



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Determinación de los factores de riesgo existentes, en pacientes con
patología de mayor prevalencia en salas de internación de maternidad de
CHPR, durante el mes de octubre 2010.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Mariana Longui

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodríguez

Montevideo, Julio 2018

ÍNDICE	Pág.
RESUMEN/ABSTRACT.....	3-5
INTRODUCCIÓN.....	6-7
 <u>CAPÍTULO I</u>	
MARCO TEÓRICO:	
A) FACTORES DE RIESGO EN OBSTETRICIA.....	8-11
B) PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO.....	12-25
C) ABORDAJE TEÓRICO SOBRE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.....	26-45
 <u>CAPITULO II</u>	 46
METODOLOGÍA	
 <u>CAPITULO III</u>	 47-100
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	
 <u>CAPITULO IV</u>	 101-102
CONCLUSIONES	
 <u>CAPITULO V</u>	 103
BIBLIOGRAFÍA	
 <u>ANEXOS</u>	 104-106

RESUMEN

Se realizó un abordaje cuantitativo del objeto de estudio mediante un estudio descriptivo, prospectivo, que permitió identificar los factores de riesgo dados en la patología de mayor frecuencia en el grupo de mujeres embarazadas en estudio.

Se realizó en dos fases: 1ª) en una primera instancia se hizo un levantamiento de datos en sala cinco y siete de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), de manera de obtener los diagnósticos de ingreso dados durante un mes. De ésta manera se procesaron los datos para así conocer la patología más frecuente en éste período de tiempo, y así también poder identificar las cinco patologías subsiguientes a la principal, expuestas de mayor a menor frecuencia; y 2ª) luego de haber finalizado la primera fase y haber obtenido la patología de mayor frecuencia, se pasó a la segunda fase, la cual consistió en realizar veinticinco entrevistas aproximadamente, en base a formulario que surge a partir de la anamnesis, a mujeres embarazadas que presentaban la patología ya determinada en la primera fase, en un período de tiempo posterior. Los datos del embarazo y de la madre que fueron necesarios, se recabaron de la Historia Clínica, además de las entrevistas realizadas (v. Anexo 1)

Luego del procesamiento de los datos de las entrevistas y de las historias clínicas de las usuarias participantes, se pudo cumplir con los objetivos del trabajo, tanto el general como los específicos. Uno de los objetivos específicos se determinó en la primera fase de la investigación, el cual era identificar la patología de mayor frecuencia en pacientes internadas en sala 5 y 7 de “Crónicas” del CHPR, la cual fue la Amenaza de parto prematuro (APP), y además conocer las cinco patologías subsiguientes (infección urinaria y embarazo, hipertensión y embarazo, patologías del líquido amniótico, genitorragias y diabetes), cumpliendo con otro de los objetivos específicos. Posteriormente se realizaron las entrevistas a usuarias que estaban internadas por la patología determinada anteriormente (APP), conociendo así el objetivo general, el cual era identificar los factores de riesgo dados para tal patología, siendo éstos los siguientes:

- Insuficiente incremento de peso durante el embarazo y disminución del mismo,
- Captación tardía del embarazo (45% de las pacientes tuvo su primera consulta luego de las 12 semanas de gestación y 14% no controló su embarazo),
- El 88% de las embarazadas estuvo expuesta a humo de tabaco (36% fumadoras activas y 52% fumadoras pasivas),
- Infección urogenital (68% de las embarazadas tenía leucorrea y 50% tenía infección urinaria),
- 53% de las pacientes había tenido uno o más de un aborto.
- 53% de las embarazadas tuvo complicaciones obstétricas anteriores de las cuales la mayoría fueron por APP; y 37% tuvo partos prematuros,
- Educación: 88% no superó secundaria (de las cuales un 16% no terminó primaria y otro 16% culminó primaria),
- Examen odontológico anormal (56% de las pacientes, principalmente por focos sépticos),
- Paridad: 52% entre primigestas (24%), y multíparas (28%). La paridad cobra relevancia ya que, las gestantes nulíparas y las que tienen un número de partos igual o superior a tres, tienen aumentado el riesgo de prematuridad.
- 60% de las embarazadas no había planificado su embarazo, por lo que podría estar relacionado con repercusiones emocionales tales como ansiedad y depresión, que se ha informado de una asociación al parto prematuro, como lo describe la literatura.

De los factores de riesgo dados, algunos de ellos son modificables y otros no. Los factores de riesgo modificables son: incremento de peso materno, exposición al humo de tabaco, infección urogenital y focos sépticos. Las posibilidades de acción se basan en intentar controlar o eliminar aquellos factores removibles. En ésta etapa se cumplió con el otro objetivo específico de la investigación.

Vemos entonces, la importancia del control y seguimiento del embarazo para así favorecer la promoción y prevención, detección temprana y tratamiento de posibles patologías, que podrán determinar buenos resultados en una gestación; la educación y orientación como pilar fundamental para obtener buenos resultados obstétricos. La función de la Obstetra Partera cobra relevancia por su formación profesional, y conocer si los factores de riesgos dados en una embarazada, son modificables o no, es tener una herramienta para actuar en consecuencia y tener la posibilidad de obtener mejores resultados para el binomio madre/hijo.

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería surgió hace varios años, a partir del momento en que se reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia de personal de atención de salud capacitado en una amplia gama de aptitudes de partería (WHO, 1999). El interés internacional en la función de la partera profesional sigue siendo evidente en las estrategias mundiales para la salud de la mujer. De hecho, el fortalecimiento de la función y la participación de las parteras profesionales es un componente central en el aporte especial de la OMS a la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, Reducir los riesgos del embarazo.

El fortalecimiento de la capacidad en partería, es decir, prestar atención por personal capacitado durante el nacimiento a todas las madres, es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, en particular, y promover la salud reproductiva, en general.

Los componentes fundamentales del enfoque estratégico para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, así como para promover la salud de la mujer desde el principio hasta el final de su vida reproductiva, son:

- La redefinición de la función de la partera profesional.
- La actualización de los programas educativos para atender las necesidades de la comunidad.
- El establecimiento de normas precisas para el ejercicio de la partería a fin de determinar las competencias esenciales que deben tener los profesionales clínicos y los educadores, así como para el sistema de salud que se necesita para apoyar el funcionamiento de una partera profesional.
- El establecimiento de un marco legislativo y normativo favorable al ejercicio de la partería profesional.

Palabras clave: prematuro, entrevistas, factores de riesgo, modificables, prevención, promoción.

ABSTRACT

A quantitative approach to the study object was carried out by means of a descriptive, prospective study that allowed identifying the risk factors given in the most frequent pathology in the group of pregnant women under study.

After the processing of the data of the interviews and the medical records of the participating patients, the objectives of the work could be fulfilled. Both in general and specific. One of the specific objectives was determined in the first phase of the investigation, which was to identify the most frequent pathology between rooms 5 and 7 of the chronic patients of the CHPR (Pereira Rossell Hospital Center), which was the Threat of Preterm Birth (APP). Subsequently, interviews were conducted with users who were hospitalized for the pathology previously determined, thus determining the general objective, which was to determine the risk factors given for such pathology, being the following:

- Insufficient weight gain during pregnancy and decrease in weight,
- Late recruitment (45% of patients had their first contact after 12 weeks of pregnancy and 14% did not control their pregnancy),
- 88% of pregnant women were exposed to tobacco smoke (36% active smokers and 52% passive smokers),
- Urogenital infection (68% of pregnant women had leucorrhea and 50% had urinary infection),
- 53% of pregnant women had previous obstetric complications of which the majority were due to APP and 37% had premature births,
- Education (88% did not pass secondary school, of which 4 did not finish primary and 4 finish primary school),
- Abnormal dental examination (56% of patients, mainly due to septic foci),
- Parity: 52% between primiparous (24%) and multiparous (28%),
- 60% of pregnant women had not planned their pregnancy, so it could be related to emotional repercussions such as anxiety and depression.

Of the given risk factors, some are modifiable and others are not. The modifiable risk factors are: increase in maternal weight, exposure to tobacco smoke, urogenital infection and septic foci. The possibilities of action are based on trying to control or eliminate those removable factors. In this stage, the other specific objective of the investigation was met.

We seen the importance of the control and monitoring of pregnancy in the order to promote the promotion and prevention, early detection and treatment of possible pathologies, which may determine good results in pregnancy, education and guidance as a fundamental pillar to obtain good obstetric results.

The Midwife Obstetrician function is important for her professional training, and to know if the risk factors given in a pregnant woman, are modifiable or not, it is to have a tool to act accordingly and have the possibility of obtaining better results for the mother/child duo.

Keywords: preterm birth, interviews, risk factors, modifiable, promotion, prevention.

INTRODUCCIÓN

“A nivel mundial cada año alrededor de ocho millones de mujeres sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas fallecen más de medio millón. En la región Subsahariana (Africa) el riesgo acumulado de muerte materna en el transcurso de la vida puede llegar a una de cada dieciséis mujeres; mientras que en las naciones industrializadas la incidencia es de una cada tres mil ochocientas. La mayoría de estas muertes son evitables, aún contando con recursos limitados, pero para ello se necesita disponer de la información adecuada que permita pasar a los hechos. Cada muerte o complicación a largo plazo representa una tragedia para la mujer en sí, su compañero, hijos y familia. La mayoría de las muertes son evitables, se conocen las causas y más del ochenta por ciento de los fallecimientos se pueden evitar o prevenir”. (Horton, R. The Lancet. p.:1-4).

Según la OMS, el setenta y cinco por ciento de los embarazos pueden ser catalogados como normales y se podría realizar el seguimiento en un primer nivel de atención. El veinticinco por ciento restante necesitará de cuidados clínicos, paraclínicos y/o terapéuticos de mayor complejidad.

Es importante informar a la mujer que el control o seguimiento del embarazo por parte del equipo sanitario favorece la prevención, detección temprana y tratamiento de posibles patologías que puedan incidir negativamente en la salud de la madre, su feto y/o recién nacido.

Es indiscutible la importancia de la educación y orientación a la mujer y su pareja y/o familia durante el proceso del embarazo. La Obstetra Partera juega un rol preponderante en la salud de la mujer gestante, quien recibe educación al respecto en su formación profesional.

La importancia del tema a exponer está dada por todo lo mencionado anteriormente, las patologías que se puedan presentar en el embarazo pueden condicionar a éste para obtener buenos resultados obstétricos o no. Por ello, conocer la patología más frecuente dada en el embarazo para identificar los factores de riesgo asociados a ésta, determinar si son modificables o no y actuar en consecuencia, cobra relevancia para la función de la Obstetra Partera. Especialmente, para realizar promoción de salud y prevención de enfermedad del binomio madre-hijo/a.

Se realizó un abordaje cuantitativo del objeto de estudio mediante un estudio descriptivo, prospectivo, que permitió identificar los factores de riesgo dados en la patología de mayor frecuencia en el grupo de mujeres embarazadas en estudio.

Es así que, en el capítulo I se desarrolla el Marco Teórico de: A) Factores de Riesgo en obstetricia; B) se delinear algunas de las patologías más frecuentes durante el embarazo dentro de éste colectivo, pero sin poder delinear aún lo concreto del objeto de estudio; C) se hace posible elaborar un desarrollo teórico que se compone del conocimiento acumulado en la obstetricia y partería sobre la principal patología encontrada. En el capítulo II, se abordan aspectos metodológicos que dan cuenta de cómo se procedió para la construcción del objeto de estudio. Básicamente, se desarrolló la etapa empírica, en dos fases: fase I, identificar las patologías que dieron lugar al ingreso de embarazadas en un período dado y así procesar los datos para conocer la patología de mayor frecuencia; fase II, mediante el procesamiento estadístico de la información fue posible identificar que la causa más frecuente de ingreso fue la amenaza de parto prematuro por lo que se procedió a realizar las entrevistas a mujeres que presentaban ésta patología. En el capítulo III, se incluyen el procesamiento y análisis de datos. Se realizó en dos fases: a) primera fase de la investigación y b) procesamiento de las entrevistas. En el capítulo

IV, se plantean las conclusiones del estudio. El capítulo V, lo integra la bibliografía, y finalmente, en el anexo se adjunta documentación pertinente.

Concretamente, los objetivos de éste trabajo son:

- Objetivo general: Identificar los factores de riesgo en mujeres gestantes ingresadas en salas de internación de la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que presentan la patología de mayor prevalencia;

- Objetivos específicos: Identificar cuáles son las patologías más prevalentes en las salas de internación de la obstetricia de la maternidad; Determinar la patología más prevalente en las gestantes ingresadas; y Establecer de los factores de riesgo, cuáles son modificables y cuáles no.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

A) FACTORES DE RIESGO EN OBSTETRICIA

El parto de pretérmino o prematuro continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal en todo el mundo. Excluyendo a las malformaciones congénitas, explica 3 de cada 4 muertes perinatales y la mitad de las anomalías neurológicas de la infancia. De acuerdo a la definición de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), todo nacimiento que se produce a partir de las 22 semanas y antes de las 37 semanas, se considera un parto prematuro (Fescina et al., 2010).

El control de la gestación es una actitud preventiva que ha demostrado ser eficaz y rentable. El inicio precoz de este control permitirá la identificación de factores de riesgo existentes, o que puedan aparecer en la gestación, y la aplicación de medidas de control y asistencia adecuadas.

DEFINICIÓN

Según la Sociedad Española de Ginecología (SEGO), son todas las características o circunstancias determinables de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, se asocia con un riesgo anómalo de aparición o evolución de un proceso patológico o de una afectación especialmente desfavorable de ese proceso.

VALORACIÓN DE RIESGO

Es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones; de ahí la necesidad de evaluación continua de toda gestante en cada una de las visitas del embarazo, y cuando la paciente ingresa en el momento del parto.

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

- Factores sociodemográficos
- Antecedentes médicos
- Antecedentes reproductivos
- Factores de riesgo propios de la gestación.

La presencia de un factor de riesgo conlleva la inclusión de la gestante en un grupo determinado.

Un factor de riesgo específico puede pertenecer a dos niveles asistenciales distintos según su intensidad y la aparición de complicaciones.

Además, la identificación de más de un factor de riesgo debe ser clasificado en el nivel correspondiente al factor de mayor importancia.

- Riesgo bajo o riesgo 0. Integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes. Riesgo bajo no significa ausencia de riesgo.
- Riesgo medio o riesgo I. Gestantes portadoras de factores patológicos notablemente frecuentes pero de baja sensibilidad y especificidad. Son factores que no se asocian necesariamente a una mala evolución y resultado del embarazo, pero su presencia hace que sea más probable la aparición de complicaciones.
- Riesgo alto o riesgo II. Gestantes con factores de riesgo relativamente frecuentes, con una sensibilidad y especificidad notables. En éstas gestantes aumenta la posibilidad de aparición de complicaciones durante el embarazo y el parto. El control sanitario del embarazo debe realizarse en un centro de tercer nivel desde su inicio o desde el momento en el que aparece el factor de riesgo.
- Riesgo muy alto o riesgo III. Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes, pero con una alta sensibilidad y especificidad. En éste grupo se describen afecciones que se han identificado en los grupos de riesgo anteriores, pero en este caso las gestantes suelen necesitar atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por servicios de alto riesgo de obstetricia, y hospitalización casi de forma sistemática.

Los embarazos de bajo y medio riesgo (0 y I) serán controlados mediante el protocolo de embarazo normal.

Las pacientes incluidas en los grupos de alto y muy alto riesgo (II y III) serán controladas mediante el protocolo específico para cada caso (Castán, 2016).

FACTORES DE RIESGO INCLUIDOS EN CADA NIVEL

- Riesgo medio o riesgo I:
 - Anemia moderada.
 - Baja estatura materna (< 1,50 m).
 - Condiciones socioeconómicas desfavorables.
 - Diabetes gestacional sin tratamiento con insulina.
 - Esterilidad previa (> 2 años).
 - Gestación en mujeres < 16 años o > 35 años.
 - Incompatibilidad Rh.
 - Infección de vías urinarias o bacteriemia asintomática
 - Metrorragias durante el 1º trimestre.
 - Obesidad no mórbida: IMC 30-30KG/m2.
 - Presentación fetal anómala: no cefálica >32 semanas.
 - Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
 - Anomalías pélvicas
 - Cardiopatías de grado I
 - Control insuficiente de gestación (< 5 visitas prenatales en total o primera visita tras la semana 20 de gestación).
 - Embarazo no deseado
 - Fumadora habitual
 - Gran multiparidad (cuatro o más partos previos).
 - Incremento de peso excesivo (> 15 Kg) o insuficiente (< 5 Kg) en todo el embarazo.
 - Infecciones maternas sin repercusión fetal aparente.

- Período intergenésico < 12 meses.
 - Edad gestacional incierta.
 - Riesgo laboral.
- Riesgo alto o riesgo II:
 - Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
 - Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dl; hematocrito < 25%).
 - Cardiopatía de grado II.
 - Consumo de sustancias tóxicas: drogas, alcohol, etc.
 - Embarazo gemelar.
 - Historia obstétrica desfavorable.
 - Metrorragia en el segundo y/o tercer trimestre.
 - Obesidad mórbida.
 - Presunta malformación fetal.
 - Presunta macrosomía.
 - Cirugía intrauterina previa.
 - Diabetes gestacional tratada con insulina.
 - Endocrinopatía.
 - Infección materna (incluye: toxoplasmosis, rubéola, sífilis y citomegalovirus cuando haya evidencia de infección fetal; herpes simple genital activo, pielonefritis durante el parto, virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis B/C y estreptococo del grupo B).
 - Hidramnios/oligoamnios.
 - Afección médica materna asociada.
 - Trastorno hipertensivo de embarazo.
 - Tumoración genital.
 - Riesgo muy alto o riesgo III:
 - Amenaza de parto prematuro (< 32 semanas).
 - Crecimiento intrauterino retardado/limitado confirmado.
 - Diabetes pregestacional (tipo 1 y 2) y diabetes gestacional con un mal control metabólico.
 - Embarazo prolongado.
 - Incompetencia cervical.
 - Malformación uterina.
 - Muerte fetal anteparto.
 - Placenta previa.
 - Preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
 - Cardiopatía de grados III y IV.
 - Colestasis intrahepática gestacional.
 - Drogadicción/alcoholismo.
 - Gestación múltiple.
 - Isoinmunización.
 - Malformación fetal confirmada.
 - Afección materna asociada grave.
 - Ruptura de membranas en una gestación ptermo.
 - Riesgo de tromboembolia (Castán, 2016).

ATENCIÓN PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO

DEFINICIÓN

Estrategia que consiste en un conjunto de acciones orientadas a la prevención de las causas de morbi-mortalidad materno-neonatal en el período perinatal (28 semanas a 7-28 días de pos nacimiento).

CONJUNTOS DE ACCIONES

Identificación y manejo oportuno de los factores en tres etapas del proceso reproductivo:

- preconcepcional
- obstétrico
- perinatal.

El objetivo final de las acciones es la detección oportuna del embarazo de alto riesgo.

Las acciones frente al embarazo de alto riesgo son: la prevención (Leavell y Clark), diagnóstico, referencia y manejo médico adecuado.

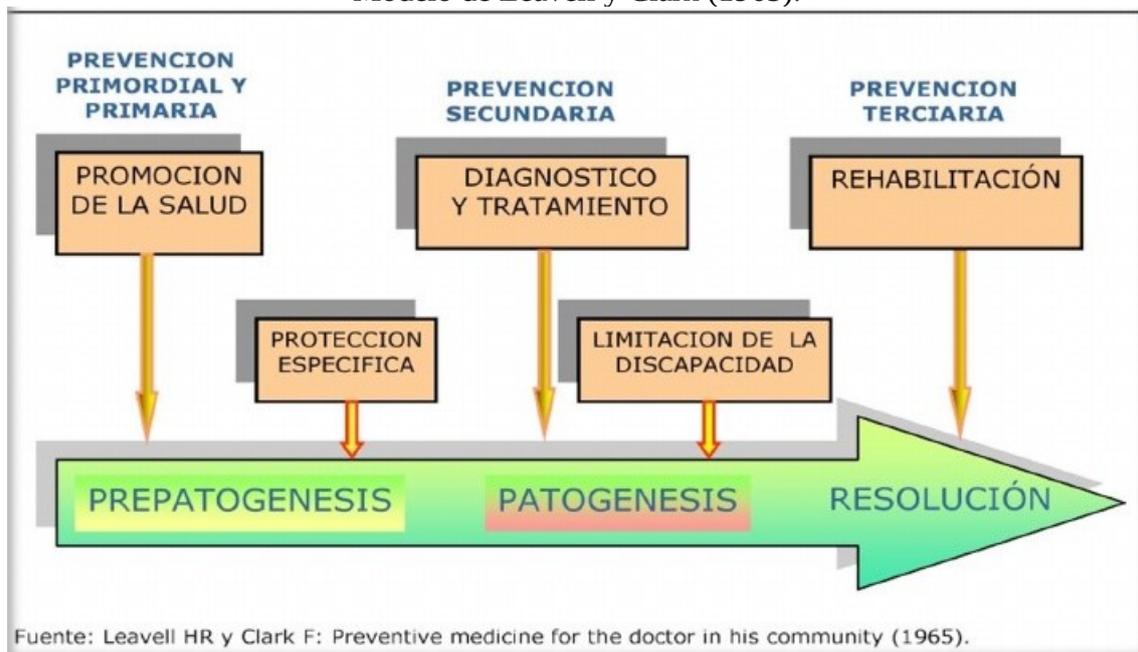
FASES DE LOS NIVELES DE PREVENCIÓN

Prevención Primaria: comprende la promoción, el fomento de la salud y protección específica.

Prevención Secundaria: comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas.

Prevención Terciaria: comprende la rehabilitación física, social y laboral buscando evitar la permanencia de secuelas, invalideces y muertes prematuras.

Modelo de Leavell y Clark (1965).



B) PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

En éste capítulo se delinearán las cinco patologías más frecuentes, subsiguientes a la principal en estudio, es decir, sin poder delinear aún lo concreto del objeto de estudio. Estas fueron, en orden de mayor a menor frecuencia, las siguientes:

INFECCIÓN URINARIA Y EMBARAZO

El término infección urinaria (IU) se refiere a la presencia de un número crítico de colonias bacterianas en la orina (generalmente mayor a 100.000/ml).

Puede ser asintomática (bacteriuria asintomática) o manifestarse por síntomas diversos tales como cistitis, síndrome uretral y pielonefritis.

Las IU bajas afectan a la vejiga mientras que las IU altas comprometen a los riñones (pielonefritis). La cistitis bacteriana puede presentar entre sus signos y síntomas disuria (dolor miccional), polaquiuria, orina turbia, ocasionalmente hematuria y frecuentemente piuria (recuento de glóbulos blancos en orina mayor a 10.000/ml). Los signos y síntomas de pielonefritis incluyen dolor lumbar, fiebre, escalofríos con temblores y mal estado general además de los síntomas de IU baja. La pielonefritis aguda es una entidad grave de las embarazadas.

Aproximadamente del 2 al 10% de las embarazadas pueden sufrir una colonización bacteriana en ausencia de síntomas. Debido a la repercusión que puede tener en la salud de la mujer gestante y de su futuro hijo toda bacteriuria asintomática que se diagnostique en el embarazo deberá ser tratada.

El tamizaje para bacteriuria asintomática mediante urocultivo está recomendado para todas las gestantes en la primera visita prenatal. Un cultivo obtenido entre las 12 y 14 semana de edad gestacional puede identificar el 80% de las mujeres gestantes con una bacteriuria asintomática. La historia clínica perinatal del CLAP/SMR recuerda solicitar una bacteriuria en la primera mitad del embarazo.

Se estima que repitiendo el urocultivo en forma mensual se puede identificar de un 1 a un 2% adicional en cada mes de bacteriurias asintomáticas. Hasta el momento no existe consenso en la frecuencia óptima para repetir los cultivos de orina. La detección temprana de una bacteriuria asintomática en una mujer embarazada es un factor de riesgo conocido de complicaciones como la pielonefritis, el parto de p̄término y el bajo peso al nacer. En vistas a reducir el riesgo de prematurez vinculado a la bacteriuria asintomática el CLAP/SMR sugiere efectuar un segundo control de bacteriuria próximo a las 28 semanas de edad gestacional.

DIAGNÓSTICO

Se considerará que una bacteriuria es positiva cuando la detección de colonias en el chorro medio de una muestra de la primera orina de la mañana, obtenida en condiciones especiales de asepsia de los genitales y colocada en un recipiente estéril, es ≥ 100.000 bacterias/ml.

TRATAMIENTO

Estudios clínicos controlados, estudios de cohorte y meta-análisis han demostrado que tratando la bacteriuria asintomática se puede reducir la incidencia de las complicaciones ya citadas.

Generalmente la elección del antimicrobiano se hará en función de la susceptibilidad del germen hallado y la inocuidad del antibiótico para el feto aunque no existe un antibiótico ideal. Tampoco hay acuerdo en la duración del tratamiento para mantener la orina estéril. Los tratamientos de 3 días parecen ser los que más se acercan a lo ideal para el tratamiento de las bacteriurias asintomáticas ya que con ellos se obtiene la mejor relación riesgo beneficio. Los regímenes de 7 a 10 días erradican la bacteriuria en el 70 a 80% de los casos y son considerados de elección para el tratamiento de las infecciones urinarias sintomáticas. Los esquemas de dosis únicas hasta el momento son desaconsejados por su menor eficacia.

SEGUIMIENTO

Dos a cuatro semanas después de haber culminado el tratamiento se deberá efectuar un nuevo urocultivo de control. En caso de ser negativo puede ser repetido unas cuatro semanas después.

No hay consenso acerca de realizar un nuevo control de urocultivo en aquellas mujeres que presentaron bacteriuria positiva a las 6 semanas del parto (Fescina et al., 2010).

HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO

La hipertensión en el embarazo es una complicación común y potencialmente peligrosa para la madre, el feto y el recién nacido. En muchos países suele ser la primera causa de mortalidad materna. Puede presentarse sola o asociada con edema y proteinuria. La presencia de edema es algo habitual en las embarazadas. Sin embargo siempre está presente en los casos de preeclampsia severa y en la eclampsia. La proteinuria es un indicador de severidad y aparece tardíamente y se relaciona en forma directamente proporcional con las cifras de presión arterial.

COMPLICACIONES:	MATERNA	FETAL- OVULAR	NEONATAL
Hipertensión Diastólica \geq 90 mm Hg. Sistólica \geq 140 mm Hg	Alteraciones del sistema de coagulación. Hemólisis. Hemorragia cerebral. Insuficiencia hepática. Insuficiencia renal. Mortalidad aumentada.	Aborto. Desprendimiento normoplacentario. Restricción del crecimiento intrauterino. Sufrimiento fetal agudo intraparto. Oligoamnios. Mortalidad aumentada.	Pequeño para la edad gestacional (PEG). Pretérmino. Síndrome de dificultad respiratoria. Depresión neonatal. Mortalidad aumentada.

(Fescina et al., 2010, p125).

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL PARTO

Las cifras tensionales tienen sus valores más bajos entre las semanas 16 y 20, incrementándose hacia el final de la gestación, siendo este aumento más notorio en los niveles de presión arterial diastólica.

Por otra parte los valores alterados de presión arterial diastólica tienen mayor valor pronóstico que los de la sistólica.

SE CONSIDERA HIPERTENSIÓN CUANDO:

- Los valores de presión Diastólica son de 90 mm Hg o mayores.
- Los valores de presión Sistólica son de 140 mm Hg o mayores.
- Aumento de la sistólica de 30 mm Hg o de la diastólica de 15 mm Hg o más, respecto a los valores normales de esa mujer fuera del embarazo.

En caso de registrar valores anormales, se debe repetir la toma de presión arterial con la mujer sentada luego de una hora de reposo en decúbito lateral. Si los valores de la segunda medida se encuentran dentro de límites normales, la gestante no deberá ser catalogada como hipertensa y deberá ser citada para control según el cronograma habitual.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

- **Hipertensión gestacional** (Hipertensión transitoria o inducida por el embarazo), se trata de una hipertensión que se diagnostica por primera vez luego de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. La presión vuelve a la normalidad antes de las 6 semanas del parto.
- **Preeclampsia**, se trata de un estado hipertensivo que se diagnostica luego de las 20 semanas del embarazo, se acompaña de proteinuria y revierte en los días sucesivos al parto.
- **Eclampsia**, se denomina así a la preeclampsia que sobreagrega convulsiones y o coma. La eclampsia es una complicación obstétrica de extrema gravedad y alta mortalidad materna y fetal.
- **Hipertensión crónica**, es cuando se constata hipertensión fuera del embarazo o en las primeras 20 semanas del embarazo.
- **Preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica**, sobre un proceso hipertensivo crónico, aumentan las cifras de presión arterial y se instala una proteinuria que desaparece con la finalización del embarazo.

FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL Y PRE-GESTACIONAL

- Nuliparidad
- Adolescencia
- Edad > de 35 años
- Embarazo múltiple
- Obesidad
- Historia familiar de pre-eclampsia – eclampsia
- Pre-eclampsia en embarazos anteriores
- Diabetes mellitus pregestacional
- Antecedentes de trombofilias
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades autoinmunes.

PREVENCIÓN

La principal medida preventiva es estimular el control prenatal precoz, periódico y completo, con el objetivo de remover aquellos factores de riesgo que se asocien con la hipertensión arterial. Otras medidas de salud pública de limitada efectividad incluyen las dietas con aceites ricos en ácidos grasos marinos y en poblaciones con dietas bajas en calcio promover la suplementación de la dieta con calcio.

CONDUCTA

Las mujeres gestantes con hipertensión arterial, deberán ser asistidas de acuerdo a la norma nacional de alto riesgo.

En todas las situaciones:

Asegúrese de contar con los recursos necesarios para asistir a esta mujer, de lo contrario derive al nivel de atención adecuado. Son **recursos necesarios** (personal entrenado en manejo de paciente crítico, oxígeno, laringoscopio, tubos endotraqueales, máscara, bolsa, hidralazina o nifedipina, sulfato de magnesio y gluconato de calcio al 1%).

- La gestante debe estar acompañada por personal de salud en todo momento.
- Cateterice una vena de grueso calibre (cánula 16 o superior).
- Infunda fluidos.
Solución salina o lactato Ringer, 200 cc/hora (si no hay edema pulmonar).
- Coloque catéter vesical con bolsa colectora (para medir diuresis).
- Administre medicamentos anti hipertensivos si la presión diastólica es ≥ 110 mm de Hg. Buscando estabilizarla entre 90 y 100 mm de Hg. Según esquema “opciones terapéuticas con anti hipertensivos”.

PATOLOGÍAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

El líquido amniótico (LA) es el medio ambiente del feto a lo largo de su desarrollo; la valoración del volumen de LA tiene un triple interés: a) el exceso o déficit tiene una relación directa con el desarrollo fetal; b) las variaciones patológicas en el volumen se relacionan con la evolución perinatal, y c) los trastornos del volumen se asocian a diversas alteraciones fetales y algunas maternas. El LA aumenta rápidamente de volumen una vez se ha producido la fusión del amnios envolvente y el corion y se produce el saco amniótico; así pues, a las 12 semanas, el volumen puede alcanzar 50 ml, a las 20 semanas es alrededor de 400 ml y puede alcanzar a las 36-38 semanas un volumen aproximadamente de 1000 cm³. A medida que la gestación se acerca al término del embarazo el volumen tiende a disminuir.

La estimación del volumen de LA constituye uno de los pasos obligados en la práctica de la ecografía obstétrica. Para valorar la cantidad de LA hay dos aspectos a tener en cuenta: la disminución en el volumen del LA y, por otra parte, su aumento.

El LA puede ser valorado de forma cualitativa (subjetiva) o cuantitativa (objetiva; según unas reglas determinadas); de una u otra forma, la apreciación de una cantidad de LA normal o disminuida se ha comprobado que presenta poca variación intraobservador o interobservador y es independiente de la experiencia del observador.

OLIGOHIDRAMNIOS

Se considera oligohidramnios o también llamado oligoamnios, cuando la cantidad de LA es inferior a 250 ml estando intactos el amnios y el corion. Se ha considerado como un indicador de afectación fetal crónica, y constituye, actualmente, una de las variables aplicadas en el perfil biofísico introducido por Manning e incluido también en posteriores modificaciones practicadas al mismo por otros autores. El oligohidramnios se ha asociado a síndrome de dismadurez: restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), gestación cronológicamente prolongada (GCP) y malformaciones congénitas, sobre todo las relacionadas con el aparato urinario.

El vínculo del RCIU, la GCP y otras alteraciones con oligohidramnios, se relaciona con una redistribución del gasto cardíaco fuera de las áreas pulmonares y renales lo que conduciría a la disminución de la producción de orina del feto y a la disminución del LA.

El pulmón fetal para su desarrollo y madurez, requiere de una determinada cantidad de LA relacionada con la edad gestacional. El escaso volumen de LA o su inexistencia puede conducir, entre otras alteraciones, a una hipoplasia pulmonar según la etapa de la gestación en la que se produzca. Nimrod et al, en sus trabajos a cerca de la influencia de la rotura prematura de membranas, llegaron a la conclusión de que el riesgo de hipoplasia pulmonar secundaria a la rotura prematura de membranas era de 1,4 % después de las 24 semanas de gestación y del 25 % cuando la rotura de membranas se producía antes de ese tiempo.

El riesgo de hipoplasia pulmonar no sólo está en función de la edad gestacional en que se produce el oligoamnios, sino que también depende del período de latencia.

La confirmación es ecográfica. Las técnicas de medición del LA más utilizadas son:

1. La de Chamberlain, que mide la profundidad o diámetro vertical de la cisterna mayor de LA: **I** inferior a 1 cm. u oligoamnios
II de 1 a 2 cm. o marginal
III de 2 a 8 cm. o volumen normal
IV superior a 8 cm. o hidramnios

2. La técnica de los 4 cuadrantes o índice de LA: se divide el útero en 4 cuadrantes a partir de 2 rectas perpendiculares a nivel de la cicatriz umbilical, se miden y suman las 4 alturas verticales de las bolsas de LA más profundas y se constituye el I.L.A.:
 - de 0 a 5 cm. oligoamnios
 - de 5,1 a 8 cm. marginal
 - de 8,1 a 18 cm. volumen normal
 - de 18,1 a 25 cm. exceso
 - superior a 25 cm. hidramnios

POLIHIDRAMNIOS

El oligohidramnios es una manifestación clínica o un hallazgo ecográfico que se asocia comúnmente a trastornos fetales o de sus anejos más que a trastornos maternos; por el contrario, en el polihidramnios (PH) las diferencias entre uno u otro origen de este trastorno no son tan evidentes, y diversas alteraciones fetales y maternas conducirán a la expresión clínica y ecográfica de PH. Las enfermedades maternas con más frecuencia se asocian a PH, entre las que se encuentran la isoimmunización y la diabetes, se controlan mejor y por este motivo su incidencia es cada vez menor y, en cambio, el signo de alarma que representa el exceso a LA, incide cada vez más en el diagnóstico de afectación fetal, malformativa o no.

Se define, clínicamente, como la presencia de un volumen excesivo de LA. Desde el punto de vista cuantitativo se ha considerado como PH un volumen de LA mayor de 2.00 ml. Se valora un exceso de LA clínicamente por: 1) tamaño uterino mayor que lo correspondiente a la edad gestacional; 2) la dificultad en delimitar el feto en las maniobras de Leopold; 3) la dificultad en auscultar los latidos fetales; 4) peloteo fetal y 5) un hallazgo retrospectivo en el momento de la amniorrhexis. El PH puede clasificarse en relación al tiempo en que se hacen evidentes las manifestaciones clínicas o bien en función de su intensidad; Queenan y Gadow, de esta forma, clasificaron el PH como agudo o crónico en función del tiempo que el cuadro tarda en hacerse clínicamente evidente. El mayor porcentaje de casos corresponde al PH crónico, con un incremento de LA progresivo. Cuando el PH se produce de forma brusca en pocos días se habla de PH agudo.

Su incidencia oscila entre 0,20-1,6 %.

Se hallan implicados diversos factores en la regulación del volumen de LA; entre ellos: la deglución fetal, la micción fetal, el flujo útero-placentario, los movimientos respiratorios fetales, la fisiología de las membranas y otros. Su etiología ha sufrido algunas modificaciones en los últimos años que, junto con los avances en medicina fetal, han incidido en: a) un descenso en la incidencia de eritroblastosis fetal; b) un mejor control de la paciente diabética, lo que ha producido una disminución no sólo del número de PH, sino también de las malformaciones congénitas asociadas a la diabetes, y c) un diagnóstico de alteraciones maternas y/o fetales que ha hecho disminuir la incidencia de PH idiopático (Fescina et al., 2010)

GENITORRAGIAS Y EMBARAZO

Dentro de las genitorragias y embarazo encontramos:

AMENAZA DE ABORTO

El aborto se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o antes de las 22 semanas. Podemos clasificarlos en: aborto inseguro (o aborto en condiciones de riesgo), aborto habitual (repetición de tres o más abortos espontáneos consecutivos o de cinco o más sucesivos), aborto completo (expulsión o extracción total del huevo), aborto incompleto (expulsión o extracción parcial del huevo), aborto espontáneo (cuando sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación), aborto frustrado (aborto diferido o huevo muerto y retenido), aborto terapéutico (se realiza con fines terapéuticos por enfermedades en las que el embarazo ponen en riesgo la vida materna) y aborto terapéutico fallido (interrupciones legales que fracasan).

En esta entidad el producto concepcional se encuentra dentro de la cavidad uterina.

El diagnóstico se realiza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas y/o metrorragia y al examen genital el canal cervical está cerrado.

La conducta variará. Se recomendará reposo físico, psíquico y sexual hasta la desaparición de la sintomatología. Se esperará primero que disminuyan las contracciones y con ello el dolor y el sangrado. En este período se intentará definir la causa y tratarla.

EMBARAZO ECTÓPICO

Se define como la implantación del embarazo fuera de la cavidad endometrial, ocurre aproximadamente en 1 % de los embarazos. Contribuye con un 10 a 15 % a la mortalidad materna en países desarrollados cuando se asocia a rotura tubárica.

Existen factores de riesgo para embarazo ectópico (EE), pero más de la mitad se presentan en mujeres sin factores de riesgo conocidos.

Se sospechará un embarazo ectópico en mujeres con dolor abdominal y prueba de embarazo positiva con o sin hemorragia vaginal. La triada clásica de amenorrea, sangrado y dolor abdominal se presenta en menos del 50 % de los casos. Toda paciente con sospecha o diagnóstico de EE deberá ser asistida en una institución que brinde cuidados ampliados de emergencia obstétrica.

Como apoyo al diagnóstico están la prueba de embarazo cuantitativa, fracción Beta de Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG), la ecografía, la culdocentesis y la laparoscopia.

Las pacientes con EE roto se presentan con signos de choque, incluyendo hipotensión, taquicardia, signos de irritación peritoneal. Sin embargo, la mayoría de las pacientes se presentan antes de la ruptura, con manifestaciones inespecíficas; los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal (el cual es típicamente intermitente y pocas veces excede el volumen de un flujo menstrual normal), dolor pélvico y dolor abdominal tipo cólico.

El tratamiento del EE puede ser expectante, quirúrgico o médico.

ABRUPTIO PLACENTAE

El abrupcio placentae o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) se define como el desprendimiento o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normoinserta antes del nacimiento del feto y después de la semana 20 de gestación. Puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.

Se presenta aproximadamente en el 1 % de las gestaciones, con una mortalidad fetal de 1 en 500 a 750 nacimientos especialmente por prematuros.

Corresponde al 30 % de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, asociado a una tasa de mortalidad materna de 1 %. Está asociado, pero no limitado, a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía.

Factores predisponentes

- Antecedentes de DPPNI
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- Parto prematuro y ruptura prematura de membranas
- Sobredistensión uterina
- Enfermedad vascular
- Anomalías o tumores uterinos
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol
- Consumo de cocaína y drogas vasoconstrictoras que afectan el flujo placentario y la integridad decidual
- Trauma abdominal o manipulación uterina
- Deficiencias nutricionales (folatos)
- Trombofilias
- Cordón umbilical corto.

Clasificación

- Grado 0: asintomático, el diagnóstico es retrospectivo y por anatomía patológica
- Grado I: es leve, representa aproximadamente el 48 % de los casos. La paciente se presenta con sangrado vaginal leve o ausente (hemorragia oculta), ligera sensibilidad uterina, frecuencia cardiaca y tensión arterial maternas normales, no asociado a coagulopatía ni alteraciones del estado fetal.
- Grado II: es moderado y representa el 27 % de los casos. El cuadro clínico es sangrado vaginal moderado o ausente (hemorragia oculta), sensibilidad uterina moderada a grave con posibles contracciones uterinas tetánicas (hipertonía uterina), taquicardia materna y cambios ortostáticos en la presión arterial, sufrimiento fetal e hipofibrinogenemia (50-250 mg/dl).
- Grado III: es intenso y representa el 24 % de los casos. La paciente manifiesta sangrado vaginal abundante o ausente (hemorragia oculta), útero hipertónico muy doloroso, choque materno, hipofibrinogenemia (< 150 mg/dl), coagulopatía y muerte fetal.

La presentación clínica varía ampliamente desde un sangrado asintomático hasta presentación con muerte materna y perinatal. La clásica manifestación incluye sangrado vaginal usualmente oscuro, dolor abdominal y contracciones uterinas.

El diagnóstico es clínico.

La hemorragia oculta se presenta en un 20 % de los casos dentro de la cavidad uterina (coagulo retroplacentario) con el paulatino desprendimiento de la placenta que puede ser completo, asociado frecuentemente a complicaciones graves. Aproximadamente un 10 % de esta forma de abruptio placentae está asociado con coagulopatía (coagulación intravascular diseminada). La forma externa o visible de hemorragia se presenta en un 80 % de los casos. En estos casos el sangrado drena a través del cérvix, el desprendimiento de la placenta puede ser completo y las complicaciones son menos frecuentes y graves.

Los patrones de frecuencia cardíaca fetal asociados con DPPNI manifiestan un sufrimiento fetal que pueden llegar a la muerte fetal.

El manejo del DPPNI depende de la presentación del cuadro clínico, de la edad gestacional y del grado de compromiso materno-fetal. El objetivo principal del manejo del DPPNI es evitar la morbi-mortalidad materna y morbi-mortalidad fetal, por lo tanto debe realizarse en niveles con disponibilidad de sangre y cirugía.

PLACENTA PREVIA

El termino placenta previa se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) del cérvix y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 20 de gestación.

Tradicionalmente la placenta previa ha sido catalogada en cuatro tipos:

- o Placenta previa completa: la placenta cubre completamente el OCI.
- o Placenta previa parcial: la placenta cubre parcialmente el OCI.
- o Placenta previa marginal: la placenta esta cercana al OCI, pero no lo cubre.
- o Placenta de inserción baja: se extiende en el segmento inferior pero no sobre el OCI.

La placenta previa complica aproximadamente el 0.3 al 0.5 % de los embarazos, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0.3 % de los casos. La tasa de mortalidad perinatal se incrementa 3 a 4 veces frente a embarazos normales.

La morbilidad materna asociada a placenta previa incluye: hemorragia anteparto, necesidad de histerectomía, hemorragia intraparto, hemorragia postparto, transfusión, septicemia y tromboflebitis.

Diagnóstico clínico y paraclínico

La presentación clínica clásica de placenta previa es sangrado sin dolor en la segunda mitad del embarazo. Algunas pacientes pueden presentar sangrado con dolor probablemente secundario al inicio de actividad uterina.

La mayoría de las pacientes con placenta previa son diagnosticadas por ecografía durante el segundo trimestre de la gestación.

La ecografía transvaginal de mayor precisión que la abdominal, tiene una sensibilidad de 87.5 %, especificidad de 98.8 %, valor predictivo positivo de 93.3 % y valor predictivo negativo del 97.6 %, lo que convierte este método en el estándar de oro para el diagnóstico.

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa al final del embarazo, tienen una mayor probabilidad de persistencia de esta localización al momento del parto. Las

pacientes con diagnóstico alrededor de la semana 20 de gestación deben ser evaluadas para confirmar el diagnóstico.

Manejo expectante de placenta previa

La tasa de mortalidad perinatal en placenta previa relacionada con parto pretérmino, puede disminuirse mediante manejo conservador expectante y el nacimiento tan cercano al término como sea posible.

Confirmación de diagnóstico	Realización de ecografía pélvica y/o transvaginal más doppler en casos indicados.
Uteroinhibición	Sólo cuando existan contracciones uterinas en embarazo pretérmino.
Inductores de maduración pulmonar	Edad gestacional entre 24 a 34 semanas.
Finalización del embarazo	Cesárea electiva entre semana 36 y 37. Cesárea en placenta previa oclusiva total y parcial.

En mujeres que presentan sangrado, se deberá ser cuidadoso con la exploración vaginal. El objetivo es prolongar la gestación en especial con embarazos menores a 32 semanas mientras el sangrado sea moderado y sin inestabilidad hemodinámica.

La cesárea deberá ser electiva y realizarse una vez alcanzado el término (de ser posible) ya que la cesárea de emergencia incrementa el riesgo de sangrado en 50%. Cuando la placenta es anterior existe mayor riesgo de sangrado durante la cesárea por incisión a través de la placenta.

Las gestantes con placenta previa marginal, si la distancia desde el OCI a la placenta es mayor de 2 cm en la última evaluación ecográfica realizada entre la semana 35 y 36 de embarazo, se puede llevar al parto vaginal de manera segura.

Las pacientes con sangrado masivo o actividad uterina deben hospitalizarse con la colocación de dos accesos venosos número 16-18 y la toma oportuna de hemograma, hemoclasificación y reserva de productos sanguíneos (Fescina et al., 2010).

DIABETES Y EMBARAZO

Se estima que de cada 200 mujeres embarazadas una sufre diabetes mellitus (DM) (0.5%) y que cada 100 mujeres embarazadas 2 a 17 desarrollarán una diabetes gestacional (DG).

La frecuencia del problema es poco conocida en instituciones Latinoamericanas por la falta de estudios epidemiológicos poblacionales, esto condiciona una falsa “baja prevalencia” debido al subdiagnóstico.

En general los casos de diabetes mellitus que concurren al control prenatal suelen ser claramente identificables por presentar antecedentes familiares de la enfermedad, sintomatología clínica, historia obstétrica con malos resultados o hallazgos obstétricos orientadores claros que permiten hacer un diagnóstico sin dificultades. No es tan sencillo diagnosticar diabetes gestacional de la población general, para ello se requiere el empleo de procedimientos de detección.

Diabetes gestacional:

Se considera diabetes gestacional a la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad y evolución variables que se reconoce por primera vez durante la actual gestación. Esta definición es aplicable en forma independiente de si se utiliza o no insulina como tratamiento o si la alteración persiste después del embarazo. Tampoco excluye la posibilidad de que la diabetes haya podido estar presente antes de la gestación.

Tamizaje clínico:

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar los siguientes factores de riesgo:

Antecedentes

- Presencia de diabetes en familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos).
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Muertes perinatales de causa desconocida.
- Abortos espontáneos a repetición de causa desconocida.
- Polihidramnios a repetición.
- Macrosomía (RN con peso \geq 4000 gramos).
- Malformaciones fetales.

Actuales

- Edad materna \geq 30 años.
- Obesidad al inicio del embarazo con índice de masa corporal (IMC) mayor a 26.
- Ganancia excesiva de peso durante el embarazo.
- Pre-eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo).
- Polihidramnios en el embarazo actual.
- Infecciones a repetición (ej.: urinaria, genital).

Tamizaje paraclínico:

Aunque no hay consenso total en la literatura médica acerca del tamizaje universal de DG en todas las embarazadas, la implantación de programas destinados a la detección de la DG en forma universal puede justificarse por:

- La elevada morbimortalidad perinatal que la acompaña en aquellos casos que no es diagnosticada oportunamente.
- Que más de la mitad de los casos de DG desarrollan con el tiempo diabetes mellitus clínica.
- La posibilidad cierta de problemas postnatales vinculados a las hiperglucemias del embarazo, tales como obesidad y diabetes.
- La existencia de procedimientos diagnósticos de relativa sencillez, de aceptable eficacia y de coste no exagerado.
- Que se puede mejorar notoriamente los resultados si el diagnóstico es precoz y el tratamiento adecuado y oportuno.

Estudios realizados demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida de las mujeres a los tres meses del nacimiento.

Glicemias en ayunas

Hay evidencias, aunque no existen acuerdos, sobre la utilidad de las glicemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional que sugieren que muestras aisladas de glicemias podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). Se recomienda realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal (como se encuentra en un fragmento de la Historia Clínica Perinatal (HCP)).

En caso de obtenerse una glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dL deberá repetirse el examen y en caso de registrarse nuevamente cifras de glucosa en sangre ≥ 105 mg/dL se habrá hecho el diagnóstico de diabetes gestacional. Si la nueva determinación es menor a 105 mg/dL, deberá efectuarse una prueba de tolerancia a la glucosa.

En aquellos entornos en los que no se cuente con la posibilidad de efectuar una PTOG entre las 24 y 28 semanas de gestación, la glicemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para despistar la existencia de una diabetes gestacional. Por esa razón se incluyó en la HCP un recordatorio para efectuar una nueva glucemia a principios del tercer trimestre de gestación.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa

Hay acuerdo general en realizar una PTOG entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.

- En los tres días previos se permitirá dieta libre.
- La mujer concurrirá al examen por la mañana y con un mínimo de 8 horas de ayuno.
- En reposo, sentada y sin fumar.
- Habiendo descartado infecciones intercurrentes.
- Se extraerá muestra para glicemia en ayunas (valor normal < 105 mg/dL).
- Se dará a beber en no más de 5 minutos 75 g de glucosa diluidos en 250 a 300 ml de agua con 5 a 10 ml de jugo de limón.
- A las dos horas se obtendrá una segunda muestra de glicemia (valor normal < 140 mg/dL).

Criterios diagnósticos de confirmación

- Dos glucemias en ayunas ≥ 105 mg/dL.
- Glucemia ≥ 140 mg/dL a las dos horas, en una PTOG con 75 g de glucosa.

Clasificación de los estados diabéticos en el embarazo

1. Diabetes pregestacional.
 - Tipo I (insulinodependiente o juvenil)
 - Tipo II (no insulinodependiente o del adulto)
2. Diabetes gestacional.
 - A1: glucemia en ayunas menor a 105 mg/dL con PTOG anormal.
 - A2: glucemia en ayunas ≥ 105 mg/dL hasta 129 mg/dL.
 - B1: glucemia en ayunas ≥ 129 mg/dL.

En caso de confirmación diagnóstica se debe derivar a la gestante a control de alto riesgo. La evaluación de alto riesgo estará dirigida entre otras cosas a determinar al perfil glicémico diario, con el se determinarán los niveles de glucosa basales y postprandiales a lo largo del día. También se realizará hemoglobina glicosilada y fructosamina para determinar cómo ha estado el control metabólico en los meses previos.

Reclasificación de la diabetes gestacional después del parto

A partir de los 42 días del puerperio se repetirá una prueba de tolerancia oral a la glucosa dado que las condiciones metabólicas suelen variar. Con este examen se reclasificará a la mujer como diabética en caso de confirmarse persistencia de los valores de glicemia en ayunas ≥ 105 mg/dL o ≥ 10 mg/dL a las dos horas post carga de 75 g de glucosa (Fescina et al., 2010).

C) ABORDAJE TEÓRICO SOBRE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Puesto que la patología identificada como más frecuente la constituye la amenaza de parto prematuro, (en adelante, APP), se justifica realizar un abordaje teórico sobre el tema, que incluya: Antecedentes Históricos

Definición

Diagnóstico

Etiología

Causas clásicas

Factores de riesgo

Evaluación del riesgo de parto prematuro espontáneo

Estrategias de prevención del parto prematuro

Consideraciones que rodean al parto pretérmino

Tratamiento

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El parto prematuro (en adelante, PP), conocido como el que tiene lugar entre las 22-37 semanas de amenorrea, es la principal causa, junto al retraso de crecimiento intrauterino de morbilidad y mortalidad perinatales; el 60% de la mortalidad neonatal proviene de los niños nacidos antes de las 30 semanas y la mitad de las secuelas neurológicas se observa en los neonatos antes de las 32 semanas.

El 60% de los partos prematuros son espontáneos y, en esta situación casi siempre están precedidos de una amenaza de parto prematuro (APP). Ésta se sitúa en el primer puesto de las complicaciones y de las causas de hospitalización durante el embarazo. Como ejemplo, en Francia, en 1998, el 20% de las mujeres gestantes ingresó en un hospital durante su embarazo. Entre ellas, casi el 38% lo fue por una APP (Kayem et al., 2006).

Su incidencia es cada vez mayor y, para otros autores, junto a las malformaciones congénitas, es la principal causa de morbimortalidad perinatal. Aunque la mejoría en los cuidados perinatales ha servido para aumentar en gran medida la supervivencia de los recién nacidos pretérminos, el coste tanto social como familiar que generan y el riesgo de secuelas que presentan los que sobreviven, hacen que la prevención de la prematuridad sea uno de los mayores retos (Melchor, 2005).

El porcentaje total mundial de Prematurez es del 9,6 %; en los países más desarrollados es de 7,5 % y en los países menos desarrollados es de 8,8 %.(Bull World Health Organ 2010; 88; 31-38).

En nuestro país se sitúa en primer lugar el parto pretérmino con un 12,3%, el Bajo Peso al Nacer (BPN) en segundo lugar con un 7,9% y en tercer lugar los Defectos Congénitos con un 3-4% como causas de mayor morbimortalidad. Entre los BPN los dos tercios son pretérminos; entre los pretérminos más del 43% son BPN (Cuadro, Dominguez, Sosa, comunicación personal, 19/11/10).

Según el “Informe de Gestión Maternidad 2009. Procesamiento de datos SIP” del centro Hospitalario Pereira Rossell, la **Evolución de Nacimientos Prematuros** (edad gestacional menor a 37 sem) ocurridos en el Hospital de la Mujer (en porcentaje), período de tiempo 2005-2009:

	año	año	año	año	año
	2005	2006	2007	2008	2009
Nacidos vivos*	7771	8536	8084	7833	7990
Prematuros	1352	1341	1342	1341	1212
% prematuros	17,4 %	15,7 %	16,6 %	17,1 %	15,2 %

* Incluye nacidos vivos en ciudad y otras instituciones con posterior derivación al H. de la Mujer

La distribución de **Patologías Maternas** en nacimientos ocurridos en el Hospital de la mujer* (Año 2009):

Tipo de Patología	Nº de Patologías	% de Patologías
Rotura prematura de memb.	814	10,1 %
Infección urinaria	706	8,8 %
Amenaza de parto prematuro	686	8,5 %
Anemia crónica	371	4,6 %
R.C.I.U	312	3,9 %
Preeclampsia	242	3,0 %
Hipertensión previa	171	2,1 %
Diabetes	140	1,7 %
Hemorragia 3º trimestre	116	1,4 %
Otras infecciones	75	0,9 %
Infección puerperal	38	0,5 %
Eclampsia	11	0,1 %

* Incluye nacimientos en ciudad y otras instituciones con posterior derivación al H. de la Mujer

La distribución de los fallecidos **según causa de muerte** Servicio de Recién Nacidos Año 2009:

Causas	Nº de fallecidos*	%
Malformaciones congénitas	17	27,4 %
Pretérmino extremo	22	35,5 %
Infección intrahospitalaria	3	4,8 %
SHI	12	19,4 %
Infección connatal	8	12,9 %
Otras	0	0 %
Total	62	100 %

* Incluye los RN trasladados (por la coordinadora) desde Montevideo, Interior del país al H. de la mujer y luego fallecidos

DEFINICIÓN

La APP se define por la presencia de contracciones uterinas asociadas a modificaciones cervicales. En la actualidad, por lo general las contracciones uterinas son las que llevan a las pacientes a consultar y pueden bastar por sí mismas para motivar la hospitalización. Por esta razón, actualmente se define a la APP como el desencadenamiento de un patrón contráctil inapropiado para la edad gestacional en presencia o ausencia de modificaciones cervicales. Dicha definición es acorde para el año en el cual fue realizada tal investigación; ya que el trabajo fue entregado en el presente año (2018), se considera necesaria la definición actualizada. Por tal motivo, la amenaza de parto pretérmino se define como, la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación. No obstante, éstos parámetros presentan una baja sensibilidad y especificidad para predecir el parto pretérmino (Clínic Barcelona, 2018).

No obstante, estos signos son poco específicos y solo un 20-40 % de las pacientes hospitalizadas por APP tiene un parto prematuro. Por tanto, el diagnóstico y el tratamiento de la APP plantean dos tipos de dificultades: la identificación de las pacientes con mayor riesgo de parto prematuro y la elección de un tratamiento adecuado en función del nivel de riesgo y de la causa supuesta de la APP (Kayem et al., 2006).

