

INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL "SAN PEDRO CLAVER" Durante los años 2008-2011

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver, Sucre - Bolivia

Palabras Clave: Parto pretérmino. Prematuro.

Key Words: Preterm birth. Premature.

RESUMEN

El parto prematuro pese a todos los esfuerzos, se constituye en un problema clínico importante, siendo un componente esencial de morbilidad y mortalidad perinatal.

Se realizó un estudio retrospectivo de 292 pacientes que presentaron parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver con el objetivo fundamental de determinar estrategias que permitan prevenir el parto prematuro espontáneo y determinar factores de riesgo. La incidencia es baja en relación a otros estudios, de inicio espontáneo en el 52% de casos y no se pudo determinar su relación con la edad materna avanzada. Llama la atención la determinación de la edad gestacional del recién nacido, pues sólo el 55.5% fueron prematuros y el 44.5% fueron productos a término. La administración de corticoides fue determinante en el bienestar del neonato, el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

SUMMARY

Preterm birth despite all efforts, remains a major clinical problem, being an essential component of perinatal morbidity and mortality.

A retrospective study of 292 patients who had preterm delivery in San Pedro Claver Hospital with the ultimate goal of identifying strategies to prevent spontaneous preterm birth and identify risk factors was performed.

La incidencia es baja en relación a otros estudios, de inicio espontáneo en el 52% de casos y no se pudo determinar su relación con la edad materna avanzada. Llama la atención la determinación de la edad gestacional del recién nacido, pues sólo el 55.5% fueron prematuros y el 44.5% fueron productos a término. La administración de corticoides fue determinante en el bienestar del neonato, el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

INTRODUCCION

Se considera parto pretérmino, el que se produce antes de las 37 semanas de gestación, lo cual debería ser corroborado por ecografía realizada en el primer trimestre. (1)

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, por lo tanto es un gran desafío para la salud pública a nivel mundial, es responsable del 40% a 60% de la mortalidad perinatal y está asociado a más del 50% de todas las deficiencias neurológicas. (2,3)

La incidencia de parto pretérmino es de cerca de 11% en los Estados Unidos y de 5% a 7% en Europa. (4)

A pesar de la mejoría de las condiciones socio-sanitarias y de los avances

científicos y tecnológicos, no se ha conseguido disminuir de manera significativa el porcentaje de parto pretérmino, y en algunos países la tasa continúa ascendiendo debido sobre todo a la utilización de técnicas de reproducción asistida y el incremento de las intervenciones obstétricas. (1)

Actualmente se concibe el parto prematuro como un síndrome, es decir una condición causada por múltiples patologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas antes de la semana 37 de gestación; liberación de prostaglandinas que van a actuar sobre miometrio, cuello y membranas (corion y amnios); evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar hasta hoy las siguientes causas: Infección intraamniótica, isquemia útero placentaria, sobredistención uterina, factores inmunológicos, disfunción cervical y hemorragia coriódécidual. (5)

La importancia clínica de la prematuridad radica en su influencia sobre la morbimortalidad perinatal e infantil. En este grupo de nacidos se concentra el 69% de la mortalidad perinatal. Además, la prematuridad es la primera causa de muerte infantil tras el primer mes de vida.

El diagnóstico de parto prematuro es esencialmente clínico, se basa en la aparición de contracciones uterinas, modificaciones cervicales, determinación de fibronectina fetal y la ecografía vaginal que presentan una alta precisión. (1)

La atención del parto de un feto prematuro debe estar orientada a la reducción de riesgos obstétricos que generan morbilidad neonatal del tipo de asfixia y traumatismo fetal (especialmente encefálico). (5)

Planteamiento del problema: ¿Por qué la prematuridad se constituye en la primera causa de morbilidad neonatal en el Hospital San Pedro Claver?

Objetivo general: Determinar estrategias que permitan prevenir el parto prematuro.
Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia de parto prematuro y amenaza de parto prematuro.
- Analizar factores de riesgo maternos: grupo étnico, paridad, estado civil.
- Analizar la vía de terminación del embarazo.
- Determinar la edad gestacional del recién nacido y la referencia.

