

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO
RELACIONADOS AL PARTO PREMATURO**

Estudio realizado en pacientes del Departamento de
Ginecoobstetricia del Hospital General
San Juan de Dios
Guatemala, 1996.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

RONALD CASTELLANOS DE LA CRUZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 1996

05
T(7515)
C.3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 14 de octubre de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Comisión de Tesis
Presente

Se le informa que el BACHILLER
RONALD CASTELLANOS DE LA CRUZ

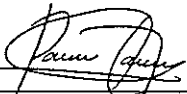
Nombres y Apellidos Completos


Identificación No.: 90-13433 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis
titulado:

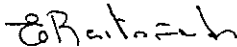
DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PARTO PREMATURO EN

PACIENTES DEL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GRAL. SAN JUAN DE DIOS

el cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido,
metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así
como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del Estudiante


f.: Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional
Dr. WALTER OSVALDO LÓPEZ GÓMEZ
MEDICO Y CIRUJANO
C.O.P. 8285


f.: Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional
Reg. de Personal: 12189

Dr. E. Raúl Castellanos Pineda
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 3,397

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S E T A R Q U E:

(La) BACHILLER RONALDO CASTELLANOS DE LA CRUZ
net Universitaria No. 90-13433

presentado para su Examen General público, previo a optar al Título Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

TERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PARTO PREMATURO EN
IENTES DEL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL CPAL. SAN JUAN DE DIOS

bajo asesorado por:

WALTER LOPEZ
tor

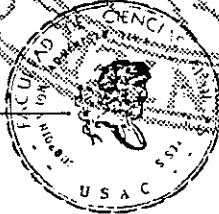
revisado por:

RAMON CASTAÑEDA
tor

Los señores lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman ellos la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 14 de octubre de 1996.

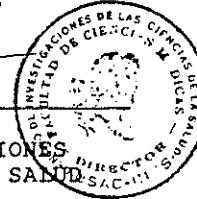
UNIDAD DE TESIS



[Handwritten Signature]

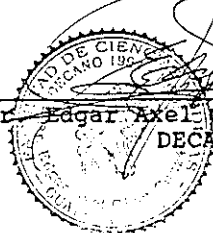
DIRECTOR

CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRIMASE:

[Handwritten Signature]
Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO





Of. APR- UT-132-96

DE CIENCIAS MEDICAS
LA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 14 de octubre de 1996

LER:
CASTELLANOS DE LA CRUZ

FAD DE CIENCIAS MEDICAS

ate.

ste medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
do DETERMINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL PARTO PREMATORO
I. DEL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GRAL. SAN JUAN DE DIOS
lo RECIBIDO, y luego de revisado se ha establecido que cumple con
quisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
e es autorizado para completar los trámites previos a su
ción.

ro particular me suscribo de usted.

uosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez.
COORDINADOR



La información y conceptos contenidos en el
presente trabajo es responsabilidad única del
autor.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

INDICE

CONTENIDO	PAG.
I INTRODUCCION	1
II DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III JUSTIFICACION	3
IV OBJETIVOS	4
V REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI METODOLOGIA	15
VII PRESENTACION RESULTADOS	19
VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
IX CONCLUSIONES	34
X RECOMENDACIONES	35
XI RESUMEN	36
XII BIBLIGRAFIA	37
XIII ANEXOS	39

INTRODUCCION

El parto prematuro es un problema muy importante y discutido lo que se refiere al período perinatal, ya que incrementa de manera considerable la morbi-mortalidad que se presenta en el feto, así como las secuelas que presentan los pacientes con este nacimiento.

Respondiendo a la situación socio-económica y cultural de nuestro país, la cual magnifica este problema, se realizó este estudio de tesis para conocer los factores de riesgo para parto prematuro.

Se entrevistaron y revisaron expedientes de 1,406 pacientes que se consultaron al Hospital General San Juan de Dios durante marzo y abril de 1996, en las cuales se encontró que el 4.48% presentó parto prematuro, un porcentaje bajo comparado con la literatura, y similar a 3 trabajos anteriores locales sobre el mismo tema.

También se encontró que los factores de riesgo más frecuentes fueron edad materna <20 años, así como el grupo etéreo más joven, hipertensión, cirugía abdominal anterior, etc.. Al comparar estos factores de riesgo con los reportados con la literatura, pudimos encontrar cierta similitud en cuanto a orden de aparición, lo que nos indica que nuestra sociedad es diferente y que los factores de riesgo pueden ser identificados para poder prevenir este problema.

Por lo que dejamos la inquietud a las autoridades respectivas para que profundizar en el tema para iniciar una forma de detección a tiempo de estas pacientes, y así llevarles un control adecuado para prevenir que aparezca el parto prematuro.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El parto prematuro es una anomalía de la duración del embarazo cuando se produce fuera del límite considerado fisiológico para duración de la gestación, cuya estimación se hace a partir del primer día del último período menstrual.(18) Se denominan prematuro o recién nacido pretérmino a todos aquellos nacidos vivos con un tiempo de gestación comprendido entre la 28 y 36 semanas dentro de los factores más frecuentes que se asocian al mismo pueden mencionar: desnutrición materno fetal, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, infección ovular fetal, iatrogénica, toxemia del embarazo y de causa desconocida. (Existen también en nuestro medio factores predisponentes (ambientales, socio-económicos, educacionales, etc.) que desempeñan un papel importante en la prevalencia del problema, debido a que un gran porcentaje de la población guatemalteca carece de las condiciones socio-económicas indispensables para llevar una calidad de vida aceptable. Estos determinantes conducen al nacimiento de un recién nacido prematuro, quien por su misma condición es susceptible de complicarse con trastornos metabólicos, respiratorios, hemorrágicos, neurológicos, infecciosos, responsables directos de la elevada morbi-mortalidad que prevalece en estos pacientes.

Uno de los problemas que afronta la perinatología hoy en día es lo que constituye los elevados índices de morbi-mortalidad perinatal como consecuencia de un alto número de nacimientos prematuros, los cuales van desde el 5% hasta valores tan altos como el 16%, del total de nacidos vivos, como es el caso del Hospital General de San Juan de Dios en 1995 (reporte anual Jefatura Gineco-obstetricia) además este porcentaje de prematuros se asocia con un 74% de todas las muertes (excepto aquellas debidas a malformaciones congénitas) en el período perinatal. (3,10)

En este trabajo de investigación se pretende demostrar cuáles son los principales factores de riesgo relacionados con el parto prematuro, para poder modificarlos mediante un adecuado control prenatal, ya que la incidencia de partos prematuros en países en vías de desarrollo es elevada.

JUSTIFICACIÓN

El período perinatal presenta la mayor incidencia de morbi-mortalidad, si se compara con cualquier otro período de la vida, lo que por sí solo constituye un serio problema de salud pública en Guatemala. La prematurez viene a magnificar significativamente el problema, ya que se ha demostrado su papel como causa importante de morbi-mortalidad perinatal y de las subsecuentes alteraciones físicas y psíquicas que a corto y largo plazo interfieren con el desarrollo integral del país. (1,2,15,17)

En este sentido, resultan urgentes e imprescindibles las investigaciones sobre las condiciones de la mujer, su historia obstétrica y los riesgos que éstas condiciones determinan. Al mismo tiempo, es necesario, poder diseñar, poner en práctica y evaluar científicamente maniobras y programas dirigidos a mejorar la salud perinatal.

La mayor parte de la morbi-mortalidad neonatal producida por prematurez corresponde con pacientes catalogadas en la categoría de "susceptibles de prevención" según criterios de países desarrollados. La posibilidad de proponer soluciones efectivas, depende de que estos problemas se conozcan y comprendan adecuadamente. (4,8,11)

OBJETIVOS

A. General:

Determinar los factores de riesgo materno presentes en pacientes que hayan presentado parto pretérmino, en el área de gineco-obstetricia en el Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de Marzo a Abril de 1996.

