

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Ginecología y Obstetricia



**Tesis para optar al Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**“Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en Alto
Riesgo Obstétrico del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales
Arguello. Mayo 2013 – Mayo 2015.”**

Autora

Dra. Kenia Marylín Silva Salmerón
Residente IV de Ginecología y Obstetricia

Tutor

Dra. María Dolores Benavides Aragón
Ginecología y Obstetricia

León, Enero de 2016

Agradecimiento

A Dios, por ser el poderoso Gigante que acampa a mí alrededor, cuidándome desde las alturas y llenando mi vida con su favor.

A mis hijos, Enrique y Susana, porque en su inocencia comprendieron los motivos de mi ausencia en el hogar. Por brindarme sus sonrisitas y su amor en los momentos más tristes, y por ser mi motor para seguir adelante.

A mi esposo Enrique Téllez, por ser un ejemplo para mí. Por cuidarme y ser paciente en los momentos de adversidad y por apoyarme siempre que lo necesité de forma científica y sentimental.

A mis padres, suegros y hermanos, por completar mis tareas pendientes y dedicarse a mis hijos con ahínco en mi ausencia.

A mi tutora, doctora Dolores Benavides, porque sus consejos fueron siempre útiles y por llevarme siempre un paso adelante a lo largo de la realización de mi estudio.

A mi profesor Titular, doctor Erick Esquivel, por ser paciente y comprensivo y a la vez constante en su exigencia académica. Por motivar a mi grupo a alcanzar la excelencia y por tener siempre una frase positiva para nosotras.

Acrónimos

HEODRA	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello
APP	Amenaza de parto pretérmino
PP	Parto pretérmino
RPM	Ruptura prematura de membranas
IVU	Infección de vías urinarias
MINSA	Ministerio de salud
OMS	Organización mundial de la salud
OR	Odds Ratio
IC	Intervalo de confianza
RA	Riesgo atribuible
SG	Semanas de gestación
ARO	Alto riesgo obstétrico

Índice

Contenido	Pág.
AGRADECIMIENTO	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPÓTESIS	6
OBJETIVOS	7
MARCO TEÓRICO	8
DISEÑO METODOLÓGICO	20
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	40

Resumen

Silva SKM¹, Benavides AMD². Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en ARO II del HEODRA – León, Nicaragua. Mayo 2013 – Mayo 2015.

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de *dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas* desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación (SG). En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante y en un 40% de los casos podemos identificar factores infecciosos en uno o varios focos del organismo (pielonefritis, apendicitis...)

El **objetivo** del estudio fue conocer los principales factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes ingresadas en el servicio de ARO II del HEODRA.

Diseño. Se realizó un estudio de casos y controles entre Mayo 2013 a Mayo 2015 en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) del HEODRA con una relación caso-control 1:1, lo que resultó en 128 casos y 128 controles. Los casos fueron las pacientes con semanas de gestación entre las 22 y 36^{6/7} por fecha de última menstruación confiable (FUM) y/o ultrasonido (USG) precoz, con amenaza de parto pretérmino y los controles las pacientes con semanas de gestación entre las 22 y 36^{6/7} por FUM confiable y/o USG precoz, sin amenaza de parto pretérmino que aceptaron ser parte del estudio previo consentimiento informado. Se calculó Odds Ratio, Intervalo de Confianza de 95% y Valor de p para todos los factores en estudio. Análisis multivariado y porcentaje de riesgo atribuible.

Resultados: Los factores de riesgo asociados fueron: APP y parto pretérmino (PP) (OR=25.7, IC95% 6.6-99.9), infección de vías urinarias (IVU) (OR=11.4, IC95% 4.5-27.6), escolaridad baja (OR=11.1, IC95% 4.01-31.18), ruptura prematura de membranas (RPM) (OR=3.32, IC95% 1.7-24.2), y edad ≤ 18 y ≥ 35 años (OR=2.4, IC95% 1.07-5.41). El porcentaje del riesgo atribuible para cada factor de riesgo fue: escolaridad 71.0 %, antecedente de APP y PP (60.6%), edad (59 %), IVU (51.6%), RPM (46.5%), gestación múltiple (44.2%) y estado civil (38.9%).

Palabras Claves: factores de riesgo, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas.

¹ Residente IV año de Ginecología y Obstetricia. UNAN - León

² Ginecóloga y Obstetra. Docente del Depto. de Ginecología y Obstetricia – UNAN-León. Nicaragua.

Introducción

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define clásicamente como la presencia de *dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas* desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación (SG). En la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante y en un 40% de los casos podemos identificar factores infecciosos en uno o varios focos del organismo (pielonefritis, apendicitis...). (1)

La APP y su principal secuela, el parto pretérmino (PP), constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y coste a la sociedad. Aproximadamente 75% de las muertes perinatales se producen en niños nacidos prematuramente. (2)

Entre los factores de riesgo para APP se destacan, la infección de vías urinarias (IVU), cervicovaginitis, la ruptura prematura de membranas (RPM) y el parto pretérmino anterior. Con este último, el riesgo aumenta 2.5 veces en el próximo embarazo según estadísticas internacionales brindadas por la OMS. (3)

Conocer y modificar los factores de riesgo de las pacientes con APP debe ser una labor diaria tanto para el primer nivel de atención como para el sector hospitalario debido a que la frecuencia de esta patología se ha incrementado actualmente, afectando el 6-7% de las embarazadas y la capacidad limitada de los agentes tocolíticos para prolongar el embarazo y los malos perfiles de seguridad hacen que la incidencia del PP haya aumentado proporcionalmente en las últimas décadas. (4)

Antecedentes

Offenbacher y su grupo de la Universidad de North Carolina llevaron a cabo en 1996 el primer estudio que logra evidenciar en humanos la asociación entre periodontitis y parto prematuro/bajo peso al nacimiento (PP/BPN). Se trata de un estudio de casos y controles en 124 mujeres embarazadas o postparto; Los casos de PP/BPN mostraron una pérdida de inserción significativamente mayor que los controles (parto a término/peso normal al nacimiento). Se halló una fuerte significación estadística, situando a la enfermedad periodontal como factor de riesgo para PP/BPN con un riesgo relativo (RR) de 7.9 (7.5 para los casos de PP/BPN en madres primíparas), habiendo ajustado los demás factores de riesgo conocidos. Este RR fue incluso mayor que el hallado para otros factores de riesgo como consumo de alcohol, tabaquismo o edad de la madre. Los datos del estudio sugieren además que un 18.2% de los casos de PP/BPN pueden ser atribuibles a un deficiente estado periodontal materno. (5)

Espinoza y García (2002) encontraron que en el HEODRA los principales factores asociados a la APP eran: Edad menor de 20 años (OR 5,93 IC95% 2,42–12, 62), Bajo nivel educativo (OR 10,22 IC95% 8,24-12,62), Infecciones genitourinarias (OR 5,44 IC95% 2,70-8.16) y Tabaquismo (OR 2.06 IC95% 1,22- 4.24). (6)

García F., Pardo F., Zúñiga C.; en un estudio realizado en la ciudad de Lempira, Honduras (2003), encontraron que en 367 pacientes con Amenaza de parto pretérmino se presentaban como principales factores de riesgo: el tener bacteriuria (RR=3.21; 95%CI 1.00- 10.28), < 3 atenciones prenatales (RR=2.59; IC95%=1.20-5.60) y pacientes con 4 partos previos (RR=2.38; IC95%=1.14-4.97). (7)

