



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

“EMBARAZO DE TERMINO CON ANTECEDENTE DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO MENOR A LAS 34 SEMANAS CON REPORTE DE ACORTAMIENTO DE LONGITUD CERVICAL, EN LA UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL I.S.S.S.T.E.P. EN EL PERIODO DE FEBRERO DEL 2013-FEBRERO 2015”.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. RUBÉN ALBERTOS CASTILLO

ASESORES:

EXPERTO:

DR. ARTURO CUAUHEMOC SIMONT ZERON

METODOLÓGICO:

DRA. CARLOS ARTURO SILVA XILOLT

PUEBLA, PUE. ENERO 2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme concluir este ciclo de preparación profesional de tropiezos y de enseñanzas

A mi madre, que me apoyo en todos esos momentos difíciles que encontré en este camino.

A mis maestros por sus enseñanzas que sin ellos todo esto no sería posible.

INDICE

	Pág.
I. RESUMEN.....	4
II. INTRODUCCION.....	5
III. ANTECEDENTES.....	7
A. Antecedentes generales.....	7
B. Antecedentes específicos.....	11
IV. JUSTIFICACION.....	15
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
VI. HIPOTESIS.....	17
VII. OBJETIVOS.....	18
A. Objetivo general.....	18
B. Objetivos particulares.....	19
VIII. MATERIAL Y METODOS.....	20
A. Diseño de estudio.....	20
B. Ubicación temporo-espacial.....	20
C. Estrategia de trabajo.....	20
D. Técnica y procedimiento.....	20
E. Muestreo.....	21
F. Definición de variables.....	23
G. Hoja de recolección de datos.....	25
IX. LOGISTICA.....	26
A. Recursos humanos.....	26
B. Recursos materiales.....	26
C. Recursos financieros.....	26
D. Cronograma de actividades.....	27
X. BIOETICA.....	28
XI. FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.....	29
XV. REFERENCIAS.....	30

I. RESUMEN

La morbi-mortalidad neonatal está encabezada principalmente por la prematurez, es actualmente una de las complicaciones más importantes en obstetricia que aun con las mejoras sociales, higiénicas, sanitarias y de los avances científicos a nivel mundial, no se ha logrado disminuir de forma significativa el total de nacimientos pretérmino.

El parto prematuro está definido como aquel que tiene lugar después de la semana 22 y antes de la semana 37 de gestación. Aun si existe el antecedente de administración de tocolíticos, la prevalencia en los últimos años no ha disminuido, o incluso en algunos países ha aumentado.

El parto prematuro espontáneo representa el 50 % del total de partos pretérmino, a pesar de las investigaciones realizadas no se conocen con exactitud las causas que lo desencadenan. Su etiología se relaciona con múltiples factores, principalmente, en más del 50% de los casos con infecciones.

Como factores infecciosos asociados con partos prematuros destacan, las infecciones de vías urinarias, infecciones intraamnióticas, entre otros. Factores no infecciosos se reconocen causas vasculares, sobredistensión uterina, disfunción cervical, ruptura prematura de membranas, edades maternas extremas, malnutrición, factores sociales, gestación múltiple y estrés.

Actualmente la ecografía transvaginal para la toma de longitud cervical se utiliza como auxiliar diagnóstico para la orientación sobre el riesgo de presentar parto pretérmino y hay evidencia que en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo para presentar parto pretérmino y más aún en pacientes con amenaza de parto pretérmino por lo que es de sumo interés saber la relación que

tienen pacientes con amenaza de parto pretérmino y el tiempo de resolución obstétrica.

II. INTRODUCCION

La preparación para una maternidad sin riesgo debe iniciar antes de la concepción, con una adecuada nutrición balanceada y un estilo de vida saludable. Posteriormente, debe continuar con un buen control prenatal y prevención de los problemas que puedan surgir. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el parto prematuro como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, con un límite inferior entre parto prematuro y aborto, es mayor de 22 semanas de gestación, con peso por arriba de 500 g o 25 cm de longitud céfalo-pélvico como mínimo de acuerdo a lo establecido por la OMS. (2)

El parto pretérmino se ha establecido como un verdadero reto para la medicina moderna, obstetricia, pediatría y medicina perinatal. Es el problema clínico patológico más importante que enfrenta la reproducción humana en las últimas décadas. (1)

Es de suma importancia contar con un estudio que oriente el seguimiento y manejo de las pacientes con amenaza de parto pretérmino, esto radica en que el 50% de las pacientes, no tienen factor de riesgo, el 30% se resuelven espontáneamente y no progresan a parto prematuro, y que el 30% de los partos pretérmino son espontáneos, inexplicados e idiopáticos. Durante la atención y evaluación de pacientes con sospecha de amenaza de parto pretérmino hay que tomar en cuenta que el 30% son derivadas de embarazos múltiples. El 25% son producidos por infecciones del tracto urinario, hemorragia preparto, incompetencia cervical y anomalías uterinas congénitas.(3)

Como método diagnóstico para la orientación sobre el riesgo de presentar parto pretérmino, la ecografía está adquiriendo mayor valor, hay evidencia que en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo para presentar parto

pretérmino. Se sabe que en pacientes asintomáticas, la presencia de un cérvix < 25mm incrementa el riesgo de parto pretérmino (5)

III. ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES GENERALES

Para disminuir el riesgo durante la maternidad se deben tomar precauciones incluso antes de la concepción, con una buena nutrición y un estilo de vida saludable. Continuando posteriormente con un buen control prenatal y la prevención de los problemas que puedan presentarse. El resultado esperado es un embarazo a término, que no requiera intervenciones, el nacimiento de un niño sano, y un período de posparto saludable en un ambiente positivo que apoye las necesidades físicas y emocionales de la madre, el recién nacido y la familia. (1)

En las mujeres, actualmente el proceso de maternidad, (embarazo y parto) tienen un impacto enorme en su salud física, mental, emocional y socioeconómica. La realidad que vivimos está muy distante de el panorama ideal, en particular el área de salud reproductiva, son múltiples los factores personales, familiares, socioeconómicos, ambientales, que intervienen en el objetivo buscado. (1)

Si bien la maternidad conlleva grandes riesgos, el parto pretérmino es el problema clínico patológico más relevante que enfrenta la reproducción humana actualmente. Sigue siendo un reto importante para la medicina, obstetricia, pediatría y medicina perinatal. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el parto pretérmino como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, con límite inferior entre parto prematuro y aborto de 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-pélvico. (2)

La amenaza de parto pretérmino se clasifica según las semanas de gestación o el peso aproximado del producto, se basa en un embarazo mayor de 24 semanas y menor de 36 semanas o según el peso, mayor de 500 gr. (3)

Clínicamente deben presentar frecuencia de contracciones uterinas mayor 4/20 o 6/60 minutos o una dilatación menor o igual a 3 cm un borramiento del 50-80% y membranas íntegras. (4)

La causa más importante de morbilidad perinatal es el parto prematuro. La prevalencia no se ha modificado significativamente, su incidencia igualmente se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%. Aun cuando la incidencia de esta patología no ha disminuido en los últimos años, la morbilidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente, debido a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de estrategias preventivas y terapéuticas obstétricas. (2)

