

# Prematurez: problema actual. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. 1995-1999.

Drs. Pedro Faneite A, Clara Rivera, María González, Milagros Linares, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

## RESUMEN

**Objetivo:** Estudiar el parto prematuro, factores relacionados, establecer causas y hacer sugerencias para una atención obstétrica más efectiva.

**Ambiente:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico y analítico de 281 partos prematuros sucedidos durante el período de 1995-1999.

**Resultados:** Las gestantes proceden 49,11% de barrios y 35,59% medio rural; 77,4% viven en el Estado Carabobo, 84,64% solteras; 30,61% de 19 años o menos, y 73,72% no controló el embarazo. En antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial (25,4%), diabetes (15,56%); en antecedentes personales la prematuridad (11,4%); y en la patología actual la rotura prematura de membrana (30,6%), infección urinaria (28,11%), patologías hipertensivas (8,54%). El 49,11% son multigestas, con 32,3% en edad de embarazo entre 31 y 33 semanas; parto espontáneo 76,51%, fueron neonatos masculinos 55,67%, y de peso entre 2 000 y 2 499 g 38,14% y tallas 40-44 cm 30,93%; tuvieron índice Apgar 6 o menos 54,95%. La morbilidad global fue 21,3%, y la mortalidad perinatal global 29,89%, en ambas fue determinante el síndrome de dificultad respiratoria.

**Conclusión:** La prematurez continúa como una patología importante, sus características permanecen casi invariables, todo obliga a redoblar esfuerzos en su contra.

**Palabras clave:** Prematurez. Epidemiología. Factores. Morbimortalidad.

## SUMMARY

**Objective:** To study the premature childbirth, related factors, to establish causes and to make suggestions for a more effective obstetric attention.

**Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, “Dr. Adolfo Prince Lara” Hospital, Puerto Cabello, State Carabobo, Venezuela.

**Method:** Analytic, epidemiological, retrospective and descriptive study of 281 premature childbirths occurred during the period of 1995-1999.

**Results:** The patients proceeded 49.11% of suburban and 35.59% from rural area; 77.4% from Carabobo State, 84.64% single; 30.61% 19 year-old or less, and 73.72% had no prenatal care. In family history prevail arterial hypertension (25.4%) and diabetes (15.56%); in personal history prematurity (11.4%); and in the current pathology the premature rupture of membrane (30.6%), urinary infection (28.11%), hypertensive pathologies (8.54%). 49.11% was high gravity, with 32.3% age gestational among 31 and 33 weeks, and spontaneous delivery 76.51%, they were male 55.67%, and of weight between 2000 and 2499 g 38.14% and you high 40-44 cm 30.93%; Apgar score 6 or less 54.95%. The global morbidity was 21.3%, and the global perinatal mortality 29.89%, in both it was decisive the respiratory distress.

**Conclusion:** The continuous prematurity being an important pathology, their characteristics remain almost invariable, everything forces to double efforts in its against.

**Key words:** Prematurity. Epidemiology. Factors. Morbimortality.

## INTRODUCCIÓN

La prematurez ha sido una patología a la cual el obstetra y pediatra se han enfrentado durante años, y ha sido poco el terreno ganado, en los países en

desarrollo continúa como la primera causa de muerte neonatal, son grandes los esfuerzos que se realizan en materia de investigación y asistencia, se ha avanzado en el conocimiento de su etiopatogenia (1); a pesar de ello las cifras permanecen elevadas,

Recibido: 08-12-00

Aceptado para publicación: 02-03-01

la implementación de recursos tecnológicos como incubadoras, respiración positiva, cuidado intensivo neonatal, terapéutica con surfactantes, corticoides, tocolíticos, antibióticos, etc., son insuficientes, persisten las secuelas y serios pronósticos a largo plazo (2).

Pero, qué decir en los países latinoamericanos donde de manera general hay un impacto negativo en el sector salud por las condiciones socio-económicas actuales, y políticas sanitarias que dejan mucho que desear.