Kilpatrick (2006), revisó 102 pacientes con RPM pretérmino, observando como factores de riesgo parto pretérmino en el segundo trimestre (OR 15.2, IC95% 6.1 – 37.8), incompetencia cervical (este embarazo) (OR 12.7, IC95% 3.5 – 46.4), cerclaje antes del ingreso (OR 10.3, IC95% 2.8 – 38.8), RPM pretérmino durante el último embarazo (OR 7.3, IC95% 2.5 – 22.3), historia de incompetencia cervical (OR 3.8, IC95% 1.2 – 11.8), tabaquismo (OR 2.0, IC95% 1.1 – 3.9), parto pretérmino en tercer trimestre (OR 3.3, IC95% 1.7 – 6.4), cesárea previa (OR 2.7, IC95% 1.4 – 5.2) y aborto (OR 1.8, IC95% 1.1 – 2.9). (8)

Aguilar y Vílchez (2011) realizaron un estudio de casos control encontrando como factores asociados a la Amenaza de parto pretérmino: edad menor a 20 años y mayor a 35 años (OR 7.2 IC95% 4.1- 12.9), estado Civil soltera (OR 4.2 IC95% 2.2- 12.6). Analfabetas (OR 3.8 IC95%

2.2- 6.5). Antecedente de parto prematuro (OR 101.79 IC95%13.6- 760.5), Anemia (OR 28.81 IC95%12.2- 68.04), Infección de vías urinarias (OR 8.67 IC95% 3.7- 20.1). (9)

Perugache, Cristian, en un estudio sobre complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el hospital civil de pasto (2013) encontró que el 61% de las pacientes presentó vaginosis bacteriana y un 22% candidiasis vaginal, un 14% presentó vaginosis mixta y el promedio de edad de la población de estudio fue 23.2 años, con un riesgo mayor de presentar infección entre los 21 y 25 años; las complicaciones más frecuentes fueron amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). La mayoría de las pacientes procedían de zona urbana (77%), seguramente porque tienen mayor accesibilidad a la consulta con el especialista para la obtención de un diagnóstico temprano. (10)

Justificación

La amenaza de parto pretérmino es un problema de salud pública, con altos índices de hospitalización en nuestro medio, afectado al binomio madre-feto, con elevada morbimortalidad neonatal inmediato y a largo plazo, derivadas de su complicación principal: trabajo de parto y parto pretérmino.

En nuestro país la atención a esta patología es de aproximadamente un 20% del total de embarazadas, de las cuales el 12% derivan en nacimientos pretérmino que dejan secuelas invalidantes para los neonatos.

Es importante conocer los factores de riesgos presentes en nuestra población de embarazadas y de esta manera realizar estrategias de prevención eficaces tanto en primer y segundo nivel de atención en salud, previniendo así reingresos por ésta patología en la misma paciente; disminuyendo así los altos costes en salud que ésta conlleva.

En el año 2011 el MINSA introdujo el protocolo del manejo de la amenaza de parto pretérmino para un manejo estandarizado a nivel nacional, el cual se encuentra vigente actualmente y refleja la importancia del diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo modificables para la patología. (4)

Por todo lo anteriormente mencionado se creyó necesaria la realización de un estudio en el que se detallan los factores de riesgo presentes en nuestras pacientes atendidas en el servicio de ARO II del Hospital Oscar Danilo Rosales Arguello.

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo presentes en las pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino hospitalizadas en el servicio de ARO II del Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello en el período comprendido de Mayo del año 2013 a Mayo del año 2015?

Hipótesis

Ho: La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP), cervicovaginitis, infección de vías urinarias y el antecedente de parto pretérmino, son los principales factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en las pacientes embarazadas atendidas en el HEODRA, León.

Ha: La RPM, bacteriuria asintomática, antecedente de APP y PP, edades extremas, estado civil acompañada y bajo nivel educativo son los principales factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino en las pacientes embarazadas atendidas en el HEODRA, León.

Objetivos

Objetivo general

Conocer los principales factores de riesgo de la amenaza de parto pretérmino en las pacientes ingresadas en el servicio de ARO II del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello en el periodo comprendido de Mayo del año 2013 a Mayo del año 2015.

Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo más frecuentes en las pacientes con amenaza de parto pretérmino.
- Calcular el porcentaje de riesgo atribuible a cada factor de riesgo encontrado.

Marco teórico

Definición clínica del problema

El actual protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo obstétrico define la APP como una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o de 6 en 60 minutos, sin dilatación cervical o cuando es menor a 3 cms., entre las 22 semanas de gestación a las 36 semanas de gestación. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a estos criterios 500 g de peso fetal y/o 25 cm. de longitud céfalo-nalgas, dados estos datos por ultrasonografía actualizada. (3)

El 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia son atribuibles directamente a la prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Los prematuros mayores de 34 semanas, o 2000g presentan, en general, patologías leves, tales como depresión neonatal, taquipnea transitoria, alteraciones de la termorregulación, alteraciones hidroelectrolíticas y trastornos metabólicos. En RN de muy bajo peso (< 1500g) o de menos de 30 semanas de edad gestacional la letalidad y secuelas son mayores. (2)

Etiopatogenia

La Amenaza de parto prematuro puede ser de causa idiopática (el primer evento detectable es la aparición de contracciones uterinas regulares), iatrogénica (aquel que resulta de la inducción médica prematura del parto debido a una patología materna y/o fetal) o secundario a ruptura prematura de membranas. (11)

Factores de riesgo para la amenaza de parto pretérmino

El mejor predictor de amenaza de parto pretérmino es un mal desarrollo reproductivo anterior, ello dificulta la identificación de las nulíparas con riesgo. Esta situación resulta decepcionante, ya que más del 40 % del total de las pacientes que inician una amenaza de parto pretérmino son nulíparas y el efecto de las medidas preventivas no será óptimo si no se detectan a todas. (11)

1. Factores sociales y demográficos.

Edad materna. (12)

Es uno de los factores asociados a la prematuridad; y por lo tanto a la Amenaza de parto pretérmino, frecuentemente se ha observado una mayor prevalencia de prematuridad entre las madres menores de 18 años y aquellas mayores de 34 (edades extremas).

Diversos autores han puntualizado que el exceso de riesgo para las madres muy jóvenes se concentraba entre aquellas que eran primíparas. Algunos autores han observado diferencias, así, entre las menores de 25 años era más frecuente que el parto fuera inducido médicamente, mientras que para las mayores de 34 predominaban los partos espontáneos. Cabe considerar, sin embargo, que tras la edad materna pueden subyacer otros mecanismos sociales, psicológicos, etc. Culturalmente, 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. 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; tal como parece indicar el hecho de que las gestaciones múltiples se incrementan a edades maternas superiores.

La raza negra. (12)

La asociación de la raza negra con parto pretérmino es bien conocida pero inexplicable. Las mujeres negras tienen un porcentaje de prematuridad de 16 a 18 % comparado con 7-9 % de las mujeres blancas.

Estilos de vida.

Algunos aspectos de la propia conducta de las gestantes han sido también objeto de estudio en relación a la amenaza de parto pretérmino. (13)

El consumo de sustancias tóxicas durante la gestación, es uno de los aspectos más relacionados a la prematuridad. La frecuencia de APP y PP está aumentada en las pacientes que consumen cocaína, opiáceos, y tabaco. Las consumidoras de marihuana a grandes dosis también presentan un incremento de la tasa de prematuridad. (13, 14)

El tóxico de consumo más extendido es el *tabaco*, que multiplica por 2 el riesgo relativo de amenaza de parto y parto pretérmino, tal como se ha demostrado en diversos estudios en los países desarrollados, en los que se observa una gran prevalencia de mujeres fumadoras embarazadas que fuman. 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 amenaza de parto pretérmino y prematuridad está en relación directa con el número de cigarrillos durante la gestación y no tanto con el tabaquismo anterior. De hecho, el embarazo supone un momento de especial motivación, por parte de las gestantes, para dejar de

fumar. Aproximadamente un 20% de las mujeres embarazadas abandonan espontáneamente el tabaquismo antes de cualquier contacto con los servicios sanitarios. (12)

Relaciones sexuales y parto pretérmino.