Cerca de un 5% de los partos pretérmino ocurren antes de las 28 semanas de gestación, llamados prematuros extremos, un 15% entre las 28 y 31 semanas son los prematuros severos y alrededor del 20% entre las 32 y 34 semanas o prematuridad moderada. La mayoría de los partos prematuros ocurre entre las 34 y 37 semanas de gestación, llamados también prematuros tardíos. (2)

En la prematuridad la etiopatología es el resultado de tres principales estados clínicos, cada uno de los cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros, el parto prematuro idiopático es el que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto, la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal. (2)

Clínicamente y con apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, se puede reunir la suficiente evidencia que oriente hacia distintos procesos patológicos que llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor identificados son: Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso); Infección intraamnióticas (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados); Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad útero placentaria); Sobredistensión uterina; Disfunción del cuello uterino;

Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna y Drogas y toxinas.(2)

Uno de los factores intrínsecos que aumentan el riesgo de parto pretérmino espontáneo es el pretérmino anterior. Es el factor de riesgo más potente relacionado con la prematuridad. (5)

Los antecedentes de abortos antes de las 17 semanas no otorgan más riesgo de parto pretérmino recurrente. El riesgo de recurrencia en gestantes con historia de parto pretérmino anterior es del 15 al 50 % dependiendo del número y la edad gestacional de los partos pretérminos anteriores. (5)

En caso de que la paciente refiera como antecedente haber tenido un parto menor de 28 semanas de gestación, el riesgo de presentar un nuevo parto pretérmino aumenta hasta 10 veces más. (5)

En cambio las pacientes con antecedente de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas y después de la semana 28, tienen un riesgo de un parto pretérmino en una nueva gestación del 15%. (5)

El riesgo aumenta hasta el 41 % cuando las pacientes presentan historia obstétrica de 2 partos pretérmino y si han presentado 3 o mas parto pretérmino el riesgo incrementa hasta el 67%. (5)

Los partos pretérmino se presentan con mayor probabilidad en pacientes de raza negra. Influye también el estado nutricional, IMC bajo, aumenta el riesgo de parto pretérmino. Se considera significativa una disminución del IMC por debajo de 5 kg/m² de lo esperado. (5)

Estudios demuestran que el estrés laboral tiene relación con la presentación de amenaza de parto pretérmino. Se encuentra una asociación con el número de horas trabajadas con un grado de actividad física importante sobre condiciones psicológicas de estrés. Las mujeres que llevan condiciones de estrés elevadas, tienen niveles aumentados de marcadores inflamatorios como la PCR, este hecho

sugiere que la vía inflamatoria podría ser la causa estimulante para presentar parto pretérmino. (5)

En pacientes fumadoras que suspenden el hábito durante el embarazo disminuyen el riesgo de parto pretérmino en comparación con las que continúan fumando. (5)

En ciertos estudios se relaciona la enfermedad periodontal como posible factor de riesgo para parto pretérmino, sin embargo no han visto una reducción de las tasas de prematuridad en mujeres con tratamiento para la enfermedad periodontal durante el embarazo. (5)

Cuando existe el antecedente de período intergenésico menor de 6 meses hay aumento en el desarrollo de parto pretérmino. (5)

Otros factores asociados al aumento de parto pretérmino son los factores uterinos, como la cirugía uterina previa, frecuentemente la conización; las malformaciones uterinas, como el cérvix hipoplásico secundario a tratamiento médico con dietilestilbestrol, los miomas uterinos que deformen la cavidad endometrial; entre otros como los antecedentes de incompetencia cervical. (5)

La *American Academy of Pediatrics* y *American College of Obstetricians and Gynecologists* en sus guías conjuntas de cuidado perinatal describen los criterios diagnósticos de trabajo de parto prematuro, los cuales son los 5 siguientes: contracciones uterinas dolorosas (4 en 20 minutos u 8 en 60 minutos), acompañadas de cambios cervicales (borramiento cervical de al menos 80% o dilatación mayor o igual a 2 cm). (2)

El factor de riesgo único con mayor relevancia para parto prematuro es la detección de modificaciones cervicales mediante tacto vaginal en el segundo trimestre del embarazo. En los últimos años, la medición ultrasonográfica de la longitud cervical ha reemplazado a la evaluación digital, porque ha demostrado ser un mejor predictor de parto prematuro y porque permite su comparación entre diferentes observadores, igualmente permite valorar los cambios a lo largo del tiempo. (2)

En múltiples estudios se ha demostrado que la medición de la longitud cervical tiene valor predictivo para parto prematuro en todas las poblaciones estudiadas, tanto en mujeres asintomáticas, como en pacientes con conizaciones previas, malformaciones müllerianas o legrados uterinos en embarazos anteriores. Se han utilizado diferentes valores para definir un cérvix como corto. (2)

B. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Parto pretérmino

El parto pretérmino para la reproducción humana en la actualidad sigue siendo el problema clínico patológico más importante que se enfrenta. Se ha vuelto un verdadero desafío para la medicina, tanto en obstetricia, como pediatría y medicina perinatal. (1)

Es frecuente encontrar signos y síntomas tempranos de parto pretérmino como: dolor lumbar bajo y constante, contracciones uterinas de intensidad leve a intervalos irregulares y flujo hemático. No obstante, estos no son específicos y habitualmente, se presentan en pacientes conforme el embarazo llega a su término. (1)

Para realizar el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino nos basamos en pacientes con un embarazo mayor de 24 semanas y menor de 36 semanas o con peso del producto mayor de 500 gr. La frecuencia de contracciones uterinas, debe ser mayor 4/20 o 6/60, y/o dilatación mayor de 2-3 cm. Con borramiento del 50-80%, y con membranas íntegras. (3)

La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior de parto prematuro es de 22 semanas de gestación, con 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-pélvico. (2)

En teoría realizar el diagnóstico de parto pretérmino es sencillo, consiste en detectar la presencia de contracciones uterinas de suficiente intensidad y

frecuencia para producir progresivamente borramiento y dilatación del cérvix entre las 22 y 37 semanas de gestación. Originariamente, se desarrollaron criterios específicos para seleccionar mujeres con parto pretérmino e incluyeron contracciones uterinas persistentes (4 cada 20 minutos u 8 cada 60 minutos, documentando los cambios cervicales o borramiento cervical del 80% o dilatación cervical mayor de 2 cm). La sola presencia de contracciones uterinas como criterio diagnóstico ha traído como consecuencia que el parto pretérmino sea la causa más frecuente de hospitalizaciones en la mujer embarazada. No obstante, el identificar a las mujeres con contracciones uterinas prematuras que originen un nacimiento pretérmino es un proceso inexacto. En estudios realizados se ha demostrado que aproximadamente el 30% de los partos pretérmino se resolvieron espontáneamente. En varias investigaciones se ha tratado, pero, en ninguna se ha logrado identificar el umbral de la intensidad de contracciones uterinas que indudablemente identifique a las pacientes que van a presentar un parto pretérmino. (6)

El examen de tacto vaginal tiene una reproducibilidad restringida entre los examinadores, especialmente cuando los cambios no son evidentes. (6)

