

Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila

Characterization of preterm delivery in Ciego de Ávila municipality

Silvia E. Retureta Milán (1), Marta E. Retureta Milán (2), Oscar León Arana (3), Lainys María Rojas Álvarez (4), Mayté Álvarez Fernández (5).

RESUMEN

El parto prematuro constituye un problema de salud a nivel mundial, representa el 75% de la morbilidad y mortalidad infantil neonatal. Con el objetivo de conocer la distribución, frecuencia y principales factores de riesgos que condicionan la aparición de partos prematuros en el municipio Ciego de Ávila, se realizó una investigación descriptiva. El universo estuvo constituido por todas las mujeres que presentaron parto prematuro en los años comprendidos entre el 2009 al 2012 pertenecientes al municipio Ciego de Ávila. Los resultados fueron representados con números absolutos y porcentajes; los principales fueron: el parto prematuro tiene una frecuencia por encima del 6,0% para los años de estudio; se presentó con más frecuencia en las edades de entre 18 y 34 años; el 72,1% del total de partos prematuros ocurrió con edad de gestación entre 34 y 36 semanas; cerca de la mitad de los nacidos tuvo un peso inferior a 2500 g; el 55,6% de partos prematuros fue espontáneo. Las principales causas fueron las infecciones vaginales y urinarias, los antecedentes de aborto de embarazos anteriores y de partos prematuros, así como también se encontró el peso materno deficiente, el hábito de fumar, la hipertensión arterial y la ganancia de peso baja durante el embarazo.

Palabras clave: PARTO PREMATURO/epidemiología, BAJO PESO AL NACER.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Higiene, Epidemiología y Microbiología. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Obstetricia y Ginecología.
4. Estudiante de 5to año Medicina.
5. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 1970-1977 define al parto prematuro como el nacimiento que se produce entre las 22 y las 36 semanas completadas la gestación independientemente del peso del recién nacido. Aunque todos los partos que se producen antes de las 37 semanas se consideran prematuros, los que se producen antes de las 34 semanas son los máximos responsables del incremento en los daños y muerte debido al bajo peso neonatal (1-5).

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros, tiene su incidencia en un 9,6%, con diferente comportamiento en los distintos lugares del mundo: Norteamérica: 10.6%, África: 11,9%, Asia: 9,1%, Latinoamérica y el Caribe: 8.1%, Oceanía: 6,4% y en Europa: 6,2% (1). En los países de América Latina el parto prematuro se comporta de manera similar, se reportan tasas de 9,3% en Argentina, Uruguay 8,7%, Chile 5,6%, Brasil con el 6,6%, y Colombia 9,5% del total de nacimientos (6-7).

El nacimiento prematuro es el responsable del 75% de la mortalidad neonatal, y del 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo, cerca del 4,5% de los niños que nacen con peso inferior a los 1000g son legalmente ciegos y de los que nacen con edad gestacional inferior a las 32 semanas, el 50% presentan mayor vulnerabilidad a padecer de hipoacusia (8-15).

En el año 2000 la incidencia de parto prematuro en Cuba se encontraba entre un 8,0 y 9,0%, gracias a los eficientes servicios de salud, la tasa se encuentra por debajo del 5,0% como media nacional, pero constituye la principal causa de mortalidad perinatal (16).

En el municipio Ciego de Ávila en el período 2007 al 2012, el parto prematuro de forma ascendente, estuvo presente en más de la mitad de los niños fallecidos, lo que representa una importancia relativa para los indicadores de mortalidad infantil dada las complicaciones neonatales como resultado del parto antes de las 37,0 semanas de gestación (Figura No. 1)

Los nacimientos prematuros se pueden clasificar según la edad gestacional en momento del parto y el peso del recién nacido en diferentes categorías (3, 5).

- Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las 34 y 36.6 semanas con peso al nacer superior a los 1500 gramos.
- Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las 32 y 33 semanas con peso al nacer igual o inferior a los 1500 gramos.
- Parto prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas con peso al nacer inferior a los 1500 gramos.
- Parto prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas con peso al nacer inferior a los 1000 gramos.

En cuanto a la etiopatogenia, el parto prematuro puede ser distribuido en tres grupos: (3-4, 8)

- Parto prematuro espontáneo con membranas íntegras (50%).
- Parto prematuro espontáneo con rotura prematura de las membranas (30%).
- Parto prematuro "iatrogénico": en este caso es el que se produce por indicación médica ya sea por complicaciones maternas o fetales, inducido por medicamentos o aplicación de una cesárea (20%).