B. Específicos:

- Establecer el porcentaje de pacientes que presenten parto pretérmino en el período de estudio.
- Identificar la edad gestacional más frecuente de las pacientes con parto pretérmino.
- Determinar la frecuencia de cada uno de los factores de riesgo relacionado al parto pretérmino.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GENERALIDADES

En términos de morbilidad y mortalidad neonatal, el nacimiento pretérmino constituye un problema muy frecuente y, por ende, la importancia de éste para la obstetricia moderna, a pesar de una leve disminución en su incidencia observada en los últimos años (5.6% a 6.8%).(2). Está bien documentado el elevado índice de alteraciones físicas y psíquicas en niños prematuros en relación a aquellos nacidos a término; un tratamiento especializado a menudo conduce pero no elimina en su totalidad estas secuelas, por lo que la prevención del parto pretérmino debe ocupar un papel prioritario en cualquier conducta a seguir encaminada a la erradicación de dicho problema.(3,14)

DEFINICIONES

Parto Interrupción del embarazo antes de la 20a semana

Parto Inmaduro Es el que sobreviene entre la 20 y 27 semanas de gestación.

Parto extremadamente pretérmino Es el que se presenta entre la 28 y 30 semanas de vida intrauterina.

Parto Pretérmino Es aquel que se lleva a cabo antes de las 37 semanas de gestación.

Riesgo Características o circunstancias detectables en una persona o grupo de personas que se sabe están asociadas con un aumento de las posibilidades de poder hacer, desarrollar o estar expuesto a sufrir un proceso morbido. (2,3,7,13,14,17)

TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

La morbilidad y mortalidad materna como consecuencia del trabajo de parto pretérmino es rara. Los efectos maternos más frecuentes son los sentimientos de no ser capaces de culminar su función reproductora. Estos sentimientos son más frecuentes en mujeres que han padecido numerosas pérdidas de embarazos. Un segundo problema materno relativamente frecuente es el desarrollo de endometritis postparto; sin embargo la mayoría de las pacientes que la desarrollan responden rápidamente a la administración de antibióticos. (15,18)

En contraste con el buen pronóstico de la madre después de un trabajo de parto pretérmino, el efecto de ésta situación sobre el feto es devastador; la morbilidad neonatal es frecuente y grave y la mortalidad neonatal es elevada. (2,3)

Las continuas mejorías en la asistencia neonatal hacen difícil precisar la contribución del trabajo de parto pretérmino a la mortalidad y morbilidad perinatal. En un estudio que se llevó a

cabo en Sudáfrica, el trabajo de parto pretérmino fué el responsable de casi la mitad de los partos pretérmino y del 52% de todas las muertes neonatales precoces.(7)

La supervivencia neonatal en los niños pretérmino es directamente relacionada con su edad gestacional y el peso al nacer. A pesar de todos los avances registrados en neonatología, el sistema más eficaz para hacer descender la morbilidad y mortalidad perinatal es mantener al feto dentro del útero materno hasta que alcance al menos un peso de 1,500g o bien 32 semanas de edad gestacional. (2)

A. Etiología

A.1 Corioamnioitis

La experiencia acumulada durante los pasados años nos indica que la corioamnioitis es la causa del 20-30% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino.

El mecanismo responsable de la iniciación del trabajo de parto en pacientes con un útero infectado aún no ha sido totalmente clarificado. La infección intraamniótica que origina el trabajo de parto pretérmino se puede presentar sin fiebre, leucocitosis, dolor uterino, taquicardia fetal o cualquiera de los signos clásicos descritos para la infección severa del útero gestante. El trabajo de parto pretérmino, por lo general resistente al tratamiento convencional con agentes betamiméticos, y la dilatación cervical avanzada pueden ser los únicos signos que indiquen la presencia de un proceso infeccioso.

Por razones no muy bien comprendidas, la barrera entre la cavidad uterina y la vagina se rompe, permitiendo la entrada del germen en el útero. Dicho germen se replica lentamente en la placenta y eventualmente llega a una concentración suficiente para colonizar las membranas amnióticas e infectar el líquido amniótico, el cordón umbilical y otros tejidos fetales. Los pacientes con trabajo de parto pretérmino con taquicardia fetal, dolor uterino y una ligera elevación de la temperatura han alcanzado la fase final en la evolución de la infección uterina. En éstos casos, el trabajo de parto prematuro es un mecanismo de defensa fetal y materno que no debe interrumpirse. Las oportunidades para modificar la evolución del trabajo de parto pretérmino de origen infeccioso se tienen probablemente en los períodos iniciales del proceso infeccioso, cuando la bacteria aún está localizada en la placenta y todavía no ha invadido las membranas amnióticas.(4,5)

A.2 Infecciones Extrauterinas

Las infecciones maternas fuera del útero son una causa relativamente frecuente de trabajo de parto pretérmino. Aproximadamente el 5-10% de las pacientes con trabajo de parto pretérmino presentan una infección extrauterina, por lo general en el tracto urinario. Romero y Mazor (18) han presentado resultados que sugieren que las infecciones extrauterinas pueden originar un

trabajo de parto anticipado mediante un mecanismo que implica la producción de interleucinas y factor de necrosis tumoral por los macrófagos maternos, los cuales desencadenan a su vez la producción de prostaglandinas por el amnios. La patología más asociada a trabajo de parto prematuro es la infección del tracto urinario. (8,11)

A.3 Anomalías Placentarias

El trabajo de parto pretérmino se observa con frecuencia en embarazos con anomalías morfológicas, de implantación o funcionales de la placenta.

Las anomalías morfológicas, como la placenta marginata, la placenta circunvalata y la inserción marginal del cordón umbilical, se asocian frecuentemente con trabajo de parto pretérmino. Estos problemas no son muy frecuentes, por ejemplo, la incidencia aproximada de placenta marginata es de 1 de cada 1,000 partos. El mecanismo por el cual se desencadena el trabajo de parto anticipado cuando hay anomalías morfológicas de la placenta es desconocido.

El trabajo de parto pretérmino es frecuente en pacientes con placenta previa. Es tentador especular acerca de que las hemorragias resultantes de las contracciones uterinas originan un cierto grado de separación de la placenta. En la mayoría de las pacientes con placenta previa, las contracciones desaparecen con reposo en cama o mediante un tratamiento con agentes tocolíticos. En algunos casos, las contracciones y la hemorragia persisten, lo que obliga al parto.

El trabajo de parto pretérmino que se origina por alteraciones morfológicas o funcionales de la placenta tiene un buen pronóstico fetal. (1,8,11)

A.4 Anomalías anatómicas del útero

Las malformaciones congénitas del útero y del cuello suponen 1-3% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. La más importante de éstas condiciones es el útero tabicado. En éstas pacientes la incidencia de aborto espontáneo es de 27%, y la incidencia de parto pretérmino, si el embarazo continúa después de 20 semanas, varía entre 16 y 20%. Leiomiomatosis es una malformación anatómica adquirida que está asociada con parto pretérmino. Es importante que éstas condiciones sean diagnosticadas, porque una vez identificadas, es posible adoptar medidas correctivas para evitar las pérdidas por parto pretérmino.

El mecanismo de parto pretérmino en pacientes con malformaciones anatómicas del útero es desconocido.

Malformaciones congénitas del útero, cérvix, y vagina son el resultado de un fallo en la fusión, canalización o absorción de los ductos de Muller durante el desarrollo embrionario. Mujeres nacidas de madres que ingirieron dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo tienen una alta incidencia de malformaciones congénitas del útero demostrado por histerosalpingografía. Un gran número de (DES) pacientes también tienen cérvix incompetente. La posibilidad

de que la malformación congénita del útero esté presente debería de considerarse en todas las pacientes con historia recurrente de abortos espontáneos, parto pretérmino y pacientes con malpresentaciones en el momento del parto.
(4,8,11)

A.5 Patología fetal

La posibilidad que la madre lleve un feto con malformaciones congénitas siempre se debería de considerar cuando se presenta una paciente con parto pretérmino. Defectos del tubo neural y errores del metabolismo como hiperalaninemia, son algunos de los defectos que se han encontrado asociados a parto pretérmino.

