



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2014

PRESENTADA POR
JUAN JOSÉ GUILLÉN GUEVARA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**

2014

TESIS

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

JUAN JOSÉ GUILLÉN GUEVARA

LIMA - PERÚ

2015

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO
PRETÉRMINO
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**

2014



Asesor

Dra Ana María Benítes Alvarez, Médico Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Maestría en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoría Médica

Jurado

Presidente:

Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, Docente de la Facultad de Medicina Humana - USMP

Miembro:

Dr. Zoel Aníbal Huatuco Collantes, Doctor en Medicina. Docente de la Facultad de Medicina Humana - USMP

Miembro:

Dr. Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública. Docente de la Facultad de Medicina Humana - USMP

Dedicatoria

A mis padres y hermanos, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.



Agradecimiento

A Dios por haberme dado la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza para poder llegar al final de mi carrera, por no haber dejado que me rindiera en ningún momento e iluminarme para salir adelante.



INDICE DE CONTENIDO

Resumen	Pág. 1
Abstract	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de la investigación	5
1.2. Bases teóricas	10
1.3. Definición de términos	15
1.4. Hipótesis	16
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	
2.1. Tipo y Diseño de investigación	17
2.2. Población y muestra	17
2.3. Métodos de recolección de los datos.	18
2.4. Procesamiento de los datos	19
2.5. Aspectos éticos	19
CAPÍTULO III: RESULTADOS	21
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	25
CONCLUSION	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACION	30
ANEXOS	34

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 01.</u> Media de la edad de los casos y controles	21
<u>Tabla 02.</u> Edad (Etéreos) de los casos y controles	23
<u>Tabla 03.</u> Patología materna metabólica e infecciosa	24



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<u>Gráfico 01.</u> Media de la edad de los casos y controles	22
<u>Gráfico 02.</u> Edad gestacional de los casos	23



Resumen

Objetivos: Conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo de corte transversal, en 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino.

Resultados: La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%).

Conclusiones: Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$) El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$)

Palabras clave: Factores maternos, Parto pretérmino, Vulvovaginitis.

Abstract

Objectives: To identify maternal factors associated with preterm birth in the National Sologuren Alberto Sabogal Hospital in the period January 2014 to June 2014.

Material and Methods: A retrospective descriptive study was conducted cross-sectional in 127 patients of which 39.4% (50) had preterm delivery and 60.6% (77) did not present preterm delivery in the period corresponded the study.

Results: The mean age of cases was 28.7 +/- 7.2 years and controls 26.5 +/- 5.6 years, with a minimum age of 15 and maximum of 40 years. There was a higher frequency of patients over 35 years in the cases (26% versus 3.9%), with a statistically significant relationship. All control patients were more than 37 weeks gestational age and the cases we observed a higher frequency of gestational age between 35-37 weeks (64%). note that maternal infectious pathology was more frequently vulvovaginitis (32%), followed by urinary tract infection (28%). In relation to metabolic disease in maternal cases there was a higher frequency of diabetes (14%).

Conclusions: Maternal infectious factors associated with preterm birth characteristics were: urinary infection, vulvovaginitis, chorioamnionitis. (P <0.05) Maternal metabolic characteristic factor of preterm delivery was associated with gestational diabetes. (P <0.05)

Keywords: maternal factors, preterm birth, vulvovaginitis.

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es un problema de salud pública en países desarrollados; y en países como el nuestro, el Parto Pretérmino no es diferente, sin embargo su impacto no es tan evidente, ya que tenemos otros problemas de salud de mayor gravedad, y sobre todo de impacto agudo y de urgente atención; diferentes a la prematuridad, cuyos efectos mórbidos se verán durante la infancia y época escolar principalmente. ⁽¹⁾

En las últimas décadas, el problema de prematuridad lejos de disminuir su incidencia, se está incrementado; sin todavía tenerse claro los mecanismos que desencadenan el trabajo de parto pretérmino que es la principal causa de prematuridad; sabemos bastante de los factores de riesgo, sin embargo siguen inciertos los mecanismos que lo inician.

Desde el lado de la neonatología, los avances han sido grandes e importantes en la reducción de la mortalidad neonatal, sobre todo gracias al uso de los ventiladores neonatales y a la incorporación del surfactante en el armamento terapéutico; y por el lado de la Obstetricia, los avances no han sido muchos, pero el descubrimiento de la utilidad de los corticoides en el trabajo de parto pretérmino, a finales de los 60 y principios de los 70, ha mejorado notoriamente el pronóstico de los recién nacido pretérmino. ⁽²⁾

Son muchos los trabajos, que informan el comportamiento clínico, epidemiológico y aún bioquímico del parto pretérmino; sin embargo los trabajos en el Perú respecto al tema son mínimos, y poco relevantes.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los factores maternos asociados al parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014.

