



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### ESCUELA DE MEDICINA

*“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL AÑO 2006”*

**Tesis previa la  
obtención del Título  
de Especialistas en  
Ginecología y  
Obstetricia.**

#### **DIRECTOR**

***Dr. Jorge Narváez Ayala***

#### **ASESOR DE TESIS**

***Dr. José Ortiz Segarra***

#### **AUTORAS**

***Dra. Lucila Cecilia Pucha Loarte  
Dra. Janeth Elizabeth Juárez Poma***

**Cuenca – 2007**



## AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Postgrado de Ginecología y Obstetricia; a nuestros profesores: Dr. Jorge Narváez Ayala, Director de la presente investigación quien con su colaboración nos ayudó para la realización de la misma. A nuestro asesor Dr. José Ortiz Segarra, que constituyó un pilar fundamental en la realización de la presente investigación. Dejamos constancia de nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron con el desarrollo de este trabajo.



El contenido y las expresiones de la presente tesis son de exclusiva responsabilidad de las autoras.



## DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a  
mi madre; esposo e  
hijos: Gabriela y  
Jhandry quienes con  
su apoyo, respaldo y  
confianza estuvieron  
frente a todas las  
dificultades que se  
presentaron.

CECILIA



Dedico a mis padres,  
especialmente a mi  
madre Alicia; quien fue  
ejemplo de amor  
y sacrificio, gracias nunca te  
olvidaré.

JANETH



## RESUMEN

*Objetivo:* Determinar la prevalencia de amenaza de parto pretérmino y los factores de riesgo asociados en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo Abril-Agosto del 2006.

*Método y técnicas:* Se realizó un estudio observacional de tipo transversal. Se analizaron como factores de riesgo asociados: parto pretérmino previo, infección de vías urinarias, anemia, embarazo múltiple, trastornos hipertensivos, control prenatal y edad. La muestra fue propositiva, no aleatoria (728 mujeres) se calculó mediante Epi Info v 3.2.2 con los siguientes criterios: tamaño poblacional 4000 partos, prevalencia esperada 10%, precisión 2%, nivel de confianza 95% La información fue obtenida directamente de las pacientes



por medio de encuestas y exámenes clínicos y de laboratorio correspondientes. Los datos se procesaron en Epi Info.

*Resultados:* La prevalencia de Amenaza de Parto pretérmino fue del 13%. Los factores de riesgo asociados fueron: parto pretérmino previo (RP 3.05, IC 95% 1.8-4.9), infección de vías urinarias (RP 3.99 IC 95% 2.7-5.8); anemia (RP 1.70 IC 95% 1.17-2.47). El control prenatal (RP 1.41 IC 95% 0.96-2.08), embarazo múltiple (RP 2.34 IC 95% 0.89-6.15), son factores asociados pero no estadísticamente significativa. En tanto que los trastornos hipertensivos (RP 0.45 IC 95% 0.19-1.07) y la edad menor de 19 o mayores de 35 años (RP 0.92 IC 95% 0.60-1.42) son factores protectores pero no estadísticamente significativa.



*Conclusiones:* La prevalencia de APP en el HVCM es de 13%. Los factores asociados son: el antecedente de parto pretérmino, la infección de vías urinarias y la anemia.

**PALABRAS CLAVES:** Amenaza de parto Pretérmino, factores de riesgo





## SUMMARY

*Objective: to Determine the prevalence of threat of childbirth pretérmino and the associate factors of risk in patients entered in the service of Obstetrics of the Hospital Vicente Corral Moscoso during the period April - 1 Wither of the 2006.*

*Method and technical: he/she was carried out an observational study of traverse type. They were analyzed as associate factors of risk: I leave previous pretérmino, infection of roads urinary's, anemia, multiple pregnancy, dysfunctions hipertensivos, prenatal control and age. The sample was propositiva, not aleatory (728 women) it was calculated by means of Epi Info v 3.2.2 with the following approaches: size population 4000 childbirths, prevalence prospective 10%, precision 2%, level of trust 95% The information was obtained directly of the patients by*



means of surveys and clinical exams and of corresponding laboratory. The data were processed in Epi Info.

*Results: The prevalence of Threat of Childbirth pretérmino was of 13%. The associate factors of risk were: I leave previous pretérmino (RP 3.05, IC 95% 1.8-4.9), infection of roads urinary's (RP 3.99 IC 95% 2.7-5.8); anemia (RP 1.70 IC 95% 1.17-2.47). The prenatal control (RP 1.41 IC 95% 0.96-2.08), I embarrass multiple (RP 2.34 IC 95% 0.89-6.15), they are associate but not statistically significant factors. As long as the dysfunctions hipertensivos (RP 0.45 IC 95% 0.19-1.07) and the age smaller than 19 or bigger than 35 years (RP 0.92 IC 95% 0.60-1.42) they are protective but not statistically significant factors.*



*Conclusions: The prevalence of APP in the HVCM is of 13%. The associate factors are: the antecedent of childbirth pretérmino, the infection of roads urinary's and the anemia.*

KEY WORDS: He/she threatens of childbirth Pretérmino, factors of risk



## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO

AUTORÍA

DEDICATORIA

RESUMEN

### **CAPITULO I**

1. INTRODUCCIÓN 1

2. OBJETIVOS 4

### **CAPITULO II**

3. FUNDAMENTO TEÓRICO 5

### **CAPITULO III**

4. METODOLOGÍA 19

### **CAPITULO IV**

5. RESULTADOS 22

### **CAPITULO V**

6. DISCUSIÓN 33

### **CAPITULO VI**

7. CONCLUSIONES 36

### **CAPITULO VII**

8. RECOMENDACIONES 37

### **CAPITULO VIII**

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA 38



## **CAPITULO IX**

10. ANEXOS	42
H0JA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42



## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto pretérmino es un problema no solo obstétrico sino también neonatal ya que del 30 al 45% aproximadamente de estos terminan en partos prematuros (11)

El nacimiento pretérmino afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal su prevalencia no ha variado en las últimas décadas. El parto pretérmino espontáneo y la rotura de membranas son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérmino, el 20 % restante se debe a causas maternas o fetales. Existen numerosas



controversias con respecto a su prevención diagnóstico y tratamiento (2).

En Cuba, el nacimiento pretérmino representa del 8 al 9% de los partos y está asociado al 75% de la mortalidad perinatal. Otros autores reportan cifras inferiores (9-10).

En las regiones subdesarrolladas la realidad de este problema se asemeja más a la situación encontrada años atrás en los países desarrollados o industrializados que a la que estos últimos presentan en la actualidad. Esto se debe a la gran diferencia socioeconómica y cultural entre el mundo desarrollado y el que está en vías de serlo, pues en este también es limitada la aplicación de técnicas avanzadas para la población que presenta alto riesgo perinatal.(6).



