollen efectos colaterales.
Dosis máxima: 3-4 µg/min.
Dosis de mantención: Disminución progresiva de la dosis luego de 12 horas de ausencia de contracciones.
Mantener 0,5 - 1 µg/min hasta 48 horas.

Durante la administración de la terapia con beta-agonistas, debe mantenerse un control adecuado de lo siguiente: Frecuencia cardiaca materna, presión arterial, balance de líquidos (ingresos/egresos), auscultación de campos pulmonares. Electrolitos y nitrógeno ureico si la administración excede las 24 horas.

Comúnmente se reporta la presencia de palpitaciones, temblor, náusea, vómito y cefalea. Algunos de estos efectos adversos serios son:

- **Taquicardia materna**: La taquicardia materna es un efecto adverso frecuente dependiente de la dosis. La frecuencia cardiaca no debe exceder los 110-120 lat/min. debido al riesgo de congestión pulmonar.

- **Edema pulmonar**: El edema pulmonar es comúnmente asociado con la presencia de hidratación intravenosa agresiva. El balance de líquidos debe ser monitorizado cuidadosamente. Si el edema pulmonar ocurre, el tratamiento debe ser detenido y evaluar la necesidad de tratamiento diurético.

- **Isquemia miocárdica**: La isquemia miocárdica es poco frecuente, sin embargo es un efecto adverso serio que puede presentarse debido al aumento del gasto cardiaco materno y la administración de beta-agonistas.

- **Hiperglicemia**: Los pacientes diabéticos pueden necesitar monitoreo adicional y ajuste de las dosis de insulina ya que los beta-agonistas influencian el metabolismo de los carbohidratos, especialmente cuando se combinan con la administración de corticoesteroides.

- **Embarazo múltiple**: Los beta-agonistas deben ser utilizados con precaución en las mujeres con embarazos múltiples ya que existe un mayor riesgo de falla cardiaca y edema pulmonar con la terapia intravenosa al compararla con su uso en embarazos normales.

INDOMETACINA.

El uso de indometacina ha demostrado retrasar el parto a corto plazo (24-48 horas) y 7 días. El objetivo principal de la terapia con indometacina es permitir un transporte in útero más seguro a un centro especializado y permitir que el uso de corticoesteroides disminuya la morbilidad neonatal.

Indometacina es el tocolítico de elección en las pacientes con enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión. Los efectos perinatales de este medicamento no han sido establecidos en su totalidad y no debe ser utilizado como el agente de primera elección.

Debe tenerse precaución con el uso de indometacina como tocolítico ya que causa vasoconstricción del conducto arterioso y altera la perfusión cerebral y por esta razón se recomienda el uso de indometacina solo hasta las 32 semanas de gestación.

Existen tres importantes efectos secundarios de la indometacina:

- Constricción del ductus arterioso
- Oligohidramnios
- Hipertensión pulmonar neonatal

La indometacina esta indicada en: Amenaza de parto pretérmino en embarazos < 32 semanas por el riesgo de cierre prematuro del conducto arterioso.

Utilice indometacina como tocolítico si la paciente presenta enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, diabetes o hipertensión; siempre y cuando se trate de un embarazo ≤ 32 semanas. Utilice indometacina como tocolítico si la paciente no presenta una adecuada respuesta al tocolítico de primera opción; siempre y cuando se trate de un embarazo ≤ 32 semanas.

La dosis de ataque es de 50mg por vía rectal u oral; repetir en una hora si no disminuye las contracciones. La dosis de mantenimiento es de 25 a 50mg c/6h durante 48 horas.

SULFATO DE MAGNESIO.

El sulfato de magnesio es uno de los tocolíticos más populares en los Estados Unidos, a pesar de la ausencia de evidencia de sus efectos.

Más de 2000 mujeres fueron reclutadas en 23 estudios. Solo 9 se calificaron de alta calidad por medio del ocultamiento de la colocación. En las comparaciones con sulfato de magnesio y controles (todos los estudios) no se observó diferencia para el riesgo de nacer en las 48 horas posterior al tratamiento. No se observaron beneficios en el riesgo de tener un parto de menos de 37 o 34 semanas.

No utilice el sulfato de magnesio como agente tocolítico ya que la evidencia actual muestra que el sulfato de magnesio es inefectivo para retrasar el nacimiento en el parto prematuro y se asocia con incremento de la mortalidad infantil.

La dosis recomendada es: administrar una dosis de ataque de 6g de Sulfato de magnesio en una solución al 10% durante 20 a 30 minutos. Dosis de mantenimiento: de 2g/hora (40g de Sulfato de Magnesio) en 1000 cc de solución salina al 0.9%, a una velocidad de 50ml/h.

Se debe observar en las pacientes en las que se utiliza sulfato de magnesio: examen de los reflejos tendinosos profundos y signos vitales cada hora, entrada y salida de líquidos cada 4 horas, y la magnesemia si la perfusión excede los 4 g/hora o hay sospechas clínicas de toxicidad.

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO.

Los bloqueadores de los canales de calcio, especialmente nifedipina son utilizados como tocolíticos.

Una revisión sistemática Cochrane en el 2004 logro incluir 12 estudios controlados aleatorizados de moderada calidad con un total de 1029 pacientes de un total de 20 estudios identificados alrededor del mundo.

En su gran mayoría el medicamento utilizado ha sido nifedipino, una bloqueador de los canales de calcio de las dihidropiridinas, comparados con cualquier otro agente tocolítico (principalmente los betamiméticos). Se encontró que los bloqueadores de los canales de calcio reducen el riesgo de parto pretérmino durante siete días de iniciado el tratamiento y antes de las 34 semanas.

