

## La prematuridad: un problema pendiente de solución

### Prematurity: a problem pending solution

Fernando Domínguez Dieppa<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3971-5612>

<sup>1</sup>Hospital Ginecoobstétrico Universitario “Ramón González Coro”. La Habana. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [fddieppa@infomed.sld.cu](mailto:fddieppa@infomed.sld.cu)

---

*Sin lugar a dudas, la prematuridad es el principal problema de la perinatología contemporánea. Se ha estimado que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de niños antes de llegar al término de la gestación, es decir, más de uno por cada diez nacimientos. Lo más triste es que más de un millón de niños prematuros mueren cada año por esta causa. Además, muchos de los que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular discapacidades relacionadas con el aprendizaje, y problemas visuales y auditivos.<sup>(1)</sup>*

*A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando, en tanto que las tasas de supervivencia presentan notables disparidades. En contextos de ingresos bajos, la mitad o más de los nacidos antes de las 32 semanas de gestación mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como son: aportar al recién nacido calor suficiente o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de esos prematuros sobrevive.<sup>(2)</sup>*

*En casi 40 % de los nacimientos prematuros, se desconoce la causa, sin embargo, los investigadores han logrado ciertos avances en identificarlas y se sabe que la prematuridad tiene una base genética en muchos casos. No obstante, de manera sucinta se considera que, entre los muchos factores que causan el parto prematuro, existen cuatro que son muy frecuentes: en primer lugar están las infecciones bacterianas genitales y urinarias de la gestante y de las membranas fetales, en segundo lugar el estrés materno sostenido que causa disminución de la irrigación sanguínea de la placenta y que además hace que aumente en el feto la producción de la hormona liberadora de corticotropina, la que estimula la producción de otras hormonas que desencadenan las contracciones uterinas antes del término. En tercer y cuarto lugar están algunas afecciones placentarias y los embarazos múltiples.<sup>(3)</sup>*

*Hoy se sabe que la prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto prematuro comienzan con un embarazo saludable. La atención de calidad antes del embarazo, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; las mediciones ecográficas del feto, que ayudan a determinar la edad gestacional y a detectar los embarazos múltiples, y un mínimo de ocho contactos con profesionales sanitarios a lo largo del embarazo, a fin de identificar y tratar otros factores de riesgo como las infecciones.<sup>(4)</sup>*

*No obstante, es muy difícil predecir qué mujeres podrían parir prematuramente. Actualmente, no se considera que haya pruebas totalmente efectivas para identificar a las embarazadas de bajo riesgo. Sin embargo, hay dos pruebas que son útiles para determinar qué gestantes de alto riesgo o con contracciones antes del término tienen pocas probabilidades de parir en las dos semanas siguientes: la medición por ultrasonido de la longitud del cérvix uterino y la no existencia de fibronectina en las secreciones vaginales.<sup>(3)</sup>*

*En 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros osciló entre 5 y 18 %. En 65 de ellos, que disponen de datos fiables sobre tendencias, se registró en 62 países un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Ello puede*

*explicarse, entre otros factores, por una mejoría de los métodos de evaluación, el aumento de la edad materna y de los problemas de salud materna subyacentes como la diabetes y la hipertensión y un mayor uso de los tratamientos para la infertilidad. Cuba ha tenido un índice de prematuridad alrededor de 5 % en los últimos diez años, en tanto que los Estados Unidos ha incrementado este índice de 9 a 13 %.<sup>(2)</sup>*

*Existen cuatro categorías clínicas de prematuros según la edad gestacional: los prematuros extremos (<28 semanas), prematuros severos (de 28 a 31,6 semanas), los prematuros moderados (32 a 33,6 semanas) y los prematuros tardíos (de 34 a 36,6 semanas). Ellos constituyen 5, 15, 20 y 60 % del total de prematuros, respectivamente.*

*Con respecto a las tasas de supervivencia se sabe que dependen del lugar donde haya sido atendido el parto y el neonato. Más de 90 % de los prematuros extremos nacidos en países de ingresos bajos muere en los primeros días de vida; sin embargo, en los países de ingresos altos muere menos de 10 % de ellos.<sup>(2)</sup>*

*Las afecciones más frecuentes a corto plazo son: el síndrome de dificultad respiratoria por inmadurez pulmonar, la persistencia del conducto arterioso, la hemorragia intraventricular, las infecciones connatales y nosocomiales, la enterocolitis necrosante y la retinopatía de la prematuridad. A largo plazo puede verse anemia, displasia broncopulmonar, infecciones comunitarias, malnutrición y algunas alteraciones del neurodesarrollo (insuficiencia motora de origen cerebral, discapacidad intelectual, autismo, disminución de la visión y la audición).*

*Las directrices de la OMS para disminuir la mortalidad y las secuelas de la prematuridad incluyen, por un lado, intervenciones en la gestante como la administración de esteroides en la amenaza del parto prematuro para acelerar la madurez pulmonar fetal y administrar antibióticos si hay rotura de membranas antes de tiempo y, por otro lado, las intervenciones destinadas al recién nacido como son los cuidados para mantener una temperatura idónea (en particular, el método madre piel a piel, cuando el neonato está estable), sistemas seguros de administración de oxígeno y otros tratamientos que ayuden al neonato en el curso de la dificultad respiratoria por inmadurez pulmonar.<sup>(4)</sup>*

