
Dirección:

Dr. NICOLAS ESPINOZA R.

Participantes:

Dr. EDISON ALTAMIRANO G.

Dr. LENIN LEON C.

INTRODUCCION:

Al revisar los textos clásicos de Pediatría, se encuentran trabajos sobre prematuridad, pero en relación al antiguo concepto ponderal. En publicaciones recientes se puede leer sobre prematuridad en relación a edad gestacional, pero las casuísticas son todavía poco significativas. Se pretende por tanto en el presente estudio, tratar de establecer tanto en la Maternidad Isidro Ayora como en el Hospital Carlos Andrade Marín la incidencia de prematuridad en relación al número total de partos, al sexo, a edad gestacional, a peso, a las causas de prematuridad, a la morbilidad y a la mortalidad dejando para ulterior investigación el seguimiento de prematuros en consulta externa.

La Organización Mundial de la Salud define como prematuro al niño que nace antes de las 37 semanas, a partir del último día de la última menstruación (1-2-6). El recién nacido que pesa menos de 2.500 gramos al nacer, es denominado por la misma Organización como recién nacido de peso bajo o de peso reducido al nacimiento.

Como la diferenciación en los conceptos de prematuridad y peso bajo al nacer son recientes, no se encuentran índices estadísticos adecuados. En una población del Cáucaso, Usher calculó una incidencia de prematuridad de 3.35% entre los niños que pesaban menos de 2.500 gramos y de 4% entre los que pesaban más de 2.500 gramos, dando una incidencia total de 7.35%. En 1942, en el Instituto Pediátrico Estatal de Leningrado, el índice de prematuridad fue de 49% durante el sitio de la ciudad. Estudios realizados en Estados Unidos y en Europa han dado cifras de un

PREMATURIDAD

15% o más en las clases de inferior situación socioeconómica superior. En 1956 en el Hospital Municipal de Bombay se alcanzó el 36.3% (1).

Consideración especial constituye la etiología de la prematuridad, en algún estudio solamente del 40% de casos se ha podido demostrar las causas de partos prematuros (4).

Se cita a continuación una tabla provisional de la etiología de la prematuridad, elaborada con el afán de que aquella conste como auxiliar en la anamnesis de los partos prematuros, para así poder precisar mejor sus causas, sobre todo en nuestro medio.

ETIOLOGIA DE LA PREMATUREZ

FACTORES GENERALES:

Condición socioeconómica inferior.
Injuria emocional.
Traumatismo abdominal de cierta magnitud.
Fatiga (trabajo profesional).

FACTORES MATERNOS:

Edad de la madre (inferior a 16 años, superior a 35 años) (1).
Desnutrición materna (1).
Madre soltera.
Antecedente previo de parto prematuro (familiaridad) (1).
Peso bajo materno, talla corta materna.
Bacteriuria asintomática y Pielonefritis.
Infecciones agudas: parasitarias (3), Malaria, Sifilisis, Toxoplasmosis, bacterianas (3), Tifus, Listeriosis.
Víricas (Rubeola, gripe, hepatitis epidémicas, herpes simple, citomegalovirus).
Medicamentos (3).

Intoxicaciones.
Cardiopatía cianótica materna.
Multiparidad.
Embarazos a intervalos cortos (1).
Ineficacia reproductiva de la madre (2).
Infertilidad, abortos o partos de niños muertos, niños prematuros o de peso bajo.
Toxemia.
Causas de ruptura de membranas e inducción de partos subsecuentes.
Amenazas de aborto, estenosis pélvicas.
Retraso del desarrollo biológico.
Disregulaciones hormonales (Basedow grave) (3).
Lesiones hereditarias del sistema nervioso central.

FACTORES UTEROPLACENTARIOS:

Desprendimiento de placenta y placenta previa.
Utero pequeño e infantil.
Tumores uterinos.
Anomalías placentarias (3).
Polihidramnios.

CAUSAS FETALES:

Gemelaridad.
Macrosomía (Hijos de madre diabética).
Mutación genética (3).
Sensibilización Rh (3).
Malformaciones.

MATERIAL Y METODOS:

Se han tomado en cuenta para esta evaluación de tipo estadístico dos series de 4.000 y 2.000 casos respectivamente del Hospital Carlos Andrade Marín y una serie de 12.000 partos de la Maternidad Isidro Ayora, en la

cual hay evidente subregistro en el número de prematuros; además, en el libro Nutrición y desarrollo de los Andes Ecuatorianos, existe una casuística que la hemos tomado en cuenta como referencia (5).

En lo que se refiere de 4.000 partos, se han revisado menos del 50% en las historias clínicas, ya que el resto no se ha podido recabar del Servicio de Estadística del Hospital. En la serie de 2.000 partos no se han revisado las Historias Clínicas y los datos han sido obtenidos del libro de Estadística del Servicio de Recién Nacidos del Hospital. La serie de la Maternidad Isidro Ayora viene a constituir un muestreo debido a que no proviene de una serie continua de nacimientos por mutilaciones de Archivo.