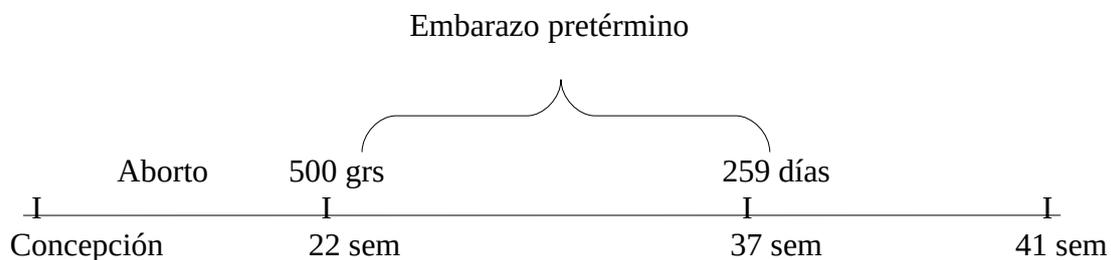
Se puede clasificar a la prematuridad como:

Prematuridad extrema: de 22-27 semanas

Prematuridad severa: 28-32 semanas

Prematuridad moderada: 33-34 semanas

Prematuridad leve: 35-36 semanas



DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico hay que tener en cuenta tres factores:

- Edad gestacional menor a 37 semanas;
- La paciente no debe encontrarse en trabajo de parto;
- Presentar contracciones uterinas documentadas por encima del p90 para la edad gestacional y modificaciones cervicales con membranas intactas dadas por: dilatación del canal y orificio cervical interno, o cuello acortado.

ETIOLOGÍA

Se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo. Esta diversidad de factores encontrados hace que aún se hable de una etiopatogenia multifactorial del parto prematuro (Schwarcz et al., 2005).

Las etiologías del parto prematuro pueden subdividirse en factores de riesgo y en causas directas. En la práctica, la distinción es difícil, porque el límite entre causa y factor de riesgo es poco preciso. Se intenta establecer una relación causal entre un factor de exposición y el parto prematuro cuando existe una explicación fisiológica científica, cuando existe una asociación fuerte con el parto prematuro y cuando la prevención o el tratamiento de este factor pueden prolongar la gestación. Si no se cumplen todos estos parámetros, se habla de causas indirectas (o factores de riesgo). Esta distinción conlleva una parte de arbitrariedad, porque a veces es difícil afirmar una relación causal (Kayem et al., 2006).

CAUSAS CLÁSICAS DEL PARTO PREMATURO

Se consideran como factores directos las causas infecciosas, uterinas y placentarias.

Causas uterinas

La APP se relaciona con una distensión uterina o con una incompetencia istmocervical.

Insuficiencia istmocervical

La incompetencia istmocervical se define de forma clásica por un problema mecánico funcional del cuello uterino que se traduce en un aborto tardío en el 2º trimestre sin que la paciente sienta contracciones uterinas. Desde el punto de vista clínico, se admite que se trata, en la forma típica, de un fenómeno que aparece de forma súbita, imprevisible, precedido de ninguna o pocas modificaciones cervicales clínicas. No obstante, es posible que los partos muy prematuros o las rupturas de membranas antes de las 32 semanas se relacionen también con una insuficiencia istmocervical. Se piensa en éste diagnóstico con base en los antecedentes de las pacientes cuando existen datos previos de aborto tardío o de parto muy prematuro (Kayem et al., 2006).

El cerclaje cervical es una medida que ha demostrado ser eficaz en las pacientes de riesgo. Éste realizado en pacientes de riesgo es una técnica que, aunque no disminuye la tasa de partos pretérminos, sí que mejora enormemente las cifras de supervivencia neonatal. Ésta intervención debe evitarse en aquellas pacientes en las que no sea seguro su beneficio pues además de los riesgos inherentes a los de una intervención quirúrgica se sumarían los propios de la infección o de la estimulación de las contracciones uterinas (Melchor, 2003).

Malformaciones uterinas

Las causas clásicas son sobretodo las malformaciones uterinas: útero hipoplásico, unicornio, bicorneo o tabicado. El riesgo de parto prematuro sería del orden del 25-47 %.

El dietilestilbestrol (DES) es una hormona sintética análoga a los estrógenos. Se utilizó en la década de 1960 con la intención de reducir el riesgo de aborto precoz, de hipertensión arterial gestacional durante el embarazo y de parto prematuro. Su empleo se interrumpió en 1971 en Estados Unidos y en Francia en 1977 ante la constancia de sus efectos perjudiciales, en especial por las hipoplasias, malformaciones uterinas y adenocarcinomas de células claras de las niñas expuestas en el período intrauterino al DES. Solo afecta a las mujeres nacidas antes de 1977 (Kayem et al., 2006).

Embarazos múltiples

Los niños nacidos vivos a partir de embarazos gemelares representan el 17 % de los partos prematuros y el 20 % de los nacimientos de peso inferior a 2500 grs, mientras que sólo suponen un 2,6 % del total de los partos; el 44 % de estos nacimientos se acompaña de un parto prematuro, y de ellos un tercio se produce antes de las 32 semanas. Las explicaciones propuestas son sobre todo la distensión uterina y una rotura prematura de membranas más frecuente que en los embarazos únicos (Kayem et al., 2006).

El estiramiento de las miofibrillas uterinas y sus puentes de unión entre ellas (gap junctions), activaría los receptores de la oxitocina y la síntesis de prostaglandinas de origen amniótico, decidual y cervical (Lockwood, 2002 citado por Schwarcz et al., 2005).

Hidramnios

Se define como un índice amniótico superior a 24 cm y puede ser indicativo de una fetopatía subyacente (diabetes, aloinmunización, infecciones por parvovirus B19, malformaciones fetales o enfermedades placentarias). Es idiopático en alrededor del 60 % de los casos, El efecto sobre la contractilidad uterina y las modificaciones cervicales del hidramnios serían sobretodo de tipo mecánico (sobredistensión uterina) (Kayem et al., 2006).

Causas placentarias

Placenta previa

Se asocia a un riesgo multiplicado por 6-7 de parto prematuro. Este incremento de riesgo también se relaciona con la prematuridad provocada en caso de metrorragia que comprometa el pronóstico materno fetal.

Causas infecciosas

Numerosos trabajos, tanto de investigación básica como clínicos, señalan a la infección amniocoriónica como uno de los principales responsables de parto prematuro. La prevalencia de la infección es tanto más elevada cuando el término es precoz o si existe una ruptura prematura de membranas.

Se ha descrito con mucha frecuencia una asociación entre ciertos microorganismos patógenos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y el parto pretérmino. Los análisis histológicos de la placenta de pacientes hospitalizadas por parto prematuro, con o sin ruptura de membranas, muestran una asociación muy fuerte entre

las lesiones inflamatorias de la placenta y de la membrana y el parto prematuro (PP). En los casos de PP es más frecuente encontrar una invasión bacteriana del líquido amniótico. Por último, la positividad de los marcadores séricos de inflamación (proteína C reactiva) son predictivos de no respuesta a la tocólisis y de PP. La prevalencia de la infección es mayor en caso de mala respuesta al tratamiento tocolítico. El último argumento a favor de una relación causal entre infección y PP es la eficacia del tratamiento antibiótico para prolongar los embarazos en caso de APP con ruptura de las membranas.

Varias **hipótesis fisiopatológicas** pueden explicar una infección amniocoriónica: un ascenso a partir de la flora vaginal, una diseminación hematogena y un paso transplacentario, un paso retrógrado a partir de la cavidad peritoneal por las trompas de Falopio y una contaminación iatrogénica (amniocentesis).

Una hipótesis fisiopatológica que prevalece en la actualidad es la siguiente: a partir de una colonización bacteriana coriodecidual se produce una respuesta mixta, tanto del organismo materno como del feto. En la madre, esta activación se traduce en una producción local de mediadores de la inflamación (citocinas como las interleucinas [IL]-6 o IL-8, o el factor de necrosis tumoral [TNF]-alfa), una activación y una infiltración por polimorfonucleares neutrófilos que provocan una producción de prostaglandinas, una maduración cervical y contracciones uterinas. En el feto, el aumento de la producción de hormona liberadora de corticotropina (CRH) provoca una elevación de la producción de cortisol fetal, cuyo efecto será estimular la producción de prostaglandinas (Kayem et al., 2006).

De forma muy esquemática, se produce un aumento del riesgo de PP en caso de:

- Infección materna sistémica como pielonefritis, fiebre tifoidea, neumonía y paludismo;
- Infección urinaria baja o alta, ya sea o no sintomática: la colonización bacteriana de las vías urinarias bajas es frecuente en la mujer embarazada y puede ser asintomática en el 5-10% de los casos, o manifestarse en forma de cistitis en el 1-2% de las pacientes. En todos los casos, debe tratarse para prevenir el riesgo de pielonefritis. Es probable que el riesgo de PP esté aumentado en las cistitis o en caso de colonización bacteriana. El metaanálisis de Romero et al demuestra que una bacteriuria asintomática se asocia a un riesgo más elevado de PP y de bajo peso al nacer. Este incremento del riesgo también está presente en las bacteriurias o en las infecciones urinarias por estreptococo B. Además, el tratamiento de la bacteriuria reduce el riesgo de PP.
- Colonización/infección bacteriana vaginal o cervical anómala: la sífilis, el gonococo y la vaginosis bacteriana aumentan el riesgo de PP. La adquisición durante la gestación podría ser un factor agravante del riesgo de PP. El aumento del riesgo del PP es posible, aunque está discutido, para *Chlamydia trachomatis*, el estreptococo B en caso de colonización masiva, *Escherichia coli* o para *Trichomonas*. Por último, no se ha demostrado con claridad una asociación entre el estado de portadora vaginal de *Mycoplasma* y el PP.
- Invasión bacteriana intraamniótica: la realización de amniocentesis, en caso de APP con membranas intactas o rotas, en los países anglosajones, ha demostrado la frecuencia de la invasión subclínica del líquido amniótico. Esta puede alcanzar el 20-30% si las membranas están intactas y el 40-50% si están rotas. Además, la presencia de bacterias en el líquido amniótico se asocia a PP y a infección neonatal. La búsqueda mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de fragmentos de ácido desoxirribonucleico (ADN) bacteriano en el líquido amniótico es una técnica reciente (Kayem et al., 2006).

Enfermedad periodontal

Las bacterias bucales, en particular *Fusobacterium nucleatum* y especies de *Capnocytophaga*, se han relacionado con infección de la parte alta del aparato genital en embarazadas. Offenbacher et al. (1996) encontraron que las mujeres con periodontitis tuvieron riesgo siete veces mayor de parto pretérmino en comparación con el observado en testigos.

Boggess et al. (2001) encontraron que los recién nacidos pretérmino de madres con enfermedad periodontal fueron 23% más pequeños que los de madres sin enfermedad (Cunningham et al., 2006).

FACTORES DE RIESGO DEL PARTO PREMATURO

Numerosos estudios epidemiológicos han permitido demostrar algunos factores de riesgo que suelen clasificarse como factores socioeconómicos o antropométricos y como aquellos relacionados con los antecedentes obstétricos de las pacientes:

Factores de riesgo de parto prematuro (PP) y nivel de riesgo.

	Relación con el PP	Nivel de riesgo b
F de R individuales, socioeconómicos y conductuales		
Raza negra	Si	1-2
Soltería	Si	1-2
Nivel socioeconómico muy bajo	Si	1-2
Tabaco	Si	1-2
Mal control prenatal	Probable	1-3
Drogas	Probable	1-2
Edad 35 años	Discutida	
Ganancia de peso materna	No	
Alcohol	No	
Cafeína	No	
Empleo con actividad física	Discutida	
Peso materno bajo antes de la gestación	Discutida	
Talla baja	Discutida	
Estrés	Probable	1-2
Antecedentes		
FIV	Si	1-2
PP	Si	2-4
Aborto tardío	Si	2-6 a
Exposición intrauterina al dietilestilbestrol	Si	2-5
Malformación uterina y cervical	Si	2-4
Paridad	No	
Intervalo corto entre los dos últimos embarazos	No	
Antecedentes familiares	Discutida	
Factores de la gestación actual		
FIV	Si	1-2
Anomalías placentarias (placenta previa)	Si	4-6
Metrorragias	Si	3-4
Embarazo múltiple	Si	4-10
Infecciones urogenitales	Si	1-3
Relaciones sexuales durante la gestación	No	

FIV: fecundación in vitro

a: en función del número de antecedentes

b: los niveles de riesgo (riesgos relativos o cocientes de posibilidades) se muestran a título indicativo en función de los resultados de los estudios citados en el texto (Kayem et al., 2006).

Factores relacionados con los antecedentes de las pacientes

Los antecedentes personales de abortos a repetición, de fecundación in Vitro y de PP son factores de riesgo reconocidos de PP. Podría existir una relación tenue con el PP en

caso de multiparidad (≥ 3), de un intervalo breve entre dos embarazos o de una interrupción voluntaria de la gestación en el primer trimestre.

Paridad e intervalo corto entre dos embarazos

Los estudios son muy contradictorios sobre el efecto de la paridad y de un intervalo corto entre dos embarazos, y por sí solos estos criterios no son factores de riesgo. En cambio, es probable que la asociación se deba a otros factores y que sólo ciertos subgrupos de primíparas o de grandes múltiparas presenten un riesgo elevado de PP.

Antecedentes de PP o de aborto tardío

Se trata de los principales factores de riesgo, que se encuentran de forma sistemática en los estudios, incluso tras el ajuste de los factores de confusión socioeconómicos. Este riesgo aumenta con el número de accidentes anteriores. Puede estar en relación con la existencia de una insuficiencia istmocervical.

Aborto espontáneo e interrupción voluntaria del embarazo

Con uno o dos antecedentes, la mayoría de los estudios no encuentra asociación con el PP. Cuando el número de episodios alcanza tres y más, los resultados son contradictorios. La hipótesis fisiopatológica sería la formación de una insuficiencia istmocervical de origen traumático en el momento de la dilatación cervical y del legrado.

Infertilidad

Las pacientes que han desarrollado su gestación mediante fecundación in Vitro parecen tener más riesgo de sufrir un PP, incluso tras el ajuste de la mayor frecuencia de embarazos múltiples en estas pacientes. Una posibilidad no demostrada es la existencia de factores de riesgo comunes, por ejemplo inflamatorios o infecciosos, de infertilidad y de PP.

Factores relacionados con una enfermedad durante la gestación

Se trata a menudo de causas de PP provocado. No obstante, la hipertensión arterial, la diabetes y cualquier enfermedad crónica materna parecen susceptibles de aumentar igualmente el riesgo de PP espontáneo.

Síndromes vasculorrenales

Este tipo de enfermedad es una causa destacada de PP inducidos y los estudios que sólo tienen en cuenta los partos prematuros espontáneos encuentran un menor aumento del riesgo de PP.

Diabetes

La diabetes gestacional aumentaría sobre todo la prematuridad inducida (OR: 1,8; IC 95%: 1,3-2,4), mientras que una diabetes previa a la gestación multiplica el riesgo de PP por 2-3.

Criterios socioeconómicos, antropométricos y relacionados con el modo de vida

Su análisis es difícil, porque estos factores suelen ser complejos y los sesgos de confusión también son posibles en estos casos.

Origen étnico

Incluso tras el ajuste sobre los otros factores de riesgo conocidos, las mujeres de raza negra tienen el doble de riesgo de sufrir un parto prematuro respecto a las de raza blanca. Aunque es probable que intervengan factores socioeconómicos y médicos (que difícilmente se tienen en cuenta en los análisis), esta diferencia podría ser en parte genética, como es probable que lo sea la diferencia de duración de la gestación de una semana como promedio entre las mujeres de raza negra y blanca.

Estado civil

Los estudios encuentran de forma unánime como factor de riesgo de PP el hecho de que la mujer viva sola.

Estatus socioeconómico

Este estatus se define de forma variable según los estudios que se centran en los criterios relacionados con la educación, la profesión y el entorno familiar. Además, estos criterios están muy relacionados con todos los demás factores demográficos, étnicos o ambientales. Por tanto, es difícil aislar los factores de riesgo precisos incluso aunque el estatus de bajo nivel socioeconómico se encuentra casi siempre asociado al PP.

Factores psicosociales

En este caso el estatus también se define de forma variable según los estudios sobre los criterios relacionados con la ansiedad, la actitud de la mujer frente a su embarazo, los acontecimientos de la vida y la ayuda social. En un trabajo prospectivo, Dole et al

muestran un aumento del riesgo de PP en caso de ansiedad (RR: 2,1, IC 95%: 1,5-3,0) o en caso de acontecimientos que tengan una repercusión psicológica negativa durante la gestación (RR=1,8; IC 95%: 1,2-2,7).

Criterios relacionados con la profesión

La mayor parte de los estudios recientes muestran que las mujeres que trabajan tienen un menor riesgo de PP. Sin embargo, aunque los resultados de los estudios son contradictorios, un trabajo físico o psicológico difícil se asociaría a un PP.

Peso y talla maternos

Aunque algunos estudios hayan encontrado que las mujeres con talla y peso bajos antes de la gestación tenían un riesgo aumentado de PP, tras el ajuste respecto a los principales factores de confusión (raza, nivel socioeconómico, etc.), la asociación parecía mucho menos evidente. No obstante, un estudio prospectivo reciente parece mostrar que las mujeres embarazadas con un índice ponderal bajo tienen un mayor riesgo de PP tras un análisis multifactorial.

Además, la mayoría de los estudios encuentra una asociación neta entre una ganancia escasa de peso materno y un PP.

Dieta y estado nutricional

La asociación entre el estado nutricional y el PP no se ha demostrado. La mayor parte de los estudios recientes no encuentra asociación entre anemia y PP.

Tabaco

En la actualidad existen argumentos sólidos para afirmar que el tabaco se asocia de forma moderada al PP. Cuanto mayor es el consumo, mayor es el riesgo.

Alcohol

Parece establecido que el consumo de alcohol no provoca riesgo de PP, salvo quizá en caso de consumo elevado.

Acceso al sistema sanitario

Parece demostrado que las pacientes cuya vigilancia prenatal es nula o escasa (pocas consultas, ausencia de primera visita antes del fin del segundo trimestre) tienen un mayor riesgo de PP. No obstante, esta asociación podría estar relacionada con otros factores especialmente frecuentes en estas pacientes (psicosociales, económicos, etc.) (Kayem et al., 2006).

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO

Evaluar el nivel de riesgo de PP es fundamental para un tratamiento correcto de las pacientes. Esta valoración se realiza en dos etapas. La primera se basa en la anamnesis y el contexto clínico, y permite definir el tipo de población:

- De “pacientes asintomáticas” a partir de las que se identifican las pacientes de “bajo” o de “alto riesgo” según la ausencia o la presencia de antecedentes o de factores de riesgo de PP;
- De “pacientes sintomáticas” por el hecho de presentar signos clínicos de APP.

La segunda etapa se basa en las pruebas complementarias (ecografía del cuello uterino, fibronectina) cuya pertinencia diagnóstica depende de la prevalencia del PP en la población estudiada.

Métodos diagnósticos de primera línea

Son el estudio de los factores de riesgo, la búsqueda de contracciones uterinas o de modificaciones cervicales en la exploración clínica.

Índices de riesgo

Desde hace muchos años se ha propuesto la identificación, desde el inicio de la gestación, de un grupo de alto riesgo de PP mediante índices. Dichos índices emplean criterios obtenidos de la anamnesis, del contexto social, de los hábitos de vida de la mujer y de algunos síntomas durante la gestación. A pesar de la impresión favorable de los primeros estudios, la predictividad de estos índices es baja, como se ha descrito en un gran número de estudios. Unas de las razones es que muchos PP aparecen en pacientes sin factores de riesgo identificados por los marcadores habituales.

Contracciones uterinas

La valoración del número y de la intensidad de las contracciones uterinas medidas por autopalpación es muy decepcionante, pues se correlaciona muy poco con la monitorización. El registro sistemático de las contracciones uterinas carece de interés en la población general para evaluar el riesgo de PP. Aunque el valor predictivo es mejor en la población sintomática, su interés es muy limitado porque la relación significativa sólo se encuentra de forma muy tardía, en las 24 horas que preceden al PP. Aparte de estas salvedades, puede tratarse de un signo de alerta que debe tenerse en cuenta.

Modificaciones cervicales valoradas por el tacto vaginal

Está bien demostrado que las modificaciones cervicales se asocian a PP. En la población general, la asociación entre modificaciones cervicales y PP está clara, con un riesgo elevado en caso de cuello corto o abierto entre las 24-28 semanas de gestación. No obstante, el escaso valor diagnóstico del tacto vaginal provoca un gran número de falsos positivos y negativos y su valor como prueba de detección selectiva está en entredicho. La práctica sistemática del tacto vaginal no parece permitir una reducción del número de partos prematuros.

En caso de APP, el tacto vaginal es el criterio principal para apreciar la gravedad y el pronóstico de la APP. Por desgracia, su valor predictivo está marcado también en este caso por un número elevado de falsos positivos y negativos. Unas de las consecuencias es que muchas pacientes son hospitalizadas sin que tengan un riesgo elevado de PP. En

países como Francia, la APP es la primera causa de hospitalización materna, y supone el 38% de las indicaciones. Por tanto, este marcador clásico ha recibido numerosas críticas en estos últimos años por los defensores de nuevos marcadores que parecen más adecuados.

Métodos diagnósticos de segunda línea

Están representados sobre todo por la ecografía del cuello uterino y la fibronectina. De ellos, el que está más generalizado en la actualidad es la ecografía endovaginal de cuello uterino. La fibronectina presenta un valor diagnóstico similar, pero requiere un material adicional y no ofrece imágenes ni posibilidad de gradación entre un riesgo elevado o uno bajo de PP, como si lo permiten las mediciones ecográficas.

Ecografía del cuello uterino

La ecografía endovaginal del cuello uterino ofrece, frente al tacto vaginal, una reproducibilidad muy buena, con una variación interobservador del 5-10%, una valoración de toda la longitud del cuello (cuya porción supravaginal no puede medirse mediante la exploración clínica) y una apreciación del orificio interno. Este estudio permite también disponer de medidas precisas y más objetivas para los distintos implicados en la asistencia de la paciente que las descripciones utilizadas por la exploración clínica.

Técnica de medición:

Entre las diferentes técnicas ecográficas de valoración del cuello uterino, la vía endovaginal ofrece los mejores resultados en comparación con las vías suprapúbica y transperineal. La vía abdominal se ha abandonado debido a las dificultades para obtener una imagen interpretable en algunos casos (presentación baja, dificultad de paso de los ultrasonidos) y de la distancia entre el transductor y el cuello, lo que hace que la medición sea menos precisas.

La técnica de realización de la ecografía endovaginal es la siguiente: un transductor endovaginal de 5-7 MHz se emplea en una paciente en decúbito supino con la vejiga vacía. El cuello se identifica en una proyección sagital y se mide su longitud (distancia entre los orificios externo e interno cerrado), así como la de una posible protrusión de la bolsa de las aguas. La técnica es realizable en casi el 100% de los casos y la variabilidad inter o intraobservador es inferior al 10%.

Los criterios que definen un riesgo de PP que suelen emplearse son la abertura del orificio interno y una longitud inferior a 25-30 mm. Puede existir una protrusión de la bolsa de las aguas y se define por una dilatación del orificio interno con una saculación cuya profundidad puede ser registrada. El parámetro que suele emplearse de forma más generalizada y estudiada es la longitud del cuello que se mide del orificio interno cerrado al orificio externo. Un cuello normal está cerrado en toda su longitud.

Fibronectina

La fibronectina fetal es una glucoproteína extracelular localizada en la decidua y en las membranas fetales. Su presencia en las secreciones cervicovaginales es normal hasta las 20 semanas, pero no después. Su determinación puede realizarse, bien por inmunofluorescencia (análisis de inmunoabsorción ligada a enzimas [ELISA]) con un

anticuerpo específico, y se suele aceptar un umbral de 50 ng/ml como predictivo de PP, o bien mediante una prueba rápida colorimétrica a la cabecera de la paciente. La adición de la fibronectina a los métodos existentes, y en especial a la ecografía cervical, parece tener un interés bastante marginal (Kayem et al., 2006).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

La prevención de la prematuridad puede realizarse a diferentes niveles: a nivel primario (*prevención primaria*) mediante la eliminación de los diferentes factores de riesgo de prematuridad. A nivel secundario (*prevención secundaria*) actuando sobre las gestantes

de riesgo elevado y, finalmente, a nivel terciario (*prevención terciaria*) tratando la amenaza de parto pretérmino una vez instaurada.

Pero estos planes de prevención de la prematuridad no son fáciles de realizar pues en la actualidad se tiende a considerar el parto pretérmino como un síndrome heterogéneo de causas en el que al menos se pueden identificar tres subtipos diferentes: los partos pretérminos asociados a una rotura de membranas, los partos pretérminos iatrógenos y, finalmente, los de causa desconocida. Por tanto, las estrategias para la prevención deben pasar por una actuación específicamente dirigida sobre los factores de riesgo que están directa o indirectamente relacionados con las características de los diferentes subgrupos etiológicos del parto pretérmino.

Un número significativo de partos pretérminos están asociados a patologías maternas y/o fetales que hacen desaconsejable la continuación de la gestación, mientras que otro porcentaje importante de casos se asocian a una rotura prematura de membranas con lo que nuestra actuación difícilmente va a evitar el nacimiento antes del término. Por tanto, la proporción de pretérminos “teóricamente evitables” varía, según las series, entre el 37-75%, aunque el porcentaje podría no superar el 20%, si sólo consideramos las gestaciones de < 36 semanas como susceptibles de tocólisis (Melchor, 2003).

Identificación de las pacientes de alto riesgo

La identificación de las pacientes de riesgo de parto pretérmino requiere de instrumentos de *screening* que, aplicados a una población no seleccionada de gestantes, identifiquen a aquellas que presentan más probabilidad de tener un parto pretérmino. Con ésta finalidad se han propuesto una serie de marcadores bioquímicos (fibronectina fetal) y clínicos (ecografía de cuello uterino) que ya se han descrito anteriormente.

Sistemas de puntuación de riesgo

Ante la ausencia de un marcador claro de parto pretérmino, en 1974, Papiernik y Kaminski propusieron un sistema de evaluación para identificar a las pacientes de alto riesgo de parto pretérmino sobre la base de factores socioeconómicos, historia reproductiva previa, factores de fatiga relacionados con los hábitos diarios y complicaciones del embarazo actual. Posteriormente se han publicado otros sistemas de puntuación y de todos ellos el más conocido y empleado es el de Creasy. El hecho de que se hayan planteado tantos sistemas, indica que ninguno de ellos es el ideal.

Con la perspectiva del tiempo transcurrido desde su publicación y a pesar de los alentadores resultados iniciales, se puede afirmar que ninguno de los test de riesgo de parto pretérmino publicados satisface los requerimientos que se le deba pedir a un buen test de *screening* (que tenga una buena sensibilidad y especificidad y que tenga un alto valor predictivo sobre una población en la que la incidencia del problema sea baja).

En la actualidad se intenta identificar a las pacientes con riesgo de recurrencia de parto prematuro en base a la combinación y análisis de diferentes parámetros clínicos, ecográficos y bioquímicos.

Actuación sobre las pacientes de alto riesgo

Las actuaciones sobre las gestantes ya identificadas como de riesgo constituyen la base de la llamada prevención secundaria.

Como ya se describió anteriormente, el cerclaje cervical es una medida que ha demostrado ser eficaz en las pacientes de riesgo.

Otras estrategias empleadas para la prevención de la prematuridad incluyen el reposo en cama, la exploración del cuello uterino, empleo profiláctico de uterolíticos, uso de suplementaciones con magnesio, calcio o hidroxiprogesterona.

No existen datos concluyentes de que el evitar las relaciones sexuales disminuya la incidencia del parto prematuro (Melchor, 2003).

Se sustenta que la progesterona modula la respuesta inflamatoria y por tanto la producción de contracciones uterina. La dosis sería de 100-200 mg vía vaginal o vía oral (Cuadro, Dominguez, Sosa, comunicación personal, 19/11/10).

Prevención terciaria

La prevención terciaria de la prematuridad se centra en el tratamiento tocolítico de aquellas pacientes en las que se ha identificado una amenaza de parto pretérmino.

En primer lugar, es importante reseñar que dada la escasa eficacia de la mayor parte de las medidas empleadas para la prevención primaria y secundaria (salvo en algunas situaciones clínicas determinadas en que claramente se conoce su relación directa con la prematuridad), prácticamente la mayor parte de las medidas preventivas que en la actualidad se emplean, se centran en frenar la dinámica uterina una vez esta se ha puesto en marcha.

