

**Escuela de Medicina
Instituto de Investigaciones**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESINA

Factores maternos asociados al parto prematuro

AUTORA

Nancy Roxana Cabrera

DIRECTORA DE TESINA

Lic. Maria Celeste Rivas

Autoridades de la institución

Rector: Prof. Dr. Mario Turin

Decana: Prof. Dra. Ana Cusumano

Secretaria Académica: Prof. Dra. Teresita Dolores Manzur

Director de Carrera: Prof. Lic. José Alberto Molina

Diciembre 2015

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	6
JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	6
MARCO TEORICO.....	7
OBJETIVOS DE ESTUDIOS.....	36
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	36
TIPO DE ESTUDIO:.....	37
CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	37
POBLACION Y MUESTRA:.....	37
VARIABLES:.....	38
METODO DE ESTUDIO:.....	41
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	41
UNIDAD DE ANALISIS.....	41
UNIDAD DE DATOS.....	41
RESULTADOS:.....	42
DISCUSION:.....	56
CONCLUSION:.....	58
BIBLIOGRAFIA:.....	59

INTRODUCCION:

El siguiente estudio de investigación de Corte transversal, se llevó a cabo en el Hospital Universitario CEMIC, sede Saavedra, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2015. Durante este periodo hubo un total de 1361 nacimientos, de los cuales 218 nacimientos fueron de pre-termino.

Para llevar adelante el trabajo de investigación se tomó una muestra de 147 nacimientos nacidos en forma prematura, los datos recogidos se los comparó con 147 nacimientos nacidos a término. Dicha muestra fue seleccionada al azar, para identificar así los factores de riesgo materno que predisponen a un parto prematuro.

La gestación es el tiempo que existe entre la concepción y el nacimiento, lo normal sería desde la semana 38 a la 42. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero materno. La edad gestacional describe qué tan avanzado está, y se mide en semanas desde el primer día de la fecha de la última menstruación (F.U.M) hasta la fecha actual. (1)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) considera Parto prematuro (PP) al que ocurre entre las semanas 23 y 37 de gestación. Menor de 22 semanas se considera aborto (2)

La prematurez es el trastorno más importante de la medicina perinatal, afecta aproximadamente del 10 al 15% de todos los nacimientos, este constituye un grave problema para la salud pública, ya que continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de secuelas neurológicas del recién nacido.

En la Argentina la prematurez contribuyo en el año 2008 al 66% de la mortalidad infantil.

El 80% de los nacimientos pre término es a causa del PP espontáneo y la rotura prematura de membranas (RPM), el 20% restante se deben a causas maternas o fetales. (3)

La incidencia de Partos Prematuros en nuestro país mostró en el año 2012 que ronda el 8% de los nacimientos, tasa similar a los otros países y que es la causa principal de mortalidad infantil.

Un reporte de la OMS en 2006, comunicó que por cada minuto muere una mujer por complicaciones en el embarazo y que por cada mujer que muere durante el parto, otras 30 mujeres sufren lesiones o enfermedades. (4)

En este estudio veremos cuáles son los factores maternos modificables y no modificables que darán como resultados un PP y que es importante identificar los factores de riesgo, ya que en algunos casos se puede prolongar la gestación si se actúa en forma inmediata frente a los factores que predisponen a un parto prematuro.

Una de las cosas importantes es realizar un debido control prenatal con sus 5 controles como mínimo

Los problemas que se presentan pueden ser las enfermedades crónicas de la madre, como hipertensión (HTA), diabetes (DBT), enfermedad obstructiva crónica (EPOC), cardiopatías, hipotiroidismo, nefropatías, estado nutricional deficiente, obesidad; las enfermedades asociadas al embarazo, como la preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional (DBTG), infección del tracto urinario (ITU), anemia, hemorragia, colestasis y embarazos múltiples; los trastornos placentarios, como la Rotura Prematura de Membrana (RPM), poli hidramnios, olihidramnios, Placenta Previa, Acretismo. (5). Asimismo, la edad materna avanzada y las gestaciones múltiples como consecuencia de tratamientos de reproducción asistida. (6)

Los hábitos, estilos de vida maternos y la salud materna también pueden conducir a un PP, como estrés físico o psicológico grave, el hábito de fumar, consumo de drogas ilícitas, a menudo cocaína y anfetaminas, aumento deficiente de peso durante el embarazo y la obesidad. (7)

El dejar de fumar y llevar una vida más saludable son excelentes cuidados para que la mujer embarazada minimicen los riesgos de un parto prematuro

Cabe destacar que su tasa aumentó 10 a 20% en los últimos años, incluso en los países desarrollados. Este incremento puede explicarse, por el aumento en el uso de la fertilización in vitro, de la edad materna y la primiparidad.

Hasta casi el final del siglo XX las personas que presentaban un problema de fertilidad no podían tener hijos, esto llevaba a la resignación de quienes querían formar una familia debiendo acudir a la adopción. En 1978 nace el primer bebé por reproducción asistida, la técnica que se implementó fue la fertilización In Vitro, fue tan exitosa esta primera fecundación que les abrió las puertas a todas las técnicas de reproducción asistida que hoy conocemos

Por sus repercusiones en la salud y económicas se puede decir que es un problema de primera importancia (8)

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Qué factores intrínsecos y extrínsecos influyen en la incidencia de partos prematuros en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra?

JUSTIFICACION

Considerando la clase social a la que pertenecen los afiliados que se atienden en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra, buscamos conocer cuáles son los factores maternos que predisponen a un parto prematuro y de esta forma poder prevenir los nacimientos prematuros, conocer qué relación tienen las fertilizaciones in vitro en la edad avanzada materna con la prematurez, dado que este tratamiento es utilizado mayormente en aquella madres de edad avanzada que han postergado la maternidad por diferentes factores. Es conveniente recordar que desde el 2015 contamos con la “LEY DE FERTILIDAD ASISTIDA” que garantiza el acceso integral al procedimiento de reproducción asistida. También es conveniente aclarar que las obras sociales, las prepagas y el Sector Público de Salud están obligados a incluir en forma gratuita los tratamientos de fertilización, los diagnósticos, los medicamentos y las terapias de apoyo.

Los resultados obtenidos pueden ser de gran aporte para identificar los factores de riesgo en forma temprana y trabajar en estos para prevenir un parto prematuro

MARCO TEORICO:

Empezaremos describiendo el servicio de maternidad del Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra. El mismo se encuentra en el 2 piso del Hospital, cuenta con 13 habitaciones (12 de cama única y 1 con 2 camas) con la capacidad de hospitalizar a 14 parturientas. Además cuenta con una sala más en el 1 piso que tiene 3 habitaciones y 2 boxes, todo de cama única, hospitalizando así a 5 parturientas mas. En total el servicio de maternidad tiene capacidad para 19 parturientas. Las mismas permanecen internadas 48 Hs post parto si no presentan complicaciones previas.

Las variables que se utilizaron para este estudio se extrajeron de un trabajo de investigación que se llevo a cabo en el Hospital América Arias de La Habana, Cuba. El mismo se realizó en el periodo de 2004-2006, con el objetivo de identificar la asociación del bajo peso al nacer con algunos factores de riesgo materno.

Es así como este trabajo da aportes sobre temas que se desarrollan en el siguiente marco teórico.

EMBARAZO:

Este comienza con la presencia de amenorrea, síntoma característico de un embarazo, con la sospecha de embarazo se piden examen de laboratorio sub unidad beta. En el mismo, lo que determina el embarazo es la presencia de la hormona gonadotropina coriónica (hGC), la cual solo se produce durante en el embarazo. (8)

La gestación es el periodo de tiempo, que inicia el primer día del último periodo menstrual, hasta el nacimiento. Con una duración media de 40 semanas o 280 días.

(1). La edad gestacional es el término que se utiliza durante el embarazo para describir que tan avanzado está el mismo, la edad gestacional se mide en semanas.

(9) En este proceso el feto crece y se desarrolla en el interior del útero.

En 1998, “el Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana y la salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del óvulo en la mujer”. (10)

Fecundación e implantación del óvulo: es la entrada del espermatozoide al interior del mismo, en ese momento el óvulo forma una capa impidiendo que otro

espermatozoide lo penetre nuevamente, este proceso ocurre el día 14 del ciclo y se lleva a cabo en las trompas de Falopio.

Como resultado de la unión del óvulo y el espermatozoide se forma una célula denominada cigoto. Esta comienza el proceso de división y comienza a crecer; en este estadio se denomina mórula. Es en este momento cuando llega al útero; y el endometrio está preparado para la recepción y la implantación, lo cual ocurre al 7 día de la fecundación y la mórula ya se denomina blastocito. Las células del blastocito dan lugar al embrión, como también a la placenta, cordón umbilical y la bolsa amniótica. (11)

La placenta es un órgano que hace de intermediario en el cigoto, embrión y feto y la madre durante la gestación. Este órgano solo se encuentra presente en las mujeres embarazadas, su función es atender las necesidades principales del cigoto, embrión y feto, que son la respiración, la nutrición y la excreción. Comienza a formarse en la segunda semana tras la fecundación, y finalizara cuando la madre ingresa en el tercer mes de embarazo, adquirirá durante este tiempo una forma redondeada en forma de disco.

Las células que proceden del espermatozoide y del óvulo son las que dan origen al feto y forman parte de la composición de la placenta. Presenta dos componentes, una fetal y una materna y su función es poner en relación de igualdad de sangre a la madre y al feto.

El cigoto, embrión o feto se encuentra unido a la placenta a través del cordón umbilical. Este es un conducto vascular encargado de llevar sangre con desechos y sin oxígeno desde el cigoto, embrión o feto hasta la placenta, para que se pueda producir el intercambio con la madre para emprender el regreso hacia el feto con oxígeno y nutrientes.

Una de las funciones de la placenta es la alimentación ininterrumpida durante todo el embarazo; el cigoto, embrión o feto extraerá aquellos elementos que le son necesarios para su desarrollo (oxígeno, grasas, proteína, glucosa, etc.). También se encargara de la eliminación de todos aquellos elementos que no sean necesarios. La placenta produce aquellas hormonas indispensables para el desarrollo del cigoto, embrión o feto, como la gonadotropina coriónica humana. La placenta también es un escudo impenetrable a la hora de defender al cigoto, embrión o feto de parásitos, virus y bacterias. (12)

El líquido amniótico es un fluido que se encuentra en el interior del útero durante el embarazo, cuya función es proteger al cigoto, embrión o feto, brindando las condiciones óptimas para el desarrollo fetal, cuidando de su temperatura y permitiendo sus movimientos. En la parte inicial del embarazo este fluido es producido por amnios a partir de la sangre materna. En el quinto mes de embarazo ya están formados el sistema digestivo y riñones del feto; este comienza a tragar dicho fluido produciendo de este manera orina, dando lugar así a un nuevo líquido. Este proceso de formación de líquido amniótico perdurará hasta el momento del alumbramiento, se cree que casi hasta ese momento el feto puede producir 500 ml de líquido al día, llegando a alcanzar los 1000 ml. al final del embarazo. El líquido amniótico está compuesto por agua, proteínas, vitaminas y células del feto, y es de color cristalino o amarillento. (13)

En la 3 semana post fecundación el embrión mide 2-3 mm.

En la 4 semana el embrión ya tiene latido cardiaco, mide 5 mm y puede verse el cordón umbilical.

En la 6 semana, comienzan a formarse las extremidades, el cerebro y la columna vertebral, el embrión mide entre 18-25 mm.

En la 7 semana comienzan a formarse los huesos de la cara, el embrión puede llegar a medir entre 25-35 mm

En la 8 semana el embrión comienza a tener forma humana y mide entre 35 y 45 mm.

Después de 10 semanas de haberse producido la fecundación el embrión se convierte en Feto, este mide alrededor de 60 mm. (14)

Dentro del útero, el producto unión entre el óvulo y el espermatozoide está flotando en líquido amniótico, dentro de la bolsa amniótica. Esta es una bolsa de dos membranas, una de las cuales contiene al embrión, feto o producto y el líquido amniótico, esta membrana interna se conoce con el nombre de amnio, y otra membrana que contiene a la membrana interna "amnio" y a la placenta, esta membrana externa se conoce con el nombre de corion. (16)

Durante el embarazo se forma un tapón a la altura del cuello uterino impidiendo que salga líquido amniótico y cumple la función de barrera ante el ingreso de cuerpos extraños.

El embarazo se divide en tres etapas de tres meses cada una. En la primera etapa se encuentra la mayor probabilidad de aborto (muerte en forma natural del embrión), con mayor incidencia en los embarazos conseguidos mediante fertilización, ya que el embrión implantado por fallos en los cromosomas podría dejar de desarrollarse.

En la segunda etapa el feto ya es monitorizado o diagnosticado.

En la etapa final marca la viabilidad, esto quiere decir que el feto puede llegar a sobrevivir de ocurrir el nacimiento. (15)

PARTO

Es la expulsión del feto y la placenta, desde el útero hacia el exterior. (17) Esto suele ser progresivo, gracias a la presencia de contracciones uterinas de más intensidad e irregularidad, rítmicas y dolorosas. Estas contracciones permiten la maduración del cuello uterino, presentando cambios en la consistencia del mismo, haciéndose este más blando. Se corta o se borra su longitud, comienza a abrirse por los cambios en la dilatación.

Todos estos cambios permiten el encajamiento de la cabeza del feto, dando lugar al descenso del mismo por la pelvis.

Puede aparecer el tapón mucoso que es un flujo mucoso manchado de sangre, que indica que el parto es inminente, aunque puede retrasarse unos días. (18)

El parto comprende 3 etapas:

Etapa de dilatación:

Es desde el inicio de las contracciones hasta la dilatación completa del cuello

uterino (10 cm). En ese momento suele romperse espontáneamente la bolsa de agua. Si esta rotura se produce antes del inicio de las contracciones se denomina rotura prematura de membrana.

La dilatación se acelera en forma progresiva, con un ritmo más lento hasta los 4 cm y más rápida desde los 5 cm hasta que se produce la dilatación completa. Esta fase dura aproximadamente 8 hs en primíparas y 5 hs en multíparas.

La dilatación se mide a través del tacto vaginal, y consiste en la introducción de los dedos del explorador. Esta fase se produce espontáneamente, y cuando esto no sucede se procede a la forma artificial a través de la administración de fármacos.

Cuando la dilatación no llega a producirse se dice que estamos en presencia de un parto estacionado y la única vía de parto es la quirúrgica (cesaría). (19)

Etapas de expulsión y nacimiento

Esta se inicia con la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del feto.

En este periodo aumenta la actividad de las contracciones siendo más fuertes y de mayor duración. La expulsión del feto suele durar entre 1-2 hs en las primíparas y 30 min en las multíparas.

El descenso dentro de la pelvis materna suele medirse con los cuatro planos de Hodge y de Lee. (20). Esta última es una forma de dividir la pelvis en dos partes: la parte superior y la inferior. Esta división permite evaluar el descenso durante la fase expulsiva. La diferencia de estas divisiones son los puntos de referencia materna y la cabeza del feto. (21)

Durante el descenso la cabeza va girando aprovechando los distintos diámetros más grandes para facilitar la salida. (20)

Planos de Hodge:

1.- Primer Plano: Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde

superior de la sínfisis pubiana.