Longitud cervical por ecografía transvaginal

Es la medición cuantitativa entre el orificio cervical externo y el orificio cervical interno utilizando la mucosa endocervical como guía para identificar el mismo. En los últimos años la longitud cervical medida por ecografía transvaginal ha tenido una amplia difusión y es considerada un marcador diagnóstico de la verdadera amenaza de parto pretérmino. Se ha podido observar la relación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pretérmino, al igual que entre éste y la edad gestacional a la que se presenta este acortamiento cervical. (7)

Actualmente la medida transvaginal de la longitud cervical en una paciente con sospecha clínica de amenaza de parto pretérmino es una prueba que debe formar parte de la exploración básica de la misma. Presenta gran capacidad pronóstica

que permite precisar qué mujeres son de alto riesgo y asimismo es de gran ayuda para evitar intervenciones innecesarias. (7)

Prematurez

La causa primordial de morbi-mortalidad perinatal es la prematurez, en recién nacidos sin malformaciones congénitas. La supervivencia neonatal es críticamente dependiente de su madurez la cual es directamente proporcional a la edad gestacional. En la etapa prenatal cada día es de gran importancia para la madurez, aun en semanas de gestación cercanas al término, en donde la sobrevivencia podría ser más probable. (6)

Según la edad gestacional en la que se presenta el parto pretérmino se define:

- Prematurez extrema: parto menor 28.0 semanas de gestación (5% de los partos pretérmino).
- Prematurez severa: entre 28.1 y 31.6 semanas (15% de los partos pretérmino).
- Prematurez moderada: entre 32.0 - 33.6 semanas (20% de los partos pretérmino).
- Prematurez leve: entre las 34.0-36.6 semanas (60% de los partos pretérmino). (5)

Se reconoce ampliamente que la edad gestacional neonatal es un determinante crítico para la evolución del recién nacido y que hay una disminución en la morbilidad neonatal a corto plazo entre mayor sea su edad gestacional al momento del nacimiento. Entre las 24 y 28 semanas de gestación cada día ganado aumenta la sobrevivencia y reduce la morbilidad neonatal en 1 a 5%; ganar de 2 a 3 días es significativo. La ganancia diaria de sobrevivencia y la morbilidad reducida entre 29 y 32 SDG son también altamente significativas; una ganancia de 5 a 7 días tiene beneficios importantes. Después de las 32 semanas de gestación las complicaciones maternas empiezan a alterar la relación riesgo beneficio para continuar la gestación. Varios especialistas en medicina materno fetal y con

disponibilidad de cuidados neonatales terciarios recomiendan el nacimiento en distintas complicaciones del embarazo después de la semana 34 de gestación. (6)

TECNICA DE MEDICION DE LONGITUD CERVICAL POR ULTRASONIDO ENDOVAGINAL

La medición de la longitud cervical es un test que provee datos objetivos sobre la probable amenaza de parto pretérmino, igualmente, permite seguir la evolución del cuello a lo largo del tiempo. Un cérvix con una longitud mayor de 30 mm es un cérvix largo que descarta la posibilidad de parto pretérmino (alto valor predictivo negativo, salvo que las contracciones uterinas se deban a otras causas como un posible desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta), mientras que el parto pretérmino es más factible que se presente cuando la longitud cervical es menor a 25 mm. (7)

Con respecto a la medida de la longitud cervical, no existe un punto de corte único y universal, existiendo referencias a valores menores de 15 mm, 20 mm, 25 mm e incluso menores de 30 mm, según la sensibilidad y especificidad que se quiera obtener. (7)

Por lo regular la longitud cervical se considera como un marcador independiente del riesgo de parto pretérmino y actualmente la longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino y que todas las demás pruebas completan poco al valor predictivo de esta prueba. (7)

- La vejiga debe estar vacía y la mujer colocada en posición de litotomía dorsal posterior.
- Se introduce la sonda en la vagina y se dirige al fórnix anterior. Se debe evitar ejercer presión sobre el cérvix, porque podría aumentar la longitud artificialmente.

- Se obtiene un corte sagital del cérvix y se utiliza la mucosa endocervical como guía para identificar el orificio cervical interno real, evitando confusiones con el segmento inferior del útero.
- Se utilizan los cálipers para medir la distancia lineal entre la zona triangular eco densa del orificio cervical externo y la zona en forma de V del orificio cervical interno.
- Cada ecografía debería durar 2-3 minutos. En aproximadamente un 1% de los casos la longitud cervical puede cambiar debido a contracciones uterinas, en estos casos se debería tomar la medida más corta.

Reproducibilidad de la medida. La medida transvaginal de la longitud cervical es altamente reproducible y en el 95% de los casos la diferencia en la medición por el mismo operador o entre dos operadores es de unos 4 mm o menos.

Técnica

La mejor manera de medir la longitud cervical es mediante ecografía transvaginal.

La ecografía transabdominal es incapaz de visualizar el cérvix en una alta proporción de los casos, y en particular en aquellos casos con cérvix cortos. Además, para una visualización satisfactoria es necesario tener la vejiga llena, lo cual puede falsamente aumentar la longitud cervical.

Mediante ecografía transperineal el cérvix se puede valorar colocando la sonda curvilínea sagitalmente entre los labios mayores. Puede ser visualizado adecuadamente mediante ecografía translabial-transperineal en aproximadamente un 80% de las pacientes y las medidas obtenidas de la longitud cervical de esta manera son muy similares a las obtenidas mediante ecografía transvaginal. Sin embargo, en un 20% de los casos el cérvix no se puede visualizar o el orificio cervical externo o interno están oscurecidos por una sombra que no se puede eliminar con los movimientos verticales del transductor, ni la angulación lateral y rotación del mismo.

Técnica

Cérvix curvo

El cérvix es curvo frecuentemente y en estos casos la medición de la longitud cervical tomada como una línea recta entre los orificios cervical interno y externo es inevitablemente más corta que la medición tomada a lo largo del canal endocervical.

Desde el punto de vista clínico el método de medición en estos casos no es importante porque cuando el cérvix es corto es siempre recto.

Funneling cervical

La dilatación del orificio cervical interno, observada ecográficamente como funneling, no es más que un simple reflejo del proceso de acortamiento cervical que, eventualmente, resultará en un parto pretérmino. Casi todas las mujeres con un cérvix corto tienen un funneling del orificio cervical interno.

Las mujeres con un cérvix largo y funneling no presentan un mayor riesgo de parto pretérmino.

Aplicación clínica

La medición ecográfica del cérvix es clínicamente útil en las siguientes situaciones:

- Predicción de parto pretérmino en mujeres asintomáticas. En mujeres con una historia previa de parto pretérmino y en aquellas con anomalías uterinas como el útero unicornio, la longitud cervical debería ser medida cada dos semanas entre las 14 y 24 semanas de gestación. En mujeres sin historia previa, la longitud cervical debería medirse entre las 20-24 semanas.
- Predicción de la probabilidad de parto en los siguientes siete días en mujeres con amenaza de parto pretérmino.