A pesar del desarrollo de la obstetricia y la perinatología contemporánea, de los Programas de atención del médico y enfermera de la familia, y la atención materna infantil, el nacimiento de niños prematuros se mantiene en ascenso, lo que constituye un problema de salud a resolver, es de gran importancia la realización de investigaciones que ayuden a epidemiólogos y médicos del nivel primario de salud para la búsqueda de una posible solución al problema. Se realiza una investigación con el objetivo de conocer la distribución, frecuencia y principales causas de partos prematuros en el municipio Ciego de Ávila en los años 2009-2012.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva para evaluar la distribución y frecuencia del parto prematuro según: nacidos vivos, edad de la paciente, edad de gestación, peso al nacer y etiopatogenia y las principales causas presentes en las pacientes que lo presentaron en el municipio Ciego de Ávila.

El universo estuvo constituido por todas las mujeres que presentaron parto prematuro en los años comprendidos entre el 2009 al 2012 pertenecientes al municipio Ciego de Ávila, la información se obtuvo mediante una planilla para recolectar datos, donde se recogió la información, se utiliza el libro de registro de partos del Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola", las historias clínicas hospitalarias y carnets obstétricos, los resultados fueron representados con números absolutos y porcentajes.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el municipio Ciego de Ávila la frecuencia de partos prematuros en relación con el total de nacidos vivos ha mantenido un comportamiento estable, entre 5,6% y 7,1% en los años de estudio (Tabla No. 1), es superior a la media nacional y se corresponde con lo descrito en la literatura (5-10%) (6-7, 16-17). Se presentó con más frecuencia en edades entre 18 y 34 años, lo que representa el 83, 0% del total de pacientes con partos prematuros del municipio (Tabla No.2) y con menos frecuencias en las edades extremas lo que no se corresponde con lo planteado por otros autores (3-4, 7). En cuanto a la edad gestacional en la que se produjo el parto se observó que predominó el parto prematuro tardío, es decir, entre 34 y 36 semanas con un total de 305

partos que representan el 72,1% del total de partos prematuros (Figura No. 2). Un estudio realizado en los Estados Unidos demuestra cifras similares a las nuestras, estos partos aportan una elevada morbilidad al neonato debido a que en este período del embarazo no se recomienda la indicación de inductores para la madurez pulmonar por lo que el recién nacido puede presentar trastornos respiratorios (3, 8, 14, 18). En la Figura No.3 (incluidos 28 nacidos gemelares, n=451) se evidencia que más de la mitad de los niños; que nacieron producto de un parto prematuro presentó un peso al nacer de 2500g o más (52,3%), sin embargo es evidente que un grupo grande de niños prematuros (47,7%) nacieron con bajo peso, estudios demuestran que los recién nacidos bajos pesos al nacer tienen una probabilidad 20 veces más de fallecer que los que nacen con peso adecuado, el parto prematuro es el responsable del nacimiento del 40 al 70% de los niños bajos en el mundo, por lo que eleva la incidencia de morbilidad y mortalidad neonatal a corto y a largo plazo (10, 12, 14-15, 19-20).

En el municipio Ciego de Ávila el parto prematuro se presentó espontáneamente en el 55,6%, seguido por la ruptura prematura de las membranas (26,7%) y por el parto prematuro por indicación médica (17,7%), en este caso ya sea por comprometimiento de la vida materna o fetal, resultados similares se encontró en otros estudios realizados, los que relacionan a los partos prematuros espontáneos y por rotura prematura de las membranas a las infecciones y a la distensión abdominal (3-4, 6, 9, 17-23).

Las principales causas (Tabla No. 3) encontradas en las historias clínicas y carnets obstétricos de las pacientes que presentaron parto prematuro se observó con más frecuencia: el antecedente de aborto de embarazos anteriores (66,6%), las infecciones vaginales (63,3%), las infecciones urinarias (49,2%), el antecedente de parto prematuro en el embarazo anterior (45,4%), el peso materno deficiente (42,3%), el hábito de fumar (40%), la hipertensión arterial (39,0%) y la ganancia de peso baja durante el embarazo (30,1%) respectivamente. Estos se corresponden a lo planteado por otros investigadores (1-9, 13, 16-17, 21-23).

CONCLUSIONES

En el municipio Ciego de Ávila, el parto prematuro representa más del 6.0% del total de nacimientos, se presenta frecuentemente en edades comprendidas entre 18 y 34 años, predominó el parto prematuro tardío y espontáneo, cerca de la mitad de los nacidos prematuros tuvo un peso inferior a los 2500g y los abortos de embarazos anteriores, las infecciones vaginales de cualquier etiología y las infecciones urinarias fueron las causas de parto prematuro presentes en mayor proporción.