Las estrategias para prevenirlo y el diagnóstico precoz, han fracasado aun en los países mas evolucionados. Por otro lado existe un alto número de diagnóstico de falsos positivos que llevan a tratamientos innecesarios. (2)

Según estudios no existe una causa, sino que existe factores que predisponen al parto pretérmino: Abortos y partos pretérmino previos, tabaquismo , nivel socioeconómico bajo, anomalías uterinas, infecciones urinarias sistémicas, vaginales o cervicales, edad materna menor de 18 años o avanzada, hemorragias , embarazo gemelar, polidramnios, trabajo forzado, estresante y estado nutricional deficiente etc. (3)

Las causas del nacimiento antes de las 37 semanas de gestación son diversas. Se han señalado nacimientos pretérmino espontáneos asociados a complicaciones o enfermedades de la madre, sin causa evidente, la





gemelaridad etc, sin embargo el principal problema del parto pretérmino, no consiste solamente en conocer los factores de riesgo asociados al mismo y la aplicación de medidas uteroinhibidoras, el problema básico consiste en la detección temprana del trabajo de parto pretérmino, por demás difícil. (10)

La estrategia actual para la prevención del nacimiento pretérmino básicamente se apoya en la identificación de factores de riesgo, ya mencionadas, actividades de promoción y prevención de salud, el diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino y la identificación temprana de sus síntomas (7-8)

La necesidad de identificar los factores de riesgo así como también el determinar la prevalencia del mismo nos ayudará a contribuir y perfeccionar las estrategias de intervención para prevenir el parto pretérmino .La



prevención se basa en la detección sistemática de los factores de riesgo, que deberá hacerse desde el primer examen prenatal mediante un interrogatorio sobre los antecedentes de la paciente o mediante el examen clínico. La identificación de las mujeres que presentan un riesgo permite definir las modalidades del control del embarazo, pidiéndoles que modifiquen temporalmente sus hábitos.

Se dispone de varios enfoques para detectar a las mujeres con parto pretérmino o rotura prematura de membranas. Dichas posibilidades son las puntuaciones de riesgos, la evaluación clínica y ecografía de madurez cervical, el control de la actividad uterina mediante la monitorización y los marcadores biológicos.

En vista de no contar con estadísticas que nos ayuden a conocer la realidad de la problemática en nuestra región



es conveniente realizar el presente trabajo, con la finalidad de Determinar la prevalencia de la amenaza de parto pretérmino y factores de riesgo en pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Con los resultados obtenidos daremos a nuestras pacientes la atención y tratamiento preventivo eficaz.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino y los factores de riesgo asociados en pacientes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo de Abril a Agosto del 2006.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**



1.- Determinar la prevalencia de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el período comprendido de Abril a Agosto del 2006.

2.- Determinar si los factores de riesgo tales como: antecedente de parto pretérmino previo, infección de vías urinarias, anemia, embarazo múltiple, trastornos hipertensivos durante la gestación, falta de control prenatal, edad menor de 19 y mayor de 35 años, están asociados con la amenaza de parto pretérmino.



## CAPITULO II

### 3. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 3.1. DEFINICIONES

**Parto Pretérmino:** En el año 1972 la OMS definió el parto pretérmino como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, o antes de los 259 días contados a partir del primer día de la última regla. (1, 3, 7,28)

**Amenaza de parto pretérmino:** Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas integra entre las 22 y antes de las 37 semanas de embarazo, de un producto de mas 500gramos, con modificaciones del cuello uterino (3)



### 3.2. ETIOPATOGENIA

En los últimos años, se ha descubierto numerosos mediadores implicados, de manera mas o menor directa y completa, en los diferentes mecanismos de parto pretérmino,

1. Durante la fase previa al parto activo, varias sustancias, tales como la progesterona, las prostaciclina o la relaxina mantienen el miometro en estado de reposo, la progesterona actúa de manera indirecta de manera indirecta mediante el bloqueo de los agentes que estimulan el miometrio, la prostaciclina y la relaxina actúan de manera directa mediante la supresión de la actividad espontánea del miometrio.(27)

2. Las prostaciclina desempeñan un papel importante en el desencadenamiento del parto pretérmino. El



principal lugar de síntesis de prostaglandinas es el amnios, donde se encuentra una gran cantidad de prostaglandina H<sub>2</sub>-sintetasa, la prostaglandina que se produce en la mayor es prostaglandina E<sub>2</sub>. La activación de la decidua es el estímulo esencial para la contractilidad miométrica.(27)

3. Aproximadamente el 30% de los partos prematuros están asociados y un proceso infeccioso aquí, varias moléculas generadas por la ciclooxigenasa y la lipooxigenasa aumentan en el líquido amniótico, sin embargo las variaciones de concentración observadas son importantes y en parte similares a las encontradas durante el parto sin infección. La producción de prostaglandinas E<sub>2</sub> es superior en el caso de parto pretérmino ligado a la infección frente a las tasas observadas de toxemias durante los partos prematuros, pero sigue siendo inferior a la



tasa de prostaglandinas E<sub>2</sub> a término o en el caso de los partos prematuros inexplicado.(27)

El parto pretérmino es la causa aislada más importante de morbilidad y mortalidad perinatal en Estados Unidos. Setenta por ciento de las muertes neonatales se pueden atribuir a partos pretérmino. Veinte por ciento de los partos pretérmino son producto de intervención obstétrica por indicación maternas o fetales; 80% son espontáneos después del trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas o hemorragia vaginal, varios estudios se ha intentado efectuar pruebas de detección para identificar mujeres con mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo. (20)

Existen una serie de circunstancias predisponentes al parto prematuro idiopático entre los que se cuentan factores previos a la gestación y otros propios del





embarazo. El trabajo de parto pretérmino era, hasta hace pocos años, considerado una enfermedad única, hoy en día es considerado como un síndrome es decir una enfermedad causada por diferentes etiologías. (1-11)

Según diversos autores aproximadamente un tercio de los partos pretérmino se presentan con rotura prematura de las membranas, un tercio tienen lugar por razones médicas maternas o fetales y un tercio tiene lugar por el resto de causas. (14-15)

### **3.3. FACTORES DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO**

#### **3.3.1. MATERNOS:**

#### **PREGESTACIONALES:**



EDAD.- Los extremos de edad se han vinculado con mayor riesgo de parto pretérmino en menores de 20 y mayores de 35 años; Diversos autores han puntualizado que el exceso de riesgo para las madres muy jóvenes se concentraba entre aquellas que eran primíparas. El embarazo en madres adolescentes de países desarrollados puede suponer una situación estresante, falta de apoyo, un bajo nivel de ingresos, un seguimiento incompleto del embarazo etc. (28)

Una posible explicación de la mayor prevalencia de prematuridad entre las madres mayores de 34 años puede ser una mayor utilización de las técnicas de estimulación hormonal y de reproducción humana asistida. (28)