- En embarazos con polihidramnios, la longitud cervical es útil para decidir si realizar un amniodrenaje o no durante el segundo o principios del tercer trimestre de embarazo.
- En mujeres con una cesárea electiva planificada, la medición de la longitud cervical puede ayudar a decidir si ésta debe realizarse a las 37-38 semanas o si se puede retrasar hasta las 39-41.
- En mujeres que van a ser sometidas a una inducción de parto, la longitud cervical proporciona información útil en la predicción del intervalo inducción-parto y las probabilidades de parto vaginal o cesárea.
- En gestaciones prolongadas la medición de la longitud cervical a las 41 semanas puede predecir la probabilidad del inicio espontáneo del parto y del parto vaginal durante los próximos 10 días.

IV. JUSTIFICACIÓN

El parto pretérmino es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal, existen múltiples estudios en los que se han comparado procedimientos clínicos y paraclínicos como predictores del parto pretérmino, los cuales llegan a la conclusión de que el valor predictivo de la medición de la longitud cervical por ultrasonido para el diagnóstico del parto pretérmino es la mejor, aceptándose que al existir un acortamiento en la longitud cervical, estará cerca la resolución del embarazo, pero sin que exista una relación en el tiempo esperado de la resolución obstétrica después del diagnóstico de acortamiento cervical. Por lo que no se ha logrado incidir de forma importante, en la menor morbimortalidad neonatal.

La prematurez es una de las complicaciones más importantes en la obstetricia a nivel mundial. Representa un porcentaje importante de los nacimientos en países desarrollados, contribuyendo de forma muy significativa a la morbilidad y mortalidad perinatal

Por este motivo resulta de vital importancia que en las pacientes que presenten amenaza de parto pretérmino, se les realice la medición de la longitud cervical, pero al mismo tiempo, saber el tiempo probable en el que podríamos esperar la resolución del embarazo, para tomar las acciones obstétricas correspondientes y disminuir la morbi-mortalidad perinatal, así como asegurar los recursos necesarios para la atención del recién nacido.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo la situación es grave en productos con prematurez extrema en quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta el 60% presentan secuelas neurológicas.

El parto prematuro es resultado de un parto espontáneo en el 50% de los casos y ocurre después de la ruptura prematura de membranas en un 30% y es iatrogénico en el 20% restante

El estado que precede al parto prematuro es la amenaza de trabajo de parto, en México representa el diagnóstico que más a menudo conduce a la hospitalización durante el embarazo. El diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino se basaba en métodos clásicos como la presencia de contracciones uterinas regulares detectadas con un estudio toco cardiográfico externo y la valoración del índice de Bishop. Ante la necesidad de métodos de diagnóstico temprano con la finalidad de identificar el parto prematuro en etapas iniciales se concluye que uno de los métodos para su prevención es la cervicometría por ultrasonido transvaginal.

Sin embargo en pacientes ingresadas por el servicio de urgencias con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con reporte ultrasonografico de longitud cervical acortada no siempre la resolución obstétrica con parto espontaneo es pretérmino en la unidad materno infantil del hospital de especialidades del I.S.S.T.E.P. de esta forma establecemos que una longitud cervical corta no siempre es pronostica de parto pretérmino por lo cual se resume el planteamiento del problema en la siguiente pregunta:

Identificar cuantas pacientes desencadenan trabajo de parto a término, con antecedente de haber cursado con amenaza de parto pretérmino menor a las 34 semanas en base a acortamiento de longitud cervical en la unidad materno infantil del hospital de especialidades del I.S.S.S.T.E.P.?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar a las pacientes con embarazo a término que inicie parto espontáneo con antecedente de amenaza de parto pretérmino antes de las 34 semanas con reporte de longitud cervical acortada

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Longitud cervical al momento del diagnóstico de amenaza de parto pretérmino
- Identificar la longitud cervical, de las pacientes que desencadenaron trabajo de parto y no llegaron a termino
- Identificar la longitud cervical, de las pacientes que desencadenaron trabajo de parto a termino
- Determinar la vía de resolución del embarazo

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo transversal para identificar a las pacientes con embarazo a término que inicie parto espontáneo con antecedente de amenaza de parto pretérmino antes de las 34 semanas con reporte de longitud cervical acortada.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Materno Infantil del Hospital de Especialidades del ISSSTEP durante el periodo de 01 de marzo del 2013 al 28 de febrero del 2015.

Se registraron los datos de las variables en estudio de las pacientes en el periodo de estudio antes indicado.

Se realizó una evaluación basal a través de la clínica

Los datos de las variables en estudio, se ordenaron y analizaron para interpretarlos y elaborar el documento final.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino con reporte ultrasonográfico de la longitud cervical por vía transvaginal antes de las 34 semanas, pacientes con longitud cervical menor a 25 mm, pacientes con antecedente de amenaza de parto pretérmino.

Los criterios de exclusión fueron: paciente con datos clínicos de coroamnioitis, pacientes que tengan fetos con malformaciones congénitas, embarazo múltiple, pacientes que presenten rotura de membranas y los criterios de eliminación fueron: pacientes que presenten una patología obstétrica agregada que amerite la interrupción de embarazo y pacientes con resolución obstétrica fuera de la institución ISSSTEP

El tipo de muestra fue no probabilístico, la muestra estuvo determinada por todas las pacientes que reunieron los criterios de selección, quienes fueron incluidos en forma consecutiva.

El tamaño de la muestra fue de 385 pacientes que reunieron los criterios de selección.

RESULTADOS

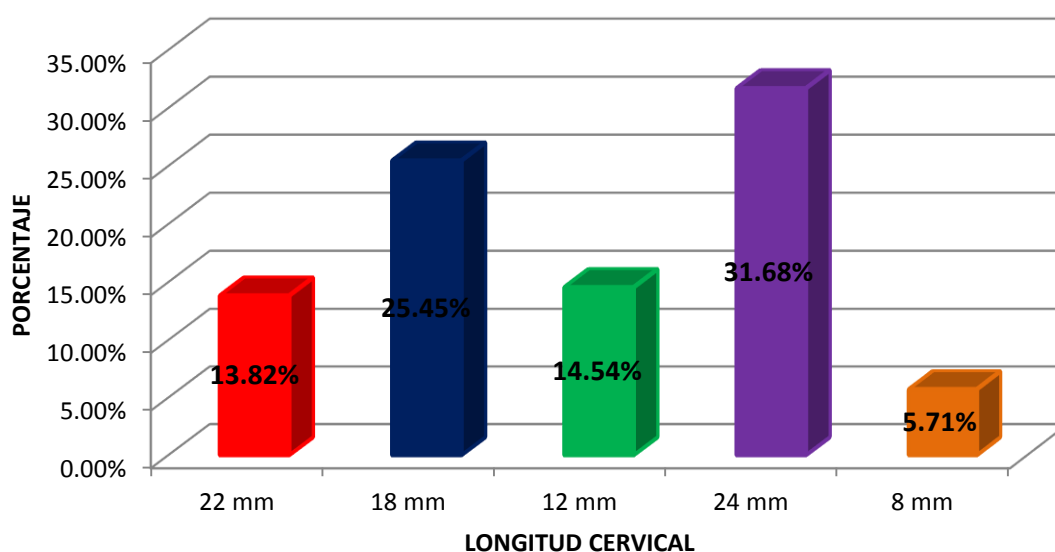
Se analizaron a las pacientes que llegaron al servicio de urgencias con sintomatología de amenaza de parto pretérmino y que se les tomo ultrasonido, de las cuales se encontraron con acortamiento cervical a 385 encontrando los siguientes resultados.