No hay evidencia de que la actividad sexual en la última etapa del embarazo aumente el riesgo de parto pretérmino en mujeres embarazadas entre 29 y 36 semanas de gestación.

Hay un pequeño incremento en el riesgo asociado con el uso de la posición superior del hombre durante la actividad sexual. Hay una asociación de la posición superior del hombre con RPM, con APP y parto pretérmino sin RPM. (8)

Los orgasmos durante la última etapa del embarazo fueron asociados con reducción del riesgo de amenaza de parto pretérmino. (12)

Las mujeres con relaciones sexuales frecuentes y con vaginosis bacteriana fueron asociadas con incremento en el riesgo de Amenaza de parto pretérmino, mientras que las mujeres sin vaginosis bacteriana y con relaciones sexuales frecuentes fueron asociadas con reducción en el riesgo de parto pretérmino. (16)

No podemos excluir la posibilidad de que la actividad sexual pueda ser un riesgo para subgrupos pequeños de mujeres susceptibles. (8)

La actividad sexual durante la última etapa del embarazo fue un predictor fuerte para llegar a término. (8)

Condiciones de trabajo.

Este es otro factor asociado a la prematuridad. Diversos autores han encontrado asociación entre los trabajos que requieren esfuerzo físico, bipedestación prolongada, exigencias laborales, turnos nocturnos, etc. (12)

El estrés. (17)

Los primeros estudios realizados encontraban resultados contradictorios. Sin embargo, posteriormente una mejor definición del estrés y la utilización de instrumentos más efectivos para su medida han puesto de manifiesto la importancia de este factor en la prematuridad. Estudios recientes han demostrado que debe estudiarse el estrés percibido por la gestante. Así mismo debe prestarse atención a las condiciones estresantes crónicas (dificultades económicas o de relación con la pareja, vivienda no confortable, etc.) y no tanto a eventos estresantes agudos (defunción familiar, etc.). Para las mujeres que manifestaban un estrés percibido se encontró el

doble de riesgo de amenaza de parto pretérmino respecto a aquellas que no referían estrés percibido.

Recientemente, se está recogiendo evidencia sobre los posibles mecanismos psicofisiológicos por los que el estrés puede incidir en la amenaza de parto prematuro. En este sentido, la exposición a situaciones estresantes crónicas, puede llegar a erosionar la 'Resistencia personal' o la capacidad de resistencia de las personas, dados su nivel de autoestima, optimismo y su confianza en poder cambiar las cosas.

Cuando eso ocurre, se pueden elevar los niveles de hormona liberadora de corticotropina, con acciones directas en útero y cérvix, facilitando un parto prematuro.

Factores medioambientales.

Se engloban aquellos factores del entorno de los que se ha observado una asociación con la amenaza de parto pretérmino. Estos factores pueden ser muchos y muy diversos. (12)

Las diferencias sociales. (12)

Uno de los tradicionalmente más estudiados. Diversos estudios coinciden en señalar su asociación con la amenaza de parto pretérmino y prematuridad, aunque, L. Cabero concluye que una *situación social desfavorecida* puede suponer unos factores estresantes crónicos; que unidos a unos factores psicológicos adversos pueden provocar respuestas hormonales y comportamientos poco saludables, así como un mal cuidado del embarazo.

Estos autores, una vez controlados los factores confusores, encontraron que las mujeres con un nivel socioeconómico desfavorecido tenían el doble de riesgo de prematuridad.

La contaminación ambiental.

Niveles excesivos de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno y monóxido de carbono en el ambiente, se han asociado recientemente con la prematuridad, así como otros resultados adversos de la gestación. Algunos autores han estimado que el riesgo de Amenaza de parto pretérmino se incrementaba en un 25% para aquellas gestantes expuestas a un incremento de 10µg/m³ de dióxido de nitrógeno, durante el primer trimestre de la gestación. (12)

2. Morbilidad materna y fetal.

Patología fetal.

Los defectos del tubo neural y los errores innatos del metabolismo, como la hiperalaninemia, son algunos de los defectos congénitos que se asocian a Amenaza y parto pretérmino. (12)

Algunas enfermedades maternas y fetales pueden hacer adecuado indicar médicamente un parto prematuro. Las principales causas son: Preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal. Algunos cambios en las prácticas y cuidados perinatales, han supuesto en los últimos años un incremento de gestaciones por parte de madres con patologías, a las que anteriormente se les desaconsejaba el embarazo (diabetes, cardiopatías, infección por VIH, etc.). Este aspecto puede estar influyendo también en el incremento de partos prematuros inducidos médicamente, determinando así una Amenaza de parto iatrogénica previa, sin poder brindársele otro término. (18)

3. Factores obstétricos

Anomalías placentarias. (12)

Anomalías morfológicas como placenta marginata, placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical se asocian frecuentemente a Amenaza de parto pretérmino.

Anomalías uterinas del útero y del cuello. Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen en 1 al 3 % de todos los casos de Amenaza de parto pretérmino. La situación más importante es el útero tabicado y el útero bicorne.

El útero en forma de T puede presentarse en mujeres expuestas in útero a *diethylbestrol* y es asociado con un incremento en el riesgo de APP y PP.

Las anomalías de fusión mulleriana pueden incluir el cérvix, y predisponer al paciente a un incremento en el riesgo de parto pretérmino por función cervical anormal.

Los leiomiomas son una alteración anatómica adquirida que también se asocia con trabajo de parto pretérmino.

La longitud cervical. (12)

Es un factor de riesgo fuerte para parto pretérmino espontáneo en gemelos. En el estudio de parto pretérmino un cérvix corto por ultrasonografía transvaginal (menos de 25 mm o de 10 % fue el único factor a las 24 semanas de gestación asociado con amenaza de parto pretérmino antes de las 32 semanas.

El riesgo de Amenaza de parto pretérmino usando diferentes parámetros aislados o combinados, para una mujer embarazada con una longitud cervical de 20 mm, el riesgo de nacimiento a las 34 semanas fue de 7 %. Este riesgo incrementa a 34 % si se presenta un cérvix en forma de embudo, y de 59 % si también tiene una historia de parto pretérmino previo.

Gestación múltiple.

En la última década, el número de gestaciones múltiples se ha visto incrementado en los países desarrollados. Este mismo fenómeno se observa en España entre los años 1975 y 2001. El impacto de la gestación múltiple sobre la prematuridad es innegable, así por ejemplo, en Cataluña en el año 2002 se produjo un 4,0% de nacimientos de estas gestaciones. Un 55,8% de los nacidos vivos de gestación múltiple fueron prematuros. Un 12,1% de los cuales, nacieron antes de las 32 semanas. Por otra parte, la aportación de la gestación múltiple a la prematuridad, en Cataluña, supone un 27,1% del total de nacidos vivos prematuramente. Mientras que en el caso de los nacidos a término sólo supone un 2,1%. (12)

Una de las posibles razones del incremento de gestaciones múltiples puede estar relacionada con los tratamientos hormonales para estimular la ovulación y con las técnicas de reproducción humana asistida. En este sentido, algunos autores han estimado que aproximadamente un 30-50% de las gestaciones gemelares y al menos el 75% de las gestaciones de trillizos tienen lugar tras tratamientos de fertilidad, en madres de edad avanzada. (17)

El sangrado vaginal en más de un trimestre.

El sangrado vaginal durante el embarazo es un factor de riesgo para parto pretérmino cuando no es causado por placenta previa o desprendimiento. Se observó una asociación entre el sangrado del segundo trimestre y parto pretérmino. (12)

La relación entre la hemorragia decidual y la APP puede ser el resultado del efecto útero tónico de la actividad de la trombina. (12)

El sangrado vaginal causado por placenta previa o por separación de la placenta marginal es asociado con el riesgo de APP casi como la gestación múltiple. (18)

El sangrado del 2do trimestre no asociado con placenta previa o con separación de placenta también ha sido asociado significativamente con parto pretérmino. (18)

Parto pretérmino previo principalmente en el segundo trimestre con o sin RPM. (11)

Uno de los factores que más se asocian con la amenaza de parto pretérmino y prematuridad es el antecedente de otra gestación finalizada prematuramente.

La historia de parto pretérmino es uno de los factores más significativos, el riesgo de recurrencia de parto pretérmino es del 15 al 50%. Y parece depender del número y edad gestacional de los PP anteriores.

El riesgo para las pacientes con historia de 1 parto pretérmino previo menor de 35 SG es de 15%. Si 2 antecedentes, el riesgo es del 41%, si 3 antecedentes, es del 67 %.

Si el antecedente de parto es de edad gestacional menor a 28 semanas, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino se multiplica por 10 (RR 10.5).

Sexo del feto.

Algunos autores han señalado una mayor prevalencia de varones entre los prematuros, acentuándose dicha asociación entre la amenaza y el parto prematuro espontáneo. (12)

Asociación de ruptura prematura de membranas con amenaza de parto pretérmino.

La RPM complica aproximadamente 120.000 embarazos en los Estados Unidos anualmente. (8)

El manejo óptimo de embarazos complicados con RPM ha permanecido indefinido, y es un área de gran controversia en obstetricia, se promulga para tales el uso de antibióticos profilácticos, terapia tocolítica o corticoesteroides. (19)

Los resultados neonatales son similares entre mujeres que son manejadas expectantemente comparadas con la inducción inmediata; 4 % de todos los embarazos son complicados con ruptura prematura de membranas (RPM), un tercio de todos los partos pretérmino son resultado de ruptura de membranas. *Es la causa número uno de nacimientos pretérmino.* Es una significativa morbilidad y mortalidad perinatal asociada con (RPM) causando prematurez, infección e hipoplasia pulmonar. (19)

La hemoglobina baja y los niveles séricos bajos de albúmina en mujeres con (RPM) puede ser un marcador de infección subclínica o proceso inflamatorio. Únicamente el 9 % de las mujeres con (RPM) pretérmino tenía un cultivo positivo para Estreptococo B y los cultivos no fueron positivos para vaginosis bacterianas o tricomonas. De 21 mujeres que tenían cultivos cervicales para ureaplasma urealyticum, 66.7 % fueron positivos. (8)

Infección de vías urinarias.

Las infecciones de vías urinarias en la embarazada, pueden ser bajas o altas, ya sean sintomáticas o no. Entre las más comunes tenemos: la bacteriuria asintomática, la cistitis y la pielonefritis. (21)

En un meta-análisis, se examinaron los síntomas para predecir IVU en la mujer. La probabilidad de que una embarazada tenga IVU se aumenta 3 veces si tiene hematuria, 3 veces si tiene frecuencia urinaria, 2 veces si tiene dolor en ángulo costo-vertebral, dolor de espalda o disuria, respectivamente. (22)

Una embarazada tiene menos probabilidad de tener IVU si no tiene dolor de espalda ni disuria, o si presenta secreción vaginal al examen físico. (22)

La presencia de disuria y frecuencia urinaria, con ausencia de secreción o irritación vaginal, se asocia hasta 25 veces más con IVU. (22)

El mejor método diagnóstico para IVU asintomática o sintomática, es el urocultivo, efectuado entre las 12 a 16 semanas de gestación, o en la primera atención prenatal. (Evidencia A). La presencia de bacteriuria idealmente debería de ser confirmada por un segundo urocultivo, sin embargo, el cultivo de orina es caro y requiere entre 24 a 72 horas para tener resultados. (23)

La alternativa diagnóstica para las IVU son las cintas o tiras reactivas de uroanálisis. (23)

La mayoría de los casos de pielonefritis ocurren en el segundo trimestre. En un estudio prospectivo realizado en el grupo de embarazadas con esta edad gestacional, el organismo que predominó fue la *Escherichia coli*, en aproximadamente 70 % de los casos, otros organismos responsables de la infección incluyen *Klebsiella-Enterobacter* (3%), *Proteus* (2%) y organismos Gram-positivos incluyendo el estreptococo del grupo B (10%). La *Escherichia coli* fue el uropatogeno más común en el tercer trimestre pero fue menor en el tercer trimestre comparado con los primeros trimestres, sin embargo se observó asociación franca entre la APP y dicha patología. (3, 11)

Infección vaginal.

La vaginosis bacteriana (VB) se ha asociado a APP independientemente de otros factores de riesgo. Hay evidencia de que la infección es una causa importante. Y que puede ser el motivo de 40 % de todos los casos de parto pretérmino espontáneo. (24)

El uso de antibióticos lógicamente es usado para prevenir parto pretérmino cuando es indicado en embarazos tempranos. Si la colonización anormal permanece no tratada, la posibilidad de que los microorganismos asciendan a través del cérvix en la decidua e iniciar una respuesta

inflamatoria conduce a la contracción. Como resultado de este tratamiento en el embarazo pueden usarse los antibióticos intravaginales o combinación de antibióticos orales e intravaginales para mejores resultados. (25)

Es posible que la VB cause una infección invasiva ascendente hacia las membranas fetales, ya en etapas tempranas del embarazo. (12)

Enfermedad periodontal.

Posibles mecanismos por los que se puede producir la interacción entre periodontitis y embarazo. La infección periodontal puede funcionar como reservorio de lipopolisacárido (LPS), que podría alcanzar las membranas placentarias a través del torrente sanguíneo. Se ha demostrado que el LPS estimula la producción de IL-1 β y PGE₂ mediante células coriamnióticas y trofoblásticas, y este hecho a su vez se asocia a menudo al parto prematuro. Por otro lado, los propios mediadores inflamatorios producidos en el periodonto inflamado como PGE₂ o TNF- β pueden alcanzar el torrente sanguíneo y llegar así a la placenta. Se considera también la posibilidad de que existan factores de confusión genéticos o ambientales: una condición subyacente que predisponga a la madre a sufrir enfermedad periodontal y PP/BPN. Este podría ser el caso de una respuesta inflamatoria hipersensible, que aumentaría el riesgo de sufrir PP/BPN y también una periodontitis más agresiva. Otro posible mecanismo consistiría en la inhibición del aclaramiento normal de microorganismos entéricos por neutrófilos debido a una disminución en la expresión del receptor endotelial E-selectina por parte de las células endoteliales. Se ha demostrado que el LPS producido por patógenos orales es capaz de inducir dicha reducción en la expresión de E-selectina. Al no producirse un infiltrado normal de neutrófilos, microorganismos Gram-negativos podrían invadir el tracto genitourinario y originar una infección que afecte adversamente al embarazo. De este modo, el LPS procedente de patógenos periodontales y liberado al torrente sanguíneo puede aumentar la susceptibilidad a una infección genitourinaria. (5)

Es por ello que durante el primer trimestre y el tercero si es necesario la realización de profilaxis dental, sobre todo en las adolescentes, pacientes con mala higiene dental, fumadoras y diabéticas. (11)

Diagnóstico (4)

Pilares fundamentales del diagnóstico de la APP

1. Edad Gestacional: Entre las 22 y las 36.6 SG.

2. Contracciones uterinas: Se caracterizan por ser dolorosas (valorando el número, intensidad, duración, tono y frecuencia) detectables por palpación abdominal y tocografía externa.

