

INCIDENCIA DEL PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL "ISIDRO AYORA"

Dr. ANDRES CALLE M., Obst. MARCIA MENDOZA V., Dr. CARLOS DOMINGUEZ Z. y Dr. VIRGILIO TERAN V.

Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y Facultad de Medicina, Quito.

RESUMEN

El presente es un estudio retrospectivo de 111 partos prematuros que se produjeron en el hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" en el período comprendido entre enero y junio de 1982. Se analizan diferentes parámetros epidemiológicos como número de gestaciones maternas, edad del embarazo, peso del neonato, modalidad de terminación del embarazo, existencia de sufrimiento fetal y de ruptura prematura de membranas, toxemia, control prenatal, antecedentes de abortos, estado civil y condiciones sociales y culturales, los mismos que discutimos con las experiencias de otros autores. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 11:179, 1986).

Los problemas del parto prematuro constituyen un reto para la Obstetricia moderna, debido a que la morbilidad y mortalidad consecutivas al síndrome de dificultad respiratoria representa una grave amenaza en presencia de un parto prematuro (1).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) considera parto prematuro al recién nacido alumbrado a una edad gestacional inferior a las 37 semanas completas (259 días), sin tener en cuenta el peso (2). Sin embargo, el uso de solo la edad gestacional para el diagnóstico de parto prematuro puede traer errores, por cuanto muchas veces la fecha de la última menstruación (FUM) es subjetiva; por ello, Hóffman y cols. (3) recomiendan considerar además de la edad gestacional, el peso al nacimiento, el cual debería ser mayor a 500 gramos y menor de 2500 gramos para ser considerado en el grupo de partos prematuros (4).

Los avances recientes en el tratamiento obstétrico y neonatal han disminuido notablemente la mortalidad y morbilidad en el parto prematuro. Sin embargo los costos que ello im-

plica son elevados, de ahí que la solución al problema está en evitar el parto prematuro. Pero, en la práctica los inhibidores de labor uterina no representan la solución, debido a que su empleo puede estar contraindicado en un alto porcentaje en mujeres con trabajo de parto prematuro debido a sus efectos secundarios maternos y fetales (5).

La importancia del parto prematuro como problema obstétrico y de salud pública se demuestra porque contribuye a la mortalidad perinatal total con un 50 a 70o/o (6). Rush y cols. (7) por un estudio realizado en Inglaterra revela que los partos pretérminos son responsables del 85o/o de las muertes neonatales.

En el presente estudio retrospectivo estudiamos la epidemiología del parto prematuro, considerado como tal desde las 28 semanas de gestación hasta las 36 semanas 6 días, en el hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" (H.G. O.I.A.), en los 6 primeros meses del año 1982. Durante este período en el H.G.O.I.A. se produjeron 7.170 partos, de los cuales 111 fueron prematuros mayores de 28 semanas, lo que da

una incidencia de 1.54o/o para dicho Hospital en ese período.

MATERIALES Y METODOS

Historias clínicas de madres y recién nacidos que tuvieron partos prematuros mayores de 28 semanas, tomados en base al Servicio de Estadística del Hospital. Los datos obtenidos se pasaron a una hoja especialmente elaborada para tal efecto en forma individual.

RESULTADOS

En el estudio revisamos algunos parámetros que podrían influir en la incidencia del parto prematuro y que a continuación presentamos.

En relación al número de gestaciones se observó una amplia distribución (tabla 1).

Tabla 1.— *NUMERO DE GESTACIONES MATERNAS*

Gestaciones	Casos	Porcentaje
Gesta 1	27	24.5
Gesta 2 a 4	57	51.0
Gesta 5 y más	27	24.5
TOTAL	111	100.0

El mayor porcentaje se encontró en mujeres con dos, tres o cuatro gestaciones. Pratt y cols. (8), sugieren que el primero y el quinto embarazos sucesivos hay mayor presencia de partos prematuros; en tanto, que Hardy y Mellitus (9) anotan que la mayor frecuencia es en el primer embarazo. Nuestros datos al respecto no son completos por cuanto es menester conocer el número exacto de pacientes primigestas que tuvieron parto normal y calcular el porcentaje de partos prematuros en aquellas. Iguales análisis se debería realizar en los otros grupos.