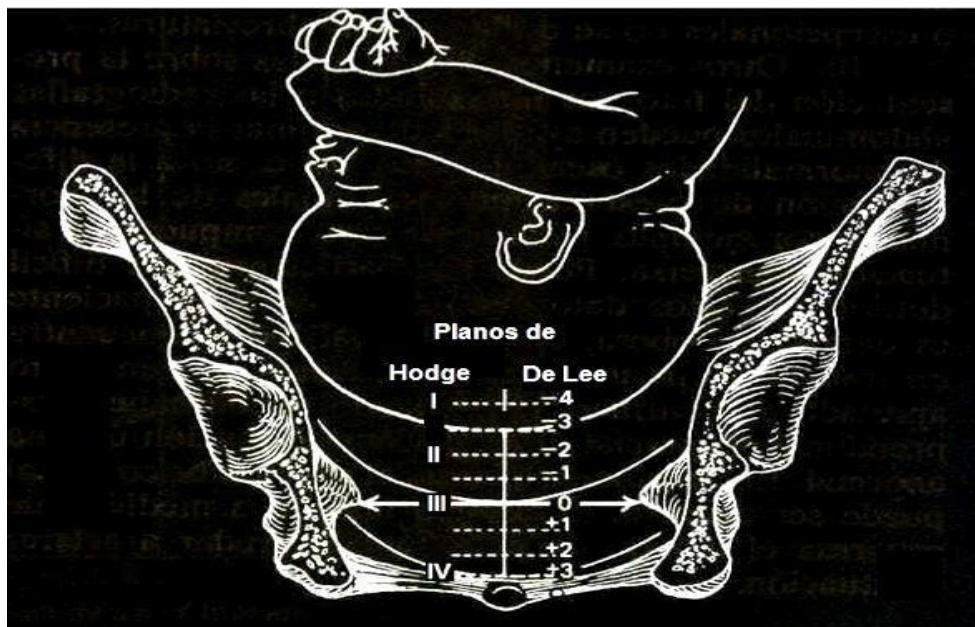
2.- Segundo Plano: Es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vértebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana.

3.- Tercer Plano: Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.

4.- Cuarto Plano: Paralelo a las anteriores, pasa por el vértice del hueso sacro.

Planos de Lee: hacen la división en líneas, que son medidas en centímetros, marcando así una parte superior “negativa” y una inferior “positiva”.

Esquema que relaciona ambos planos



Ver nota bibliográfica 21

Fase de Alumbramiento

Inicia cuando finaliza la fase de expulsión y concluye con la expulsión de la placenta y las membranas.

Esta fase suele durar 30 min aproximadamente. Aquí se produce el pinzamiento del cordón umbilical.

La expulsión puede provocar una ligera hemorragia materna, siendo necesario

administrar fármacos que ayuden a la contracción de la matriz minimizando así la hemorragia. Finalizada esta fase se revisa el canal de parto en busca de desgarros que requieran puntos de sutura. (22)

El parto se clasifica en término cuando ocurre entre las semanas 37 y 42 de gestación, prematuro cuando ocurre antes de la semana 37 de gestación y post-términos a los ocurridos después de la semana 42 de gestación.

Los partos pueden ser vaginales, que se dan cuando la expulsión del feto se produce por el canal de parto y son denominados partos normales o naturales. Pueden requerir la ayuda de instrumentos que son los fórceps, las espátulas o las ventosas.

La otra clase de parto es el abdominal, es decir que el feto es extraído por el abdomen materno, mediante intervención quirúrgica denominada cesárea.

Finalizada la fase del parto inicia la fase del puerperio o postparto. (23)

Una cesárea puede ser electiva o bien ser una indicación médica, ya sea por tener cesáreas anteriores, presentar anomalías el feto, tener cirugías previas uterinas, enfermedades maternas que pongan en riesgo ambas vidas, por tener placenta previa, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, fiebre uterina o ser un parto estacionado. (24)

Durante el embarazo son inevitables los cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que presentan las mujeres, como la interrupción del ciclo menstrual y el agrandamiento de las mamas, las cuales se preparan para la lactancia, dichos cambios están encaminados a nutrir, proteger y favorecer el desarrollo del feto. (25)

PARTO PREMATURO: es el que acontece antes de la semana 37 de gestación (26). La secreción de prostaglandina junto con la liberación de citosinas culmina en un parto prematuro. (27)

Factores de riesgo: generalidades.

Se habla de factor de riesgo cuando la presencia de cualquier evento aumenta el riesgo de que aparezca algún daño. Se debe hacer hincapié en el auto cuidado materno previo al embarazo y durante el mismo. (28)

Existen diferentes causas que dan como origen un parto prematuro, las

enfermedades maternas, como las infecciones urinarias, enfermedades renales, cardíacas, la anemia, los problemas de tiroides, diabetes y el haber tenido anteriormente un parto prematuro.

Hay enfermedades que las madres contraen en el embarazo, como la preclamsia, la eclampsia y la diabetes gestacional. En mucho de estos casos se considera provocar un parto prematuro para asegurar el bienestar de ambos.

Los problemas uterinos también pueden dar como resultado un parto prematuro, placenta previa, desprendimiento de placenta, malformaciones de útero y cuello suelen ser patologías usuales.

La edad materna, el estado emocional, el estrés, los problemas psicológicos como la depresión, el maltrato físico, emocional o sexual, la malnutrición y el bajo peso, el consumo de drogas, alcohol y el hábito de fumar, como también el exceso de la actividad física, son factores que predisponen a un parto prematuro.

La cantidad de embarazos, las malformaciones cardíacas, las infecciones intrauterinas, son causas de origen fetal, que también suelen desencadenar un parto prematuro. (26)

Los factores de riesgo se pueden dividir en 5 grupos básicamente:

Socio demográficos: aquí se encuentran el bajo nivel escolar, las edades extremas, la soltería y las condiciones económicas desfavorables.

Riesgos médicos anteriores: aquí se encuentra, el bajo peso, enfermedades crónicas (HTA, DBT, EPOC, cardiopatías, nefropatías, el estado nutricional deficiente al inicio del embarazo, hipotiroidismo).

Riesgos médicos del embarazo: aquí se encuentran las enfermedades y alteraciones dependientes del embarazo, ITU, anemia, toxemia, ganancia de peso insuficiente y gestorragias en la segunda mitad. DBTG, preclamsia, Eclampsia.

Cuidados prenatales inadecuados: número de controles prenatales insuficientes menores a 5 controles.

Riesgos ambientales y hábitos: aquí se encuentra el estrés como trabajo materno, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. (29)

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad materna: se habla que los extremos son malos, en adolescencia (15 a 19 años), el quedar embarazada presenta un riesgo tanto materno como para el neonato, los factores de riesgo se encuentran en esta edad es la mala nutrición, ya que las dietas de las adolescentes carecen de varias vitaminas, hierro, calcio y ácido fólico. La inmadurez y la falta de contención emocional es un factor predisponente ya que la mayoría de los embarazos a esta edad son no deseados o no programados.

Y las mujeres adultas mayores de 35 años, también es un factor de riesgo ya que esta etapa las futuras mamás tienen patologías preexistentes que aumentan con la edad, el embarazo en mujeres mayores de 40 años se convierte en un reto físico y emocional. (28)

2. Nivel Socio – económico bajo o pobreza y amenaza de parto prematuro: unos de los factores de riesgo importante es el aumento de embarazos en mujeres jóvenes (sobre todo en las menores de 17 años), de un nivel socioeconómico bajo, sin apoyo social o solteras, su falta de conocimientos y el abandono de su formación en la escuela secundaria, les genera un desconocimiento para la mantención de una familia los que las hace más vulnerables a padecer una amenaza de parto prematuro.

Las gestantes adolescentes aumentan el riesgo de tener un parto prematuro debido a su falta de orientación, esto genera un impacto negativo sobre su condición física, emocional y económica, además de que se vean postergados sus proyectos de vida. Esta falta de orientación conlleva problemas médicos ya que en muchas de las madres adolescentes concurren a los centros de salud ya con complicaciones en el embarazo, esto por no haber tenido un debido control prenatal. (30)

FACTORES DE RIESGO MEDICO EN EL EMBARAZO:

- 1- Obesidad: La OMS define el sobrepeso y obesidad “como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud, con un Índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 se clasifica en sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 en obesidad “. Es un trastorno alimenticio, entre la ingesta de dietas ricas en azúcares, grasa y en hidratos de carbono y el gasto de calorías que se debe a la escasa actividad física, debido al sedentarismo, se habla de la obesidad como una enfermedad crónica. La mujer obesa que queda embarazada, presenta patologías de origen endocrino, problemas cardiacos, DBT, HTA que pueden desencadenar un PP, también se debe tener en cuenta que el bebe va a favorecer el aumento del peso materno, este aumento de peso materno altera el ambiente intrauterino. (31)
- 2- Diabetes Gestacional (DBTG): Es el aumento de azúcar en sangre (hiperglucemia) que comienza o se diagnostica por primera vez en el momento del embarazo. (32)

Las mujeres que presenten DBTG estas expuestas a sufrir complicaciones durante la gestación y aun en el parto, y de padecer en un futuro DBT tipo 2. (33)

La causa por la cual la mujer embarazada presenta DBTG es porque las hormonas del embarazo pueden influir en el bloqueo del trabajo que realiza la insulina.

Otras de las causas pueden ser: si ya posee DBT, tener más de 25 años al momento de quedar embarazada, tener antecedentes familiares de DBT, ser HTA, tener demasiado líquido amniótico, tener sobrepeso antes de iniciar el embarazo, el aumento exagerado de peso durante el embarazo.

La DBTG suele aparecer alrededor de la semana 24 de embarazo, durante el periodo que inicia la semana 24 a la 28, debe realizarse a la embarazada una prueba oral de tolerancia a la glucosa, esto permitirá detectar en forma temprana y permitirá un mejor control y tratamiento en caso que llegara a dar positivo, con el objetivo de mantener dentro de los parámetros estables los niveles de glucosa en sangre; de esta forma se asegurara el bienestar del feto.

En la mayoría de los casos la DBTG se trata con dieta moderada en grasas y proteínas, se sugiere la ingesta de carbohidratos a través de frutas y

verduras, incluir escasos alimentos que contengan un porcentaje elevado de azúcares. En caso que la dieta no controlara los niveles de azúcar, la embarazada comenzará con medicación vía oral o en su defecto con tratamiento de insulina.

El hecho de padecer DBTG puede aumentar las complicaciones al momento del parto, los bebés de madres DBT suelen ser más grandes, esto puede derivar en una lesión (traumatismo) materno, o culminar en un parto por cesárea.

Los bebés son propensos a presentar hipoglucemias durante los primeros días después de nacido.

Una vez finalizado el alumbramiento los niveles de azúcar materno se normalizan. De todas maneras debe realizar un nuevo control de glucosa a los 5 años ya que pueden presentar DBT. (32)

3- Preeclampsia: también denominada “toxemia del embarazo”, está relacionada con la aparición o el ya poseer hipertensión arterial. (34)

La preeclampsia se define como un síndrome multisistémico, la causa es la deficiencia de trofoblastos en el endometrio, por carencia de angiogénicos (factores de crecimiento), que incrementan así los dendritas placentarios, este es un cambio que permanece asintomático hasta la última fase del proceso, el sistema cardiovascular materno presenta una respuesta ante el estrés elevando así los valores de TA normal. Esta respuesta aparece después de la semana 21 de gestación y presenta proteinuria. La preeclampsia puede provocar un retardo en el crecimiento fetal ya que se inicia con una placenta deteriorada. (35)

Se definen dos tipos de preeclampsia. La leve, cuyos valores de tensión arterial oscilan entre los 140 mmHg y los 90 mmHg y presenta edema en la cara y en las manos, alteración visual y la presencia de proteínas en la orina. Por otro lado está la severa, cuyos valores de tensión arterial oscilan entre los 160 mmHg y los 110 mmHg y presenta dolores gástricos, aumento exagerado del peso corporal en una semana y trastornos neurológicos.

La preeclampsia puede terminar en eclampsia, que es un estado convulsivo que puede llevar a un estado de coma, provocando lesiones en el endotelio, riñones y en el hígado, o terminar con la vida de la madre o del feto.

La única manera de darle fin a la preeclampsia es provocar el parto ya sea por vía vaginal o cesárea. (34)

La eclampsia es un síndrome que también aparece en la semana 20 de la gestación, presentando hipertensión, proteinuria. En casos más graves presenta edema, convulsiones y coma. (35)

4- Infección de Vías Urinarias: Durante el embarazo la mujer produce progesterona, esta relaja los músculos de vejiga y de los tubos que comunican la vejiga con los riñones. Esto origina que el flujo de orina sea lento dentro de estos tubos, además con el paso de las semanas el tamaño del útero puede comprimirlos y dificultar así el paso fluido de la orina. En el tercer trimestre de embarazo el útero ha tomado una dimensión importante que presiona la vejiga y esto hace que se más dificultoso llegar a vaciarla por completo.

El resultado de todos estos cambios hacen que la orina tarde más tiempo en recorrer las vías urinarias permitiendo así que bacterias que han podido depositarse en la orina se multipliquen. La llegada de estas bacterias se debe a las relaciones sexuales o por una mala higiene genital. En las mujeres con DBT la presencia de azúcar en la orina puede facilitar la multiplicación de bacterias.

Las embarazadas que presenten signos y síntomas de infección urinaria deben realizarse cultivos de orina, empezar con tratamientos de antibióticos y hacerse controles en forma periódica ya que suelen volver a presentar infección urinaria. (36)

El padecer infección urinaria en el embarazo puede influir negativamente en la evolución de la gestación, el paso del germen o sus toxinas al compartimiento fetal o las infecciones urinarias recurrentes maternas aumentan el riesgo de presentar una Amenaza de parto Prematuro. (30)

5-Anemia durante el embarazo: La anemia se hace presente por una disminución del hierro, este es esencial para la producción de hemoglobina, que es la encargada de llevar el oxígeno a las células, en el embarazo la mujer aumenta hasta un 50% la cantidad de sangre , por lo que necesita producir más hierro para poder mantener así una buena oxigenación celular, este aumento de la sangre materna es para poder suministrarlo a su bebe y a la placenta, esto ocurre en el primer

trimestre del embarazo.

Se le atribuye la anemia a los bajos niveles de hierro, pero también se puede deber a la deficiencia de ácido fólico o vitamina B12.