El 32% tuvieron una longitud cervical de 24 mm un 25% de 18 mm seguidas de un 15% para 12 mm y 14% para 22 mm tal como se muestra en el cuadro 1 y grafico 1

CUADRO 1: DISTRIBUCIÓN POR LONGITUD CERVICAL REPORTADA

Longitud cervical reportada en mm	Frecuencia	Distribución %
8 mm	22	5.71%
12 mm	56	14.54%
18 mm	98	25.45%
22 mm	87	13.82%
24 mm	122	31.68%
Total	385	100%

GRÁFICA 1: DISTRIBUCIÓN POR LONGITUD CERVICAL REPORTADA



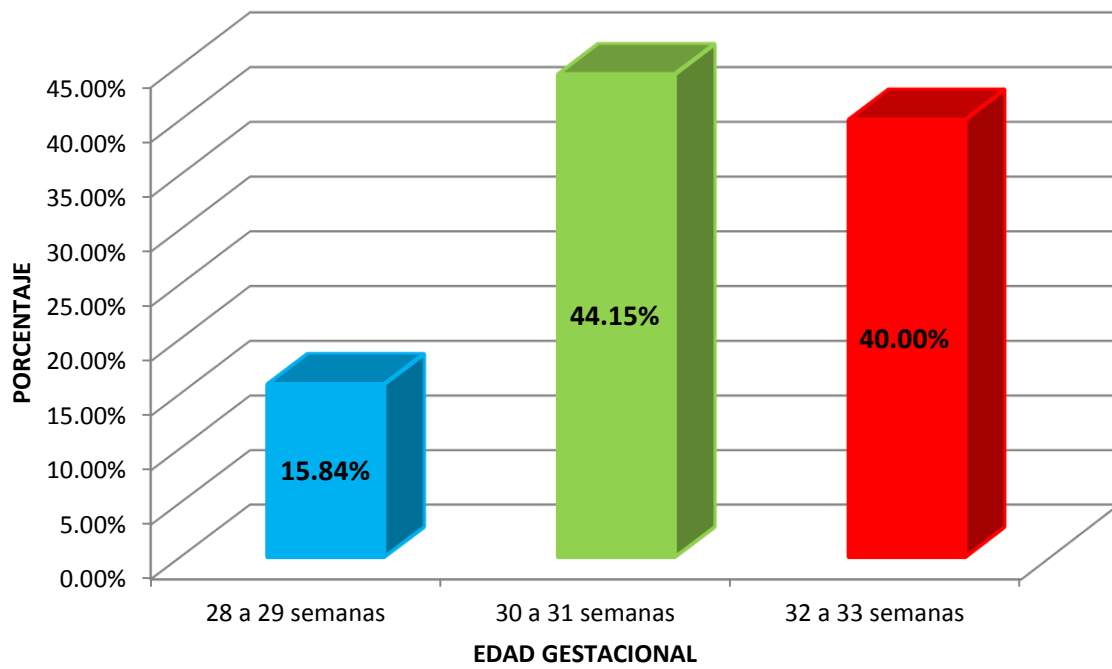
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

El 44% de las pacientes en las que se les encontró acortamiento de la longitud cervical se encontró entre la semana 30 a 31 seguidas de un 40% entre la semanas 32 y 33 y un 16% entre las 28 a 29 semanas de gestación como se muestra en el cuadro 2 grafico 2

CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD GESTACIONAL DEL DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE ACORTAMIENTO CERVICAL

Edad gestacional del diagnóstico ultrasonográfico de acortamiento cervical	Frecuencia	Distribución %
28 a 29 semanas	61	15.84%
30 a 31 semanas	170	44.15%
32 a 33 semanas	154	40.00%
Total	385	100%

GRÁFICA 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD GESTACIONAL DEL DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE ACORTAMIENTO CERVICAL



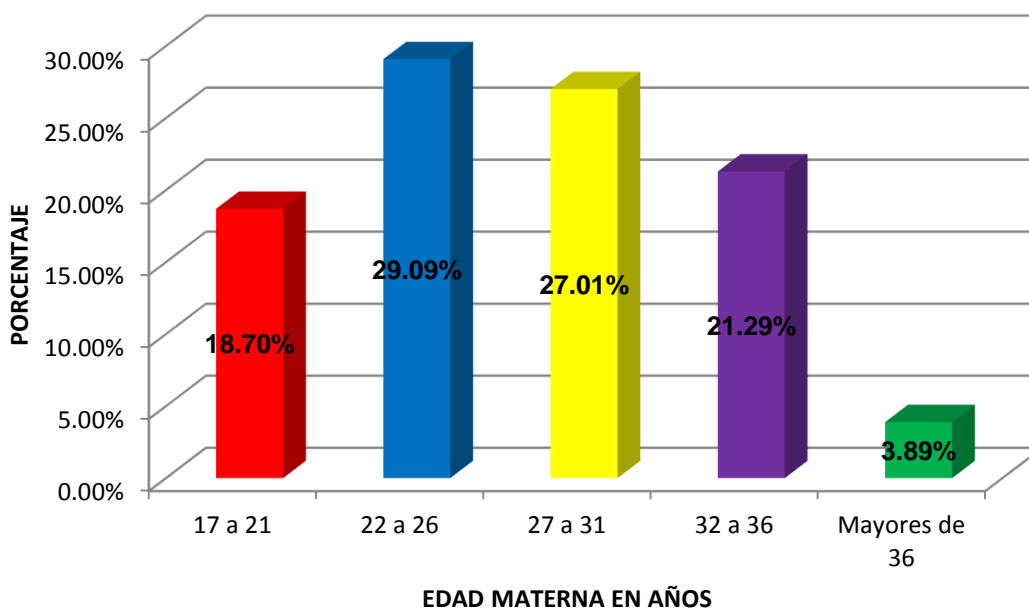
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

La edad materna en la que se encontró el mayor número de pacientes con acortamiento cervical fueron entre 22 y 26 años con un 29% seguidas de las de 27 a 31 años con un 27% y un 21% en el rango de 32 a 36 años como se muestra en el cuadro 3 y grafica 3

CUADRO 3: DISTRIBUCIÓN POR EDAD MATERNA

Edad materna en años	Frecuencia	Distribución %
17 a 21	72	18.70%
22 a 26	112	29.09%
27 a 31	104	27.01%
32 a 36	82	21.29%
Mayores de 36	15	3.89%
Total	385	100%