En segundo lugar, hay que señalar que disponemos en la actualidad de una serie de fármacos eficaces para retrasar el parto en casos de una amenaza de parto pretérmino. En este sentido, el inicio precoz del tratamiento es quizá el factor que más influencia tiene sobre los resultados.

Además, el tratamiento tocolítico nos va a permitir iniciar otra serie de medidas que van a generar, sin lugar a dudas, una gran mejoría en la supervivencia neonatal y una reducción de las secuelas inherentes a la prematuridad. El demorar el parto nos va a permitir instaurar un tratamiento con corticoides para acelerar la maduración pulmonar y al mismo tiempo nos puede permitir el traslado a una unidad neonatal preparada para la atención de estos recién nacidos (Melchor, 2003).

Por cada día que pasa y se retrasa el nacimiento, la sobrevida aumenta un 3% (Cuadro; Dominguez, Sosa, comunicación personal, 19/11/10).

CONSIDERACIONES QUE RODEAN AL PARTO PRETÉRMINO

Estimación de la supervivencia

Además de la supervivencia, apreciable alteración física e intelectual afecta a lactantes con peso en extremo bajo al nacer. ¿A qué edad gestacional deben practicarse

intervenciones obstétricas? Como es comprensible, la mejoría de la supervivencia de lactantes con peso en extremo bajo al nacer ha disminuido el “umbral de viabilidad”. Stevenson et al. (1998) informaron los resultados de una cohorte innata de National Institute of Chile Health and Human Development (NICHD) Neonatal Research Network para 1993 y 1994. La muerte, las morbilidades neonatales graves, o ambas, predominaron antes de las 26 semanas, y fueron casi universales antes de las 24 semanas. Así, las gestaciones de 23 a 25 semanas plantean el mayor dilema para prestadores de cuidado obstétrico y de recién nacidos, y para sus pacientes.

¿Cuál es el mejor programa de atención? Por supuesto, esta pregunta no se puede responder, salvo posiblemente de manera individual. Los métodos para tratar el trabajo de parto y el parto pretérmino en la actualidad se guían en gran parte por las expectativas de supervivencia del recién nacido. Sin embargo, las percepciones del potencial de supervivencia a menudo quedan desorientadas por edad gestacional que no se conoce con precisión. La supervivencia aumenta desde alrededor de 20% a las 24 semanas hasta 50% a las 25 semanas, o un aumento de casi 4% por día.

Empero, la mayor parte de los datos sobre supervivencia se basa en el peso al nacer, que puede variar de manera apreciable entre las 24 y las 26 semanas. El peso de los neonatos que nacen entre las 24 y las 26 semanas puede variar desde 435 gramos hasta 1640 gramos. La morbilidad y mortalidad neonatales están influidas de manera primaria por la edad gestacional y, así, por la madurez, y menos por el peso al nacer.

Límite inferior de supervivencia: consideraciones para orientación

El American Collage of Obstetricians and Gynecologists (2002) ha revisado el cuidado perinatal en el umbral de viabilidad, definido como 25 o menos semanas de gestación. Concluyó que “puede informarse a los padres que los lactantes que nacen antes de las 24 semanas no tienen probabilidades de sobrevivir intactos. Alrededor de la mitad de los sobrevivientes muestra minusvalideces del desarrollo mental y psicomotor, la función neuromotora, o la función sensitiva y de comunicación”. Cuando sea posible debe considerarse el transporte de la madre a un centro de atención terciaria antes del parto. Es importante que todos los miembros del equipo de cuidado de la salud deban ser congruentes con los miembros de la familia respecto a los temas de la valoración y el pronóstico neonatales, así como recomendaciones y planes para el cuidado.

Límite superior para resultados adversos del parto pretérmino

La supervivencia de recién nacidos pretérmino más grandes ahora se aproxima a la de recién nacidos al término. Esto suscita la pregunta: ¿hay un umbral de peso al nacer o de edad gestacional después del cual no están justificados los intentos por retrasar el parto? De Palma et al. (1992) encontraron que el umbral para mortalidad neonatal en el Parkland Hospital fue de 1600 gramos, y fue de 1900 gramos para morbilidad neonatal. Concluyeron que los intentos enérgicos por prevenir nacimientos de fetos cuyo estimado de peso excedió 1900 gramos ofreció pocos beneficios manifiestos. En

Estados Unidos, 1950 gramos es el percentil 10 para 34 semanas y del percentil 50 para 32 semanas. En el ámbito nacional de los Estados Unidos, la supervivencia de recién nacidos a las 34 semanas está dentro de 1% de los que nacen a las 37 semanas o más allá (Cunningham et al., 2006).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la APP no ha experimentado grandes cambios en los últimos diez años y en la actualidad es objeto de actitudes bastante consensuadas. Los diferentes puntos del tratamiento son el reposo, la corticoterapia y la tocólisis.

Estudio realizado durante la hospitalización por APP

Un prerrequisito indispensable en todo tratamiento es realizar un estudio materno y fetal durante el ingreso de las pacientes por una APP. Incluye una anamnesis detallada y un análisis preciso del contexto clínico en busca de una enfermedad asociada (infecciosa o no) que hubiese podido ser el factor desencadenante de la APP. El estudio materno se completa con unas pruebas analíticas en busca sobretodo, de una infección asociada (muestra vaginal, estudio citobacteriológico urinario, hemograma completo, PCR). El estudio fetal es sistemático e incluye el ritmo cardíaco y la ecografía fetales. Esto permite controlar la vitalidad y los datos biométricos fetales, así como investigar un factor desencadenante o asociado (hidramnios, RCIU, etc.). También se realiza un estudio preterapéutico adecuado.

Hospitalización y reposo

El efecto de la actividad física y del estrés sobre el aumento de la contractilidad uterina es un hecho admitido. Hacer reposo es una de las medidas esenciales adoptadas en caso de APP. A menudo produce por sí sola una disminución de la contractilidad.

En la práctica, no se ha demostrado el beneficio del reposo estricto prolongado en una estructura hospitalaria y no tiene razón de ser, salvo en casos especiales. La revisión de la bibliografía realizada por Goldenberg et al. Que estudiaba el reposo estricto en cama en el hospital frente a quedarse en casa no permite establecer conclusiones. La eficacia del reposo estricto durante períodos muy prolongados carece de beneficios demostrados y podría aumentar el riesgo de las complicaciones por decúbito de tipo trombóticas. Sólo pueden establecerse algunas excepciones en caso de APP muy graves cuando el parto parece inminente (Kayem et al., 2006).

Hidratación y sedación

Helfgott et al. (1994) compararon la hidratación y la sedación, con reposo en cama, en un estudio con asignación al azar de 119 mujeres con APP. Las mujeres seleccionadas al azar a recibir 500 ml de solución cristaloide durante 30 min. y 8 a 12 mg de sulfato de morfina por vía intramuscular tuvieron resultados similares a los que se observaron con el reposo en cama. Aunque las mujeres con contracciones pretérmino tratadas con terbutalina por vía subcutánea, 0,25 mg, quizá tengan contracciones que cesan con mayor rapidez y pueden egresar en etapas mucho más tempranas en comparación con las mujeres no tratadas, los resultados del embarazo son similares (Guinn et al., 1997 citado por Cunningham et al., 2006).

La sedación no está recomendada ya que su uso puede causar depresión neonatal si el nacimiento no se puede evitar (Cuadro, Dominguez, Sosa, comunicación personal, 19/11/10).

TOCÓLISIS

Aunque varios fármacos y otras intervenciones se han usado para prevenir trabajo de parto pretérmino o para inhibirlo, no se ha mostrado que alguna sea por completo eficaz. Debido a estas incertidumbres, el American College of Obstetricians and Gynecologists (1998) ha recomendado que se considere tocólisis cuando hay contracciones uterinas regulares más cambio cervicouterino documentado o dilatación y borradura apreciables (Cunningham et al., 2006).

Con el propósito de detener la el parto prematuro, en los últimos 50 años se han ensayado una gran cantidad de fármacos de los cuales unos pocos demostraron tener, entre otros efectos no deseados, alguna acción inhibidora de las contracciones uterinas. Sin embargo, aún no se ha podido encontrar la droga ideal inocua que tenga alta selectividad miometrial para obtener una sostenida inhibición uterina que permita la prolongación del embarazo amenazado de interrupción prematura. Por otro lado, la relativa eficacia de los tocolíticos más potentes para detener el parto prematuro es debida, en parte, a las diferentes etiologías del proceso del desencadenamiento del parto. A continuación se describen dichos fármacos:

- Betamiméticos (agonistas de los receptores betaadrenérgicos)
- Antagonistas del calcio (Bloqueadores de los canales del calcio)
- Antagonistas de la oxitocina
- Sulfato de magnesio
- Inhibidores de prostaglandinas

CORTICOTERAPIA

La corticoterapia antenatal permite una reducción de la mortalidad neonatal, del riesgo de dificultad respiratoria neonatal, de las hemorragias intraventriculares y del riesgo de enterocolitis ulceronecrosante. No obstante, no parece tener efectos sobre el riesgo de insuficiencia respiratoria crónica. A más largo plazo, las pruebas psicomotrices no muestran déficit en los niños expuestos a los corticoides en el período antenatal.

La corticoterapia se ha generalizado, pero se ha impuesto una modificación de las prácticas desde el año 2000, ya que, de una pauta semanal de corticoides entre las 24-34 semanas, se ha pasado a un número limitado de pautas, e incluso a una pauta única.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS:

General:

- Identificar los factores de riesgo en mujeres gestantes ingresadas en salas de internación de la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que presentan la patología de mayor prevalencia.

Específicos:

- Identificar cuáles son las patologías más prevalentes en las salas de internación de obstetricia de la maternidad.
- Determinar la patología más prevalente en las gestantes ingresadas.
- Establecer de los factores de riesgo, cuáles son modificables y cuáles no.

METODOLOGÍA

Se realizó un abordaje cuantitativo del objeto de estudio mediante un estudio descriptivo, prospectivo, que permitió identificar los factores de riesgo dados en la patología de mayor frecuencia en el grupo de mujeres embarazadas en estudio.

Se realizó en dos fases:

Primera Fase: en una primera instancia se realizó un levantamiento de datos en salas cinco y siete de maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, de manera de obtener los diagnósticos de Ingreso dados durante un mes. De ésta manera se procesaron los datos para así conocer la patología más frecuente en éste período de tiempo.

Segunda Fase: luego de finalizada la primera fase y haber obtenido la patología de mayor frecuencia, se pasó a la segunda fase la cual consistió en realizar veinticinco entrevistas aproximadamente, en base a formulario que surge a partir de la anamnesis, a mujeres embarazadas que presentaban la patología ya determinada en la primera fase, en un período de tiempo posterior. Los datos del embarazo y de la madre que fueron necesarios se recabaron de la Historia Clínica, además de las entrevistas (v. Anexo 1).

Se solicitó el otorgamiento del consentimiento informado (v. Anexo 2).

Luego de recogida toda la información pertinente se realizó el procesamiento estadístico de los datos cuantitativos y su análisis; así como la interpretación de los datos de naturaleza cuantitativa. Se integrarán gráficas, tablas y cuadros resúmenes para la presentación de resultados. La recolección, análisis, presentación e interpretación de resultados será realizada por la autora de la investigación.

El presente estudio no ha sido financiado por organismo público o privado y demandará, - desde el punto de vista material - , gastos de papelería (fotocopias, carpetas, lápices, etc.) y tiempo que estarán a cargo de la autora.

CAPÍTULO III

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de datos fue realizado en: a) primera fase de la investigación, y b) procesamiento y análisis de las entrevistas.

PRIMERA FASE: RELEVAMIENTO DE DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

En esta etapa se realizó un levantamiento de datos en sala cinco y siete de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell, obteniendo así todos los diagnósticos de ingreso dados en el mes de octubre del año dos mil diez. De ésta manera se procesaron los datos obteniendo la patología de mayor frecuencia dada en éste período de tiempo. El total de usuarias ingresadas en este período de tiempo fue de 107, obteniendo un total de patologías de 126, ya que en una misma usuaria se podía encontrar más de un diagnóstico.

En la siguiente tabla se presentan las patologías/motivo de ingreso, de mayor a menor frecuencia, con sus respectivos números de casos:

PATOLOGÍA/DIAGNÓSTICO DE INGRESO	NÚMERO DE CASOS
Amenaza de parto prematuro	36
Infección urinaria y embarazo	15
Hipertensión y embarazo	11
Patologías del líquido amniótico	8
Genitorragias y embarazo	7
Diabetes y embarazo	6
Restricción de crecimiento intrauterino	6
Embarazo gemelar	6
Amenaza de parto inmaduro	5
Preparto	4
Asma	3
Conflicto Rh	2
Drogas	2
Trombosis venosa profunda	2
Infección respiratoria alta	2
Colestasis gravídica	2
Intolerancia gástrica	1
Síndrome antifosfolipídico	1
ICI	1
Fiebre sin foco	1
Malformaciones	1
Epilepsia	1
HIV	1
Disminución de movimientos fetales	1
Anemia hemolítica	1

Como vemos en la tabla anterior, el motivo por el cual ingresaron más usuarias fue la Amenaza de Parto Prematuro (APP), con un número de 36 casos, siendo ésta la patología de mayor frecuencia dada en éste colectivo.

En esta primera etapa se cumplió con uno de los objetivos específicos de la investigación.

PROCESAMIENTO DE LAS ENTREVISTAS

Previamente a presentar los resultados, se exponen las características de la población.

Se incluyeron 25 mujeres las cuales estaban internadas en sala 5 y 7 de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital de la Mujer Paulina Luisi. (desarrollo del cuadro).

GESTACIÓN ACTUAL

A continuación se exponen los datos de la Gestación Actual de cada una de las participantes internadas por Amenaza de parto prematuro, recabados en las entrevistas realizadas, en las que sus variables surgen de la anamnesis (v. Anexo 1).

Edad: la distribución etárea comprendió un rango entre los 16 y 41 años.

Cuadro N° 1:

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 A 18 AÑOS	4	16%
19 A 22 AÑOS	5	20%
23 A 26 AÑOS	5	20%
27 A 30 AÑOS	6	24%
31 AÑOS Y MÁS	5	20%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 1: distribución etárea de la muestra

Gráfico N° 1:

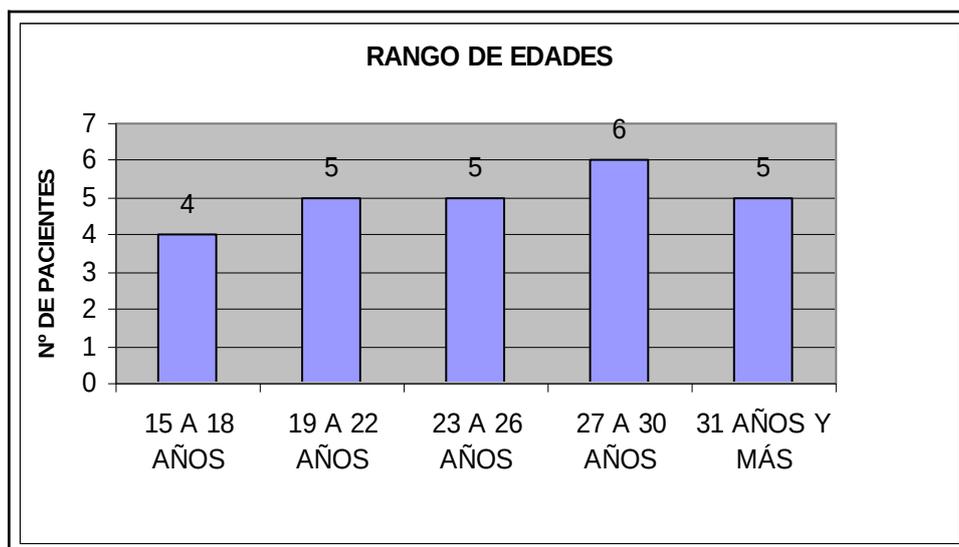


Gráfico N° 1: la mayor parte de la muestra se encuentra entre los 27 a 30 años de edad (24%).

Etnia: la distribución étnica comprendió las razas blanca, negra, mestiza y otra.

Cuadro N° 2:

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BLANCA	22	88%
NEGRA	1	4%
MESTIZA	2	8%
OTRA	0	0%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 2: distribución étnica de la muestra

Gráfico N° 2:

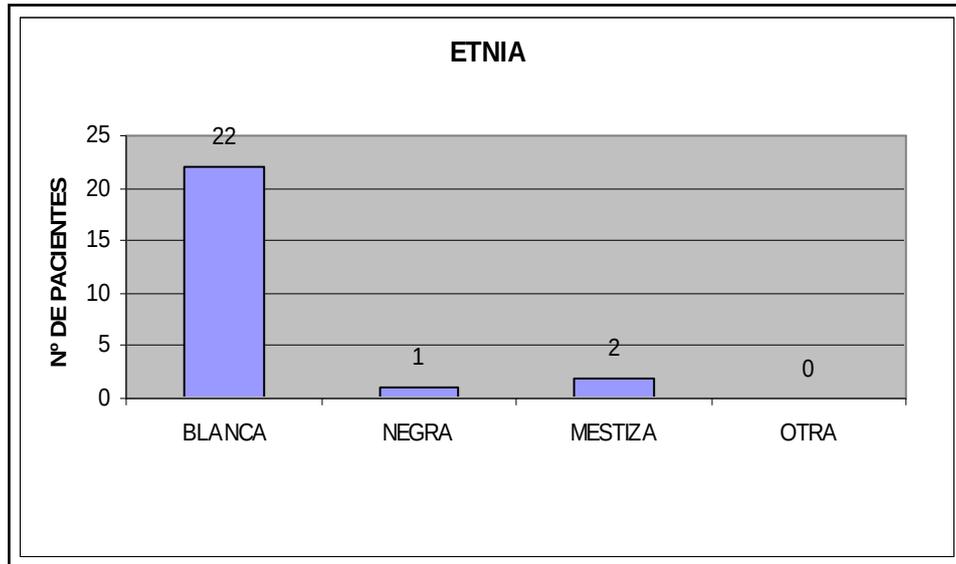


Gráfico N° 2: la mayor parte de la muestra se encuentra en la raza blanca (88%).

Peso anterior al embarazo: la distribución de peso anterior al embarazo comprendió: peso menor a 50 Kg, entre 50-70 Kg y mayor a 70 Kg.

Cuadro N° 3:

Cuadro N° 3:
por peso
embarazo.

PESO ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR A 50 Kg	7	29,2%
ENTRE 50Y70 Kg	12	50%
MAYOR A 70 Kg	5	20,8%
TOTAL	24	100%

distribución
anterior al

Gráfico N° 3:

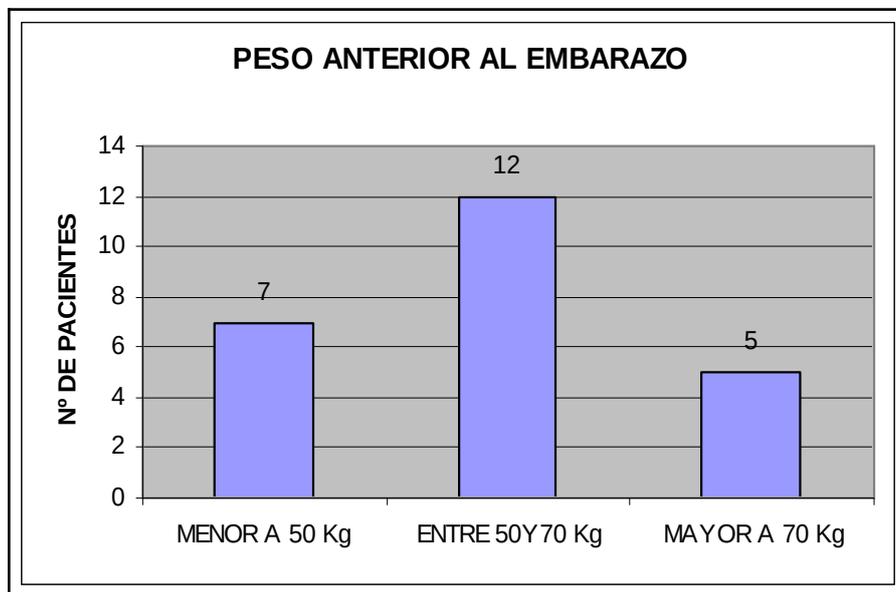


Gráfico N° 3: la mayor parte de la muestra se encontraba entre los 50-70 Kg de peso (50%).
* Falta de 1 dato (La paciente no recordaba su peso anterior, además era un embarazo sin control).

Talla: la talla comprendió menor a 1,50 cm y mayor a 1,51 cm.

Cuadro N° 4:

TALLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR A 1,50 CM	0	0
MAYOR A 1,51	24	100%
TOTAL	24	100%

Cuadro N° 4: distribución por talla.

Gráfico N° 4:

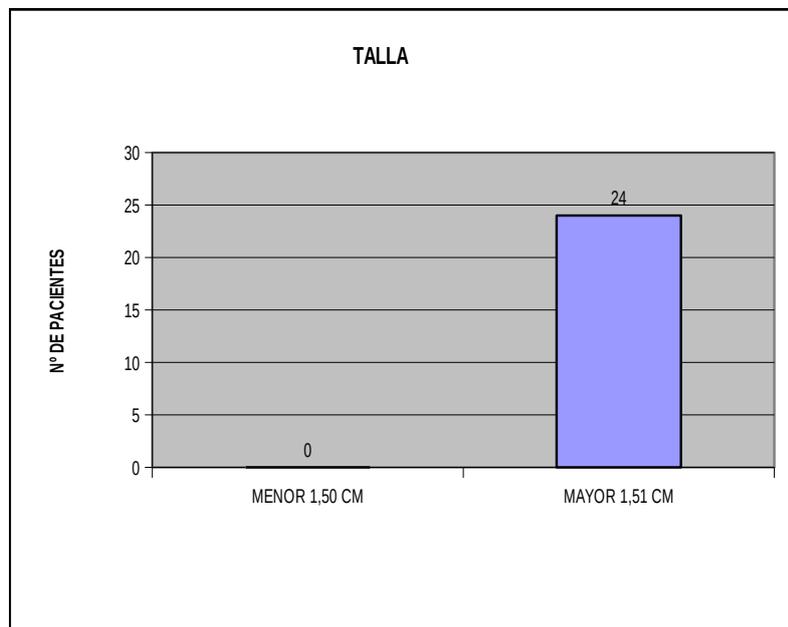


Gráfico N° 4: la mayor parte de la muestra tenía una talla mayor a 1,51 cm (100%).
*Falta de un dato (era un embarazo sin control).

Ganancia de peso materno: la ganancia de peso materno comprendió ganancia menor a 11 Kg, de 11 a 16 Kg, mayor a 16 Kg y aquellas embarazadas que bajaron de peso.

Cuadro N° 5:

GANANCIA DE PESO MATERNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 11 Kg	15	62 %
DE 11 A 16 Kg	4	17 %
MÁS DE 16 Kg	1	4 %
BAJAN DE PESO	4	17 %
TOTAL	24	100 %

Cuadro N° 5: distribución por ganancia de peso materna.

Gráfico N° 5:

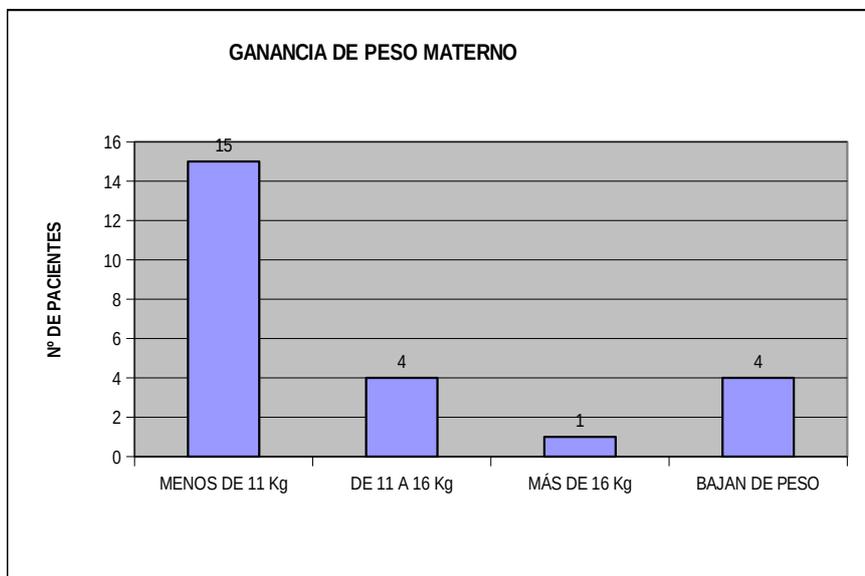


Gráfico N° 5: la mayor parte de la muestra tuvo una ganancia de peso menor a 11 Kg (62 %).

*Falta de un dato (era un embarazo sin control)

Edad gestacional al ingreso: la edad gestacional al ingreso comprendió: de 24 a 32 semanas, 33 y 34 semanas y 35 y 36 semanas de gestación.

Cuadro N° 6:

N° 6:

EG AL INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE 24 A 32 SEM	17	68%
33 Y 34 SEM	3	12%
35 Y 36 SEM	5	20%
TOTAL	25	100%

 Cuadro

Distribución por edad gestacional al ingreso.

Gráfico N° 6:

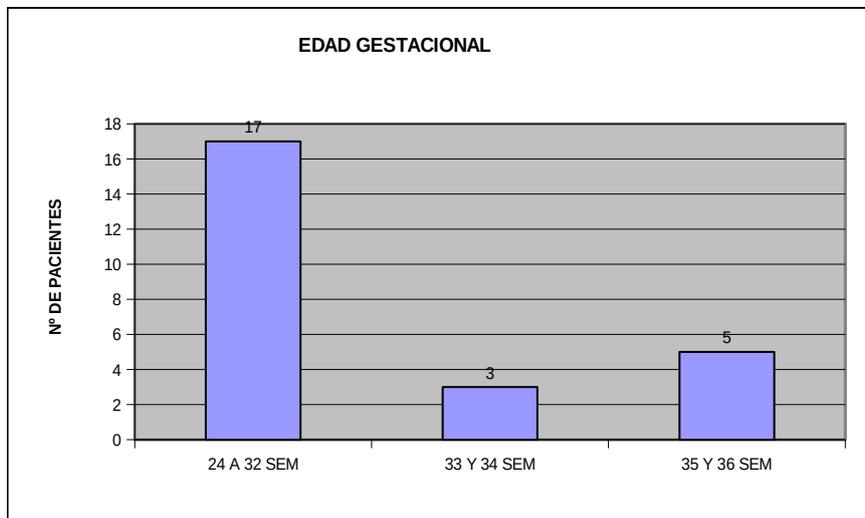


Gráfico N° 6: la mayor parte de la muestra se encontraba entre las 24 y 32 semanas de gestación (68%).

Número de controles: el número de controles comprendió: embarazos sin control (0 controles), de 1 a 5 controles y 6 controles o más.

Cuadro N° 7:

N° DE CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 CONTROLES	3	12%
1 A 5 CONTROLES	15	60%
6 O MÁS CONTROLES	7	28%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 7: Distribución por número de controles

Gráfico N° 7:

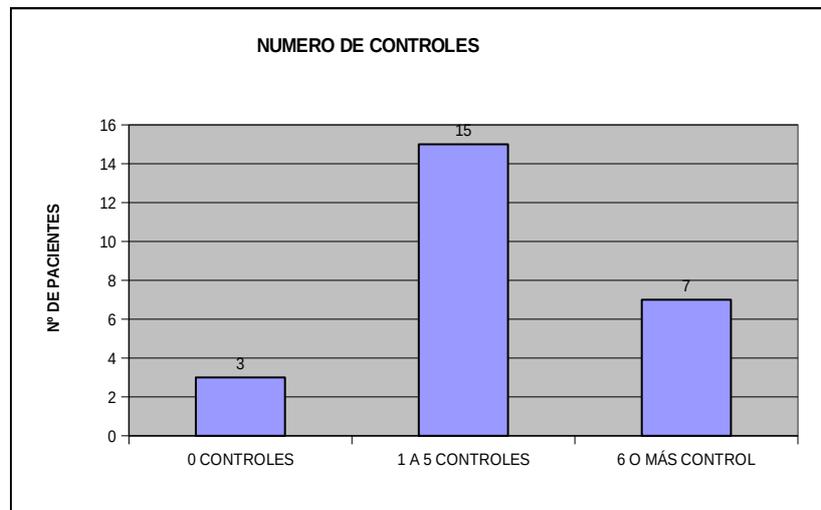


Gráfico N° 7: la mayor parte de la muestra tenía entre 1 a 5 controles prenatales (60%).