RESULTADOS Y ANALISIS

Existe un mal registro de datos (1) porque en la serie de 4.000 casos del H.C.A.M. no se pudo encontrar más del 50% de Historias Clínicas (2) porque en la serie de 2.000 casos del mismo Hospital no se revisaron las Historias Clínicas y (3) en la serie de la M.C.A. se observó patentes mutilaciones en el archivo, por lo que esos datos no han sido considerados. Se han obtenido los siguientes resultados.

H.C.A.M.	H.C.A.M.
(Serie de 4.000)	(Serie de 2.000)
Nacimientos.	Nacimientos.

Porcentaje de Prematuros:

8,6% 8,45%

Este dato tiene que ser valorado, en relación con ulteriores estudios, pero parece

que el porcentaje de prematuros, en el H.C.A.M. es más bien bajo si lo comparamos con otros grupos de población de inferior condición, socioeconómica.

	H.C.A.M.	H.C.A.M.
	1ra. Serie	2da. Serie
Varones	57,4%	53,25%
Mujeres	42,6%	46,75%

Hay más prematuros varones y la diferencia con las mujeres es importante sobre todo en la primera serie, este es otro dato que requiere más estudio.

Edad Gestacional	H.C.A.M. 1ra. Serie	H.C.A.M. 2da. Serie
37 Semanas	44,48%	41,42%
36 "	21,00%	21,89%
35 "	14,00%	11,24%
34 "	7,00%	8,84%
33 "	4,2 %	3,54%
32 "	2,8 %	3,54%
31 "	1,68%	1,77%
30 "	0,28%
29 "	0,72%	3,54%
28 "	0,59%
27 "
26 "	0,56%	0,59%
25 "	0,28%	0,59%
Desconocida		1,77%

En el estudio se han tomado en cuenta edades Gestacionales inferiores a las 28 semanas, lo que elevaría la incidencia de morbilidad, si consideramos que tradicionalmente se considera no viables a los menores de 28 semanas de edad gestacional.

DE ACUERDO AL PESO DE NACIMIENTO

Peso en Gramos	H.C.A.M. 1ra. Serie	H.C.A.M. 2da. Serie
Desconocido	1.68%	1.18%
Menos de 1.000 gramos	1.4 %	1.18%
1.000 a 1.500	16.04%	7.08%
1.500 a 2.000	32.24%	13.01%
2.000 a 2.500	31.08%	30.76%
2.500 a 3.000	14.1 %	33.3 %
3.000 a 3.500	1.4 %	13.6 %
Más de 3.500		1.18%

Los pesos de menos de 1.000 gramos coincidieron en su gran mayoría con menos de 28 semanas de edad gestacional.

SEGUN LA CAUSA DE PREMATURIDAD

Posible Causa	H.C.A.M. 1ra. Serie	H.C.A.M. 2da. Serie
Toxemia	10,68%	8,87%
Hemorragia y amenaza de Aborto	10,14%	11,23%
Gemelaridad	3,36%	2,36%
Ruptura prematura de Membranas	3,94%	7,69%
Pielonefritis	3,64%	5,91%
Cardiopatías Maternas	0,28%	
Diabetes	0,28%	
Hepatitis	0,28%	
Colecistitis	0,28%	
Traumatismo	0,28%	
Tumoración	0,28%	
Peso Bajo		0,59%
Yatrógeno	0,28%	
Hermanos prematuros		4,14%
	31,08%	40,83%

Esta lista ha sido elaborada de acuerdo a la tabla de etiología, anteriormente citada.

MORBILIDAD

Entidad	H.C.A.M. 1ra. Serie	H.C.A.M. 2da. Serie
SDR.	12,6 %	8,87%
Hiperbilirrubinemia e ictericia	7,64%	14,78%
Asfixia y sufrimiento fetal	13,72%	12,89%
Infecciones	6,16%	3,54%
Malformaciones	1,68%	1,18%
Hipoglicemia	0,84%	0,59%
Anemia	1,12%	1,77%
Pletora	0,28%	
Caderas Inestables	0,56%	
Cefalohematoma	0,56%	1,18%
Sífilis congénita		1,18%
Wilson Mikity		0,59%
Enfriamiento		0,59%

Este cuadro es completamente provisional, diversas entidades acusan un subregistro, inclusive en las historias clínicas, en otras no se han empleado los parámetros especialmente de laboratorio para el diagnóstico y falta una mejor revisión de Historias Clínicas.

MORBILIDAD

Posible Entidad Causante	H.C.A.M. 1ra. Serie	H.C.A.M. 2da. Serie
SDR.	2,52%	3,54%
Asfixia y Trauma	0,56%	2,95%
Inmadurez	1,4 %	0,59%
Síndrome de gran aspiración	0,28%	0,59%
Trisomía 18		0,59%
Infección Intraútero		0,59%
	5,04%	8,85%

No se ha realizado una efectiva correlación con las autopsias respectivas, aunque es verdad que la mayoría fueron sometidas a ellas.

