

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Caracterización del parto pretérmino en la Isla de la Juventud, 2007-2009

Heenry Luis Dávila Gómez*, Abel García Valdés, Félix Álvarez Castillo y Zaskia Matos Rodríguez

Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital General Docente Héroes del Baire, Nueva Gerona, Isla de la Juventud, Cuba

Recibido el 28 de octubre de 2010; aceptado el 18 de enero de 2011
Accesible en línea el 30 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Pretérmino;
Prematuridad;
Edad gestacional;
Complicaciones

KEYWORDS

Preterm;
Prematurity;
Gestational age;
Complications

Resumen Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar el comportamiento del parto pretérmino en la Isla de la Juventud durante el trienio 2007-2009. Se analizaron 148 casos a partir de la revisión del registro de partos y las historias clínicas individuales y obstétricas, así como las historias clínicas de los recién nacidos. Predominaron las gestantes menores de 24 años de edad con un 55%, aquellas que tenían como antecedente dos abortos (38%) y/o un parto previo (46%), las que dieron a luz con una edad gestacional entre 34,0 y 36,6 semanas (71%) y aquellas cuyo hijo/a tuvo un peso al nacer mayor a 2.000 g (69%). El síndrome de flujo vaginal (77%), la infección del tracto urinario (53%), la rotura prematura de membranas (23%) y los trastornos hipertensivos (22%) fueron las condiciones obstétricas más frecuentes. En el 64% de los casos el trabajo de parto se inició de forma espontánea y sólo el 49% de los nacimientos pretérmino estudiados ocurrieron por vía transpélvica. Las dos terceras partes de los partos pretérmino se iniciaron de forma espontánea y casi la mitad se produjeron por vía transpélvica, siendo el síndrome de distrés respiratorio (26%) y la sepsis (18%) las complicaciones más frecuentes en los nacidos pretérmino en nuestra muestra de estudio. Sólo fallecieron el 5,4% de todos los nacimientos pretérmino.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Characterization of preterm delivery in Youth Island (Cuba), 2007-2009

Abstract A descriptive retrospective study was carried out to identify the characteristics of preterm delivery in Youth Island during the triennium 2007-2009. A total of 148 cases were examined, based on a review of the Registry of Deliveries and individual and obstetric case histories, as well as the newborns' case histories. The most frequent maternal characteristics were age less than 24 years (55%), a history of two abortions (38%) and/or a previous childbirth (46%), delivery at 34.0 to 36.6 weeks' gestational age (71%), and birthweight of more than 2000 grams (69% of the neonates). The most frequent obstetric complications were vaginal discharge

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Heenry@infomed.sld.cu (H.L. Dávila Gómez).

syndrome (77%), urinary tract infection (53%), premature rupture of membranes (23%) and hypertension (22%). Labor was spontaneous in 64% of the patients and only 49% of the preterm deliveries occurred through the vaginal route. Two-thirds of preterm deliveries started spontaneously and almost half occurred through the vaginal route. The most frequent complications in preterm neonates were respiratory distress syndrome (26%) and sepsis (18%). Only 5.4% of all preterm neonates died.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prematuridad continúa siendo la causa más frecuente de muerte neonatal, reconociéndose factores predisponentes para que ocurra el parto pretérmino (maternos, fetales, placentarios y uterinos), como los antecedentes personales, complicaciones concomitantes con el embarazo, alteraciones del aparato genital y otras¹. La infección amniótica aparece como un factor que empeora el pronóstico del parto pretérmino². A partir de los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud en el 2007, con las tasas actuales de prematuridad, son de esperar cerca de 14.000.000 de pretérminos al año en el mundo que representan el 69% de la mortalidad perinatal y el 60% de ellos sufrirá daño neurológico irreversible de intensidad variable³.

Clásicamente, el parto pretérmino se refiere al producido entre las 20 y 36,6 semanas de gestación; sin embargo, este rango ha sido cuestionado en los últimos años, existiendo propuestas de reducir este rango a 22-34 semanas al considerar las posibilidades de supervivencia⁴.

El parto pretérmino no tiene una incidencia igual en todos los países presentándose en los países desarrollados en el 8-10% del total de partos. En los Estados Unidos la mortalidad de lactantes en el 2002 fue de 8,5 por 1.000 nacidos vivos, siendo el bajo peso al nacer y los nacimientos prematuros las principales causas de mortalidad perinatal en este medio. Un estudio publicado por Illescas Castañeda en Perú que estudió 1.200 nacimientos durante el 2008 encontró un 11,8% de partos pretérmino⁵.