Semanas en la primer consulta: semanas en la primer consulta comprendió: antes de las 12 semanas, después de las 12 semanas y embarazo sin control.

Cuadro N° 8:

SEMANAS EN LA 1° CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTES DE 12 SEMANAS	9	41%
DESPUÉS DE 12 SEMANAS	10	45%
EMB. SIN CONTROL	3	14%
TOTAL	22	100%

Cuadro N° 8: distribución por semanas en la primer consulta prenatal.

Gráfico N° 8:

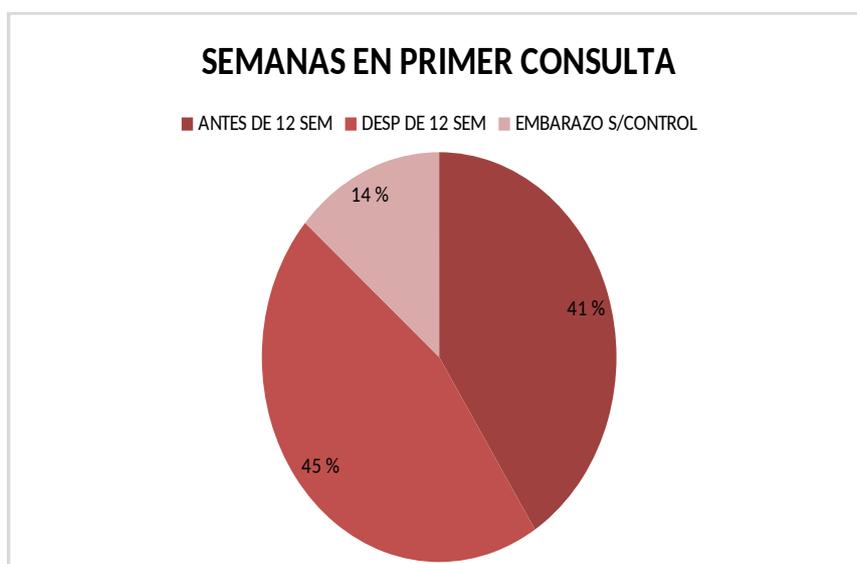


Gráfico N° 8: la mayor parte de la muestra realizó su primera consulta luego de las 12 semanas (45 %). Falta de 3 datos ya que no se sabían las semanas en la primer consulta.

Tolerancia: comprendió entre embarazos bien tolerados y mal tolerados.

Cuadro N° 9:

TOLERADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIEN	11	44%
MAL	14	56%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 9: distribución por tolerancia del embarazo.

Gráfico N°9:

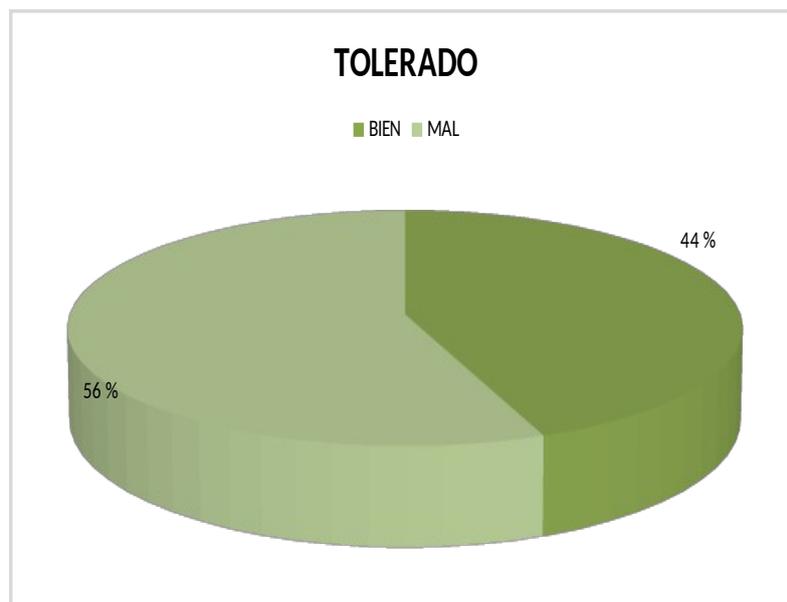


Gráfico N° 9: la mayor parte de la muestra cursó un embarazo mal tolerado (56%).

En el siguiente gráfico se detallan los motivos del embarazo mal tolerado, dados en el grupo de embarazadas que cursó tal embarazo (56% de la muestra):

Gráfico N° 9 a:

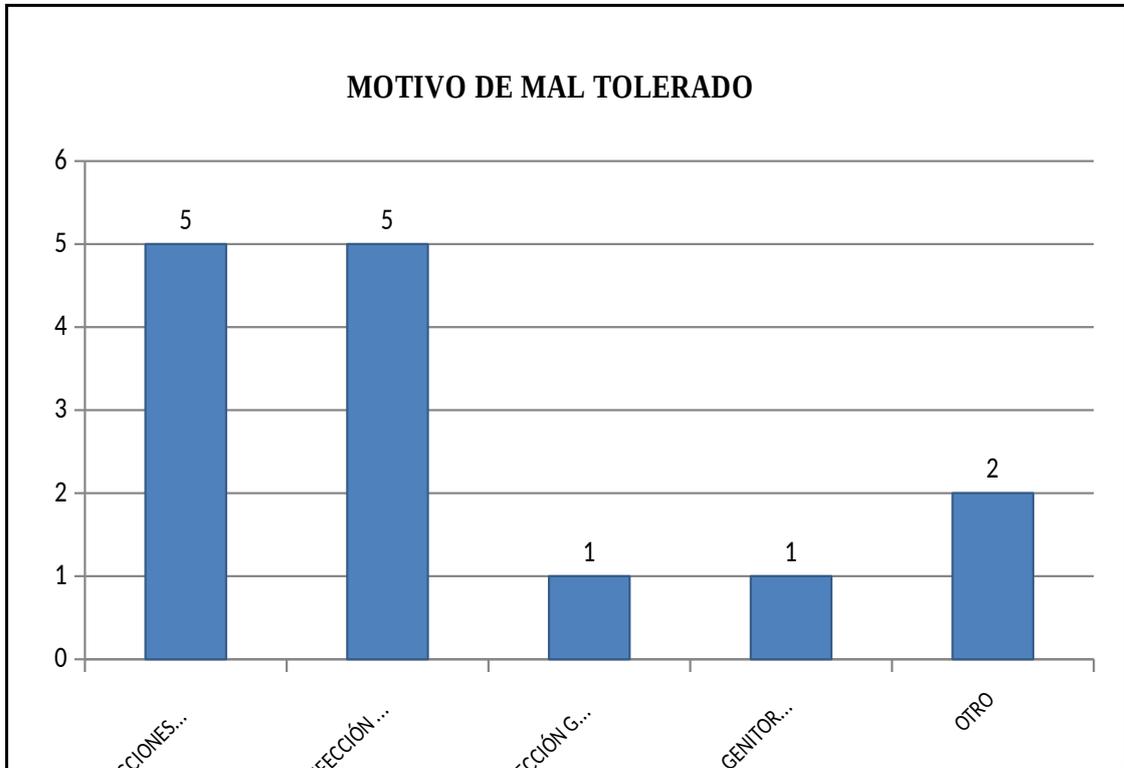


Gráfico N° 9a: Los principales motivos por los cuales fueron mal tolerados los embarazos fueron: contracciones uterinas dolorosas e infección urinaria.

Dentro de éste grupo de embarazadas que cursaron un embarazo mal tolerado (14 embarazadas) 4 de ellas requirió internación en otra oportunidad anterior a la actual.

Hierro en embarazo: comprendió entre embarazadas que usaron hierro durante el embarazo y las que no lo hicieron.

Cuadro N° 10:

HIERRO EN EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	64%
NO	9	36%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 10: distribución por uso de hierro durante el embarazo.

Gráfico N° 10:

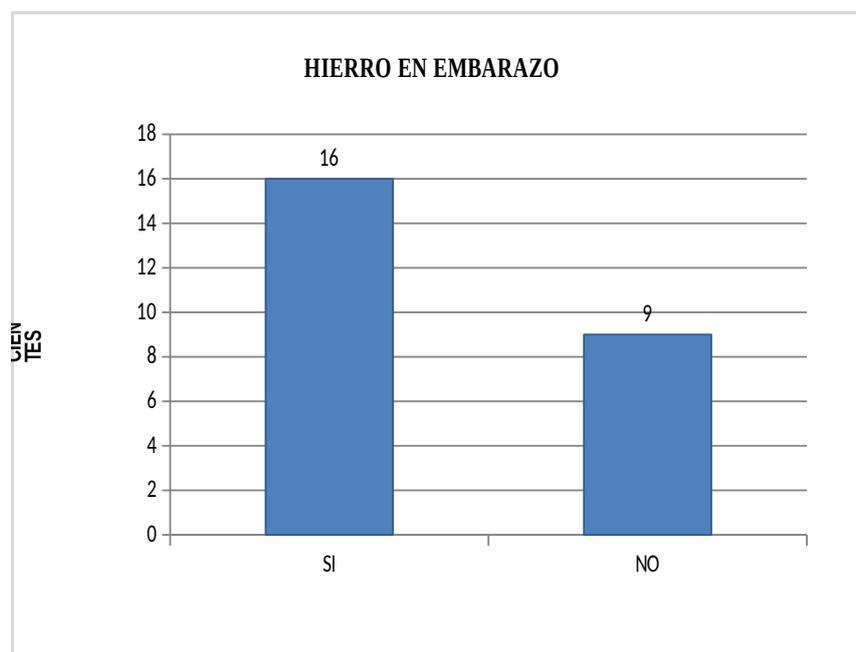


Gráfico N° 10: la mayor parte de la muestra recibió hierro durante el embarazo (64%).

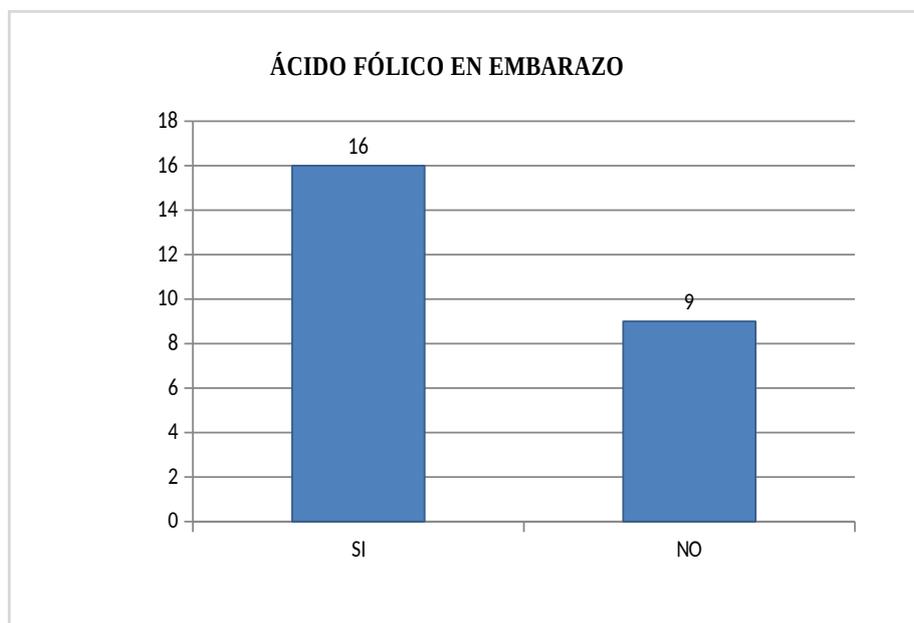
Ácido fólico en embarazo: comprendió entre embarazadas que usaron ácido fólico en embarazo y las que no lo usaron.

Cuadro N° 11:

ÁCIDO FÓLICO EN EMB.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	64%
NO	9	36%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 11: distribución por uso de ácido fólico durante el embarazo.

Gráfico N° 11:



áfi
N°
la

Gr
co
11:

Embarazo planificado: comprendió a las mujeres que planearon su embarazo y las que no lo planearon.

Cuadro N° 12:

EMBARAZO PLANIFICADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 12: distribución por embarazo planeado y embarazo no planeado.

Gráfico N° 12:

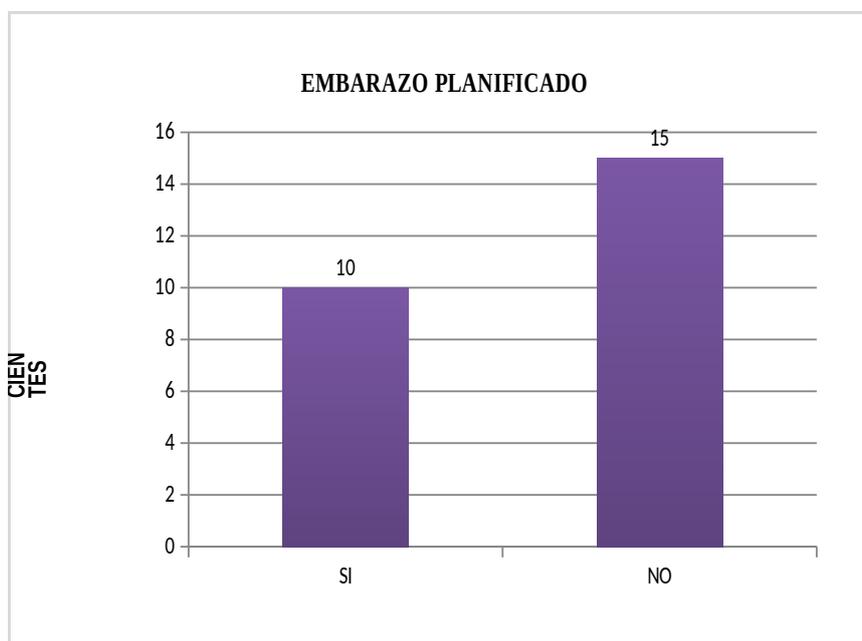


Gráfico N° 12: la mayor parte de la muestra no planificó su embarazo (60%).

Fracaso del método anticonceptivo: comprendió a las mujeres que usaron algún método anticonceptivo (MAC) y les falló, y las que no lo usaron.

Cuadro N° 13:

FRACASO DE MAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOAL	25	100%

Cuadro N° 13: distribución por fracaso o no del método anticonceptivo usado.

Gráfico N° 13:

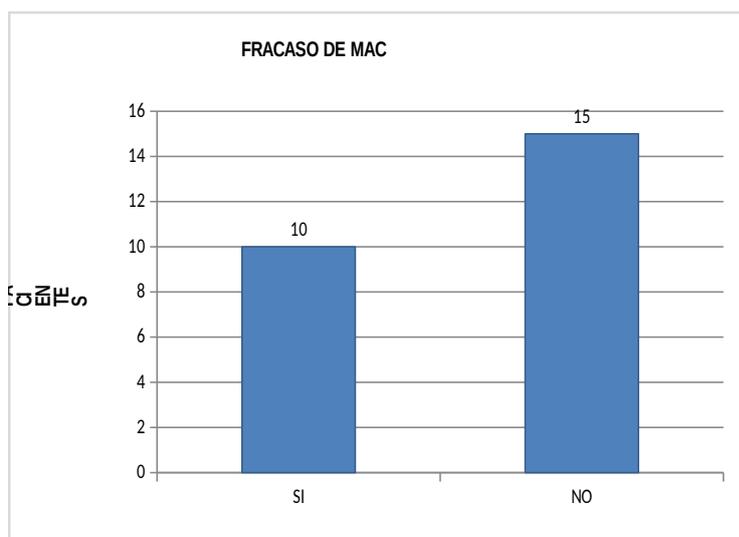


Gráfico N° 13: la mayor parte de la muestra no usó ningún método anticonceptivo (60%). El 40% restante usó algún método anticonceptivo y le falló.

En el siguiente gráfico se detallan los métodos anticonceptivos usados incorrectamente por el grupo de mujeres que los utilizó (40% de la muestra):

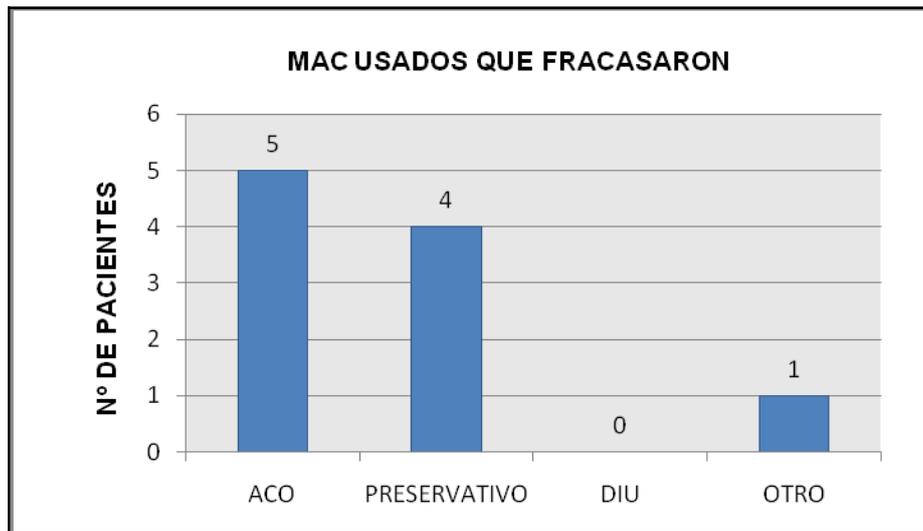


Gráfico N° 13a: métodos anticonceptivos usados que fracasaron.

Es importante recalcar que de los 15 embarazos no planeados (como lo muestra el Gráfico N° 12), 6 de ellos no usó ningún método anticonceptivo y a los otros 9 embarazos les falló el método anticonceptivo usado como se expone a continuación:

Cuadro N° 14:

EMB. NO PLANEADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO USÓ MAC	6	40%
FALLÓ MAC	9	60%
TOTAL	15	100%

Cuadro N° 14: frecuencia .y porcentaje del uso y falla de métodos anticonceptivos en mujeres que no planearon su embarazo.

Gráfico N° 14:

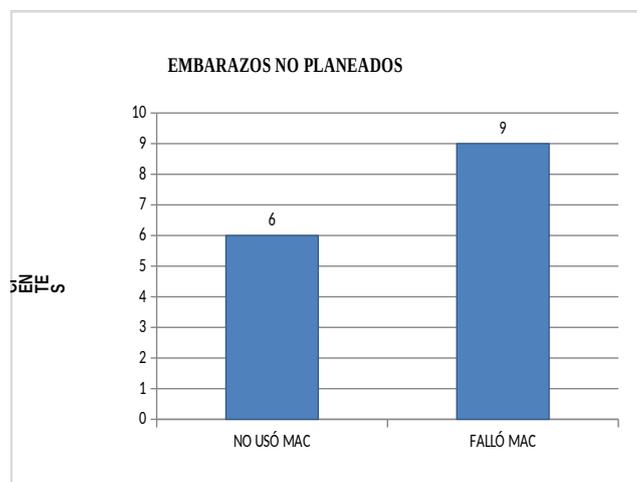


Gráfico N° 14:a la mayor parte de la muestra en éste grupo de embarazadas les falló el MAC (60%).

ENFERMEDAD ACTUAL

A continuación se exponen los datos de Enfermedad Actual y desarrollo del Motivo de ingreso de cada una de las participantes, recabados de las entrevistas (v. Anexo 1).

Los **motivos de ingresos** de las usuarias fueron:

- contracciones uterinas dolorosas.
- sintomatología urinaria baja y alta,
- genitorragia,
- aumento de cifras tensionales.

En una misma usuaria se podían encontrar más de un motivo de ingreso.

En el siguiente gráfico podemos observar la frecuencia de cada uno de los motivos de ingreso de las participantes:

Cuadro N° 15:

Cuadro N° 15: distribución por motivo/s de ingreso de las embarazadas.

MOTIVO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONTRACCIONES UTRINAS DOLOROSAS	24	96%
SINT. URINARIA BAJA	9	36%
GENITORRAGIA	2	8%
SINT. URINARIA ALTA	1	4%
AUMENTO DE PA	1	4%
TOTAL	25	100%

Gráfico N° 15:

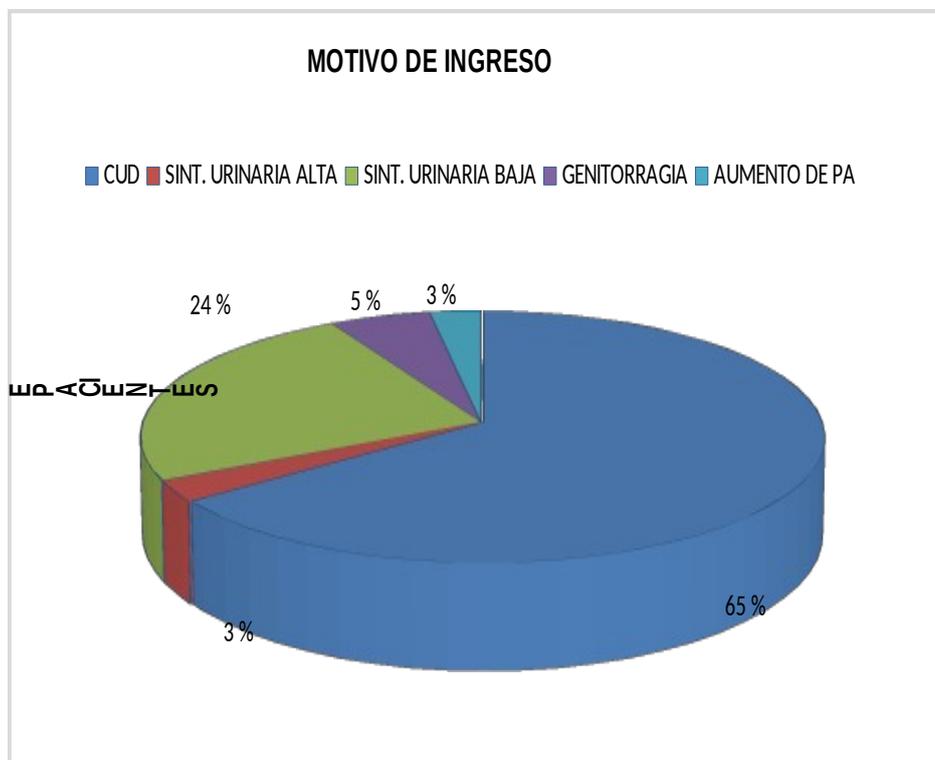


Gráfico N° 15: el motivo por el cual ingresaron la mayor parte de las usuarias fue las contracciones uterinas dolorosas, seguido de la sintomatología urinaria baja.

Tránsito digestivo: comprendió a las pacientes que refirieron ser constipadas o no.

Cuadro N° 16:

CONSTIPADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	24%
NO	19	76%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 16: distribución por pacientes constipadas o no constipadas.

Gráfico N° 16:

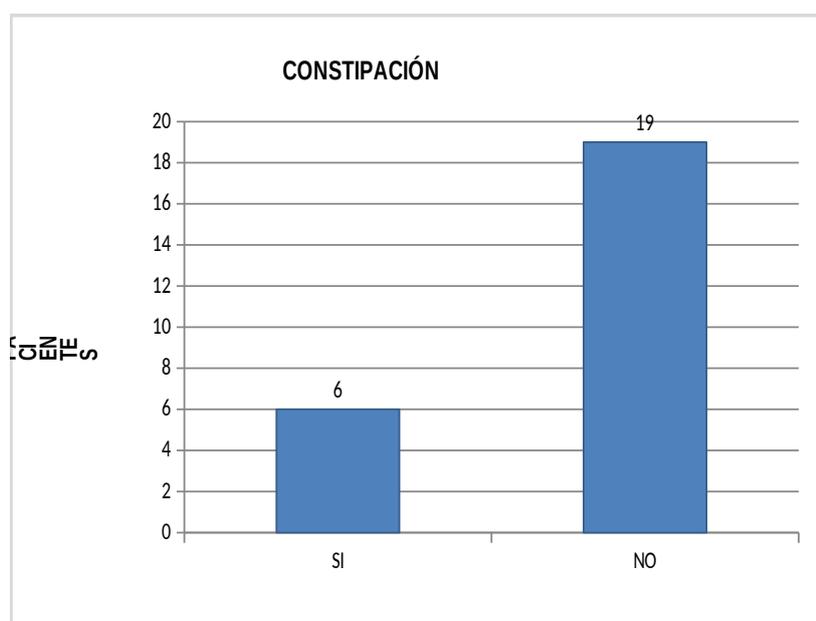


Gráfico N° 16: la mayor parte de la muestra no era constipada (76%).

Leucorrea: comprendió a las embarazadas que tenían flujo vaginal y las que no tenían flujo vaginal.

Cuadro N° 17:

LEUCORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	68%
NO	8	32%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 17: distribución por pacientes que tenían leucorrea y las que no.

Gráfico N° 17:

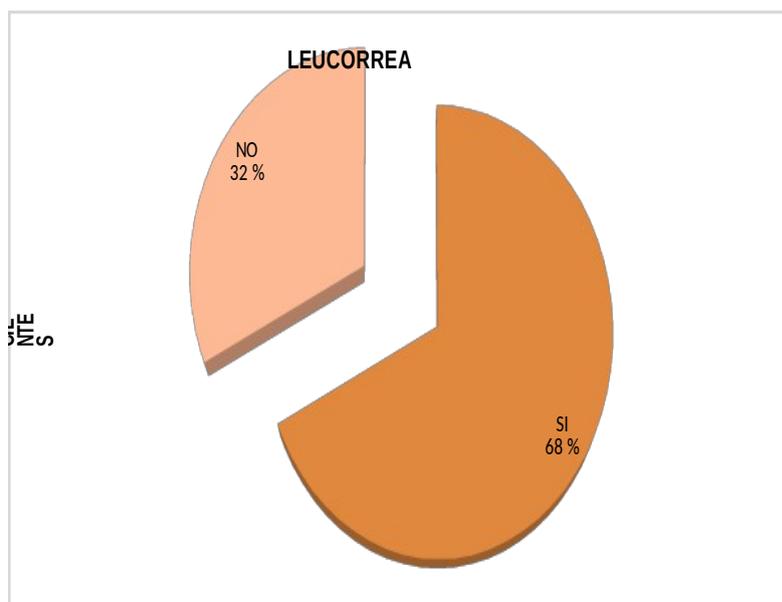


Gráfico N° 17: la mayor parte de la muestra tenía flujo vaginal (68%).

ANAMNESIS POR TRIMESTRES

Ya que el interrogatorio por trimestres realizado a las participantes incluyó varios puntos (v. Anexo 1), en busca de factores de riesgo que pudieran influir en la patología en estudio, se exponen a continuación los datos más relevantes recabados de las entrevistas.

1° Trimestre:

Infección genital baja: comprendió a las embarazadas que cursaron una infección genital baja (IGB) y las que no.

Cuadro N° 17:

INF. GENITAL BAJA (1° TRIM.)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	28%
NO	18	72%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 17: distribución por embarazadas que tuvieron IGB en el primer trimestre de embarazo.

Gráfico N° 17:

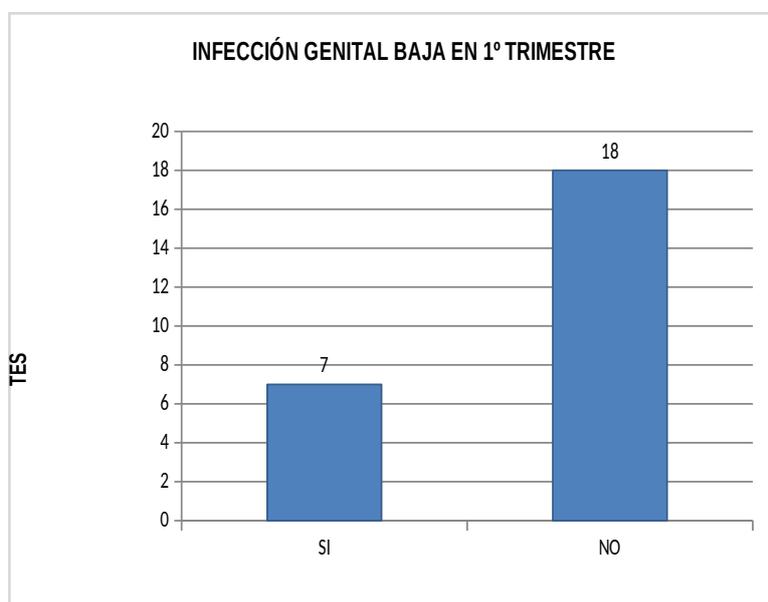


Gráfico N° 17: la mayor parte de la muestra no tuvo infección genital baja en el 1° trimestre (72%), pero aún así un porcentaje significativo si la cursó (28%).