Durante el embarazo es el bebé quien primero cubre sus necesidades de hierro antes que la madre, en los dos primeros trimestres de embarazo si la madre está anémica corren riesgo de tener un parto prematuro o un bebé con bajo peso al nacer. (37)

FACTORES DE RIESGO MEDICO ANTERIORES O CRONICOS:

1- DBT (diabetes)

Se habla de la DBT como una enfermedad crónica de origen endocrino que aparece por deficiencia del páncreas en la producción de insulina, pero también se da cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina. La insulina es una hormona que regula el azúcar en el torrente sanguíneo, el aumento de azúcar en sangre da como resultado una hiperglucemia, estos aumentos de azúcar no controlados llegan a dañar órganos importantes como el corazón, ojos, riñones y nervios, la mala irrigación sanguínea combinada con la neuropatía aumentan el riesgo de úlceras en los pies lo cual finaliza con la amputación del miembro comprometido, la retinopatía es una causa importante de ceguera, también da insuficiencia renal las personas deben realizarse diálisis. (38)

El valor normal de glucemia se obtiene a través de una muestra de sangre, la misma va a variar según el horario del día que es tomada la muestra o si el paciente se encuentra en ayunas al momento de la misma.

En ayunas de 8 hs el valor normal de glucemia estaría entre 70 y 100 miligramos por decilitro (mg/dl), este valor es considerado normal.

Si el valor es de 100 a 125 mg/dl, estamos en presencia de una alteración de la glucosa, esto es un riesgo ya que la persona puede desarrollar un tipo de DBT tipo 2 con el paso del tiempo.

Si el valor supera los 126 mg/dl, significa que el paciente tiene diabetes

Si el examen es aleatorio, el valor dependerá de cuándo fue la última vez que comió, aquí el valor de glucemia debería estar por debajo de los 125 mg/dl como valor normal. Si este valor es superado podemos afirmar que el paciente posee algún tipo de diabetes. (39)

Se conocen dos tipos de DBT:

La DBT tipo 1: que aparece en la niñez o entrada la adolescencia, para el tratamiento de esta DBT el paciente necesita inyectarse dosis de insulina durante toda su vida. (40)

Este tipo de DBT se caracteriza por la carencia total de insulina, debido a la destrucción de las células beta del páncreas, por un fenómeno autoinmune.

La persona que tiene DBT tipo 1, sufre de sed, hambre, hay un aumento en la frecuencia de orinar, pérdida de peso inexplicable, presenta dolor en las extremidades, visión borrosa y fatiga, también presenta pérdida de la conciencia y vómitos intensos, lo que causa una cetoacidosis metabólica y culmina en coma. (41)

La DBT tipo 2: generalmente aparece en la vida adulta, y está relacionada con trastornos alimenticios, HTA, colesterol anormal, obesidad y el sedentarismo, e incluye un componente de origen metabólico. El tratamiento estaría basado en un cambio de hábito alimenticio, implementando una dieta y la realización de actividades físicas. (40)

Esta DBT no es dependiente de la insulina, es causada por un defecto en la secreción de insulina.

Presenta la misma sintomatología que la DBT tipo 1, pero las probabilidades del coma son inferior que la DBT tipo 1. (41)

2- HTA (hipertensión arterial):

Para poder entender qué es la HTA, debemos definir primeramente presión arterial. La misma se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de la arteria, es una medición que da como resultado dos números, un número superior denominado sistólica y un número menor denominado diastólica, su valor normal es de 120/80 milímetros de mercurio (mmHg).

Cuando la persona tiene HTA están elevados los valores normales, con una presión superior o igual a los 140/90 mmHg.

Se habla que la HTA es una enfermedad crónica y uno de sus orígenes es que a medida que la persona envejece, sus vasos sanguíneos se vuelven más rígidos, esto acarrea consecuencias tales como poder sufrir ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardiaca y enfermedades de origen renal.

Además de la edad otras de las causas pueden ser la ingesta de sal abundante, la obesidad, el stress, la ingesta de alcohol, DBT, el fumar y de origen hereditario.

Existe además la hipertensión de origen secundario, esta se debe a enfermedad renal crónica, embarazo, medicamentos (para adelgazar, anticonceptivos, resfrio), DBT, enfermedades cardiacas

La persona con HTA puede presentar náuseas, dolor de cabeza, confusión, visión borrosa, sangrado nasal.

Para disminuir los valores de HTA es aconsejable incorporar una dieta rica en potasio y fibra con ingesta mínima de sal, beber mucha agua, disminuir la ingesta de alcohol y la cantidad de cigarrillos diarios hasta dejar de fumar, el realizar actividades físicas 30 min al día y disminuir el stress, pudiendo realizar yoga por ejemplo. Si es necesario el medico indicará tomar medicación antihipertensiva.
(42)

3- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):

Es una resistencia persistente al paso del aire, se trata de una enfermedad que altera la respiración, no es totalmente reversible y en algunos casos puede ser mortal.

Dentro del EPOC encontramos enfermedades como el asma, el enfisema pulmonar y la bronquitis crónica. Estas se caracterizan por acarrear dificultad para

respirar, provocando disnea (falta de aire), tos crónica y la expectoración alterada. (43)

También presentan fatiga, tos con o sin flema, sibilancias e infecciones respiratorias. (44)

Existe una población en riesgo, personas mayores de 40 años, fumadores activos o pasivos y aquellas personas que vivan en ambientes con contaminación del aire debido a gases tóxicos de cocinas y estufas, la contaminación del aire exterior, las condiciones laborales exposición a polvo o a productos químicos, y aquellas personas que desde su niñez tuvieron recurrentes infecciones de la vía aérea.

La EPOC se confirma con una prueba de espirometría, la cual mide la cantidad y la velocidad del aire en la inspiración y en la expiración. (43) Consiste en soplar con la mayor fuerza posible dentro de una máquina. (44)

Es un tratamiento no invasivo cuyos valores se miden en litros, los valores normales varían según el género, el peso y la altura. Da como resultado dos valores: el FEV1, que expresa el volumen de aire espirado en el 1er segundo cuyo valor normal es > al 80%; y el FVC, que es el volumen que puede espirar en forma total. (45)

La EPOC se clasifica de la siguiente manera:

FEV1	FEV1/FVC	Descripción	Estadio
> 80%	> 70%	Sano	0
< 80%	< 70%	Leve	1
Entre 50 y 80%	< 70%	Moderado	2
Entre 30 y 50%	< 70%	Severo	3
Menor al 30%	< 70%	Muy severo	4

Cita bibliográfica (46)

La EPOC no tiene cura, pero pueden hacerse cosas para prevenir la progresión de la misma. (43)

Se aconseja que si la persona es fumadora deje de hacerlo, el uso de medicación como los inhaladores (broncodilatadores, esteroides y antiinflamatorios), la rehabilitación pulmonar, y el realizar caminatas, lo que mejora la función pulmonar.

Si la EPOC empeora la persona puede tener complicaciones, como latidos cardiacos alterados, el requerimiento de oxígeno, padecer neumonías recurrentes y perder peso considerablemente, esto acarreará debilidad muscular. (44)

4- Hipotiroidismo:

Se denomina así al mal funcionamiento de la glándula tiroidea, que produce su hormona en forma deficiente. Dicha hormona controla cómo cada célula del cuerpo utiliza la energía, proceso conocido como metabolismo.

El hipotiroidismo no tratado en las mujeres puede causar infección e infertilidad; y si se trata de una embarazada padecer un aborto espontáneo o dar a luz un bebé con anomalías congénitas, puede contraer con el tiempo enfermedades cardiovasculares por presentar niveles elevados de colesterol LDL (malo), e insuficiencia cardiaca. (47)

El tratamiento es reponer la hormona tiroidea faltante, la levotiroxina es la medicación que se emplea con mayor frecuencia.

Una de las posibles complicaciones del hipotiroidismo es el coma mixedematoso, esto ocurre cuando los niveles de la hormona tiroidea están muy bajos, este coma requiere de hospitalización en unidad de cuidados intensivos. (48)

5- Cardiopatías:

Debemos entender los cambios fisiológicos maternos durante el embarazo, estos cambios representan un desafío importante a la reserva funcional del sistema cardiocirculatorio, lo que implica que no podrá ser bien tolerado por pacientes que presenten patologías cardiacas, manifestando estos signos de insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar, o la muerte. Los cambios fisiológicos que la mujer sufre durante el embarazo son: aumento del volumen circulante, el débito y la frecuencia cardiaca y la disminución en la presión arterial y resistencia vascular sistémica y pulmonar.

La morbimortalidad materna dependerá del tipo de cardiopatía y la capacidad cardiaca de la misma al momento de la concepción. Las cardiopatías de mayor riesgo son aquellas que presentan una resistencia al aumento de demanda circulatoria, ej.: estenosis mitral, coartación de aorta. Las de cortocircuito de derecha a izquierda, ej.: las tetralogías de Fallot y la hipertensión pulmonar. Existen tres momentos de riesgo de descompensación:

El primero es al final del 2do. trimestre (28 y 32 semanas de gestación), y corresponde al período de mayor expansión de volumen plasmático.

El segundo es durante el trabajo de parto y el parto con las contracciones uterinas, el flujo de sangre que se produce va desde la circulación uteroplacentaria hacia el sistema cava, lo que origina un aumento del débito cardiaco en un 15-20 %. Por otra parte el pujo materno en la expulsión genera una disminución del retorno venoso (este es un efecto mecánico).

Y el tercer periodo comprende a la fase del puerperio precoz; aquí se inicia la retracción uterina, se libera la obstrucción mecánica de la vena cava lo que origina un aumento del retorno venoso, asociado a un aumento de la resistencia vascular sistémica y un rápido flujo de sangre desde la circulación uteroplacentaria.

El feto también se encuentra comprometido en esta asociación, la relación entre la insuficiencia del riesgo uteroplacentario con hipoxemia, da como resultado una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto. (49)

6- Nefropatías:

Durante el embarazo varios sucesos fisiológicos se hacen presentes y repercuten sobre varios órganos y sistemas. Las estructuras renales sufren modificaciones que a veces alteran su funcionamiento, el aumento del crecimiento uterino y el desequilibrio normal producido durante la gestación actúan sobre las diferentes funciones renales creando una alteración de las funciones del riñón dañándolo (50). Dicho desequilibrio hace referencia al aumento de la tasa de filtración glomerular y del flujo plasmático que se ve aumentado entre un 30 y un 50%. En el cuarto mes de embarazo el riñón también presenta cambios fisiológicos, este aumenta su tamaño aproximadamente 10 mm., y los uréteres se dilatan.

Las patologías que se hacen presentes son: nefropatías gestosicas, pseudogestosicas, nefritis necróticas, aguda, focal, crónicas, por lupus, tuberculosis renal, síndrome urémico hemolítico, insuficiencia renal y calculo renal en el embarazo. (51)

7- Estado nutricional deficiente:

Debido a que el embarazo presenta una etapa de vulnerabilidad nutricional materna, la importancia de una actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales en relación con el periodo preconcepcional, esto lleva a una desnutrición materna y se asocia a un mayor aumento de morbimortalidad infantil. (30)

FACTORES DE RIESGO PLACENTARIO:

1- Oligoamnios:

Se define así cuando el líquido amniótico se encuentra por debajo de los 500 ml, aunque el mismo varía según la edad gestacional. (52)

Es un trastorno en la cantidad del mismo, es insuficiente para el feto, se puede presentar en cualquier momento del embarazo, aunque es más frecuente a partir del tercer trimestre o cuando ya se ha superado la fecha de parto. (53)

La disminución del líquido hace pensar en sufrimiento fetal, otro signo de sufrimiento es el bajo peso al nacer, la disminución de aporte de oxígeno al feto conlleva una caída del flujo sanguíneo pulmonar presentando el feto al nacer un Apgar bajo en los primeros 5 min de vida.

Se demostró que el embarazo prolongado, el asma, el retardo del crecimiento intrauterino, DBTG y el consumo de drogas inhibitoras de las prostaglandinas se relaciona con oligoamnios. (52)

Algunas de las causas más comunes de oligoamnios son:

La rotura de membrana: esta rotura permite que el líquido se escape hacia el exterior del útero y suele suceder con mayor frecuencia cuando el embarazo ya llegó a término. La rotura de membrana aumenta el riesgo de infección para el feto porque las bacterias pueden ingresar al saco amniótico. Cuando el embarazo no a llegado a su etapa final, puede que esta membrana también se

rompa, la misma cicatrizará por si sola y el líquido volverá a su nivel normal.

Después de la semana 42, el líquido disminuye por disfunción de la placenta

Los problemas placentarios: aquí el desprendimiento parcial de la placenta de la pared uterina impide que la placenta le lleve al feto la sangre y los nutrientes que el feto necesita, y deja de producir orina.

Las afecciones o problemas maternos: se encuentran la HTA, preeclampsia, deshidratación, lupus y DBT.

El síndrome de transfusión intergemelar: es cuando la embarazada espera un embarazo gemelar, mellizos o múltiples, aquí uno de los gemelos tiene poco líquido amniótico mientras el otro produce más.

Algunos medicamentos antihipertensivos que tome la mamá, como el “captopril”, pueden dañar los riñones del feto, provocar oligohidramnio severo y muerte fetal.

La escasez de líquido amniótico traerá problemas al feto según en el trimestre que este se encuentre, cuando el oligohidramnio se hace presente en el primer trimestre, este puede hacer que los órganos del feto se compriman, provocando así malformaciones pulmonares y en los miembros, también aumenta el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro o parto de un bebe muerto. Cuando se hace presente en el segundo trimestre, impide el crecimiento óptimo del feto y la adecuada formación de los pulmones, se encuentran aquí las malformaciones del aparato urinario del feto. Y si se hace presente en el tercer trimestre hace que el feto comprima el cordón umbilical produciendo un cese en la oxigenación, generando así cambios en su frecuencia cardiaca.

Cuando se aproxima el momento del nacimiento, el oligohidramnio puede aumentar los riesgos y complicaciones del nacimiento, por este motivo se le realizara una cesárea. La escasez de líquido amniótico puede originar una compresión del Cordón umbilical y provocar aspiración de meconio al feto. (53)

2- Placenta Previa:

Se denomina así a la implantación de la placenta en un segmento inferior uterino, una de las causas es el sangrado en el tercer trimestre de embarazo.

Se conocen 4 tipos de placenta previa:

Oclusiva total: la placenta cubre en forma total el orificio cervical interno.

Oclusiva parcial: la placenta cubre en forma parcial el orificio cervical interno.

Marginal: la placenta llega justo al orificio cervical interno.

Lateral: el borde placentario se inserta en el segmento inferior del útero, sin llegar al orificio cervical interno, hay una distancia de 2 cm.

Los factores que pueden provocar una placenta previa son la multiparidad, la edad materna superior a los 35 años, el tener cicatrices uterinas previas, el tabaquismo, la edad gestacional y el ser de la raza negra.

El tratamiento va a variar según la edad gestacional, si el embarazo está en término se procederá a la finalización del mismo y si el embarazo es de pretermino se realizara la maduración pulmonar fetal con corticoides. Si el deterioro avanza se procederá a la extracción fetal.

El tipo de parto se definirá según el tipo de placenta previa que presente, ya que el parto vaginal está contraindicado en la placenta oclusiva total. (54)

3- Hemorragia: se denomina así al flujo de sangre proveniente de la vagina durante del embarazo. El sangrado es más frecuente en el primer trimestre, especialmente en embarazos múltiples, 1 de cada 4 mujeres presenta sangrado en algún trimestre del embarazo. (55)

La cantidad de sangrado puede variar desde un manchado hasta un sangrado con coágulos.