En nuestro país, el panorama no muestra grandes diferencias al respecto. En su artículo «Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino», Rosell y Casado señalan que el 8-9% de los nacimientos que ocurren en el país se producen antes de las 37 semanas y estos representan el 75% de la mortalidad perinatal, con 10 veces más riesgo de sufrir daño neurológico⁶.

La Isla de la Juventud, segunda en tamaño e importancia de todo el archipiélago cubano, situada a 47 km de Punta Carraguao (provincia Pinar del Río) y a 90 km de Batabanó (provincia La Habana), posee una superficie total de 2.200 km², con una población total de 87 mil habitantes que se concentra fundamentalmente en la ciudad de Nueva Gerona (cabecera local) y el poblado de Santa Fe. Su población estructurada en bloques generacionales incluye alrededor de 27 mil mujeres en edad fértil, ocurriendo un millar de nacimientos anuales como promedio, la totalidad de ellos en el Hospital General Docente Héroes del Baire, única maternidad del territorio.

El Municipio Especial Isla de la Juventud muestra una frecuencia de partos pretérmino en los últimos años con tendencia al ascenso, relacionándose de manera directa

con las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y en el lactante, según los resultados de análisis realizados en el marco del sistema local de salud. Por sólo citar un ejemplo, en el año 2009 —el de peor tasa de mortalidad infantil del último lustro para los pineros— alrededor de las dos terceras partes de las defunciones en menores de un año se relacionaban directa o indirectamente con la prematuridad. Sin embargo, no se recoge el antecedente de un estudio epidemiológico, que con una finalidad científica, demuestre que condiciones inciden notablemente en la aparición de esta condición que «ensombrece» la calidad de los neonatos pineros y a partir del cual se puedan trazar acciones de salud específicas sobre los problemas identificados.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar el comportamiento del parto pretérmino en el Municipio Especial Isla de la Juventud durante el periodo comprendido entre los años 2007 y 2009, según variables de interés. Se definió como universo de estudio los 153 nacimientos pretérmino ocurridos en el territorio pinero durante el periodo de estudio, con una edad gestacional entre 22,0-36,6 semanas (154-258 días) y cuyo resultado fue un recién nacido vivo, quedando conformada la muestra final por las 148 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. Se revisaron los registros de partos, las historias clínicas individuales y obstétricas, las historias de los neonatos que desarrollaron complicaciones, así como los informes anatomopatológicos de las defunciones. Las variables estudiadas fueron total de nacimientos pretérmino, la edad materna, los antecedentes obstétricos de abortos y partos anteriores, necesidad de ingreso hospitalario y/o tratamiento médico, la edad gestacional en que se produjo el nacimiento, la morbilidad obstétrica asociada, la forma de comienzo y vía del parto, el peso al nacer y las complicaciones del recién nacido.

Resultados

Durante el periodo de estudio ocurrieron en la Isla de la Juventud 153 partos antes del término de la gestación, lo que representó el 4,99% de los 3.068 nacimientos con feto vivo asistidos en esta maternidad.

En la figura 1 se expresa como el mayor número de partos pretérmino se produjeron en madres de 20-24 años, los cuales representaron casi las dos quintas partes (38,5%), seguidas del grupo de 25-29 años las cuales constituyeron una cuarta parte de los casos (26,4%). El menor número de

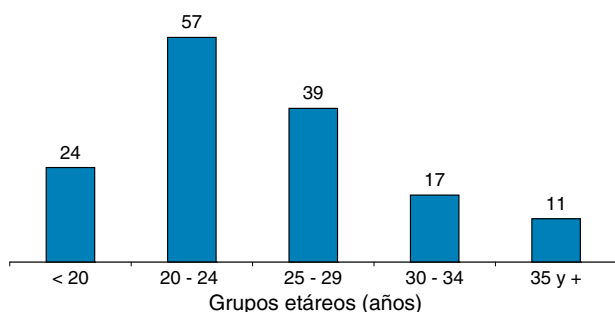


Figura 1 Distribución de partos pretérmino según la edad materna. Isla de la Juventud, 2007-2009.

partos pretérmino se presentó en madres añosas. Sin embargo, es importante observar que si comparamos los nacimientos pretérmino por grupos etáreos maternos en relación con el total de nacimientos, el porcentaje del grupo de madres «adolescentes» (5,84% del universo) supera al grupo de 25-29 años (5,68% del universo).