Nuestro estudio revela que la mayor incidencia de parto prematuro estuvo desde las 33 semanas en adelante según FUM, un dato que es

importante, por cuanto las complicaciones neonatales serán menores si es mayor la edad gestacional. (Tabla 2).

Tabla 2.— *EDAD GESTACIONAL*

Edad Gestacional	Casos	Porcentaje
28—30.6 semanas	18	16
31—32.6 semanas	19	17
33—34.6 semanas	30	27
35—36.6 semanas	44	40
TOTAL	111	100.

La FUM es un dato útil para calcular la edad gestacional en estudios epidemiológicos, pero Hertz y cols. (10) manifiestan que no es muy segura por sus grandes variaciones, de ahí que es importante la determinación de la edad gestacional desde el inicio del embarazo tomando en cuenta el diagnóstico clínico, la FUM, movimientos fetales, altura del fondo uterino y la presencia de ruidos cardíacos fetales, lo que daría una mayor precisión en el cálculo de la edad gestacional (4).

Tabla 3.— *PESO DEL RECIEN NACIDO*

Peso	Casos	Porcentaje
< 2500 gramos	101	91
> 2500 gramos	10	9
TOTAL	111	100

Según nuestra revisión 10 prematuros tenían un peso superior a los 2500 gramos. (Tabla 3). De acuerdo a la definición de la O.M.S. para parto prematuro el peso no tendría importancia para ser clasificado como tal; Hoffman y cols. (6) da importancia al peso para ser clasificado como prematuro. En esta revisión nos hemos mantenido con los criterios de la O.M.S. (2).

El análisis demuestra que la mayoría terminó su embarazo por partos cefálicos vaginales. (Tabla 4). No hay un acuerdo general sobre

Tabla 4.— *TERMINACION DEL EMBARAZO*

Modalidad	Casos	Porcentaje
Cefálico/Vaginal	65	69
Pelviano/Vaginal	17	15
Cesárea	29	26
TOTAL	111	100

la modalidad de partos en los prematuros, especialmente los de presentación podálica, pero todos los autores coinciden en que lo que más importa para la supervivencia del prematuro es la modalidad de parto, el tratamiento durante el parto y los cuidados neonatales (11). La cesárea parece ser la indicada en casos de presentación podálica, pero Stewart y cols. (12) han demostrado que la cesárea aumenta la supervivencia de bebés de muy bajo peso, independientemente de la presentación. Hobel y cols. (11) no recomiendan la cesárea en todos los prematuros, pero piensa que debería adoptarse con mayor frecuencia en estos casos. Usher y cols. (13) manifiestan que la cesárea aumenta la frecuencia de dificultad respiratoria y de mortalidad.

La presentación podálica es frecuente en el parto prematuro, ocurre en el 24o/o de partos a las 28 semanas y sólo en el 3—5o/o en los fetos a término (14). El parto podálico de un prematuro es de mal pronóstico, porque existe un riesgo elevado de muerte durante el parto y una mayor frecuencia de muerte neonatal secundaria al traumatismo del parto y la asfixia (15).

Para la valoración de sufrimiento fetal hemos tomado el dato del APGAR a los 5 minutos; aquel que tuvo menos de 7 está considerado con sufrimiento fetal y mayor de 7 sin sufrimiento fetal. En la presente revisión un alto porcentaje estuvo exento de sufrimiento fetal. (Tabla 5). Goldenberg y Nelson (15) encuentran que cuando el parto podálico es por vía vaginal, el 54o/o tiene un APGAR inferior a 7 a los 5 minutos, existiendo una mortalidad de 432o/oo nacidos vivos; en tanto que en los partos prematuros cefálicos vaginales el APGAR

Tabla 5.— *SUFRIMIENTO FETAL*

Existencia	Casos	Porcentaje
Presente	34	31
Ausente	77	69
TOTAL	111	100

fue menor a 7 en el 13o/o y en el 26o/o de los casos de prematuros nacidos por cesárea.

En la actual revisión, de los 34 casos que presentaron sufrimiento fetal, 17 fueron partos podálicos vaginales, 10 por cesárea y 7 por partos cefálicos vaginales.

En este estudio la existencia de ruptura de membranas estuvo presente en la mitad de los casos. (Tabla 6).