El bajo nivel cultural así como también el bajo nivel socioeconómica son factores de riesgo, aunque estos son dependientes el uno del otro; además el bajo grado de instrucción. (25)

En estados Unidos la raza es un factor de riesgo significativo de parto de pretérmino. Las mujeres de raza negra tienen una tasa de prematuridad del 16 al 18%, comparando con el 7 al 9% en mujeres blancas. (29)

ESTADO CIVIL.- Tienen mayor factor de riesgo las pacientes solteras. (25)

PESO Y TALLA BAJOS menos de 45 Kg. y menos de 150 cm. Tanto la ganancia de peso escasa como la excesiva y el bajo índice de masa corporal aumentan el riesgo de parto pretérmino. (25)



## **GESTACIONALES:**

ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO.- Mercer, encontró que el principal factor de riesgo de parto pretérmino en multíparas era el antecedente de parto pretérmino, además el riesgo de parto pretérmino en el embarazo índice aumenta conforme decrece la edad gestacional en el parto pretérmino previo. (18,20)

El riesgo de parto pretérmino recurrente en aquellas cuyo primer parto fue pretérmino aumenta tres veces en comparación con el de las mujeres cuyo primer niño nació a término; este aumento del riesgo se incrementa aún más si se asocia con una prueba de fibronectina fetal vaginal del segundo trimestre positiva o un acortamiento cervical evaluado mediante ecografía. No solo las mujeres que experimentan partos pretérminos presentan mayor riesgo para sí mismas, sino que datos



recientes sugieren que también lo transmiten a sus hijas.

(1)

Otros investigadores reportan que el riesgo de parto pretérmino aumenta conforme lo hace el número de partos pretérminos previos. Las mujeres con antecedente de parto pretérmino tienen un riesgo de 2.5 veces mayor de nacimientos antes de las 37 semanas. Tanto el trabajo de parto pretérmino espontáneo como la rotura prematura de membranas pretérmino en embarazos previos se vincularon con un mayor riesgo. La valoración de las publicaciones muestra que el antecedente de parto pretérmino es constantemente el factor de riesgo más importante de parto pretérmino subsiguiente. (20)

El riesgo de recurrencia de parto pretérmino previo en mujeres con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17 y 40% y parece depender de la cantidad de partos



pretérmino previos, cuanto mas temprano es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. (16,25)

Se realizo un estudio en Noruega se observo que la tasa de parto pretérmino cuando el primer parto había sido normal era del 4.4%; si el parto previo había sido pretérmino la tasa ascendía al 17.2%; y si la paciente había tenido dos partos pretérmino consecutivos la tasa subía al 28.4%. Además, cuanto mas pretérmino fue el embarazo anterior, peor es el riesgo. De tal manera que si definimos el riesgo relativo en la gestación que sigue a un embarazo normal como 1.0, si el primer parto fue a las 28 y 35 semanas el riesgo sube a 5.0, y si el primer parto (o aborto espontáneo) ocurrió a las 16-27 semanas se calcula que el riesgo en el próximo embarazo es 20.5



veces mayor. Estas observaciones son aplicables a otros países y sugieren que hay cierta memoria uterina. (28)

**ENFERMEDADES SISTÉMICAS GRAVES.-** Infección sistémica materna como neumonía, fiebre tifoidea, malaria pielonefritis aguda. Han demostrado su relación con el parto pretérmino y desde que se dispone de antibióticos el tratamiento adecuado disminuye mucho su acción sobre el inicio del parto antes de término. Las prostaglandinas forman parte de la respuesta general del organismo ante el ataque infeccioso y forman parte de los mediadores que dan lugar a fiebre que se produce en todas las infecciones sistémicas agudas mencionadas que también forman parte de los mediadores responsables de iniciar el parto. (11- 24)

**FALTA DE CONTROL PRENATAL.-** Su manejo adecuado reduce la probabilidad de prematuridad,



mediante en control prenatal podemos vigilar la evolución de embarazo y controlar a la vez el periodo de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano.

El número de controles prenatales tiene una significativa incidencia en los resultados perinatales; diversos estudios han mostrado que el riesgo relativo de mortalidad tardía es significativamente mayor cuando se realizan menos de cuatro controles prenatales. (11,15)

HÁBITOS.- El tabaquismo tiene vínculo significativo con el parto pretérmino y bajo peso al nacer al igual que el alcohol y el consumo de drogas como cocaína etc. (20)

Las mujeres fumadoras tienen 20 a 30% más probabilidad de tener un parto pretérmino. (26)





En España, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2001, la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres no deja de incrementarse siendo del 27.2% en aquellas mujeres mayores de 15 años; y superior al 40% en aquellas mujeres de entre 16 y 44 años. Actualmente en España entre un 50 – 65 % de las mujeres embarazadas fuman. (28)

Para las mujeres que han dejado de fumar durante el primer trimestre el riesgo relativo RR de prematuridad es de 1.6%. Para aquellas mujeres que han dejado de fumar antes de la concepción el RR es muy similar a aquellas mujeres que nunca han fumado. Así, el riesgo entre tabaco y prematuridad esta en relación directa con el número de cigarrillos consumidos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior. (28)



**INFECCIONES GENITALES.-** La patogenia propuesta del trabajo de parto pretérmino inducida por infección es el ascenso de microorganismos desde el cuello uterino o la vagina con colonización subsiguiente de las membranas fetales y la decidua. El moco cervicouterino así como los leucocitos de la decidua tienen propiedades antimicrobianas que sirven como barrera a esa diseminación de microorganismos. Una vez que los microorganismos colonizan la decidua y las membranas fetales, invaden el saco amniótico o ambas cosas, liberan lipopolisacáridos u otras toxinas que llevan a la producción de citocinas por monocitos reclutados y fagocitos mononucleares deciduales y eso, a su vez, a la secreción de prostaglandinas y trabajo de parto subsiguiente. (20)

**VAGINOSIS BACTERIANA.-** Es una afección en la cual la flora vaginal normal integrada predominantemente por



lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno es reemplazada por bacterias anaerobias, Gardnerella vaginalis, especies de bacteroides, Peptostreptococcus, especies de Mobiluncus y Micoplasma hominis.

Características diagnósticas de vaginosis bacteriana:

- a. PH vaginal mayor de 4.5
- b. Olor a amina cuando las secreciones vaginales se mezclan con hidróxido de potasio.
- c. Células epiteliales vaginales cubiertas con gran cantidad de bacilos
- d. Flujo vaginal homogéneo.

