

Nacimiento prematuro en el nuevo milenio: ¿qué hacemos y hacia dónde vamos?

Premature childbirth in the new millennium: what to do and the where we go to?

Dr. C. Gerardo Rogelio Robaina Castellanos

Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente de Matanzas Julio R. Alfonso Medina.
Matanzas, Cuba.

El 17 de noviembre es la fecha escogida por organismos internacionales para celebrar el día del bebé prematuro. Durante la semana correspondiente se realizan actividades dirigidas al abordaje de este fenómeno desde diferentes puntos de vista.

De acuerdo a investigaciones precedentes, se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de recién nacidos con menos de 37 semanas de edad gestacional, los que representan el 11% del total de nacidos vivos. Y no tuviera mayor connotación este hecho si no fuera porque, comparado con los recién nacidos a término, es este grupo de recién nacidos el que mayor riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal presenta, además de un riesgo incrementado de muerte en los primeros cinco años de vida, y de alteraciones físicas, del neurodesarrollo y de algunas enfermedades crónicas en la adultez.^(1,2)

Es este un fenómeno multifactorial en el que se encuentran implicados desde factores maternos –donde se incluyen factores sociodemográficos, obstétricos, psicológicos y genéticos– hasta factores paternos y ambientales.⁽³⁾

El nacimiento pretérmino puede ser espontáneo (tras trabajo de parto prematuro espontáneo o ruptura prematura de membranas) o inducido (debido a cesárea o inducción del parto por causas maternas o fetales).⁽⁴⁾

A pesar de los avances de la ciencia en el campo de la Medicina Perinatal, la prematuridad continúa siendo un problema de salud, devenido también problema social, aún sin resolver. Ello se debe en gran parte a que, al ser una condición multicausal, no existe una fórmula única para su prevención.

La identificación de grupos de riesgo específicos en los cuales determinada medida de intervención puede ser más efectiva que en otros resulta entonces un buen método de aproximación para la disminución de su incidencia a nivel poblacional.

La prevención y control de las enfermedades maternas desde antes del embarazo, de las enfermedades asociadas a la gestación, la adecuada nutrición, la prevención de las infecciones genitales en la mujer y la modificación de estilos de vida, podrían ofrecer beneficios que irían más allá de la prevención del parto pretérmino. Por solo citar un ejemplo, se ha demostrado que las intervenciones dirigidas al cese del hábito de fumar se asocian al cese del hábito solamente en 6% de las embarazadas, pero esta acción se asocia a la disminución de la prematuridad en un 14%.⁽³⁾

Se han propuesto métodos de pesquijaje para la identificación temprana de mujeres asintomáticas con riesgo de presentar parto pretérmino, como la detección de fibronectina fetal y la medición de la longitud del cuello uterino entre las 18 y 24 semanas de embarazo, mediante ultrasonografía transvaginal. En cuanto a este último, las evidencias todavía son insuficientes como para considerarlo de aplicación universal. En el caso que así fuera, quedaría pendiente un interrogante: ¿cuál o cuáles acciones serían las más adecuadas: la conducta expectante, el empleo de progesterona, el cerclaje o el pesario cervical? Se necesita acumular más evidencias; no obstante, hoy en día existen recomendaciones específicas para el empleo de 17-hidroxiprogestero caproato o progesterona vaginal, así como para el cerclaje cervical.⁽³⁾

El parto en un hospital de maternidad con un nivel adecuado de cuidados neonatales, la administración de corticoides antenatales, la prevención de la hipotermia al nacer y el empleo de surfactante o de CPAP nasal, ambos en forma precoz, son medidas que, con alto nivel probado de evidencia, resultan en incremento de la supervivencia sin morbilidad severa en recién nacidos menores de 32 semanas. No obstante, estas medidas no llegan a implementarse en forma universal en la práctica médica, aún en países desarrollados, debido a barreras de accesibilidad, organizacionales, culturales, personales, etc.⁽⁵⁾

Por otra parte, expertos de las Naciones Unidas y otras organizaciones han planteado que con la implementación de cuatro medidas económicas como la administración de esteroides antenatales, el cuidado de "madre canguro", el uso de antisépticos para evitar la infección del cordón umbilical y de antibióticos para prevenir y combatir infecciones se podrían salvar las tres cuartas partes de los niños prematuros que nacen en países subdesarrollados.⁽⁴⁾

Durante la atención de estos recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (ucin), el mantenimiento de la integridad del eje funcional intestino-cerebro resulta un aspecto que ha cobrado cada vez mayor importancia. La proscripción de la suspensión de la vía oral en forma rutinaria por períodos prolongados, el fomento de la alimentación con leche materna (obtenida directamente del pecho de la madre o mediante otros métodos cuando esto no fuera posible, como la alimentación a partir de leche proveniente de bancos de leche humana), así como el empleo de fortificadores para la leche humana y la instauración de la nutrición parenteral precoz son elementos incorporados a la práctica cotidiana.⁽⁶⁾