Tabla 6.— *EXISTENCIA DE RUPTURA DE MEMBRANAS*

Existencia	Casos	Porcentaje
Si	56	50.4
No	55	49.6
TOTAL	111	100.0

La ruptura de membranas es un problema terapéutico frecuente en Obstetricia. El 20o/o de los bebés nacidos después de ruptura de membranas son prematuros y el 16o/o son de peso bajo (4).

Con respecto a la inmadurez y el síndrome de dificultad respiratoria no existe acuerdo general en caso de ruptura de membranas. Berkowitz y col. (16) han demostrado que la ruptura prematura de membranas (R.P.M.) mayor de 16 horas disminuye la frecuencia de dificultad respiratoria en fetos de 31 semanas o más aumenta la supervivencia en fetos de 35 semanas o más de edad gestacional.

En contraste con este estudio que indica un efecto benéfico de la R.P.M. sobre la maduración pulmonar, están los riesgos que existen sobre una infección del líquido amniótico y

que aumenta mientras mayor sea el tiempo de ruptura. Gunn y cols. (17) indican una frecuencia de infección de 26.4o/o si la ruptura es mayor de 24 horas y de 2.7o/o si la ruptura es menor de 12 horas.

En resumen se podría afirmar que la R.P.M. disminuye la frecuencia de dificultad respiratoria, siendo el tiempo de ruptura un factor importante. Una R.P.M. de 72 horas o más es beneficiosa para fetos menores de 34 semanas y de 16 horas es adecuada para fetos mayores de 34 semanas de gestación. Pero, una ruptura muy prolongada es contraindicada por peligros de infección y de prolapso de cordón (11). Gunn y cols., demostraron que el prolapso de cordón era el doble en la R.P.M. en relación al que se observa en casos sin ruptura (17).

Según el estudio de Kaltreide y col. (4) el riesgo atribuible a la R.P.M. fue del 26o/o, pero el mismo autor cree que la rotura espontánea de membranas no es la causa del parto prematuro, sino el efecto de un aumento de la actividad uterina.

El 13o/o de pacientes con parto prematuro tuvieron toxemia de diferente grado. (Tabla 7). Todas las enfermedades relacionadas con el embarazo se acompañan de un riesgo mayor de bebés prematuros y de peso bajo, siendo los riesgos dobles o triples para partos prematuros (4). En el estudio de Kaltreider y col. (4), la hipertensión arterial fue causa del 4.6o/o de los partos prematuros. Nuestro estudio da una incidencia mayor de mujeres toxémicas, pero es probable que en aquellas esté sobreañadido otra patología no investigada.

Tabla 7.— *TOXEMIA DEL EMBARAZO*

Existencia	Casos	Porcentaje
Si	14	13
No	74	87
TOTAL	111	100

El adecuado control prenatal está considerado como mínimo 5 controles prenatales.

En la presente revisión el mayor porcentaje de partos prematuros fue en casos de no adecuado control prenatal o sin control. (Tabla 8). Terris y cols. (18) en 1974 manifestaron que la primera visita prenatal no juega ningún papel sobre la frecuencia de partos prematuros, pero Kaltreider y col. (4) encuentran que las mujeres que no recibieron con frecuencia atención prenatal dan a luz con mayor incidencia bebés prematuros. Ello se debería fundamentalmente a que con un adecuado control prenatal, se está en la capacidad de detectar cualquier anomalía clínica que puede producir un parto prematuro y de esta manera evitarlo.

Tabla 8.— *ADECUADO CONTROL PRENATAL*

Existencia	Casos	Porcentaje
Si	37	33
No	74	67
TOTAL	111	100

En las mujeres solteras existe un 25o/o de partos prematuros, pero este dato no es confiable por cuanto es necesario conocer el número exacto de solteras que tuvieron partos, para conocer el porcentaje de prematuros entre ellas. Igual análisis espera el otro grupo. (Tabla 9). Kaltreider y col. (4) encuentran que entre las madres solteras de raza blanca el riesgo de prematuros es del 90o/o mayor que entre las casadas. Chase (19) encuentra mayor frecuencia de prematuros en matrimonios ilegítimos, datos que también son confirmados por Pratt y cols.