La vaginosis bacteriana también puede diagnosticarse por medio de la tinción de Gram de las secreciones vaginales. La vaginosis bacteriana se asocia con parto pretérmino espontáneo, ruptura prematura de



membranas, infección del corion y del amnios, además de infección del líquido amniótico. (1)

Las vaginitis por trichomonas y cándida representa un 30 % de riesgo de parto pretérmino y el doble de riesgo de muerte perinatal. (1-21)

Un estudio de casos y controles realizado en el instituto Mexicano del seguro Social de Baja California entre 1997 y 1998 las infecciones cervicales y de las vías urinarias estuvieron asociadas al parto pretérmino en 47.9 y 80.2% respectivamente. (27)

La infección es una causa importante de parto pretérmino (13). La infección ascendente desde el tracto genital inferior estimula la reacción inflamatoria que libera citoquinas de las células endoteliales, entre las que se encuentran la interleuquina-1, la interleuquina 6 y el factor de necrosis tumoral alfa. Estas interleuquinas



estimulan la cascada de producción de prostaglandinas, lo que conduce a la aparición del parto pretérmino. Los patógenos más habitualmente implicados son Gonorrea, Ureaplasma, Tricomonas, organismos causantes de vaginosis bacteriana, Treponema pallidum y Micoplasma. Sin embargo las infecciones sistémicas como la pielonefritis también se han visto implicadas en la aparición del parto pretérmino.(12)

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.- Es la patología más asociada del parto pretérmino y a complicaciones neonatales infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal. (27)

La incidencia de la rotura prematura de membranas varía del 2 al 20% de todos los embarazos. Representa entre 30-40% de todos los partos pretérmino, y originan una



importante morbilidad materna y fetal dando lugar al 2-11% de las muertes perinatales (30)

Cuando la RPM se produce antes de que el cuello se dilate (16) cabe esperar que haya un aumento de la presión intraamniótica o sobre todo que haya un fallo en la resistencia de las membranas. Ello puede ser debido a alteraciones en su formación (alteraciones de la resistencia del colágeno por razones congénitas o déficit de vitamina C o fumadoras) o bien porque en este punto han sufrido una agresión como puede ser una alteración mecánica (punción, amnioscopía), o una desnaturalización por efecto de una infección. En efecto las bacterias pueden producir proteasas y elastasas capaces de disminuir su resistencia como se ha podido comprobar experimentalmente. Pero también la reacción de defensa del propio organismo contra la infección, a saber neutrófilos y macrófagos, produce también enzimas



proteolíticas que pueden favorecer el debilitamiento de las membranas (17).

Por otra parte se sabe que la producción de prostaglandinas por el amnios y la decidua está aumentada en caso de corioamnionitis histológica (18) por lo que al mismo tiempo que la infección debilitaría las membranas produciría un aumento de las prostaglandinas. Estas como es conocido, son capaces de producir por un lado contracciones uterinas y por otra maduración del cuello uterino, facilitando todo ello la puesta en marcha del parto, como se recoge también en el esquema fisiopatológico del parto prematuro propuesto por Lockwood. (19)

**LARGA JORNADA LABORAL CON ESFUERZO FÍSICO.-** Parece ser que las condiciones específicas de un determinado trabajo son más importantes que el



hecho de seguir trabajando durante el embarazo; que el hecho de permanecer mucho tiempo de pie jornadas de trabajo muy prolongadas y la fatiga física durante el trabajo son predictores de trabajo de parto pretérmino (22), pero según evidencias esto es controvertido, se esta realizando un estudio aleatorio sobre reposo en cama en la amenaza de parto pretérmino ya que se recomienda en forma amplia (23). Además existe una asociación entre el estrés psicológico y el parto pretérmino.

**NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO.-** Se relaciona con la mala nutrición y escaso aumento de peso durante el embarazo lo cual predispone una amenaza de parto pretérmino. (11)

**ANEMIA.-** Un estudio realizado en México de casos y controles reportó que la anemia predispone en un 18%





como factor de riesgo a la amenaza de parto pretérmino. La anemia ferropénica en embarazadas es frecuente, y autores como Viteri observaron que la anemia aumenta el riesgo de bajo peso en el recién nacido y la morbilidad feto materna. (27)

### **3.3.2. FETALES:**

**EMBARAZO MÚLTIPLE.-** Casi el 30 a 50% de los embarazos múltiples culminan con un parto pretérmino. La edad gestacional promedio al nacer en el embarazo gemelar es de 37 semanas, en el triple de 33 y en cuádruplo de 31 semanas. (6)

### **3.3.3. PLACENTARIOS**

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.-** Las pacientes con esta patología suelen presentar contracciones uterinas rítmicas que se



sobreponen a la contracción tetánica del útero y la mayoría de ellas dan a luz poco después de iniciarse la sintomatología. (11)

**PLACENTA PREVIA.-** Se presenta sangrados por las contracciones uterinas debido a un cierto grado de separación de la placenta, en la mayoría de las pacientes con placenta previa, las contracciones desaparecen con el reposo en cama, en algunos casos las contracciones y la hemorragia persisten lo que obliga al parto. (11)

#### **3.3.4. UTERINOS:**

**MALFORMACIONES.-** Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen el 1-3% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino, los más importantes son el útero tabicado, y el útero bicorne, el mecanismo de acción es desconocido. (21-12)



MIOMAS.- Por sobredistención de la cavidad uterina, trauma cervical etc. (21)

Otros factores de riesgo que se han asociado con prematurez han sido: Oligo y polidramnios, cirugía abdominal materna en el segundo y tercer trimestre (por aumento de la actividad uterina) y otras condiciones médicas maternas como diabetes pre existente. (28)

La presencia de contracciones uterinas ha sido descrita como un factor de riesgo potencialmente importante de prematurez. (28)

#### **4. PROFILAXIS.**

En múltiples investigaciones se ha encontrado que los productos prematuros aportan un 60 a 70% de mortalidad



perinatal, y tanto mayor es el porcentaje como mayor es la prematuridad. Estos resultados dan el reto al obstetra para que con su experiencia logre abatir la morbilidad perinatal por prematuridad además de las secuelas neurológicas que quedan en los recién nacidos.(26)

Las siguientes son algunas medidas preventivas que eliminan o modifican los factores causales de la prematuridad.

1. Mejoramiento socioeconómico y cultural
2. Mayor difusión de planificación familiar.
3. Vigilancia médica prenatal especializada
4. Dieta balanceada con rico aporte proteico, con suplemento de hierro y vitaminas.
5. Abstención del tabaquismo, alcoholismo y exceso de café
6. Detección y tratamiento de infecciones urinarias.