En Venezuela, las circunstancias en las que se sucede la reproducción, no son distintas a las antes referidas (3). En estudio previo hemos analizado la mortalidad perinatal en los últimos 30 años (4), en ella se evidencia una tendencia al incremento en el tiempo. Hay más, al detallar la mortalidad neonatal hemos encontrado que la prematuridad tiene factor preponderante (5).

En estudio anterior referimos los factores epidemiológicos del parto prematuro para 1991-1993 en nuestro hospital (6), sin embargo, las autoridades nacionales y regionales de salud están alarmados por las altas cifras de muerte neonatal.

Estimulados por esta insatisfactoria realidad decidimos realizar una nueva investigación del parto prematuro y factores relacionados, a fin de confrontarlos y actualizarlos, y dar de esta manera una herramienta de lucha contra este mal que parece ser irreductible. Nos propusimos conocer los factores maternos relacionados, determinar antecedentes familiares y personales, establecer las condiciones obstétricas, describir el estado neonatal y señalar la morbimortalidad. Con este esfuerzo se conocerían factores de la muerte neonatal, podrían darse medidas educativas a pacientes portadores de tales factores, y aportar a los niveles administrativos, realidades donde ejecutar planes específicos.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian las gestantes asistidas en el hospital que han tenido como producto un parto prematuro durante el período 1995-1999. Encontramos 281 casos, de los cuales 10 eran gemelares.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, epidemiológico, analítico de las historias de las que han tenido parto antes de 37 semanas de gestación.

A cada una de ellas se le hace una revisión detallada de factores (procedencia, estado civil, edad materna), antecedentes (control prenatal, familiares, personales, patología actual), situación obstétrica

(gestación, edad de embarazo, tipo de parto), estado neonatal (sexo, peso, talla, índice Apgar) y morbimortalidad.

Todos los datos son recabados en fichas y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

## RESULTADOS

En el Cuadro 1 se presentan factores de procedencia, estado civil y edad materna. Podemos observar que predominaron las de procedencia de barrios (49,11%) y rural (35,59%), de los Estados Carabobo (75,80%) y Falcón (22,06%). La soltería fue elevada (84,64%); la edad materna menor de 20 años fue determinante (30,61%).

Cuadro 1  
Factores

Procedencia N° (%)	Estado N° (%)	Estado civil N° (%)	Edad materna (años)
Barrio 138 (49,11)	Carabobo 213 (75,80)	Soltera 215 (84,64)*	≤ 14 5 (1,78)
Rural 100 (35,59)	Falcón 62 (22,06)	Casada 36 (14,19)*	15-19 81 (28,83)
Urbanización 43 (15,30)	Yaracuy 6 (2,14)	Viuda 3 (1,18)*	20-24 78 (27,76)
			25-29 44 (15,66)
			30-34 43 (15,30)
			35-39 23 (8,19)
			40 y más 7 (2,49)

\*Calculados sobre 254 edades conocidas.

Los antecedentes se resumen en el Cuadro 2. Sin control prenatal (73,72%), en los antecedentes familiares la hipertensión arterial (HTA) (25,40%) y la diabetes (15,56%) ocuparon primeros lugares, (aclaramos que hubo 30 pacientes con dos antecedentes y 2 con tres); en los personales, la prematuridad (11,44 %), seguida de cesárea anterior (7,53%), y abortos a repetición (6,33%), hubo 30 pacientes con 2 antecedentes y siete con 3. En

PREMATUREZ: PROBLEMA ACTUAL

patología actual destacó la rotura prematura de membranas (RPM) 30,6%, seguida de la infección urinaria (28,11%), contracciones uterinas (17,79 %) y patología hipertensiva: toxemia e hipertensión arterial crónica (8,54%).

Cuadro 2  
Antecedentes

Control prenatal N° (%)	Antecedentes familiares N° (%)	Antecedentes personales N° (%)	Patología de ingreso N° (%)
Si 72 (26,27)	Hipertensión 80 (25,40)	Prematurez 38 (11,44)	RPM 86 (30,60)
No 202 (73,72)	Diabetes 23 (7,30)	Cesárea ant. 25 (7,53)	Infección urinaria 79 (28,11)
	Gemelares 14 (4,44)	Abortos 21 (6,33)	Contracciones uterinas 50 (17,79)
	Cardiopatía 12 (3,81)	Hipertensión 21 (6,33)	Hipertensión 24 (8,54)
	Otros 7	Otros 29 (9,04)	Hemorragia III T 20 (7,11)
			Otros 22 (7,83)

RPM: Rotura prematura membranas.  
III T: Tercer trimestre.