Anencefalia es un defecto congénito tradicionalmente asociado con gestaciones prolongadas. De todas formas, existe un rango grande de edades gestacionales en las cuales se puede producir el nacimiento de un niño pretérmino. El síndrome de Potter es otra condición en la cual la mayoría de infantes son productos de un parto pretérmino.(1,11)

A.5 Sobredistención uterina

El estiramiento del músculo uterino por embarazo gemelar, o por una cantidad aumentada de líquido amniótico, es otra causa relativamente común de parto pretérmino. La amniocentesis en éstos pacientes demuestra una elevada presión intrauterina. (1,8,11)

B. Diagnóstico

El diagnóstico del trabajo de parto pretérmino tiene tres componentes: 1) la identificación de pacientes con riesgo de trabajo de parto pretérmino, 2) la detección de signos precoces que indiquen trabajo de parto pretérmino y 3) el diagnóstico del trabajo de parto pretérmino ya establecido.(3,7,15,18)

B.1 Identificación de la paciente con riesgo de trabajo de parto pretérmino

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

Papiernik organizó muchos factores asociados con el trabajo de parto pretérmino en una escala de alto riesgo. (Ver Tabla No.1)(14) Este sistema de puntuación fue ligeramente modificado por Gonik y Creasy.(4)

A una paciente con puntuación de 10 o más en el sistema de Papiernik, se le clasifica como de alto riesgo de trabajo de parto pretérmino.

Tabla No.1

Sistema de puntuación para identificar a las pacientes de alto riesgo de trabajo de parto pretérmino.

Puntos	Factores Socio-económicos	Historia Médica Previa	Hábitos Cotidianos	Embarazo actual
	Dos niños en casa, nivel socio-económico bajo	1 aborto Menos de un año desde el último parto	Trabajo fuera de casa	Fatiga inusual
	Edad materna <20 o >40 años Madre soltera	2 abortos	Fuma más de 10 cigarrillos	Ganancia < de 5 kgs.
	Nivel socio-económico muy bajo altura < 150 cms., peso menor de 45 kgs	3 abortos	Trabajo duro o estresante desplazamiento al trabajo prolongado	Enfermedad febril
	Edad materna < de 18 años	Pielonefritis		Hemorragia > de 12 semanas
		Malformación uterina, aborto en el segundo trimestre, exposición a DES., Biopsia por conización		Placenta previa, polihidramnios
0		Parto pretérmino repetición de aborto en el segundo o tercer trimestre		Gemelos cirugía abdominal

Adaptado de Papiernik E. (14) y Creasy R.K. (4).

B.2 Síntomas precoces indicadores de trabajo de parto pretérmino

La mayoría de las pacientes que inician un trabajo de parto pretérmino presentan alguno de los síntomas indicadores que aparecen en el recuadro varios días antes, o incluso semanas, iniciarse las contracciones regulares. Estos síntomas indicadores son sutiles y muchas veces la paciente ignora su importancia. Todas las mujeres embarazadas sobre todo las identificadas por sistema de puntuación de Papiernik, deben de ser instruidas para reconocer estos síntomas y avisar a sus obstetras cuando presenten. Las mujeres son capaces de reconocer con seguridad 75% de los síntomas indicadores de trabajo de parto pretérmino. Sin embargo estos síntomas son inespecíficos y muchas veces consideran erróneamente como un queja sin importancia o atribuyen a dolores pasajeros que la paciente no le da importancia debida.

Tabla No.2

Síntomas que indican trabajo de parto pretérmino
Dolores de tipo menstruación
Dolores de espalda en la región lumbar
Presión
Dolor abdominal
Aumento o cambio del flujo vaginal
Perdida de líquido a través de la vagina
Contracciones uterinas con separación de 10 mins. o menos

(3)

B.3 Exploración cervical

Si se presenta cualquiera de los signos precoces indicadores o una combinación de los mismos, el obstetra debe proceder a una exploración pélvica. Esta exploración ayudará a determinar si que refiere la paciente es indicativo de un trabajo de parto pretérmino o corresponde a un problema menos importante. Existen muchos estudios que indican que las pacientes destinadas a desarrollar un trabajo de parto pretérmino pueden ser identificadas por medio de una exploración y un estudio pélvico varias semanas antes de que se manifiesten los síntomas más importantes.

Durante el examen pélvico, el obstetra debe determinar posición, longitud y consistencia del cuello y el desarrollo del segmento inferior del útero. La importancia de los cambios cervicales como predictor del trabajo de parto y parto pretérmino es tal que se ha propuesto realizar la exploración cervical a todas las mujeres embarazadas en cada visita prenatal durante la última fase del segundo trimestre y todo el tercero. Esta pauta forma parte de la rutina en la atención previa al parto en muchos países europeos pero no en Estados Unidos. Hay estudios que indican que las exploraciones cervicales de rutina identifican a algunas pacientes

ntes de que aparezcan los signos del trabajo de parto pretérmino.

La ecografía permite obtener una definición mas precisa de los cambios cervicales antes de que se inicie el trabajo de parto.

Tratamiento

Antes de llevar a cabo cualquier maniobra para detener el parto, debe plantearse una pregunta que seguramente será de gran beneficio para el feto: ¿La permanencia prolongada en el útero será beneficiosa o perjudicial para éste?. Numerosas muertes en el periodo neonatal son causa directa de prematuridad, las cuales sin lugar a dudas se reducirían al detener el parto. Sin embargo, no todos los fetos resultan beneficiados por una prolongación de su estancia en el útero, lo que comprueba con el aumento de la tasa anual de nacidos muertos en Estados Unidos, en relación a la tasa de muertes neonatales. Algunos de estos recién nacidos muertos, hubieran podido sobrevivir, tan sólo si hubiesen nacido antes. Por esta razón, se han estudiado y propuesto contraindicaciones absolutas y relativas en la supresión del trabajo de parto. Así tenemos:

a. Absolutas;

- Rotura prematura de membranas ovulares, con sospecha o evidencia de infección
- Abruptio Placentae
- Placenta previa con hemorragia severa
- Malformaciones congénitas graves, incompatibles con la vida
- Diabetes no estabilizada y de difícil manejo
- Diabétes con vasculopatía grave
- Nefropatía crónica en evolución
- Muerte fetal

b. Relativas: (Dependiendo de la edad gestacional, dilatación y borramiento cervical)

- Polihidramnios
- Eritroblastosis fetal
- Hipertensión Arterial Crónica
- Toxemia gravídica moderada o grave
- Retardo del crecimiento y sufrimiento fetal crónico
- Trabajo de parto con más de 4 cms. de dilatación
- Anomalías uterinas (3,7,15,18)

Terapéutica

Una vez establecido el diagnóstico de parto prematuro, se deberá comenzar inmediatamente con el tratamiento encaminado a inhibir las contracciones uterinas (uteroinhibidores), y acelerar la madurez pulmonar fetal; sin embargo, previo a esto, se deben realizar controles clínicos materno-fetales en condiciones basales; diagnosticar y tratar la patología asociada, ya que ésta podría ser la causa de parto prematuro y de esta forma se estará realizando un tratamiento etiológico. Entre los principales agente uteroinhibidores, tenemos:

a. Etanol

control prenatal son potencialmente sujetos a modificación. Mujeres que no buscan control prenatal aumentan su riesgo de tener un recién nacido pretérmino o con BPN.