GRÁFICA 3: DISTRIBUCIÓN POR EDAD MATERNA



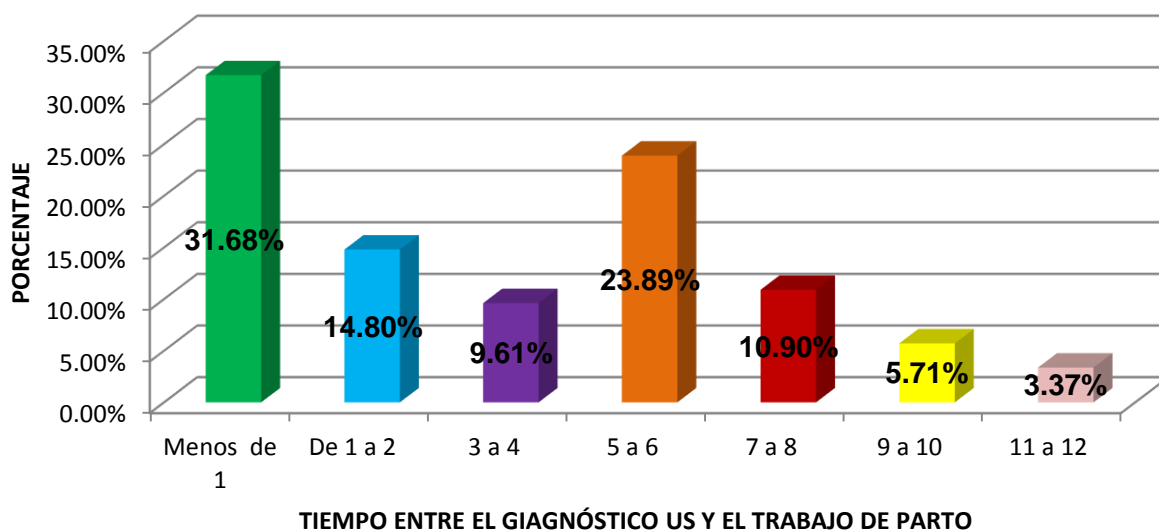
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

En el 32% de las pacientes transcurrió menos de una semana entre la medición de la longitud cervical y el desencadenamiento del trabajo de parto, un 23% lo desencadenó entre 5 a 6 semanas, un 15% entre 1 y 2 semanas, siendo el menor porcentaje entre 11 y 12 semanas con un 3% como se muestra en el cuadro 4 y grafica 4

CUADRO 4: DISTRIBUCIÓN POR TIEMPO ENTRE EL DIAGNOSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE LONGITUD CERVICAL Y EL DESENCADENAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO EN SEMANAS

Tiempo entre el diagnostico ultrasonográfico de longitud cervical y el desencadenamiento de trabajo de parto en semanas	Frecuencia	Distribución %
Menos de 1	122	31.68%
De 1 a 2	57	14.80%
3 a 4	37	9.61%
5 a 6	92	23.89%
7 a 8	42	10.90%
9 a 10	22	5.71%
11 a 12	13	3.37%
TOTAL	385	100%

GRÁFICA 4: DISTRIBUCIÓN POR TIEMPO ENTRE EL DIAGNOSTICO ULTRASONOGRÁFICO DE LONGITUD CERVICAL Y EL DESENCADENAMIENTO DE TRABAJO DE PARTO EN SEMANAS



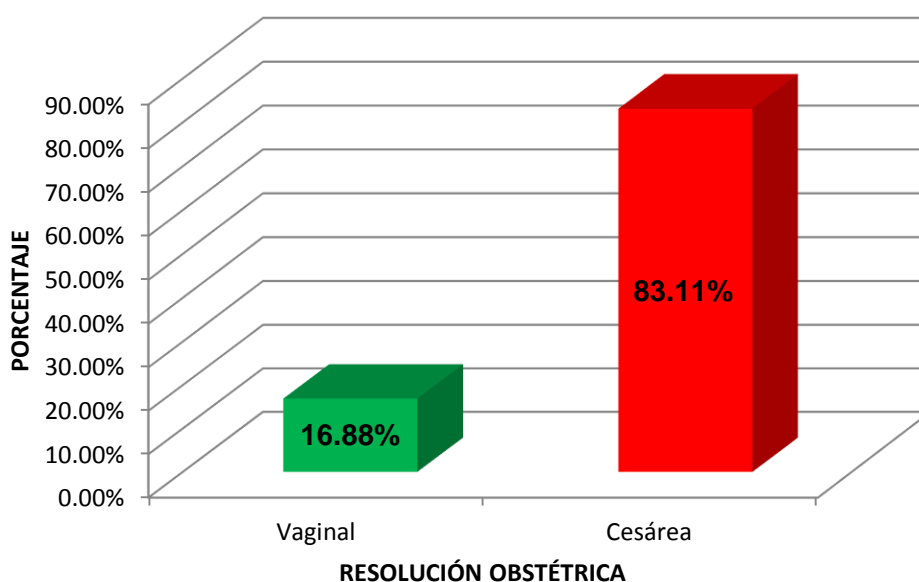
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

El 83% de la resolución obstétrica fue por cesárea y el 17% por parto como se muestra en el cuadro 5 y grafica 5

CUADRO 5: DISTRIBUCIÓN POR RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA

Resolución obstétrica	Frecuencia	Distribución %
Vaginal	65	16.88%
Cesárea	320	83.11%
Total	385	100%

GRÁFICA 5: DISTRIBUCIÓN POR RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA



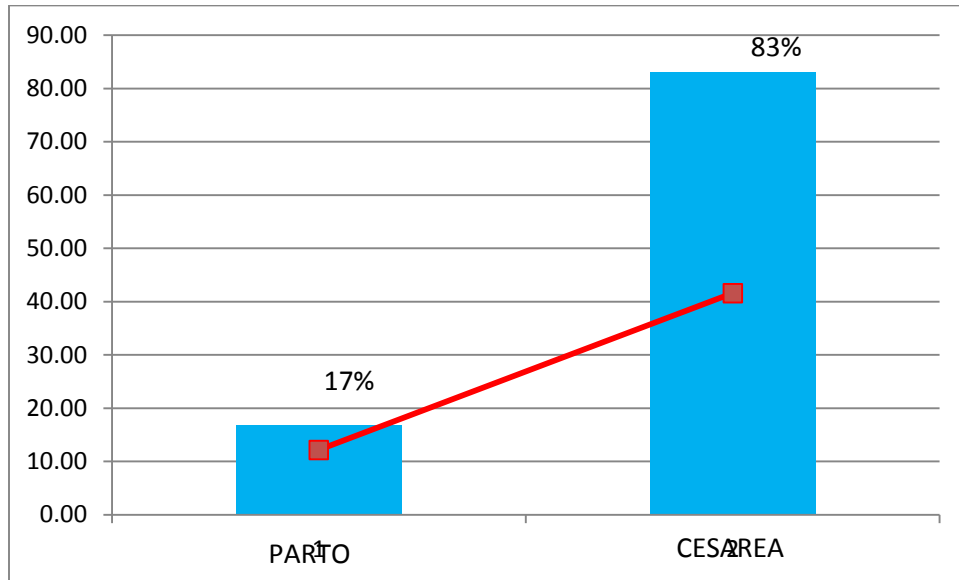
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