En virtud del incremento de las tasas de Parto Pretérmino, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren y a nivel mundial; el gran impacto desfavorable en la salud del recién nacido prematuro; la persistente controversia, en cuanto al manejo del parto pretérmino y particular los factores maternos de causa infecciosa y metabólicas, así como la vía de culminación de la gestación; los altos costos económicos, sociales y emocionales; la falta de descripción de los hallazgos histopatológicos de las placentas y membranas corioamnióticas de los partos pretérminos y su asociación con los resultados neonatales y la falta de más trabajos de investigación en nuestro medio son argumentos para iniciar el esfuerzo conjunto de describir los probables factores maternos asociados al parto pretérmino en nuestra Institución.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

En el año 2010, Vasquez compara los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8 %, siendo actualmente 9.5 %. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9 % de parto pretérmino en comparación con 10.1 % de partos a término. Las gestantes que tuvieron finalmente el parto pretérmino tenían significativamente ausencia de CPN, y también una mayor tasa de cesáreas, concluyendo que las patologías maternas asociadas al parto pretérmino y con valor significativo son preeclampsia (26 %), 2 veces más frecuente; embarazo múltiple (15.4 %) 17 veces más frecuente y restricción de crecimiento intrauterino (7.7 %) 3.8 veces más frecuente en partos pretérmino que en gestaciones a término. La valoración del Apgar a los 5 minutos con depresión moderada y severa fue mayor en parto pretérmino en comparación al parto a término, sin lograr tener valor estadístico significativo. La tasa de Mortalidad Perinatal I fue de 94.1/1000 n.v. ⁽¹⁾

En el año 2005, el autor Calderón et al evalúa los Factores de Riesgo materno asociados al parto pretérmino, se determinó que la incidencia de

partos pretérmino fue de 6.73 %; no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la infección de vías urinarias y la anemia. ⁽²⁾

En el año 2005, Laffita usando un diseño de casos controles y concluyen que los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria). ⁽³⁾

En el año 2013, Smith et al, usando un diseño de estudio de cohorte Retrospectivo;; evaluaron el periodo intergenésico y riesgo de parto prematuro, encontraron que las mujeres con intervalo intergenésico corto tenían más posibilidades de tener un parto pretérmino extremo, un parto pretérmino moderado o muerte neonatal. Estas asociaciones se atenuaron al ajustarlas según edad materna, estado civil, altura, nivel socioeconómico, tabaquismo, peso del parto previo y cesárea previa, pero las asociaciones permanecieron significativas en los análisis de variables múltiples. Las fracciones ajustadas para estas asociaciones fueron de 6.1 % (95 % IC 1.9 % a 10.2 %) para partos pretérmino extremos, 3.9 % (1.3 % a 4.2 %) para partos pretérmino moderados y 13.8 % (0.2 % a 25.6 %)

para muertes neonatales no relacionadas con anomalías fetales. Concluyendo que un intervalo intergenésico menor a 6 meses se asoció con un aumento del riesgo (en comparación con intervalos de 18 a 23 meses) de parto espontáneo pretérmino, entre 24-32 semanas (*odds ratio* 2.2, 95 % intervalo de confianza 1.2 a 4.1) y entre 33 a 36 semanas (1.6, 1.2 a 2.2).⁽⁴⁾

En el año 2011, Samartino. et al usando un diseño de estudio descriptivo de corte transversal investigaron los Factores y marcadores de parto prematuro en un Hospital de Argentina, Concluyendo una prevalencia del parto prematuro de 6 %. Evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50 % del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: RPM, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5 %.⁽⁵⁾

En el año 2011, Robinson et al investigaron la epidemiología del Parto pretérmino, encontrando que el parto pretérmino está asociado a factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico.⁽⁶⁾

En el año 2012, Lams et al evaluaron la frecuencia de contracciones

uterinas y riesgo de parto pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino. La progesterona es una hormona que le impide al útero contraerse y participa en el mantenimiento del embarazo. ⁽⁷⁾