2° Trimestre:

Infección urinaria: comprendió a las embarazadas que cursaron una infección urinaria y las que no.

Cuadro N° 18:

INFECCIÓN URINARIA (2° TRIM.)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 18: distribución por pacientes que tuvieron infección urinaria en el segundo trimestre de gestación.

Gráfico N° 18:

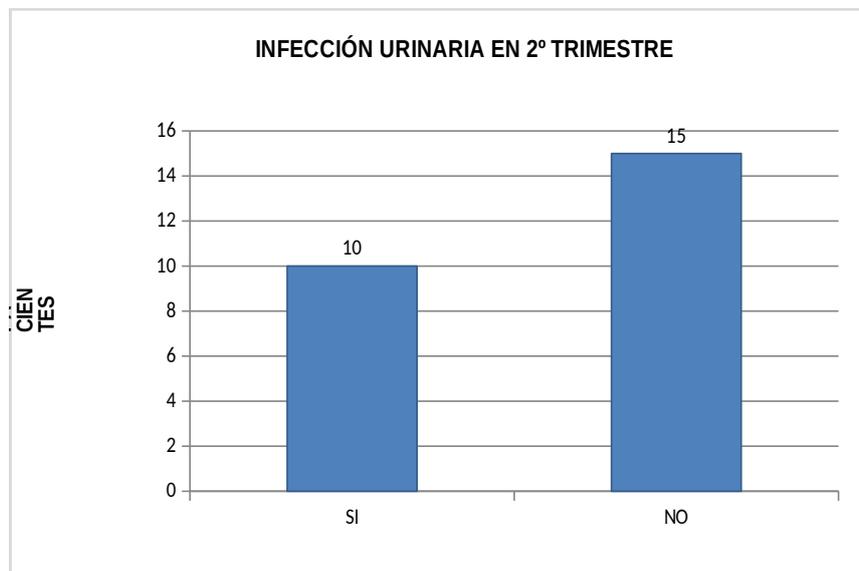


Gráfico N° 18: la mayor parte de la muestra no cursó una infección urinaria en el segundo trimestre (60%), pero un porcentaje importante si la cursó (40%).

Infección genital baja: comprendió a las embarazadas que cursaron una infección genital baja en el segundo trimestre de embarazo y las que no.

Cuadro N° 19.

INFECCIÓN GENITAL BAJA (2° TRIM.)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	48%
NO	13	52%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 19: distribución por pacientes que tuvieron infección genital baja en el segundo trimestre del embarazo.

Gráfico N° 19:

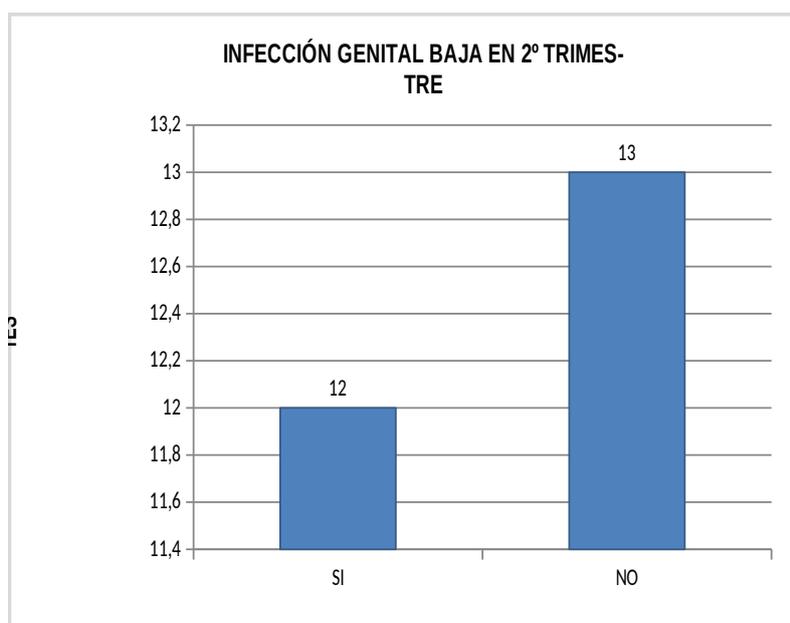


Gráfico N° 19: un 48% de la muestra cursó una infección genital baja en el segundo trimestre de embarazo. El otro 52% de la muestra no la cursó.

3° Trimestre: hay cinco usuarias (20% de la muestra) que no llegan al tercer trimestre, por lo que, en ésta etapa de las entrevistas, contamos con 20 embarazadas (80% de la muestra).

Infección urinaria: comprendió a las embarazadas que tuvieron infección urinaria en el tercer trimestre del embarazo y las que no la tuvieron.

Cuadro N° 20:

INFECCIÓN URINARIA (3° TRIM).	FRCUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	50%
NO	10	50%
TOTAL	20	100%

Cuadro N° 20: distribución por embarazadas que cursaron infección urinaria en el tercer trimestre de gestación.

Gráfico N° 20:

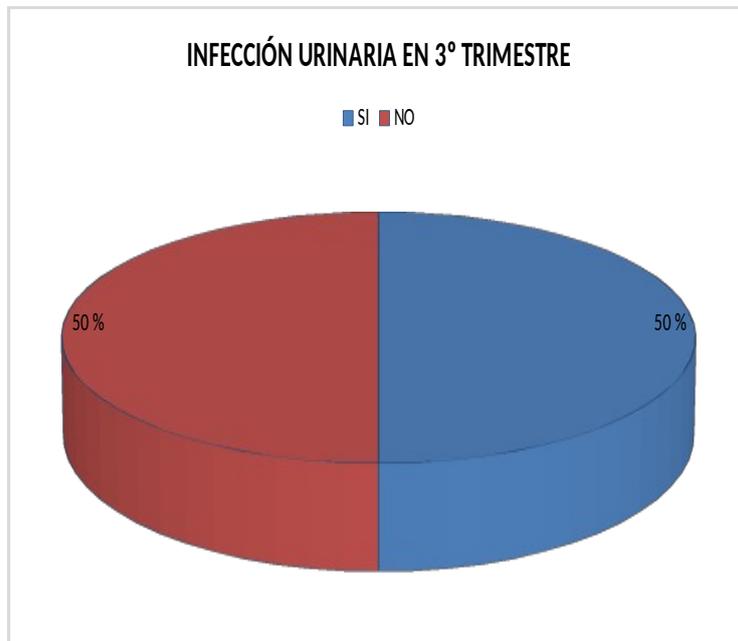


Gráfico N° 20: la mitad de la muestra (50%) tuvo infección urinaria en el tercer trimestre de gestación.

Infección genital baja: comprendió a las embarazadas que tuvieron infección genital baja en el tercer trimestre de embarazo y las que no la tuvieron.

Cuadro N° 21:

INFECCIÓN GENITAL BAJA (3° TRIM).	FRCUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	60%
NO	8	40%
TOTAL	20	100%

Cuadro N° 21: distribución por infección genital baja en embarazadas durante el tercer trimestre

Gráfico N° 21:

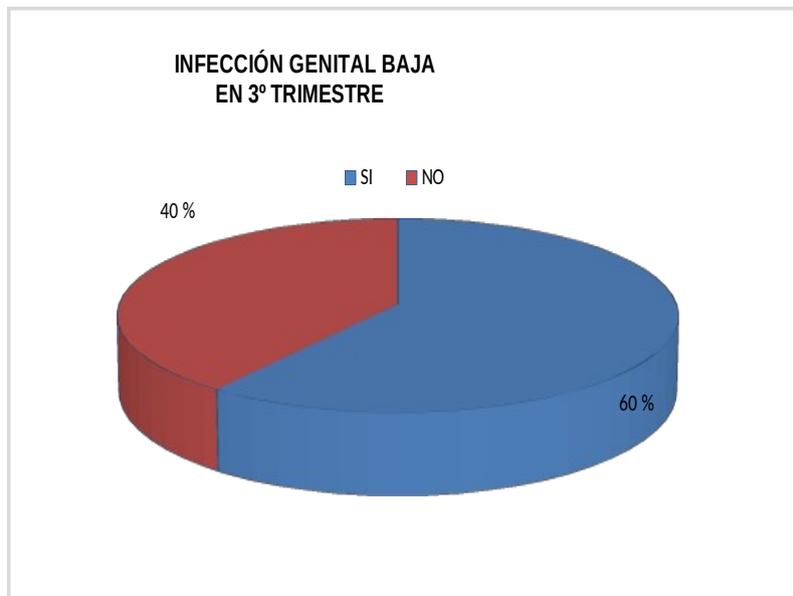


Gráfico N° 21: la mayor parte de la muestra tuvo infección genital baja en el tercer trimestre de gestación (60%).

Contracciones uterinas dolorosas: comprendió a las mujeres que presentaron contracciones uterinas dolorosas (CUD) en el tercer trimestre de gestación.

Cuadro N° 22:

CUD EN 3º TRIM.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

Cuadro N° 22: distribución por contracciones uterinas dolorosas en el tercer trimestre de gestación.

Gráfico N° 22:

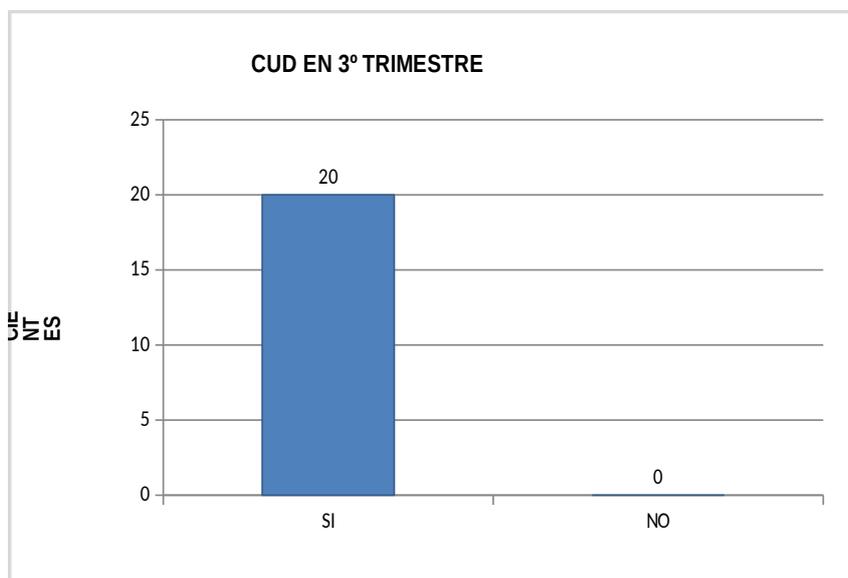


Gráfico N° 22: la totalidad de la muestra presentó contracciones uterinas dolorosas en el tercer trimestre de embarazo.

Cabe destacar, que las cinco pacientes que no llegaron al tercer trimestre de gestación, presentaron todas contracciones uterinas dolorosas, el cual fue el o uno de los motivos de consulta/ingreso de estas embarazadas.

ANTECEDENTES

Los antecedentes incluyen: antecedentes ginecológicos, obstétricos, personales y socioeconómicos y culturales.

Al igual que en “Anamnesis por trimestres”, en ésta etapa de las entrevistas se exponen los datos que cobran mayor relevancia recabados de éstas.

Ginecológicos:

Patologías: ninguna de las pacientes presentaba patología ginecológica.

Cirugía ginecológica: comprendió a las embarazadas que presentaban alguna cirugía ginecológica y las que no.

Cuadro N° 23:

CIRUGÍA GINECOLÓGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Cuadro N 23: distribución por cirugías ginecológicas en las pacientes.

Gráfico N° 23:

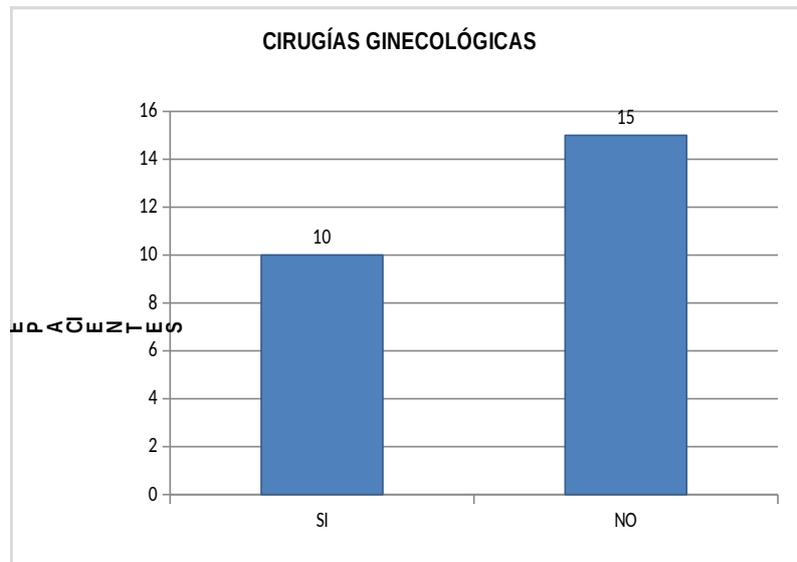


Gráfico N° 23: la mayor parte de la muestra no presentaba ninguna cirugía ginecológica (60%).

Obstétricos:

Gestas previas: comprendió el número de embarazos anteriores en: ninguno, 1 a 3 embarazos y 4 o más embarazos.

Cuadro N° 24:

GESTAS PREVIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	6	24%
1 A 3 EMBARAZOS	12	48%
4 O MÁS EMBARAZOS	7	28%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 24: distribución por número de embarazos anteriores.

Gráfico N° 24:

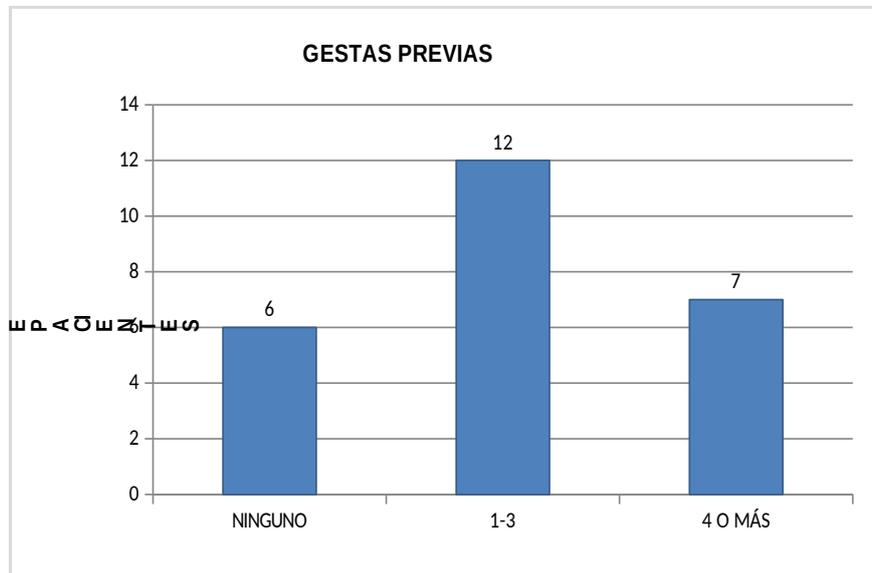


Gráfico N° 24: la mayor parte de la muestra tenía entre 1 y 3 gestaciones anteriores (48%), 6 eran primigestas (24%) y 7 tenían más de 4 gestaciones anteriores (28%).

Partos vaginales: comprendió a las embarazadas que tuvieron partos vaginales en: ninguno, 1 a 3 partos vaginales y 4 o más partos vaginales. Contamos con 19 embarazadas ya que 6 son primigestas, como se mencionó en el gráfico N° 24.

Cuadro N° 25:

PARTOS VAGINALES (PV)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	7	37%
1 A 3 PV	9	47%
4 O MÁS PV	3	16%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 25: distribución por número de partos vaginales.

Gráfico N° 25:

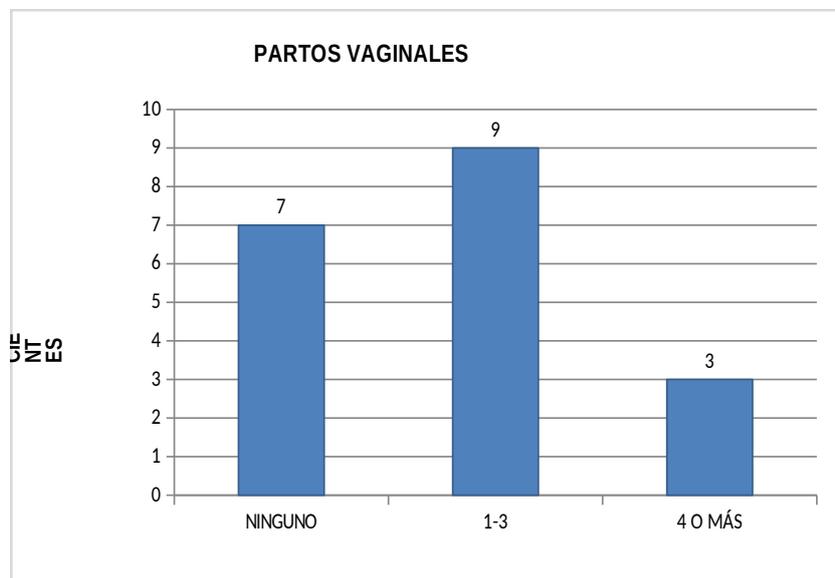


Gráfico N° 25: la mayor parte de la muestra tenía entre 1 a 3 partos vaginales (47%).

Cesáreas: comprendió a las embarazadas que no tuvieron ninguna cesárea, las que tuvieron entre 1 a 3 cesáreas y las que tuvieron más de 4 cesáreas.

Cuadro N° 26:

CESÁREAS (CST)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	13	68%
1 A 3 CST	6	32%
4 O MÁS CST	0	0%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 26: distribución por número de cesáreas.

Gráfico N° 26:

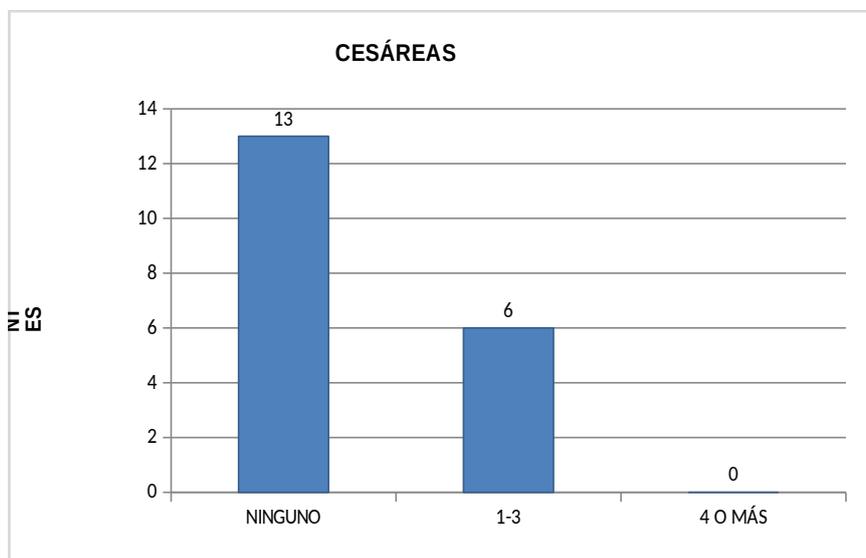


Gráfico N° 26: la mayor parte de la muestra no tenía ninguna cesárea (68%).

Partos prematuros: comprendió a las embarazadas que no tuvieron ningún parto prematuro, entre 1 a 3 partos prematuros y 4 o más partos prematuros.

Cuadro N° 27:

PARTOS PREMATUROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	12	63%
1 A 3	7	37%
4 O MÁS	0	0%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 27: distribución por partos prematuros.

Gráfico N° 27:

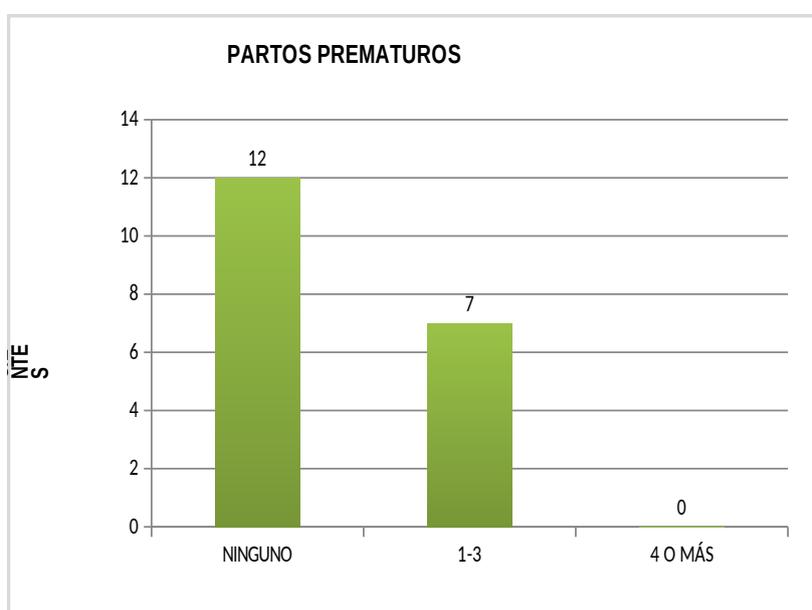


Gráfico N° 27: la mayor parte de la muestra no tuvo ningún parto prematuro (63%). Aún así una parte significativa de la muestra sí tuvo algún parto prematuro (37%).

Abortos: comprendió a las embarazadas que tuvieron algún aborto y las que no tuvieron ninguno.

Cuadro N° 28:

ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---------	------------	------------

SI	10	53%
NO	9	47%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 28: distribución por abortos.

Gráfico N° 28:

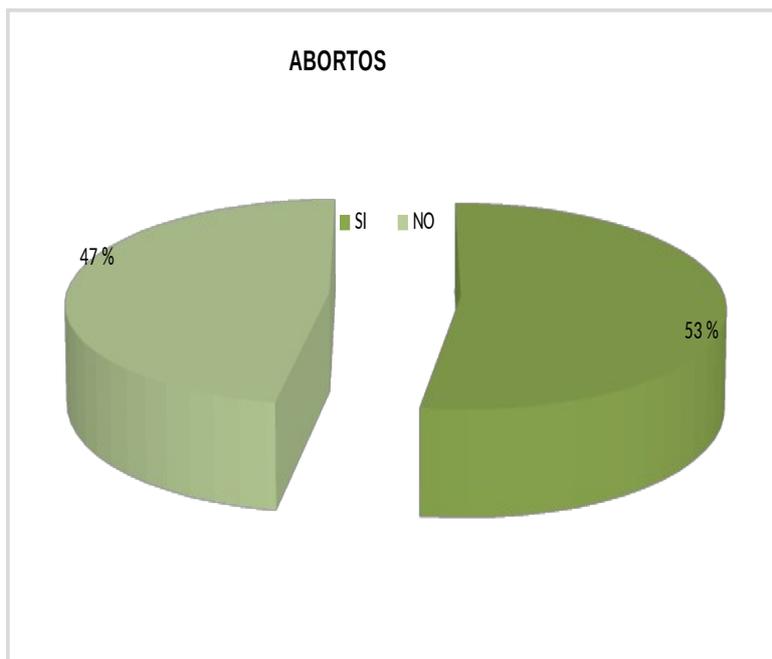


Gráfico N° 28: la mayor parte de la muestra tuvo algún aborto (53%).

Óbitos: sólo una embarazada tuvo un óbito.

Muertes: sólo una embarazo tuvo una muerte neonatal.

Fin de embarazo anterior: comprendió el tiempo que transcurrió desde el último embarazo en: un año, dos años y más de dos años.

Cuadro N° 29:

FIN EMB. ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 AÑO	2	11%
2 AÑOS	4	21%
MÁS DE 2 AÑOS	13	68%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 29: distribución por tiempo desde el último embarazo.

Gráfico N° 29:

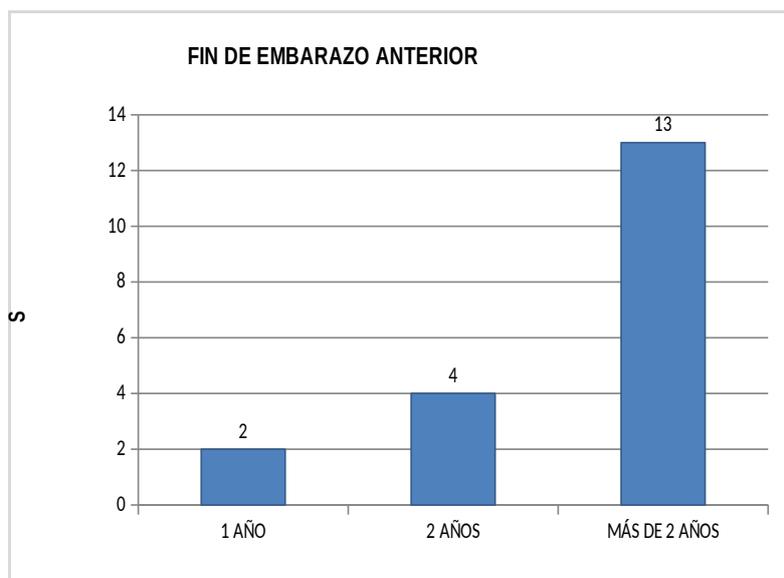


Gráfico N° 29: la mayor parte de la muestra había finalizado su embarazo anterior hacía más de 2 años.

Recién nacidos de mayor y menor peso: sólo dos pacientes tuvieron recién nacidos con un peso igual y mayor a 4 Kg; y cuatro pacientes tuvieron recién nacidos con un peso menor a 2.500 Kg.

Complicaciones obstétricas anteriores: comprendió a aquellas embarazadas que tuvieron complicaciones en embarazos anteriores y las que no las tuvieron.

Cuadro N° 30:

COMPLICACIONES OBST. ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	53%
NO	9	47%
TOTAL	19	100%

Cuadro N° 30: distribución por complicaciones en embarazos anteriores.

Gráfico N° 30:

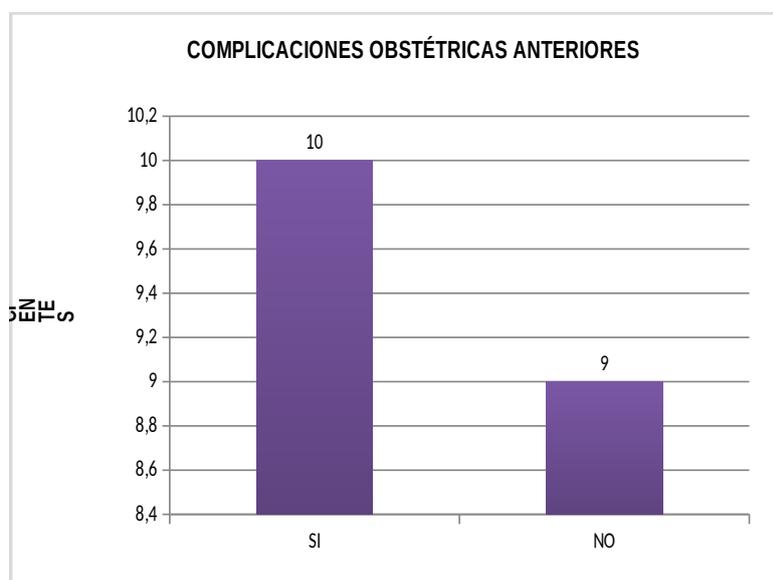


Gráfico N° 30: la mayor parte de la muestra tuvo complicaciones obstétricas anteriores (53%).

La complicación obstétrica más frecuentes, en el grupo de embarazadas que las tuvo (10 embarazadas), fue la APP, con 5 casos (50% de las complicaciones).

Personales:

Patología de base: comprendió a las embarazadas que tenían una patología de base y las que eran sanas.

Cuadro N° 31:

PATOLOGÍA DE BASE	FRECUANCIA	PORCENTAJE
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 31: distribución por patología de base de las embarazadas.