Del el total de 385 pacientes con acortamiento de longitud cervical 180 fueron las que llegaron a término de las cuales 133 la resolución obstétrica fue cesárea y 47 fue vía parto como se muestra en el cuadro 6 y grafica 6

CUADRO 6. DISTRIBUCION DE RESOLUCION OBSTERICA EN PACIENTES QUE LLEGARON A TERMINO CON ACORTAMIEEMTO DE LONGITUD CERVICAL

RESOLUCION OBSTETRICA	PACIENTES	TERMINO
VAGINAL	65	47
CESAREA	320	133
TOTAL	385	180

GRÁFICA 6: DISTRIBUCION DE LA VIA DE RESOLUCION DE PACIENTES QUE LLEGARON A TERMINO CON ACORTAMIENTO DE LA LONGITUD CERVICAL

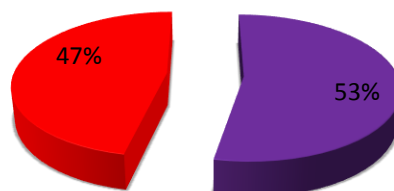


FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

De los 385 con acortamiento de la longitud cervical el 46% (180) llegaron a término el resto 53% (205) no llegaron a término. Grafico 7

GRÁFICA 7: PORCENTAJE DE PACIENTES CON ACORTAMIENTO DE LONGITUD CERVICAL QUE LLEGARON A TÉRMINO

■ NO TERMINO ■ TERMINO

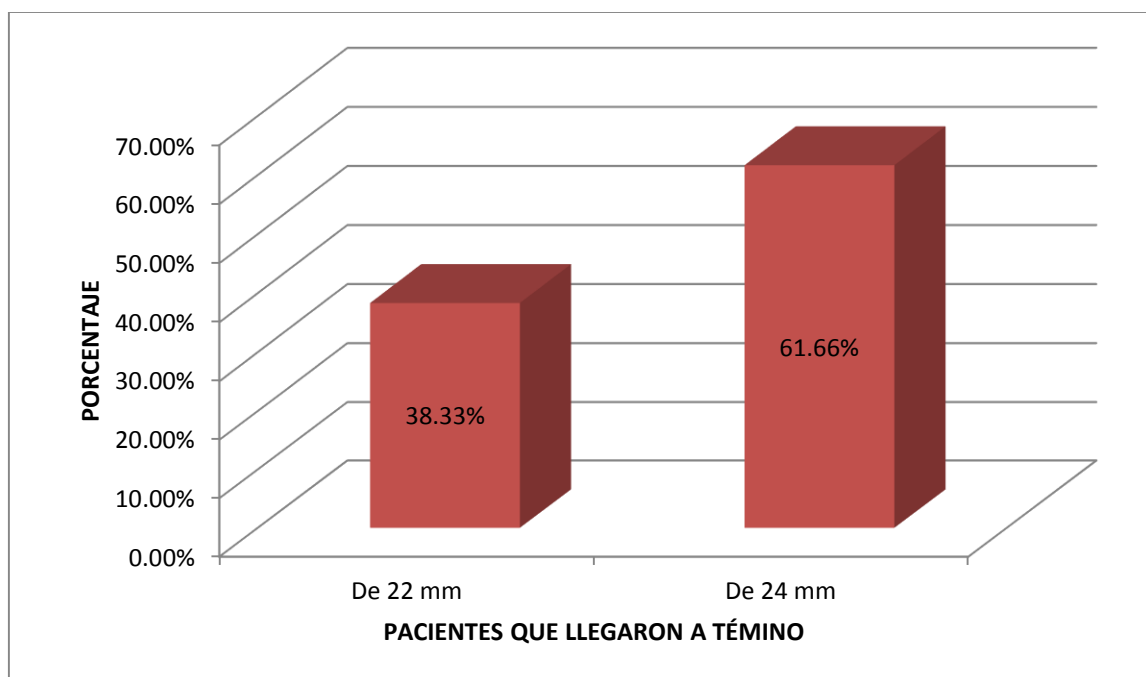


De las 385 pacientes estudiadas 180 son las que llegaron a término de las cuales el 62% (111) tuvo una longitud cervical de 24 mm y un 38% (69) tuvo una longitud cervical de 22 mm como se muestra en el cuadro 7 y grafica 8

CUADRO 7: DISTRIBUCIÓN POR PACIENTES QUE LLEGARON A TÉRMINO (INDEPENDIEMENTE DE LA VÍA DE RESOLUCIÓN), CON LONGITUD CERVICAL ENTRE 22 Y 24 MM

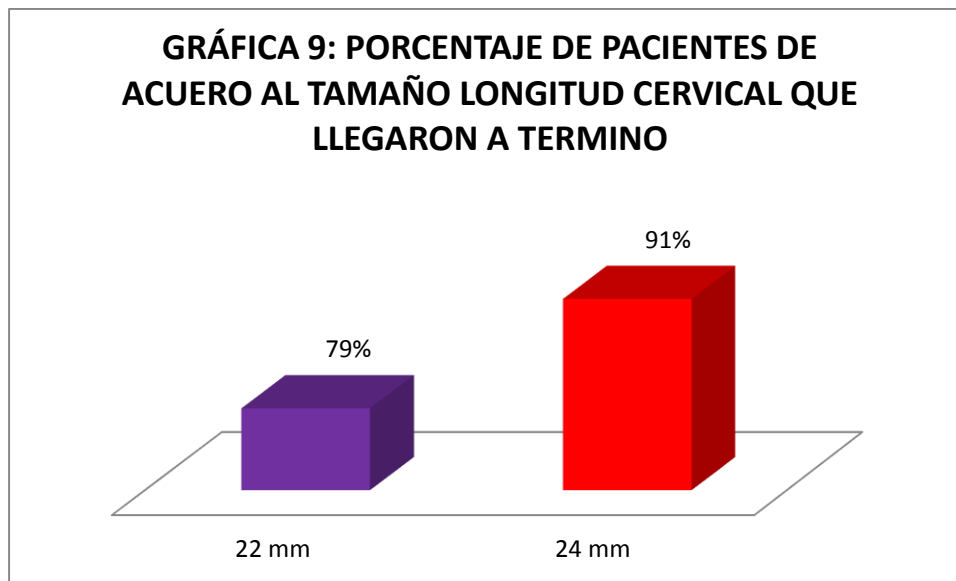
Pacientes que llegaron a termino con longitud cervical entre 22 y 24 mm	Frecuencia	Distribución %
De 22 mm	69	38.33%
De 24 mm	111	61.66%
Total	180	100%

GRAFICA 8: DISTRIBUCIÓN POR PACIENTES QUE LLEGARON A TÉRMINO (INDEPENDIEMENTE DE LA VÍA DE RESOLUCIÓN), CON LONGITUD CERVICAL ENTRE 22 Y 24 MM



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

87 pacientes tuvieron una longitud cervical de 22 mm de las cuales el 79% llegaron a término y 122 tuvieron una longitud de 24 mm de las cuales el 91% fueron pacientes que llegaron a término como se muestra en la gráfica 9