En el año 2007, Dodd et al evaluaron 7 estudios relacionados a la administración de progesterona y reducción del parto pretérmino, La revisión de los ensayos halló que cuando se administró progesterona (por inyección en el músculo en algunos estudios y como pesario en la vagina en otro estudio), los efectos fueron beneficiosos, e incluyeron la prolongación del embarazo, pero la información sobre los perjuicios potenciales resulta insuficiente. No se hallaron diferencias en cuanto a muerte perinatal entre pacientes que recibieron progesterona y placebo. ⁽⁸⁾

En el año 2007, Erny et al llevaron a cabo un estudio en la década de los ochenta cuyo objetivo era determinar la importancia de la progesterona en el tratamiento de la amenaza del parto pretérmino. Relacionaron los niveles plasmáticos de progesterona con la presencia de dinámica uterina y establecieron la siguiente hipótesis: Las variaciones hormonales a nivel plasmático no terminan el mecanismo tocolítico y es más probable que la relación estradiol/progesterona a nivel de miometrio y membranas fetales sean un elemento más preciso en la respuesta clínica. ⁽⁹⁾

En el año 2006, Erny et al compararon los niveles plasmáticos de progesterona y los niveles en líquido amniótico en gestantes con síntomas de amenaza de parto pretérmino, sus resultados concluyeron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre aquellas gestantes que presentaron parto pretérmino y aquellas que parieron a término en cuanto a niveles de progesterona en plasma ni en líquido amniótico. Sin embargo, las concentraciones de 17beta estradiol tanto en plasma como en líquido amniótico fueron significativamente superiores en mujeres con parto pretérmino respecto a mujeres con parto a término (8 ng/ml vs. 3.5 ng/ml y 0.85 ng/ml vs 0.6 ng/ml respectivamente).⁽¹⁰⁾

En el año 2013, Laterra et al refiere que la Infección intrauterina es una de las principales causas de parto pretérmino. Algunos estudios han demostrado que la infección se asocia con la prematurez en más del 50% de los casos.⁽¹¹⁾

En el año 2012, Eugenia et al realizaron un estudio prospectivo, en el que se demuestra en forma contundente una estrecha relación entre corioamnionitis histopatológica y paro pretérmino, lo que sugiere una infección oculta anteparto, que la mayoría de las mujeres en estudio no tenían manifestaciones clínicas. La corioamnionitis histológica ha sido identificada en un 20 a 33 % en mujeres con parto pretérmino y de 5 a 10 % en mujeres con parto a término.⁽¹²⁾

1.2 Base teórica

En el año 2007, la American Academy of Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists, considerando que las contracciones uterinas solas pueden ser desorientadoras, propusieron los criterios para documentar el trabajo de Parto pretérmino: 1) cuatro contracciones en 20 min, u ocho en 60 minutos, más cambios progresivos del cuello uterino. 2) Dilatación cervicouterina de más de 1 cm. 3) Borradura del cuello uterino de 80 % o más. ^(8,11)

En general, el parto pretérmino se divide en dos categorías: El parto pretérmino espontáneo (80 %) el cual es una enfermedad multifactorial, con múltiples presentaciones clínicas que incluyen el trabajo de parto pretérmino (TPPT) en el 50 % de los casos y la rotura prematura de membranas ovulares (RPMO) en el 30 % de los mismos. El Resto de los partos pretérminos (20 %) nacen debido a enfermedades maternas o fetales como por ejemplo: Preeclampsia-eclampsia, Placenta previa (PP), desprendimiento prematuro de placenta (DPP), Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU), etc. ⁽¹¹⁾

Las muertes perinatales, en un 75 % son causadas por la prematuridad, de ahí que la medida más importante para reducirlas es la lucha contra el parto pretérmino. ⁽¹²⁾

Los avances en el conocimiento del inicio del trabajo de parto, o los mecanismos que iniciarían las modificaciones cervicales y luego la dinámica uterina, no están claras, sin embargo, las líneas de investigación

están orientadas, en dos frentes, en primer lugar, el trabajo de parto como expresión de un mecanismo inflamatorio, no necesariamente infeccioso, y en segundo lugar, como una anticipación del inicio de la regulación endocrinológica que intervienen en el trabajo de parto normal.

Por el lado endocrinológico, se ha asociado al aumento de la concentración plasmática de estrógeno, como el disparador del inicio del trabajo de parto; simultáneamente se ha observado sobre todo en la mayoría de mamíferos, una disminución de la concentración de progesterona.