3. Estado del cérvix: Borramiento del cérvix 50% o menos y una dilatación cervical menor de 3 cms.

4. Datos complementarios:

- Percepción de molestia dolorosa en pelvis (pesadez) o dolor que se irradia hacia región lumbar.
- Altura de Fondo Uterino (AFU) menor 29 cms.
- Pérdidas sanguinolentas por la vagina o expulsión del tapón mucoso.

Criterios de hospitalización.

Pacientes que cumplan los requisitos enunciados en la definición de amenaza de parto pretérmino o parto pretérmino. (4)

Criterios de alta.

Cese de la sintomatología que motivó la consulta y ausencia de modificaciones cervicales. (4)

Manejo de la APP. (4)

Es importante, identificar los factores de riesgo y brindarle atención especial, es imprescindible si ya han tenido episodio previo de trabajo de parto pretérmino.

El manejo de la amenaza de parto pretérmino va dirigido a:

- A. Reducir las contracciones uterinas (administración tocolíticos).
- B. Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).
- C. Identificar y tratar la causa de la amenaza de parto prematuro.

La decisión sobre el manejo depende de:

- Contracciones uterinas
- Grado de dilatación
- Borramiento cervical

Antibióticos.

Los resultados de un gran estudio multicéntrico controlado y randomizado incluyendo 6295 mujeres con amenaza de parto prematuro, recomiendan que no debe realizarse profilaxis con antibióticos de rutina en el manejo de mujeres con amenaza de parto prematuro y membranas íntegras. (25)

El efecto beneficioso de antibióticos profilácticos en la rotura prematura de membranas es mejor definido. Los hallazgos del estudio Oracle I., indican resultados favorables, incluyendo prolongación del embarazo, y mejora del resultado neonatal. (26)

Tocólisis. (12, 27)

Está contraindicada en las siguientes situaciones:

- Sufrimiento fetal intrauterino o muerte fetal.
- Sospecha de corioamnionitis.
- Abruption placentae.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada
- Enfermedad materna grave: Preeclampsia o eclampsia; infección grave.

Fármacos utilizados para inhibir el trabajo de parto pretérmino. (4, 12, 27)

Se han utilizado gran cantidad de fármacos para retrasar el inicio del parto, pero por desgracia ninguno ha demostrado ser eficaz por completo y no puede subestimarse las complicaciones potenciales maternas de los fármacos tocolíticos

- Los beta miméticos.
- Agonistas beta-adrenérgicos (Ritodrine).
- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (la Indometacina).
- Sulfato de magnesio, El sulfato de magnesio fue asociado con bajo riesgo de parálisis cerebral en recién nacidos prematuros de madres sin Preeclampsia. Se demostró un efecto neuroprotector del magnesio.
- Atosibán.

- Bloqueantes de los canales del calcio. *Nifedipina*.

Se dispone de una revisión reciente de la colaboración Cochrane King J.F. et al (2002), meta-análisis que incluyó 11 estudios controlados y randomizados (870 mujeres), comparativos con otros agentes tocolíticos principalmente con los beta miméticos. Llegaron a la siguiente conclusión: (27)

- La Nifedipina fue más eficaz que el beta mimético para retrasar el parto al menos 48 horas.
- Es el único tocolítico de los que disponemos que mejora el resultado neonatal (menos niños tuvieron distress respiratorio e ictericia neonatal).
- Se redujo el número de mujeres que tuvieron que interrumpir el tratamiento por efectos secundarios y se observó mejor resultado neonatal en el grupo de Nifedipina.

Por ello, cuando está indicada la tocólisis en mujeres con amenaza de parto prematuro, es preferible la Nifedipina al beta mimético. (27)

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Casos y controles.

Área de estudio:

Servicio de ARO II del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, ubicado en el centro de la ciudad universitaria, con capacidad de 400 camas y cuatro servicios de especialidades médico-quirúrgicas.

El servicio de ARO II cuenta con 14 camas censadas, 4 médicos de base y aproximadamente 4 residentes rotatorios.

Período de estudio

De Mayo 2013 a Mayo del 2015.

Población de estudio:

Todas las pacientes con amenaza de parto pretérmino que fueron ingresadas durante el período comprendido de Mayo del año 2013 a Mayo del año 2015.

Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó con el programa Epi Info versión 3.3.2, fórmula para cálculo de muestra de estudios de Caso-Control. Utilizando una prevalencia de 20%, Intervalo de Confianza de 95%, Poder del 80%, relación caso-control 1:1, lo que resultó en 128 casos y 128 controles.

Definición de caso: paciente con semanas de gestación entre las 22 y 36⁶/₇ por FUM confiable y/o USG precoz, con amenaza de parto pretérmino y que aceptó ser parte del estudio previo consentimiento informado.

Definición de control: Pacientes ingresadas al servicio de ARO II del HEODRA durante el período de estudio, con semanas de gestación entre las 22 y 36⁶/₇ por FUM confiable y/o USG precoz, sin amenaza de parto pretérmino y que aceptó ser parte del estudio previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Expediente con información incompleta.
- Pacientes que no ingresaran al servicio.

Procedimiento de recolección de la información:

Se captó a todos los pacientes que ingresaron al servicio de ARO II con el Diagnóstico de Amenaza Parto pretérmino y que cumplieron con la definición de caso.

Fuente de información:

Primaria y secundaria, ya que los datos a recoger se obtuvieron tanto de las pacientes como de la revisión del Expediente Clínico.

Instrumentos:

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas para la recolección de la información, la cual fue aplicada tanto a las pacientes ingresadas como a su expediente clínico.

Método de procesamiento y análisis de la información

Se creó una base de datos en SPSS Ver. 19, 2010. Se introdujo la información y se analizó en el mismo programa.

Se calculó Odds Ratio, Intervalo de Confianza de 95% y Valor de p para todos los factores en estudio. Aquellos que en el análisis crudo resultaron significantes fueron sometidos a análisis multivariado. Para representar el porcentaje de riesgo atribuible para cada factor de riesgo se utilizó la fórmula $OR-1/OR*100$.

Los datos fueron presentados en cuadros estadísticos y gráficos.

Consideraciones éticas:

Se solicitó permiso a la dirección del HEODRA, y del departamento de Gineco-Obstetricia. Se aseguró la protección de identidad del paciente no utilizando datos que permitan su identificación al momento del reporte. La información obtenida fue conocida únicamente por el investigador principal y utilizado únicamente con fines de investigación.

Los resultados serán utilizados como retroalimentación para manejo de las pacientes por parte de los médicos del departamento de ginecoobstetricia, y para reforzar conocimientos en los estudiantes de pregrado y posgrado de la especialidad de ginecología y obstetricia.