Con relación a los antecedentes obstétricos de las gestantes, se encontró que más de la tercera parte de las gestantes que tuvieron un parto pretérmino durante el periodo de estudio tenían como antecedente dos abortos (37,8%), mientras que una cuarta parte adicional había tenido un aborto (24,3%) y sólo el 18% de los casos no tenía antecedentes de abortos. Al analizar el número de partos previos se ve como casi la mitad de los casos tenían un parto previo al parto pretérmino (46%), mientras casi la tercera parte de los casos eran nulíparas (29%).

En la [figura 2](#) se puede apreciar como el mayor número de partos pretérmino se produjeron entre las 34,0 y 36,6 semanas de gestación, representando más de las dos terceras partes de los casos (71%), seguido del grupo de gestantes que parieron con 28,0 a 31,6 semanas que representaron la sexta parte de los casos (16%) y sólo el 0,7% de los casos tenían una edad gestacional entre 22,0 y 27,6 semanas.

Al analizar el comportamiento del peso del producto de la concepción, la [tabla 1](#) muestra como las dos terceras partes

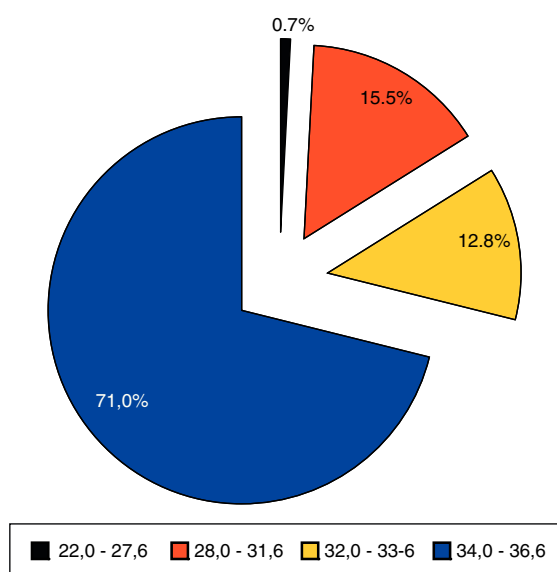


Figura 2 Distribución de partos pretérmino según edad gestacional. Isla de la Juventud, 2007-2009.

Tabla 1 Distribución de partos pretérmino según peso del recién nacido. Isla de la Juventud, 2007-2009

Peso del recién nacido (g)	N.º	%
< 1.000	1	0,68
1.000-1.499	16	10,81
1.500-1.999	29	19,59
≥ 2.000	102	68,92
Total	148	100,00

Fuente: Libro de Partos. Hospital General Docente Héroes del Baire.

de los casos tenían un peso de 2.000 g o más, seguido del grupo de pacientes con un hijo con peso de 1.500 a 1.999 g al nacer que representaron la quinta parte de los casos (20%).

Cuando se analizan en la [figura 3](#) las condiciones obstétricas asociadas a la evolución de estos embarazos, vemos como en tres de cada cuatro gestantes con un parto pretérmino tenían como antecedentes en la gestación actual un síndrome de flujo vaginal (77%), la mitad habían tenido una infección del tracto urinario (53%) y poco más de la quinta parte de ellas sufrieron una rotura prematura de membranas ovulares (RPM; 23%) o se les había practicado una cesárea anterior.

Durante el periodo que se analiza se hospitalizaron en la Maternidad 231 pacientes con el diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APPT) y otras 263 pacientes con el diagnóstico de riesgo de prematuridad, por ende, los nacimientos pretérmino representaron el 31,2% de estas pacientes. De los 231 casos con APPT, 193 pacientes (83,6%) recibieron alguna forma de tocólisis y en 142 de estas pacientes (73,6%) se alcanzó la sedación; 47 pacientes (24,4%) recibieron tocólisis en más de una ocasión. De las 38 pacientes que por criterio médico no recibieron tocólisis, sólo en 7 casos se llegó al término del embarazo. De los 153 nacimientos pretérmino, en 51 pacientes (33,1%) hubo una tocólisis fallida, 34 pacientes (23%) presentaron una RPM, 28 pacientes (18,2%) tuvieron una indicación médica del parto pretérmino en beneficio materno (trastornos hipertensivos, gestorragias, etc.), 24 pacientes (15,6%) tuvieron una indicación médica en beneficio fetal y 16 pacientes (11%) llegaron a la maternidad en trabajo de parto.