Gráfico N° 31:

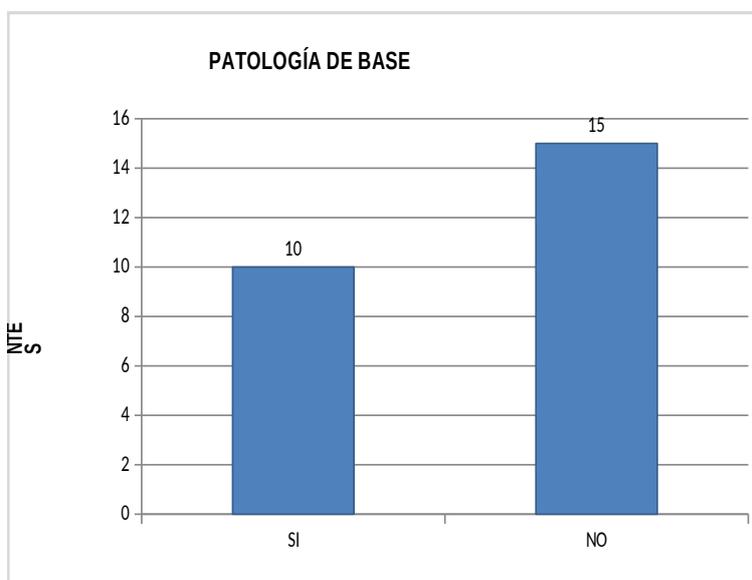


Gráfico N° 31: la mayor parte de la muestra eran mujeres sanas, que no presentaban ninguna patología de base (60%).

El 40% de la muestra eran embarazadas que presentaban alguna patología de base, de las cuales, la mitad de ellas eran tratadas y la otra no lo era.

Hábitos no saludables:

Drogas: comprendió a aquellas embarazadas que usaron algún tipo de drogas y las que no usaron.

Cuadro N° 32:

DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	25	100%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 32: distribución por uso de drogas durante el embarazo.

Gráfico N° 32:

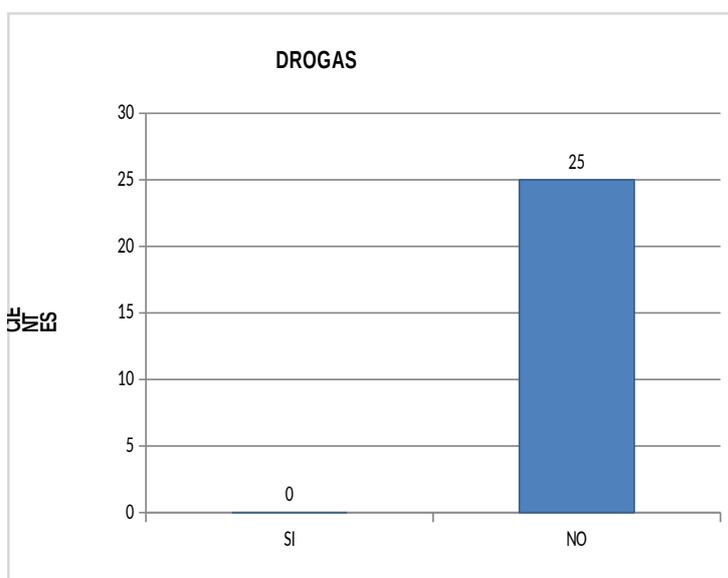


Gráfico N° 32: la totalidad de la muestra no usaba drogas (100%).

Alcohol: una embarazada consumió alcohol durante el embarazo (no considerado como uso problemático).

Tabaco: comprendió a las embarazadas que eran fumadoras y las que no lo eran.

Cuadro N° 33:

TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	36%

NO	16	64%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 33: distribución por uso de tabaco en las embarazadas.

Gráfico N° 33:

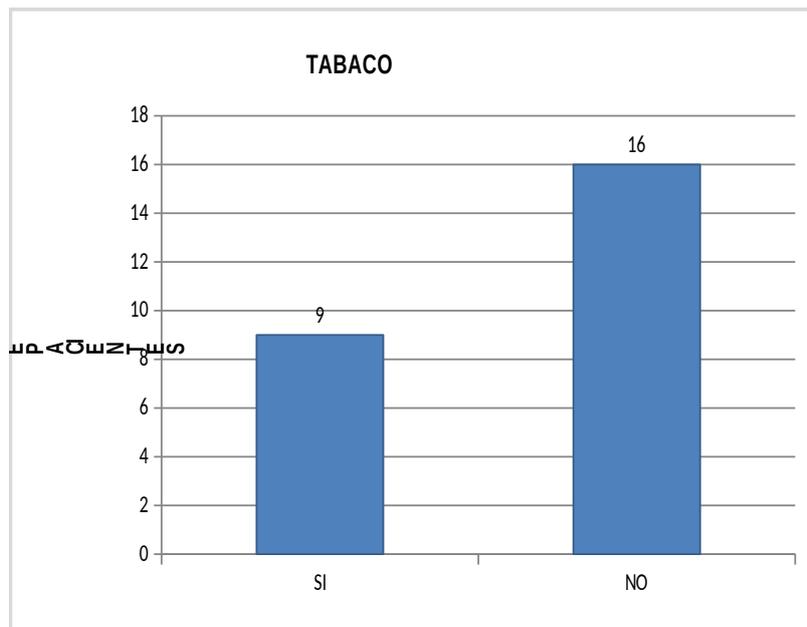


Gráfico N° 33: la mayor parte de la muestra no era fumadora activa (64%).

Fumadoras pasivas: comprendió a las pacientes que estuvieron expuestas a humo de tabaco y a las que no lo estaban.

Cuadro N° 34:

FUMADORAS PASIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	52%

NO	12	48%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 34: distribución por exposición a humo de tabaco durante el embarazo.

Gráfico N° 34:

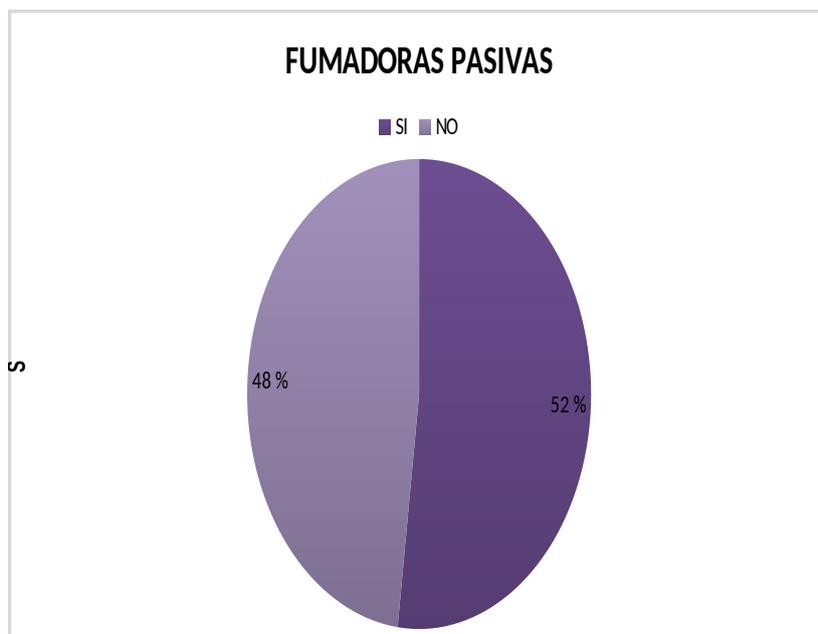


Gráfico N° 34: la mayor parte de la muestra estuvo expuesta a humo de tabaco (52%).

Violencia: dos de las embarazadas sufrieron violencia durante el embarazo (8%).

Socioeconómicos y culturales:

Deficitario: comprendió a las embarazadas con un medio socioeconómico deficitario y las que no tenían un medio socioeconómico deficitario (tomando en cuenta lo conocido en la bibliografía, tal como: vivienda, saneamiento, agua potable, entre otros).

Cuadro N° 35:

DEFICITARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	24%
NO	19	76%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 35: distribución por medio socioeconómico deficitario.

Gráfico N° 35:

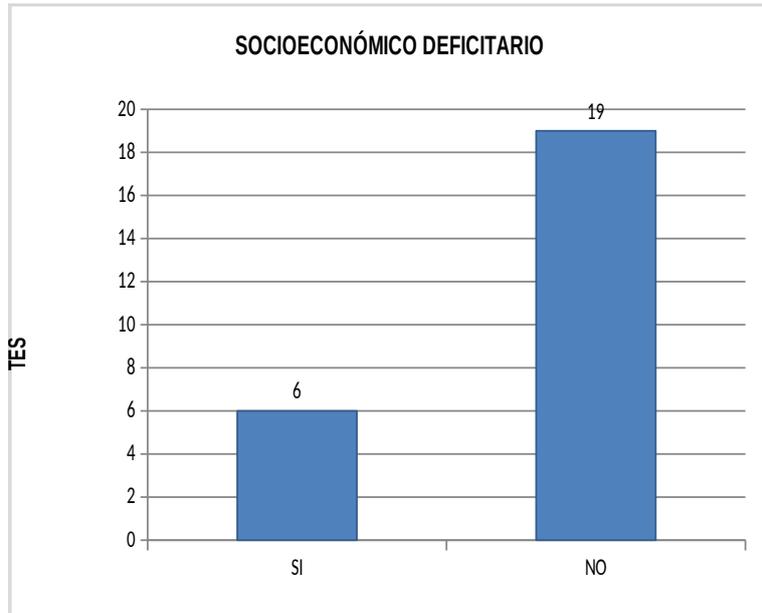


Gráfico N° 35: la mayor parte de la muestra se encontraba dentro de un buen o aceptable nivel socioeconómico (76%).

Nutrición: comprendió al estado nutricional de las embarazadas en: mala, media y buena nutrición.

Cuadro N° 36:

NUTRICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALA	2	8%

MEDIA	6	24%
BUENA	17	68%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 36: distribución por estado nutricional de las embarazadas.

Gráfico N° 36:

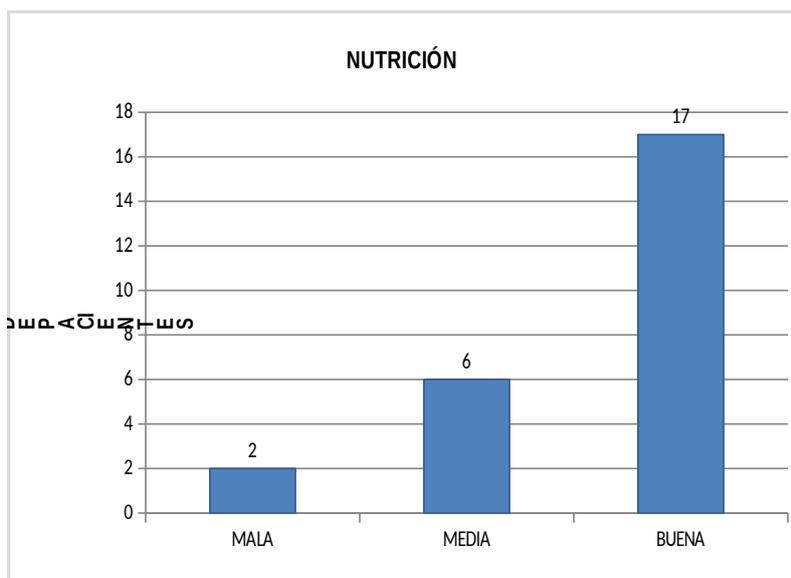


Gráfico N° 36: la mayor parte de la muestra refirió tener una buena alimentación (68%).

Acceso a servicios de salud: sólo una de las embarazadas no tenía acceso a los servicios de salud. El 96% tenía acceso a servicios de salud.

Estado civil: comprendió el estado civil de las embarazadas en: soltera, casada, unión estable y otro.

Cuadro N° 37:

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	9	36%
CASADA	1	4%
UNIÓN ESTABLE	15	60%

OTRO	0	0%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 37: distribución por estado civil de las embarazadas.

Gráfico N° 37:

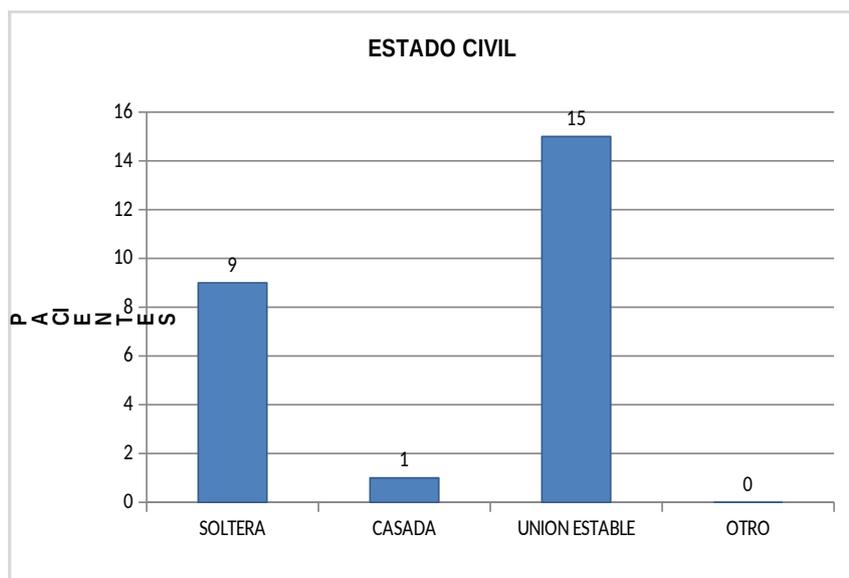


Gráfico N° 37: el estado civil de la mayor parte de la muestra era el de unión estable (60%).

Alfabeta: tres de las embarazadas no era alfabeta (12%).

Estudios cursados: comprendió los estudios cursados por las embarazadas en: ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y terciario.

Cuadro N° 38:

ESTUDIOS CURSADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	2	8%
PRIM. INCOMPLETA	4	16%
PRIM. COMPLETA	4	16%

SECUN. INCOMPLETA	14	56%
SECUN. COMPLETA	1	4%
TERCIARIO	0	0%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 38: distribución por estudios cursados de las embarazadas.

Gráfico N° 38:

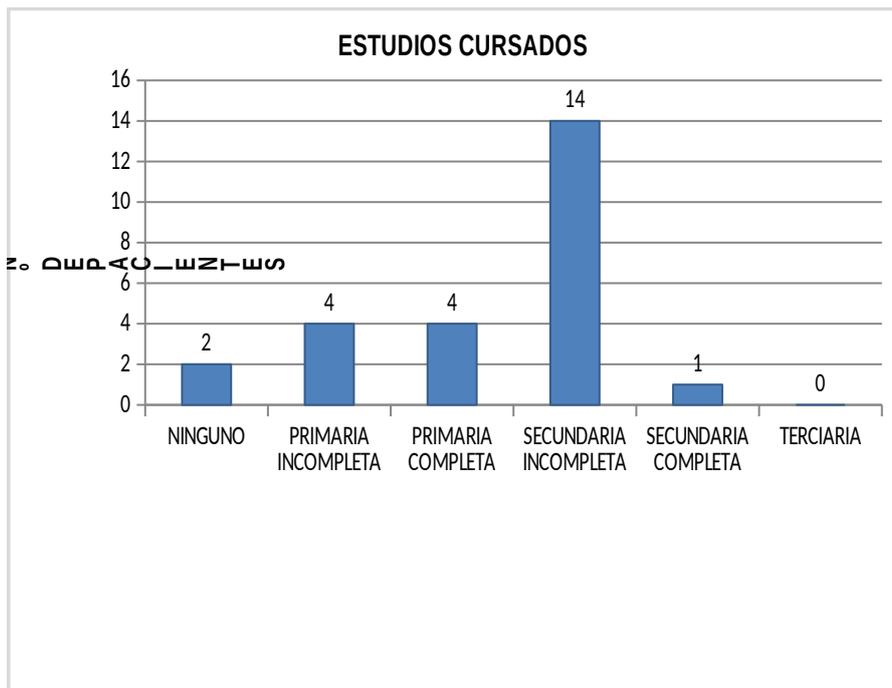


Gráfico N° 38: el 88% de la muestra no superó el nivel de secundaria, de las cuales, un 16% no terminó primaria y otro 16% si lo hizo.

Trabaja: comprendió a las embarazadas que trabajaron durante el embarazo y las que no lo hicieron.

Cuadro N° 39:

TRABAJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	16%
NO	21	84%

TOTAL	25	100%
-------	----	------

Cuadro N° 39: distribución por trabajo realizado durante el embarazo.

Gráfico N° 39:

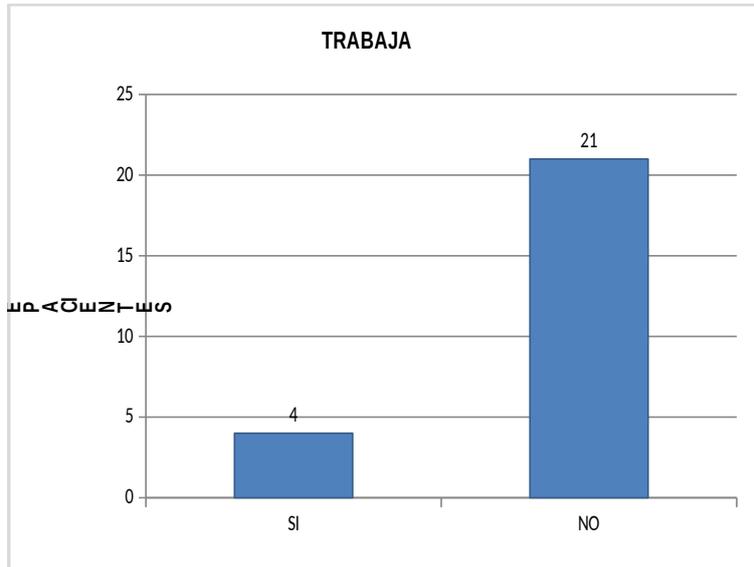


Gráfico N° 39: la mayor parte de la muestra no trabajó durante el embarazo (84%).

Esfuerzo físico: ninguna de las pacientes realizaba esfuerzo físico durante el embarazo a causa del trabajo.

PARACLÍNICA

Se incluyeron: exámenes de laboratorio, ecografía y preparación para el parto.

Examen odontológico normal: comprendió a las embarazadas con un examen odontológico normal y las que tenían un examen odontológico anormal.

Cuadro N° 40:

EX. ODONTOLÓGICO NORMAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	44%
NO	14	56%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 40: distribución por examen odontológico normal o anormal en las embarazadas.

Gráfico N° 40:

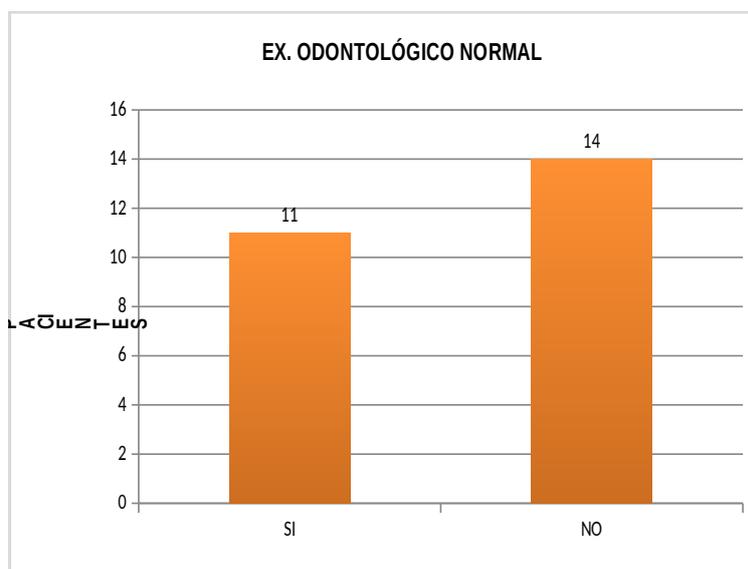


Gráfico N° 40: el 56% de las embarazadas tenía un examen odontológico anormal, dado principalmente por caries dentales.

Mamas: comprendió a las embarazadas que se realizaron el examen de mamas, el cual fue normal o anormal. La totalidad de la muestra presentó un examen normal.

Grupo y Rh: la mayor parte de la muestra tenía un factor Rh positivo (19 pacientes: 90%), El 10% restante era Rh negativo (2 pacientes). Falta de 4 datos ya que no se había determinado el grupo y Rh de éstas embarazadas; recordemos que 3 eran embarazos sin control.

VIH/SIDA: la totalidad de la muestra presentó una prueba de VIH negativa.

Sífilis: sólo una de las embarazadas presentó VDRL positivo (4%). El 96% de las pacientes tenía pruebas de VDRL negativas.

Toxoplasmosis: comprendió a las embarazadas inmunizadas y no inmunizadas.

Cuadro N° 41:

TOXOPLASMOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INMUNIZADA	6	43%
NO INMUNIZADA	8	57%
TOTAL	14	100%

Cuadro N° 41: distribución por inmunización o no inmunización a la toxoplasmosis en las embarazadas internadas.

Gráfico N° 41:

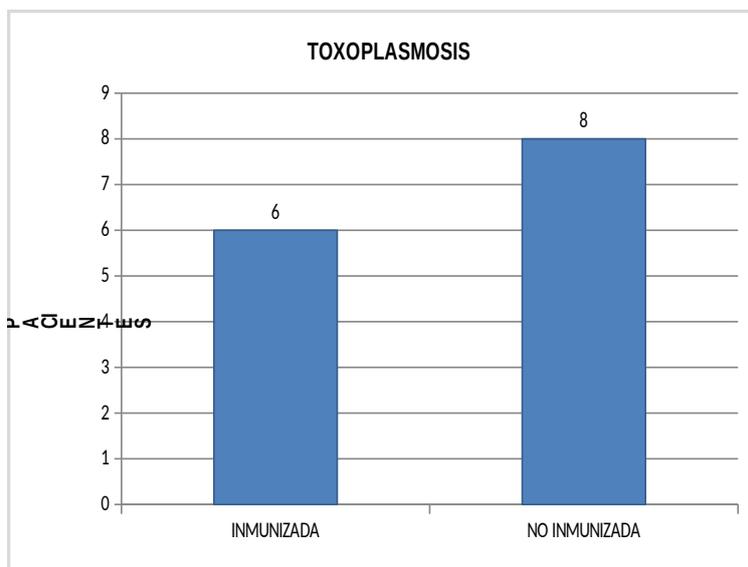


Gráfico N° 41: la mayor parte de la muestra no estaba inmunizada (57%).
Falta de 11 datos (no tenían serología para toxoplasmosis).

Hemoglobina: comprendió a las embarazadas con una hemoglobina menor a 11,0 g/dL, y las embarazadas que tenían una hemoglobina mayor a 11,01 g/dL.

Cuadro N° 42:

HEMOGLOBINA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR A 11,0 G/DL	9	36%
MAYOR A 11,01 G/DL	16	64%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 42: distribución por valor de hemoglobina en las embarazadas.

Gráfico N° 42:

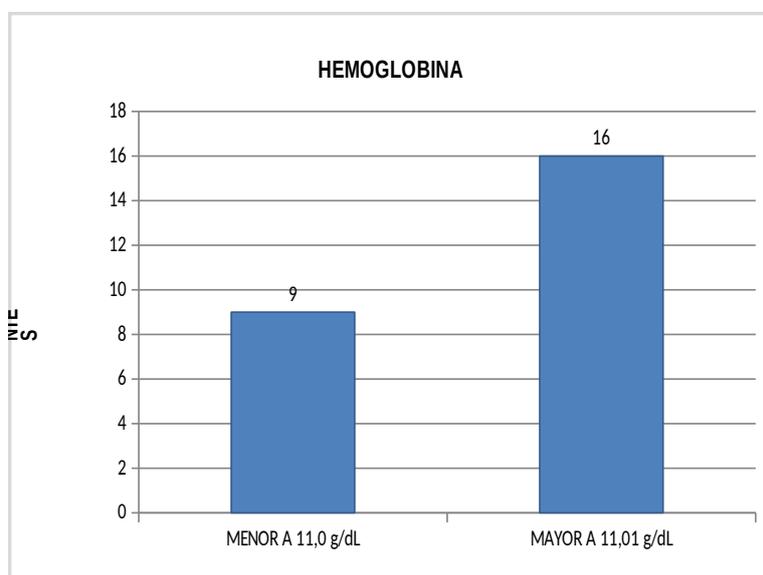


Gráfico N° 42: la mayor parte de la muestra no tenía anemia (64%).

Bacteriuria: comprendió a las mujeres embarazadas que obtuvieron un urocultivo positivo (anormal) y las que obtuvieron uno negativo (normal).

Cuadro N° 43:

BACTERIURIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	12	50%
ANORMAL	12	50%
TOTAL	24	100%

Cuadro N° 43: distribución por bacteriuria normal o anormal en embarazadas.

Gráfico N° 43:

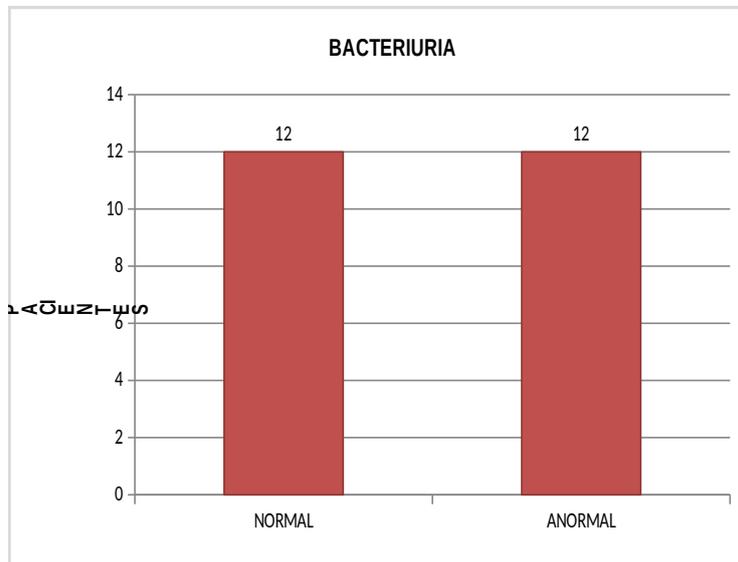


Gráfico N° 43: el 50% de la muestra presentó un urocultivo anormal.
Falta de 1 dato ya que no se había realizado urocultivo (también era un embarazo sin control).

Glicemia: comprendió a las embarazadas que presentaron una prueba de glicemia menor a 1,05 g/dL, y aquellas embarazadas con una prueba de glicemia mayor a 1,06 g/dL.

Cuadro N° 44:

GLICEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR A 1,05 G/DL	21	100%
MAYOR A 1,06 G/DL	0	0%
TOTAL	21	100%

Cuadro N° 44: distribución por valor de glicemia en las embarazadas.

Gráfico N° 44:

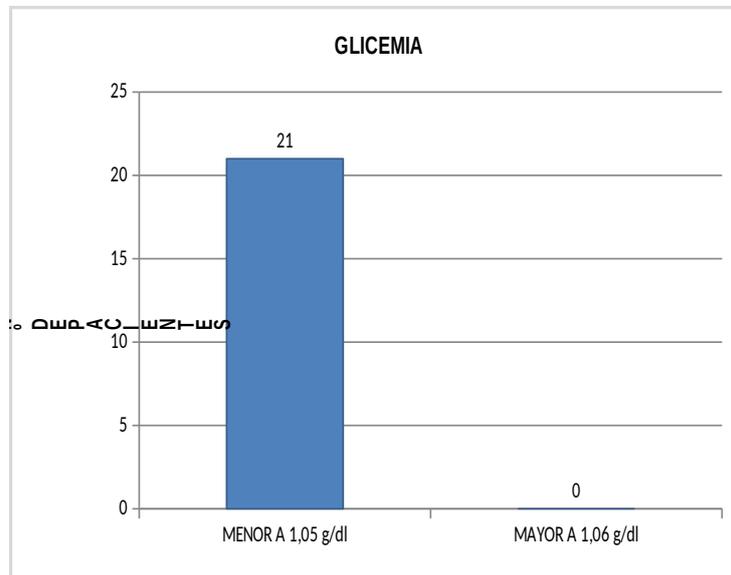


Gráfico N° 44: la totalidad de la muestra presentó una glicemia menor a 1,05 g/dL (100%).
Falta de 4 datos (no se habían realizado la prueba de glicemia).

Preparación para el parto: comprendió a las embarazadas que realizaron clases de preparación para el parto y las que no las realizaron.