Existen numerosas causas que pueden provocar un sangrado vaginal, como por ejemplo: las infecciones por hongos o bacterias o enfermedades de transmisión sexual, estas irritan o inflaman el cuello del útero; los traumatismos a consecuencia de las relaciones sexuales y la deficiencia de la producción de progesterona. Estas son más frecuentes dentro del primer trimestre. (56)

Durante el 1er. trimestre (primeros tres meses): el sangrado puede ser señal de un embarazo ectópico o de un aborto. (55)

También puede presentar una amenaza de aborto, hay un leve sangrado pero el feto continua dentro del útero; muerte fetal, esto sucede cuando el bebé se encuentra muerto dentro del útero; un embarazo molar, en el que un tumor no permite que el embarazo se desarrolle adecuadamente. (56)

El sangrado en el segundo trimestre también puede ser a causa de traumatismos o infecciones vaginales. Pero aquí se encuentran causas ya de origen placentario, como el padecer de placenta previa. También el desprendimiento de la placenta puede ser fatal para el bebé, a consecuencia de la hemorragia en este trimestre se puede hablar de un parto prematuro.

Los sangrados en esta etapa del embarazo pueden ser graves para la mamá y ocasionarle la muerte al feto. (56)

En el tercer y último trimestre: las causas de las hemorragias suelen ser las mismas que las del segundo trimestre, pero aquí podemos agregar: la ruptura uterina, la expulsión del tapón mucoso y la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto. (56)

4- Acretismo: es cuando la placenta se adhiere al musculo uterino (miometro), dependiendo el grado de invasión, se clasifican en:

Placenta acreta: es la penetración en forma superficial de las vellosidades al miometro.

Placenta increta: cuando la invasión es profunda.

Placenta percreta: cuando la invasión se va a los órganos vecinos como la vejiga, intestinos.

El acretismo se ha incrementado 15 veces en los últimos 60 años, los factores de riesgo están dados por la combinación placenta previa y cesárea anterior. El acretismo es asintomático, pero puede presentar hemorragias y se la relaciona con la placenta previa.

La morbimortalidad materna por acretismo es alta. El alumbramiento tiende a complicarse y se produce una hemorragia masiva en la que la pérdida de sangre es de 3 a 5 litros. Es necesaria una histerectomía de urgencia.

La incidencia de acretismo placentario está aumentando a causa de las numerosas cesáreas, es una patología adherencial de la placenta. (57)

5- Poli hidramnios:

Se denomina así al aumento del líquido amniótico, que suele ser mayor alrededor de la semana 34 de embarazo. Las causas de este aumento se pueden deber a que el feto no traga o no absorbe el líquido amniótico en cantidades normales, presentando así problemas de salud, entre ellos problemas del sistema nervioso central, como encefalias; trastornos gastrointestinales, como atresia duodenal, esofágica, gastroquisis y hernia diafragmática; y problemas pulmonares.

Una diabetes mal controlada y un embarazo múltiple también pueden influir en el incremento del líquido amniótico.

Los poli hidramnios se clasifican en leve, que es el que se presenta en la última fase de embarazo y no causa problemas serios; y el más grave, que requiere tratamiento farmacológico o extracción del líquido extra.

La mujer que presenta poli hidramnios es más propensa a entrar en trabajo de parto de manera prematura. (58)

FACTORES DE RIESGO DE HABITOS Y CONDUCTAS MATERNAS:

1- Tóxicos:

Cocaína: aumenta hasta cuatro veces más la posibilidad de tener un parto prematuro. (59)

Tabaco: se reconoce como una enfermedad crónica adictiva evolutiva con recaídas, la nicotina actúa a nivel del sistema nervioso central, es una droga que supera en adicción a la cocaína y la heroína. Se considera adictiva porque cumple con varios criterios, como conducta compulsiva, mantener el consumo a consecuencia de sus daños, aparecen síntomas de disconfort (síndrome de abstinencia). (60)

La nicotina atraviesa y se concentra en el feto y el líquido amniótico (18% en la sangre fetal y el 88% en el líquido amniótico, causando vasoconstricción placentaria, con aumento de la frecuencia cardíaca fetal. Por otra parte el monóxido de carbono disminuye el nivel de oxigenación fetal por bloquear irreversiblemente a la hemoglobina, produciendo muerte fetal y como consecuencia el parto prematuro.

Las complicaciones que presenta están asociadas a lo placentario, como placenta previa, ruptura prematura de membrana, desprendimiento de placenta, y a la restricción del crecimiento intrauterino. (60)

2- Estrés:

El estrés materno y fetal activan las células en la placenta, están liberan una hormona, corticotropina, la cual mejora la producción de prostaglandina que darán inicio a las contracciones. (60)

FERTILIZACION:

Se define como fertilización al conjunto de técnicas de reproducción asistida para tratar la infertilidad. Este tratamiento es para las personas que no pueden concebir en forma natural y entonces deben recurrir a la reproducción asistida, que consiste en la manipulación de gametos.

Las alteraciones por cuales las personas deben recurrir al tratamiento de fertilidad son:

La esterilidad, que es la imposibilidad de conseguir un embarazo tras un periodo de unos años de relaciones sexuales frecuentemente sin protección.

La infertilidad, es cuando se puede conseguir el embarazo y este no llega a

Término y por ende no se consiguió el nacimiento de un niño vivo. (61)

La procreación puede ser de dos maneras:

Técnica de baja complejidad: la inseminación artificial es una técnica que permite la fecundación natural, se puede encontrar dentro de esta técnica: las relaciones sexuales programadas, la inseminación cervical y la intrauterina. La misma consiste en el depósito del espermatozoide capacitado dentro del útero en forma sincronizada con la ovulación, aquí se utiliza el semen del marido o en caso de que no haya espermatozoides se utiliza los de un donante.

La técnica de alta complejidad: esta reemplaza a la fecundación natural por un in vitro, es decir se realiza en un laboratorio de embrionología, aquí se encuentran las técnicas FIV (fertilización In Vitro) y ICSI (Inyección Intracitoplasmática del Espermatozoide) (62)

Las indicaciones para llevar adelante una inseminación artificial son las siguientes:

Esterilidad femenina.

Alteración del ciclo de ovulación.

Endometriosis leve o moderada.

Eyaculación retrograda, eyaculación precoz, vaginismo o impotencia sexual.

Factor masculino leve: cuando existe una alteración en la cantidad de espermatozoides en la eyaculación.

Esterilidad de origen desconocido: Esterilidad de causa inmunológica: aquí se encuentra la fabricación de anticuerpos por parte de la mujer que destruyen el espermatozoide.

También existe la inseminación artificial de donante (IAD): es cuando se recurre a un donante de semen, estos casos se utilizan en mujeres solas o lesbianas, en caso de que el hombre tenga una enfermedad de origen genético, cuando el factor masculino es severo y cuando existen enfermedades de transmisión sexual por parte del varón.

Existen una serie de requisitos para poder llevar adelante el tratamiento de inseminación artificial, primeramente se deben descartar todas las enfermedades de contagio o que pongan en riesgo la vida del bebe como la Hepatitis C y B, HIV, Rubeola, Sífilis y Toxoplasmosis.

También es necesario contar con un mínimo de 3 millones de espermatozoides móviles por ML y por ultimo hay que contar con un factor de edad, las mujeres que superen los 36 años tienen menos posibilidades de quedar embarazadas porque comienzan en esta etapa el periodo de infertilidad.

El proceso de la inseminación artificial se caracteriza por ser una técnica sencilla, ya que consiste en estimular el ciclo ovárico de la mujer y cuando se produce la ovulación se introduce el semen capacitado en el útero (es aconsejable que el donante haya guardado 4 días de abstinencia). Para conseguir dicha estimulación se utilizan una serie de hormonas, la más utilizada en la Gonadotropina. En el proceso se recogen espermatozoides capacitados en una cánula y se inyectan en el cérvix de la mujer; es un procedimiento indoloro y solo requiere de 30 a 60 min de reposo, luego de esto la mujer puede hacer su vida normal.

Los resultados van a depender de la edad materna, el grosor de su endometrio, la calidad del espermatozoide y del tiempo de esterilidad.

Los problemas que se pueden presentar son el síndrome de Hiperestimulación ovárica, embarazos múltiples, embarazos ectópicos, abortos e infecciones. (62)

FECUNDACION IN VITRO (FIV): esta técnica consiste en extraer los óvulos mediante una punción folicular, para después fecundarlos en el laboratorio con los espermatozoides, se observa la evolución de los embriones hasta que se depositan en el útero de la mujer mediante la transferencia embrionaria.

Esta indicado en casos de esterilidad femenina y masculina, y en los casos de falla de fecundación sin causa.

La infertilidad masculina puede ser por:

Oligozoospermia.

Teratozoospermia

Astenozoospermia

Criptozoospermia

Combinación de alteraciones anteriores

La infertilidad femenina puede ser por:

Problemas en la ovulación.

Factor tubarico

Factor uterino.

Factor cervical.

Endometriosis

Los requisitos para llevar adelante esta técnica es que en el hombre exista una determinada calidad seminal. Si el hombre presenta azoospermia la FIV no dará resultado, ya que se necesitan 3 millones de espermatozoides/ml. Y la mujer debe ser capaz de producir óvulos, además no debe presentar anomalías uterinas o alteraciones que impidan la implantación.

El proceso consiste en una técnica sencilla e indolora que no requiere de anestesia. Este proceso consta de varios de pasos para que el resultado sea exitoso, es necesario la estimulación controlada del ovario, la punción ovárica, la recogida y preparación del semen, la inseminación de los ovocitos, el cultivo de embriones, la transferencia de embriones y el congelamiento de los embriones.

Los resultados positivos van a depender de la edad de la mujer:

Un 40% en mujeres menores de 35 años.

Entre un 27-36% en mujeres de 35 a 37 años.

Entre un 20-26% en mujeres de 38 a 40 años.

Entre un 10-13% en mujeres mayores de 40 años.

Los problemas que puede presentar la FIV son los siguientes: el síndrome de Hiperestimulación ovárica (SHO), embarazos múltiples, ectópico y aborto natural.

INYECCION INTRACITOPLASMATICA DE ESPERMATOZOIDES (ICSI):

Es otra técnica de reproducción asistida, es utilizada antes los problemas más graves de esterilidad, sobre todo en la masculina. En ella se escoge el mejor espermatozoide, se lo introduce en el interior de una aguja de micro inyección, y mientras se sujeta el ovocito, se inyecta la aguja y se deposita el espermatozoide en el interior del citoplasma del ovocito.

Es un técnica similar a al FIV, la diferencia radica en que la inseminación de los óvulos se realiza al introducir un espermatozoide en el interior del ovulo de manera directa a través de una micro aguja.

La indicación para llevar adelante la ICSI es en los casos de esterilidad masculina:

azoospermia: es la ausencia de espermatozoides en el semen eyaculado.

Oligozoospermia: se refiere a la mala calidad del semen debido a la falta de volumen.

Criptoospermia: cuando el recuento de espermatozoides es inferior a los 100.000 por ml.

Astenoospermia: mide la calidad del espermatozoide en función a su movilidad.

Teratoospermia: hace referencia a la morfología de los espermatozoides.

Oligoastenoospermia: se refiere al conjunto de problemas de la calidad seminal.

También se aconseja en varones que se hallan realizados vasectomías o padezcan alguna enfermedad infectocontagiosa.

En la mujer se aconseja cuando hay un bajo número de ovocitos o cuando hay una mala calidad ovocitaria.

Los requisitos son: que puede implementarse en parejas que ya hayan realizado la FIV y no han logrado resultados positivos.

El proceso de un ICSI es, estimulación controlada del ovario y la punción ovárica. (63)

OBJETIVO GENERAL:

Describir la prevalencia de partos prematuros, en el hospital Universitario CEMIC sede Saavedra, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2014 y el 30 de julio de 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir los factores asociados al parto prematuro y de termino
2. Mencionar los factores maternos que influyen en la incidencia de partos prematuros.
3. Identificar factores de riesgos maternos modificables.
4. Identificar factores de riesgos maternos no modificables.
5. Describir factores modificables, para disminuir la incidencia.

TIPO DE ESTUDIO

El siguiente trabajo de investigación se llevó a cabo utilizando un estudio de corte transversal, mediante la recolección de datos en Historias Clínicas y del libro donde se registran los partos.

Es un estudio observacional y descriptivo que además permitió analizar las variables formuladas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se incluirán a todas las parturientas que hayan dado a luz en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra en el periodo comprendido entre el 1 de Julio de 2014 y el 30 de junio de 2015 periodo establecido para la investigación.

El siguiente trabajo no presenta criterios de exclusión.

POBLACION Y MUESTRA:

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres que dieron a luz en el CEMIC durante el periodo de un año.

La población de muestra constituyo un total de 294 nacimientos de un total de 1361 nacimientos, la selección fue al azar.

DELIMITACION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

1- Partos según su evolución clínica (E.G): (DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO AL LIBRO DE PARTOS).

Pre término < 32 semanas Se dividen a su vez en:

Extremos: 23 a 27 semanas.

Moderados: 28 a 32 semanas.

Pre término \geq 32 semanas (32 a 37 sem).

2- Edad materna: se recogió en años cumplidos: (DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL LIBRO DE PARTOS).

Se dividió en grupos según lo establecido por la OMS.

< de 19 años: y se lo consideró factor de riesgo.

De 20 a 34 años: se lo considera como ausencia de factor de riesgo.

> de 35 años: se lo considero factor de riesgo

3- Antecedentes fetales: cantidad de embarazos (DATO EXTRAIDO DE LA HISTORIA CLINICA).

- Paridad: se registró el número de partos anteriores y se consideró:

Múltipara: 2 o más partos: se lo considero como factor de riesgo

Primíparas: 1 parto: ausencia de factor de riesgo

4- Enfermedades maternas. (DATO EXTRAIDO DE LA HISTORIA CLINICA).

A-Enfermedades asociadas con el embarazo: se consideraron todas como factor de riesgo

Hipertensión arterial crónica.

Asma bronquial.

Diabetes mellitus pre gestacional.

Cardiopatías.

Hipotiroidismo.

B-Enfermedades y alteraciones dependientes del embarazo: se consideraron todas como factor de riesgo

Pre eclampsia.

Embarazo múltiples

Hemorragias.

DBG

Infección urinaria.

HIE

5-Trastornos relacionados a la placenta: se consideraron todas como factor de riesgo (DATO EXTRAIDO DE LA HISTORIA CLINICA)

Cuando la bolsa de agua se rompe de forma temprana (RPM) Poli hidramnios.

Olihidramnios.

Acretismo placentario.

Placenta previa.

6- Antecedentes y hábitos maternos (DATOS EXTRAIDOS DE LA HISTORIA CLINICA)

A-Hábitos maternos:

- Hábito de fumar: se consideraron 2 categorías:

Presente: consumo de uno o más cigarrillos o tabacos al día durante el embarazo. Se consideró como factor de riesgo.

Ausente: no consumo de cigarrillo o tabaco durante el embarazo. Se consideró como ausencia del factor de riesgo.

- Consumo de alcohol: se lo consideró como factor de riesgo.