Casi las dos terceras partes de los partos pretérmino se iniciaron de forma espontánea (64,2%) y casi la mitad de los partos pretérmino se produjeron por vía transpélvica (48,7%), mientras que a la tercera parte adicional se le practicó una cesárea primitiva y la quinta parte restante, una cesárea iterada.

Finalmente, según se aprecia en la [figura 4](#), el distrés respiratorio fue la complicación más frecuente en los nacidos de estos partos pretérmino en la muestra de estudio y estuvo presente en uno de cada cuatro casos analizados, seguido de la sepsis, la cual se presentó en la sexta parte de los casos (18,2%) y la enfermedad de la membrana hialina en uno de cada 13 casos (7,4%).

Discusión

Es indudable que la mortalidad del neonato pretérmino es un factor importante en las tasas de morbilidad perinatal,

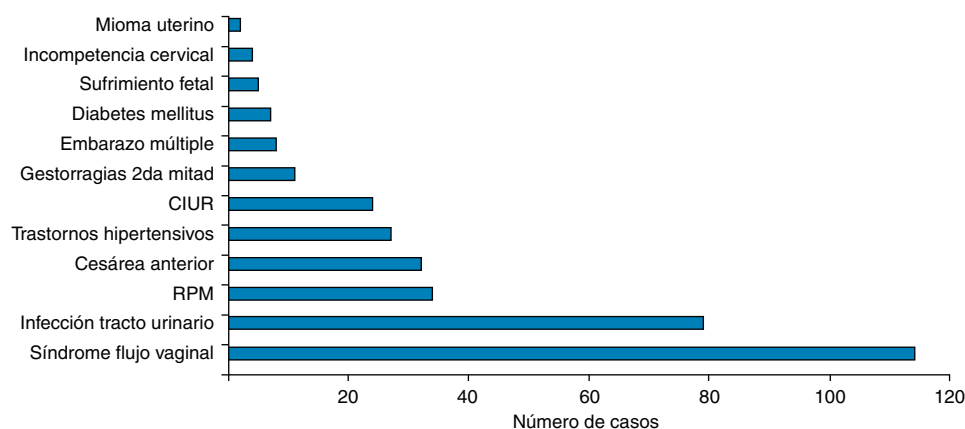


Figura 3 Distribución de partos pretérmino según condiciones obstétricas asociadas. Isla de la Juventud, 2007-2009. Fuente: historia clínica.

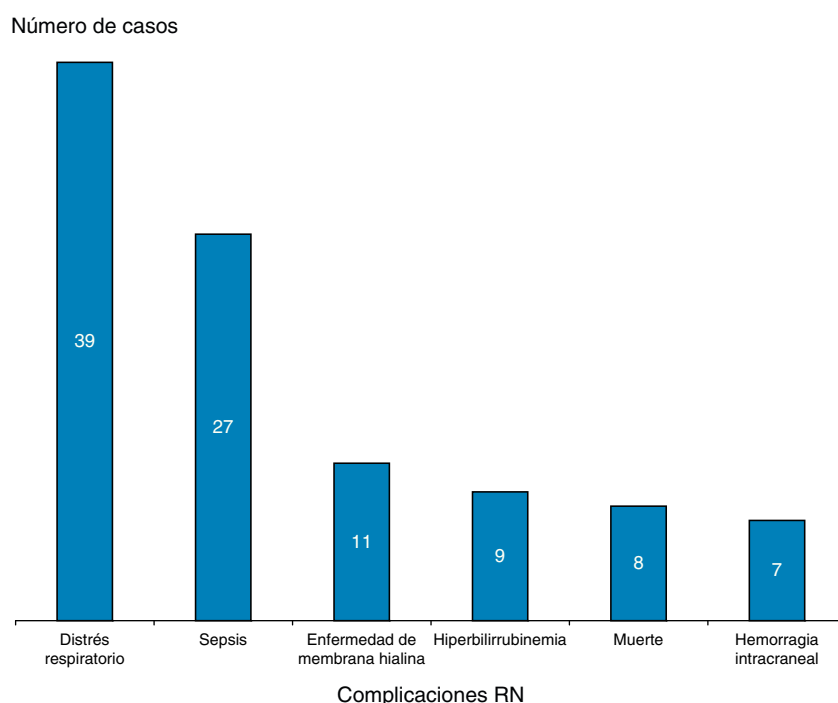


Figura 4 Distribución de partos pretérmino según complicaciones del recién nacido. Isla de la Juventud, 2007-2009.

de ahí la importancia de disminuir la frecuencia del parto pretérmino.

