

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Repercusión del parto pretérmino

### Out comes of preterm parturition

**Dra. Maitté Vera López; Dr. Frank Alberto Castillo Fernández; Dra. Noris Navas Ábalos**

Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial "Ana Betancourt de Mora" Camagüey, Cuba.

### RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" de Camagüey para determinar la repercusión del parto pretérmino desde enero a diciembre del año 2004. El universo estuvo constituido por las gestantes que tuvieron este evento entre 21 y 36.6 semanas; en total fueron 197 embarazadas, con edad media de 26.4 +/- 6.4 años; de las cuales 101 para el 51.2 %, no tenían experiencia previa de parto, 89 fueron evaluadas como bajo peso (45.1 %) y 119 con ganancia insuficiente (60.4 %). La infección vaginal fue la enfermedad asociada más frecuente, al constituir el 41.6 % de la muestra y la rotura prematura de membranas la propia con 108 para el 54.8 %. La mayor cantidad de partos ocurrió después de las 33 semanas con 138 para un 70 %. La depresión respiratoria transitoria con 55 (27.9 %), la neumonía congénita 23 (11.6 %) y la enfermedad de la membrana hialina 22 (11.1 %) constituyó la principal morbilidad de los neonatos; mientras que la anemia con 11 (5.5 %) y la dehiscencia de la rafia con 6 (0.3 %) las maternas. Se confirmó la necesidad del estudio y control de los factores de riesgo del parto pretérmino

como la infección cervicovaginal que tan elevada morbilidad puede causar a nuestras mujeres en general y particularmente a los gestantes con su secuela de bajo peso al nacer e inmadurez secundaria a la prematuridad, ya sea directamente o través de la rotura prematura de las membranas amnióticas.

**DeCS:** TRABAJO DE PARTO PREMATURO

## **ABSTRACT**

**Background:** A prospective, descriptive study was conducted at the "Ana Betancourt de Mora" Maternity Hospital City of Camagüey, to assess the outcomes of preterm parturition. The universe was chosen from childbearing women (21- 36.6 weeks) who amounted to 197, and were aged 26.4-64. Of them 104 (51.2 %) had no previous delivery, 89 were assessed as bearers of low weigh children (45.1 %), 119 had insufficient gain (60.4 %). Vaginal infection was the most frequent associated disease in the sample (41.6 %); 108 (54.8 %) had preterm amniotic sac breakage. The highest amount of deliveries occurred after week 33, 188 deliveries (70 %). 55 patients suffered from transient respiratory depression (27.9 %), whereas 23 (11.6) suffered from after week 33 hyaline membrane disease (11.1 %), main cause of morbidity in newborns, 11(5.5 %) suffered from anemia 6 (0.3 %) suffered form raffia dehiscence. Our study confirmed the need for research in and control of risk factors for preterm birth, such as cervicovaginal infection, which not only causes the morbidity rate to rise among women-particularly among childbearing ones but also has sequelae such ad low birth weight and preterm secondary immaturity, either directly or through preterm amniotic membrane break age.

**DeCS:** LABOR PREMATURE

## INTRODUCCIÓN

La prematuridad y el bajo peso al nacer son las principales causas de muerte en el mundo en desarrollo, la identificación de los factores que las propician o de "riesgo", constituye un empeño de la obstetricia moderna.

La primera clasificación sobre la prematuridad data de 1919.<sup>1,2</sup> En 1960 la OMS acordó definir pretérmino para el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas y bajo peso para todos los niños que nacen con menos de 2500g, sin importar la fecha.<sup>3</sup> Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que provocan el parto pretérmino y de ellas, la infección amniótica, la isquemia uteroplacentaria, las malformaciones, la sobredistensión uterina, la infección del tractus genital, los factores inmunológicos y otros, son las más invocadas.<sup>4-6</sup> A nivel mundial uno de cada seis niños nace bajo peso (17 %), la mortalidad de estos en su primer año de vida es 40 veces mayor a los que nacen con peso adecuado.<sup>7,8</sup> Nuestra sociedad ha logrado establecer índices anuales decrecientes comparables con países desarrollados,<sup>9</sup> no obstante, a pesar del avance en perinatología el futuro neurológico de estos niños es incierto, por lo que nos motivamos a realizar este estudio.

## MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente "Ana Betancourt de Mora" de Camagüey para determinar la repercusión del parto pretérmino desde enero a diciembre del 2004. El universo estuvo constituido por 197 gestantes que tuvieron este evento con tiempo de gestación entre las 21 y las 36.6 semanas. Se excluyeron siete nacimientos que por información incompleta dificultaron la obtención de los datos y se confeccionó un formulario con las siguientes variables: número de partos previos, edad materna, estado nutricional y ganancia de peso, enfermedades propias y asociadas, tiempo de gestación al ingreso y al parto; la información obtenida se recogió de las historias clínicas y el libro de parto de nuestro hospital, se procesaron los datos en una computadora ACER con microprocesador Pentium III, programa estadístico Excel con paquete

Microsoft Office 2000; se aplicó estadística descriptiva, distribución de frecuencia, por ciento, test de hipótesis y proporciones.

## RESULTADOS

Predominaron las nulíparas con 101 (51.2 %), de las cuales 45 (22.8 %) tenían menos de 20 años y 23 entre 26 y 30 años (11.6 %), seguida de las primíparas 65 (32.9 %), 106 mujeres arribaron al parto con más de 25 años (53.8 %), mientras que 91 con menos de esta edad (46.1%) (Tabla 1).

**Tabla 1. Número de partos en relación con la edad materna**

Edad codificada	Nulípara	1 parto	2 partos	3 ó más partos	Total
15 años y menos	7	-	-	-	7
16-20 años	38	7	1	-	46
21-25 años	22	9	5	2	38
26-30 años	23	15	13	-	51
31-35 años	7	25	7	-	39
36 años y más	4	9	1	2	16
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>65</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>197</b>

Fuente: Encuesta. \*  $p \leq 0.05$

Con respecto a la evaluación nutricional, la mayor incidencia ocurrió en las gestantes con bajo peso, 89 (45.1 %), seguidas de 81 con peso normal (41.1%). De las 119 (60.4 %) que tuvieron una ganancia no adecuada, 60 eran bajo peso (30.4 %), 7 entre sobrepeso u obesas (6 %). En total la malnutrición se presentó en 116 gestantes para un 58.8 % (Tabla 2).

**Tabla 2. Ganancia de peso en relación con el estado nutricional**

<b>Valoración nutricional</b>	<b>Normal</b>	<b>Escasa</b>	<b>Excesiva</b>	<b>Total</b>
Bajo peso	20	60	9	89
Normopeso	23	48	10	81
Sobrepeso	7	8	5	20
Obesa	2	3	2	7
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>119</b>	<b>26</b>	<b>197</b>

Fuente: Encuesta. \*  $p \leq 0.05$

La enfermedad asociada que más incidió fue la infección vaginal con 82 (41.6 %) seguida por el asma bronquial con 22 para un 11.1 % y la hipertensión arterial con 13 (6.5 %). Del total de gestantes, 155 manifestaron alguna enfermedad asociada (78.6 %) (Tabla 3).

**Tabla 3. Incidencia de enfermedades asociadas**

<b>Enfermedades asociadas</b>	<b>No.</b>
Infección vaginal	82
Asma bronquial	22
Hipertensión arterial crónica	13
Anemia	11
Diabetes mellitus	6
Infección urinaria	6
Obesidad	5
Fibroma uterino	4
Cardiopatía	3
Disfunción tiroidea	3

Como enfermedad propia de la gestación predominó la rotura prematura de membranas en 108 grávidas (54.8 %) seguida de la incompetencia ístmico-cervical con 67 (34 %) (Tabla 4).