Los bloqueadores de los canales de calcio también redujeron el riesgo de la necesidad de detener el tratamiento por reacción adversa al medicamento, frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria neonatal, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular e ictericia neonatal. Se ha encontrado evidencia que cuando se indica la tocolísis por amenaza de parto pretérmino, deben preferirse los bloqueadores de los canales de calcio a otros agentes tocolíticos, principalmente los betamiméticos. Hasta el momento no se ha encontrado evidencia que aborde los efectos de diferentes regímenes de dosis y formulaciones de bloqueadores de los canales de calcio sobre los resultados maternos y neonatales.

Sin embargo se ha encontrado evidencia experimental del uso de otras dihidropiridinas como nimodipina en mujeres diabéticas embarazadas, con el objetivo de observar su efecto en las contracciones espontáneas del miometrio humano.

La dosis de nifedipino utilizada es de 10 mg VO cada 20 minutos, luego 20 minutos cada 4 – 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- El presente trabajo de investigación es un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

UNIVERSO:

- Estará constituido por todas las usuarias atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, con trabajo de parto, durante el periodo: Enero a Junio del 2012.

MUESTRA:

- La muestra la conformaron todas las usuarias atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia con trabajo de parto pretermino, durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero al 30 de Junio del 2012.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

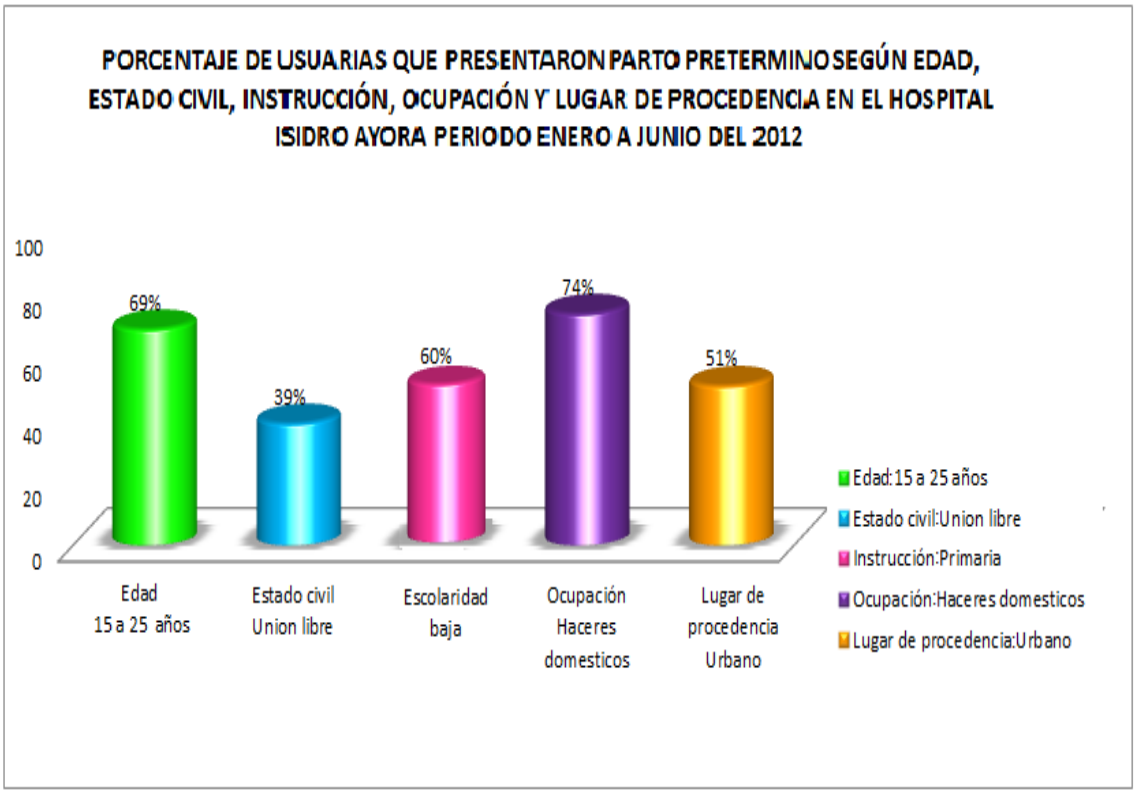
1. Autorización del Director del Hospital para el manejo de la Historia clínica.
2. Elaboración de hoja de recolección de datos.
3. Tabulación de los resultados utilizando tablas de frecuencia y pasteles.
4. Interpretación de las tablas de frecuencia.
5. Discusión de los resultados obtenidos.
6. Elaboración de conclusiones y recomendaciones en base a los resultados finales de la investigación.