Otras hormonas asociadas, son las catecolaminas, especialmente el cortisol, pues se ha observado que el estrés, es un evento que iniciaría las contracciones uterinas, esto es más evidente cuando se demuestra la síntesis de cortisol en las membranas corioamnióticas, en gestantes con trabajo de parto pretérmino; y aun más interesante fue el hallazgo en relación al dosaje de Hormona liberadora de corticotrofina (CRH), y aun más al observarse que el número de receptores para CRH, en el miometrio, se multiplican por 200 en los estadios finales de la gestación.

(10, 11,13)

Y obviamente la oxitocina, desde la primera mitad del siglo XX, ha sido la hormona más directamente relacionada con el trabajo de parto, pues esta,

es la que permite el ingreso de calcio dentro de las células uterinas, para conducir toda la fisiología de las contracciones uterinas.

Los reportes más actuales, sobre la fisiopatología del trabajo de parto pretérmino, explican que el fenómeno de modificaciones cervicales en el trabajo de parto pretérmino, en particular, y por supuesto en el de a término, son fenómenos bioquímicos que anteceden en 2 o 3 semanas al inicio de contracciones uterinas, y estos cambios se deben al inicio de proceso inflamatorios a nivel cervical y membranas corioamnióticas, tal como se observa en los dosajes de citoquinas proinflamatorias y antiinflamatorias en el cerviz, secreción cervical, líquido amniótico e incluso concentraciones plasmáticas; es muy fuerte la información, que atribuye el desencadenamiento del proceso inflamatorio, a las infecciones locales ascendentes, transcervicales, como la vaginosis bacteriana, la clamidias, y otras vulvovaginitis.⁽¹⁴⁾

La Infección intrauterina es una de las principales causas de parto pretérmino. Algunos estudios han demostrado que la infección se asocia con la prematurez en más del 50% de los casos. La Infección intrauterina también puede ser responsable de algunas complicaciones neurológicas neonatales, como leucomalacia periventricular.⁽¹⁶⁾

Según últimos estudios, hay evidencias crecientes que la infección juega un rol en la patogénesis del parto prematuro. La vaginosis bacteriana, la

bacteriuria asintomática, la infección intrauterina y corioamnionitis clínica se relacionan con parto prematuro. La prevalencia promedio de la infección intraamniótica en el parto prematuro con membranas intactas, reportada en la literatura es de 5 – 15 % pero varios de estos estudios utilizaron pesquisas microbiológicas incompletas. En la mayoría de estas investigaciones no se examinó la prevalencia de infecciones del tracto genital inferior.

Existen 4 causas claramente reconocidas del trabajo de parto pretérmino: La infección sistémica e intrauterina, el estrés materno o fetal, la hemorragia coriodecidual y la sobredistensión uterina. ^(16,18)

La presentación clínica del parto pretérmino está mediada por los siguientes mecanismos: activación del miometrio, maduración cervical y activación de la unión coriodecidual. Para realizar el diagnóstico de TPPT se utilizan marcadores Clínicos y Bioquímicos. Dentro de los marcadores clínicos se consideran a la Edad gestacional de 22 a 36 semanas, contracciones uterinas frecuentes e intensas, cambios cervicales como borramiento y dilatación. Los marcadores Bioquímicos incluyen las citoquinas cervicovaginales, las proteasas séricas y cervicovaginales, los indicadores de estrés materno-fetal (Hormona liberadora de corticotropina, CRH, el estriol y el estradiol en plasma, orina o saliva) y un elemento de la interfase coriodecidual de la matriz colágena extracelular llamado fibronectina fetal. ^(20,21)

La prematuridad, en sus tres vertientes de tratamiento: anteparto, intraparto y post-nacimiento, representa uno de los mayores desafíos con que se enfrentan obstetras y pediatras. El tratamiento durante la gestación del parto pretérmino se basa en la instauración de la terapia uteroinhibidora. Estudios recientes informan que la utilización de agentes tocolíticos no se ha traducido en una reducción significativa del parto prematuro ni de la morbilidad neonatal.

Se considera que el Parto pretérmino, no sólo es un problema obstétrico, sino también neonatal, ya que está asociado a un alto índice de morbilidad neonatal a corto y largo plazo, considerándose así como la primera causa de morbilidad neonatal.