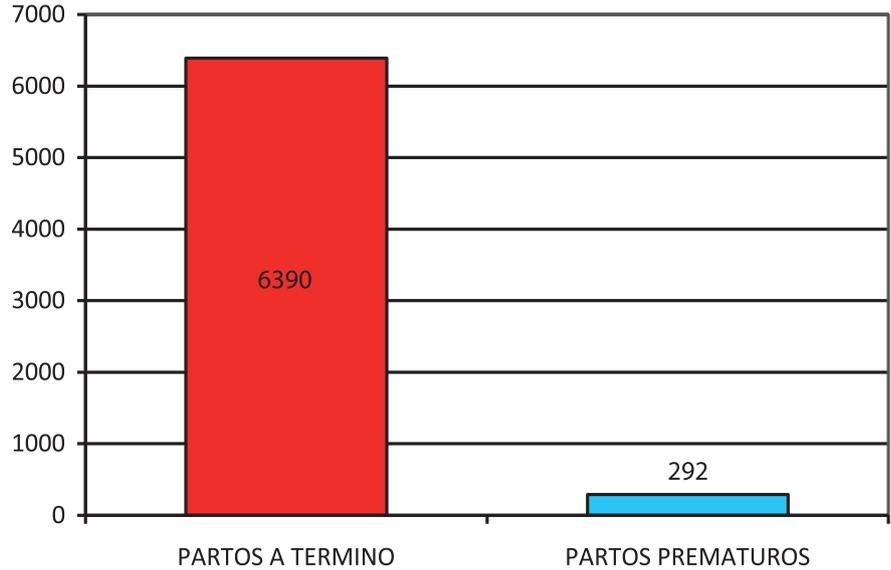
MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2011. Se tomó como población general el total de partos atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Pedro Claver (6682 casos). El grupo seleccionado para el presente estudio fue de 292 pacientes con diagnóstico de parto prematuro.

La recolección de datos se realizó en base a la revisión de historias clínicas y libros de registro del Servicio de Obstetricia.

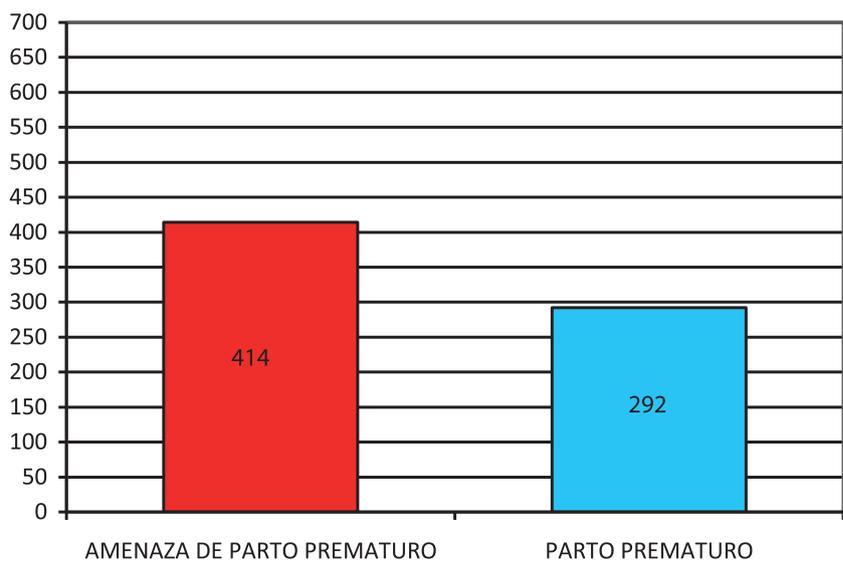
RESULTADOS

Incidencia de parto prematuro en el Hospital "San Pedro Claver" según total de partos



