

OBSTETRICIA

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL PARTO DE PRETÉRMINO

Keril Guillermo Castrillo Cárdenas*
Daniel Zúñiga Ramírez **
Freddy Arrieta Viales***

SUMMARY

Justification and objective: The preterm birth is a major cause of neonatal morbidity and mortality; usually accompanied by neurological disabilities such as seizures, respiratory problems, infections and feeding problems. The objective of this retrospective analysis is to identify and recognize the importance of the main factors contributing to pregnancy cessation, through a study of two consecutive years in comparative form, because it is a problem now modern obstetric and public health, at the same time try to identify patterns to prevent mortality through a temporal-spatial analysis,

in order to prioritize short-term interventions from health services in the Chorotega Region, using this collected information, so reducing collaborate the infant mortality a rate, by through the prevention of such triggers factors.

Descriptores: Parto pretérmino, prematuro, prematuridad, bajo peso, prevención, recomendaciones.

Key words: Preterm birth, premature, prematurely, low weight, prevention, recommendations.

Correspondencia: Keril Guillermo Castrillo Cárdenas: dr.castrillocardenas@gmail.com o dr.castrillocardenas@hotmail.com

INTRODUCCION

Se denomina parto de pretérmino a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación (1), siendo muy diferente a la definición de bajo peso al nacer que corresponde al producto que pesa <2500 g. Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados no explican más del 40% de los nacimientos de pretérmino. El parto pretérmino se divide en tres subgrupos (2): a) Edad gestacional entre 32 y 37 semanas, 70% de los casos; b) Edad entre 28 y 32 semanas, 20%; c) Edad menor de 28 semanas (recién nacidos

* Médico Cirujano

**Médico Cirujano, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Anexión de Nicoya.

***Médico Cirujano, Jefe de Servicio de Pediatría y Neonatología. Hospital de la Aneión de Nicoya.

inmaduros), 10%. Esta complicación obstétrica ocurre en 5 al 10% del total de nacimientos, incidencia que no ha cambiado por décadas. A pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional (3). En la actualidad la incidencia de bajo peso al nacer en Centroamérica es del 10,4% y en Costa Rica es del 7,0%. Por lo tanto el parto de pretérmino sigue siendo una de las causas más importante de morbi-mortalidad neonatal junto a las malformaciones congénitas. Es responsable del 75% de las muertes perinatales y del 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia. Las complicaciones más frecuentes durante la gestación, son las infecciones del tracto genital y de las vías urinarias, la anemia, la preeclampsia, la abrupcio placentae, placenta previa y retardo del crecimiento intrauterino, que constituyen el 20%; el trabajo de parto pretérmino espontáneo es de un 40%, mientras que el otro 40% resulta de la ruptura prematura de membrana; que a su vez aumentan las posibilidades de terminar el embarazo antes de la semana 37, del nacimiento de un niño prematuro con bajo peso y, consecuentemente, del incremento de la mortalidad neonatal (4-5). La ruptura prematura de membrana es quizá la patología más asociada

al parto de pretérmino y a complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan corioamnionitis y septicemia neonatal. La ruptura prematura de membrana desencadena trabajo de parto espontáneo en más de 90% de los casos dentro de las primeras 24 horas. Las principales complicaciones neonatales son el síndrome de membrana hialina, la hemorragia intraventricular y la retinopatía entre otras (6). Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la mortalidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas, la anemia hipocrómica y la prematuridad (7). En un estudio de casos y controles realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Baja California entre 1997 y 1998, las infecciones cervicovaginales y de vías urinarias estuvieron asociadas al parto pretérmino en 47,9% y 30,2% respectivamente (8). El polihidramnios se presenta entre 0,4% y 2,3% de todos los embarazos y es también una de las principales causas de parto pretérmino; el origen puede ser materno, fetal o idiopático. El tratamiento más común para corregir el polihidramnios asintomático en la amniocentesis (9). La anemia ferropénica en embarazada es frecuente, y autores como Viteri