7. Reposo mayor durante la gestación múltiple.
8. Tratamiento conservador al máximo en placenta previa.
9. Hospitalización y manejo especializado en los casos de toxemia, cardiopatías, neuropatías y diabetes, para mejorar las condiciones maternas.
10. Uso oportuno de inhibidores de la contractilidad uterina en la amenaza de parto pretérmino.
11. Valoración adecuada de madurez y peso de los productos al indicar interrupción electiva del embarazo.(26)

## **5. PREVENCIÓN.**

La prevención del parto pretérmino se ha enfocado:

1. Reducir los factores de riesgo
2. Mejorar la calidad de vida aumentando el aporte nutricional y de los ingresos y reduciendo el estrés físico y emocional. (29)



## **CAPITULO III**

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El método utilizado para la presente investigación es transversal, porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento

#### **4.2. UNIVERSO**

El universo lo constituyen todas las pacientes con embarazo mayor a 20 semanas de gestación

#### **4.3. MUESTRA**

Tamaño Poblacional 4000, Prevalencia esperada 10%, peor resultado 8% (precisión 2%), Nivel de confianza 95%



Tamaño muestral 711 + 2.5% de posibles pérdidas =  
728 mujeres

La muestra fue propositiva, no aleatoria. Conforme iban llegando las mujeres a la atención se les incluyó en el estudio, no sin antes confirmar que reúnan los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad gestacional mayor de 20 semanas de gestación por fecha de última menstruación y por ecografía.
2. De cualquier edad, etnia, nivel socioeconómico.
3. Que firmen el consentimiento informado.

Fueron excluidas del estudio las mujeres que presentaron:

1. Diagnóstico de óbito fetal.



#### **4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La población estuvo integrada por todas las pacientes con embarazo mayor de 20 semanas con labor de parto que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo comprendido abril a agosto del 2006. Este estudio se realizó con una muestra constituida por 728 pacientes atendidas por parto y 95 pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

Se realizó un examen elemental de orina aplicando la tirilla en la muestra obtenida del frasco recolector de orina estéril y se valoró la presencia de nitritos para el diagnóstico de infección de vías urinarias; en pacientes con parto inminente se procedió a recolectar la muestra de orina con sonda vesical.





Para valorar la anemia se realizó hematocrito a cada paciente, se procedió a la toma de muestra en tubo capilar y luego se realizó la centrifugación y obtención del resultado respectivo. Para valorar las demás variables se realizó una encuesta a cada paciente previo firma del consentimiento informado. (las cuales se incluyen en anexos).



## CAPITULO IV

### 5. RESULTADOS

Para el análisis estadístico se realizó, en primer lugar, una base de datos con la información codificada; en segundo lugar, se depuro dicha base, cuidando que la falta de datos no sea mayor a 5%; en tercer lugar, se realizó el análisis de la prevalencia y factores asociados mediante el software EPI Info versión 3.2.2. La asociación de la amenaza del parto prematuro con los factores de riesgo se analizó mediante la razón de prevalencia, intervalo de confianza y el valor p.

A continuación se presenta el análisis de las características generales de la población, antes de entrar en detalles con los resultados encontrados acerca de la prevalencia y factores asociados.



## CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

### CUADRO No. 1

DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS POR PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO. CUENCA 2007.

VARIABLES	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro	
	No.	%	No.	%
<b>EDAD</b>				
< 19	20	21	130	20.5
19 a 35	70	74	455	72
> 35	5	5	48	7,5
<b>PROCEDENCIA</b>				
Urbana	74	78	522	82.5
Rural	21	22	111	17.5
<b>INSTRUCCIÓN</b>				
Analfabeto	0	0	8	1.3
Primaria	41	43	308	49
Secundaria	40	42	275	43
Superior	14	15	42	6.6



---

<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>Casada</b>	40	42.1	296	46.8
<b>Soltera</b>	11	11.6	87	13.7
<b>Unión Estable</b>	43	45.3	246	38.9
<b>Otros</b>	1	1.0	4	0.6

---

<b>GEST.</b>				
<b>PREVIAS</b>	30	31.6	242	38.2
<b>Primíparas</b>	44	46.3	267	42.2
<b>2 a 3</b>	21	22.1	124	19.6
<b>&gt; 3</b>				

---

**Fuente:** Encuestas

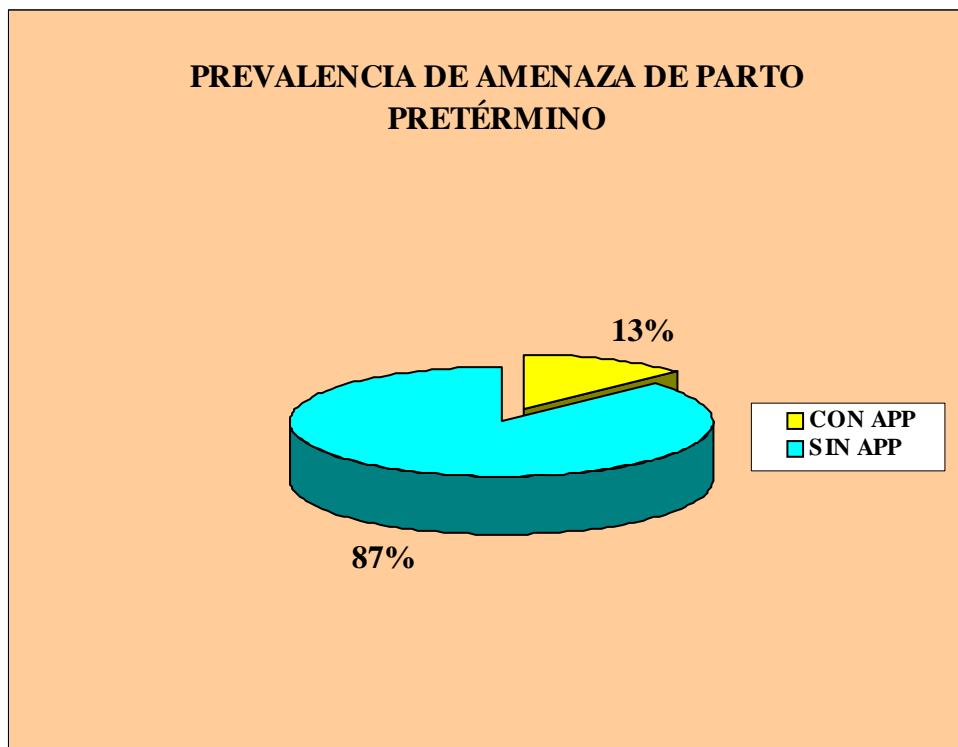
*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*

En el cuadro No. 1 se evidencia que 3 de cada 4 pacientes del estudio pertenecen al grupo de edad de 19 a 35 años, una quinta parte de las mujeres fueron adolescentes (21%) y únicamente un 5% fueron mayores de 35 años. La mayoría proceden de zona urbana (78%). Con respecto a instrucción, cerca de la mitad de las participantes alcanzaron la primaria, le sigue con no mucha diferencia el grupo con educación secundaria, luego el grupo con educación superior; no se encontraron mujeres con analfabetismo en el grupo con amenaza de parto prematuro. En lo referente al estado civil, la



mayoría son casadas en las mujeres sin APP, en tanto que la unión estable es el grupo mayoritario en el grupo con APP, le siguen las solteras y otros, en ambos grupos, con porcentajes similares. En cuanto a gestaciones previas, el grupo mayoritario se ubica en 2 a 3 hijos, le siguen las primíparas y luego las multíparas, con porcentajes mas o menos similares en los dos grupos.