Las Principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez son: el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), la hemorragia intraventricular (HIV), la leucomalacia periventricular, la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, la sepsis y la persistencia del ductus arterioso. Por otro lado la morbilidad a largo plazo incluye: la parálisis cerebral, el retardo mental, la retinopatía del prematuro, la epilepsia, la ceguera, la sordera, y la educación especial. ^(16, 17,19)

El pronóstico perinatal del recién nacido pretérmino es aun más desfavorable si además cursa con corioamnionitis clínica, y muy recientemente se ha asociado con gran significación estadística la

presencia de corioamnionitis histológica, que se define como la presencia de inflamación aguda con células inflamatorias de ambas capas de las membranas corioamnióticas, con signos de asfixia por hipoxia, probablemente inducida por el proceso inflamatorio. (22, 23)

1.3 Definición de términos

Parto pretérmino: El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales. No se debe aproximar hacia arriba. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en: (24, 25)

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

Edad gestacional: Duración de la gestación desde la fecha del inicio del último período menstrual hasta el día de la pérdida gestacional, expresada en semanas.

Factores maternos asociados con parto pretérmino: Son todos aquellos factores de riesgo de causa materna como patologías infecciosas (corioamnionitis, infección urinaria, vulvovaginitis, periodontitis), enfermedades metabólicas (Diabetes Mellitus tipo 2, Hipotiroidismo, Obesidad, Amiloidosis), rotura prematura de membranas, embarazos múltiples, malformaciones congénitas, que pueda potencialmente desencadenar en parto pretérmino. (24, 25)

1.4 Hipótesis

H₀: No existe asociación entre los factores maternos y parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014.

H₁: Existe asociación entre los factores maternos y parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1 Tipo y Diseño de investigación

Es un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico, transversal.

Diseño de investigación

No experimental de tipo epidemiológico.

2.2 Población y muestra

Población: Pacientes gestantes con parto pretérmino en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo comprendido de enero del 2014 a junio del 2014.

Tamaño de Muestra: Nuestra muestra será nuestra población.

Criterios de inclusión:

- Gestante Hospitalizada con el diagnóstico de Amenaza de parto pretérmino (APP).
- Pacientes que cuenten con Historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes referidas de otros centros, con manejo tocolítico ya iniciado.
- Pacientes con antecedente de Conización.
- Cirugía abdominal realizada durante los últimos 6 meses antes del parto.

- Anomalías congénitas no compatibles con la vida.
- Partos con Óbito Fetal

2.3 Métodos de recolección de los datos

Previa aprobación y autorización de la Oficina de Investigación, Capacitación y Docencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, se procedió a la búsqueda y recolección de la Población a Estudiar en la Base de Datos del SGH (Sistema de Gestión Hospitalaria), y se aplicó los siguientes instrumentos que están validados en base a estudios previos (ver Anexo), y también porque a juicio de expertos son instrumentos aplicables a la población de estudio.

Análisis de datos: Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenó y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programa SPSS 21.0. Se estudió las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente, se observaron y analizaron los resultados y la aparición de relaciones entre ellos, utilizando el método de Chi cuadrado y regresión logística, en caso de variables cualitativas, y en los casos de las variables cuantitativas se aplicó el Test de Student. Para la elaboración de los gráficos de frecuencias se utilizó el programa Excel para Windows 2008.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha prediseñada para los fines del estudio, la cual fue validada por los médicos especialistas del servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

2.4 Procesamiento de los datos

Previa aprobación y autorización de la Oficina de Investigación, Capacitación y Docencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, se procedió a la búsqueda y recolección de la Población a estudiar en la Base de Datos del SGH (Sistema de Gestión Hospitalaria), y se aplicaron los siguientes instrumentos que están validados en base a estudios previos (ver Anexo), y también porque a juicio de expertos son instrumentos aplicables a la población de estudio.

2.5 Aspectos éticos

El equipo de investigación dió prioridad al mantenimiento de la privacidad, confidencialidad y anonimato de las historias de los pacientes que se estudio, todo ello basado en la declaración de Helsinki que se basa en lo siguiente:

El médico tiene como misión natural la protección de la salud del hombre. La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y

profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

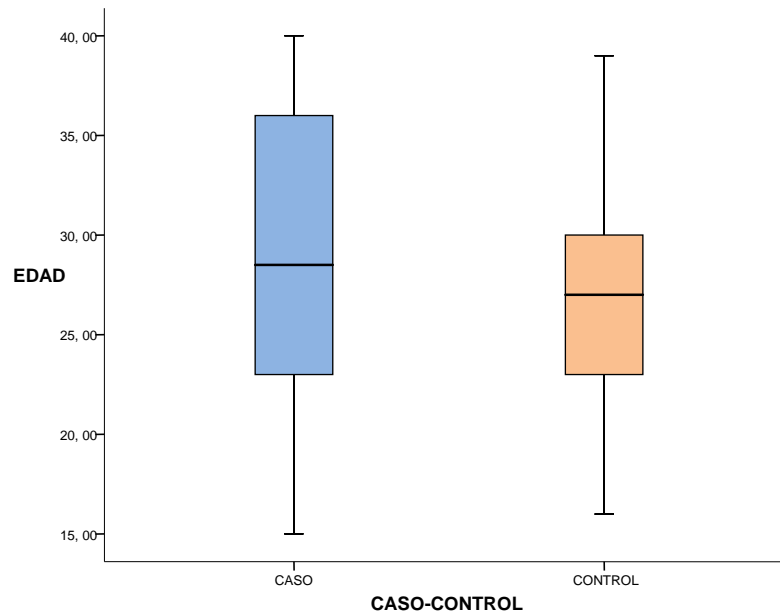
Nuestro estudio estuvo conformado por 127 pacientes de las cuales el 39,4%(50) presentaron parto pretérmino y el 60,6%(77) no presentaron parto pretérmino. La media de la edad de los casos fue de 28,7+/-7,2 años y de los controles de 26,5+/-5,6 años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años (Tabla 01 y Gráfica 01)

**TABLA 01. MEDIA DE LA EDAD DE LOS CASOS Y CONTROLES -
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2014**

Caso-control	Media	N	Desv. Tip.	Mínimo	Máximo	% del total
Caso	28.7	50	7.2	15	40	39.4
Control	26.5	77	5.6	16	39	60.6
Total	27.4	127	6.4	15	40	100.0

Fuente: Historias clínicas - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-2014

**GRÁFICO 01. MEDIA DE LA EDAD DE LOS CASOS Y CONTROLES -
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2014**



Fuente: Historias clínicas - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-2014

En cuanto a la edad en etéreos observamos que hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos (26% versus 3,9%), siendo esta relación estadísticamente significativa. (Tabla 02)

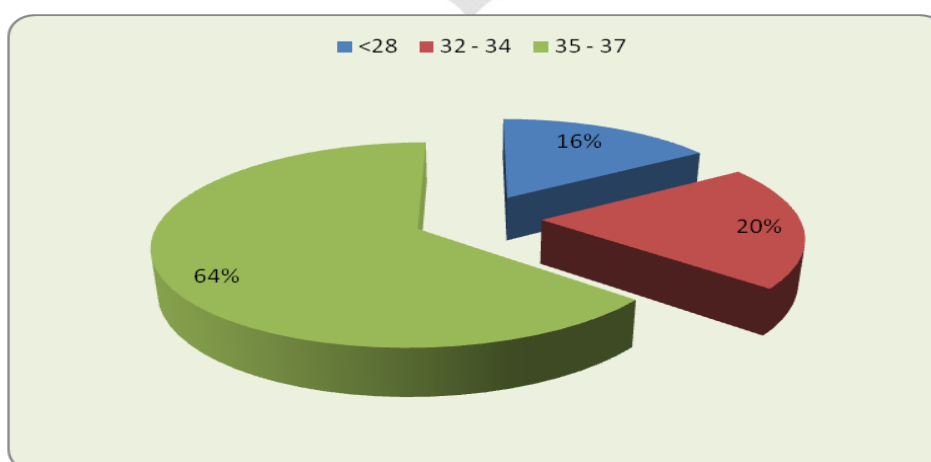
TABLA 02. EDAD (ETÁREOS) DE LOS CASOS Y CONTROLES - HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2014

		Caso-control				
		Casos		Control		
		N	%	N	%	
Edad	16 - 35 años	37	74.0	74	96.1	P<0,05
	mayor 35	13	26.0	3	3.9	

Fuente: Historias clínicas - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-2014

Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos observamos una mayor frecuencia de edad gestacional entre los 35 a 37 semanas (64%). (Gráfico 02)

GRÁFICO Nro 02. EDAD GESTACIONAL DE LOS CASOS - HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2014



Fuente: Historias clínicas - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-2014

En las pacientes que tuvieron parto pretérmino observamos que la patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). (Tabla 03)

TABLA 03. PATOLOGÍA MATERNA METABÓLICA E INFECCIOSA SEGÚN PARTO PRETÉRMINO - HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – 2014