Un análisis de la edad materna en la cual se producen estos nacimientos muestra resultados interesantes. En verdad, la mayor parte de los estudios revisados con relación al tema muestra el grupo de 20 a 29 años como el de mayor incidencia de este fenómeno y esto responde, a juicio de los autores, a que es en este grupo etáreo donde se produce el mayor número de nacimientos en la región, aunque este comportamiento difiere notablemente cuando se comparan otras áreas como Europa Occidental y Norteamérica, donde la etapa reproductiva se posterga a la cuarta década de la vida, en consonancia con las exigencias socioeconómicas de estos modelos. En estudios reportados previamente en la literatura se han encontrado asociaciones entre el riesgo aumentado de parto pretérmino en los extremos de la edad materna

(< 20 y > 35 años)⁷. Recientemente, Amaya et al⁸ demostraron asociación entre prematuridad y edad materna menor de 15 años (RR = 1,88; IC del 95%, 1,14–3,11) en Colombia.

Jaramillo y López⁹, en un artículo publicado en Colombia en el año 2006, muestran que de 232 partos pretérmino estudiados por ellos, el 28,9% de sus casos tenían menos de 20 años de edad y en el 13,4% se superaba los 35 años. Similar comportamiento muestra un estudio de Martínez González y Valladares Hernández¹⁰ en el Hospital Docente Ginecoobstétrico Justo Legón Padilla de Pinar del Río, donde se señala como el 15,7% de sus casos tenían menos de 20 años de edad mientras que sólo el 6,2% superaba los 35 años de edad, valores que superan los encontrados en este estudio.

Sin lugar a dudas, la edad gestacional es una de las variables que más deciden la evolución del recién nacido pretérmino, independientemente de que ésta guarda íntima

relación con el nivel de desarrollo de los servicios de cuidados progresivos neonatológicos y pediátricos, así como la atención obstétrica que reciba la gestante. En el estudio de Valladares (Perú, 2008) la edad gestacional media de ocurrencia del parto pretérmino fue de $34,3 \pm 1,2$ semanas, no recogiendo un nacimiento vivo con menos de 28 semanas de gestación entre 1218 partos¹¹, mientras que en el estudio de González y Tapia (también peruano) de 928 gestantes estudiadas con parto antes de las 37 semanas, el 25,3% tuvo su hijo entre las 28 y 32 semanas de gestación¹².

Resulta muy llamativo y de hecho algo insólito al revisar la literatura de la región con relación al tema que en una serie publicada por Cabezas Elizondo¹³, del total de pacientes estudiadas, el 46% de los casos tenía una edad gestacional entre 30-34 semanas y el 32% de los casos tenía entre 25-29 semanas, algo bien diferente de lo mostrado por la inmensa mayoría de los demás estudios^{4-6,9,12}, aunque el estudio de Valladares en Pinar del Río encontró que sólo el 61% de sus casos estudiados se encontraban entre 31 y 36 semanas¹⁰.

Relacionado con la edad gestacional se encuentra otra variable muy utilizada a la hora de evaluar el pronóstico evolutivo de un parto pretérmino, tanto para tomar la conducta obstétrica con la gestante en determinadas situaciones médicas donde es necesario dar fin al embarazo como una vez que nace el bebé, el peso del recién nacido. En el estudio de Pérez Molina¹⁴ en México se señala una media de 1885 ± 603 g. Por su parte, Cabezas Elizondo¹³ encontró en su estudio que del total de nacimientos analizados en su muestra el 38% tenía un peso entre 1.000 y 1.499 g, mientras que por debajo de 1.000 g se observó el 27% de los casos, el 24% se encontraba entre 1.500 y 1.999 g y sólo el 11% superaba los 2.000 g al nacer.

Múltiples son las condiciones obstétricas que pueden acompañar la evolución de una gestación y de forma directa o indirecta incidir en la frecuencia del parto pretérmino, ya sea porque su aparición denota en sí la necesidad de poner fin a la gestación o porque agrava otras situaciones que conllevan a un mismo resultado. Jaramillo Prado⁹, en su estudio en Colombia, reconoce como condiciones frecuentes en su muestra la RPM (31,9%), los trastornos hipertensivos en el curso del embarazo (24,6%), el embarazo múltiple (12,1%) y el antecedente previo de un parto prematuro (16%), los cuales significaron un riesgo adicional de 3,4, 2,6, 6,3 y 5,3 veces, respectivamente. Este autor reconoce además que la preeclampsia se ha asociado con parto prematuro, principalmente si se desarrolla antes de la semana 33 de gestación. De igual manera, la gestación múltiple se asocia con parto pretérmino. El 57% de los embarazos gemelares y el 92% de los embarazos triples terminan en nacimientos prematuros. La RPM y su asociación al parto pretérmino fue un hallazgo consistente en la literatura mundial. Esta patología es causante de una cuarta parte de los nacimientos prematuros en el mundo¹⁵ y continúa siendo un desafío para quienes a diario se enfrentan con esta entidad.