RECOMENDACION

Profundizar en investigaciones que demuestren la relación de los factores de riesgos de parto prematuro en las áreas del municipio Ciego de Ávila, y con ello proponer una Escala Predictiva de Riesgo de Parto Prematuro en la Atención Primaria de Salud para una posible solución al problema.

ABSTRACT

The premature birth constitutes a problem of worldwide health, it represents the 75% of morbidity and infant mortality. With the aim of evaluating the distribution, frequency and principal risks factors that condition the appearing of premature childbirths in Ciego de Ávila municipality, a descriptive study was carried out. The universe was composed of every woman that presented a premature childbirth in years understood from 2009 to 2012 in Ciego de Ávila municipality; the results were represented with absolute numbers and percentages. Principal results were: the premature birth has a frequency of approximately over 6,0% for the study years; it was presented in ages between 18 and 34 years; the 72, 1% of the premature childbirths total occurred with a gestational age among 34 and 36 weeks; over half of the newborn weighed 2500g; the 55, 6% of premature childbirths was spontaneous. Principal causes were vaginal and urinary infections, the abortion antecedent and previous pregnancies of premature childbirths, as well as it was found the maternal deficient weight, the habit to smoke, hypertension and the heavy low profit during pregnancy.

Key words: PREMATURE OBSTERIC LABOR/epidemiology, LOW BIRTH WEIGHT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Salud. Guía clínica de prevención del parto prematuro [Internet]. Santiago: MINSAL; 2010 [citado 26 Feb 2013] [aprox. 16 pantallas]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>
2. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J Maternal-Fetal Neonat Med* [Internet]. 2006 [citado 15 Abr 2010]; 19(12):773-782. Disponible en: http://www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/pediatrics/sections/neonatology/media/prematurity_epidemiology.pdf
3. Perkin E. Nacimiento prematuro, retos y oportunidades de la predicción y la prevención [Internet]. Perkin Elmer; 2009 [citado 22 Ene 2013] [aprox. 80 pantallas]. Disponible en: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmer/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf
4. Latterra C, Andina E, di Marco I. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* [Internet]. 2003 [citado 17 Abr 2012]; 22(1):28-43. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/GuiasAmenazaPartoPrematuro.pdf>
5. Nabavizadeh SH, Malekzadeh M, Mousavizadeh A, Shirazi HRG, Ghaffari P, Karshenas N, et al. Retrospective study of factors related to preterm labor in Yasuj, Iran. *International journal of general medicine* [Internet]. 2012 [citado 29 Ene 2013]; 5:1013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526874/pdf/ijgm-5-1013.pdf>
6. Camargo Soares RP, Simões JA, Cecatti JG, Alves Moraes Nader V, Faro S. Impact of treatment for bacterial vaginosis on prematurity among Brazilian pregnant women: a retrospective cohort study. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2005 [citado 10 Jun 2012]; 123(3):108-112. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802005000300004&lng=en
7. Ruíz Martínez LA. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega [Internet]. 2011 [citado 26 Feb 2013] [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: <http://www.articulodigital.com/acta-cientifica/2007/1/art2.pdf>
8. Vergara G. Protocolo parto pretérmino. Colombia: ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo [Internet]. 2009 [citado 26 Feb 2013] [aprox. 23 pantallas]. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTO_PRETERMINO.pdf
9. Lee KA, Chang MH, Park MH, Park H, Ha EH, Park EA, et al. A model for prediction of spontaneous preterm birth in asymptomatic women. *J Women's Health* [Internet]. 2011 [citado 29 Ene 2013]; 20(12):18-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236991/pdf/jwh.2011.2729.pdf>
10. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica 2010. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro [Internet]. 2010 [citado 26 Feb 2013] [aprox. 39 pantallas]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/721fc45c97379016e04001011f0113bf.pdf>
11. Tratamiento del parto pretérmino y su prevención en el primer y segundo nivel de atención [Internet]. 2005 [citado 26 Feb 2013] [aprox. 57 pantallas]. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/23_Tratamiento-y-Prevencion-del-Parto-Pretermino.pdf
12. Mingorance PA. Morbilidad y secuelas de los niños prematuros en edad escolar [Internet]. 2009 [citado 22 Ene 2013] [aprox. 84 pantallas]. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/113/1/TESIS40-091216.pdf?origin=publication_detail
13. México. Secretaría de Salud. Diagnóstico y manejo del parto pretérmino [Internet]. 2008-2009 [citado 22 Ene 2013] [aprox. 36 pantallas]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/063GER.pdf>
14. Faneite P, Rodríguez F, Rivera C, Faneite J, Duque J. Estado neonatal en prematuridad: 2005-2007. *Rev Obstet Ginecol Venezuela* [Internet]. 2008 [citado 24 Jun 2012]; 68(4):222-227. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
15. Torres Leyva M. Retinopatía de la prematuridad en Ciudad de la Habana: factores que influyen en su desarrollo [Internet]. 2011 [citado 22 Ene 2013]. [aprox. 117 pantallas].

Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/360/1/MidialaTorres.pdf>

16. 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 [Internet]. 2000 [citado 31 May 2010]; 16(3):265-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000300009&lng=es
17. Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velasquez Tlapanco J, Morales Cabrera R, Vega Malagón A. Factores de riesgos maternos asociados al parto prematuro. Rev Med IMSS [Internet]. 2005 [citado 17 Abr 2010]; 43(4): 339-342. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf>
18. Meloni A, Antonelli A, Deiana S, Rocca A, Atzei A, Paoletti A, Benedetto G. Late preterm: obstetric management. J Maternal-Fetal Neonat Med [Internet]. 2010 [citado 25 Ago 2013]; 23 (S3): 113-115. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a8ef4bbd-091c-4998-a56e-8de4c9e7be91%40sessionmgr15&vid=1&hid=24>
19. Argota N, Magre NI, Marín V, De la Cruz Y, Vargas A. Indicadores de bajo al nacer en el área de salud del Policlínico Docente "José Martí Pérez" durante un quinquenio. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 6 Jul 2013]; 17(7): 10-60. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_7_13/san05177.pdf
20. Aliño Santiago M. Parto pretérmino. En: Granma [Internet]. 2001 [citado 6 Jul 2013] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/p/index.html>
21. Restrepo O. Amenaza de parto prematuro. En: IX Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2001 [citado 6 Jul 2013]. Disponible en: <http://pablouribe.com/documentos/partopreterminoudea.pdf>
22. Martínez W. Actualización sobre vaginosis bacteriana. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013; 39(4) [citado 10 Dic 2013]; 39(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin12413.htm
23. Parés Y, Carbajales AI, Martínez L, Carbajales E. Infección vaginal en gestantes hospitalizadas en el Hospital de Ciego de Ávila. 1er semestre de 2007. MediCiego [Internet]. 2008 [citado 15 Dic 2013]; 14(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_02_08/articulos/a1_v14_0208.htm

ANEXOS

Figura No.1. Importancia relativa del parto prematuro en la Mortalidad Infantil. Municipio Ciego de Ávila. 2007-2012



Tabla No.1. Frecuencia de partos prematuros en relación con los nacidos vivos. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2012

	2009		2010		2011		2012		total	
Nacidos vivos	1684		1684		1760		1658		6786	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Partos prematuros	95	5.6	121	7.1	100	5.6	107	6.4	423	6.2

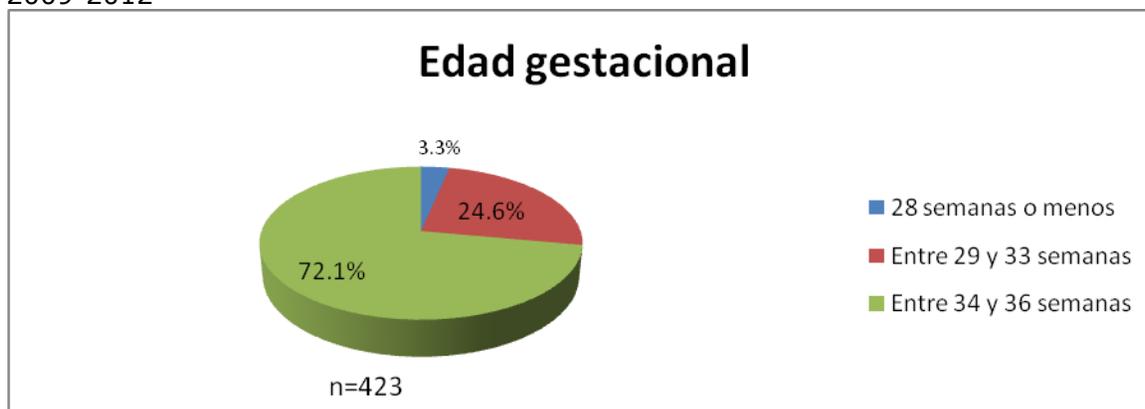
Fuente: Libros de Registro de partos. Hospital provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

Tabla No.2. Distribución de partos prematuros según edad de la paciente. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2012