		Caso-control				P valor
		Caso		Control		
		N	%	N	%	
Patología materna infecciosa	Ninguna	11	22.0%	72	93.5%	>0,05
	ITUs	14	28.0%	5	6.5%	*<0,05
	Corioamnionitis	5	10.0%	0	.0%	*<0,05
	Vulvovaginitis	16	32.0%	0	.0%	*<0,05
	Periodontitis	2	4.0%	0	.0%	>0,05
	Otras	2	4.0%	0	.0%	>0,05
Patología materna metabólicas	Ninguna	37	74.0%	72	93.5%	>0,05
	Diabetes	7	14.0%	0	.0%	*<0,05
	Obesidad	4	8.0%	5	6.5%	>0,05
	Otras	2	4.0%	0	.0%	>0,05

Fuente: Historias clínicas - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren-2014

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Encontramos que los factores asociados a parto pretérmino estuvieron relacionados con patología infecciosa materna así tenemos que en el grupo de los casos hubo mayor frecuencia de infecciones urinarias, vulvovaginitis, corioamnionitis, y edad mayor de 35 años por lo que concordamos con lo reportado Vásquez, quien realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino ocurridos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el cual se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término según examen del recién nacido versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%. Además se encontró que las gestantes mayores de 34 años tenían una frecuencia de 15.9% de parto pretérmino en comparación con 10.1% de partos a término. ⁽¹⁾

En nuestro estudio encontramos que la patología materna asociada a parto pretérmino fue la infección urinaria (28.0%), dato que se relaciona con lo reportado por J. Calderón y col. quienes no encontraron diferencias significativas en la edad, vía de interrupción del embarazo e incidencia de preeclampsia-eclampsia. Los factores asociados al parto pretérmino con diferencia significativa ($p \leq 0.05$) fueron el peso y la talla materna, la ruptura prematura de membranas, la cervicovaginitis, la hiperémesis gravídica, la

infección de vías urinarias y la anemia. ⁽²⁾

En nuestro estudio no tenemos datos del Apgar en los pretérminos, por lo que diferimos con lo reportado por Laffita A., quien refiere que los factores que influyen en el Apgar Bajo al Nacer, encontrando que un Apgar < 7 se relaciona a Prematurez, postmadurez y patologías maternas que alteran el intercambio gaseoso materno-fetal (HTA crónica, Asma bronquial, Infección urinaria). ⁽³⁾

Encontramos que la corioamnionitis estuvo asociada a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Samartino y Col. quienes evidenciaron que la anemia materna y el control prenatal inadecuado representan el 50% del total de los factores de riesgo para parto prematuro. Dentro de los marcadores de riesgo: corioamnionitis, antecedentes de RN<2.500g y Periodo intergenésico <1 año constituyen el 76.5% ⁽⁵⁾.

Encontramos en nuestro estudio que la vulvovaginitis (32%) estuvo asociado a parto pretérmino, por lo que coincidimos con lo reportado por Robinson y Col, quienes refieren que el parto pretérmino está asociado a factores como: parto pretérmino previo, cirugía cervical, abortos inducidos, infecciones cervicovaginales, gestación múltiple, edad materna, periodo intergenésico corto o prolongado, consumo de tabaco y sustancias tóxicas, raza y estado socioeconómico ⁽⁶⁾.

No encontramos asociación de parto pretérmino con las contracciones uterinas por lo que diferimos con lo reportado por Iams y Col, quienes evaluaron la frecuencia de contracciones uterinas y riesgo de parto

pretérmino espontáneo, y concluyeron que aunque la probabilidad de parto pretérmino aumenta con una mayor frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente efectiva para predecir el parto pretérmino ⁽⁷⁾.



CONCLUSIÓN

- Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. ($P < 0,05$)
- El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. ($P < 0,05$)



RECOMENDACIONES

- Proponer medidas de control para las pacientes de riesgo con patología infecciosa.
- Realizar un estudio multicéntrico, longitudinal, randomizado con una muestra mayor.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gómez G. Epidemiología del Parto Pretérmino en el Hospital San Bartolomé. Gynaecia.2010; 1(2):12-9.
2. Calderón C. Factores de Riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Ded IMSS 2005; 43 (4): 339-42.
3. Laffita B. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital América Arias de la Habana, Cuba 2000. Rev Chil. Obstet Ginecol 2005; 70 (6): 359-63.
4. Smith G, Pell J, Dobbie R. Interpregnancy Interval and Risk of Preterm Birth and Neonatal Death: Retrospective Cohort Study. BMJ 2013; 327:313.
5. Samartino, A. Parto prematuro: Factores y Marcadores de riesgo. Hospital sub Zonal a Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina. 2011
6. Robinson J; Regan J; Norwitz E. The epidemiology of preterm labor. Semin Perinatol; 2011; 25(4):204-14.
7. Iams J, Newman R, Thom E, Goldenberg L, Mueller E, Moawad A, Sibai B, Caritis S, Miodovnik M, Paul R, Dombrowski M, McNellis D. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. New England J of Medicine 2012; 346: 250-5.
8. Dodd J, Flenady V, Cincotta R, Crowther C. Administración prenatal de progesterona para la prevención del parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update->