Antecedentes médicos

La incidencia de parto pretérmino está fuertemente relacionada con antecedentes obstétricos. El antecedente de parto pretérmino anterior se asocia con riesgo de recurrencia del 17 al 40%. También hay un incremento del subsecuente parto pretérmino en mujeres quienes han experimentado uno o más abortos del segundo trimestre. Un aborto en el primer trimestre, espontáneo o legal, no aumenta el riesgo de parto pretérmino.

Mujeres con malformaciones uterinas están en muy alto riesgo de parto pretérmino. El riesgo varía con la anomalía. Mujeres con útero unicornio o bicornio, tienen peores resultados que las mujeres con septum uterino completo. Colocación de cerclaje de metroplastia puede aumentar el riesgo en algunas pacientes. Miomas uterinos están asociados a hemorragia anteparto y RPMO. Localización del mioma es una importante consideración, los de submucosa y subplacentarios son los de más riesgo.

Incompetencia cervical, secundaria a trauma o procedimiento ginecológico u obstétrico, o como resultado a exposición a dietilstilbestrol (DES) en útero, o de etiología desconocida puede llevar hacia una dilatación del segundo trimestre y aborto. Una vez la dilatación haya ocurrido, seguirá parto prematuro RPMO, lo cual produce la dificultad de establecer la etiología del parto pretérmino.

Dentro del millón y medio de las mujeres quienes estuvieron expuestas como feto al DES entre 1940 y 1970, múltiples estudios han demostrado que han incrementado el riesgo del parto pretérmino (15-28%) y aborto espontáneo 20-40%. Mujeres expuestas, con malformaciones genitales (anormalidades uterinas, incompetencia cervical, anomalías estructurales vaginales y del cérvix) pueden experimentar parto pretérmino y aborto espontáneos comparado con mujeres que no hayan sido expuestas. Mujeres con ciertas condiciones médicas también están en alto riesgo de parto pretérmino. Ejemplos de esas condiciones de alto riesgo incluyen nefropatía diabética, enfermedad de la colágena, lupus anticoagulante. Estos embarazos frecuentemente terminan en parto pretérmino por hipertensión materna, función deteriorada del riñón, distress, RCIU.

Complicaciones del embarazo

El embarazo múltiple es el factor de riesgo más simple y más predictivo del parto pretérmino.

Complicaciones prenatales adicionales pueden predisponer al parto pretérmino o BPN, las cuales incluyen placenta previa, anomalías del volumen del líquido amniótico, cirugía abdominal y anomalías fetales.

METODOLOGÍA

PO DE ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal.

JETO DE ESTUDIO

Los expedientes de todas las pacientes que consultaron para la atención del parto y que se les realizó la Historia Clínica Perinatal Base Clap Ops/Oms., en los meses de marzo y abril de 1996, en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General de San Juan de Dios.

POBLACION ESTUDIADA

De los 1,406 expedientes revisados, 63 correspondieron a parto prematuro por lo cual éste se constituyó en la población estudiada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron las pacientes a quienes se les brindó atención de parto pretérmino, determinado por la edad gestacional del recién nacido en 28 a 36 semanas escala de Ballard.

A quienes se les aplicó la Historia Clínica Perinatal Base.

Variables	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
Parto pretérmino	Parto(Contracciones uterinas frecuentes, dolorosas y regulares que originan el borramiento y la dilatación progresiva del cuello) que se produce antes de 37 semanas	Escala de Ballard	Nominal
Edad Materna	Edad de la madre al momento del nacimiento del niño.	< 20 años >40 años	Numérica
Madre materna	Estado de soltera al momento del nacimiento del niño	Historia Clínica	Nominal
Talla	Estatura de la madre al momento del nacimiento	Menor de 150 cms.	Numérica
Peso	Peso de la madre antes de embarazarse	Menor de 45 Kgs.	Numérica

Abortos	Terminación del embarazo por cualquier medio, antes de que el feto este lo suficiente desarrollado para sobrevivir (menos de 20 semanas de gestación)	1 a 3 abortos	Numérico
Espacio Inter-genésico	Intervalo entre embarazo y embarazo	Menor de un año	Numérico
Infección tracto urinario	Infección de vías urinarias altas	Historia Clínica	Nominal
Parto pretérmino anterior	Existencia de antecedente de parto pretérmino anterior	Antecedente	Nominal
Consumo de cigarrillos	Presencia de hábito de fumar cigarrillos	> 10 al día	Numérico
Ganancia de Peso durante el embarazo	Incremento de peso en relación al peso inicial del embarazo	< 5 Kgs.	Numérico
Hemorragia durante el embarazo	Presencia de hemorragia vaginal despues del primer trimestre	Antecedente	Nominal
Placenta Previa	Inserción de la placenta en el cuello uterino	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Poli-hidramnios	Presencia de aumento de líquido amniótico en la cavidad uterina	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Embarazo gemelar	Presencia de dos productos del embarazo	Ultrasonido obstétrico	Nominal
Cirugía Abdominal	Presencia de antecedente de cirugía abdominal anterior	Antecedente	Nominal
Malformaciones uterinas	Presencia de malformaciones uterinas congénitas	Antecedente	Nominal

URSOS
MATERIALES

1. Papeleta de recolección de datos: Historia Clínica Perinatal Base CLAP OPS/OMS.
2. Computadora del programa Materno Infantil, Fase III, Hospital General San Juan de Dios, Facultad de Ciencias Médicas USAC.
3. Salas de post parto del Hospital General San Juan de Dios.
4. Bibliotecas.

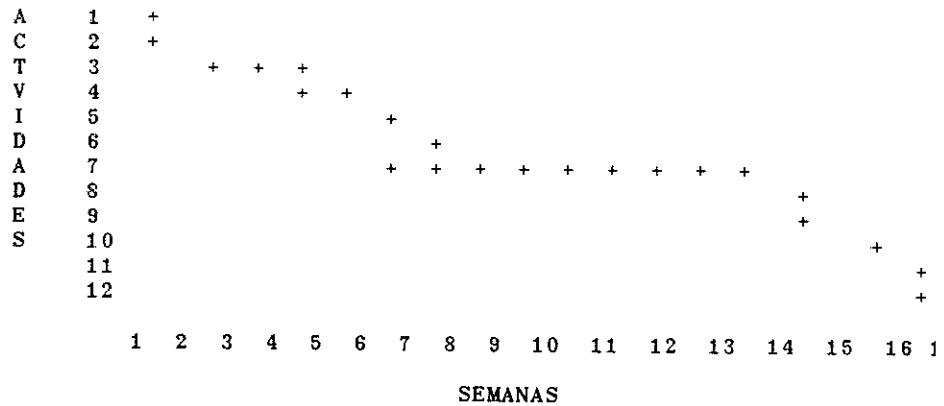
HUMANOS

1. Personal Médico y de Enfermería de Post Parto.

COLECCIÓN DE DATOS

Se entrevistaron a las pacientes que consultaron al Hospital atención de parto, así como se revisaron las Historias Clínicas cada una, durante los meses de marzo a abril. La información contenida en cada historia se introdujo en la computadora del programa materno infantil, la cual cuenta con el programa del SIP-6 para formar el banco de datos; se seleccionaron las pacientes que presentaron parto prematuro, el cual se confirmó con las semanas de edad gestacional del recién nacido, se determinaron los factores de riesgo que presentaron las mismas. Los datos obtenidos, que se presentaron en forma de porcentajes, son: el porcentaje de pacientes que presentaron parto pretérmino, edades gestacionales frecuentes, los porcentajes de cada uno de los factores de riesgo encontrados. Todos estos datos se analizaron y compararon con los presentados en la literatura.

GRAFICA DE GANTT



1. Selección del tema del proyecto de investigación
2. Elección del Asesor y Revisor
3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor y revis
5. Aprobación del proyecto por el Comité de Investigación del HGSJDD
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis
7. Trabajo de campo
8. Análisis y discusión de resultados
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones
10. Aprobación del informe final
11. Impresión del informe final y trámites administrativos
12. Examen público y defensa de tesis.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO # 1
 PORCENTAJE DE PARTOS PREMATUROS
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

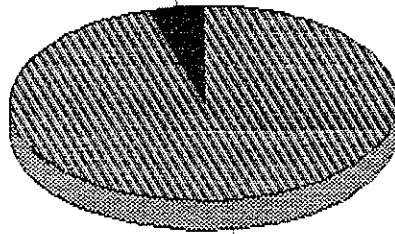
PARTOS	# DE CASOS	PORCENTAJE
PREMATUROS	63	4.48%
NO PREMATUROS	1343	95.52%
TOTAL	1406	100%

Fuente: Historia Clinica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 1

FRECUENCIA DE PARTOS PREMATUROS

ARTOS PREMATUROS (4.5%)



PARTOS A TERMINO (95.5%)

CUADRO # 2

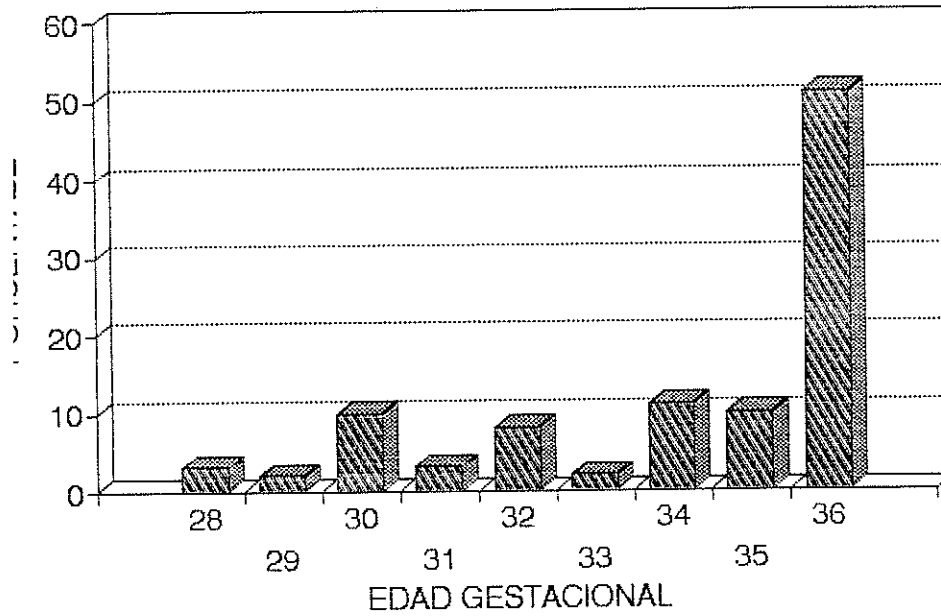
EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES
QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO,
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

SEMANAS	CASOS	PORCENTAJE
28	2	3%
29	1	2%
30	6	10%
31	2	3%
32	5	8%
33	1	2%
34	7	11%
35	6	10%
36	33	51%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 2

EDAD GESTACIONAL PARTO PREMATURO



CUADRO # 3

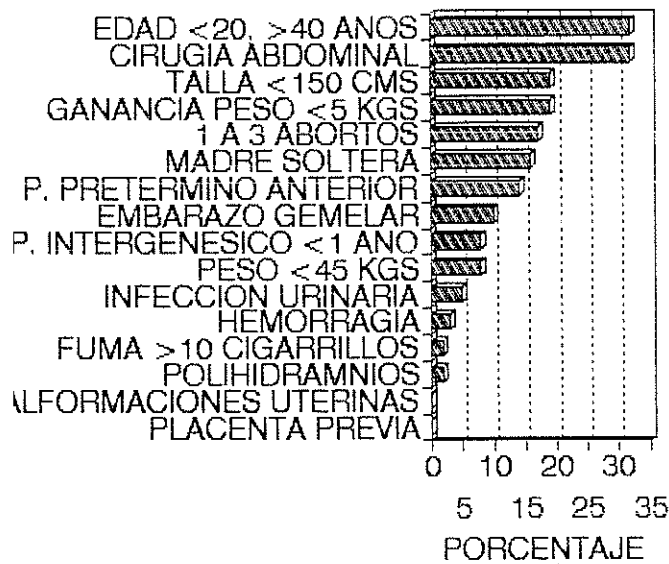
FACTORES DE RIESGO DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO,
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

FACTORES DE RIESGO	CASOS	PORCENTAJE
EDAD <20 >40	20	32%
CESAREA	20	32%
TALLA <150 CMS.	12	19%
GANANCIA PESO <5 KGS.	12	19%
1 A 3 ABORTOS	11	17%
MADRE SOLTERA	10	16%
PARTO PRETERMINO ANTERIOR	9	14%
EMBARAZO GEMELAR	7	10%
ESPACIO INTERGENESICO <1 AÑO	5	8%
PESO <45 KGS	3	5%
INFECCION URINARIA	3	5%
HEMORRAGIA	2	3%
FUMA > 10 CIGARRILLOS	1	2%
POLIHIDRAMNIOS	1	2%
MALFORMACIONES UTERINAS	0	0%
PLACENTA PREVIA	0	0%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 3

ACTORES DE RIESGO PARTO PREMATURO



CUADRO # 4

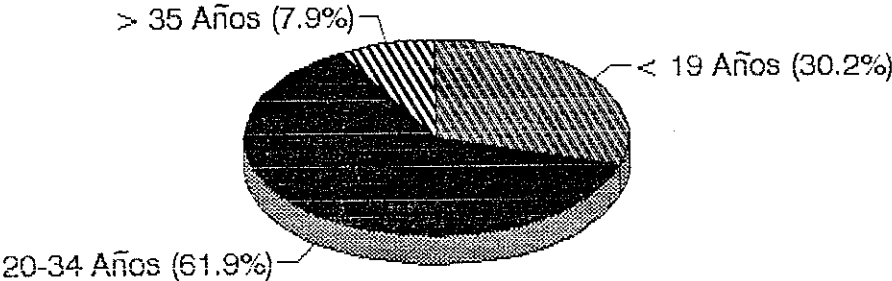
GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
10-14	1	1.6%
15-19	18	28.6%
20-24	15	23.8%
25-29	16	25.4%
30-34	8	12.7%
35-39	4	6.3%
> 40	1	1.6%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clinica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 4

GRUPO ETAREO PACIENTES PARTO PREMATURO



CUADRO # 5

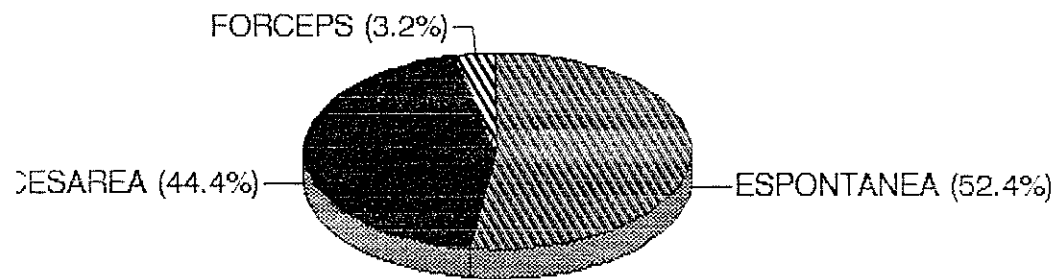
VIA DE RESOLUCION DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

VIA DE RESOLUCION	CASOS	PORCENTAJE
ESPONTANEA	33	52.4%
CESAREA	28	44.4%
FORCEPS	2	3.2%
TOTAL	63	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 5

LA RESOLUCION EMBARAZO PARTO PREMATURO



CUADRO # 6

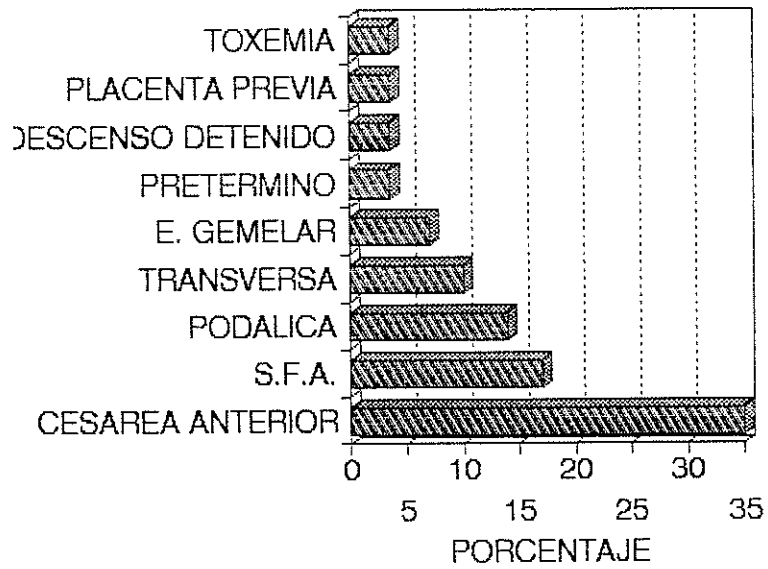
INDICACION DE CESAREA DE LAS PACIENTES
 QUE PRESENTARON PARTO PREMATURO
 EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DURANTE LOS MESES DE MARZO A ABRIL DE 1996

INDICACION	CASOS	PORCENTAJE
CESAREA ANTERIOR	10	35%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	5	17%
PRESENTACION PODALICA	4	14%
SITUACION TRANSVERSA	3	10%
EMBARAZO GEMELAR	2	7%
PRETERMINO	1	3.5%
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACION	1	3.5%
PLACENTA PREVIA	1	3.5%
TOXEMIA	1	3.5%
TOTAL	28	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base CLAP\OPS

GRAFICA # 6

INDICACIONES CESAREA



ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

TABLA Y GRAFICA # 1:

Del total de 1406 embarazadas que consultaron al Hospital General San Juan de Dios durante los meses de marzo y abril de 1996, 140 pacientes (10%) se les diagnosticó trabajo de parto prematuro antes de resolver su parto y 63 pacientes (4.48%) del total, presentaron en realidad parto prematuro.

Se hace manifiesto en el presente estudio, que el diagnóstico de ingreso de las pacientes con trabajo de parto prematuro es incorrecto en 55% de los casos estudiados.

En estudios nacionales anteriores en el hospital de Escuintla en 1987 y de Huehuetenango en 1988 se reportó un 4.82% y 1.98%, respectivamente de nacimientos prematuros (12,17). Por lo que el actual estudio viene a ser el tercero en los últimos 8 años que reporta menos del 5% de nacimientos prematuros en Hospitales Nacionales.

El Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, reportó para el año 1995, el 16% de pacientes que presentaron trabajo de parto prematuro; así también la literatura internacional revela que en los E.E.U.U el porcentaje alcanza el 10% (7) y que en países en vías en desarrollo va desde 15% hasta el 20%, dependiendo del nivel socioeconómico y cultural de la población que se esté hablando (11).

Se observó que el porcentaje bajo de partos prematuros presentado en este estudio, es altamente afectado, debido a que es un hospital de referencia y hay que tomar en cuenta todas las pacientes que se atiende en el área rural y que no alcanzan un nivel terciario de atención.

TABLA Y GRAFICA # 2:

En esta tabla y gráfica se observó que la edad gestacional más frecuente fué de 36 semanas con 33 casos (51%), por lo que podemos observar, que aunado a que el porcentaje de partos prematuros fué bajo, la mayoría de estos fueron no fueron partos extremadamente prematuros, pues están en el límite superior con 36 semanas.

TABLA Y GRAFICA # 3

En esta gráfica se mostraron los factores de riesgo que presentaron las pacientes con partos prematuros, las más frecuentes fueron: edad en riesgo y cirugía abdominal anterior, con 20 pacientes cada uno (32%), seguido de talla materna y ganancia de peso <5 kgs, con 12 pacientes (19%), abortos con 11 pacientes (17%), parto prematuro anterior con 9 pacientes (14%), y embarazo

elar con 7 pacientes (9%), los demás están por debajo del 8% a uno.

El factor de riesgo edad materna < 20 años fue el más estado, recordando el nivel socio-económico y cultural de nuestra población, se va a reflejar en el mínimo control prenatal así como poca planificación familiar, que da como consecuencia que el grupo de la adolescencia es el más afectado.

La cirugía abdominal anterior resulta como un factor de riesgo importante ya que la incidencia de cesárea en nuestros tiempos ha aumentado, y el control prenatal no es adecuado.

La talla materna y poca ganancia de peso en el embarazo, es debido a que nuestra población, es afectada por la desnutrición, su estado de socio-económico precario.

En la literatura Estado Unidense se presentan como los factores de riesgo más frecuentes: el embarazo gemelar, con hasta (50%), parto pretérmino anterior (30%), 1 a 3 abortos (20%). y cirugía abdominal anterior (40%)(8). Estos factores de riesgo se compararon con los resultados de esta investigación, y los mismos factores de riesgo están en los primeros ocho lugares, aunque no con tan altos porcentajes, además hay que recalcar que no existe mucha información sobre factores de riesgo en sociedades como la nuestra.

LA Y CUADRO # 4:

En este cuadro revela que el grupo etáreo de 10-19 años es el 2% del total de las pacientes con parto prematuro, casi la tercera parte del total.

LA Y CUADRO # 5 Y 6:

Aquí se presentó la vía de resolución del embarazo, la cual presta atención al porcentaje de cesáreas que alcanza un 44.4%, el cual es alto comparado con la población en general que alcanza un porcentaje menor del 25%. Esto es debido a que el trabajo de parto prematuro aumenta la morbi-mortalidad del feto, que no está completamente desarrollado, y es más susceptible a tener problemas de relación a un feto con embarazo a término, por lo que el médico ve en la obligación de resolver el embarazo por cesárea.

Entre las indicaciones de cesárea más frecuentes se pueden observar: cesárea anterior, debido a que la incidencia de cesárea en general es elevada; el sufrimiento fetal agudo, es muy frecuente que el feto no está preparado para soportar las contracciones de trabajo de parto por su inmadurez corporal; las malpresentaciones (podálica, transversa) resaltan entre las indicaciones ya que durante el embarazo en proceso no ha terminado el feto no se encuentra en posición adecuada.

Todas estas indicaciones obligan al médico a resolver el embarazo de manera rápida ya que el feto inmaduro presenta más alto riesgo para presentar muerte intraútero.