El empleo de métodos menos invasivos de asistencia respiratoria o ventilación mecánica, desde el mencionado CPAP nasal hasta la ventilación no invasiva, constituyen alternativas que podrían disminuir algunas complicaciones asociadas a la ventilación mecánica convencional o a la de alta frecuencia. De igual forma, se

encuentra en estudio la efectividad del uso de métodos menos invasivos para la administración del surfactante pulmonar exógeno.⁽⁷⁾

La neuroprotección es una premisa que hoy preside cada una de las intervenciones médicas que se realizan en estos recién nacidos, aunque en realidad las acciones para el logro de este objetivo comienzan desde el período antenatal, donde destaca el empleo de sulfato de magnesio como agente neuroprotector.⁽³⁾

En relación con esto, resulta una tarea de primer orden la humanización del entorno de la ucín, donde el stress, el dolor y la separación de estos niños de sus padres resultan experiencias negativas que podrían influir en su neurodesarrollo. Ello ha llevado al planteamiento de la necesidad de transformar la visión asistencial de sus cuidados, donde el paradigma biotecnológico se ha complementado con otras concepciones holísticas y humanistas, como los modelos de cuidados centrados en el desarrollo y en la familia, cuyos objetivos son apoyar la participación de los padres en el cuidado del hijo en la ucín, promover la interacción padres-hijo y apoyar el crecimiento y neurodesarrollo del niño.^(8,9)

El rol más participativo de los padres no se limita al proceso de toma de decisiones sobre los cuidados médicos, sino también el concerniente al manejo de las situaciones relacionadas con el final de la vida.⁽¹⁰⁾

Todo lo anterior implica transformaciones en la estructura de los servicios de Neonatología, con el necesario aseguramiento de un clima organizacional adecuado, pero más que todo, de transformaciones en las concepciones del personal de salud en relación al paciente y su familia.

En el contexto de nuestro país, la prevención continúa siendo el elemento clave para evitar el nacimiento pretérmino, pero hasta tanto no se logren medidas más efectivas, se requiere continuar mejorando la calidad de los cuidados que se brindan a estos pacientes, sobre bases científicas, lo que garantizará que, lejos de constituir una carga social, ellos puedan alcanzar sus máximas potencialidades de desarrollo individual, con lo cual podrían tener una mayor contribución al desarrollo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-72. Citado en Pub Med: PMID: 22682464.

2- Robaina Castellanos GR. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. *Rev Cubana Pediatr [Internet]*. 2017 [citado 24 Julio 2017];89(2). Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/252/113>

3- Sentilhes L, Sénat MV, Ancel PY, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017 Mar;210:217-24. Citado en Pub Med: PMID: 28068594.

4- March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, Save the Children, WHO. In: Howson C, Kinney M, Lawn J. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [citado 24 Julio 2015]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.htm

5- Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A, et al. Use of evidence based practices to improve survival without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. *BMJ* 2016; 354:i2976. Citado en Pub Med: PMID: 27381936.

6- Koletzko B, Poindexter B, Uauy R. Nutritional care of preterm infants: scientific basis and practical guidelines. *Indian J Med Res.* 2016 Apr; 143(4):531–32. Citado en PubMed: PMID: 27381936.

7- Isayama T, Iwami H, Mc Donald S. Association of Noninvasive Ventilation Strategies With Mortality and Bronchopulmonary Dysplasia Among Preterm Infants. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2016; 316(6):611-24. Citado en PubMed: PMID: 27532916.

8- D'Agata A, Young E, Cong X, et al. Infant Medical Trauma in the Neonatal Intensive Care Unit (IMTN): A Proposed Concept for Science and Practice. *Adv Neonatal Care.* 2016 Aug; 16(4):289-97. Citado en PubMed: PMID: 27391564.

9- Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Silvan-Scochi CG, et al. La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatol Reprod Hum [Internet].* 2010 [citado 24 Jun 2015]; 24(2): 98-108. Disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=26093

10- Arnaez J, Tejedor JC, Caserío S, et al. La bioética en el final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *An Pediatr (Barc) [Internet].* 2017 [citado 24 Nov 2015]; 87(6):S1695-4033. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/la-bioetica-el-final-vida/avance/S1695403317301595/>

Recibido: 17 de noviembre de 2017.

Aprobado: 6 de diciembre de 2017.

Gerardo Rogelio Robaina Castellanos. Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente de Matanzas Julio R. Alfonso Medina. Santa Cristina entre Unión y Santa Cecilia, Versalles, Matanzas, Cuba. Correo electrónico: gcastellanos.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Robaina Castellanos GR. Nacimiento prematuro en el nuevo milenio: ¿qué hacemos y hacia dónde vamos?. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 Sep-Oct [citado: fecha de acceso]; 39(5). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2516/3594>