Operacionalización de las variables

CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS		
Característica	Definición	Clasificación de la característica
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la paciente a la fecha.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ≤ 18 y ≥ 35 años * ➤ 19 a 34 años
Estado civil	<p>Calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia</p> <p>Pareja estable: incluye el estar con una pareja ya sea casada o no.</p> <p>Sin pareja: toda paciente que no tenga relación de pareja actualmente. Incluye: Soltera, divorciada, viuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin pareja* ➤ Pareja estable
Escolaridad	<p>Nivel académico formalmente alcanzado al momento del estudio.</p> <p>Baja: menos de 12 años de escolarización.</p> <p>Alta: más de 12 años de escolarización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Baja * ➤ Alta
Procedencia	Área de donde proviene la paciente	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rural * ➤ Urbano

FACTORES ASOCIADOS		
Drogas	Uso de sustancias que creen dependencia y alteración del estado biopsicosocial de la paciente sean o no lícitas.	<input type="checkbox"/> Si * <input type="checkbox"/> No
Antecedente de amenaza y parto pretérmino	Historia de eventos de parto pretérmino en anteriores gestas y APP en la gesta actual ya sea consultas ambulatorias u hospitalizaciones.	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
Paridad	<p>Número de partos (vaginal o cesárea) acontecidos.</p> <p>Múltipara: aquella con antecedente de 1 a más nacimientos ya sea a término o pretérmino, cualquiera que sea su vía.</p> <p>Nulípara: paciente sin nacimientos previos.</p>	<input type="checkbox"/> Múltipara* <input type="checkbox"/> Nulípara
Gestación Múltiple	Presencia de más de un feto, confirmado por estudio imagenológico, en la gesta actual	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No

PATOLOGÍAS ASOCIADAS		
IVU	Infección del tracto urinario superior o inferior confirmados por estudios de laboratorio tomados con técnica adecuada.	<p>➤ Si*</p> <p>➤ No</p>
Cervicovaginitis	Infección del cérvix y la vagina provocada por patógenos que causan inflamación de dichas áreas.	<p>➤ Si*</p> <p>➤ No</p>
Caries dental	Solución de continuidad de las piezas dentales causada por agentes patógenos	<p>➤ Si*</p> <p>➤ No</p>
Ruptura prematura de membranas	Solución de continuidad de las membranas ovulares.	<p>➤ Si*</p> <p>➤ No</p>

Resultados

La tabla 1. Provee información sobre los datos sociodemográficos de las pacientes en estudio, donde se observa que la mayoría 64.1 % de las participantes oscilan en las edades de 19 a 34 años, el 41.4% de ellas tienen una educación secundaria, el 67.2% de ellas provienen del área urbana y el 59.0% vive en unión estable.

Tabla 1. Distribución porcentual de los datos sociodemográficos de las pacientes con Amenaza de parto pretérmino. HEODRA. Mayo 2013 – Mayo 2015. (n = 256)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Edad	19 a 34 años	164	64.1
	≤18 y ≥ 35 años	92	35.9
	Secundaria	108	41.4
	Universitario	52	20.3
Escolaridad	Primaria	46	18.0
	Ninguna	32	12.5
	Técnico	20	7.8
Procedencia	Rural	172	67.2
	Urbano	84	32.8
	Unión Estable	151	59.0
Estado Civil	Soltera	54	21.1
	Casada	51	19.9

Fuente: Expedientes clínicos.

En relación a los datos gineco-obstétricos, observamos igual proporción de pacientes multíparas y nulíparas con un 50% para cada grupo, un 76.6% no han presentado Amenaza de parto pretérmino y un 92.7% tampoco han presentado parto pretérmino previo. El 31.3 % se encuentra entre las 30 – 33 semanas de gestación y en su mayoría presentan gestación con feto único (93.4 %).

Tabla 2. Distribución porcentual de los datos gineco-obstétricos de las pacientes con Amenaza de parto pretérmino. HEODRA. Mayo 2013 – Mayo 2015. (n = 256)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Paridad	Multípara	128	50.0
	Nulípara	128	50.0
Antecedentes APP	Ninguna	196	76.6
	Hospitalizaciones previas	60	23.4
Parto pretérmino previo	No	240	92.7
	Si	16	6.3
Semanas de Gestación	30 – 33	80	31.3
	26 – 29	64	25.0
	34 - 36	64	25.0
	22 – 25	48	18.8
Gestación Múltiple	No	239	93.4
	Si	17	6.6

Fuente: expedientes clínicos

En cuanto a las patologías presentes en las pacientes con APP, el 81.6% se presentaron con ruptura prematura de membranas, el 58.6% no presentó infección de vías urinarias en ninguna de sus formas, el 60.9% no presentó cervicovaginitis y el 60.5% no presentó caries dental. Se observó además que el 95.7 % de las pacientes no usan drogas (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de las patologías presentes en las pacientes con Amenaza de parto pretérmino. HEODRA. Mayo 2013 – Mayo 2015. (n = 256)

Variables	Valores	Frecuencia	%
RPM	No	209	81.6
	Si	47	18.3
IVU	Ninguna	150	58.6
	Bacteriuria	69	27.0
	Pielonefritis	37	14.5
Cervicovaginitis	No	156	60.9
	Si	100	39.1
Caries Dental	No	155	60.5
	Si	101	39.5
Drogas	No	245	95.7
	Si	11	4.3

Fuente: expedientes clínicos.

Al realizar el análisis univariado de los casos y controles de las pacientes en estudio, se observa que las variables Edad, Escolaridad, Estado civil, RPM, IVU, Amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino previo fueron factores de riesgo que sobresalieron con OR, IC95% y valor de $p < 0.05$ significativos. (Tabla 4)

Tabla 4. Cuadro comparativos de casos y controles por cada variable de los datos de las pacientes con Amenaza de parto pretérmino. HEODRA. Mayo 2013 – Mayo 2015.

Variab les	Valores	Casos	Controles	OR	IC 95%	Valor p< 0.05
Edad	≤18 y ≥ 35 años *	57.8	14.1	8.3	4.5 – 15.4	0.000
	19 a 34 años	42.2	85.9			
Escolaridad	Baja *	89.8	53.9	7.5	3.8 – 14.7	0.000
	Alta	10.2	46.1			
Estado Civil	Sin pareja *	30.5	11.7	3.3	1.7 – 6.3	0.000
	Pareja Estable	69.5	88.3			
Procedencia	Rural *	65.6	68.8	1.1	0.68 – 1.94	0.594
	Urbano	34.4	31.3			
Paridad	Múltipara *	50.0	50.0	1.0	0.52-1.89	1.000
	Nulípara	50.0	50.0			
Drogas	Si *	3.1	5.5	0.55	0.15 – 1.9	0.355
	No	96.9	94.5			

Fuente: expedientes clínicos

Tabla 4. Continúa...

Variables	Valores	Casos	Controles	OR	IC 95%	Valor p< 0.05
Antecedentes de APP y PP	Si	43.8	3.1	24.1	8.3 –69.2	0.000
	No	56.3	96.9			
IVU	Si	59.4	23.4	4.7	2.7 – 8.1	0.000
	No	40.6	76.6			
RPM	Si	23.6	8	3.612	1.6-7.7	0.001
	No	76.4	92			
Embarazo gemelar	Si	59.4	23.4	2.545	0.87-7.44	0.079
	No	90.8	96.08			
Cervicovaginitis	Si	40.6	37.5	1.1	0.6 – 1.8	0.608
	No	59.4	62.5			
Caries Dental	Si	39.8	39.1	1.03	0.6 – 1.7	0.898
	No	60.2	60.9			

Fuente: expedientes clínicos

En el análisis multivariado ajustando el OR, observamos que la APP y parto pretérmino previos (OR 25.7, IC95% 6.6 – 99.9), la IVU (OR 11.4, IC95% 4.5 – 27.6), Escolaridad (OR 11.1, IC95% 4.01 – 31.18), RPM (OR 3.32, IC95% 1.7-24.2) y la Edad (OR 2.4, IC95% 1.07 – 5.41), continúan siendo factores de riesgo de importancia para que se presente APP en la gestación actual, no así el estado civil (OR 1.2 IC95% 0.40 – 3.89) (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgos asociados a APP según los datos de las pacientes al realizar el OR ajustado. HEODRA. Mayo 2013 – Mayo 2015.