CONCLUSIONES

1. En las 1,406 historias clínicas revisadas se encontraron 140 con diagnóstico de parto prematuro, (10%), de éstas únicamente 63 presentaron parto prematuro real (4.48%) que supone un mal diagnóstico o una buena evolución problema.
2. El porcentaje de parto prematuro fue relativamente bajo, comparado con la literatura mundial y similares estudios del mismo tipo publicados en Guatemala.
3. El 51% de las pacientes que presentaron parto prematuro tuvieron en su mayoría una edad gestacional de 36 semanas, lo cual evidencia que el porcentaje de partos extremadamente prematuros es bajo.
4. Se determinó que los factores de riesgo más frecuentes para las pacientes con parto prematuro fueron: Edad materna <20 años y >40 años con 32%, Cirugía Abdominal anterior con 32%, Talla <150 cms. con 19%, Ganancia de peso <5 kgs. con 19%, y antecedente de 1 a 3 abortos con 17%.
5. El grupo etáreo materno más afectado fue de 15 a 19 años con el 28.6%.
6. La resolución de los partos de las pacientes fue de la siguiente forma: espontáneo 52.4%, cesárea 44.4%, fórceps 3.2%.
7. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, situación transversa.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el diagnóstico al ingreso de las pacientes con trabajo de parto prematuro, para darles un manejo adecuado.
2. Fomentar un adecuado control prenatal en el que se determinen los principales factores de riesgo para parto prematuro, ya así disminuir la frecuencia.
3. Realizar estudios a nivel nacional para determinar la frecuencia de partos prematuros con la población en general

RESUMEN

El presente estudio descriptivo de corte transversal se realizó en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante los meses de marzo a abril de 1996, entrevistando 1406 pacientes y revisando las fichas clínicas respectivas, de este total se escogieron las pacientes con parto prematuro resultando 63 casos, de los cuales se investigaron los factores de riesgo para parto prematuro que presentó cada caso particular, encontrando que los más frecuentes fueron: Edad > 20 años 32%, cirugía abdominal 32%, talla < 1.50mts 19%, ganancia de peso < 5 kgs 19%, 1 a 3 abortos 17%, madre soltera 16%, parto pretérmino anterior 14%, embarazo gemelar 10%, espacio intergenésico < 1 año 8% y peso < 45 kgs 8%.

El porcentaje de pacientes con parto prematuro fué de 4.48%, la edad gestacional más frecuente fué de 36 semanas con un 51%, el grupo etéreo más afectado fué de 15-18 años con un 23.6%, y la vía de resolución por vía cesárea fué del 44.4%.

Estos datos se analizaron y se compararon con sus similares nacionales y extranjeros, entre los que destacan la similitud del porcentaje de parto prematuro de este estudio con el de otros similares a nivel nacional, y la diferencia es tan marcada con este dato y lo referido por la literatura extranjera. La edad más frecuente fué la de menores de 20 años, así como el factor de riesgo más frecuente, por lo que este grupo es bastante susceptible a este problema.

La vía de resolución más frecuente fue por cesárea con un 44.4% lo cual es muy alta comparándola con la población general con un 23%.

Con éstos resultados podemos concluir que los factores de riesgo aparecen con una tendencia similar a la reportada en la literatura universal.

BIBLIOGRAFIA

- . Abramowicz M, et al: Pathogenesis and prognosis of prematurity. Eng J. Med 1966 Oct. 20 y 27: 275 (16, 17): 878-885, 938-943.
- . Aladjem S: Neonatology Second ed. Philadelphia Lippincott 1981; 35-264.
- . Caplan R: Principles of Obstetrics Baltimore Waverly Press, 1980 20 p.; 156-216
- . Creasy R.: Prevention of Preterm Birth. Clinical Obstetrics and Gynecology 1988 September; 31 (3); 599-615.
- . Garcia J.: Trabajo de parto prematuro. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1980. p. 71.
- . Garfield R, et al: Endocrine, structural, and functional changes in the uterus during premature labor. Am J Obstet and Gynecol 1982 Jan; 142 (1): 21-27.
- . Haesslin H: Premature labor. En: Manual of obstetrics diagnosis and therapy. Boston, Kenneth R Niswander 1986. 323-349.
- . Hoffman H.: Risk factors Associated with the occurrence of reterm birth. Clinical obstetrics and Gynecology 1984 September: 27 (3): 539-551.
- . Jhonson J and Droegemuller W: Obstetrics aspects of preterm delivery. Clinical Obstet Gynecol 1980 March 23 (1): 1-189,
0. Kamtorn V: Prevención de un trabajo de parto prematuro. Pediatrics in Review 1986; 2 (8): 308.
1. Main D.: The epidemiology of preterm birth. Clinical Obstetrics and Gynecology 1988 September: 31 (3); 521-530.
2. Maldonado M.: Influencia del parto prematuro en la morbilidad del recién nacido Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 66.
3. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil. Serie Paltex, No.7 O.M.S. 1986 265p.
4. Papiernik E.: Proposal for a Programmed prevention policy of reterm birth. Clinical obstetrics and gynecology 1984 September: 7 (4): 614-635.
5. Pritchard J, Macdonald P: Williams obstetricia. Tercera

edición, México Salvat, 1987: 723-743.

16. Rodríguez A.: Recurrencia del trabajo de parto prematuro en la mujer obstétrica. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 9-10.
17. Sanchinelli E.: Factores perinatales implicados en la prematuridad del recién nacido Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1989. p. 75.
18. Schwarcz R, Duverges C,: Obstetricia cuarta ed. Buenos Aires: el Ateneo, 1986. 602 p. (pp. 140-219).
19. Strada G, et al: Resultados del tratamiento de la amenaza de aborto y parto pretérmino con cerclaje y uteroinhibidores. Obs Ginecol Latinoamer 1985 nov-dic; 43 (11/12): 377-380.
20. Valladares J.: Parto prematuro espontáneo Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1980. p. 65.
21. Vasques M.: Factores de riesgo materno (socioeconómicos y culturales) que influyen en el nacimiento de niños prematuros Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1991. p. 78.

ANEXOS

AP-OPOSOMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE ESTABLEC. _____ Nº. H. C. _____															
NOMBRE _____		EDAD años _____		ALABETA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		ESTADOS <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		años aprob. _____		ESTADO CIVIL _____					
VICLIO _____		manor de 15 _____		mayor de 35 _____		prim. univ. _____		sec. _____		ESTADOS _____					
CALIDAD _____		TEL. _____		manor de 15 _____		mayor de 35 _____		prim. univ. _____		sec. _____					
PRECEDENTES: FAMILIARES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>															
DIABETES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> IC pulmonar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> perlas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		TBC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hipertensión crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cirugía pélvica - uterina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> infertilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		OBSTETRICOS gestas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>		nacidos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nacidos muertos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL: día _____ mes _____ año _____															
ANTERIOR TALLA (cm) _____ kg _____		día _____ mes _____ año _____		ANTITETANICA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		GRUPO _____		FUMAR <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>					
CLINICO normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		EX. OCUNT. normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		PAPANIC. normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>					
CERVIX normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		VIDA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		día _____ mes _____		día _____ mes _____		día _____ mes _____		día _____ mes _____					
1 de la consulta _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____															
horas de inactividad _____															
presión arterial (mm Hg) _____															
F.C.P. _____															
F.C. mat. _____															
diámetro cern. _____															
ABORTO: CONSULTA PRENATAL Nº. _____ día _____ mes _____ año _____															
GEN _____		en el hosp. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		con carné <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		temperatura _____ °C		EDAD GEST. _____		PRES. _____					
horas _____		presión arterial (mm Hg) _____		contracciones <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		altura _____		F.C.P. _____		F.C. mat. _____					
diámetro cern. _____		meconio _____		ninguna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
MINUCION _____															
ATENDIDO _____															
PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
NEONATO _____															
RECEN NACIDO: TALLA _____ PESO AL NACER _____															
tamaño físico _____		PULSO (lat. / min.) _____		temperatura _____		presión arterial (mm Hg) _____		características de loquos _____		características de loquos _____					
EGRESO RN: sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> pecho _____ PESO AL EGRESO _____															
con peob. <input type="checkbox"/> talco <input type="checkbox"/>		ALIMENTO _____		PESO AL EGRESO _____		EMBESO MATERNO _____		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ANTI-CONCEPCION _____					
con peob. <input type="checkbox"/> talco <input type="checkbox"/>		ALIMENTO _____		PESO AL EGRESO _____		EMBESO MATERNO _____		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ANTI-CONCEPCION _____					