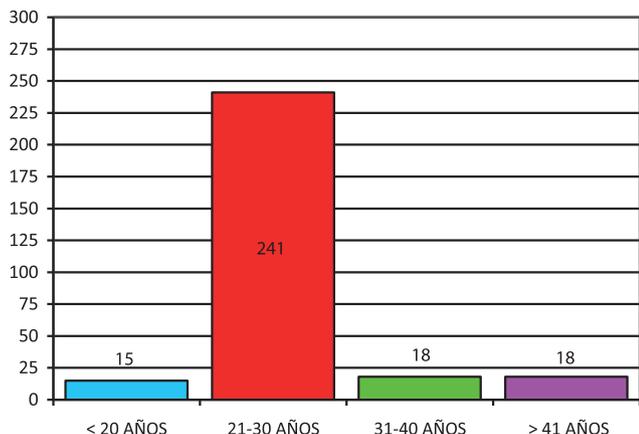
Del total de partos atendidos en el periodo de estudio que fueron 6682, el 95.6% (6390) fueron de embarazos a término y sólo el 4.4% (292 casos) de pacientes culminaron su embarazo en parto prematuro

Incidencia de parto prematuro en el Hospital "San Pedro Claver" según total casos de amenaza de parto prematuro



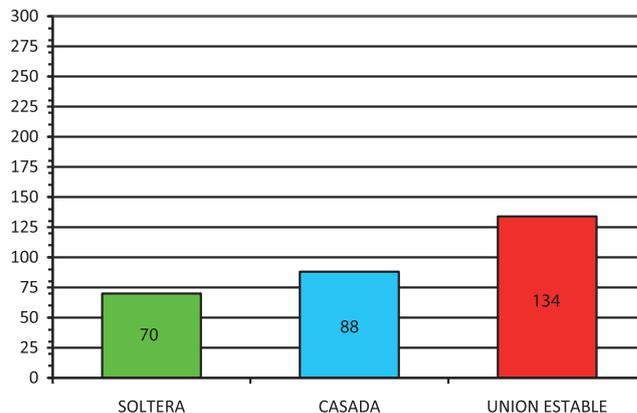
De las 706 pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, 292 pacientes (41 %) presentaron un parto prematuro y en 414 pacientes (59%) se postergó el parto por el efecto de tocolíticos y corticoides..

Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun grupo etareo



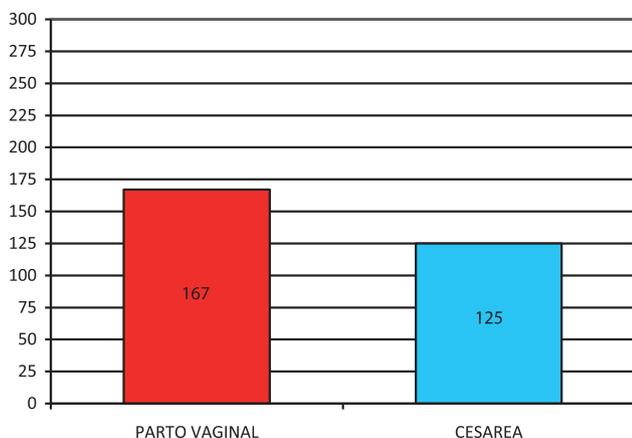
Del total de pacientes seleccionadas con parto prematuro, 241 mujeres (83%) tenían una edad comprendida entre 21-30 años, seguida por las pacientes entre 31-40 años y más de 41 años con 18 casos (6%) respectivamente.

Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun estado civil



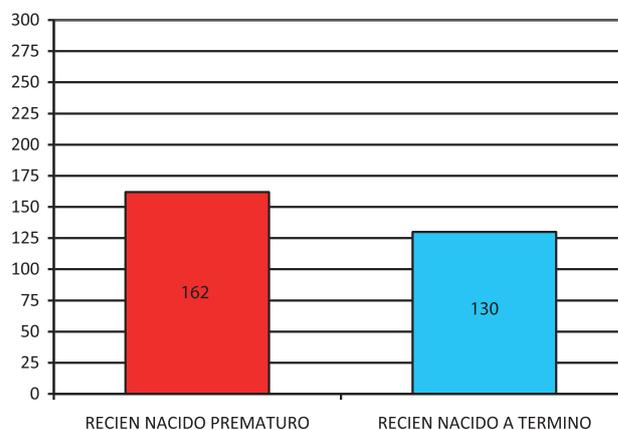
Analizando la prevalencia de casos de parto prematuro según el estado civil de la paciente, 134 mujeres (46 %) tenían una unión estable, 88 mujeres (30 %) fueron casadas y finalmente 70 mujeres (24%) solteras.