### GRAFICO No. 1



**Fuente:** Encuestas

**Elaboración:** Pucha C, Juárez J.



De acuerdo con el grafico No. 1 la prevalencia de Amenaza de Parto Pretérmino encontrada fue del 13%.

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

### ANTECEDENTES DE PARTO PRETÉRMINO

#### CUADRO No.- 2

**DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO. CUENCA 2007.**

Antecedente de parto pretérmino	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	13	13.7	23	3.6	3.05	1.8-	0.00002
No	82	86.3	610	96.3		4.9	

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*

Según el cuadro No 2, las mujeres con antecedente de amenaza de parto pretérmino tienen tres veces más la



probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino en comparación con las madres que no presentaron antecedente de parto pretérmino, cuya probabilidad es estadísticamente significativa (RP 3.05, IC 95% 1.8 - 4.9, valor p 0.00002).

## INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

### CUADRO No. 3

**DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. CUENCA 2007.**

Infección de vías urinarias	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	57	60	142	22.4	3.99	2.7-	0.0000
No	38	40	491	77.6			

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*



En el cuadro N. 3 podemos apreciar que la amenaza de parto pretérmino esta asociada con la infección de vías urinarias (RP 3.99) y esta asociación es estadísticamente significativa (IC 95% 2.7-5.8); esto significa que las mujeres embarazadas que presentan IVU tienen 4 veces mayor predisposición a presentar APP, en comparación con las pacientes que no tuvieron IVU, desde 3 hasta 6 veces.





## ANEMIA

### CUADRO N. 4

**DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y ANEMIA. CUENCA 2007.**

Anemia	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	46	48.4	213	33.6	1.70	1.17-2.47	0.005
No	49	51.5	420	66.3			

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*

Según los datos del cuadro No. 5, la anemia es un factor de riesgo asociado con la amenaza de parto pretérmino y dicha asociación es estadísticamente significativa (RP 1.70, IC 95% 1.17-2.47, valor p 0.005).



## EMBARAZO MÚLTIPLE

### CUADRO No. 5

**DISTRIBUCIÓN DE 228 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EMBARAZO MÚLTIPLE. CUENCA 2007.**

Embarazo múltiple	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	3	3.2	7	1.1	2.34	0.89-	0.10
No	92	96.8	626	98.9		6.15	

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*

Los datos del cuadro No. 5 nos indican que las pacientes con embarazo múltiple tienen dos veces más la probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino (RP 2.34); sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa (IC 95% 0.89 – 6.15). Cabe recalcar que para el análisis de esta variable la muestra



resultado insuficiente, dada la magnitud del intervalo de confianza.

## TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACIÓN

### CUADRO N. 6

**DISTRIBUCIÓN DE 228 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACIÓN. CUENCA 2007**

Trastornos hipertensivos en gestación	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	5	5.3	75	11.8	0.45	0.19-	0.055
No	90	94.7	558	88.2		1.07	

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*



Llama la atención que los trastornos hipertensivos durante la gestación constituyan un factor protector para la amenaza del parto prematuro (RP 0.45); pero dicha asociación no es estadísticamente significativa (IC 95%, valor P 0.055).

## CONTROL PRENATAL

### CUADRO No. 7

**DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y CONTROL PRENATAL. CUENCA 2007.**

Control prenatal	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
No	61	64.2	461	72.8	0.71	0.48-1.04	0.08
Si	34	35.7	172	27.1			

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*



Según los datos del cuadro No 7 la ausencia de controles prenatales constituye un factor protector para la amenaza de parto pretérmino, pero dicha asociación no es estadísticamente significativa (RP 0.71, IC 95% 0.48 – 1.04).

## EDAD DE LA MUJER

### CUADRO No. 8

**DISTRIBUCIÓN DE 728 MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, SEGÚN AMENAZA DE PARTO PREMATURO Y EDAD. CUENCA 2007.**

Edad < 19 ó > 35	Con amenaza de parto prematuro		Sin amenaza de parto prematuro		RP	IC 95%	Valor P
	No.	%	No.	%			
Si	25	26	178	28	0.923	0.60-	0.71
No	70	74	455	72			

*Fuente: encuestas*

*Elaboración: Pucha C, Juárez J.*



Los grupos de edad menores de 19 y mayor de 35 años, se asocian con la amenaza de parto prematuro como un factor protector, cuya asociación no es estadísticamente significativa (RP 0.92, IC 0.60-1.42, valor p 0.71).



## CAPITULO V

### 6. DISCUSIÓN

De acuerdo a las características generales tenemos que 70 pacientes (74%) que presentaron amenaza de parto pretérmino tenían entre 20 y 35 años lo que concuerda con estudios realizados en Cuba en donde la edad promedio es de 24.6 años. (32)

En relación a la procedencia 74 pacientes (78%) fueron del área urbana; de acuerdo a la instrucción el mayor porcentaje de amenaza de parto pretérmino se presentó en pacientes con instrucción primaria 41 casos (43%) con poca diferencia de la instrucción secundario 40 pacientes (42) corroborándose con un estudio de Astolfi y Zonta que encontraron un incremento significativo en el riesgo



de parto pretérmino vinculado con el bajo grado de instrucción (OR 1.26, IC de 95%. (19)

El Mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino pertenecieron a la unión estable con 43 casos (45.3%) seguida por las madres casadas 40 casos (42.1%)

El mayor porcentaje de pacientes con amenaza de parto pretérmino fueron primíparas 44 casos (46.3%) seguidas de las pacientes con gestaciones previas 30 casos (31.6%) corroborándose con un estudio en donde se señala que el 56.4% de las pacientes eran nulíparas. (31)

La prevalencia de amenaza de parto pretérmino de nuestro estudio fue del 13%, El parto pretérmino afecta





aproximadamente del 10 al 15%, presentando diferencias según el nivel de desarrollo de cada país. (2)

En nuestro estudio las pacientes con amenaza de parto pretérmino previo nos demuestra que es un factor de riesgo que predispone a la amenaza de parto pretérmino con una RP(3.05); e intervalo de confianza (1.8-4.9) corroborándonos con estudios de la Maternal-Fetal-Medicine reporta que las mujeres con antecedente de parto pretérmino tuvieron 2.5 veces mayor de nacimientos antes de las 37 semanas, IC 95% (1.9 a 3.2). (19)

La infección de vías urinarias es un factor de riesgo que predispone a la amenaza de parto pretérmino, RP(3.9), e intervalo de confianza (2.7-5.8); lo que se corrobora con otros estudios publicados en Monterrey obteniéndose



una p menor de 0.01 con una diferencia estadísticamente significativa. (27)