y McFe observaron que la anemia aumenta el riesgo para bajo peso en el recién nacido y la morbilidad fetomaterna (10). Algunos autores piensan que las tensiones psicosociales pueden desencadenar el trabajo de parto pretérmino, con la participación de algunas sustancias hormonales liberadas durante alguna situación de estrés, tales como las prostaglandinas, las cuales pueden provocar contracciones uterinas de diferente intensidad. Se ha correlacionado al parto pretérmino con la actividad sexual cuando la incidencia de orgasmos es elevada después de la semana 32 de gestación (11). En México, una revisión bibliográfica sobre el manejo del parto pretérmino hace hincapié sobre los beneficios de la aplicación prenatal de corticoesteroides (12); otra revisión analiza la respuesta a esteroides antenatales en relación con la incidencia del síndrome en neonatos prematuros hijos de madre con preeclampsia (12). El parto prematuro es un síndrome, es decir la manifestación clínica resultante de variadas etiologías como la edad gestacional, infecciones sistémicas e intrauterinas, la isquemia uteroplacentaria, la excesiva distensión del útero y las respuestas inmunológicas del feto o la madre (13-14). Sin embargo, nuestra aproximación terapéutica al parto prematuro no hace diferencias respecto de la etiología probable

del inicio prematuro de la contractilidad uterina y aplicamos el mismo tipo de fármacos en todas las pacientes. Es probable que esto contribuya a la habitual falta del tratamiento, y la incapacidad de estas drogas para prolongar significativamente el embarazo. El diagnóstico de parto prematuro se basa en la presencia de contracciones uterinas coordinadas y frecuentes (6 en 30 minutos), asociadas a modificaciones del cuello uterino (borramiento > 50% y dilatación > 1 cm) en un embarazo menor de 37 semanas. Hasta en un 50% de los casos las contracciones se detienen espontáneamente durante la observación. Si la dinámica uterina no cede con la hidratación y no hay contraindicación para la tocolisis, se debe iniciar la administración de algún fármaco capaz de inhibir las contracciones uterinas (15). El tocolítico ideal sería una droga segura para la madre y el feto, capaz de prolongar el embarazo por un tiempo suficiente para lograr una reducción significativa en la incidencia de parto prematuro, permitiendo una mayor madurez del feto y así disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal. Sin embargo, los tocolíticos actualmente disponibles no cumplen estos objetivos (16,17,18). Sólo han demostrado ser capaces de retrasar el trabajo de parto en 48 horas permitiendo la administración de corticoides para inducir

madurez pulmonar y el traslado de la madre a un centro de mayor complejidad en los casos necesarios. Además los tocolíticos usados actualmente, especialmente los agonistas β -adrenérgicos (la droga de primera línea), producen efectos secundarios capaces de ocasionar morbilidad materna y fetal y altas tasas de abandono del tratamiento (15). En este estudio retrospectivo se dan conocer los principales factores del cese gestacional de las madres atendidas en el Hospital La Anexión de Nicoya lo cual permitirá un diagnóstico y tratamiento oportunos de las amenazas de parto pretérmino para proporcionar un mejor control prenatal, una mejor atención médica y una disminución de este evento en la población de alto riesgo.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles de los datos estadísticos, en forma comparativa de septiembre 2005 a agosto 2006 vrs septiembre 2006 a agosto 2007 en mujeres embarazadas que fueron ingresadas a la sala de partos del Hospital La Anexión en Nicoya, Guanacaste. El tamaño de la muestra se determinó con el conteo manual del acta de registros de ingresos de dicha sección, con un nivel de confianza

del 100%, con una muestra total de 1747 pacientes (de septiembre 2005 a agosto 2006; muestra A) y de 1836 pacientes (de septiembre 2006 a agosto 2007; muestra B); en ambos grupos se definió como parto de pretérmino la culminación del evento obstétrico antes de la semana 37 de gestación, ya fuese vaginal o por cesárea. Se determinó la procedencia de la paciente, su edad, la edad gestacional y el peso del producto al nacer.