Tabla 9.— *ESTADO CIVIL DE LA MADRE*

Estado	Casos	Porcentaje
Soltera	25	23
Casada	86	77
TOTAL	111	100

(8). Los embarazos no deseados se acompañan frecuentemente de partos prematuros. En los Estados Unidos las adolescentes tienen parto prematuro en el 5.40/o (20).

En nuestro estudio, el antecedente de aborto tiene importancia, pero el 67o/o no tuvieron aquel antecedente. (Tabla 10). Kaltreider y Johnson (21) observaron que aumenta el número de bebés prematuros si existen antecedentes, tanto de abortos como de partos prematuros. Estos datos fueron confirmados por el mismo autor en 1980 (4). Para este tipo de análisis nuestros datos merecen un poco más de investigación, ya que no conocemos el número de madres con antecedentes de abortos y que tuvieron partos normales.

Tabla 10.— *ANTECEDENTES DE ABORTOS*

Antecedentes	Casos	Porcentaje
No abortos	67	60.0
Un aborto	27	24.0
Dos abortos	9	8.1
Tres abortos	8	7.9
TOTAL	111	100.0

La mayor incidencia de partos prematuros la encontramos en pacientes que tienen condiciones regulares y malas e instrucción primaria o ninguna, pese a que este dato es de difícil investigación por la tendencia a mejorar sus condiciones de vida. (Tabla 11 y 12). Las condiciones socioeconómicas deficientes son las que acompañan al parto prematuro con mayor frecuencia que cualquier otro factor clínico. Sus mecanismos son desconocidos, pero se sugiere que las diferencias en cuanto a riesgo de parto prematuro pueden ser de origen genético (20), pero los que más frecuentemente se invocan es la desnutrición, baja estatura, analfabetismo y factores físicos y psicológicos (22). Kaltreider y col. (4) indican que las pacientes de clientela particular y por lo tanto de mejores condiciones sociales presentan mayor riesgo de parto prematuro. Bakketeig y col. (23) demos-

Tabla 11.— *CONDICIONES SOCIO—
ECONOMICAS DE LA MADRE*

Condiciones	Casos	Porcentaje
Muy Buena	0	0
Buena	18	16
Regular	54	49
Mala	33	35
TOTAL	111	100

Tabla 12.— *INSTRUCCION DE LA MADRE*

Instrucción	Casos	Porcentaje
Ninguna	31	28
Primaria	59	53
Secundaria	21	19
Superior	0	0
TOTAL	111	100

traron una relación entre la educación inferior de las madres y un riesgo elevado de partos prematuros. Newton y cols. (24) en un análisis de 132 mujeres que tuvieron un parto espontáneo, el stress psicosocial era particularmente elevado cuando los niños habían nacido prematuros. Berkowitz (25) encuentra que el tipo de vida, particularmente el consumo de alcohol, están relacionados con riesgo de parto prematuro. En los Estados Unidos los bebés prematuros son más frecuentes en mujeres de raza negra, solteras, de bajo nivel cultural y baja estatura (23).

Estos resultados sugieren que los factores sociales y culturales son importantes en la incidencia de riesgos para parto prematuro y por ello debemos reconocer que un alto porcentaje de pacientes que acuden a recibir atención en el H.G.O.I.A. pertenecen a clases menos poseídas y de menor instrucción educacional, que serían factores para que el parto prematuro aumente en su incidencia.

CONCLUSIONES

Es indudable que el parto pretérmino constituye un gran riesgo obstétrico y un desafío para el Neonatólogo. El presente estudio nos ha permitido evaluar parcialmente nuestra realidad sobre este importante capítulo obstétrico. Se ha analizado los diferentes parámetros que podíamos tomar de las historias clínicas y se ha comparado con estudios realizados por otros autores sobre el tema.