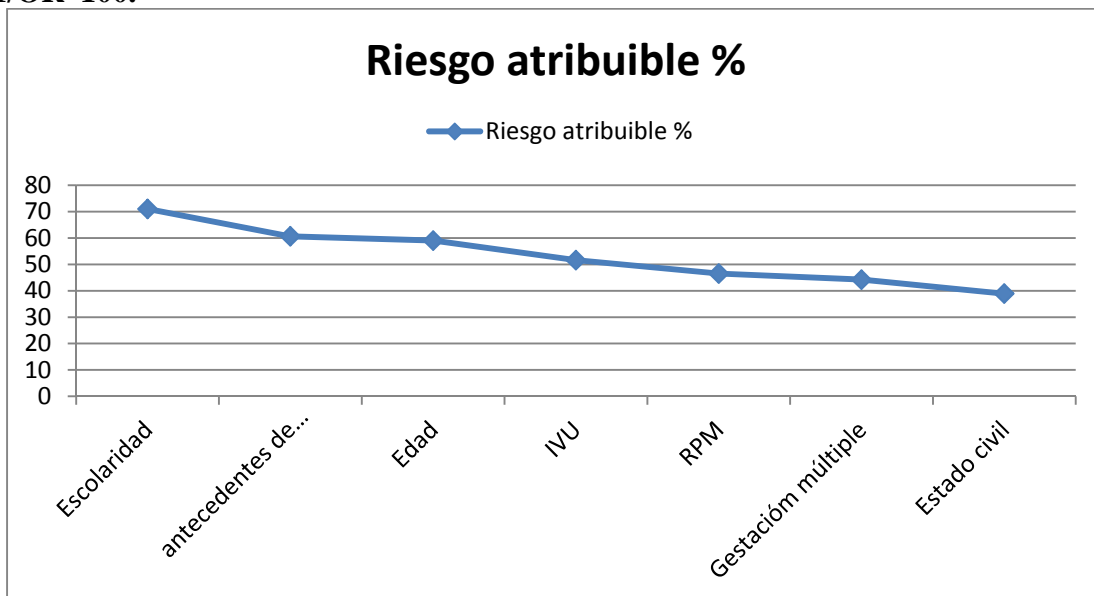
Variables	Valores	OR^a	IC 95%	Valor p< 0.05
Antecedentes de APP y PP	Si	25.7	6.6 – 99.9	0.000
	No			
IVU	Si	11.4	4.5 – 27.6	0.000
	No			
Escolaridad	Baja	11.1	4.01 – 31.18	0.000
	Alta			
RPM	No	3.32	1.7-24.2	0.012
	Si			
Edad	19 a 34 años	2.4	1.07 – 5.41	0.034
	≤18 y ≥ 35 años			

En la tabla 6, se exponen los factores de riesgo con sus respectivos porcentajes de riesgo atribuible, notándose que la escolaridad atribuye el mayor porcentaje con el 71.0 %, seguido del antecedente de APP y PP (60.6%), la edad (59 %), la IVU (51.6%), RPM (46.5%), gestación múltiple (44.2) y estado civil (38.9), resultando ser los factores de riesgo más importantes a incidir para evitar la Amenaza de parto pretérmino.

Tabla 6. Porcentaje de riesgo atribuible

Factores de Riesgo	RA%
Escolaridad	71.0
Antecedentes APP y PP	60.6
Edad	59.0
IVU	51.6
RPM	46.5
Gestación múltiple	44.2
Estado Civil	38.9

OR-1/OR*100.



Discusión

Los principales factores de riesgo de este estudio fueron la APP y parto pretérmino previos, la IVU, Escolaridad, RPM y la Edad. La principal limitación del estudio fue que durante el periodo en que se realizan rotaciones fuera del hospital no se logró recoger muestras y los expedientes clínicos no completaban por sí solos la información requerida para el estudio. Además de no contar siempre en la unidad con estudios especiales tales como urocultivo y cultivo de secreción vaginal.

Como fortaleza del estudio se destaca el control de factores de confusión durante el análisis a través de regresión logística, con lo cual se ajusta la fuerza de la asociación de los factores de riesgo.

En lo que se refiere a las variables sociodemográficas de las pacientes en estudio, se observa que la mayoría 57.8% de las participantes que presentaban APP oscilan en las edades de 18 años o menos y de 35 años a más, lo cual abarca al grupo referido por la literatura edad menor de 20 años (OR 5,93 IC95% 2,42–12, 62), Espinoza y García (2002) ⁶. El nivel educativo de la mayoría de las pacientes fue bajo (89.8 %) y 69.5% de ellas tiene pareja estable, esto concuerda con los estudios realizados en una población similar por Vilchez y Aguilar (2011)⁹ en donde se refiere al estado Civil soltera (OR 4.2 IC95% 2.2- 12.6) y Analfabetismo (OR 3.8 IC95% 2.2- 6.5) como los factores de riesgo. Con respecto a la procedencia el 65.6% de ellas provienen del área urbana, no concordando con Perugache, Cristian (2013)¹⁰ cuyo estudio muestra que la mayoría de las pacientes procedían de zona urbana (77%), quienes, según refiere, tienen mayor accesibilidad a la consulta con el especialista para la obtención de un diagnóstico temprano; sin embargo en nuestra población la accesibilidad a los servicios de salud han mejorado con los esfuerzos del gobierno por descentralizar el sector salud.

Factores de riesgo.

Al realizar el análisis multivariado ajustando el OR, encontramos que la APP y parto pretérmino previos (OR 25.7), la IVU (OR 11.4), Escolaridad (OR 11.1), RPM (OR 3.32,) y la Edad (OR 2.4), continúan siendo factores de riesgo de importancia para que se presente APP en la gestación actual; siendo los mismos factores tanto en el estudio de Kilpatrick (2006)⁸ quien encontró asociación con parto pretérmino en tercer trimestre (OR 3.3, IC95% 1.7 – 6.4), y el de

Aguilar y Vilchez (2011)⁹ quienes encontraron como uno de los principales factores de riesgo el Antecedente de parto prematuro (OR 101.79 IC95%13.6- 760.5) y la Infección de vías urinarias (OR 8.67 IC95% 3.7- 20.1), así mismo en un estudio realizado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín-Colombia ¹⁹, se observó que la mayoría de las pacientes con RPM pretérmino desencadenaban APP, finalizando con el parto pretérmino.

Contrario a lo esperado, la cervicovaginitis y caries dental no mostraron relevancia estadística, probablemente porque la prevalencia de dichas patologías es alta para ambos grupos (casos y controles).

Riesgo atribuible a los factores de riesgo.

De los factores encontrados podemos decir que la escolaridad atribuye el mayor porcentaje con el 71.0% y junto a la edad (59 %), IVU (51.6%), RPM (46.5%) y estado civil (38.9) constituyen los factores de riesgo modificables a incidir para evitar la Amenaza de parto pretérmino. Se evidenció como factores de riesgo no modificables a la gestación múltiple (44.2%) y el antecedente de parto pretérmino, siendo este último el principal para la APP con un PRA de 60.6%, haciéndose aún más importante la prevención de dicha patología desde la primigestación para lograr un impacto positivo a largo plazo sobre la reducción de la incidencia de la Amenaza de parto pretérmino.

Conclusiones

- Los factores de riesgo asociados a Amenaza de parto pretérmino fueron:
 - Antecedentes de Amenaza de parto y parto pretérmino previo.
 - Edades extremas menor o igual a 18 años y mayor a 35 años.
 - Infección de vías urinarias.
 - Ruptura de membranas pretérmino.
 - Embarazo múltiple
 - Estado civil Unión estable.
 - Bajo nivel educativo.