RESULTADOS

En el periodo del estudio se atendieron un total de 3583 partos, que se distribuyeron en 1747 que corresponden a la muestra A y 1836 que corresponde a la muestra B. La característica significativa que tuvo el estudio fue el peso del recién nacido, junto a cantones con mayor incidencia de partos de pretérmino como lo fueron Nicoya, Santa Cruz y Nandayure. En el cuadro 1 se muestra el porcentaje de partos de pretérmino de acuerdo a la edad gestacional, en la muestra A con 57 partos y la muestra B con 79, ubicándose la gran mayoría entre las semanas 32 a 37 de gestación. Otro aspecto a resaltar es la alta incidencia en pacientes jóvenes (Cuadro 2) como se registraron en la muestra A 33 entre 15-24 años, 15 entre 25-34 años y 9 mayores de 35 años; en la muestra B fueron 52 entre

15-24 años, 21 entre 25-34 años y 6 mayores de 35 años.

DISCUSIÓN

En el presente estudio retrospectivo de partos de pretérmino se encontró una incidencia de 3,3% y 4,3% de la muestra A y B respectivamente que corresponden a un porcentaje menor al encontrado en la literatura (5-10%) (3). La mayoría de los partos se presentaron entre las semanas 32 y 37 época

en la cual de acuerdo a la literatura médica, la mortalidad es más baja (<5%) en comparación con los casos entre 28-32 semanas de gestación (<15%) y de los menores de 28 semanas (<50%) (13-18). Dentro de la prevención propiamente dicha podríamos mencionar aspectos a tomar muy en cuenta para disminuir aún más la incidencia de esta complicación obstétrica tales como identificar los primeros síntomas de labor de parto de pretérmino con controles

prenatales cada 15 días hasta llegar a la semana 36 de gestación, educar a las gestantes a detectar dichos síntomas, realizar un buen interrogatorio y control prenatal temprano con medidas habituales como altura uterina, peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca fetal, cultivos de orina y cervico vaginal, para la detección de gérmenes como micoplasmas, ureaplasmas, clamidias, estreptococo beta hemolítico, y otros gérmenes. Bacteriurias sintomáticas, cervicitis

Cuadro 1. Números de casos de partos pretérmino según edad gestacional.

	Pretérminos	< 28	28 – 32 semanas	32 – 37 semanas
	Totales	semanas		
Muestra A	n: 57	n: 3	n: 5	n: 49
	(100%)	(5,3%)	(8,8%)	(85,9%)
Muestra B	n: 79	n: 6	n: 4	n: 69
	(100%)	(7,60%)	(5,1%)	(87,3%)
Total	n: 136	n: 9	n: 9	n: 118
de Estudio	(100%)	(6,6%)	(6,6%)	(86,8%)

Cuadro 2. Partos de pretérmino según edad de la madre.

	Pretérminos	15–	15 - 24	25 - 34 años	> 35 años
	Totales	años			
Muestra A	n: 57	n: 33	n: 15	n: 9	
	(100%)	(57,9%)	(26,3%)	(15,8%)	
Muestra B	n: 79	n: 52	n: 21	n: 6	
	(100%)	(65,8%)	(26,6%)	(7,6%)	
Total de Estudio	n: 136	n: 85	n: 36	n: 15	
	(100%)	(62,5%)	(26,5%)	(11%)	

gonocócicas y vaginosis bacterianas, están muy relacionadas con amenazas de parto pretérmino (19-20). Es de resaltar que la mayoría de los partos de pretérmino ocurrieron en madres <24 años por lo que deben implementarse campañas educativas hacia las adolescentes y considerar este hallazgo al atender en la consulta prenatal a este grupo de pacientes, tomando en cuenta también la mayor probabilidad de recurrencias de esta complicación en ellas (15-16). Así, las perspectivas para reducir aún más el porcentaje de nacimientos prematuros descansan en la investigación de cada uno de los factores desencadenantes a esta problemática de salud.

RESUMEN

Justificación y objetivo: El parto de pretérmino es una causa importante de morbi-mortalidad neonatal; usualmente se acompaña de discapacidades neurológicas como las convulsiones, problemas respiratorios, infecciones diversas y problemas de la alimentación. El objetivo de éste análisis retrospectivo es identificar y reconocer la importancia de los principales factores desencadenantes del cese del embarazo mediante un estudio de dos años consecutivos en forma comparativa, debido a que actualmente es un problema obstétrico moderno y de salud pública, a la vez tratar de iden-

tificar patrones de mortalidad evitables en el área de salud de Nicoya mediante un análisis temporo-espacial, con el fin de priorizar intervenciones a corto plazo desde los servicios de salud de la Región Chorotega, gracias a la información recolectada, para así colaboraren la reducción de la tasa de mortalidad infantil, por medio de la prevención de dichos factores desencadenantes.

BIBLIOGRAFIA

1. American College Obstetrics and Gynecology (ACOG). Technical Bulletin N° 206. Preterm labor. June 1995; 50: 303-313.
2. Barrón J, Kably A, Limón L. Nuevas perspectivas para un trabajo antiguo: el trabajo de parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex 1997; 65: 326-331.
3. Beltrán J, Ávila M, Vadillo F, Hernández C, Peraza F. Infección cervicovaginal como factor de riesgo para parto pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2002; 70: 203-209.
4. Canadian Preterm Labor Investigators Group. Treatment of preterm labor with the beta-adrenergic agonist ritodrine. N Engl J Med 1992; 327: 308-312.
5. Carvajal J, Germain A. Parto prematuro. Obstetricia 3ª Edición. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 1999.
6. Cota G, Morales A, Prince R. Infección cervicovaginal y riesgo de parto pretérmino. Rev Med IMSS 2001; 39: 289-293.
7. Cáñez M, Romero E, Escobeto F. Impacto del uso de esteroides antenatales sobre la morbi-mortalidad de neonatos prematuros eutróficos. Ginecol Obstet Mex 2000; 67: 296-300.
8. Cram LF, Zapata MI. Genitourinary infection and their association with preterm labor. Am Physician 2002; 15: 241 Review.
9. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, Ohlsson A. Tocolytics for preterm labor: a systemic review. Obstet Gynecol 1999; 94: 869-877.
10. Gutiérrez M, Ortiz B, Collazo J. Prevalencia de anemia en mujeres con embarazo normal de una población urbana. Rev Med Hosp Gen Mex 1997; 60: 20-25.
11. Hernández C, Vadillo F, Arechavaleta F. Factor de necrosis tumoral-alfa e interleucina beta en los compartimientos intravasculares maternos, fetal y retroplacentario en parto de término y pretérmino. Perinatol. Reprod Hum 1999; 13: 227-237.
12. Jordan R, Becker I, Kranenborg M. Morbi-Fetal Mortality in Premature Labor. J Obstet Gynecol 1999; 1: 67-69.
13. Leyva F, Salas M. Bacteriuria asintomática recurrente en el embarazo, y bajo peso al nacimiento. Rev Med IMSS 1998; 36: 39-43.
14. Mancilla J. Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. I. Mediadores inflamatorios en la ruptura prematura de membranas. Gac Med Mex 1998; 134: 423-426.
15. Romero C, Chávez A. La actitud sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev Med Fac UNAM 2001; 44: 198-200.
16. Romero R, Mazar M, Muñoz H, Gómez R, Galasso M, Sherer DM. The preterm labor syndrome. Ann NY Acad Sci 1994; 29: 734.
17. Saling E. Basic aspects of prematurity prevention and results achieved by a suitable, simple programs. J Perinat Med. 1998; 26: 466-468.
18. Stan CM, Boulvain M, Bovier P, Auckenthaler R, Berner M, Irion O. Choosing a strategy to prevent neonatal early-onset group B streptococcal sepsis: economic evaluation. British Journal of Obstetrics and Gynecology 2001; 108: 840-847.
19. Velasco-Murillo V. Prevención y tratamiento del parto pretérmino: lo nuevo acerca del viejo problema. Rev Med IMSS 2001; 39: 417-427.
20. Vigil P, Lasso J. Embarazo complicado con polihidramnios sintomático: tratamiento con indometacina. Ginecol Obstet Mex 1997; 65: 45-51.