Parece que hay un subregistro en el porcentaje de mujeres lo que deberá ser rectificado.

CONCLUSIONES Y SUMARIO:

1.—En 6.000 partos revisados en el Hospital Carlos Andrade Marín, se ha encontrado una incidencia de 519 prematuros, es decir 8.52%, lo que consideramos un grupo significativo, pero que debe ser mejor estudiado mediante una revisión de historias clínica más completas.

2.—Hay un predominio de varones, y la diferencia posiblemente sea significativa: 55.3% vs. 44.67%.

3.—Tal como se encuentran en las estadísticas internacionales, el mayor porcentaje de prematuros pertenece a 36 y 37 semanas (64.39%), mientras el resto suman sólo 35.61%. En otra serie 46.88% fueron de 36 y 37 semanas y el resto de menor edad gestacional. Los prematuros más hábiles (de 32 semanas o menos) abarcan un 9.61% en el Hospital Carlos Andrade Marín mientras en otra serie se encontraron 23.20% (6).

4.—En el Hospital Carlos Andrade Marín, los prematuros que pesan menos de 2.500 gramos constituyen un 67.23% y los que pesan más de 2.500 el 32.77%. Esto se contrapone con el viejo concepto de prematuridad ponderal.

5.—Aunque se discute que la Toxemia tenga que ver con la etiología de la prematuridad, en el estudio se ha encontrado 9.77 por ciento de los partos prematuros coincidentes con esa patología; además 11.22% coincidentes con hemorragia, amenaza de aborto etc. con generalidad 2,86%, con hi-

drorrea 5.81% con Pielonefritis 4.86%, con hermanos prematuros 2% y luego una serie de causas poco significativas, en general en un 40.45% se han definido las posibles causas de prematuridad, debiendo subrayarse que falta realizar un interrogatorio más adecuado a este respecto.

6.—En lo que se refiere a morbilidad, aparentemente el SDR es más frecuente, que en otros lugares geográficos, pero antes de adelantar ninguna hipótesis, es menester disponer de mejores elementos de diagnóstico, así como gasometría, para diferenciar de la taquipnea transitoria del recién nacido, especialmente.

En cuanto a Hiperbilirrubinemia, es cierto que es diferente el criterio de clasificación con respecto al recién nacido al término. En todo caso no se han realizado suficientes exámenes de laboratorio en pretérminos, por lo que posiblemente la incidencia de esa entidad sea más elevada. Con respecto a infecciones especialmente Perionfalitis y en cuanto a Hipotermia seguramente existe un subregistro. En lo relativo a Anemia no se evidencia como rutina, el pedido de hematocrito en prematuros.

7.—SDR constituye más a la mortalidad del prematuro en las series estudiadas, su manejo todavía no se ha hallado dentro de los mejores cánones.

El síndrome de gran aspiración extrañamente consta entre las causas importantes de mortalidad en los grupos de estudio.

8.—Es prioridad lograr que los archivos, memoria de los Hospitales, sean mejores organizados y no se produzcan hechos lamentables como la mutilación de aquellos (Ejemplo de la MIA).

9.—Se reporta que entre los prematuros pequeños hasta alrededor de 1970 se observa 60% de secuelas neurológicas significativas, en EE. UU. y que gracias a nuevas técnicas especialmente nutricionales introducidas desde esa época, actualmente se ordena mejor crecimiento inicial y casi no secuelas (7). Entre nosotros posiblemente el índice de secuelas sea mayor imponiéndose un mejoramiento en el manejo inicial de los prematuros y un seguimiento de los casos clínicos.

10.—En definitiva ésta es una invitación para realizar estudios más adecuados de este grupo importante de la población y sobre todo tratar de prevenir los factores etiológicos en la medida de lo posible.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—SCHAFFER / AVERY / ME.
Enfermedades del recién nacido, Barcelona, Salvat Editores 1974.
- 2.—NELSON VAUGHAM . MCKAY - TEXTBOOK OF PEDIATRIAS . WB SAUNDERS COMPANY PHILADELPHIA . LONDON - TORONTO - 1969.
- 3.—LAW Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica 1971.
- 4.—U. S. PUBLIC HEALTH SERVICE REVIEW SUPPLEMENT 1969.
- 5.—Varios Autores — Nutrición y Desarrollo en los Andes Ecuatorianos — Artes Gráficas 1974.
- 6.—AFEME — Varios Autores.
MORBI — MORTALIDAD PEDIATRICA INTRA HOSPITALARIA EN LA CIUDAD DE QUITO — ECUADOR. CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACION 1970
- 7.—SILVER H., KEMPEH BRUYN. H.
HANDBOOK OF PEDIATRICS — LANGE MEDICAL PUBLICATIONS — 1975.