*Obviamente, la supervivencia y la calidad de vida tienen una proporcionalidad directa a la edad gestacional por lo que los prematuros extremos son más susceptibles de fallecer y de tener mayor número de secuelas. El neonato más inmaduro que ha sobrevivido sin secuelas en los primeros dos años de vida ha sido objeto de una publicación científica reciente. Nació a las 21 semanas y 4 días de gestación con peso de 410 gramos. No obstante, aún no se recomienda aplicar medidas de reanimación en los recién nacidos menores de 22 semanas debido al elevado porcentaje de fallecidos y de secuelas severas a largo plazo.<sup>(5)</sup>*

*Un equipo de investigadores australianos, en Victoria, plantea que más de la tercera parte de los neonatos prematuros extremos evolucionan con una parálisis cerebral u otras secuelas motoras, que pueden dificultarles cosas tan básicas como montar bicicleta o usar el tenedor para alimentarse.<sup>(6)</sup>*

*La supervivencia en el límite de la viabilidad (entre 22 y 27 semanas de gestación) varía en los países desarrollados. Con respecto a las secuelas, un metaanálisis de 65 publicaciones que estudiaron el neurodesarrollo de 18 a 36 meses, entre 2000 y 2017, encuentran que las secuelas severas disminuyeron de 36 a 19 % entre 22 y 24 semanas y de 14 a 4 % de 25 a 27 semanas. La normalidad se incrementó de 1 a 9 % de 22 a 24 semanas y de 40 a 64 % de 25 a 27 semanas. La supervivencia sin secuelas fue sustancialmente más baja en los menores de 25 semanas.<sup>(7)</sup>*

*Finalmente, no podemos olvidar a los padres de los neonatos prematuros ya que nadie está preparado para ser padre o madre de un niño prematuro. Para ellos es como una carrera de fondo que comienza en el primer minuto de la vida. Con elevada frecuencia ellos sienten miedo, ansiedad, angustia, soledad, preocupación o tristeza ante las situaciones que enfrentan cada nuevo día. Por eso necesitan de una buena parte del tiempo de quienes atienden a sus hijos, de su paciencia y comprensión, pero al mismo tiempo deben recibir instrucción para ayudar a sus hijos a seguir adelante. Nos toca entonces, acompañarlos en ese difícil camino, sin restarles esperanza, informarles honestamente sin alarmismos, apoyarlos junto al resto de la familia para que nos ayuden a luchar juntos por la supervivencia con la mayor calidad posible de sus niños prematuros.*

*Tampoco olvidemos que en la historia de la humanidad han sido muchos los prematuros que han hecho de este mundo un lugar más confortable, humano y hermoso. Entre otros, merecen citarse algunos personajes célebres como los pensadores Voltaire y Rousseau, los físicos Newton y Einstein, los pintores Renoir y Picasso, los políticos Churchill y Roosevelt, el escritor Víctor Hugo, el músico Stevie Wonder y la bailarina Anna Pavlova.*

## Referencias bibliográficas

1. Lin L, Oza S, Hoyan D, Chu Y, Perin J, Zhu J *et al.* Global, regional and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the sustainable development goals. *Lancet.* 2016;388(10063):3027-35.
2. Blencowe H, Couseus S, Destergaard M, Chou D, Moller AB, Narwall R, Adler A, García CV, Rhode S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. *Lancet.* 2012;379(9832):2162-72.
3. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibouza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chilena Obstet Ginecol.* 2016;81:4.
4. World Health Organization, Unicef. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Executive Summary. Geneva: WHO; 2014.
5. Ahmad KA, Frey CS, Fierro MA, Kenton AB, Placencia FX. Two-Year Neurodevelopmental Outcome of an Infant Born at 21 Weeks' 4 Days' Gestation. *Pediatrics* 2017 [acceso 22/08/2018];140(6). Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/content/140/6/e20170103?utm\\_source=highwire&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Pediatrics\\_etoc](http://pediatrics.aappublications.org/content/140/6/e20170103?utm_source=highwire&utm_medium=email&utm_campaign=Pediatrics_etoc)
6. Spittle AJ, Cameron K, Doyle LD, Cheong JL; the Victorian Infant Collaborative Study Group. Motor Impairment Trends in Extremely Preterm Children: 1991-2005. *Pediatrics.* 2018 [acceso 22/08/2019];3:20. Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2018/03/20/peds.2017-3410?sso=1&sso\\_redirect\\_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token](http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2018/03/20/peds.2017-3410?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token)

7. Myrhaug HT, Brurberg KG, Hov L, Markestad T. Survival and Impairment of Extremely Premature Infants: A Meta-analysis. Pediatrics. 2019 [acceso 22/08/2018];143:2. Disponible en:

[http://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20180933?utm\\_source=highwire&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=Pediatrics\\_etoc](http://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20180933?utm_source=highwire&utm_medium=email&utm_campaign=Pediatrics_etoc)