RESULTADOS

USUARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA QUE PRESENTARON PARTO PRETERMINO DURANTE EL PERIODO

ENERO A JUNIO DEL 2012

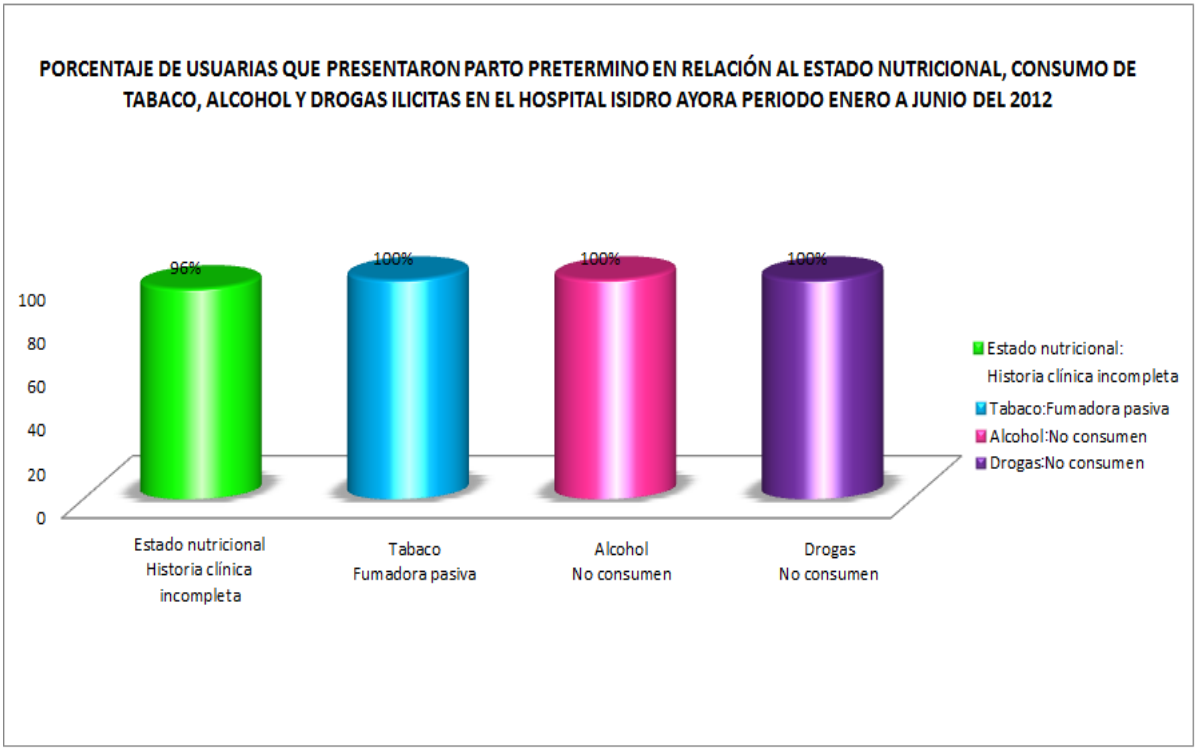
1. **USUARIAS QUE PRESENTARON PARTO PRETERMINO SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, OCUPACIÓN Y LUGAR DE PROCEDENCIA.**



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA ÚNICA H.R.I.A LOJA
ELABORADO POR: J.E.C.R

De las 94 usuarias que presentaron parto pretérmino el 69% eran pacientes de 15 a 25 años, el 39% unión libre, el 60% tenía una escolaridad baja, el 74% realizaban haceres domésticos y el 51% procedía del sector urbano.

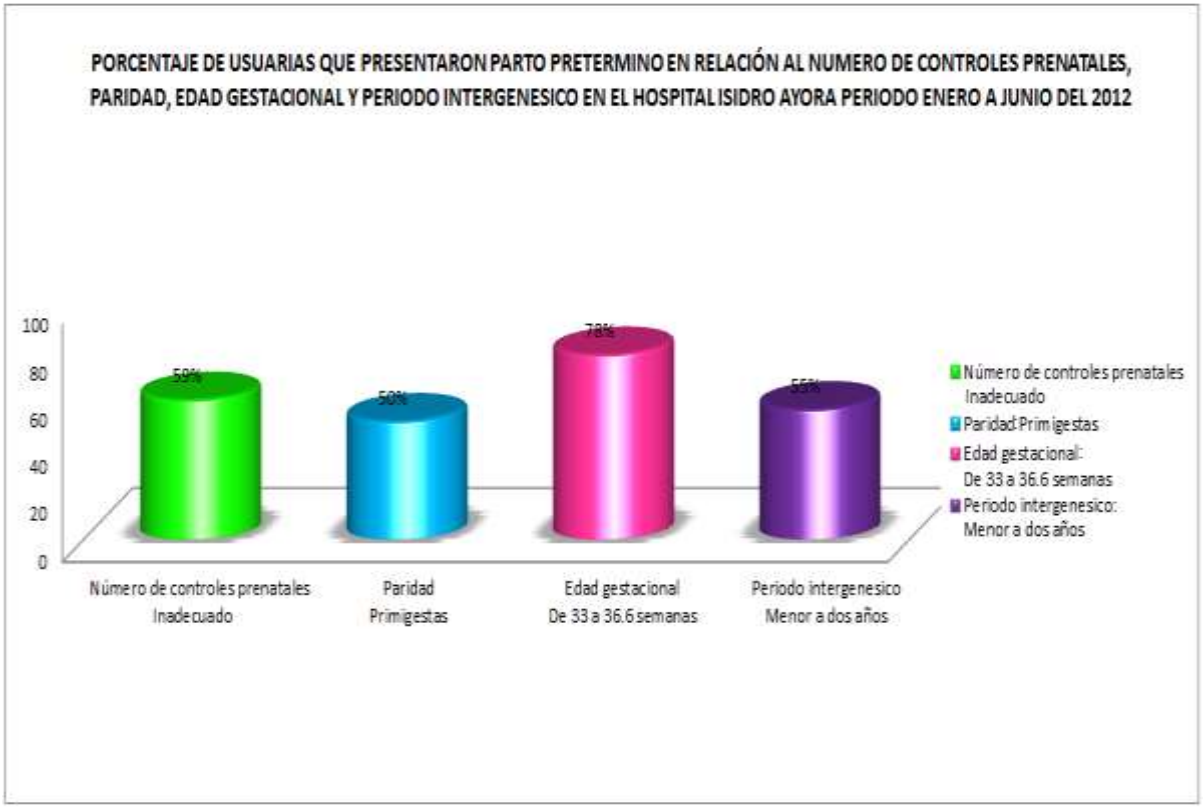
2. USUARIAS QUE PRESENTARON PARTO PRETERMINO EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILICITAS.



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA ÚNICA H.R.I.A LOJA
ELABORADO POR: J.E.C.R

De las 94 gestantes que presentaron parto pretérmino en lo relacionado al estado nutricional el 96% de las usuarias tuvieron una historia clínica incompleta por lo que no se pudo evaluar el mismo, el 100% de las gestantes refirió haber estado expuesta al humo del tabaco en alguna etapa de su embarazo y el 100% de las usuarias refirieron no consumir alcohol ni drogas.