La anemia es un factor de riesgo que predispone a la amenaza de parto pretérmino con; RP(1.70); IC(1.17-2.47); valor p (0.005) lo que se corrobora con un estudio que nos reporta que el riesgo de parto prematuro aumento 1.6 veces con hemoglobina entre 10.9g/dL y 10g/dL, existe una asociación de hematocrito /hemoglobina materna, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento menor de 2500 gramos y morbimortalidad materna. (30)

El embarazo múltiple es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, RP(2.34) y un IC(0.89-6.15) pero que no es estadísticamente significativo lo que se corrobora con un estudio realizado por Heffner y



colaboradores que encontraron mayor riesgo relativo aproximado de parto pretérmino en presencia de embarazo gemelar con un Intervalo de Confianza (4.09-5.69). (19)

En nuestro estudio los trastornos hipertensivos de la gestación no es un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino, RP (0,45), e Intervalo de confianza (0.19-1.07), lo que no se corrobora con un estudio publicado en la Revista Peruana nos reporta 23.3% con un valor de p 0.052. (28)

Los pacientes que se realizaron menos de 4 cuatro controles prenatales es nuestra investigación no se considera como un factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino RP(1.41), e IC(0.96-2.08), valor p (0.08), lo que no se corrobora con la bibliografía donde nos reporta



que si es un factor de riesgo, pero igual no tienen significancia estadística.

En nuestro trabajo de investigación encontramos como limitante que al realizar la encuesta a cada uno de las pacientes no se contó con el carnet prenatal debiendo confiar en la información verbal obtenida de la paciente.



## CAPITULO VI

### 7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de amenaza de parto pretérmino en nuestro estudio fue del 13%.
2. El antecedente de parto pretérmino previo, ( RP 3.05, IC 95%, 1.8-4.9, valor p 0.00002), anemia (RP 1.70, IC 95%, 1.17-2.47, valor p 0.005), infección de vías urinarias (RP 3.99, IC 95%, 2.7-5.8, valor p 0.0000), son factores de riesgo que predispone a la amenaza de parto pretérmino, estadísticamente significativo.
3. Los trastornos hipertensivos (RP 0.45, IC 95%, 0.19-1.07, valor p 0.055), el embarazo múltiple, (RP 2.34, IC 95%, 0.89-6.15, valor p 0.10), y las pacientes que se realizaron más de 4 controles prenatales (RP 0.71, IC 95%, 0.48-1.04 valor p 0.08), en nuestro



estudio, nos demuestra, que son factores protectores a la amenaza de parto pretérmino pero no tienen significancia estadística.

4. Las pacientes que pertenecieron a las edades extremas menor de 19 y mayores de 35 años (RP 0.923, IC 95%, 0.60-1.42, valor p 0.71), en nuestro estudio no es factor de riesgo de amenaza de parto pretérmino pero no es estadísticamente significativo.



## CAPITULO VII

### 8. RECOMENDACIONES

1. Realizar más estudios, tomando en consideración una muestra más amplia para así obtener mejores resultados y de esta manera brindar una mejor atención a las pacientes con amenaza de parto pretérmino y dar tratamientos preventivos ya que en nuestro medio es una patología muy frecuente.
2. Determinar estrategias para la prevención de partos pretérmino, identificar los factores de riesgo, actividades de promoción y prevención de salud, realizar un diagnóstico precoz de la amenaza de parto pretérmino.



3. Aumentar la cobertura y calidad de un control prenatal precoz.





## CAPITULO VIII

### 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams, Obstetricia, 21<sup>a</sup> edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 593.
2. Lattera Cristina, Andino Elsa y otros. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. <http://WWW.Sarda.Org.ar/Revista%20sard%C3%A1/2003/28-43pdf>.
3. Goldenberg RL, Manejo de Parto Pretérmino. Biblioteca virtual en Salud; 2002. p. 6-8. <Http://geosalud.com/embarazo Pretérmino.htm>.
4. Martínez Marcelo, Parto Pretérmino. Instituto Médico. Hallitus. <http://www.bebesenlaqeb.com.ar/el-embarazoyvos/parto/parto-pretérmino.htm>.



5. Romero R, Muñoz H, Gómez R y otros, Does infection cause premature labor and delivery. Seminars in Reproductive Endocrinology 1994; p. 12-23.
6. Schwartz Ricardo, Obstetrícia. 5ª ed. Buenos Aires. Editorial el ateneo. 1992; p. 193.
7. Ministerio de Salud Pública, Manual de procedimientos diagnósticos en Obstetricia y Perinatología. Grupo Nacional de Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1991; p 376-8
8. Ministerio de Salud Pública, Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: UNICEF; 1993:7.
9. Main DM. Clin, Osbtet. Gynecology Norteam. Epidemiología de parto pretérmino 1988; p. 79-91.
10. Rui-xia L, Li-hui Z. The incidence and etiology of low birth weight infant in Northern China. Tianjin. The eigh Universities Collaborative Researche Program 1992; p. 37-66.



11. Pérez Sánchez, Obstetrícia. 3a ed. Santiago- Chile. Editorial Mediterráneo.1999; p. 545-549.
12. Hopkins Johns, Ginecología y Obstetricia. Madrid España. ed. original. Marban; 2005; p. 121-123.
13. Gómez R, Gezzi F, Romero R. y otros, Trabajo de parto prematuro o infección intraamniótica. Clínica Perinatal (ed. Esp) 1995; 2: 267-326.
14. Meis PJ, Mac Ernest 3, More ML. Causes of low birth weight birth in public and private patients. Am J. Obstetric Gynecology 1997; 156: 1, 165-68.
15. Cararach V, Manual MD, Botet y otros, Rotura Prematura de membranas. En riesgo elevado Obstétrico. edición Monsun Barselon. p. 33-46.
16. Schoonmaker JN, Lawellin DW, Lunt B, Mc Gregor JA Bacteria and inflammatory cells reduce chorioamniotic membrane integrity and tensile strength. Obstetric Gynecology 1989:70.590-596.