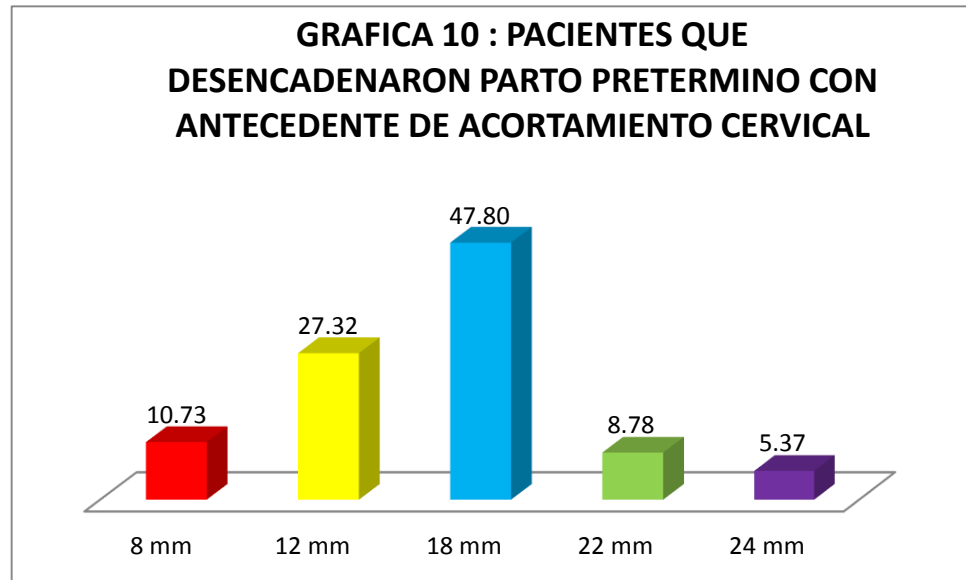
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

De las 385 pacientes el 53% (205) no llegaron a término el mayor porcentaje fueron pacientes con una longitud cervical de 18 mm lo que corresponde a un 48% cuadro 8 y grafica 10

CUADRO 8: PACIENTES QUE DESENCADENARON PARTO PRETERMINO CON ANTECEDENTE DE ACORTAMIENTO CERVICAL

Longitud cervical reportada en mm	Frecuencia	Distribución %
8 mm	22	10.73
12 mm	56	27.32
18 mm	98	47.80
22 mm	18	8.78
24 mm	11	5.37
Total	205	100%

FUENTE:ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO DEL ISSSTEP, MARZO 2013 A FEBRERO 2015.

Se obtuvo la razón de momios de .035 el cual se considera como factor protector lo que significa que las mujeres con cérvix mayor de 24mm en adelante tienen menor probabilidad de desencadenar parto pretermo.

CONCLUSIONES

Las pacientes que tienen acortamiento de la longitud cervical tienen una mayor probabilidad de desencadenar parto pre término

La evaluación cervical resulta un método importante en el control prenatal para el diagnóstico oportuno de parto pre término, con el fin de disminuir la morbi mortalidad neonatal.

Se obtuvo una razón de momios del .035 el cual se considera como factor protector, esto significa que las mujeres con cérvix de 24mm en adelante tienen menor probabilidad de desencadenar parto pretérmino.

En el estudio realizado en la unidad materno infantil del hospital de especialidades del I.S.S.S.T.E.P. en el periodo de febrero del 2013-febrero 2015” se encontró que el mayor porcentaje de las pacientes que llegaron a desencadenar parto a término con antecedente de amenaza de parto pretérmino tuvieron longitudes cervicales de 22 y 24 mm y un mínimo porcentaje de pacientes con estas longitudes mencionadas tuvieron parto pretérmino, estos resultado obtenidos en nuestra población estudiada concuerdan con la literatura y artículos publicados en diversos estudios en otro tipo de poblaciones, lo cual corrobora que en nuestra institución se están realizando adecuadas mediciones cervicales y se están dando los manejos y medidas adecuadas para reducir al máximo la morbimortalidad neonatal.

XV. BIBLIOGRAFIA

- 1.- P. Faneite. **Parto Pretérmino: Reto, Reacciones Y Paradigmas.** Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2012;72(4):217-220
- 2.- B. Donoso Bernales, E. OyarzúnEbensperger**Parto Prematuro** Unidad De Medicina Materno Fetal, Departamento De Obstetricia Y Ginecología, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile
- 3.- Guías De Abordaje Y Seguimiento, **Paciente Con Sospecha Y/O Diagnóstico De Amenaza De Parto Prematuro** Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A Coordinación Científica Eps Sura / Marzo De 2013
- 4.- J. Pacheco **Parto pretérmino: Tratamiento Y Las Evidencias,** Facultad De Medicina, Universidad Nacional Mayor De San Marcos Maestro Latinoamericano De La Obstetricia Y Ginecología Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2008;54:24-32
- 5.- **Manejo De La Paciente Con Riesgo De Parto Pretérmino** Unidad De Prematuridad, Servicio De Medicina Maternofetal. Instituto Clínico De Ginecología, Obstetricia Y Neonatología, Hospital Clínico De Barcelona
- 6.- **Diagnóstico Y Manejo Del Parto Pretérmino** Abril 2010 Institución Responsable: Colegio Mexicano De Especialistas En Ginecología Y Obstetricia, A.C.
- 7.- **Protocolos Asistenciales En Obstetricia Amenaza De Parto Pretérmino** (Actualizado Junio 2012) Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia
- 8.- **Guía De Práctica Clínica Para El Control Prenatal Con Enfoque De Riesgo.** IMSS 2009
- 9.- **Guía De Práctica Clínica Para La Vigilancia Y Manejo Del Parto** Instituto Mexicano Del Seguro Social 2009.
10. Obstetric Guideline 2a. Preterm Labor. British Columbia Reproductive Care Program, March 2005. p. 1-18.

10. Lockwood Ch. Overview of preterm labor and delivery. UpToDate, April 2007. p. 1-9.
11. Snegovskikh S, Shin PJ, and Norwitz E. Endocrinology of Parturition. *EndocrinolMetabClin N Am* 2006;35:73-191.
12. Newton RE. Preterm Labor, PretermPremature of Membrane and Chorioamnionitis. *ClinPerinatol* 2009;32:571-600.
13. Guideline. Assessment of riskfactorsforpretermbirth. American College of Obstetricians and Gynecologists; Oct 2011.
14. Guideline. Perinatal care at thethreshold of viability. American College of Obstetricians and Gynecologists;Sep 2012.
15. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectina test in predictingrisk of spontaneouspretermbirth: Systematicreview. *BMJ* 2012;325:289-90.
16. Di Renzo GC, Cabero RL. Guidelinesforthemanagement of spontaneouspreterm labor. Review. *J PerinatMed* 2009;34:359-66.
17. Guideline. Management of preterm labor. American College of Obstetrician and Gynecologists; May 2013. p. 9. *ACOGPracticeBulletin* No. 43.
18. Gidelines. Management of labor. InstitueforClinicalSystemsImprovement; Mar 2007. p. 72.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. TocolyticDrugsforwomen in Preterm Labor. *ClinicalGuideline* No. 1, Oct 2012. p. 1-7