Incidencia de parto prematuro en el hospital San Pedro claver segun via de terminacion del embarazo



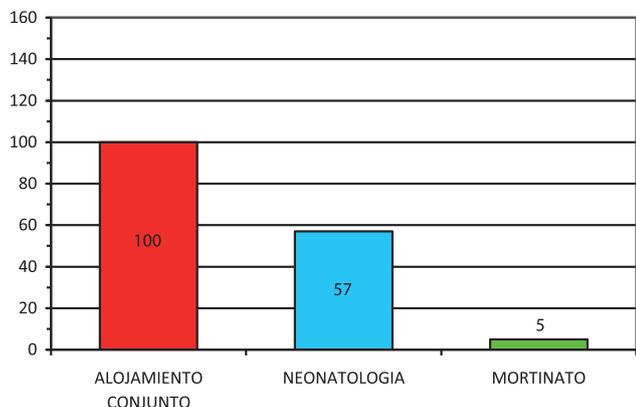
Del total de partos prematuros atendidos, 167 pacientes (57 %) culminaron su gestación por vía vaginal y 125 gestantes (43 %) por vía abdominal (cesárea).

Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun edad gestacional del recién nacido



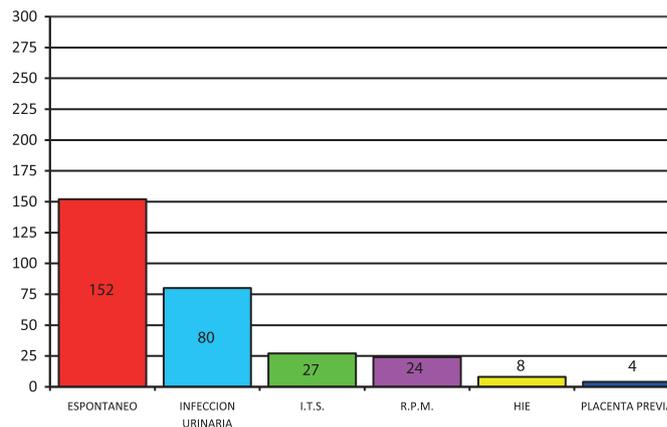
Determinando la edad gestacional del recién nacido por el Servicio de Neonatología, 162 recién nacidos (55.5%) tenían una edad inferior a 36 semanas de gestación y 130 recién nacidos (44.5%) tenían edad gestacional superior a 37 semanas.

Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun referencia del recién nacido



De los 162 recién nacidos prematuros durante el periodo de estudio, 100 neonatos (62 %) fueron destinados a alojamiento conjunto, con su madre, 57 neonatos (35 %) fueron internados en el Servicio de Neonatología por distrés respiratorio y finalmente se tuvo 5 mortinatos (3%) por prematuridad.

Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun patologia materna asociada.



Del total de pacientes seleccionadas el 52% (152 casos) no presentaron patologías asociadas relacionadas con el inicio espontáneo de un parto prematuro. La infección urinaria se constituyó en la primera causa de patología materna asociada en 80 casos (27%), luego las infecciones de transmisión sexual (condiloma acuminado, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y sífilis entre otras) en 27 casos (9%), posteriormente la ruptura prematura de membranas en 24 casos (8%), por último la hipertensión inducida por el embarazo y `placenta previa en 6 casos (3%) y 4 casos (1%) respectivamente.