17. López Bernal A, Hansell DJ. Prostaglandin, Chorioamnionitis and preterm labour. Br J. Obstet Gynecol 1987; 94: 1156.
18. Lockwood CJ, Diagnóstico de trabajo de parto pretérmino y predicción del parto pretérmino. Clin Obstetric Gynecology 1995; 4: 647-59.
19. Jay D. IAMS, Clínicas Obstetricias y Ginecológicas. Trabajo de parto pretérmino. México. McGRAW- HILL. Interamericana, editorial Interamericana. Volumen 4. 2000; p. 645-651
20. Ramos Toledo Gustavo, Alto Riesgo Obstétrico, Asociación de Facultades Ecuatorianas. Volumen 4<sup>a</sup> ed. Quito. 1997.p. 55-61.
21. Arias Fernando, M.D, Ph. D. Guía Practica para el embarazo y el parto de Alto Riesgo Obstétrico. 2<sup>a</sup> ed. Madrid Barcelona. Mosby. 1995. p.71-81.
22. Williams Fraser, Propuesta de Investigación. Estudio Piloto con el fin de desarrollar una investigación clínica



- aleatoria. Reposo en Cama en la Amenaza de Parto Pretérmino, Año 2005. Pág. 1-3.
23. Gonzáles Antonio, MD. Donado Jorge y otros. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005. volumen 56. (2).p.2-8. 2005 Sácielo; Bogota. p. 1-9.
24. NewMedia, Manejo de parto pretérmino 2000 <http://www.elbebe.com/index.php/es/embarazo/complicaciones/amenaza-de-parto-pretérmino>.
25. Calderón Guillen Juvenal, Vega Gerardo y otros. Factores de Riesgo materno asociado al parto pretérmino. Rev. Med. IMSS 2005;43(4):339-342. <http://www.imss.gobrmx/NR/rdon/yres/40BDF015-9BD-4561-ACBA-7335BP>.
26. Rosell Juarte Ernesto, Callado Alfonso y otros. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino. Revista Cubana



- Médica. Integr 2000. 16(3) 265-9. <http://WWW.Bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16-3-00/mgi093000.htm>
27. Cabrera. L, Parto Prematuro, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires; Madrid 2004. p. 66.
28. Gilstrap III. Cunningham y otros, Urgencia en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica. Buenos Aires. 2ª ed. Editorial Medica Panamericana.2002. p 536.
29. Estudio Amenaza de parto prematuro por infección de vías urinarias, Pág. 1, año 20002.
30. <http://www.cocmed.sid.cu/paf/gin/v24n3/gino3398.pdf>  
La hidroterapia en la Amenaza de parto Pretérmino.
31. <http://bus.sid.cu/revistas/magi/vol16-300/mgiog300.htm> .Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino.
32. <http://WWW2.cielo.org.vc/cielo.php?script=sci-arttext&ting=50048-7732200> 60001000018nrm=iso.  
Amenaza de parto prematuro e infección de vías urinarias.



## CAPITULO IX

### 10. ANEXOS

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### I. Datos generales

1. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

2. Domicilio \_\_\_\_\_

3.

Procedencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ de  
nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad  
(años) \_\_\_\_\_.

5. \_\_\_\_\_ Instrucción:  
Ninguna \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_



Universitaria \_\_\_\_\_ Años  el mayor nivel

6. Estado Civil: casada \_\_\_\_\_ unión estable \_\_\_\_\_ soltera \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

7. Número de registro hospitalario \_\_\_\_\_

## II. Antecedentes Gineco-obstétricos:

8. Gestas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ -  
vaginales \_\_\_\_\_ cesáreas \_\_\_\_\_ nacidos vivos \_\_\_\_\_ nacidos muertos \_\_\_\_\_  
Abortos \_\_\_\_\_ Mola \_\_\_\_\_ Embarazo ectópico \_\_\_\_\_ óbitos \_\_\_\_\_

## III. Embarazo actual:

9. Talla (cm.) \_\_\_\_\_

10. FUM: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Edad gestacional:

Por FUM \_\_\_\_\_ por Ecografía \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Controles prenatales \_\_\_\_\_

## IV. Parto.

Fecha de ingreso: día...../mes...../ año.....

Parto: 

Hora	Día	Mes	Año
------	-----	-----	-----

año





Terminación:

espontánea \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_ fórceps \_\_\_\_\_ otra  
\_\_\_\_\_

### V. Recién nacido.

Vivo \_\_\_\_\_ muerto \_\_\_\_\_

Sexo: femenino \_\_\_\_\_ masculino \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Perímetro  
cefálico \_\_\_\_\_ longitud \_\_\_\_\_

Capurro \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_

### VI. Pacientes dadas de alta con embarazo menor de 37 semanas.

Edad gestacional al momento del alta \_\_\_\_\_

Tipo de embarazo: único \_\_\_\_\_  
múltiple \_\_\_\_\_ (especificar).

Actividad Uterina  
regular \_\_\_\_\_

—

Modificaciones

cervicales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Recibió tratamiento: reposo\_\_\_\_agentes  
tocolíticos\_\_\_\_\_

(Especifique).

Maduración pulmonar si\_\_\_\_\_no\_\_\_\_\_

Hospitalización en embarazos previos (causa)

**VII. Antecedente de Amenaza de Parto Pretérmino:**

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Embarazo actual\_\_\_\_\_ Embarazos  
previos\_\_\_\_\_

Edad gestacional\_\_\_\_\_

Recibió tratamiento: reposo\_\_\_\_agentes  
tocolíticos\_\_\_\_\_

(Especifique).

Maduración pulmonar: si\_\_\_\_\_no\_\_\_\_\_

Hospitalización

(días)\_\_\_\_\_lugar\_\_\_\_\_fecha\_\_\_\_

\_\_\_\_\_Diagnóstico

(Especifique)\_\_\_\_\_



**VIII. Parto pretérmino previo:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Edad gestacional \_\_\_\_\_ número de embarazo \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

**IX. Ruptura prematura de membranas:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Horas \_\_\_\_\_

Características \_\_\_\_\_ del líquido \_\_\_\_\_

—

**X. Infección de vías Urinarias:** SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

EMO: positivo \_\_\_\_\_ negativo \_\_\_\_\_

Referido por la paciente \_\_\_\_\_

Tratamiento

recibido \_\_\_\_\_

**XI. Hipertensión Gestacional:** SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

TA \_\_\_\_\_

Laboratorio: \_\_\_\_\_ acido

úrico \_\_\_\_\_ TGO \_\_\_\_\_ TGP \_\_\_\_\_ bilirrubinas \_\_\_\_\_

—



EMO: Con Proteinuria \_\_\_\_\_ Sin Proteinuria  
Referido por la paciente \_\_\_\_\_ Tratamiento  
recibido \_\_\_\_\_

**XII. Embarazo múltiple:** SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_  
Número de fetos \_\_\_\_\_ Tratamiento  
recibido \_\_\_\_\_

**XIII. Anemia: Hemoglobina** \_\_\_\_\_  
Referido por paciente \_\_\_\_\_  
Tratamiento  
recibido \_\_\_\_\_

**XIV. Edad gestacional al momento del parto:**  
\_\_\_\_\_

Vía de terminación de parto: \_\_\_\_\_  
Fecha de egreso  
materno \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_



## **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

He leído y escuchado toda la información sobre el cuestionario, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo y estoy satisfecha con las respuestas que me dieron. Acepto voluntariamente participar en este estudio: Prevalencia y factores de riesgo en amenaza de parto pretérmino en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

---

---

**Nombre y Firma de la Participante**

**Fecha**

**En caso de no aceptar participar, por favor explique los motivos.**

---

---

---