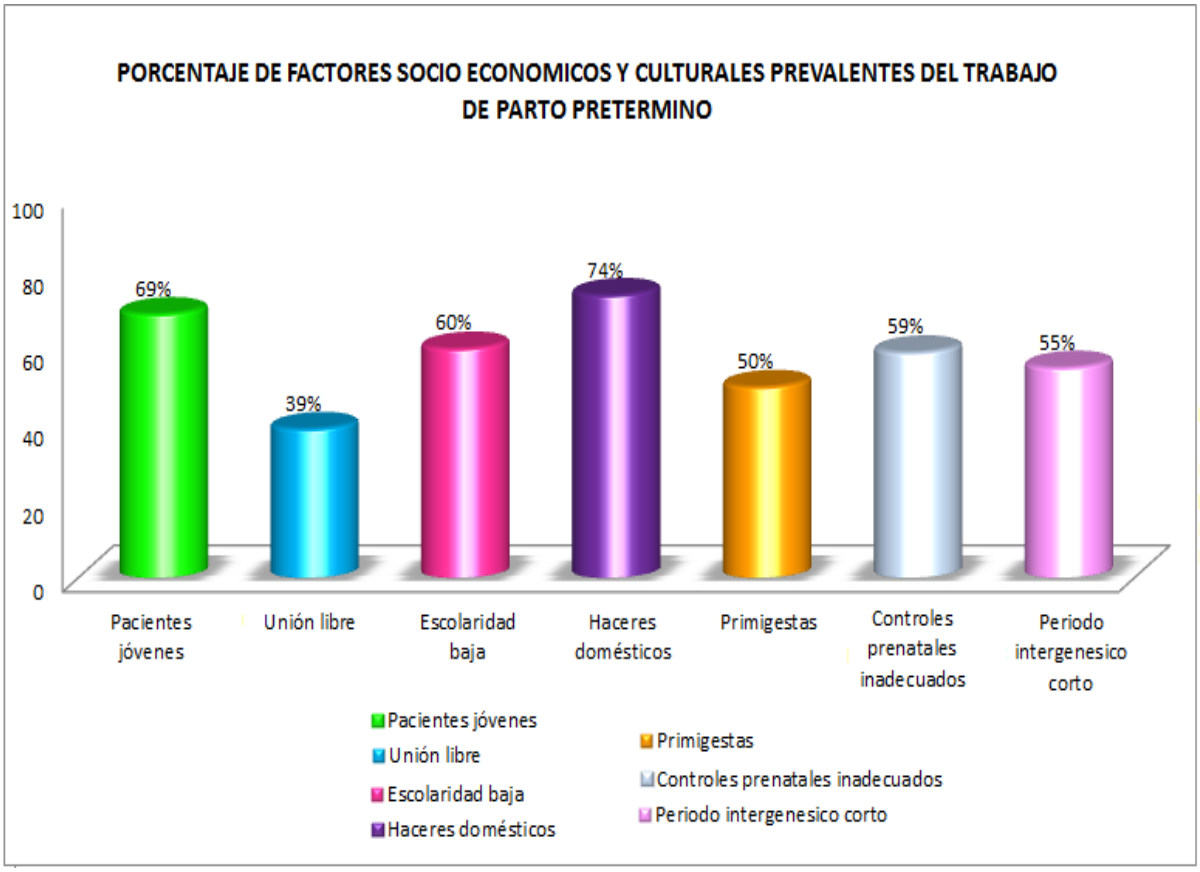
3. USUARIAS QUE PRESENTARON PARTO PRETERMINO EN RELACION AL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES, PARIDAD, EDAD GESTACIONAL Y PERIODO INTERGENESICO.



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA ÚNICA H.R.I.A LOJA
ELABORADO POR: J.E.C.R

De las 94 usuarias que presentaron parto pretérmino el 59% se realizaron controles prenatales inadecuados, el 50% fueron primigestas, con una edad gestacional comprendida entre 33 a 36.6 semanas en un 78% y un periodo intergenesico menor a 2 años en un 55%.

4. FACTORES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES PREVALENTES DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO.



FUENTE: HISTORIA CLÍNICA ÚNICA H.R.I.A LOJA
ELABORADO POR: J.E.C.R

Se identificó que los factores socio económicos y culturales prevalentes del parto pretérmino fueron: Pacientes jóvenes un 69%, la unión libre en un 39%, nivel de escolaridad baja 60%, realizar haceres domésticos en 74%, primigestas en un 50%, número de controles prenatales inadecuado 59% y periodo intergenesico corto con un 55%.

DISCUSIÓN

Existe una gran variedad de factores socio-económicos y culturales que influyen en las condiciones y estilos de vida de la mujer, los mismos que inciden con el parto pretérmino y que deben ser considerados.

El deterioro socioeconómico y el bajo nivel de educación se asocian a un menor número de controles prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de madres sin pareja estable.

En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en 94 gestantes las cuales presentaron parto pretérmino en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Regional Isidro Ayora, periodo Enero a Junio del 2012.

FACTORES SOCIO – ECONOMICOS

La mayor incidencia de usuarias que presentaron parto pretérmino se encontraron en el rango de 15 y 25 años con el 69%, en comparación a estudios realizados en el Policlínico Máximo Gómez en Cuba, durante el 2007 al 2009, se aprecia como la edad materna inferior a los 20 años fue la más prevalente, con un porcentaje de 36.4%, seguido de las pacientes mayores a 35 años con un 31.8%.[9]

[9] Policlínico Máximo Gómez. **Parto pretermino**. Matanzas Cuba 2007-2009

En el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena en el año 2008, los datos estadísticos reportan que el mayor porcentaje 26% se encontraron en pacientes de 19 a 22 años, seguido de las adolescentes con un 22 %.[10]

En el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil en el año 2010, se evidencio una edad entre 20 y 30 años de edad que corresponde al 54%, de 31 a 45 años el 25% y en menor incidencia de 14 a 19 años con el 21%[11].

En el Hospital San Juan Bautista en Corrientes Argentina en un estudio en el 2007, reportan que del total de gestantes, las menores de 19 años representaron el 22%, entre 20 y 34 años el 7% y las mayores de 35 años el 36.78 % tuvieron recién nacidos pretérmino.[12]

Al analizar la presente investigación podemos observar que el grupo etáreo más vulnerable a presentar parto pretermino son las gestantes adolescentes lo que ratifica lo expuesto por estudios científicos, que indican que la edad extrema guarda relación con la prematuridad, sin embargo en los estudios comparativos existe una alta prevalencia de gestantes mayores a 35 años, lo cual no guarda relación con el presente estudio en donde la incidencia es baja.

Con respecto al estado civil se observa un dominio de gestantes en unión libre con un 39%, seguido por las casadas en un 35% y solteras 26%, en comparación al estudio realizado por la Universidad Mariano Galvez en Guatemala en el año 2008, el mayor porcentaje correspondio a la union libre con un 64%, seguido de las casadas en un 29%, un 5% las solteras y un 1% viudas.[13]

---

[10] Hospital Jose Maria Velasco Ibarra **Factores de riesgo materno en pacientes con parto pretermino atendidas** Tena-Ecuador 2008

[11] Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor **Parto pretermino: Aspectos socio-demograficos en gestantes** Ecuador-Guayaquil 2010

[12] Hospital San Juan Bautista **Prematurez y su asociación con la edad materna en el Hospital San Juan Bautista.** Corrientes Argentina 2007

[13] Hernandez Blanca, **Factores maternos que influyen en el trabajo de parto pretermino**. Guatemala, Enero 2008

Con respecto a los estudios realizados en el Hospital José María Velasco Ibarra en Tena en el año 2008, referente al estado civil se observa un claro dominio de la unión libre 56%, seguido por solteras en un 25%.[16]

Según lo reportado en fichas estadísticas por la Universidad de Colima en el 2007, en cuanto al estado civil fueron 39 pacientes solteras, 14 en unión libre, y 12 fueron casadas. [14]

Al evaluar la presente investigación podemos observar que el estado civil más prevalente fue el de unión libre seguido de las casadas, en comparación a los diversos estudios se evidencia que existe mayor predominio de las pacientes en unión libre y solteras, situación que puede dar inestabilidad de tipo emocional, social y económica en la relación familiar.

Se encontró que la mayor prevalencia de las usuarias que presentaron parto pretérmino, tenían un nivel de escolaridad bajo en un 60%.

La escolaridad, según estudios realizados en el Policlínico Máximo Gómez en Cuba durante el periodo 2007 a 2009, donde la medida del nivel cultural, fue representada en su mayoría por el nivel medio con un 54.5% (Técnico medio secundaria), seguido del nivel bajo, con un 45.5% (primaria) y 0% con nivel de instrucción alto.[15]

Iriarte en su estudio de parto pretérmino en el "Hospital San Juan de Dios" - Oruro Bolivia en el 2006, encontró respecto al grado de instrucción, 39% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria; 34% instrucción primaria, 19% fueron analfabetas y apenas el 8% de pacientes eran profesionales.[16]

---

[14] Universidad de Colima facultad de medicina. **Factores de riesgo de parto pretermino en pacientes que presentaron amenaza de parto pretermino.** Especialidad en ginecología y obstetricia Colima, marzo 2007. Mexico

[15] Policlínico Máximo Gómez. **Parto pretermino.** Matanzas Cuba 2007-2009

[16] Hospital San Juan de Dios" **Estudio sobre parto pretérmino** Oruro Bolivia 2006

En cuanto al grado de estudio en la Universidad de Colima en México en el 2007, fueron 50 pacientes con primaria, secundaria o sin escolaridad que tuvieron parto antes de las 37 semanas. Fueron 15 pacientes con preparatoria y profesionales.[17]

Según fichas epidemiológicas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2010, reportan que en relación al grado de instrucción, el 1.2% de las pacientes con parto pretérmino fueron analfabetas, 6.2% estudiaron primaria, 71.6% secundaria y un 21% educación superior.[18]

Al analizar el presente estudio podemos observar que el grado de instrucción prevalente fue un nivel bajo (primaria) seguido del nivel medio y aun se presenta un mínimo porcentaje de analfabetismo, lo cual se encuentra en una estrecha relación con estudios comparativos lo que puede determinar que cuando existe bajo nivel de escolaridad, intelectual y por tanto socioeconómico; la higiene, la dieta, las condiciones culturales y de acceso a los servicios médicos suelen estar por debajo de los estándares normales. En nuestro medio el factor escolaridad se relaciona más con los ingresos económicos y estilo de vida que con el acceso a los servicios médicos.

La ocupación de la mayoría de gestantes eran los haceres domésticos en un 74%, seguido de estudiantes con un 18%, y en mínimo porcentaje las empleadas públicas y agricultoras con un 3%, en comparación a un estudio realizado en la Universidad Mariano Gálvez de Guatemala en enero de 2008, donde el tipo de ocupación prevalente fue el de ama de casa con un 86% y con una frecuencia del 14% eran las profesionales, negociantes y estudiantes.

[17] Universidad de Colima facultad de medicina. **Factores de riesgo de parto pretermino en pacientes que presentaron amenaza de parto pretermino. Especialidad en ginecología y obstetricia** Colima col. marzo 2007 México

[18] Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **Factores de riesgo asociados al parto pre término periodo enero a junio del 2010 Universidad de San Martin de Porres**. Lima. Perú 2010.