En el hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" creemos que hacen falta estudios que reflejen a profundidad esta realidad, ampliando su investigación hacia el parto inmaduro (20 a 28 semanas de gestación) y tomando en cuenta datos que amplíen su epidemiología, lo que nos permitirá en lo futuro ejecutar medidas preventivas para el bien de la madre y del recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

- Fuller, W.: Tratamiento del parto prematuro. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 2: 569, 1978.
- World Health Organization: Prevention of perinatal morbidity and mortality. *Public. Health Papers*, 42, 1969.
- Hoffman, H.J., Lunden, F., Bakketeig, L. and Harley, E.: Classification by birth weight and gestational age for futur studies of prematurity. In Reed D.M., Stanley F.J. (eds): *The Epidemiology of Prematurity*. Baltimore, Urban & Schawarzenberg, p. 297, 1977.
- Kaltreider, F. and Kohl, S.: Epidemiología del parto antes de término. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1: 17, 1980.
- Turnbull, A.C.: Actiology of preterm labor. In: *Preterm Labor*. London, The Royal College of Obstetrics and Gynaecology, p. 56, 1977.
- Hoffman, H. and Bakketeig, L.: Factores de riesgo relacionados con la aparición de un nacimiento pretérmino. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 3: 691, 1984.
- Rush, R., Keirse, M., Howat, P., Baun, J., Anderson, A. and Turnbull, A.: Contributions of preterm delivery to perinatal mortality. *Br. Med. J.* 2: 965, 1976.
- Pratt, M., Janus, Z. and Sayal, N.: Maternal variations in prematurity (1973-1974). In Reed D. M., Stanley F.J. (eds): *The Epidemiology of Prematurity*. Baltimore, Urban & Schawarzenberg, p. 53, 1977.
- Hardy, J.B. and Mellitus, E.D.: Relationship of low birth weight to maternal characteristics of age, parity, education and body size. In Reed D.M., Stanley F.J. (eds): *The Epidemiology of Prematurity*. Baltimore, Urban & Schawarzenberg, p. 105, 1977.
- Hertz, R., Sokol, R., Knoke, J., Rosen, M., Chik, L. and Hirsch, V.: Clinical estimation of gestational ages: Rules for avoiding preterm delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 131: 395, 1978.
- Hobel, C. and Dakes, G.: Consideraciones especiales sobre tratamiento del parto prematuro. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1: 152, 1980.
- Stewart, A., Turcan, D., Rawlings, G. and Reynolds, E.: Prognosis for infants weighing 1000 g or less at birth. *Arch. Dis. Child.*, 52: 97, 1977.
- Usher, R., Allen, A. and McLean, F.: Risk of respiratory distress syndrome related to gestational age route of delivery and maternal diabetes. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 111: 826, 1971.
- Scheek, K. and Nubar, J.: Variations of fetal presentation with gestational age. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 125: 269, 1976.
- Goldenberg, R. and Nelson, K.: The premature breech. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 127: 240, 1977.
- Berkowitz, R., Kantar, R., Beck, G. and Warshaw J.: The relationship between rupture of the membranes and the respiratory distress syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 124: 712, 1974.
- Gunn, G., Mishel, D. and Morton, D.: Premature rupture of the fetal membranes. A Review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 106: 469, 1970.
- Terris, M. and Glasser, M.: A life table analysis of the relations of prenatal case to prematurity. *Am. J. Public. Health*, 64: 869, 1974.
- Chase, H.C.: Time trends in low birth weight in The United States. In Reed D.M., Stanley F.

- J. (eds): *The Epidemiology of Prematurity*. Baltimore, Urban & Schwarzenberg, p. 17, 1977.
20. Johnson, J. and Dubin, N.: Prevención del parto prematuro. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1: 49, 1980.
 21. Kaltreider, D.F. and Johnson, J.W. Jr.: Patients at high risk for low birth weight delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 124: 25, 1976.
 22. Hemminki, E. and Starfield, B.: Prevention of low birth weight and preterm births; literature review and suggestions for research policy. *Milbank Mem Fund.*, 56: 339, 1978.
 23. Bakketeing, L. and Hoffman, H.: The epidemiology of preterm birth: results from a longitudinal study of births in Norway. In: Elder M, Hendicks, C. (eds): *Preterm Labor*. London: Butterworths International Medical Reviews, p. 17, 1981.
 24. Newton, R., Webster, P., Binn, P., Maskrey, N. and Phillips, A.: Psychosial stress in pregnancy and its relations to the onset of premature labour. *Br. Med. J.*, 2: 411, 1979.
 25. Berkowitz, G.S.: An epidemiology study of preterm delivery. *Am. J. Epidemiol.*, 113: 81, 1981.