Doc. Inv. OJAP 19/80

UNIVERSIDAD DON CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

LISTAS PARA LA CODIFICACION DE LA HCP

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
Los números entre paréntesis corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a. Revisión (CIE - 9), OPS/OMS, 1978.			
COD. HIPERTENSION PREVIA 01. Hipertensión esencial benigna cuando complica al EPP (642.0) 02. Hipertensión secund. a enf. renal, cuando complica al EPP (642.1) 03. Otra hipertensión persistente cuando complica al EPP (642.2) PRE-ECLAMPSIA 04. Hipertensión transitoria del embarazo (642.3) 05. Pre-eclampsia leve o no clasificada (642.4) 06. Pre-eclampsia grave (642.5) DIABETES 07. Tolerancia anormal a la glucosa (648.0) INFECCION URINARIA 08. Bacteriuria asintomática del embarazo (646.5) OTRAS INFECCIONES 09. Sífilis (647.0) 10. Gonorrea (647.1) 11. Palúdismo (malaria) (647.4) 12. Herpes genital (646.8) AMENAZA DE PARTO PREMATURO 13. Incompetencia del cuello uterino (654.5) 14. Obstrucción causada por malposición fetal (660.0) 15. Obstrucción causada por la pelvis (660.1) 16. Desproporción por feto (653.5-653.7) HEMORRAGIA 1º, trimestre 17. Mola hidatiforme (630) 18. Aborto (relajado/spontáneo) (632-634) 19. Embarazo ectópico (633) 20. Aborto inducido (635-636) 21. Amenaza de aborto (640.0) HEMORRAGIA 2º y 3º trimestre 22. Hemorragia debida a placenta previa (641.1) 23. Desprendimiento prematuro de la placenta (641.2) 24. Hemorragia anteparto debida a defectos de la coagulación (641.3) 25. Rótura del útero (685.0) 26. Desgarro del cuello del útero (665.3) ANEMIA CRÓNICA 27. Anemia por deficiencia de hierro (648.2) ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 28. Infección ovular (650.4) INFECCION PUERPERAL 29. Sepsis (670) 30. Infección de la mama y el pezón asociados al parto (675) HEMORRAGIA DEL PUERPERIO 31. Retención placentaria (666.0; 666.2) 32. Abrasia (666.1) 33. Desgarro perineal de 1º y 2º grado (664.0-664.1) 34. Desgarro perineal de 3º y 4º grado (664.2-664.3) OTRAS 35. Placenta previa sin hemorragia (641.0) 36. Hipertrofia (643) 37. Enfermedad renal sin mención de hipertensión (646.2) 38. Dependencia de drogas (640.3) 39. Parto prematuro (650.3) 40. Hidramnios (657) 41. Oligohidramnios (656.0) 42. Complicaciones relacionadas con el cordón umbilical (663) 43. Complicaciones por la administración de anestésicos u otros sedantes durante el trabajo de parto (668) 44. Embolia pulmonar obstétrica (673) 45. Deficiencia de sutura de cesárea actual (674.1) 46. Deficiencia de sutura perineal actual (674.2) 47. S.L.D.A. / V.I.H. positivo (279.9) 48. Cáncer de cérvix (183) 49. Cáncer de mama (174)		COD. OTROS GDR 01. Ductus arterioso persistente (747) 02. Circulación pulmonar fetal persistente (747) 03. Neumonía congénita (77) 04. Enfermedad intersticial y neumotorax (770) 05. Taquicardia transitoria (770) 06. Distorsión broncopulmonar (770) HEMORRAGIAS 07. Enfermedad hemorrágica HÍPERBILIRUBINEMIA (776) 08. Enfermedad hemorrágica debida a la coagulación por factor FII (773) 09. Enfermedad hemorrágica debida a la coagulación por factor FIII (773) 10. Hiperfibrinólisis de la prematuridad (774) OTRAS HEMATOLOGICAS 11. Policitemia neonatal (776) 12. Anemia congénita (776) 13. Deterioro bacteriano hematológico (resto de 77) INFECCIONES 14. Sepsis (00) 15. Meningitis (320-32) 16. Otitis (771) 17. Conjuntivitis (771) 18. Septicemia (771) 19. Otras infecciones perinatales (resto de 77) 20. Enterocolitis necrosante (777) DEFECTOS CONGENITOS 21. Espina bífida (74) 22. Hidrocefalia congénita (742.1) 23. Otros del sistema nervioso (microcefalia, meningitis) (resto de 74) 24. Anemia anémica (747.1) 25. Otras enfermedades del corazón y resto del aparato circulatorio (745-747) 26. Fisura del paladar y labio leporino (747) 27. Aparato digestivo (atresia esofágica, imperforación anal, etc) (750-751) 28. Criptorquidea/hipopadismo/epididimitis (752.5-752.6) 29. Del aparato urinario (754.5) 30. Luxación congénita de cadera (758) 31. Cromosomas (trisomías) (758) 32. Defectos congénitos múltiples (759.7) NEUROLOGICAS 33. Hidrocefalia adquirida (331.1-331.4) 34. Leucoencefalopatia periventricular (742.4) 35. Traumatismo obstétrico (767) 36. Hemorragia intra o periventricular (772.1) 37. Convulsiones (779.0) 38. Depresión cerebral, coma y otros signos cerebrales anormales (779.2) OTRAS 39. S.L.D.A. / V.I.H. positivo (279.9) 40. Fibrosis quística (352.2) 41. Hernia inguinal (590.9) 42. Fallo renal agudo (584.9) 43. Síndrome de RN de diálisis (775.1) 44. Hipocalcemia/hipomagnesemia (775.1) 45. Hipoglicemia (775.6) 46. Deterioro bacteriano peritoneal del aparato digestivo (resto de 777) 47. Problemas de alimentación (779.3) 48. Hipotensión/bradica (779.8)	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION COD. 01. Cesárea superior 02. Suturamiento fetal agudo 03. Desproporción feto-pélvica 04. Alteración en la contractilidad 05. Parto prolongado 06. Falta de inducción 07. Desencanto detenido de la presentación 08. Embarazo gemelar 09. Retardo del crecimiento intrauterino 10. Parto prematuro 11. Parto prematuro 12. Presentación podálica 13. Versiones posteriores		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION COD. 14. Situación transversa 15. Rotura prematura de membranas 16. Sospecha o certeza de infección ovular 17. Placenta previa 18. Desprendimiento de placenta normal intacta 19. Rotura uterina 20. Toxemia (EPH) gestosis 21. Herpes genital 22. Condilomatosis genital 23. Otra enfermedad materna 24. Mortinato 25. Agotamiento materno 26. Otra	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION COD. 01. Cesárea superior 02. Suturamiento fetal agudo 03. Desproporción feto-pélvica 04. Alteración en la contractilidad 05. Parto prolongado 06. Falta de inducción 07. Desencanto detenido de la presentación 08. Embarazo gemelar 09. Retardo del crecimiento intrauterino 10. Parto prematuro 11. Parto prematuro 12. Presentación podálica 13. Versiones posteriores		MEDICACION EN PARTO COD. 01. Lidocaina y similares 02. Aminas simpaticomiméticas (efedrina) 03. Inhaladores (pentano-fluorano-oxígeno) 04. Bértico 05. Bloqueantes musculares 06. Diazepam 07. Meperidina 08. Anestésicos 09. Opioides 10. Prostaglandinas 11. Betalactámicos (penicilinas-cetoconazol) 12. Aminoglicósidos (gentamicina-amikacina) 13. Eritromicina 14. Metronidazol	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION COD. 15. Beta mímicos 16. Antiprostaglandinas 17. Antagonistas del calcio 18. Sulfonamidas 19. Hidrocloruro 20. Beta lactámicos 21. Otros antibióticos 22. Sangre y hemoderivados 23. Heparina 24. Corticoides 25. Cardíacos 26. Diuréticos 27. Insulina 28. Diéresis		MEDICACION EN PARTO COD. 29. Diéresis	