DISCUSION

La tasa de parto pretérmino actualmente oscila entre el 8 y el 10% de todas las gestaciones y de aproximadamente 8 a 10% del total de partos. En los países pobres las cifras de incidencia son superiores al 20% de los partos. A partir de los datos aportados por la OMS es de esperar cerca de 14.000.000 de pretérminos al año en el mundo. (1) La prematuridad suele clasificarse según su origen: Pretérmino espontáneo o idiopático (50%), Pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (25%) y Pretérmino por intervención médica o iatrogénico (25%), debido a enfermedades maternas y fetales (preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, enfermedades maternas) que aconsejan la terminación del embarazo antes de su término. (1) El 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas son

atribuibles directamente a prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Aún cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad fetal tardía, neonatal y de mortalidad infantil atribuible a ello muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro. (3) Los progresos realizados durante los últimos años en el campo de la perinatología han hecho posible que aumente la supervivencia de los recién nacidos de bajo peso. Sin embargo, la morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer, así como las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más

frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral. (5) La supervivencia de los pretérmino ha mejorado de forma sustancial en los últimos años debido a una mejor atención prenatal, el empleo cada vez más generalizado de corticoides antenatales, desde el informe original de Liggins y Howie en 1972 existe suficiente evidencia que apoya la administración de corticoides a la madre, la mejora en las técnicas de reanimación postnatal y la administración de surfactante, como tratamiento de la enfermedad de membrana hialina. (6)

Factores maternos	Edad materna Tabaco Nivel socioeconómico bajo Raza distinta a la blanca Bajo peso materno Usuaría a drogas Condiciones laborales Estrés
Antecedentes obstétricos	Historia previa de parto prematuro Hemorragia vaginal
Factores uterinos	Gestación múltiple Polihidramnios Malformaciones uterinas Miomomas Incompetencia cervical Traumatismos Dispositivo intrauterino
Factores fetales	Muerte fetal
Factores genéticos	IL-6, TNF-alfa
Infección	Urinarias Infección cérvico-vaginal Corioamnionitis Infección materna

Los factores de riesgo de parto prematuro se resumen en el siguiente cuadro: (1) El papel etiológico de la infección materna en la ocurrencia de parto pretérmino puede ser una consecuencia indirecta de la producción de altos niveles de mediadores inflamatorios (tales como las citocinas, principalmente la interleucina 1 beta e interleucina 6, prostaglandina E y el factor alfa de necrosis tumoral), los que reducen el tiempo de gestación. (7)

Las enfermedades periodontales pueden contribuir a la ocurrencia de parto pretérmino por medio de un mecanismo indirecto involucrando a mediadores inflamatorios o a través de acción bacteriana directa en el amnios. (8,9) En éste hallazgo el parto prematuro estaría asociado a una edad materna más avanzada, a un menor nivel de escolaridad materna, a la hipertensión durante la gestación, al

retraso de crecimiento intrauterino y a la ruptura prematura de membranas. La tasa de prevalencia observada, del 41% de enfermedad periodontal en mujeres gestantes, también es similar a los hallazgos relatados por otros investigadores. (10,11)

El diagnóstico del trabajo de parto pretérmino se basa en los siguientes puntos: 1. Contracciones uterinas regulares (4 contracciones en 20 minutos u 8 en una hora), 2. Modificaciones cervicales: Modificación progresiva del cuello uterino, dilatación cervical mayor o igual a 2 cm., acortamiento mayor o igual del 80% y puntuación de Bishop igual o superior a 6. (1)

Las estrategias de intervención que hoy aparecen como más promisorias son la determinación cérvico-vaginal de fibronectina (marcador de disrupción coriodecidual), cuya detección aumentaría en 5 veces el riesgo de parto prematuro; la determinación de la

longitud cervical y grado de herniación de las membranas ovulares a través del cérvix, con ultrasonografía transvaginal. (5)

La observación hospitalizada de la paciente es fundamental, el reposo en cama (decúbito lateral izquierdo), la evaluación materna y fetal (descartar la existencia de condiciones que contraindiquen la prolongación de la gestación o el uso de tocolíticos habituales), hidratación con solución salina o ringer lactato (un posible efecto terapéutico por suprimir los niveles elevados de arginina-vasopresina, a velocidad de no más de 200 cc/hora). (5) Papatsonis y cols. han comparado los efectos neonatales del Nifedipino versus Ritodrina, ellos encontraron que el Nifedipino se asocia a embarazo más largo, menor riesgo de resultados perinatales adversos y menores reacciones adversas maternas. (12)