No podríamos concluir la presentación de este artículo sobre parto pretérmino si antes no se señala su repercusión en la aparición de complicaciones en el recién nacido. Como causa contribuyente de muerte neonatal, la prematuridad es uno de los mayores exponentes. En un estudio peruano se señala como dentro de las primeras causas de mortalidad en este grupo de neonatos se presentó la sepsis con un 49% y la

enfermedad de la membrana hialina en un 41%¹², valores estos que semejan los observados en este estudio en término de mortalidad, a pesar de que consideremos baja la tasa de mortalidad para nuestra serie, influido entre otros elementos al bajo porcentaje de nacimientos con menos de 32 semanas, a nuestra consideración. Otros estudios, como el de Ramos Pérez¹⁶, señalan tasas de mortalidad de 9,7%, casi el doble de la obtenida en esta serie de casos, aunque similar en cuanto a la frecuencia de restricción del crecimiento intrauterino, con un 20,1%.

Conclusiones

Predominaron las gestantes menores de 24 años, del área de salud II, con dos abortos y/o un parto previo, con edad gestacional de 34,0-36,6 semanas y con un peso del recién nacido mayor a 2.000 g. El síndrome de flujo vaginal, la infección del tracto urinario, la RPM y los trastornos hipertensivos fueron las condiciones obstétricas más frecuentes. La mayor parte de los partos pretérmino se iniciaron de forma espontánea y se produjeron por vía transpélvica. El síndrome de distrés respiratorio y la sepsis fueron las complicaciones más frecuentes en los nacidos pretérmino.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Botero J. Obstetricia y ginecología, 6.ª ed. Managua: Editorial Vanus. 2000. p. 346-356.
2. Guzik D, Winn K. The association of chorioamnionitis with preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 1985;65:11-6.
3. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia [SEGO]. Madrid: Editoras Marte. 2007.
4. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2009;100:1020-37.
5. Illescas-Castañeda JA. Factores de riesgo clínicos y prevención del parto pretérmino. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54:11-4.
6. Rosell Juarte E, Casado Callado A, Monzón Torres L. Importancia cuantificada de los síntomas sutiles de amenaza de parto pretérmino. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16:275-9.
7. Iams JD. Preterm birth, editors. In: Gabbe SG, Niebyl JF, Simpson JL, editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. 3rd ed.. New York: Churchill Livingstone. 2006.
8. Amaya J, Borrero C, Uclés S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005;56:216-24.
9. Jaramillo-Prado JJ, López-Giraldo IR, Arango-Gómez F. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Julio 2004-junio 2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2006;57:74-81.
10. Martínez González LR, Valladares Hernández M. La hidroterapia en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1998;24:1-8.
11. Valladares A, Gómez C. Ultrasonografía transvaginal en la prevención del parto pretérmino espontáneo. Lima: INMP. 2008.
12. González GF, Tapia V, Cerna J, Pajuelo A, Muñoz ML, Carrillo CE. Características de la gestación, del parto y recién nacido en la ciudad de Huaraz, 2001-2005. *Acta Med Per.* 2006;23:1-8.
13. Cabezas Elizondo S, Bermúdez F. Parto pretérmino: factores de riesgo y mortalidad neonatal junio 1997-junio 2002, Hospital

- Bertha Calderón. [Monografía en Internet]. Lima: Ministerio de Salud Pública; 2006 [consultado 06/03/2010]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/PartoPretermino.pdf.
14. Pérez Molina J, Gaitán Meza J, Lona Reyes JC, Panduro Barón G, Castro Hernández JF. Nacimiento pretérmino y bacteriuria asintomática. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76:454–60.
15. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth.. *BJOG*. 2003;110(Suppl 20):30–3.
16. Ramos Pérez E, Sánchez Lueiro M, Amador de Varona CI, Rodríguez Martínez M. Comportamiento del embarazo múltiple y sus principales indicadores perinatales. La Habana; 2007 [consultado 7/03/2010]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/amc/v12n4/amc07408.pdf>.