

CAUSAS DEL PARTO PREMATURO

Dr. Fernando Veloz¹, Dr. Flavio Vintimilla¹ Dr. Leonardo Márquez²
 Dr. Iván Galindo³, Dr. Guillermo Montenegro³

RESUMEN

El presente es un estudio prospectivo, realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, entre diciembre de 1991 y julio de 1992. Con el objeto de establecer las causas principales del parto prematuro. Durante este lapso se presentaron 7.269 partos, de los cuales 200 fueron partos prematuros, equivalente al 2.75 o/o. Entre las causas más importantes se encontraron, la rotura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, infección de vías urinarias, embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre y otras causas.

INTRODUCCION

La experiencia en varios hospitales metropolitanos grandes de tercer nivel, indica que los nacimientos prematuros son resultado de trabajo de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y enfermedad médica fetal o materna (hipertensión materna, hemorragia por desprendimiento de placenta normoinsera o placenta previa, embarazo múltiple, infección de vías urinarias, sufrimiento fetal. (1-2).

Meis y colaboradores realizaron un estudio, en un grupo de pacientes que recibió asistencia médica institucional, un total de 550 pacientes y encontraron que un 46 o/o por rotura prematura de membranas y 20 o/o por complicaciones médicas (3).

Evaldson y colaboradores, encontraron una relación del 33 o/o de RPM y parto prematuro (4).

Una teoría multifactorial de la prematuridad a la que llegaron varios autores, coloca a la RPM en la parte central (5), teoría que obtiene nuevas pruebas de apoyo con rapidez (6-7) el inicio de trabajo de parto es simulado por la producción de fosfolipasa A₂ y cola-

genasa o ambas por múltiples microorganismos, cuando esto ocurre en proximidad suficiente a las membranas y la decidua del segmento uterino inferior, ésta se activa, lo que produce maduración cervical y contracciones. (8-9).

En relación con la infección de vías urinarias, ocurre bacteriuria en 2-10 o/o de todas las embarazadas y si no se tratan 30-50 o/o presentan pielonefritis (10-11-12) Layton encontró una mayor tasa de prematuridad en mujeres bacteriúricas no tratadas que en las no bacteriúricas (27 o/o en comparación con 9 o/o) y propuso que la bacteriúrica asintomática tenía relación de causa con la prematuridad (13-14). En 1986 en los Estados Unidos el 38.3 o/o de todos los embarazos múltiples terminaron antes de las 37 semanas y el 28.7 o/o antes de las 36 semanas. El embarazo múltiple contribuyó con el 8.7 o/o de todos los nacimientos prematuros en Estados Unidos (15-16).

MATERIALES Y METODOS

Se seleccionó como universo los partos prematuros desde las 28 semanas hasta 36 semanas y seis días, en el transcurso de diciembre de 1991 hasta julio de 1992.

La patología asociada a parto prematuro se receptó en una hoja previamente elaborada por la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO).

RESULTADOS

Durante el tiempo de estudio, se presentaron 7.269 partos, de los cuales fueron partos prematuros, es decir 2.75 o/o. La incidencia de las causas de parto prematuro fueron las siguientes:

¹ Md. Residente 3 Postgrado Gineco-Obstetricia.

² Md. Tratante M.I.A.

³ Médico General

Causas	No. de Pacientes	o/o
- R.P.M.	68	34.0
- Hipertensión inducida por el embarazo	41	20.0
- I.V.U.	29	14.5
- Embarazo múltiple	23	11.5
- Hemorragia del Tercer Trimestre	6	3.5
- Hipertensión Crónica	2	1
- Diabetes	2	1
Otras causas	29	14.5

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados podemos concluir lo siguiente:

- La población del estudio puede señalarse como homogénea y las condiciones de la toma de los datos como idóneos.
- La R.P.M. ocupa en nuestro medio la primera causa de parto prematuro.
- Las demás causas encontradas en nuestro estudio concuerdan con estadísticas de otros trabajos.

RECOMENDACIONES

- Deben haber cuidados prenatales sistemáticos, para poder eliminar las causas relacionadas con la prematuridad.
- Se determinará un mejor control sobre la R.P.M. - I.V.U. hipertensión inducida por el embarazo, y embarazo múltiple.
- El obstetra, la paciente y sus familiares deberán adoptar un enfoque positivo prospectivo para la

prevención del trabajo de parto pretérmino y parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Papiernick E, Kaminski M. Multifactorial study of the risk of prematurity J. Perinatal Med. 1985; 2:30.
2. Skinner S, Campos G, Jiggins G. Collagen content of human amniotic membranes: Effect of gestation length and premature rupture.
3. Meis PJ, Ernest, Moore ML. Causes of low birthweight birth in public and private patients. Am J. Obstet Gynecol 1987; 156: 1165.
4. Ewaldsen G.R., Malmberg A. Nord Ce. Premature rupture of the Membranes Br. J. Obstet Gynecol 1985; 89: 793.
5. Minkoff H.L. Prematurity Obstet Gynecol 1985; 62: 137.
6. Huszar G, Nagtolin F. the Myometrium and uterine cervix in normal and preterm labor. N. Engl J. Med 1984; 311: 571.
7. Papiernick, Bonyet J. et al. Prevention of preterm birth Am J Obstet Gynecol 1985; 76: 154.
8. Iams J D. Obstetric inertia: An obstacle to the prevention of prematurity Am J. Obstet Gynecol 1973; 113: 704.
9. American public Health Association. Preventing low birthweight position Paper 8529: 1985.
10. Tass E. N. Bacteriuria and Pyelonephritis of pregnancy. Arch Intern Med. 1988; 105: 194.
11. Kincaid-Smith P, Bullen M. Bacteriuria in Pregnancy Lancet 1980; 1: 395.
12. Whalley P. Bacteriuria of Pregnancy. Am J. Obstet Gynecol 1981; 97: 723.
13. Layton R. Infection of the urinary tract in pregnancy. Br. J. Obstet Gynecol.
14. Dixon HG, Brant H A. the significance of bacteriuria in pregnancy Lancet 1982; 1: 19.
15. US. Department of Health and Human Services Public Health Service National Center for Health Statistics. 1986.
16. US. Department of Health and Human Services. Report of the Secretary's Task Force on Minority Health National Center for Health Statistics. 1986.