- software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Emy R, Pigne A, Prouvost C, Gamberre M, Malet C, Serment H, et al. The effects of oral administration of progesterone por premature labor. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 154:525-9.
 10. Mazor M, Hershkowitz R, Ghezzi F, Cohen J, Silver A. Maternal plasma and amniotic fluid 17 beta estradiol, progesterone and cortisol concentrations in women with successfully and unsuccessfully treated preterm labor. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 258(2):89-96.
 11. Laterra, C. Guía de Prácticas clínicas. Amenaza Parto Prematuro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2013, 22(1).
 12. Hübner G, Rodrigo Ramírez F. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev Méd Chile* 2012; 130: 931-8.
 13. Carrillo C, Wong A. Factores asociados al embarazo pretérmino a nivel del mar y la altura. *Acta Andina* 2004; 3 (1): 19 – 28.
 14. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. *Ginecología y Obstetricia* 2011; 47(2):12-9.
 15. Castaldi L, Bertin S, Giménez F, Lede R. Enfermedad periodontal: ¿es factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer o preeclampsia? *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19(4):253-8.
 16. Yáñez L. Infección durante el embarazo como factor causal de ruptura prematura de membranas y de parto pretérmino *Salud Pública Méx* 2009; 31(3):288-97.

17. Quesada E. Maduración pulmonar fetal. Tratamiento prenatal con corticoides. Pautas y dosis. Hospital universitario de Sant Joan de Déu Barcelona .Ginecología y Obstetricia clínica 2012; 3 (4): 182-6.
18. Boris F, Shoham-Vardib, Bashiria A, Offer E, Moshe M. Significación clínica y resultado de la rotura prematura de membranas pretérmino: estudio basado en la población. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (Ed. Española) 2011; 1: 122-9
19. Kuban K, Sanocka U. White matter disorders of prematurity: Association with intraventricular hemorrhage and ventriculomegaly. J Pediatr 2009;134:539-46
20. Mercer B. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. Am J Obstet Gynecol.2006; 174:1885 – 95
21. Goldenberg R. Menachem Miodovnik. The preterm prediction study: Risk factors in twin gestation. Am J Obstet Gynecol.2006; 175: 1047 – 53.
22. Fahey Jo. Clinical Management of Intra-Amniotic Infection and Chorioamnionitis: A Review of the Literature. J Midwifery Womens Health 2008; 53: 227 – 235.
23. Trochez-Martinez Rd, Smith P, Lamont Rf. Use of C-reactive protein as a predictor of chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review. BJOC 2007; 114 (7): 796 – 801.
24. Romero R, Espinoza J, Kuzanovic J. y col. The Preterm Parturition síndrome. BJOG 2006; 113 Supl: 17 – 42.

25. Osorno L, Rupay G, Rodriguez J. y Col Factores maternos relacionados con prematuridad. Ginecol Obstet Max 2008; 76 (9): 526 – 536.



ANEXOS

ANEXO 01. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

1. Edad

- a) Menos 15
- b) 16 – 35
- c) Mayor 35

2. Edad Gestacional

- a) 28 – 30
- b) 31 – 32
- c) 33 – 34
- d) 35 – 36

3. Factores maternos infecciosos:

- a) infección urinaria.
- b) Corioamnionitis.
- c) Vulvovaginitis.
- d) Periodontitis.

4. Factores maternos metabólicos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 2.
- b) Hipotiroidismo.
- c) Obesidad.
- d) Amiloidosis.

ANEXO 02. Operacionalización de variables.						
Variable		Definición conceptual	Tipo	Escala	Indicador	Fuente
Variable dependientes	Parto prematuro	Nacimiento entre 28 y 37 semanas	Cuantitativa	De razón	50 partos	ficha de recolección de datos
Variables independiente	Factores maternos	Son los factores de riesgo maternos que desencadene el parto pretérmino	Cuantitativa	Nominal	Factores maternos infecciosos/Factores maternos metabólicos.	