Cuadro N° 45:

PREPARACIÓN PARA EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	4%
NO	24	96%
TOTAL	25	100%

Cuadro N° 45: distribución por clases de preparación para el parto realizadas por las embarazadas.

Gráfico N° 45:

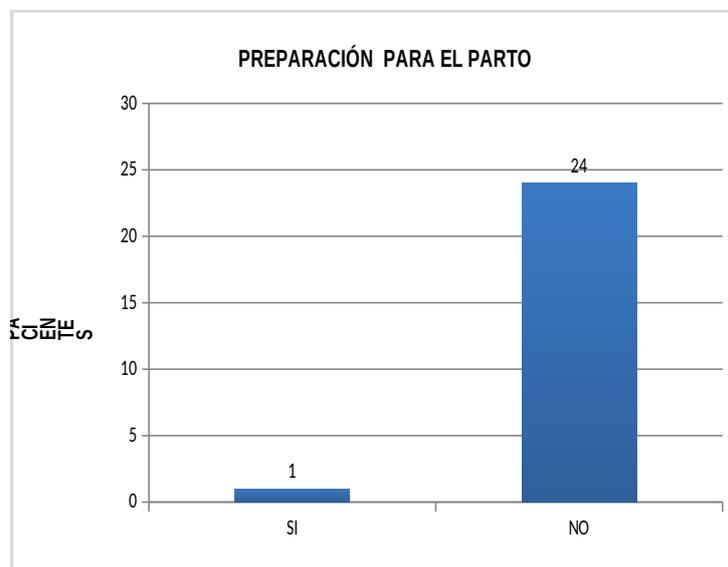


Gráfico N° 45: la mayor parte de la muestra no realizó clases de preparación para el parto (96%).

Ecografía: la totalidad de las embarazadas se realizaron ecografía. Los puntos tomados en cuenta para su valoración fueron: placenta, líquido amniótico (LA) y crecimiento fetal.

Placenta: en todas las pacientes era normal.

Líquido amniótico: 23 pacientes presentaron LA normal (92%), 2 pacientes presentaron polihidramnios (8%) y ninguna presentó oligoamnios (0%).

Crecimiento fetal: 24 pacientes presentaron un crecimiento fetal normal (96%) y 1 paciente presentó un crecimiento fetal anormal (RCIU) (4%).

SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS A USUARIAS DEL SERVICIO

Del procesamiento de datos recabados de las entrevistas e Historia Clínica, de cada una de las embarazadas que participaron en ésta investigación, se pudo analizar lo siguiente:

► La mayor parte de la muestra estudiada, correspondiente al 24% de las embarazadas, tenía una edad entre 27-30 años, encontrándose en una edad reproductiva ideal, definiéndose ésta como la edad de las gestantes de entre 15 a 35 años, ya que presentan menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal, neonatal y los defectos congénitos suelen ser más frecuentes en la adolescencia temprana (menores de 15 años) como a partir de los 35 años (Fescina et al., 2010).

► El 88% de las gestantes era de raza blanca. Hay etnias que presentan riesgos perinatales específicos. En Estados Unidos y en el Reino Unido, las mujeres de raza

negra y afrocaribeñas a menudo se refieren como portadoras de un riesgo más alto de parto prematuro (Cunningham et al., 2006).

► El peso anterior al embarazo en el 50% de las embarazadas fue de entre 50 y 70 Kg; y la talla fue mayor a 1,50 m en el 100% de las gestantes. Se sabe que el peso materno pregravídico insuficiente, la baja talla de la madre y el escaso o el exagerado incremento de peso durante el embarazo han sido asociados con malos resultados perinatales (Fescina et al., 2010).

El bajo peso materno ha demostrado una fuerte asociación con el parto pretérmino, sobre todo cuando el peso es inferior a 55 Kg en la semana 20 de gestación (González et al., 2013). También se ha observado que la baja estatura, al ajustarla a otros factores demográficos, especialmente al peso, perdía su significancia como factor de riesgo de APP (González et al., 2013).

La ganancia de peso materno fue menor a 11 Kg en el 62% de las pacientes. Colocando la ganancia de peso materna en la gráfica de “incremento de peso materno en función de la edad gestacional” del carné perinatal de CLAP/SMR, de cada una de las usuarias, vemos que: el 54% de las embarazadas tienen un peso adecuado para la edad gestacional (se sitúan entre los percentiles 25 y 90), sin embargo un porcentaje muy significativo, el 46% de las pacientes, no tienen un adecuado incremento de peso o éstas bajaron de peso, lo que sería peor aún (ver gráfico N° 5).

La variación de peso durante la gestación es muy grande y oscila entre 6 y 18 Kg al término dependiendo del estado nutricional previo al embarazo. El período de máximo aumento de peso se produce entre las semanas 12ª y 24ª (Fescina et al., 2010).

El aumento de peso insuficiente de la madre tiene una función importante tanto en la incidencia como en el pronóstico de los recién nacidos de bajo peso al nacer. Además, se observó que las mujeres preobesas con riesgo de parto prematuro tenían tasas más bajas de partos a pretérmino antes de las 35 semanas que las mujeres con riesgo pero con un peso normal (Cunningham et al., 2006). Esto por tanto, es un factor de riesgo importante para la amenaza de parto prematuro.

► La cantidad o número de consultas prenatales en el 60% de la muestra, fue de entre 1 a 5 controles prenatales. El 12% fue un embarazo sin control (3 embarazadas) y el 28% tenía 6 o más controles prenatales.

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura. En ésta instancia nos compete la periodicidad de las consultas antenatales, por lo que su frecuencia podrá variar según el grado de riesgo que presenta la embarazada (entre los factores que aumentan el riesgo perinatal se citan únicamente aquellos cuyo control requiere actividades no contempladas en esta propuesta y que necesitan acciones de mayor complejidad (normas de alto riesgo)). Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo (Fescina et al., 2010).

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma que contemple la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. Se propone un número mínimo de 5 consultas que permita el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr un control prenatal adecuado, siempre y cuando el embarazo continúe siendo de bajo riesgo. La elección del número y oportunidad de cada consulta se basó en el conocimiento de la

epidemiología de los problemas maternos y perinatales más frecuentes; las posibilidades de diagnosticarlos, resolverlos o controlarlos con las tecnologías apropiadas, las mejores prácticas y con procedimientos de eficacia demostrada por las mejores evidencias existentes (Fescina et al., 2010).

Cabe destacar que la mayor parte de las embarazadas en estudio tenían entre 24 y 32 semanas de gestación al ingreso, por lo que, el número menor de consultas prenatales estarían dadas por dicha razón. Hay 5 gestantes que no llegaron al tercer trimestre al momento que se realizaron las entrevistas.

► El 45% de las embarazadas realizó su primera consulta prenatal luego de las 12 semanas de gestación, y el 14% fue un embarazo sin control. La primera consulta debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo (Fescina et al., 2010).

Intensificar el cuidado prenatal en grupos de alto riesgo de parto pretérmino ha demostrado reducir la tasa de prematuridad en algunos estudios (González et al., 2013).

► El 56% de las embarazadas cursaron un embarazo mal tolerado y sus motivos fueron: las contracciones uterinas dolorosas y las infecciones urinarias, con igual cantidad de casos cada una de ellas. Cuatro de esas embarazadas había requerido internación en otra oportunidad anterior a la actual.

Durante el transcurso del embarazo hay un aumento progresivo de la frecuencia de las contracciones uterinas por hora, entre las semanas 26 y 30, lo que luego se estabiliza. Así en la semana 32 se podría esperar en el 90 % de las embarazadas normales una frecuencia de hasta 8 contracciones por hora. Es interesante destacar que en todos los partos que finalizaron prematuramente y en los que se estudió su patrón de contracciones, éste se encontraba aumentado (por encima del percentil 90), previamente al desencadenamiento del parto (Fescina et al., 2010).

El término infección urinaria se refiere a la presencia de un número crítico de colonias bacterianas en la orina (mayor a 100.000/ml). Puede ser asintomática o manifestarse por diversos síntomas. Aproximadamente del 2 al 10% de las embarazadas pueden sufrir una colonización bacteriana en ausencia de síntomas. Así, cualquier bacteriuria asintomática que se diagnostique en el embarazo deberá ser tratada, ya que es un factor de riesgo conocido para el parto prematuro y bajo peso al nacer. En vistas a reducir el riesgo de prematuridad vinculado a la bacteriuria asintomática el CLAP/SMR sugiere efectuar un segundo control de bacteriuria próximo a las 28 semanas de edad gestacional (Fescina et al., 2010).

► El 60% de las embarazadas participantes no había planificado su embarazo. Es importante determinar si el embarazo no estaba planificado, ya que con frecuencia hay una asociación entre embarazos no planificados y embarazos no deseados. Cuando los embarazos no son deseados, aumenta la probabilidad de que aparezcan complicaciones tales como: maniobras abortivas en ámbitos de riesgo, sintomatología física de rechazo, repercusiones emocionales que influirán sobre la gestante y su hijo tales como ansiedad y depresión, que se ha informado de una asociación al parto prematuro (Cunningham et al., 2006; Fescina et al., 2010)

► El 60% de las gestantes no usó ningún método anticonceptivo (MAC), y el restante 40% usó algún método anticonceptivo pero les falló (los anticonceptivos orales fueron

los más usados, seguido de preservativos). De los 15 embarazos no planeados (60% de las embarazadas), 6 de ellos no usaron MAC y 9 tuvieron falla del mismo.

Relevar el uso de métodos contraceptivos y el fracaso del método usado especialmente en aquellas mujeres que no planificaron su embarazo constituye una información muy valiosa tanto desde el punto de vista poblacional (puesto que esto permite a los gestores establecer análisis sobre la accesibilidad a los métodos), como del punto de vista individual ya que se podrá determinar en casos de fracaso de métodos, las estrategias para brindar la contracepción apropiada a esa mujer una vez que finalice el embarazo actual (Fescina et al., 2010).

► La mayor parte de la muestra, representada por el 68% de las embarazadas, presentó leucorrea o flujo vaginal en el embarazo. En este trastorno, la microflora vaginal con predominio de lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno es reemplazada por anaerobios que comprenden *Gardenerella vaginalis*, especie del género *Mobiluncus* y *Mycoplasma hominis*. La vaginosis bacteriana se ha relacionado con aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas, corioamnionitis e infección del líquido amniótico. Los factores ambientales al parecer son importantes en la patogenia de la vaginosis bacteriana. La exposición al estrés crónico, las diferencias étnicas y las duchas frecuentes se han relacionado con incremento de las tasas de este trastorno (Cunningham et al., 2006).

Hay autores que concluyen que, aunque son muchos los estudios que han encontrado una asociación entre ciertos tipos de infecciones vaginales y el parto pretérmino, hay poca evidencia de que el tratamiento de estas infecciones disminuya el riesgo de padecimiento de parto prematuro. Actualmente, el cribado para detectar entre gestantes la existencia de vaginitis bacteriana y tratarlas no está justificado, excepto en gestantes con antecedentes de padecimiento de parto pretérmino (González et al., 2013).

► Dentro de los antecedentes obstétricos de las pacientes encontramos que: el 24% eran primigestas (6 embarazadas), el 48% tenía entre 1 y 3 embarazos anteriores y el 28% tenía más de 4 gestas previas. El 63% de la muestra había tenido uno o más partos vaginales y el 37% ninguno. El 68% no tenía cesáreas y el 37% tenía alguna. El 37% de las gestantes tuvo antecedentes de parto prematuro y el 53% tuvo abortos. De estos datos, los más relevantes para la patología en estudio son los antecedentes de partos prematuros y abortos. Entre primigestas y embarazadas con 4 o más gestas previa, hay un 52% de pacientes, por lo cual es otro dato a destacar, ya que es un factor de riesgo importante para la APP.

Las gestantes nulíparas y las que tienen un número de partos igual o superior a tres tienen aumentado el riesgo de prematuridad (González et al., 2013). Para otros autores, la paridad elevada (4 o más embarazos) también ha sido descrita como un factor de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi-mortalidad materna (Fescina et al., 2010).

La historia previa de abortos se ha asociado a una mayor tasa de partos prematuros.

Muchos autores han observado que la historia previa en una gestante de partos pretérmino es un factor de riesgo importante de que se repita éste hecho (González et al., 2013).

► El 53% de las pacientes (10 gestantes) tuvieron complicaciones obstétricas anteriores, de las cuales 5 fue por amenaza de parto prematuro (50% de los casos). En ésta etapa contamos con 19 embarazadas, ya que 6 eran primigestas. Vemos como un factor de riesgo importante para el trabajo de parto prematuro es el parto prematuro previo (Cunningham et al., 2006).

► El 32% de las embarazadas eran fumadoras activas y el 52% eran fumadoras pasivas, por lo que tenemos un 88% (22 mujeres) de embarazadas expuestas al humo del tabaco. El tabaco es una de las drogas más frecuentemente consumida. La OMS estima que en los países desarrollados el consumo de tabaco por las mujeres está por encima del 20%, mientras que en los países en vías de desarrollo las cifras de mujeres que fuman se ubican en torno al 9% con amplias oscilaciones. Aproximadamente el humo de cigarrillo contiene más de 2500 productos químicos, muchos de ellos altamente nocivos y otros de los que aún no se han determinado sus verdaderos efectos (Fescina et al., 2010).

El tabaco ha demostrado tener una relación dependiente de la dosis con la APP, de manera que las gestantes, cuanto más fuman, más riesgo tienen de presentar un parto pretérmino. De ahí, una de las importancias de que la mujer deje de fumar durante el embarazo, y si no lo consigue, que por lo menos reduzca significativamente el número de cigarrillos (González et al., 2013).

► El 88% de la muestra no superó el nivel de secundaria, de las cuales, un 16% no terminó primaria y y otro 16% si lo hizo. El 12% era analfabeta.

La fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socio-económico obliga a considerar estas variables toda vez que se evalúa una gestante. El deterioro socio-educacional se asocia a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones en uniones inestables (Fescina et al., 2010).

La clase social baja se asocia con fuerza al parto pretérmino. Aunque cuando se hace un análisis multivariable, este factor parece perder fuerza. Esto es debido a que la baja clase social se asocia a otros factores que ya de por sí pueden aumentar el riesgo de que se presente una APP y que además están relacionados más directamente con este hecho, como pueden ser: corta edad gestacional, bajo peso y hábitos tóxicos, como el tabaco (González et al., 2013).

► La mayor parte de las gestantes, correspondiente a el 56%, presentó un examen odontológico anormal, dado principalmente por focos sépticos.

Recientes estudios han planteado la posibilidad de que la infección periodontal constituya un factor de riesgo de prematuridad y han sugerido que su tratamiento y las medidas de higiene encaminadas a evitar su aparición podrían también a su vez prevenir el parto pretérmino. Se necesitan más estudios aleatorios bien diseñados que confirmen o no estas afirmaciones (González et al., 2013).

► La bacteriuria en el 50% de las pacientes fue positiva (anormal) y en el otro 50% fue negativa (normal). La bacteriuria se ha relacionado con la APP. Aproximadamente del 2 al 10% de las embarazadas pueden sufrir una colonización bacteriana en ausencia de síntomas. El tamizaje para bacteriuria asintomática mediante urocultivo está recomendado para todas las gestantes en la primera visita prenatal. Un cultivo obtenido entre las 12 y 14 semanas de edad gestacional puede identificar el 80% de las mujeres gestantes con una bacteriuria asintomática. La detección temprana de una bacteriuria asintomática en una mujer embarazada es un factor de riesgo conocido de complicaciones como la pielonefritis, el parto de pretérmino y el bajo peso al nacer (Fescina et al., 2010).

► Casi la totalidad de la muestra, representada por el 96% de las embarazadas, no había realizado clases de preparación para el parto.

Existen modificaciones en el comportamiento de la mujer embarazada que se acompañan generalmente de requerimientos especiales de compañía y de apoyo psicoafectivo. Esas necesidades han sido consideradas siempre por el personal de salud a través de la especial atención que se le brinda en las consultas prenatales, las clases de preparación psicoprofiláctica, la atención continua durante el trabajo de parto y parto, y la dedicación de la familia y el personal a las necesidades de la mujer madre y de su hijo en los primeros días y semanas luego del parto (Fescina et al., 2010).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Luego del procesamiento de los datos de historias clínicas y de las entrevistas a las usuarias participantes, se pudo concluir en relación a los objetivos establecidos para el trabajo:

- En relación a la patología de mayor prevalencia en pacientes internadas en sala 5 y 7 de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell, ésta fue la Amenaza de parto prematuro (APP).
- Se concluye que las patologías más prevalentes, subsiguientes a la principal en estudio (APP), en las salas de internación de la maternidad, fueron de mayor a menor frecuencia: la infección urinaria, hipertensión, patologías del líquido amniótico, genitorragias y diabetes.

- De las entrevistas a usuarias que estaban internadas con la patología de mayor prevalencia, se determina que los factores de riesgo dados para la misma, serían los siguientes:
 - Insuficiente incremento de peso durante el embarazo y disminución del mismo,
 - Captación tardía del embarazo (45% de las pacientes tuvo su primera consulta luego de las 12 semanas de gestación y 14% no controló su embarazo),
 - El 88% de las embarazadas estuvo expuesta a humo de tabaco (36% fumadoras activas y 52% fumadoras pasivas),
 - Infección urogenital (68% de las embarazadas tenía leucorrea y 50% tenía infección urinaria),
 - 53% de las pacientes había tenido algún aborto.
 - 53% de las embarazadas tuvo complicaciones obstétricas anteriores de las cuales la mayoría fueron por APP; y 37% tuvo partos prematuros,
 - Educación (88% no superó secundaria, de las cuales un 16% no terminó primaria y otro 16% si lo hizo),
 - Examen odontológico anormal (56% de las pacientes, principalmente por focos sépticos),
 - Paridad: 52% entre primigestas (24%) y multíparas (28%).
 - 60% de las embarazadas no había planificado su embarazo, por lo que podría estar relacionado con repercusiones emocionales tales como ansiedad y depresión (mencionado en la bibliografía).
- De los factores de riesgo relevados, algunos de ellos son modificables y otros no. Se concluye que los factores de riesgo modificables son: incremento de peso materno, exposición a humo de tabaco, infección urogenital y focos sépticos. Las posibilidades de acción se basan en intentar controlar o eliminar aquellos factores removibles.

De éstos resultados, se desprende frente al análisis de los mismos, la relevancia del control y seguimiento del embarazo para así favorecer la promoción y prevención, detección temprana y tratamiento de posibles factores de riesgo y/o complicaciones, que podrían determinar buenos resultados en una gestación; la educación y orientación como pilar fundamental para obtener buenos resultados obstétricos. La función de la Obstetra Partera cobra relevancia por su formación profesional, y conocimiento de factores de riesgo que pueden presentar la población de mujeres embarazadas, el saber cuáles son modificables o no, y el disponer de herramientas para actuar en consecuencia y tener la posibilidad de obtener mejores resultados maternos-neonatales.

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería surgió hace varios años, a partir del momento en que se reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia de personal de atención de salud capacitado en una amplia gama de aptitudes de partería (WHO, 1999). El interés internacional en la función de la partera profesional sigue siendo evidente en las estrategias mundiales para la salud de la mujer. De hecho, el fortalecimiento de la función y la participación de las parteras profesionales es un componente central en el aporte especial de la OMS a la Iniciativa Mundial para una Maternidad Segura, Reducir los riesgos del embarazo.

El fortalecimiento de la capacidad en partería, es decir, prestar atención por personal capacitado durante el nacimiento a todas las madres, es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, en particular, y promover la salud reproductiva, en general.

Los componentes fundamentales del enfoque estratégico para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, así como para promover la salud de la mujer desde el principio hasta el final de su vida reproductiva, son:

-La redefinición de la función de la partera profesional.

-La actualización de los programas educativos para atender las necesidades de la comunidad.

-El establecimiento de normas precisas para el ejercicio de la partería a fin de determinar las competencias esenciales que deben tener los profesionales clínicos y los educadores, así como para el sistema de salud que se necesita para apoyar el funcionamiento de una partera profesional.

-El establecimiento de un marco legislativo y normativo favorable al ejercicio de la partería profesional.

Los conceptos claves que definen la importancia excepcional que tienen las parteras profesionales en la promoción de la salud de las mujeres son los siguientes:

- El trabajo con las mujeres para fomentar el cuidado de sí mismas, de su salud y la de los lactantes y la familia.
- El respeto por la dignidad humana y un trato hacia la mujer como corresponde a personas que gozan de todos los derechos humanos.
- La defensa de las mujeres cuyas voces se han silenciado.
- El empoderar a las mujeres que trabajan para obtener una atención en salud de calidad.
- Armonizar los aspectos culturales y el trabajo con las mujeres y los profesionales de la salud para desarraigar las prácticas culturales dañinas para la mujer.
- La atención especial a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a lo largo del ciclo vital de la mujer.
- La percepción del embarazo como un acontecimiento normal de la vida.

Las prácticas profesionales no solo están comprometidas a proporcionar servicios competentes de partería, sino también a mejorar las condiciones de vida básicas. Se han percatado de que el efecto más importante sobre la salud materno-infantil en el mundo comienza cuando se alcanzan las condiciones que permiten que la mujer reciba un trato equitativo y cubra sus necesidades básicas-alimentación, vivienda, agua potable y servicios sanitarios adecuados- de modo que pueda disfrutar de una vida saludable (OPS, 2010).

CAPÍTULO V

BIBLIOGRAFÍA

Castán, S. (2016). Manejo del Riesgo Obstétrico. 2ª ed. Madrid: Panamericana.

Clínic Barcelona (2018). Protocolos y medicina materno-fetal. Barcelona. Recuperado el 06/07/18 desde: <http://www.medicinafetalbarcelona.org/protocolos-y-medicina-materno-fetal/patología-materna-y-obstétrica>. Amenaza de parto pretérmino.

Cuadro, J., Domínguez, A., Sosa, C. (2010). “*Impacto de la prematurez en el sistema de salud*”. En XIX Taller de Ronda COCEMI. Centro de conferencias de la IMM. Montevideo. Cocemi.

Cunningham, F, G.; Leveno, K, J.; Bloom, S, T.; Mauth, J, C.; Gilstrap III L, C.; Wenstrom, K, D. (2006). *Obstetricia de Williams: Parto Pretérmino*. 22ª ed. México: Mc Graw Hill.

Fescina, R, H.; De Mucio, B.; Díaz Rossello, J, L.; Martínez, G.; Serruya, S. (2010). *Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. 2ª ed. Montevideo: Central de Impresiones Ltda.

González-Merlo, J.; Laila Vicens, J, M.; Fabre González, E.; González Bosquet, E. (2013). *Obstetricia: La amenaza del parto pretérmino y su asistencia*. 6ª ed. España: Elsevier Masson.

Kayem, G.; Goffinet, F.; Haddad, B.; Cabrol, D. (2006). *Encyclopedi Med. Chir.: Amenaza de parto prematuro*. Paris-France: Elsever.

Melchor Marcos, J, C.; Cabero Roura, L. (2003). *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la reproducción: Prevención del parto prematuro*. Madrid: Panamericana.

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: Lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras profesionales*. 2ª ed. Montevideo: CLAP/SMR.

Schwarcz, L.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia: Anomalías de la duración del embarazo*. 6ª ed. Buenos Aires: Ateneo.

ANEXO 1:

ENTREVISTA

SALA:..... CAMA:..... FECHA:.....
NOMBRE:.....(Información confidencial; tomada solo
para identificación de Historia Clínica)
EDAD:.....ETNIA:.....

GESTACIÓN ACTUAL:.....sem

FUM:..... FPP:.....

Peso anterior.....:

Talla.....:

Ganancia de peso:..... AU:.....cm.
 Edad gest. al ingreso:.....(Por FUM y/o Eco)
 Embarazo controlado: SI..... NO.....
 Número de controles:..... Semanas en la 1er consulta:.....
 Bien tolerado:..... Mal tolerado:..... Motivo:.....
 Internación: SI..... NO.....
 Hierro en embarazo: SI..... NO..... Ác. Fólico: SI..... NO.....
 Embarazo planeado: SI..... NO.....
 Fracaso de MAC: SI.... ¿cuál?..... NO.....

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desarrollo del Motivo de ingreso:

Leucorrea:

TU:

TD:

ANAMNESIS POR TRIMESTRES:

1er TRIMESTRE: Exposición a teratógenos: SI..... NO.....
 Genitorragia: SI..... NO.....
 Infección genital baja: SI..... NO.....
 2do TRIMESTRE: Genitorragia: SI..... NO.....
 Hidrorrea: SI..... NO.....
 Infección urinaria: SI..... NO.....
 Infección genital baja: SI..... NO.....
 Percepción de movimientos fetales: SI..... NO.....
 3er TRIMESTRE: Genitorragia: SI..... NO.....
 Hidrorrea: SI..... NO.....
 Infección urinaria: SI..... NO.....
 Infección genital baja: SI..... NO.....
 Síndrome funcional hipertensivo: SI..... NO.....
 Contracciones uterinas doloras: SI..... NO.....
 Movimientos fetales: SI..... NO.....

ANTECEDENTES

GINECOLÓGICOS: Patologías: SI..... NO..... ¿cuál?.....
 Cirugía ginecológica: SI..... NO.....
 OBSTÉTRICOS: Gestas previas..... Partos vaginales.....
 CST..... Partos prematuros..... Abortos.....
 Óbitos..... Muertes.....
 Fin embarazo anterior.....
 Evoluciones posparto.....
 RN de mayor peso..... RN de menor peso.....
 Complicaciones obst. Anteriores: SI..... NO.....
 PERSONALES: Patología de base: SI..... NO.....
 ¿Cuál?.....
 Tratada SI..... NO.....

Hábitos no saludables: Drogas SI..... NO.....
 Alcohol SI..... NO.....
 Tabaco SI..... NO.....
 Fumadora pasiva SI..... NO.....
 Violencia: SI..... NO.....
 SEyC: Deficitario SI..... NO.....
 Nutrición Mala..... Media..... Buena.....
 Acceso a servicios de salud SI..... NO.....
 Estado civil.....
 Alfabeto SI..... NO..... Estudios cursados.....
 Trabaja SI..... NO..... ¿En qué?.....

PARACLÍNICA:

VAT..... Examen odontológico.....
 Mamas..... PAP.....
 Grupo y Rh..... HIV..... VDRL.....
 Toxoplasmosis.....
 Hb..... Bacteriuria..... Glicemia.....
 EGB: + - . Preparación para el parto SI..... NO.....
 Ecografía: SI..... NO.....
 Placenta.....
 Líquido amniótico.....
 Crecimiento fetal.....

ANEXO 2:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Factores de Riesgo identificados en mujeres que presentan patología durante el embarazo.

Estudio descriptivo de usuarias internadas en Sala de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell.”

Nombre de la usuaria.....

C.I. de la usuaria.....

INSTRUCCIONES: Éste consentimiento informado debe ser leído por todas las mujeres que participen en el estudio.

Usted está invitada a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que pueda ayudar a otras personas en el futuro.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: En el marco de la formación curricular para la obtención del título de Obstetra Partera, se solicita a las estudiantes la presentación del trabajo final que en éste caso se trata de: “Factores de Riesgo identificados en mujeres que presentan patología durante el embarazo. Estudio descriptivo de usuarias internadas en Sala de “Crónicas” del Centro Hospitalario Pereira Rossell.”

Por ello, usted será entrevistada en Sala de Crónicas del Centro Hospitalario Pereira Rossell; se le realizará una entrevista solicitándole datos que permitan identificar factores de riesgo probables ligados a la enfermedad por la cual se la asiste en dicha Sala. Para ello, se le preguntará sobre antecedentes familiares de la misma, personales y de estilo de vida (nutrición, ejercicio, entre otros de similar naturaleza).

Los datos recabados serán manejados con absoluta confidencialidad y sólo con un fin científico. Su participación es absolutamente voluntaria, usted puede negarse a participar del estudio o retirarse en cualquier momento, si así lo decide, lo que no interfiere sobre la calidad de atención hacia usted de todo el equipo de salud. Su participación no implica beneficios económicos ni para usted ni para la investigadora.

Usted recibirá una copia del consentimiento.

Responsable del estudio Mariana Longui, correo electrónico mplongui@gmail.com

Firma.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Quien suscribe.....he leído la hoja de información que se me ha entregado, he recibido suficiente información y he podido hacer preguntas sobre mi participación en ésta investigación. Estoy totalmente de acuerdo con participar voluntariamente, entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto signifique ningún tipo de perjuicio. Firmando éste consentimiento no delego ningún tipo de derecho legal que me pertenezca.

Fecha.....

Firma.....

Aclaración de firma.....