- El porcentaje del riesgo atribuible para cada factor de riesgo fue: escolaridad 71.0 %, antecedente de APP y PP (60.6%), edad (59 %), IVU (51.6%), RPM (46.5%), gestación múltiple (44.2%) y estado civil (38.9%).

Recomendaciones

- Al Ministerio de educación: realizar talleres de educación sexual y reproductiva, y sobre embarazo y sus riesgos en grupos vulnerables como los estudiantes de 6to grado de primaria. Además, crear programas de información y capacitación dirigidos a empoderar a las adolescentes para que asuman control sobre su cuerpo y decisiones.
- Al MINSA: Brindar controles más detallados a las pacientes ARO y considerar, desde el ingreso al CPN, el antecedente de parto pretérmino, ya que esta incrementa 14.2 veces el riesgo de padecer esta patología en el presente embarazo.
- Informar de forma clara y sencilla sobre los factores de riesgo presentes en el embarazo a cada paciente que asiste al CPN y aquellas que asisten a Planificación familiar.
- Informar a las unidades primarias de salud los resultados de este estudio y hacer énfasis en el control de las infecciones de vías urinarias realizándose la prueba de esterasa leucocitaria a través de cintas de multistick y/o urocultivo para disminuir la posibilidad de APP por esta patología.
- Realizar prevención de los factores de riesgo para la Ruptura de membranas pretérmino ya que es una patología irreversible una vez establecida.
- Continuar la práctica, ya realizada en la unidad de emergencia de este hospital, de la búsqueda de los factores de riesgo asociados a la APP en las pacientes que se presentan a este servicio, para incidir de forma eficaz y evitar nuevas consultas e ingresos por dicha patología.

Bibliografía

1. Althabe F; Carroli G y col. Parto pretérmino: detección de riesgos y tratamiento preventivo. Revista panamericana de la salud pública. OPS- OMS. 2000. P. 373- 384.
2. Ventura- Juncá, Patricio. Prematurez y bajo peso de nacimiento. En: Meneghello J, Fanta E, Puger T, et all. Editores pediatría. Capítulo 55. Editorial panamericana. Buenos Aires Argentina. 1999. P. 501- 509.
3. Martínez Guillen F. Amenaza y trabajo de parto pretérmino. En, Martínez Guillen F. Medicina perinatal basada en evidencia, publicación auspiciada por OPS/ OMS, Litografía Nicaraguense, 2005, p 18- 32
4. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de salud. “Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del alto riesgo obstétrico.” Minsa / UNICEF. Managua, Sept. 2011
5. Offenbacher S., Katz V., Fertik G. et al. Periodontal infection as a posible risk factor in preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67: 103-13.
6. Espinoza, R., Garcia, J.M. Factores de riesgo asociados al parto prematuro, en mujeres primigestas que asistieron al servicio de ginecología del HEODRA (2002), Tesis. p. 31- 39
7. García F., Pardo F., Zúñiga C.; Estudio sobre los factores de riesgo para Amenaza de parto prematuro. (2003). Revista obstétrica. p. 123- 128 Lempira, Honduras.
8. Kilpatrick SJ et al. Risk factors for previable premature rupture of membranes or advanced cervical dilation: A case control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194: 1168-75.
9. Aguilar, T., Vilchez, J.C. Factores de riesgo del parto prematuro en el HEODRA- León. (2011) Tesis. P: 43.
10. Perugache, Cristian, Estudio sobre complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el Hospital Civil de Pasto Revista UNIMAR; Vol 31, No 1 (Año 2013).
11. Goldenberg RL, Culhane FJ, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 371, Jan 5, 2008.
12. Cabero Roura L. Diagnóstico y tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro. Cap. 70. 2004. Vol 1. Edit Panamericana.
13. Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. Obstetricia. 3ra edición. Santiago de Chile. Publicaciones Tecnicas Mediterraneo 1999, 37:545 – 559
14. Swarcz R, Sala, Duverges. Obstetricia. Quinta edición, 1995:218
15. Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2007. Aug; 110 (2 Pt 1): 405 -15.
16. CDC. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease MMWR, August 16, 2002
17. Pérez Peña, Efraín. Atención Integral de la infertilidad. Aspectos psicológicos en infertilidad y pérdida gestacional recurrente. Cap. 28 (p. 451) Editorial Mex. III edición (2010)
18. Kurkinen-Räty M et al Preterm delivery for maternal or fetal indications: maternal morbidity, neonatal outcome and late sequelae in infants. *Br j obstet Gynecol* 107: 648-655, 2000.

19. Resultados perinatales de las mujeres con ruptura de las membranas ovulares entre las semanas 24 y 34 de gestación sometidas a manejo expectante en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín-Colombia. IATREIA; Vol 21, No 4-S (Año 2008).
20. Llaca Rodríguez Victoriano. Fernández Alba Julio. Obstetricia Clínica. 2002 Edit McGraw Hill.
21. Delzell JE, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam physician Feb 1, 2000.
22. Kacmaz B, Cakir O, et. Al. Evaluation of rapid urine screening test to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Jpn J Infect Dis 59, 261- 263, 2006
23. Libbus MK. Review: specific combinations of symptoms effectively rule in the diagnosis of urinary tract infection based on history alone. Evid. Based Med. 2003: 8-27.
24. ACOG PRACTICE BULLETIN. Clinical Management Guidelines for obstetrician Gynecologist. number 31, October 2001.
25. Kenyon SL et al Broad Spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomized trial. Lancet. 357: 989-94, 2001.
26. Kenyon SL et al Broad Spectrum antibiotics for preterm prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomized trial. Lancet. 357: 979-88, 2001
27. Tsatsaris V, Papatsonis D. Goffinet F et al. Tocolysis with nifedipine or beta- adrenergic agonist: a meta- analysis. Obsetet Gynecol 2001 May 97 (5 Pt 2): 840.

ANEXOS

Anexos

Ficha de recolección de la información

1.0 Características Generales

- Nombre (iniciales) _____
- Número de expediente _____
- Edad _____
- Estado civil _____
- Escolaridad _____
- Procedencia _____

2.0 Datos de la Hospitalización actual

- Fecha de ingreso _____
- Motivo de consulta _____
- Diagnóstico de ingreso _____
- Antecedentes ginecoobstétricos _____

- 2.4.1 Ritmo menstrual _____ FUM _____ FPP _____
Semanas de Gestación _____
- 2.4.2 GESTAS _____ PARAS _____ ABORTOS _____ CESÁREAS _____ ÓBITO _____
- 2.4.3 Consultas Previas por amenaza de parto pretérmino
si _____ no _____ # Veces
Tratamiento _____
- 2.4.4 Hospitalizaciones Previas por amenaza de parto pretérmino si _____ no _____ # Veces
Tratamiento _____

3.0 Factores de riesgo

► 3.1 Ingesta de bebidas alcohólicas

si ___ no ___ frecuencia _____ cantidad _____

► 3.2 Tabaquismo

si ___ no ___ frecuencia _____ cantidad _____ Tiempo _____

► 3.3 Otras Drogas si ___ no ___ Cuales _____

► 3.4 Parto pretérmino previo si ___ no ___ Fecha _____

Semanas de Gestación _____ Peso _____ vía de nacimiento

► 3.5 Embarazo múltiple actual si ___ no ___

► 3.6 Historia de infección de vías urinarias

si ___ no ___ cual:

- Cistitis -Uretritis -Pielonefritis- Bacteriuria asintomática

Fecha _____

Tratamientos: _____

► 3.7 Historia de cervicovaginitis si ___ no ___

Fecha _____

Tratamientos: _____

.8 Caries dental actual si ___ no ___

► 3.9 RPM: si ___ no ___