En un estudio realizado en el centro médico Nacional Ignacio García Tellez en México en el año 2004, se encontró que el 62% eran amas de casa y el 28% realizaban otro tipo de trabajo.[19]

Al analizar los datos obtenidos en la presente investigación se pone en evidencia que la principal ocupación que presentaron las gestantes con parto pretérmino fue haceres domésticos, seguido de estudiantes y en una mínima cantidad empleadas públicas; lo que se encuentra en estrecha relación con estudios comparativos donde el trabajo de casa quizá sea un factor influyente debido al grado de actividad física y exposición a largas horas de trabajo extenuante que implica la misma durante el embarazo.

Según el lugar de procedencia el mayor porcentaje de las usuarias provenían del sector urbano en un 51%, seguido por el sector rural en un 49%, en comparación al estudio realizado en el Policlínico Máximo Gómez en Cuba periodo 2007-2009, presenta una mayor incidencia, el grupo de procedencia urbana con un 78% y el sector rural 22%[20].

Según un estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en Tena durante el año 2008, la residencia de la mayoría de pacientes provienen del área urbana 63%, seguido por el sector rural en un 37%.[21]

En el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2005, el 60% de familias con parto pretérmino vive en el área urbana. El 40% de familias se asienta en la periferia de la ciudad, conformando los denominados cordones de miseria y el área rural.[22]

En el Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil en el 2010, un 57% provenían de zona y el 43% del área rural.[23]

---

[19] Centro médico Nacional Ignacio García Tellez. **Prevalencia de prematuridad con o sin factores de riesgo**. México 2001-2004

[20] Policlínico Máximo Gómez. **Parto pretermino.** Matanzas Cuba 2007-2009

[21] Hospital Jose Maria Velasco Ibarra **Factores de riesgo materno en pacientes con parto pretermino atendidas** Tena-Ecuador 2008

[22] Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora De Quito **Incidencia parto pretermino según factores de riesgo** Quito-Ecuador Año 2005

[23] Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor **Parto pretermino: aspectos socio-demograficos en gestantes** Ecuador-Guayaquil 2010

Es evidente que existe una relación con los estudios a nivel mundial de diversas instituciones hospitalarias en donde se reporta que la mayor parte de gestantes proceden de sectores urbanos y en menor proporción del sector rural.

FACTORES CULTURALES

Se observó que el 50% de las usuarias que presentaron parto pretérmino eran primigestas, seguido de las multíparas en 44%, las gran multíparas 5% y con el 1% las nulíparas. Se encontró que el 55% tenía un periodo intergenesico menor a 2 años y 45% mayor a 2 años.

En un estudio realizado en el Policlínico Máximo Gómez en Cuba en el año 2009, reportan que el mayor número de las gestantes no tenían antecedentes de parto, es decir eran primigestas, representando el 57.5%, seguido por las gestantes multíparas en un 37.1%; En el período intergenésico se evidencio un mayor porcentaje de gestantes con espacios entre la última gestación y la actual menor de 24 meses factor que reporto cifras de 66.1%.[24]

En los estudios realizados en el Hospital José María Velasco Ibarra en Tena en el 2008, reportan una mayor proporción en nulíparas 48%, en comparación con las gran multíparas 10%. Con un intervalo intergenésico corto en un 48% menor a 1 año y el 40% de 1 a 2 años.[25]

Estudios similares reportan en el Hospital Gineco Obstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" en Cuba 2005 donde predominaron las nulíparas con un 51.2%, seguido por las primíparas en un 32.9%.[26]

[24] Policlínico Máximo Gómez. **Parto pretermino**. Matanzas Cuba 2007-2009

[25] Hospital Jose Maria Velasco Ibarra **Factores de riesgo materno en pacientes con parto pretermino atendidas** Tena-Ecuador 2008

[26] Hospital Gineco Obstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" **Repercusión del Parto pretermino** Cuba 2006

La mayor incidencia de gestantes que presentaron parto pretérmino eran las primigestas, seguido de las multíparas, y en un mínimo porcentaje se encontraron las nulíparas lo cual no se encuentra en relación con estudios comparativos donde las nulíparas son las que presentan una mayor incidencia seguidas de las primígestas.

Además en aquellas gestantes multíparas se encontró que poseían un periodo intergenésico menor a dos años, lo cual sería un factor de riesgo en lo relacionado con la aparición de parto pretérmino. El porcentaje de prematuros va disminuyendo sustancialmente conforme aumenta el intervalo.

Además debemos tener en cuenta que la paridad y un periodo intergenesico corto tienen relación con el tipo de creencias espirituales de las gestantes, debido a que en muchos casos la religión prohíbe el hecho de que exista la planificación familiar.

Los resultados reportados en el presente estudio indican que la edad gestacional con mayor prevalencia se encuentra entre 33 a 36.6 semanas con un 78%, seguido de la 28 a 32 semanas con el 16%, y de 20 a 27 semanas un 6%.

En el Hospital José María Velasco Ibarra en la ciudad de Tena en el 2008, reporta que el promedio de la edad gestacional al diagnóstico fue de 31,6 semanas.[27]

En el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil en el año 2005, la edad gestacional promedio fue de 33,5 semanas.[28]

[27] Hospital Jose Maria Velasco Ibarra **Factores de riesgo materno en pacientes con parto pretermino atendidas** Tena-Ecuador 2008

[28] Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora De Quito **Incidencia parto pretermino según factores de riesgo** Quito-Ecuador Año 2005

En el Hospital Gineco Obstétrico Provincial Docente Ana Betancourt de Mora en Cuba en el 2006, se encontró que el 79% tuvieron su parto entre las 33 y las 36,6 semanas, mientras que el 25.8% lo realizo entre 29 y 32 semanas y solo 4% tuvieron su descendencia entre 25 a 28 semanas.[29]

En un estudio realizado en Honduras en el 2004, el mayor número de casos correspondió a pacientes cuya gestación estaba comprendida entre la 30 y 34 semanas en un 46.3%, seguido de las usuarias de 35 a 36.6 semanas en un 28.3%, 25 a 29 semanas 20.9% y 20 a 24 semanas 4.5%.[30]

Faneite y colaboradores en Puerto Cabello-Venezuela en el 2006 encontraron que la edad de gestación más frecuente fue entre 29 y 36 semanas en un 68.37%.[31]

Al evaluar los estudios comparativos con los resultados de la presente investigación se puede evidenciar que la edad gestacional más prevalente se encuentra entre la semana 33 a la semana 36 evidenciándose que la prematurez leve es la más vulnerable.