Edad de la paciente	2009		2010		2011		2012		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 18 años	5	5.3	7	5.8	8	8.0	4	3.7	24	5.7
Entre 18 y 34 años	77	81.1	98	81.0	84	84.0	92	86.0	351	83.0
35 años y más	13	13.6	16	13.2	8	8.0	11	10.3	48	11.3
Total	95	22.5	121	28.6	100	23.6	107	25.3	423	100.0

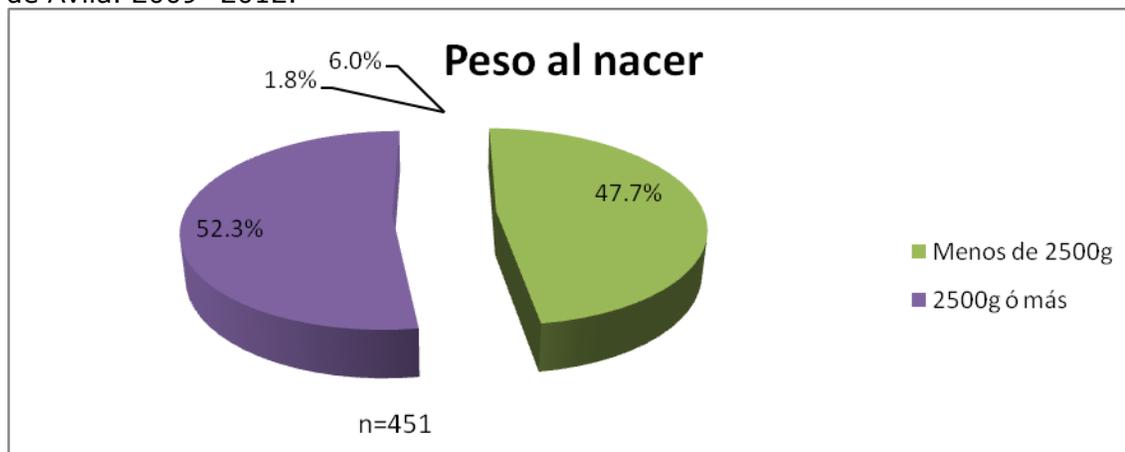
Fuente: Libros de registro de partos, historias clínicas y carnets obstétricos. Hospital provincial Antonio Luaces Iraola

Figura No.2. Clasificación del parto prematuro según edad de gestación. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2012



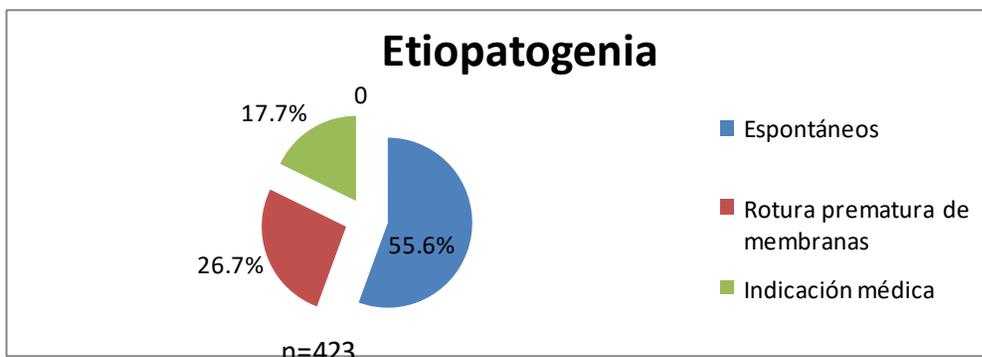
Fuente: Libros de registro de partos. Hospital provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

Figura No.3. Distribución de los recién nacidos prematuros según el peso al nacer. Municipio Ciego de Ávila. 2009- 2012.



Fuente: Libros de registro de partos. Hospital provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

Figura No.4. Clasificación del parto prematuro según su etiopatogenia. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2012



Fuente: Libros de registro de partos. Hospital provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"

Tabla No.3. Factores de riesgos presentes en las pacientes con parto prematuro. Municipio Ciego de Ávila. 2009-2012

Causas de parto prematuro	No. de pacientes (N=423)	%
Antecedentes de partos prematuros	192	45,4
Peso materno bajo a la captación.	179	42,3
Ganancia de peso baja durante el embarazo	108	39,1
Hipertensión Arterial (HTA).	165	39,0
Abortos de embarazos anteriores (al menos 1 aborto)	282	66,6
Hábito de fumar	169	40,0
Infecciones urinarias	208	49,2
Infecciones vaginales de cualquier etiología.	268	63,3

Fuente: Historias clínicas y carnets obstétricos. Hospital provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola"