

Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil

Characterization of Preterm Childbirth in Pregnant Attending the Hospital Materno Infantil

Gretel Escalante Lanza,
Allan Fernando Delcid Morazan,
Moran E Barcan Batchvaroff,
Carlos Humberto Gonzalez,
Iveth Guevara,
Suany Lagos,
Renzo E Valerio and Josue Carcamo Guardado

Doctor en Medicina y Cirugía,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Resumen

Introducción: Nacimiento pretérmino se define como la expulsión o extracción completa de un feto de la madre entre las 20 y 37 semanas o 259 días de gestación a partir de la fecha de la última menstruación.

Objetivo: Determinar las características sobre el nacimiento pretérmino en las pacientes atendidas en la sala de labor y parto, Hospital Materno Infantil de Junio a Septiembre 2016.

Metodología: Se realizó un estudio, descriptivo, transversal, universo de 4048 pacientes, se estimó una muestra de 422 con un I.C. 97%, p (50%), porcentaje de error (5%) la recolección de datos fue a través de la aplicación de un instrumento tipo cuestionario a toda paciente embarazada que ingreso a sala de labor y parto.

Resultados: Se encontró que 6.2% de las pacientes presentó nacimiento pretérmino, siendo el 77.3% mediante parto y 22.7% mediante cesárea, a su vez el 30.7% de las pacientes se encontraban en edades de riesgo reproductivo, de estas el grupo de embarazo en la adolescente represento 19.2%, se observó que el 46.2% de primigestas presento nacimiento pretérmino, en cuanto a los nacimientos debajo de las 27.6 SG 100% tuvo complicaciones y el 26% de los casos no sobrevivieron; sin embargo, es evidente que esta frecuencia muestra un comportamiento descendente a medida que el feto se acerca al término reduciéndose hasta 29% de complicaciones entre las 34-36.6 SG.

Conclusión: El nacimiento pretérmino es una complicación presente en nuestras pacientes embarazadas, se ve principalmente en mujeres jóvenes, acompañándose de alta mortalidad neonatal, se tuvo una incidencia del 6.2% de nacimientos pretérmino; el 30.7% se encontraban en edades maternas que representan riesgo reproductivo, la totalidad de los nacidos con menos de 27.6 SG presentaron algún tipo de complicación, siendo evidente la reducción de este porcentaje al acercarse el feto al a las 37 SG.

Palabras claves: Embarazo; Nacimiento pretérmino; Morbilidad neonatal

Correspondencia:

Allan Fernando Delcid Morazan

✉ allanferdelcid@hotmail.com

Abstract

Abstract: Preterm birth is defined as the complete expulsion or removal of a fetus from the mother between 20 and 37 weeks or between 140 and 259 days of gestation from the date of the last menstruation.

Objective: To determine the characteristics of the preterm birth in the patients who assist the delivery room, Hospital Materno Infantil from June to September 2016

Methodology: We performed a descriptive, cross-sectional, study, universe of 4048 patients, estimating a sample of 422 with an I.C. 97%, p (50%), and (5%) the data collection was through the application of a questionnaire type instrument to all pregnant patients who entered delivery room.

Results: It was found that 6.2% of the patients had preterm birth, 77.3% through delivery and 22.7% through cesarean section, at the same time 30.7% of the patients were at reproductive risk and 19.2% were the group of adolescent pregnancy, it was observed that 46.2% of primigravida patients had preterm birth, in terms of births below 27.6 GA, these had 100% of complications and 26% of the cases didn't survive; however, it is evident that this frequency of complications shows a downward behavior as the fetus approaches the term, reducing to 29% complications between 34-36.6 GA.

Conclusion: Preterm birth is a complication present in our pregnant patients, seen mainly in young women, accompanying a high neonatal mortality, the study present a 6.2% incidence of preterm birth; 30.7% were in maternal ages that represent reproductive risk, the total of those born with less than 27.6 GA presented some type of complication, being evident the reduction of this percentage when approaching the fetus to the 37 GA.

Keywords: Pregnancy; Preterm childbirth; Neonatal morbidity

Fecha de recepción: Mar 10 2017, **Fecha de aceptación:** Mar 25, 2017, **Fecha de publicación:** Mar 30, 2017

Introducción

El Parto o nacimiento pretérmino es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el que ocurre entre las 20 y 37 semanas o menos de 259 días de gestación, contados a partir de la última menstruación [1].

El Parto Pretérmino es un problema de salud pública a nivel mundial, se calcula que nacen en el mundo anualmente 13 millones de niños antes del término. Las tasas más elevadas se producen en África 11,9%, América del Norte 10,6% y Europa 6,2% siendo la tasa más baja [2,3].

En América Latina para el año 2010 se encontraron tasas similares de parto prematuro, siendo las más altas en Costa Rica 13,6%, El Salvador 12,8%, ubicando a Honduras en tercer lugar con 12,2% seguido de Belice con 10,4% [3].

De Honduras se encontró solamente un dato en la bibliografía consultada, en el departamento de Lempira con 3% de partos prematuros atendidos en el Hospital de Área Juan Manuel Gálvez en 2010, por lo que se desconocen datos del resto del país [4].

Al hablar de Parto Pretérmino nos encontramos con una

etiopatogenia multifactorial donde se conocen numerosos factores de riesgo y se han descrito diferentes mecanismos de iniciación del parto prematuro, pero aisladamente ninguno se asocia fuertemente al mismo como para utilizarlo como un marcador seguro predictor de riesgo [5]. Entre los factores que contribuyen se encuentran: antecedentes de parto pretérmino, anemia, los altos niveles de catecolaminas en la orina materna, el consumo de tabaco, Ruptura prematura de membranas (RPM), Hipertensión arterial (HTA), Sangrado transvaginal, periodo intergenésico ≤ 1 año, infección del tracto urinario (ITU), ausencia del control prenatal, control prenatal deficiente, tener una edad menor de 20 años o mayor de 35 años, oligohidramnios, antecedente de aborto, Preeclampsia, Diabetes Mellitus o Gestacional, Insuficiencia del cuello uterino [3,6,7].

El nacimiento prematuro es causante del 75% de la mortalidad neonatal, responsable además de complicaciones neonatales a corto plazo tales como, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y a largo plazo discapacidades neurológicas como trastornos del lenguaje y del aprendizaje,

alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, lo cual influye en forma negativa en su adaptación social [2,8].

Las diferentes complicaciones que ocurren en la etapa neonatal repercuten en la vida adulta, resultan en enormes costos físicos, psicológicos y económicos para las familia y comunidades sobre todo en países subdesarrollados, por lo que se genera la necesidad de realizar este estudio para ampliar conocimientos y caracterizar los nacimientos pretérmino [3,9].

Materiales y Método

Tipo de estudio: Se enmarca como, descriptivo, de corte transversal.

Población de Estudio: Universo fue de 4048 pacientes con diagnóstico de embarazo pretérmino, se estimó una muestra de 422 pacientes con un 97% de I.C., siendo p (50%) con error de estimación de 5%.

Área de estudio: Realizado en el Hospital Materno Infantil, ubicado en la ciudad de Tegucigalpa, en el Departamento de Francisco Morazán, Honduras, durante el período de Junio a Septiembre de 2016.

Criterios de inclusión: Correspondió a toda embarazada que ingreso a la sala de Labor y parto en el Hospital Materno Infantil con edad gestacional entre las 20 a 37 semanas gestacional, a partir de la fecha de ultima menstruación, durante el período de Junio a Septiembre de 2016.

Criterios de exclusión: Se consideró como criterio de exclusión a toda paciente que no brindo su consentimiento para participar en el estudio y a toda paciente no apta para el estudio.

Recolección de datos: Se realizó mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. La validación del mismo se realizó con una prueba piloto.

Análisis estadístico: La matriz e interpretación de datos se realizó con el programa EPIINFO Versión 7.2 (CDC, Atlanta, EUA). Se hizo limpieza de las bases de datos para revisar inconsistencias, valores fuera de rango y otros errores de digitación o de colección de datos, el procesamiento de datos se complementó con los programas Microsoft Office Word, Excel 2016. Se Aplicaron las pruebas estadísticas de frecuencia y porcentaje.

Aspectos éticos: Previo a la recolección de datos se obtuvo la autorización de las autoridades de la sala de Labor y Parto, a su vez antes de proceder a la recolección de la información, se informó a cada paciente junto con sus familiares acerca de los objetivos del estudio y sobre la confidencialidad del mismo, se le pidió a cada paciente la aprobación mediante el Consentimiento Informado y en cuanto a las pacientes menores de edad se les solicito la aprobación al tutor legal a cargo de la menor mediante el consentimiento informado, se aseguró la confidencialidad de los expedientes y de cada participante, todos los autores están certificados en buenas prácticas clínicas en ética de la investigación del programa CITI Program de la Universidad de Miami.

Resultados

Se encontró que den los nacimientos, una minoría 6.2% presentó

nacimiento pretérmino siendo de estos el 77.3% mediante el parto y 22.7% mediante la cesárea. Además, prevaleció la incidencia de partos totales vrs cesáreas totales (Tabla 1). El 69.2% de las pacientes con nacimiento pretérmino se encontraba en el rango de edad de 19 -34 años que representa la edad reproductiva normal; sin embargo, fue de especial interés que el 42.3% se encontró en el rango de 19-25 años, además el acumulado de mujeres en edades de riesgo reproductivo fue de 30.7%, siendo el grupo de embarazo en la adolescente el más representativo con 19.2% (Figura 1).

A su vez se observó que la presencia de nacimientos pretérmino predominantemente fue 46.2% de pacientes primigestas representando casi la mitad de la muestra, además se observó una tendencia a disminuir la frecuencia de nacimientos pretérmino en mujeres que tenían dos o más partos previos (Figura 2).

El 61.4% de los nacimientos empezaron trabajo de parto espontaneo, de estos, la mayoría presentaron integridad de membranas, sin embargo, el 23% presento ruptura prematura de membranas (RPM) al momento de su ingreso a la sala de labor y parto; al contrario, un tercio de casos tuvieron indicación para la interrupción del embarazo (Figura 3). La principal causa o indicación para dicha interrupción fue muerte del producto intrauterino con casi 40%, sin embargo, también se muestran como condición importante los trastornos hipertensivos del embarazo donde la preclamsia severa/Eclampsia constituyo un 23% (Figura 4).

El Sangrado vaginal previo representó el 26.9% de los factores de riesgo para nacimiento pretérmino, seguido por la Infección del tracto urinario (ITU) con 23.1% y los trastornos hipertensivos del embarazo tipo preclamsia con 19.2% (Figura 5). De lo obtenido, los nacimientos debajo de las 27.6 SG tuvieron un 100% de complicaciones y el 26% de los casos no sobrevivieron; sin embargo, es evidente que esta frecuencia muestra un comportamiento descendente a medida que el feto se acerca al término, reduciéndose hasta un 29% entre las 34-36.6 SG (Figura 6).

El 54% de los nacimientos pretérmino ocurrieron entre las 6 horas desde su ingreso a sala de labor y parto. Sin embargo, se logró retrasar el nacimiento en casi el 8% por más de 3 días (Figura 7).

Discusión

La OMS estimó para Honduras en 2010, que el 12% de partos serían prematuros y el dato más reciente remonta a que el 3% de los partos atendidos en el Hospital regional del departamento de Lempira, Honduras fueron prematuros en el 2012 [4]. En la investigación se encontró que, de los nacimientos, una minoría 6.2% presentó nacimiento pretérmino, que es baja relacionada con la literatura a nivel mundial en 2011 con datos como, 9,6%, en

Tabla 1 Descripción de nacimientos en HMI, n=422.

	Forma de Nacimiento		Total
	Parto	Cesárea	
Pretérmino	17	9	26
A término	272	124	396
Total	289	133	422

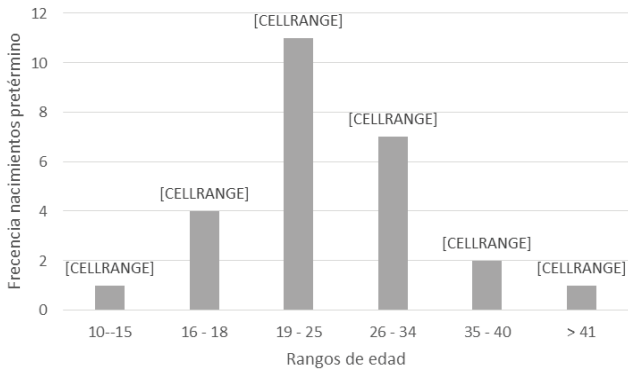


Figura 1 Caracterización por edades de nacimientos pretérmino HMI, n=422.

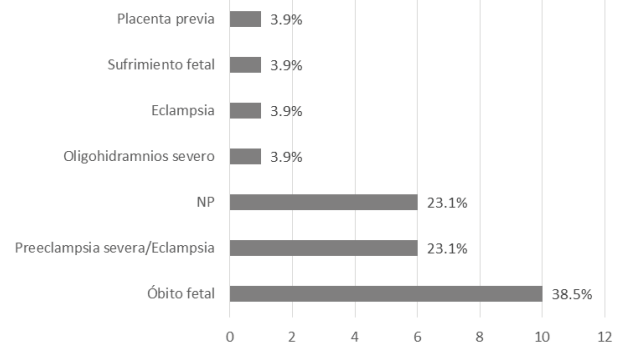


Figura 4 Indicaciones para interrupción del embarazo en nacimiento pretérmino HMI, n=422.

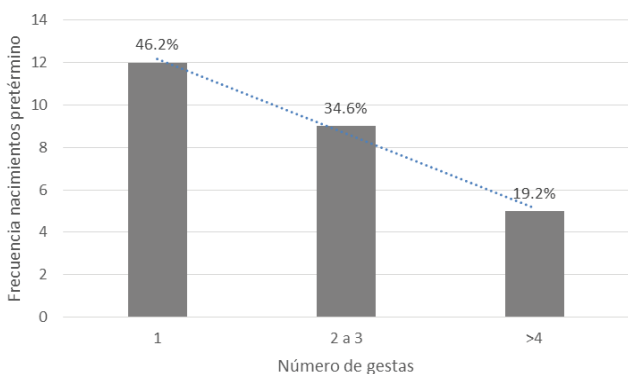


Figura 2 Caracterización de nacimientos pretérmino por número de gestas HMI, n=422.

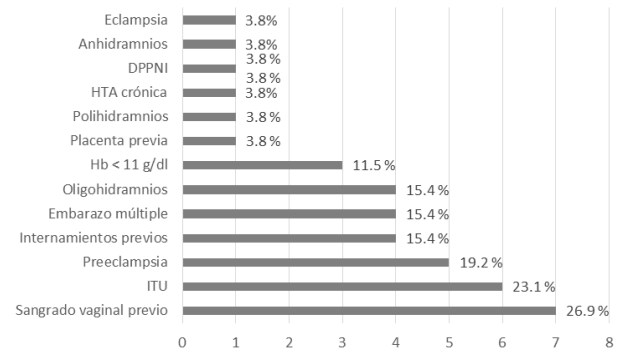


Figura 5 Factores de riesgo identificados en gestantes con nacimientos pretérmino HMI, n=422.

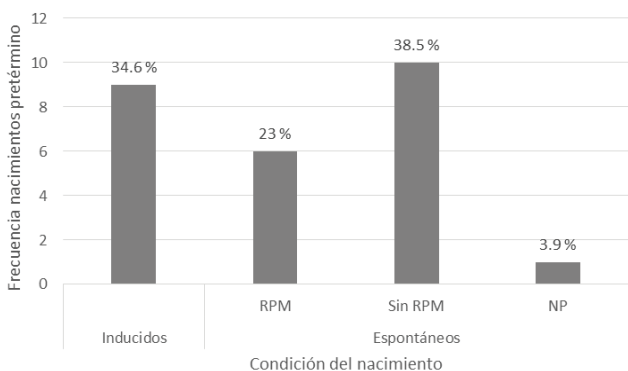


Figura 3 Caracterización de nacimientos pretérmino según inicio de trabajo de parto e integridad de membranas HMI, n=422.

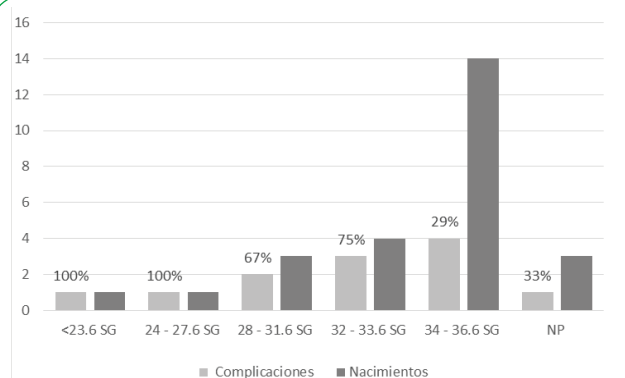


Figura 6 Complicaciones de nacimientos pretérmino según edad gestacional HMI, n=422.

la Argentina: 8,5% en España, el 6,2% de nacimiento pretérmino resulta baja para lo esperado en un país en vías de desarrollo como el nuestro y se compara a incidencias de países industrializados como ser Suecia y Dinamarca, a su vez el método de evacuación en dichos países fue así: el 69,7% se evacuó vía vaginal y el 30,3% se les practicó cesárea, mientras que en el estudio se encontró, el 77,3% mediante el parto y 22,7% mediante la cesárea [10-12].

El 69,2% de las pacientes con nacimiento pretérmino se encontraba en el rango de edad de 19-34 años que representa la edad reproductiva normal; sin embargo, fue de especial interés

que el 42,3% se encontró en el rango de 19-25 años, además el acumulado de mujeres en edades de riesgo reproductivo fue de 30,7%, siendo el grupo de embarazo en la adolescente el más representativo con 19,2% comparándolo con un estudio revela que en las edades en quienes se observó con más frecuencia el parto prematuro fue en menores o iguales de 19 años en un 36,3% y en las de 20 a 25 años en un 34,5%, sumando ambos grupos un 70,8 [12], en comparación, Colombia, en el año 2003, Bojanini y Gómez realizaron un trabajo para describir los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes atendidas

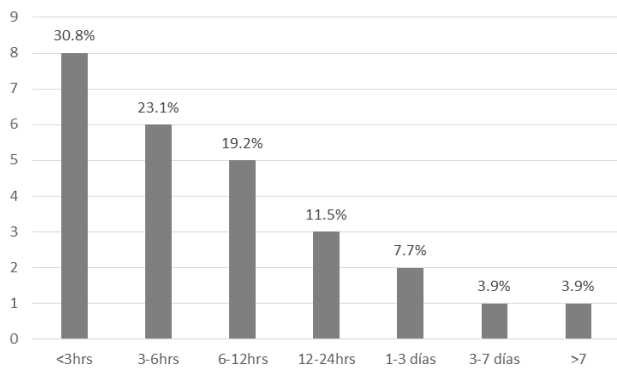


Figura 7 Frecuencia de nacimientos pretérmino según el tiempo transcurrido entre el ingreso y el nacimiento HMI, n=422.

entre junio de 2000 y octubre de 2001, el 28,6% de las pacientes eran adolescentes, una cuarta parte de ellas tenía embarazos repetidos. Un porcentaje importante de pacientes no había hecho control prenatal, el 53,6% de las adolescentes presentaron parto pre término [13].

Según los precursores obstétricos de los nacimientos prematuros, éstos fueron espontáneos 68,8% (con RPM 27% y con membranas intactas 41,8%) e indicados médicamente 31,2%, estos datos relacionados con esta investigación donde se encontró que el 61,4% de los nacimientos empezaron trabajo de parto espontaneo, de estos, la mayoría presentaron integridad de membranas, sin embargo, el 23% presento ruptura prematura de membranas al momento de su ingreso a la sala de labor y parto [7].

Se encontró que el óbito fetal fue la causa más frecuente para la interrupción del embarazo seguido por los trastornos hipertensivos, otras investigaciones demuestran que la indicación más frecuente de cesárea en productos prematuros sigue siendo los relacionados a los trastornos Hipertensivos en el embarazo [12]. En estudios reportados en la literatura se encontraron asociaciones entre el riesgo aumentado de parto pretérmino y preeclampsia. Dicha complicación se observa en el 16,7% de nuestras pacientes pertenecientes al grupo de casos [5]. Otros estudios reportan que en cuanto a la preeclampsia-eclampsia, se presentó en 20% de las pacientes con parto pretérmino. En este estudio los trastornos hipertensivos del embarazo tipo preeclampsia representan un 19,2%, porcentaje menor que el Sangrado vaginal previo que representó el 26,9% de los factores de riesgo para nacimiento pretérmino [14].

A nivel mundial la prematurez y sus complicaciones se sitúan en

el segundo lugar dentro de las principales causas de muerte en menores de cinco años con un 14%. En Honduras la mortalidad neonatal es de 14 por 1000 nacidos vivos [6], ocupando la prematurez el tercer lugar dentro de la principal causa de muerte neonatal [15]. De lo obtenido, los nacimientos debajo de las 27.6 SG tuvieron un 100% de complicaciones; sin embargo, es evidente que esta frecuencia muestra un comportamiento descendente a medida que el feto se acerca al término, reduciéndose hasta un 29% entre las 34-36.6 SG.

Conclusión

En el presente estudio encontró una incidencia del 6.2% de nacimientos pretérmino, los cuales se caracterizan por haber terminado por vía vaginal en un 77.3%; Respecto a las edades maternas el 30.7% se encontraban en edades que representan riesgo reproductivo y de estas las adolescentes representan más de la mitad del grupo de edad; hay una tendencia a disminuir la frecuencia de nacimientos pretérmino al aumentar el número de gestas de dos o más. El inicio del trabajo de parto fue espontaneo en dos tercios de los nacimientos, un tercio tuvo indicación médica para terminación del embarazo antes de llegar a término y las causas habituales en orden de frecuencia fueron óbito fetal y trastornos hipertensivos en el embarazo tipo preeclampsia/eclampsia. Los factores de riesgo prenatales más prevalentes identificados en las pacientes que presentaron nacimientos pretérmino fueron haber tenido sangrado transvaginal previo, infecciones del tracto urinario y padecer trastornos hipertensivos tipo preeclampsia; la presencia de complicaciones durante el nacimiento son mayores a menor edad gestacional, la totalidad de los nacidos con menos de 27.6 SG presentaron algún tipo de complicación, siendo evidente la reducción de este porcentaje al acercarse el feto al a las 37 SG.

Agradecimiento

A las autoridades correspondientes de la sala de Labor y Parto del Hospital Materno Infantil quienes nos brindaron su apoyo para el desarrollo de esta de investigación, al Doctor Marel de Jesús Castellanos y demás maestros de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras que nos guiaron durante el proceso de la investigación.

Conflicto de Interés

El equipo de investigadores afirma no tener ningún tipo de conflictos de interés.

References

- 1 Nápoles D (2012) La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *Medisan* 16: 81.
- 2 Laterra CM, Sandra S, Di Marco I, Eduardo V (2012) Guía de práctica clínica: amenaza de parto pretérmino 2011. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 31: 25-40.
- 3 Luis M, Diana C, Laura M, Martha A, Claudia P (2016) Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev chil obstet ginecol* 81: 330-342.
- 4 Fanny C, Fabián C, Carlos Z (2012) Factores asociados Al parto prematuro en el departamento de lempira, honduras. *Rev Med Hondur.* 80: 153-157.
- 5 Viviana G (2012) Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev Nac* 4: 8-14.
- 6 Ahumada-Barríos M, Alvarado G (2016) Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* 24: e2750.
- 7 Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret Gustavo, Fuentes A, María JR, et al. (2012) Factores asociados con el Parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago. *Rev Med Chile* 140: 19-29.
- 8 Retureta S, Rojas L, Retureta M (2015) Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del municipio ciego de ávila. *Medisur* 13: 517525.
- 9 Dayana C, Danilo N, Pedro M (2014) Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. *Medisan* 18: 852-858.
- 10 Fernández J (2014) Parto pretérmino. *F.A.S.G.O.* 13 No.1.
- 11 (2012) Amenaza de parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol* 55: 347-366.
- 12 Martín Donald P, Espinal-Rodríguez J (2001) Parto prematuro, características clínicas y demográficas en el hospital materno infantil de Tegucigalpa, honduras de mayo de 1998 a septiembre del año 2000. *Rev Med Post UNAH* 6.
- 13 Riscarle M, Airlen R, Magaly O, Marianela R, Rosa C, et al. (2008) Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 68: 141-143.
- 14 Juvenal CG, Genaro VM, Jorge VT, Régulo MC, Alfredo Jesús VM (2005) Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Med IMSS* 43: 339-342.
- 15 Guillén Mayorga DL, Rodríguez E, Ortiz JA, Rivera WI, Duarte NH (2012) Perfil epidemiológico y factores de riesgo en recién nacidos prematuros. *Hospital Regional, Gracias, Lempira. Rev Med Hondu* 80.