- Consumo de drogas: marihuana, cocaína, pastillas: se lo consideró como factor de riesgo.

B- Ocupación Materna: se consideró 3 categorías:

Profesionales, empleadas y contratadas: se lo consideró como factor de riesgo

Ama de casa: se lo consideró como ausencia de riesgo

Estudiantes: se lo consideró como ausencia de riesgo

7-Fertilización asistida. (DATO EXTRAIDO DE LA HISTORIA CLINICA).

Si: se lo considero como factor de riesgo

No: ausencia de factor de riesgo

METODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION:

Se recolectaron datos de las Historias Clínicas maternas y del libro de Partos. Estas fuentes son completadas por médicos de la institución, con previa autorización del Dr. Fuentes actual director del Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra.

Las variables que se utilizaron para este trabajo fueron tomadas de un trabajo de investigación que se realizó en el hospital América Arias, La Habana, Cuba.

UNIDAD DE ANALISIS:

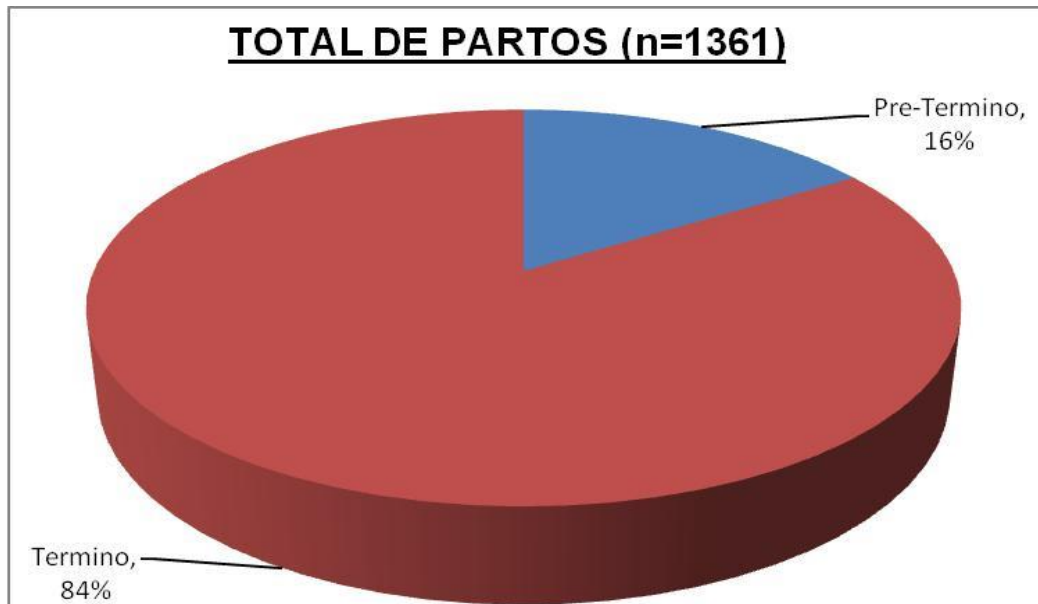
Para el presente estudio se tomó una muestra de un total de 294 parturientas internadas en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra, selección que se realizó al azar, del periodo comprendido para la investigación. Dicha muestra se dividió en dos grupos: el grupo A, que corresponde a los partos que dieron como resultado un Parto Prematuro (147 parturientas) y el grupo B, que corresponde a los partos que dieron como resultado un Parto de Terminó (147 parturientas).

ANALISIS DE DATOS:

La información recolectada se procesó de forma automática y se utilizó el paquete OFFICE 2000. Para la confección de los textos se utilizó como documento Word 2010, los datos recogidos fueron cargados en una base de datos Microsoft Excel, se realiza estadística descriptiva de los mismos, reportando porcentajes y desvío estándar según corresponda.

RESULTADOS:

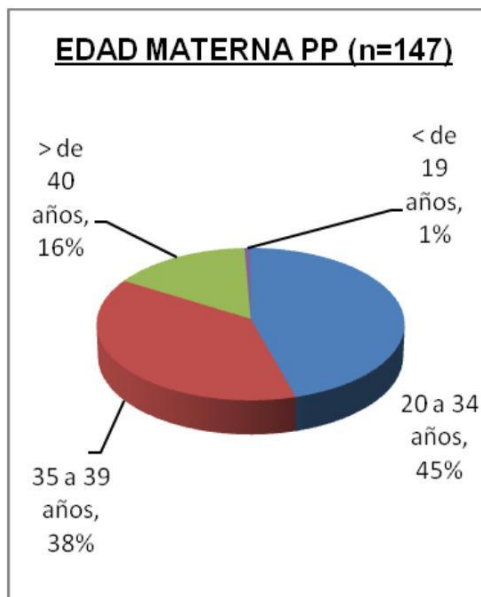
Periodo de estudio 01/07/14 al 31/06/15



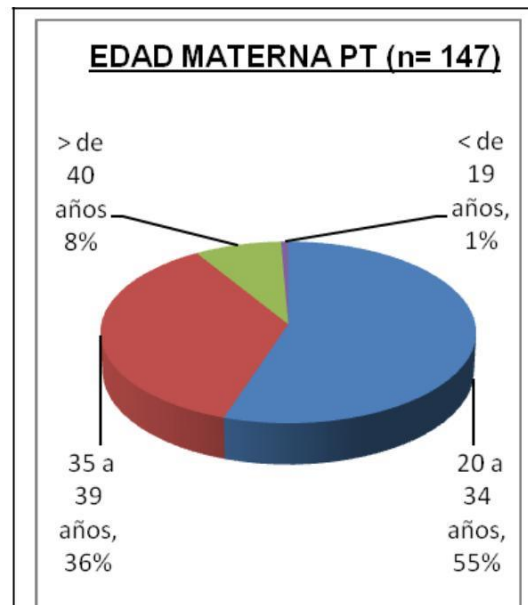
Fuente de elaboracion propia.

La totalidad de los partos que se registró en el periodo de la investigación fue de 1361 (dato extraído del libro de partos). Estos se dividieron según las semanas de gestación, dando como resultado un 84% (1143) partos de término, y un 16% (218) partos prematuros.

1- EDAD MATERNA



Fuente de elaboración propia.



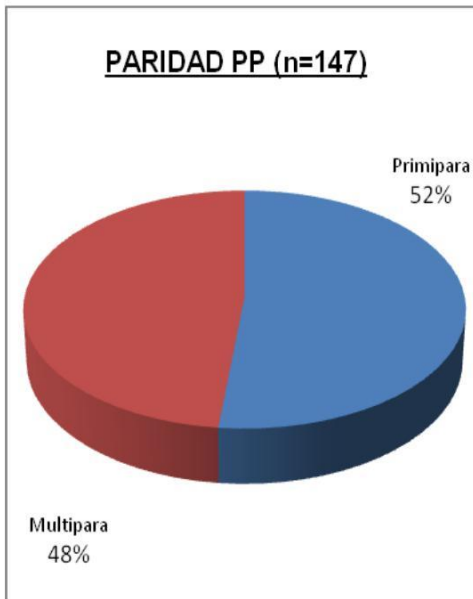
Fuente de elaboración propia

Este dato que representa la Edad Materna se sustrajo del libro de Partos.

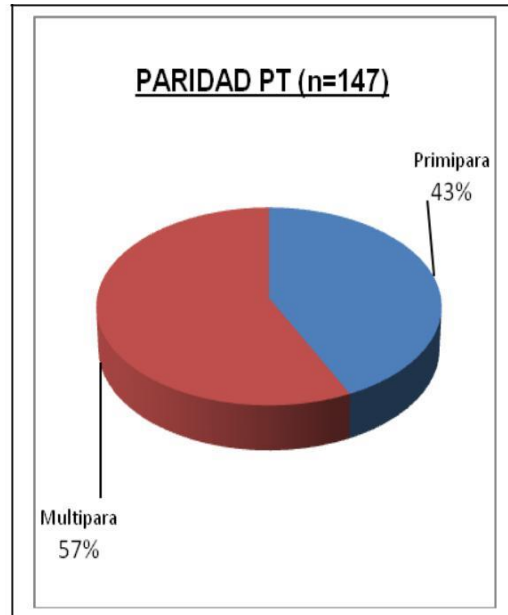
En el gráfico que presenta el grupo de Edad Materna PP (parto prematuro) se puede observar que el 55% (80) representa al factor de riesgo que representa los rangos de edad y solo el 45% (67) representa al grupo de edad con ausencia del factor de riesgo. Los datos demográficos obtenidos revelan que la edad promedio fue de 34 años, con un Desvío Estándar (DS) de 5,6 años. La mujer de menor edad tuvo 18 años y la de mayor edad tuvo 46 años.

El gráfico que representa el grupo de Edad Materna PT (parto término) se puede observar que el 55% (81) representa al grupo de ausencia de riesgo y el 45% (66) representa al grupo de rango de edad con factor de riesgo. En este gráfico los datos demográficos demostraron que la edad promedio fue de 33 años, con un (DS) de 4,8 años. La mujer de menor edad tuvo 18 años Y de mayor edad tuvo 44 años.

2- PARIDAD



Fuente de elaboración propia.



Fuente de elaboración propia.

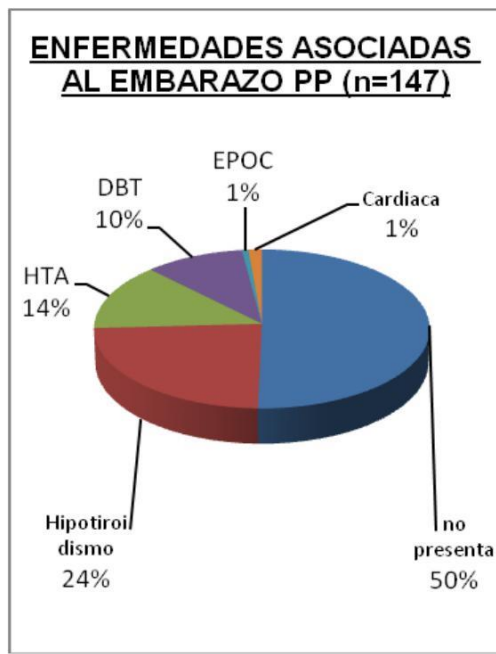
Los datos que se representan sobre Paridad se extrajeron de la historia Clínica materna.

En el gráfico Paridad PP se observa un 52% (76) de paridad primípara denominada como ausencia del factor de riesgo, mientras que un 48% (71) presentó una paridad múltipara denominada como factor de riesgo.

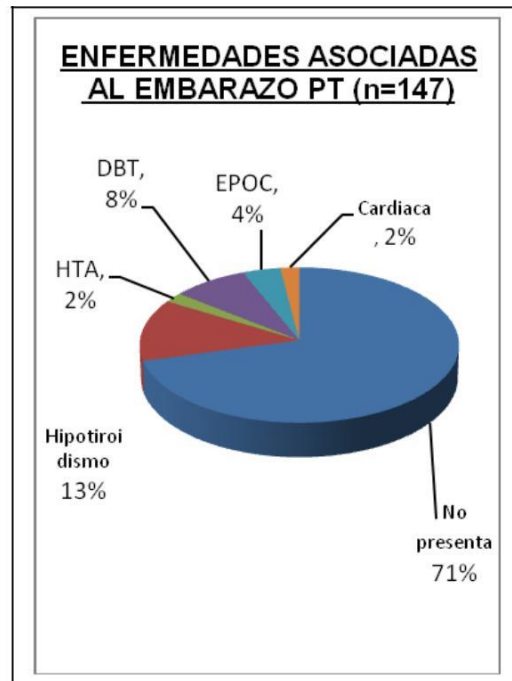
En el gráfico Paridad PT se observa 57% (84) de paridad múltipara denominada factor de riesgo, mientras que el 43% (63) de paridad primípara denominada como ausencia de factor de riesgo.

3- ENFERMEDADES MATERNAS:

3A- ENFERMEDADES MATERNAS ASOCIADAS AL EMBARAZO:



Fuente de elaboración propia.



Fuente de elaboración propia.

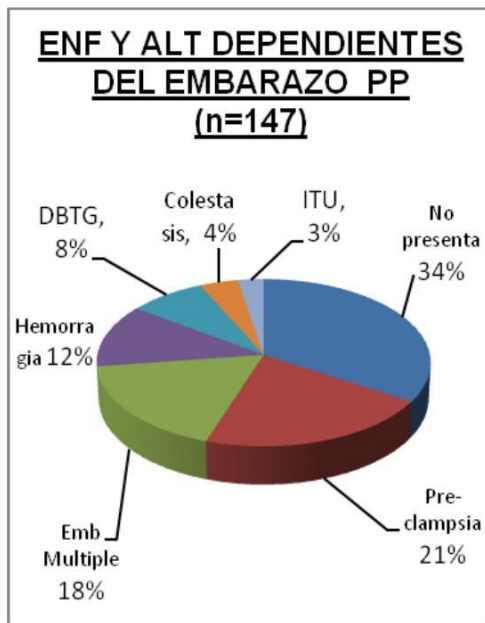
Los datos que representan a las Enfermedades maternas asociadas con el embarazo fueron extraídos de la historia Clínica Materna.

En el gráfico que representa a las Enfermedades maternas asociadas con el embarazo en el grupo de PP se puede observar que un 50% (74) no presento factores de riesgo, y que el otro 50% (73) si presento factores de riesgo que se dividieron de la siguiente manera: 24% (35) presento Hipotiroidismo, 14% (20) presento HTA, 10% (15) presento DBT, 1% (2) Cardiopatías y 1% (1) presento EPOC.

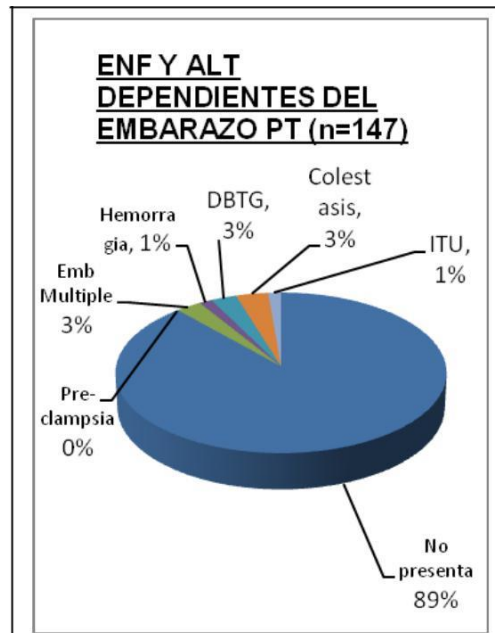
En el gráfico que representa a las enfermedades maternas asociadas al embarazo del grupo de PT se puede observar que el 71% (104) no presento factores de riesgo, y que el 29% (43) sí presento factor de riesgo que se dividieron de la siguiente manera: 13% (19) presentó Hipotiroidismo, 8% (12) presentó DBT, 4% (6) presentó EPOC, y un 2% (3) presentaron HTA Y Cardiopatías.

En ambos grupo de predominó como factor de riesgo el Hipotiroidismo.

3B- ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DEPENDIENTES DEL EMBARAZO:



Fuente de elaboración propia.



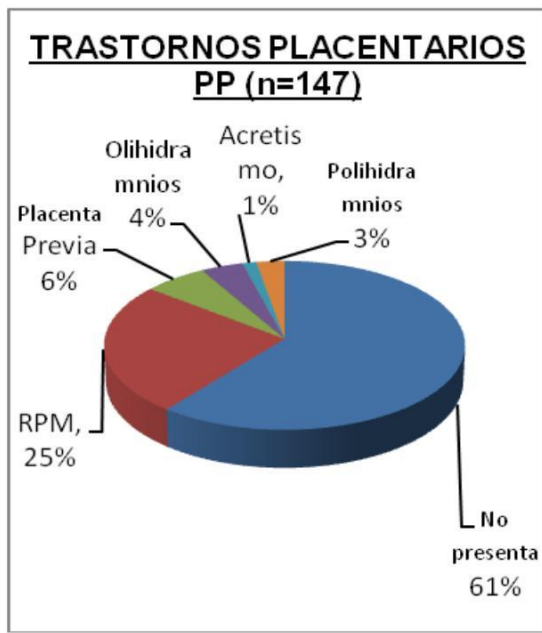
Fuente de elaboración propia.

Los datos que representan las enfermedades y alteraciones dependientes del embarazo, se extrajeron de la Historia Clínica Materna.

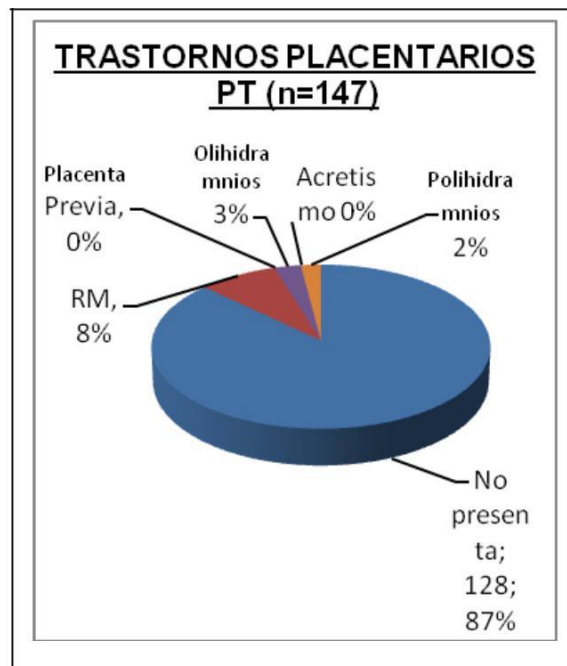
En el gráfico que representa a las enfermedades y alteraciones dependientes del embarazo, en el grupo PP predominan los factores de riesgo con el 66% (97), que se dividió de la siguiente manera: 21% (31) presentó Pre-eclampsia, el 18% (26) presentó Embarazos múltiples, el 12% (18) presentó Hemorragia, 8% (12) presentó DBTG, el 4% (6) presentó Colestasis y el 4% (4) presentó ITU.

En el gráfico que representa a las enfermedades y alteraciones del embarazo en el grupo de PT, predominó el factor de ausencia de riesgo con un 89% (130), el otro 11% (17) presentó al grupo de factor de riesgo que se dividió de la siguiente manera: el 3% (5) presentó Colestasis, el 3% (4) presentó BDTG y embarazos múltiples, el 1% (2) presentó ITU y Hemorragia.

4- TRASTORNOS DE LA PLACENTA:



Fuente de elaboración propia.



Fuente de elaboración propia.

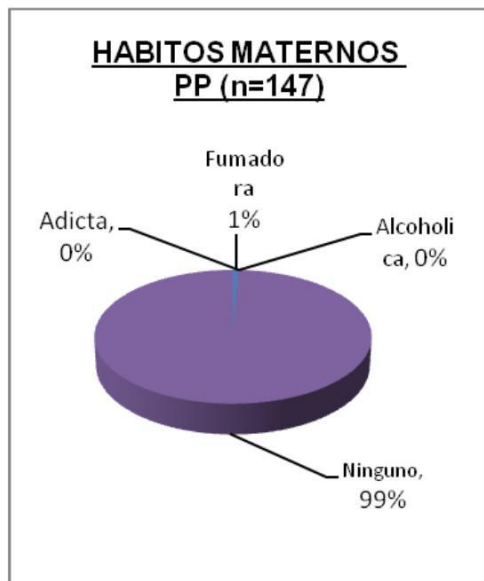
Los datos que representan a los trastornos placentarios se extrajeron de la Historia Clínica Materna.

En el gráfico que representa a los trastornos placentarios del grupo PP predominó el factor ausencia de riesgo con 61% (89), mientras que el 39% (58) presentó al grupo factor de riesgo y se dividió de la siguiente manera: 25% (37) presentó RPM, el 6% (9) presentó Placenta Previa, 4% (6) presentaron Olihidramnios, el 3% (4) presentó Acretismo y el 1% (2) presentó Polihidramnios.

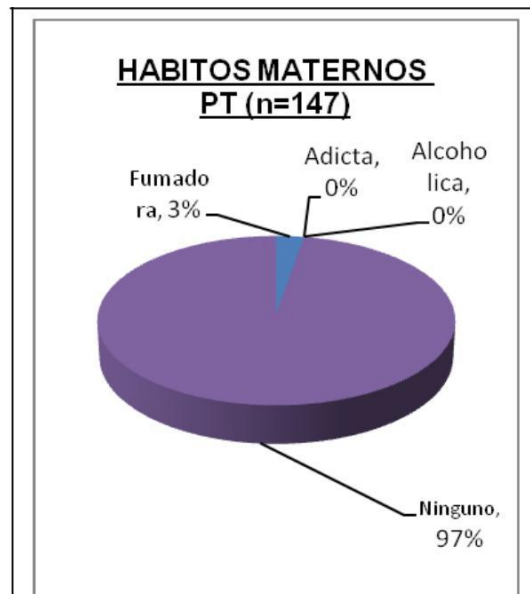
En el gráfico que representa los trastornos placentarios del grupo PT predominó también el factor ausencia de riesgo con 87% (128), mientras que el 12% (19) presentó al grupo factor de riesgo que se dividió de la siguiente manera: 8% (12) presentó RM, el 3% (4) presentó Olihidramnios y el 2% (3) presentó Polihidramnios.

En ambos grupos predomina como factor de riesgo la Rotura de Membrana.

5- HÁBITOS MATERNOS:



Fuente de elaboración propia.



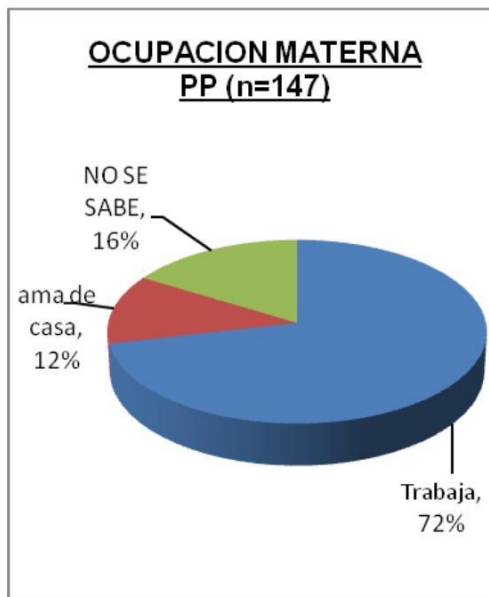
Fuente de elaboración propia.

Los datos que representan los hábitos maternos se extrajeron de la Historia Clínica Materna.

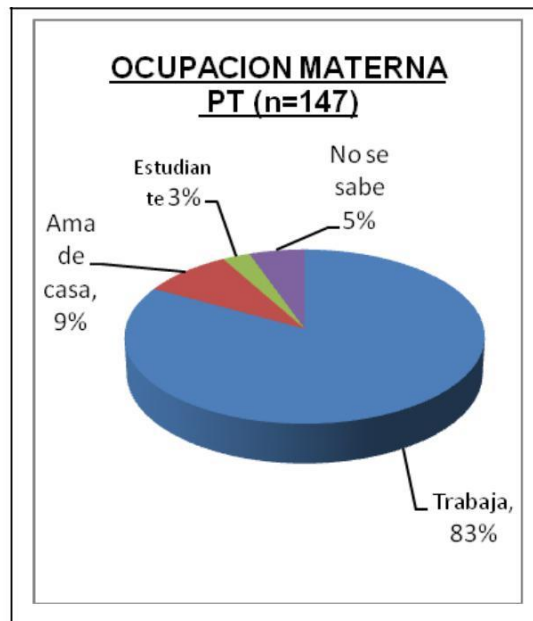
En el gráfico que representa los hábitos maternos en el grupo PP predominó el factor de ausencia de riesgo. Ninguna adicción representó el 99% (146), mientras que el 1% (1) presentó que fumaba.

En el gráfico que representan los hábitos maternos en el grupo PT, también predominó el factor ausencia de riesgo donde ninguna adicción represento el 97% (143), mientras que el 3% (4) presentó que fumaba.

6- OCUPACION MATERNA:



Fuente de elaboración propia.



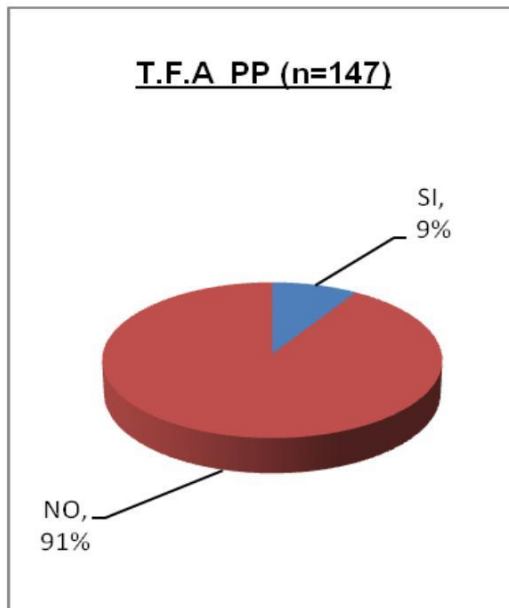
Fuente de elaboración propia.

Los datos que representan la ocupación materna se extrajeron de la Historia Clínica Materna.

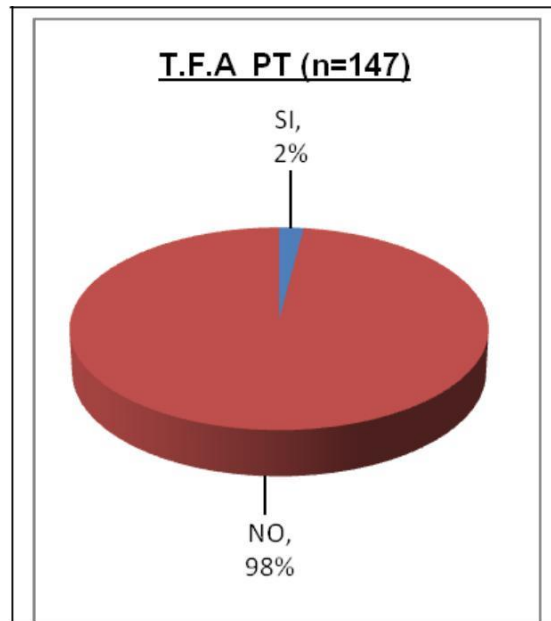
En el gráfico que representa la ocupación materna del grupo PP predomina el factor de riesgo con un 72% (105) que representa a las madres que tienen un empleo ya sean profesionales o empleadas, el 38% (42) restante represento al grupo con ausencia de riesgo, que se dividió en: 14% (21) presento que se desconoce la ocupación materna, el 12% (18) presento que son Ama de casa y el 2% (3) restante, presento a las Estudiantes.

En el gráfico que representa la ocupación materna del grupo PT predomino el factor de riesgo con un 83% (122) que represento a la madres que tiene un empleo ya sean profesionales o empleadas, el 17% (25) restante presento al grupo con ausencia de riesgo que se dividió en: 9% (13) represento a las Ama de casa, el 5% (8) presento a que se desconoce la ocupación materna y el 3% (4) represento a las Estudiantes.

7- REALIZO TRATAMIENTO DE FERTILIZACION PARA ESTE EMBARAZO?



Fuente de elaboración propia.



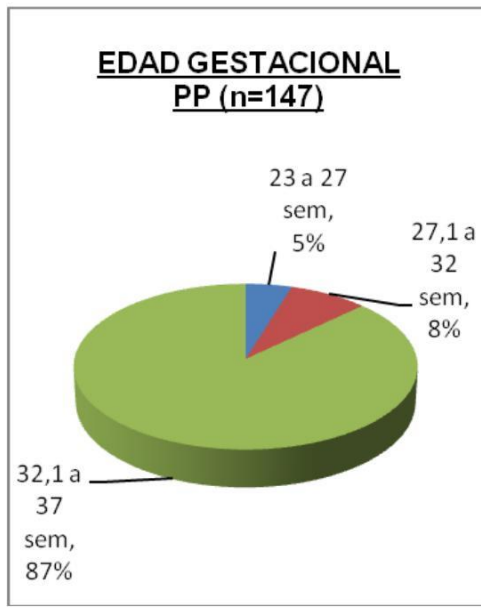
Fuente de elaboración propia.

El dato sobre si la paciente realizo Tratamiento de fertilidad se extrajo de la Historia Clínica Materna.

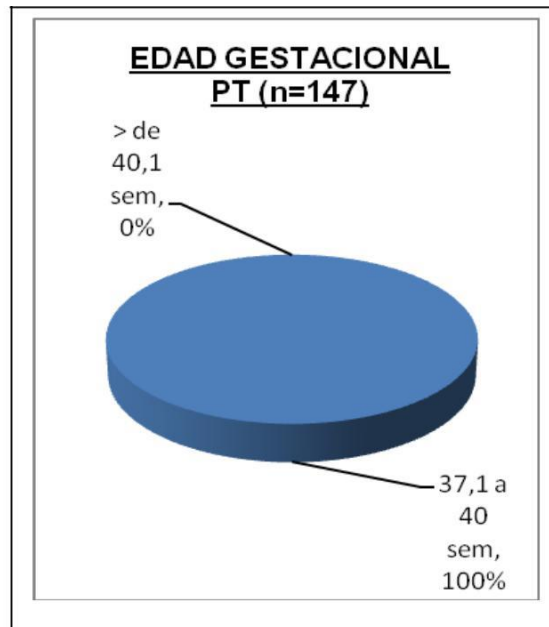
En el grafico que representa la realización de un tratamiento de fertilización asistida predomino en el grupo PP el factor ausencia de riesgo con un 91% (134) que presento a que NO realizo tratamiento de fertilidad en este embarazo, y el 9% (13) presento que SI realizo tratamiento de fertilidad en este embarazo, denominado como factor de riesgo.

En el grafico que representa la realización de un tratamiento de fertilización asistida en el grupo de PT predomino el factor ausencia de riesgo con un 98% (144) que representa a que NO realizaron tratamiento de fertilidad en este embarazo, y el 2% (3) represento a que SI realizaron tratamiento de fertilidad en este embarazo que se denominó como factor de riesgo.

8-EDAD GESTACIONAL



Fuente de elaboración propia.



Fuente de elaboración propia.

Los datos que representan las semanas de gestación fueron extraídos del Libro de Partos.

En el gráfico que representa a la edad gestacional del grupo de partos prematuros, se puede observar las categorías que representan al parto prematuro: el 87% (128) representa a los nacidos entre las semanas 32,1 a la 37 que son denominados partos “pre-termino”; con el 8% (12) representa a los nacidos entre las semanas 27,1 a la 32 que son denominados partos prematuros “moderados”; y con el 5% (7) son los nacidos en la semana 23 a 27 que se los denomina prematuro “extremo”.

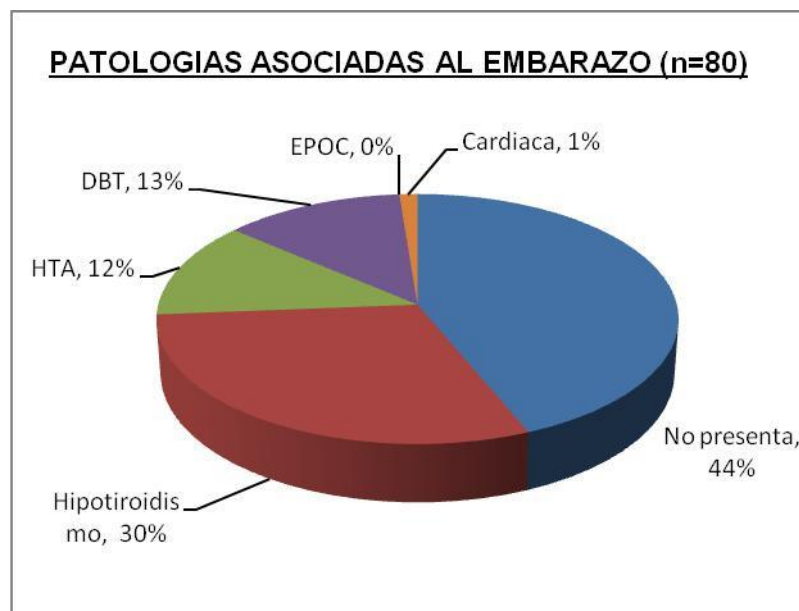
Estos datos presentaron un promedio de 35 semanas de gestación, con un DS de 3,1 semanas.

El gráfico que representa a la edad gestacional de los nacidos a termino presento un 100% (147) de partos nacidos en la semana 37,1 a 40 que se denomina parto de “termino” y 0% (0) a los partos que se denominan “post-termino” que son los nacidos después de la semana 40,1 de gestación.

Estos datos presentaron un promedio de 39 semanas con un DS de 1 semana.

RESULTADOS DE CRUCES DE VARIABLES:

**-EDAD MATERNA (GRUPO DE RIESGO) DEL GRUPO DE PARTOS
PREMATUROS CON PATOLOGIAS ASOCIADAS AL EMBARAZO. (Datos
extraídos de la historia Clínica Materna y del libro de Partos)**

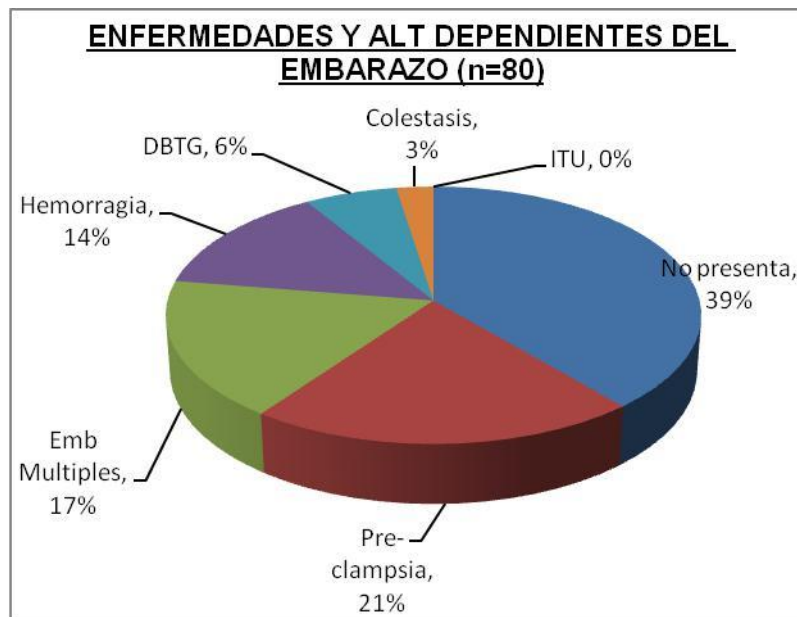


Fuente de elaboración propia.

De un total de 80 parturientas que presentaron un PP y conforman el grupo de edad materna como factor de riesgo, se ha podido observar que predominó las patologías asociadas al embarazo que es considerada un factor de riesgo con un 66% (45) que es el resultado de las siguientes patologías: predominó dentro de este grupo el Hipotiroidismo con un 30% (24), siguió la DBT con un 13% (10), luego la HTA con un 12% (10) y por último las Cardiopatías con un 1% (1), ninguna madre presentó EPOC.

Y el 44% (35) no presentaron patologías asociadas al embarazo consideradas ausencia del factor de riesgo.

-EDAD MATERNA (GRUPO DE RIESGO) DEL GRUPO DE PARTOS PREMATUROS CON ENFERMEDADES Y ALTERACIONES DEPENDIENTES DEL EMBARAZO. (Datos extraídos de la Historia Clínica Materna y del Libro de Partos)

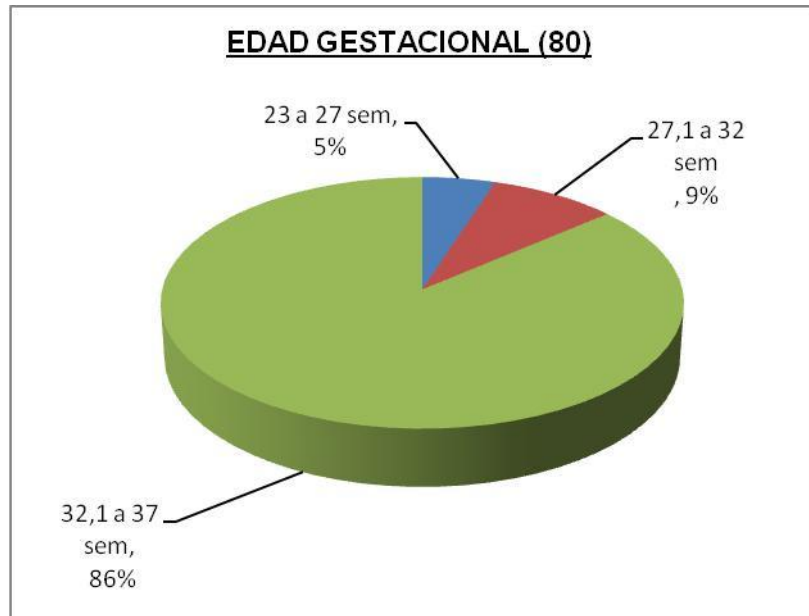


Fuente de elaboración propia.

De un total de 80 parturientas que presentaron un PP y conforman el grupo de edad materna como factor de riesgo, se ha podido observar que predominó las patologías dependientes del embarazo con el 61% (49) consideradas como un factor de riesgo y se conformó de la siguiente manera: el 21% (17) presentaron Pre clampsia, el 17% (14) presentaron Embarazos múltiples, el 14% (11) presentaron Hemorragias, el 6% (5) presentaron a la DBTG y el 3% (2) presentaron Colestasis, ninguna madre presentó ITU.

El 39% (31) restantes no presentaron patologías dependientes al embarazo.

-EDAD MATERNA (GRUPO DE RIESGO) EN EL GRUPO DE PARTOS
PREMATUROS CON EDAD GESTACIONAL. (Datos extraídos del Libro de partos)



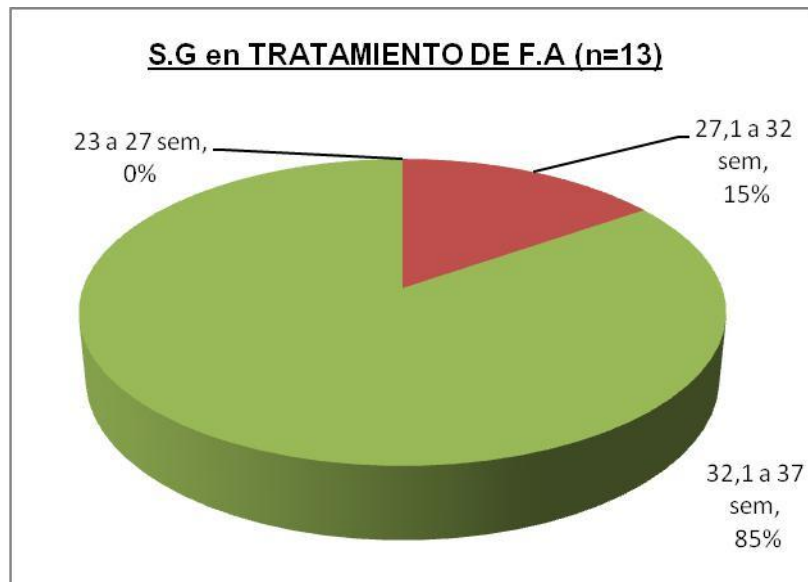
Fuente de elaboración propia.

En el gráfico de EDAD GESTACIONAL, que surge del cruce con edad materna, solo grupo de riesgo en los partos prematuros, dio como resultado: que el 86% (69) corresponde al grupo de pre-termino de 32,1 a 37 semanas de gestación, el 9% (7) corresponde al grupo de prematuro moderados de 27,1 a 32 semanas de gestación y el 5% (4) corresponde al grupo de prematuros extremos de 23 a 27 semanas de gestación.

Se puede decir que la edad materna considerada de riesgo, es un factor predisponente para tener un parto prematuro, ya que en la investigación se han consultado 147 H.C maternas que han tenido un parto prematuro, de las cuales 80 parturientas de edad de riesgo han representado más del 50% de los nacimientos prematuros.

Los datos obtenidos presentaron un promedio de 35 semanas de gestación con un DS de 3 semanas.

-TRATAMIENTO DE FERTILIZACION (GRUPO DE FACTOR DE RIESGO)
DEL GRUPO DE PARTOS PREMATUROS CON EDAD GESTACIONAL.
(Datos extraídos de la Historia Clínica materna y el libro de partos)



Fuente de elaboración propia.

El gráfico surge del cruce de tratamiento de fertilización asistida con las semanas de gestación, en total en este grupo 13 parturientas realizaron T.F.A, de los cuales un 85% (11) representan a la semana 32,1 a 37 denominada pre-termino y el 15% (2) representan a las semanas de 27,1 a 32 denominada parto prematuro moderado. Cuyos datos presentaron un promedio de 33 semanas y un DS de 0,5 semanas.

DISCUSION:

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir los factores de riesgo materno modificable y no modificables que influyen en la culminación de un parto en forma prematura.

En cuanto a la clasificación de un parto prematuro encontramos en nuestro estudio que de 147 neonatos con esta condición, un 66% presentó bajo peso al nacer (<de 2500 kg)

Otros autores, así como los que realizaron el estudio con el que se compararan algunos de los resultados obtenidos en este estudio, encontraron que un 65% de un total de 108 nacidos en forma prematura presentaron bajo peso al nacer (26). Podemos decir de esta manera que el bajo peso al nacer dependerá de las semanas de gestación ya que existe combinación de ambas situaciones.

En relación con los factores de riesgo no modificables, los hallazgos más relevantes se vinculan con las edades maternas extremas, el Hipotiroidismo, la HTA, la Pre-clampsia y la RPM.

Así, al analizar la edad materna extrema, podemos observar que un 1% de los integrantes tuvieron una edad < de 19 años y que el 54% tuvieron > de 35 años. El estudio de comparación presentó un 14,8% con edades < de 19 años y un 23,1% con edades > de 35 años.

Otros estudios de comparación encontraron al igual que nosotros una relación significativa entre ambas variables.

En general el grupo de PP estuvo más afectado por enfermedades maternas pre-gestacionales o crónicas, aunque la relación más importante entre estas variables puso de manifiesto que el Hipotiroidismo (24%) ocupa el primer lugar y la HTA (14%) ocupa el segundo lugar dentro de las enfermedades crónicas con mayor incidencia.

El estudio de comparación encontró que la HTA (12,9%) ocupa el primer lugar y el Asma con (13,8%) ocupa el segundo lugar, es así que se considera que la HTA es una de las causas más frecuentes de un PP ya que en este caso el feto puede verse afectado por enfermedad por el consumo de medicamentos que pueden utilizarse para lograr su control.

En cuanto a las alteraciones y enfermedades dependientes del embarazo, nuestro estudio detectó que el padecer Pre-clampsia (21%) encabezó la enfermedad con mayor incidencia, al igual que el trabajo de investigación con el cual se comparan

estos resultados donde ahí la Pre-clampsia presento (18,5%), se conoce por varios autores que la Pre-clampsia incrementa la morbimortalidad materna y perinatal ya que predispone a complicaciones como el desprendimiento normo placentario.

Las Hemorragias (12%) y los Embarazos múltiples (18%) también presentaron mayor incidencia en el estudio de comparación. (26), donde la Hemorragia presento (5,5%) y los Embarazos múltiples (4,6%). Estas enfermedades y alteraciones presentan complicaciones y predisponen a un PP con bajo peso al nacer ya que en caso de los embarazos múltiples la nutrición de dos 2 fetos o mas requiere de un aporte nutricional maternos mucho mayor que en una gestación única.

En cuanto a los factores no modificables, estos no presentaron resultados significativos para afirmar que exista correlación entre estas variables, (se tomo en cuenta los hábitos maternos como el consumo de drogas, el fumar y el alcohol) carentes de porcentajes considerando la clase social a los que pertenecen los afiliados.

También podemos describir a través de los resultados obtenidos la correlación entre las variables edad materna de riesgo e Hipotiroidismo con un resultado de un PP. Los tratamientos de fertilización asistida presentaron un resultado no significativo para afirmar que exista correlación entre estas variables.

CONCLUSION:

Este estudio realizado en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra aportó que no existe asociación entre la Fertilización Asistida y el Parto prematuro.

La investigación detectó una asociación entre la edad materna y el Parto Prematuro, al igual que el Hipotiroidismo y la Hipertensión Arterial, estas son enfermedades pre-gestacionales que aparecen con mayor frecuencia en el grupo de Parto Prematuro, lo mismo ocurre con la Pre-clampsia como alteración y enfermedad dependiente del embarazo, la Rotura Prematura de Membrana como trastorno placentario presento mayor frecuencia en el grupo de estudio.

BIBLIOGRAFIA BAJO LAS NORMAS DE VANCOUVER:

1- Intramet.net. *Definición de embarazo a término*. [Internet] Buenos Aires: Intramed.net, Sección artículos; [Actualizado 16 de febrero de 2015; consultado 17 de Julio de 2015]. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81944>

2- Latorra, Cristina; Susacasa, Sandra; Di Marco, Ingrid; Valenti Eduardo. Guía de práctica clínica 2011: *Amenaza de parto pre término*. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. [Revista en Internet] 2012. [Citado 13 de Junio de 2015]; vol. 31, núm. 1), 2012: [pp. 25-40] Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91224234006>

3- Dra. Diana Rodríguez Servicio de Neonatología Htal Italiano de Bs As. *El enigma del parto pre término espontáneo*. [Internet] Buenos Aires: Intramed.net, 15 de marzo de 2010 [citado 17 Junio 2015] Sección artículos. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=64385>

4- Vamos a crecer. [Internet.] Argentina: Ministerio de Salud. *Semana del parto prematuro*. [Citado 3 de septiembre de 2015]; [Apróx.6 p.] Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46/290-semana-del-prematuro-2012>

5- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Parto prematuro*; [actualizado 06 de nov de 2014; citado 12 ago. 2015]; [aprox. 4 p.].

Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>

6- Latorra C, Andina E, Di Marco I. Guía De Prácticas Clínicas. Amenaza De Parto Prematuro. Buenos Aires: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2003 [Revista en Internet]; [Citado 13 de junio de 2015]; vol. 22, (nº 1). Disponible en:

<http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/Guias-AmenazaPartoPrematuro.pdf>

7- Dr. Samartino A, Dra. Levite J, Dra. Brugiafreddo C. [Internet] Pto. Madryn, Chubut, Argentina: Hospital Subzonal de Puerto Madryn Doctor Andres Isola; 1 enero de 1996 al 1 de diciembre de 2001 inclusive. [Actualizado 29 de abril de 2014; consulta 15 agosto de 2015]. *Parto prematuro: Factores y marcadores de riesgo*.

[Apróx. 4 p] disponible en:

<http://www.chubut.gov.ar/hospital/madryn/imagenes/Parto%20Prenaturo.pdf>

8- Definición ABC. [Internet]. 2007-2015. *Definición de embarazo*; [actualizado 12 de abril de 2015; consulta 12 agosto 2015]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php#ixzz3Xx7nR7ad>

9- La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, ASMRN. [Internet] Ginebra, Suiza: OMS. Acción Global; 2012. *Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros* [Consulta 12 de agosto de 2015]; [aprox. 7 pantallas]

Disponible en:

http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html

10- Embarazada.us. [Internet] EE.UU: Latinos.us. [Citado 24 de octubre de 2015].

Disponible en:

<http://www.embarazada.us/>

11- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *Fecundación e implantación*. [Aproximadamente 4 pantallas].

Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/fecundacion-implantacion-embrión.shtml>

12- Definición ABC. [Internet]. 2007-2015. *Definición de placenta*; [actualizado 13 de abril de 2015; consulta 12 agosto 2015]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/placenta.php#ixzz3Xx9NOq5e>

13- Definición ABC. [Internet]. 2007-2015. *Definición de líquido amniótico*; [actualizado 12 de noviembre de 2014; consulta 12 agosto 2015]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

www.definicionabc.com/salud/liquido-amniotico.php#ixzz3Xx8cwk8k

14-(27) Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *Fecundación e implantación*. [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/fecundacion-implantacion-embriion.shtml>

15- Embarazada.us. [Internet] EE.UU: Latinos.us. [Citado 24 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.embarazada.us/>

16- Enciclopediasalud.com [Internet]. Tarragona, España: Classe Q.S.L; 1999. [Actualizado 21 de marzo de 2014; Consulta 7 de agosto de 2015] *El parto. Definición de Bolsa amniótica*. [Aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/bolsa-amniotica>

17- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. Definición de parto* [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/definicion-parto.shtml>

18- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. Primeros síntomas*. [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/primeros-sintomas-parto.shtml>

19- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. El parto natural. Dilatación*. [Aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/dilatacion-parto-natural.shtml>

20- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. El parto natural. Expulsivo y nacimiento.*

[Aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en:

<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/nacimiento-parto.shtml>

21- Dra. Carrasco, L. [Internet]. Argentina; Blogspot: Octubre 2012. [Citado 3 de agosto de 2015] *El Embarazo. Complicaciones en el embarazo. Alumbramiento Placenta previa.* [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en:

<http://ginobs.blogspot.com.ar/2012/10/planos-de-hodge-y-de-lee.html>

22- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. El parto natural. Alumbramiento.* [Aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/alumbramiento-expulsion-placenta.shtml>

23- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El parto. Definición de parto* [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/definicion-parto.shtml>

24- Dra. Bombí I. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999. [Consulta 3 de agosto de 2015] *El parto. El parto quirúrgico. Cesárea.* [Aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/parto-quirurgico-cesarea.shtml>

25- Enciclopediasalud.com [Internet]. Tarragona, España: Classe Q.S.L; 1999. [Actualizado 18 de enero de 2014; Consulta 3 de agosto de 2015] *El parto. Definición de embarazo. Gestación.* [Aprox. 2 p]. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/embarazo>

26- Embarazo10.com. *Parto prematuro: Posibles causas y síntomas.* Embarazo10.com. Tendencias Media SL [Revista en Internet] 28 de febrero de 2013. [Consultado 15 julio de 2015] Disponible en:

<http://embarazo10.com/parto-prematuro-posibles-causas-y-sintomas/#>

27- Lic. Cortez Rodríguez F, M.C.E. Arizona Amador B, Dra. Cruz Sotelo S.E, Lic. Medina Leal A, *Factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro. Una revisión de la literatura*. Revista Médica electrónica. PortalesMedicos.com. 2015 [Revista en Internet]; [consultado el 17 de octubre de 2015]: [p. 1] Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro>

28- Lic. Cortez Rodríguez F; Arizona Amador M.C.E.; Dra. Cruz Sotelo E. Lic. Medina Leal A L. *Factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro. Una revisión de la literatura*. Revista Médica electrónica. PortalesMedicos.com. 2015 [Revista en Internet]. [Consultado el 17 de octubre de 2015]: [p. 2] Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro/2>

29- Fajardo Luig, R. *Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana*. Revista cubana de Medicina General Integral. [Revista en Internet] Octubre -Diciembre 2008. [Consultado 21 Agosto de 2015] Vol. 24 (Nº4): [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252008000400007&script=sci_arttext

30- Munguía Montalván H, Ruiz Martínez L, Sánchez Pineda E, Rosales Darce J. *Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega*. [Monografía en internet] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2011 [consultado 13 octubre 2015] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro/factores-riesgo-amenaza-parto-prematuro2.shtml>

31- Lic. Cortez Rodríguez F, Arizona Amador M C, Dra. Cruz Sotelo S E. Lic. Medina Leal A L. *Factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro. Una revisión de la literatura*. Revista Médica electrónica. PortalesMedicos.com. 2015 [Revista en Internet]; [Consultado 17 el de octubre de 2015]: [p. 3] Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro/3>

32- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Diabetes gestacional*; [actualizado 28 de Julio de 2014; consultado 12 agosto 2015 2015]; [aprox. 2 p]. Disponible en:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000896.htm>

33- Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS, Centro de prensa; enero de 2015 [consulta 25 agosto de 2015]. *Diabetes*. Nota descriptiva N° 312. [Aprox. 3 pantallas] Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

34- Definición ABC. [Internet]. 2007-2015. *Definición de preeclampsia*; [actualizado 12 de abril de 2015; consulta 12 agosto 2015]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://www.definicionabc.com/salud/preeclampsia.php#ixzz3Xx9x2tXC>

35- Lic. Cortez Rodríguez F, Arizona Amador M C, Dra. Cruz Sotelo S E, Lic. Medina Leal A L. *Factores de riesgo maternos asociados al parto prematuro. Una revisión de la literatura*. Revista Médica electrónica. PortalesMedicos.com. 2015 [Revista en Internet]. [Consultado 17 el de octubre de 2015]: [p. 4] Disponible en:

<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-de-riesgo-maternos-parto-prematuro/4>.

36- Arco Inatal. [Internet] Barcelona: 2012. BCN, SL; *Infecciones de orina durante el embarazo* [actualizado el 5 de noviembre de 2015; citado 10 de noviembre de 2015]; [aprox. 4 pantallas.] Disponible en: <http://inatal.org/el-embarazo/los-sintomas/molestias-genitales-y-urinarias/74-infecciones-de-orina-durante-el-embarazo.html>

37- Infogen.org. [Internet] México: 2013. Infogen A.C. *Anemia en el embarazo*. [Actualizado el 12 de marzo de 2015; citado 8 de noviembre de 2015]; [aprox. 4 pantallas.] Disponible en:

<http://infogen.org.mx/anemia-en-el-embarazo/>

38- Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS, Centro de prensa; enero de 2015 [consulta 25 agosto de 2015]. *Diabetes*. Nota descriptiva N° 312.

[Aprox. 3 pantallas] Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

39- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015.

Examen de glucemia; [actualizado 8 mayo 2014; consultado 21 agosto 2015]; [aprox 4 p.]. Disponible en:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003482.htm>

40- Diabetes Action Online. [Internet]. Ginebra: OMS, Programas y proyectos; enero de 2015 [consulta 25 agosto de 2015]. *Diabetes*. [Aprox. 4 pantallas]. [pp 1-5]

Disponible en:

http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/

41- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015.

Hipertensión arterial; [actualizado 13 mayo 2014; consultado 13 agosto 2015]; [aprox 4 p.]. Disponible en:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>

42- Diabetes Action Online. [Internet]. Ginebra: OMS, Programas y proyectos; enero de 2015. *Diabetes*; [consultado 25 agosto de 2015]. [Aprox. 4 pantallas] [PP. 2-5]

Disponible en:

http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

43- Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra: OMS, Centro de prensa; enero de 2015 [consultado 25 agosto de 2015]. *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. Nota descriptiva N° 315. [Aprox. 4 pantallas] Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>

44- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; [actualizado 26 abril 2014; consultado 13 agosto 2015]; [aprox 4 p.]. Disponible en:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000091.htm>

45- Fundepoc.org [Internet] Argentina: Fundepoc.org; [citado 3 de agosto de 2015] *¿Qué es la Epoc?* [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.fundepoc.org/index.php?item=epoc#>

46- Fundepoc.org [Internet] Argentina: Fundepoc.org; [citado 3 de agosto de 2015] *¿Qué es la Epoc?* [Aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.fundepoc.org/index.php?item=epoc#>

47- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Hipotiroidismo*; [actualizado 05 de Octubre de 2014; consultado 12 agosto 2015 2015]; [aprox. 2 p.] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000353.htm>

48- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Hipotiroidismo*; [actualizado 05 de Octubre de 2014; consultado 12 agosto 2015 2015]; [aprox. 2 p.] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000353.htm>

49- Carvajal, Jorge. [Internet]. Santiago, Chile: Dr. Enrique Oyarzun Ebensperger, Dr. José Ignacio Badía Arnaiz [Actualizado 24 de septiembre de 2014; citado 7 de junio de 2015]. *Alto riesgo obstétrico. Cardiopatías*. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/cardiopatia.html>

50- Sánchez de la Rosa R, Rodríguez Hernández, N. *Enfermedades renales y embarazo*. Revistas Médicas cubanas [Revista internet]. Cuba: Infomed 1996 [Revista en Internet]; [consultado el 17 de octubre de 2015] vol. 4 (nº12): [p. 1] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi13496.htm

51- Dr. Zabala C, Dr. Robert S J, Dr. fierro C A. *Embarazo, Nefropatía e Hipertensión Arterial*. Revista Médica de Clínica Las Condes. [Revista internet]. Chile: Dirección académica Las Condes. 2005; [consultado el 20 de octubre de 2015] vol. 16 (nº2): [p. 1]. Disponible en:

http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Abril_2005/articulo_014.htm

52- María G. Ulanowicz, Karina E. Parra, Gisela V. Rozas, Dra. Lourdes Tisiana Monzón. *Hipertensión Gestacional. Consideraciones Generales, Efectos sobre la Madre y el Producto de la Concepción*. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Diciembre 2005. [Citado 14 de Julio de 2015], (Nº152): [Aprox. 3 pantallas]. Disponible en:

http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/6_152.htm

53- Guías Clínicas [Internet]. Barcelona, España: ICGON; 2013. [Actualizado 19 de febrero de 2014; Consulta 23 de agosto de 2015] *Oligohidramnios en gestación única*. [Aprox. 2 p]. Disponible

https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/oligohidramnios.pdf

54- Dra. Inés Bombí. [Internet]. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud; 1999 [3 de agosto de 2015] *El Embarazo. Complicaciones en el embarazo. Alumbramiento Placenta previa*. [Aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en:

<http://www.mapfre.es/salud/es/informativo/placenta-previa.shtml>

55- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Sangrado vaginal en el embarazo*; [actualizado 03 de noviembre de 2014; consultado 12 agosto 2015]; [aprox. 2 p]. Disponible en:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003264.htm>

56- Infogen.org. [Internet]. México: Infogen A.C. 2013. *Sangrado vaginal en el embarazo*; [actualizado 20 de Marzo de 2015; consultado 12 agosto 2015]; [aprox. 2 p]. Disponible en:

<http://infogen.org.mx/sangrado-vaginal-en-el-embarazo/>

57- Hospitalitaliano.org. Obstetricia. Buenos Aires: 2015; Hospital Italiano Obstetricia. *Acretismo placentario*. [Apróx. 2 pantallas] Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/obstetricia/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=8308

58- Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Atlanta: A.D.A.M. Inc.; ©1997-2015. *Polihidramnios*; [actualizado 19 de septiembre de 2011; consultado 15 agosto 2015]; [aprox. 5 p]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003267.htm>

59- Antonio J. Arteaga Arteaga. [Internet] Antioquia: UdeA; 9 de marzo de 2015. *Amenaza de parto prematuro*; [Consultado 13 de Septiembre de 2015]; [Apróx. 5 Pantallas]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/forum/view.php?id=56779>

60- Dra. Lorenzo García A, Baraibar Penco R, Dra. Melgar Álvarez S. Dra. Parodi Debat C, Dra. Gambogi Irigaray R, Lic.Ps. Cenández Martínez A, et al. *Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo*. Programa Nacional para el control del tabaco. Uruguay: Ministerio de Salud pública. [Internet]. 2009. [citado 9 de sep. de 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/sites/implementation/files/document/s/reports/Annexfiveurug.pdf?ua=1>

61Cristina Mestre Ferrer. Reproducción asistida. RA [Revista de internet]. [12 de nov . 2015]:[2pantallas]. Disponible en: <http://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida>

62-Grupo Gestar -

Reproducción asistida. [Internet] Buenos Aires: Samer[03 de nov. 2015] Reproducción asistida. [2 pantallas].

Disponible en:

<http://www.grupogestar.com.ar/tratamientos.php>

63-Laura Garrido Casado. Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI). RA. Reproducción asistida. [Revista de internet]. [12 de nov. 2015]:[2 pantallas].

Disponible en: <http://www.reproduccionasistida.org/microinyeccion-intracitoplasmica-de-espermatozoides-icsi/>