Al analizar el número de controles prenatales de las gestantes que presentaron parto pretérmino se encontró que la mayoría de gestantes tenia controles inadecuados menores a 5 en un 59%, en relación al Hospital Gineco-obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil respecto al control prenatal encontramos que las gestantes se realizaron menos de cuatro controles en un 51%.[32]

---

[29] Hospital Gineco Obstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" **Repercusión del Parto pretermino** Cuba 2006

[30] Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Departamento de Obstetricia Ginecología y Pediatría, **Nuevo Enfoque en el Manejo del Parto Prematuro**. Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Revista 2004

[31] Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela. **Amenaza de Parto Prematuro e Infección Urinaria.** Marzo 2006

[32] Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora De Quito **Incidencia parto pretermino según factores de riesgo** Quito-Ecuador Año 2005

En un estudio publicado por el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el año 2010 se pudo observar que el seguimiento de su embarazo no es de buena calidad ya que el 4.9% no tuvo atención prenatal y el 40.7% tuvo menos de 5 atenciones.[33]

De acuerdo a estudios comparativos se puede observar que en si los datos reportados por la presente investigación se encuentran en relación con estudios similares poniendo en claro que la falta o disminución de controles tienen una repercusión en la evolución del embarazo y su relación con la prematuridad, se observa que a menor cantidad de consultas prenatales es mayor su prevalencia.

Dentro de los factores de riesgo nocivos de las 94 usuarias que presentaron parto pretérmino se estableció que la totalidad de los casos refirió haber estado expuesta al humo de tabaco en alguna etapa de su embarazo; dentro del consumó de alcohol y drogas ninguna de las gestantes refirió haber consumido las mismas, lo cual es un factor positivo para el desarrollo del embarazo.

En un estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos en Perú 2004 reporto que sólo una paciente registró antecedente de tabaquismo y ninguna tuvo antecedente de alcoholismo y/o drogadicción[34].

Aparentemente los estudios revisados guardan una estrecha relación, a pesar que en todo estudio, pueden existir datos no confiables o que no estuvieron del todo claros, existe la posibilidad de que la información no sea del todo verídica y los datos no sean reales por lo que se debe tratar de lograr una mejor relación médico-paciente, para así lograr obtener una adecuada información.

---

[33] Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. **Factores de riesgo asociados al parto pre término periodo enero a junio del 2010 Universidad de San Martin de Porres**. Lima Peru 2010

[34] Universidad Nacional Mayor De San Marcos **Factores de riesgo para parto Pretermino Espontaneo** Lima Peru 2004.

Al analizar el estado nutricional podemos observar que la información encontrada en la historia clínica fue incompleta en un 96%, por lo que no se pudo realizar el índice de masa corporal, razón por la cual fue imposible valorar el estado nutricional, dejando un importante factor de riesgo para que se presente el parto pretérmino sin analizar.

CONCLUSIONES

1. La edad más prevalente que influyo en el parto pretérmino fueron las pacientes de 15 a 25 años en un 69%, con un estado civil unión libre en un 39%, un nivel de escolaridad baja en un 60%, la mayoría de las gestantes realizaban haceres domésticos en un 74%, las cuales provenían del sector urbano en un 51%.

2. Dentro del estado nutricional de las usuarias que presentaron parto pretérmino, el 96% de las gestantes tenían una historia clínica incompleta razón por la cual fue imposible realizar el índice de masa corporal. En cuanto a los hábitos nocivos de las gestantes que presentaron parto pretermino se estableció que el 100% de los casos refirió haber estado expuesta al humo de tabaco en alguna etapa de su embarazo. En lo relacionado al consumo de alcohol y drogas el 100% de las gestantes refirieron no consumir los mismos.

3. Los controles prenatales fueron inadecuados, menor a cinco en el 59%; La mayor parte de usuarias que presentaron parto pretérmino eran primigestas en un 50%, con una edad gestacional comprendida entre 33 a 36.6 semanas en un 78%, y un periodo intergenesico menor a 2 años en el 55%.

4. Dentro de los factores socioeconómicos y culturales más prevalentes encontrados en el presente estudio tenemos pacientes jóvenes en un 69%, madres en unión libre con un 39%, nivel de escolaridad bajo en un 60%, embarazadas que realizan jornadas laborales extensas o esfuerzo físico importante como son las gestantes que realizan haceres domésticos en un 74%, primigestas en un 50%, controles prenatales inadecuados en un 59% y periodo intergenesico corto menor a dos años con un 55%.

RECOMENDACIONES

1. Conocedores de que los factores socio- económicos y culturales influyen en el parto pretérmino, se sugiere que el Ministerio de Salud Publica mejore la atención primaria prenatal, con el fin de identificar de forma temprana y oportuna a las pacientes en edad reproductiva, y de esta manera prevenir, modificar y tratar factores de riesgo asociados al mismo.

2. Actualización continua en manejo de protocolos Materno Infantil del Ministerio de Salud Publica dirigida al personal médico y paramédico.

3. En el control prenatal es importante valorar el estado nutricional de la gestante, debido a la importancia del mismo en la aparicion del parto pretérmino, capacitando sobre el uso y manejo correcto de la Historia Clínica Única al personal paramédico.

4. Se sugiere fomentar una mejor relación médico – paciente, la cual permita obtener información real de la gestante, relacionado a sus hábitos, costumbres y estilos de vida.

ANEXOS

1. EDAD

15 a 20 años		31 a 35 años	
21 a 25 años		> 36 años	
26 a 30 años			

2. LUGAR DE PROCEDENCIA:

Urbano		Rural	

3. ESTADO CIVIL:

Soltera		Union libre	
Casada		Divorciada	
Viuda			

4. INSTRUCCIÓN:

Analfabeta		Superior incompleta	
Primaria incompleta		Superior completa	
Primaria completa			
Secundaria incompleta			
Secundaria completa			

5. OCUPACION:

Haceres domesticos	
Empleada publica	
Agricultora	
Estudiante	
Otros	

6. PARIDAD:

Primigesta	
Nulipara	
Multipara	
Gran multipara	

7. PERIODO INTERGENESICO: ☐

8. EDAD GESTACIONAL

20 a 27 semanas	
28 a 32semanas	
33 a 36.6 semanas	

9. CONTROL PRENATAL

Ninguno	
Menor a 5	
5 o más	

10. TABACO

Fumadora activa	
Fumadora pasiva	

11. ALCOHOL:

Si		No	
1 vez por mes			
1 vez por semana			
Más de una vez por semana			

12. DROGAS

Si		No	
1 vez por mes			
1 vez por semana			
Más de una vez por semana			
Especificar tipo:			
Maihuana			
Cocaina			
Otras			

13. ESTADO NUTRICIONAL:

Bajo peso		Obesidad	
Peso normal			

BIBLIOGRAFÍA

1. **Obstetricia de Williams vigésima segunda edición** [Mc Graw-Hill Interamericana editada 2006] Parto prematuro pag: 856-873
2. **Obstetricia y ginecología de Jaime Botero Uribe, Alfonso Jubiz Hazbun, Guillermo Enaon séptima edición** [Quebecor World Bogota 2004] Parto prematuro pag: 220-226
3. Keirse MJNC. **Betamimetic tocolytics in preterm labour**. [revisado el 17 de febrero de 2006].
4. Holleboom CAG, Merkus JMWM, Van Elferen LWM, Keirse MJNC. **A loading model for ritodrine administration in preterm labour.** Br J Obstet Gynaecol 2005; 100:1107–1110.
5. Keirse MJNC. **New perspectives for the effective treatment of preterm labor**. Am J Obstet Gynecol 1995;173:618–628.
6. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJ. **Effective care in pregnancy and childbirth.** Oxford: Oxford University Press, 2006, Chapter 44, particularmente: 694-695 y 730-745.
7. Oviedo CH, Lira PJ, Ito NA, Grosso EJM. **Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes**. Ginecol Obstet Mex 2007;75:17-23.
8. McPheeters ML, Millar WC, Hartmann KE, Savitz DA, et al.**The epidemiology of threatened preterm labor: a prospective cohort study.** Am J Obstet Gynecol 2005;192:1325-30.
9. Calderón GJ, Vega MG, Velásquez TlJ, Morales CR, Vega Malagón AJ. **Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino**. Rev Med IMSS 2005; 43:339-42.
10. Haas DM: **Preterm birth. BMJ Clinical Evidence.** 2 Jun 2008. Disponiblehttp://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/pac/14041404_background.jsp. Obtenido el 30 de junio de 2008.
11. Pacora P, Romero R. **El parto pretérmino y el nacimiento prematuro**. En: Pacheco J (editor). Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Lima: REP SAC. 2007:1244-67.

12. Lamont RF, Kam KYR. **Atosiban as a tocolytic for the treatment of spontaneous preterm labor.** Exper Rev Obstet Gynecol. 2008;3(2):163-74.
13. Lamont RF. **Setting up a preterm prevention clinic: a practical guide**.. BJOG 2006;113(Suppl. 3):86–92. 7.
14. Tsoi E, Fuchs IB, Rane S, Geerts L, Nicolaides KH. **Sonographic measurement of cervical length in threatened preterm labour in singleton pregnancies with intact membranes**. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25:353–6 8.
15. Gonzalez A, Donado JH, Agudelo DF, Mejia HD, Peñaranda CB. **Asociación entre la cervicometria y el parto prematuro en pacientes con sospecha de trabajo de parto pretérmino inicial**. Rev Col Obstet **Ginecol. 2005; 56(2). 9.**
16. Kim A, Shim J. Emerging tocolytics for maintenance therapy of preterm labour: oxytocin antagonists and calcium channel blockers. BJOG 2006;113(Suppl. 3):113– 115. 10.
17. Di Renzo G, Al Saleh E, Mattei A, Koutras I, Clerici G. **Use of tocolytics: what is the benefit of gaining 48 hours for the fetus**? BJOG 2006;113(Suppl. 3):72–77.). 11.
18. David A. Grimes, MD, and Kavita Nanda, **Magnesium Sulfate Tocolysis Time to Quit** MD,Obstet Gynecol 2006;108:986–9) .
19. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. **Sulfato de magnesio para prevenir el nacimiento prematuro en la amenaza de trabajo de parto prematuro** (Revisión Cochrane traducida).De La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2005. Oxford, Update Software Ltd.
20. Gabbe Niebyl y Simpson, **Obstetricia, Parto prematuro**. Cap**.** 23**.** Pag. 755-799 Ed. Marban, Edicion 2006. España.
21. Schwarcz- Sala-Duverges, **Obstetricia, Parto prematuro.** Pag. 253- 271. Sexta edicion. Editorial El Ateneo. 2005.
22. Ministerio de salud. **Guía clínica prevención parto prematuro.** Santiago: MINSAL, 2010