**Tabla 4. Incidencia de enfermedades propias**

<b>Enfermedades propias</b>	<b>No.</b>
Rotura prematura de membrana	108
Cuello modificado	67
Amenaza de parto pretérmino	49
Cuello modificado	30
Patrón contráctil patológico	20
EVHE	7
Gestorragia de la II mitad	7
CIUR	6
Gestorragia de la I mitad	3
Infección ovular	1

Sumando todas las gestantes a las cuales se les realizó el diagnóstico entre 21 y 28 semanas, se obtuvieron 41 (20.8 %), a 59 (35 %) entre 29 y 32 semanas y a 87 (44.1 %) entre 33 y 36.6 semanas. De estas, 138 (70 %) tuvieron su parto entre las 33 y las 36.6 semanas, mientras que el 25.8 %, 51 señoras, lo realizó entre 29 y 32 semanas y sólo 8 (4 %) tuvieron su descendencia entre 25 y 28 semanas. Es importante enfatizar la calidad del trabajo obstétrico en nuestra institución y en la sala de cuidados perinatales particularmente, ya que en la serie de 41 gestantes con diagnóstico de amenaza de parto antes de las 28 semanas, se le pudo controlar a 33 (80 %) y postergar su parto para semanas después en que, producto de acciones médicas y farmacológicas disminuyó la morbimortalidad de estos recién nacidos (Tabla 5).

**Tabla 5. Relación entre el tiempo de gestación al diagnóstico y al parto**

Tiempo de gestación al diagnóstico					
Tiempo de gestación al parto (semanas)	21-24	25-28	29-32	33-36.6	Total
25-28	1	7	0	0	8
29-32	2	10	29	0	51
33-36	17	4	30	87	138
Total	20	21	59	87	197

Fuente: Encuesta. \*  $p \leq 0.05$

## DISCUSIÓN

El embarazo en las edades extremas del período fértil constituye un riesgo demográfico mayor de prematuridad,<sup>10,11</sup> en nuestra investigación predominó la nuliparidad en el grupo de 26 a 30 años. El 26.9 % presentó menos de 20 años al igual que otros reportes.<sup>12</sup> El incremento de la morbilidad materna fetal secundaria por una instrucción general aún deficiente, un inicio precoz de las relaciones sexuales y el no respeto a las normas anticonceptivas hace que el embarazo, en edades tempranas, se comporte como un hecho accidental, no deseado, y genera inestabilidad en la pareja, violencia, abandono escolar y madres solteras.<sup>13</sup>

El estado nutricional de la mujer antes de la fecundación es tan importante como la nutrición durante el embarazo. El peso materno inferior al ideal al comienzo de este proceso duplica la posibilidad de presentar un feto con bajo peso para su edad gestacional o un parto antes del término.<sup>14,15</sup> Durante años se ha manejado por gran parte de la literatura especializada que la infección cervicovaginal constituye más de el 60 % en las causas del parto pretérmino, para nosotros el 41.6 % de las encuestadas presentó alguna forma de infección vaginal a expensas de gérmenes anaeróbios (vaginosis bacteriana), secundaria a hongos como la *Cándida albicans*, o por *Tricomonas tracomatis*, lo que incrementó el riesgo de parto pretérmino, con o sin rotura prematura de membranas.<sup>16,17</sup> Este accidente, a su vez, constituye una causa elevada de parto pretérmino, pues ocasiona una incidencia del 33 al 40 %, para los

diferentes reportes y para nosotros el 54.8 %. La incompetencia ístmico-cervical como defecto anatómico y/o estructural del cervix tiene su origen fundamentalmente en traumatismos del parto, abortos a repetición y otras manipulaciones ginecológicas, su detección precoz constituye efectiva medida para prevenir el parto pretérmino y con ello disminuir la elevada tasa de morbimortalidad asociada al mismo<sup>18</sup>. El tratamiento de la infección cervicovaginal en la gestante disminuye la posibilidad de infección neonatal, muchas veces condición indispensable para la aparición de una neumonía congénita, depresión respiratoria o membrana hialina. La anemia, incrementada por los cambios del embarazo, las necesidades fetales y el parto, constituye una de las principales causas de morbilidad materno perinatal.<sup>19</sup> La asociación de anemia ferripriva con una disminución de la capacidad inmunológica del organismo (dada las propiedades antimicrobianas de la ferritina), hace que a menores concentraciones hemoglobínicas aumente la predisposición a las infecciones.<sup>20</sup> La infección urinaria está relacionada en un 27 % con la aparición del parto pretérmino.<sup>21</sup>