En la atención del parto prematuro debe considerarse: Buena relajación perineal, episiotomía amplia, preferir la operación cesárea en presentaciones podálicas con estimación de peso fetal menor de 2500 gr. y/o edad gestacional < 34 semanas. En presentaciones cefálicas, preferir vía vaginal, monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, mantención de la integridad de las membranas ovulares el máximo de tiempo posible. Si en el servicio no existen las condiciones óptimas para atender a un recién nacido prematuro, debe considerarse el transporte in útero, es decir, la referencia a un centro de mayor complejidad. (5)

CONCLUSIONES

- En el presente estudio el porcentaje de partos prematuros no es sustancialmente elevado en relación al total de partos atendidos en relación con estadísticas mundiales.
- No se pudo determinar una relación entre la edad materna avanzada y el parto prematuro.
- Existe una relación de variabilidad importante entre la edad gestacional al momento de la internación y la edad gestacional del recién nacido valorado por neonatología, el 44.5% eran productos a término, lo que demuestra algunas falencias en el diagnóstico; éste hecho es muy importante para dirigir de mejor manera la conducta terapéutica.
- El efecto positivo de los tocolíticos permiten un margen de tiempo de espera en la evolución del trabajo de parto, que ha permitido la administración de corticoides, pues el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

- Finalmente, el manejo exitoso del trabajo de parto prematuro incluye prevenir la enfermedad neonatal cuando sea posible, incluyendo el uso de corticoides, y reduciendo el riesgo de traumatismo y asfixia durante el parto. Los recién nacidos pretérmino, deben nacer en un lugar que cuente con personal capacitado en reanimación neonatal y cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

- Evaluar factores de riesgo durante los controles prenatales (infecciones genitourinarias y periodontales entre otras). La única intervención recomendada en forma sistemática es el screening y posterior tratamiento de la bacteriuria asintomática.
- Determinar la edad gestacional segura (examen ecográfico entre 16 a 20 semanas) que permitirá realizar mejor el tamizaje de pacientes y considerar la tocólisis con el fin de postergar el parto 48 horas y administrar corticoides o bien, permitir el desencadenamiento de parto.
- Efectuar evaluación clínica y laboratorial de enfermedades de base.

BIBLIOGRAFIA

1. BAJO JM, MELCHOR JC, MERCÉ LT. Fundamentos de Obstetricia. (SEGO) Parto Pretérmino. Madrid 2007:1. 425-430.
2. World Health Organization. Report of a Scientific Group on Health Statistics Methodology Related to Perinatal Events. Geneva: 1974. p 1-32. (Document no. ICD/PE/74.4).
3. MCCORMICK MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med.* 1985 Jan; 312(2):82-90.

4. GOEPFERT AR, JEFFCOAT MK, ANDREWS WW, FAYE-PETERSEN O, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004 Oct; 104(4):777-83.
5. SALINAS H, PARRA M, VALDÉS E, CARMONA S, OPAZO D. *Obstetricia. Parto Pretérmino.* Chile 2005 18:227-40.
6. CROWLEY J, Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library, Issue 3 2002.*
7. LÓPEZ NJ, SMITH PC, GUTIERREZ J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res.* 2002 Jan; 81(1):58-63.
8. JARJOURA K, DEVINE PC, PEREZ-DELBOY A, HERRERA-ABREU M, D'ALTON M, PAPAPANOU PN. Markers of periodontal infection and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 192(2):513-9.
9. JEFFCOAT MK, GEURS NC, REDDY MS, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, HAUTH JC. Periodontal infection and preterm birth. Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* 2001 Jul; 132(7):875-80.
10. DAVENPORT ES, WILLIAMS CE, STERNE JA, MURAD S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res.* 2002 May; 81(5):313-8.
11. GOEPFERT AR, JEFFCOAT MK, ANDREWS WW, FAYE-PETERSEN O, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004 Oct; 104(4):777-83.
12. PAPATSONIS, D. FLENADY, V. Cole, S. LILEY, H. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. [Protocol] *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1, 2005.