## CONCLUSIONES

1. La edad media fue de 26.4+/-6.4 años. El 51.2 % no tenía experiencia de partos.
2. El 45.1 % de las gestantes se evaluó como bajo peso y el 60.4 % tuvo una ganancia insuficiente del mismo.
3. Como enfermedad asociada predominó la infección vaginal, mientras que como propia, la rotura prematura de membranas y la incompetencia ístmico-cervical.
4. La media del tiempo de gestación al parto fue de 33.5+/-2.4 semanas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna García S. Parto pretérmino. Revisión anual. BJOG 2003; 110 (suppl. 20).
2. Cázares Ortiz M, Romero Santacruz E, Escobedo Aguirre F. Impacto del uso de los esteroides antenatales sobre la morbimortalidad del neonato. Ginecol. Obstet. Méx. 2000; 68(7): 296-300.
3. Alonso Uría RM. Comportamiento de los recién nacidos de muy bajo peso. Rev. Cub. Pediatr. 2001; 42 (6):92-102.
4. Romero R, Mazor M. Infección y trabajo de parto pretérmino. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998; 3: 537-65.
5. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF, eds. William Obstetricia 21ed. Buenos Aires:Editorial Médica Panamericana; 2002.p. 592-623.
6. Josep MA, Boguña Ponsa. Amenaza de parto pretérmino. Criterios para suspender el tratamiento útero-inhibidor. Rev. Ginecol. Obstet. Clinic 2003; 4(2)80-5.
7. Sacramento Rojas, Herman Yoffre, Aza Santamaría. Comparación de la morbimortalidad neonatal del pretérmino nacido por parto abdominal y vaginal. Biblioteca central UNMSM; 2002.
8. Growley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2000.
9. Cuba. MINSAP. Programa de reducción del bajo peso al nacer. Grupo de Atención Materno Infantil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993.
10. De la Graza Quintanilla C. Celaya JA, Hernández C. Primigesta adolescente. Ginecol & Obstet. Méx 1997; 65(12): 533-7.
11. Villón J, Loyola E, Rosa E. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huacavelica. Rev. Chil. Ginecol & Obstet 1999; 45(9): 116-9.
12. Andrews NW. The preterm prediction study. Am J Onstet Gynecol 2000; 183 (3):662-8.
13. Villena Heisen C, Quijano F, Luxner K. Embarazo, parto y puerperio en mujeres de bajo peso. Rev. Chil. Obstet. Ginecol 1997; 62(5):352-7.
14. Calderón Guillen J, Genaro Vega Malagón, Velásquez Tlapanco J, Morales Carrera R, Jesús Vega Malagón A. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev. Med. IMSS 2005; 43(4): 339-42.

15. Schieve LA, Cogswell ME. Maternal weight gain and preterm delivery. *Epidemiology* 1999, 10(2): 141-7.
16. Minkoff H, Grunebaun AN. Infección y trabajo de parto pretérmino. *Clínicas de Norteamérica. Obstetricia y Ginecología*; 1992; 20(3): 537-39.
17. MMWR. Morbidity and mortality weekly Report prevention of perinatal group Beta-streptococcal disease revised guidelines from CDC 2002; 51 (RR-11).
18. Gómez-Bravo TE, Castillo-Lechuga C, Villegas Su A, Briones-Garduño JC. Valor predictivo de la fibronectina fetal en la amenaza de parto pretérmino. *Cir. Ciruj.* 2004; 72(6):491-94.
19. Goldemberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 1020-37.
20. Hess SY, Zimmermann MB, Brogli S. A national survey of iron and folate status in pregnant women in Switzerland. *Int. J Vitam. Nutr. Rev* 2001; 71(5): 268-731.
21. Medellín Semental MO, Alanís Niño G. Influencia de la infección de vías urinarias en la amenaza de parto pretérmino. 4ed. México: Monterrey; 2004.

Recibido: 6 de febrero de 2006.

Aceptado: 28 de abril de 2006

*Dra. Maitté Vera López* Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

Hospital Ginecobstétrico "Docente Provincial Ana Betancourt de Mora"  
Camagüey