En el Cuadro 3 se muestra la situación obstétrica. La mayoría fueron multigestas del grupo II a VII (49,11%), con edad de embarazo 31-33 semanas (32,3%) y con parto espontáneo (76,51%).

El estado de los recién nacidos se plasma en el Cuadro 4. El sexo masculino tuvo discreta prevalencia (55,67%), al igual que el peso entre 2 000 y 2 499 g (38,14%) y la talla de 40-44 cm (30,93%). En el índice Apgar hubo un 45,05% que nacieron vigorosos, 54,95% con mediana depresión y 14,62% con severa.

El Cuadro 5 resume la morbilidad neonatal. De 281 historias hubo 10 gemelares para un total de 291 recién nacidos; sin morbilidad 229, con morbilidad 62, muertes neonatales 49, mortinatos 38.

Esto nos revela una morbilidad global de 21,3%, donde el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) fue el principal responsable con 18,55%. La mortalidad perinatal global fue 29,89%, la muerte neonatal aportó 16,83% y la fetal 13,06%.

Cuadro 3  
Situación obstétrica



Gestaciones N° (%)	Edad embarazo (Semanas) N° (%)	Tipo de parto N° (%)
I 100 (35,58)	22-24 26 (9,25)	Normal 215 (76,51)
II-VII 138 (49,11)	28-30 19 (6,76)	Cesárea 66 (23,49)
VIII y más 43 (15,31)	31-33 63 (22,42)	
	34-36 91 (32,38)	
	82 (29,18)	

Cuadro 4  
Estado neonatal

Sexo N° (%)	Peso (g) N° (%)	Talla (cm) N° (%)	Índice Apgar (1 min) N° (%)
Masculino 162 (55,67)	500-999 35 (12,03)	≤ 39 80 (27,49)	1-3 37 (13,70)
Femenino 129 (44,33)	1 000-1 499 66 (22,68)	40-44 90 (30,93)	4-7 96 (35,55)
	1 500-1 999 63 (21,65)	45-49 86 (29,55)	8-10 109 (40,37)
	2 000-2 499 111 (38,14)	50-54 30 (10,3)	No registrado 11
	2 500 y más 16 (5,50)	55-59 5 (1,71)	

Cuadro 5  
Morbimortalidad

Morbilidad	N°	%	Mortalidad	N°	%
SDR	54	18,55	SDR	5	10,2
Sepsis-SDR	3	1,03	Sepsis-SDR	2	4,08
Sepsis	3	1,03	Sepsis	2	4,08
Rh-	2	0,69	Malforma.	20	40,82
			Prema ext.	20	40,82
			Total	49	

SDR: Síndrome dificultad respiratoria.  
Prema ext.: Prematuridad extrema.  
Morbilidad 21,3%  Fetal 13,05%.  
Mortalidad perinatal 29,89%  Neonatal 16,83%.

## DISCUSIÓN

Una de las razones básicas del por qué de la persistencia en el tiempo de esta patología está en que su etiología aún permanece desconocida en parte; se han referido factores de placentación, infecciones, inmunológicos, uterinos, maternos, trauma y cirugía, anomalías fetales y condiciones idiopáticas (7).

Este trabajo investigativo es el segundo que se hace en este hospital al analizar el parto pretérmino desde el ángulo obstétrico (6), la prematuridad ocupa papel fundamental en la mortalidad perinatal (4), y en particular la neonatal (5). Esta realidad es común de los países desarrollados, donde también ocupa el primer lugar de muerte neonatal (2,8), pero en nuestros medios no sólo es la primera, su aporte es mayor, lo que se ve reflejado en las tasas elevadas.

Los resultados de este trabajo corresponden a una segunda serie de pacientes atendidas durante los años 1995-1999, los cuales confrontaremos con la primera serie del período 1991-1993.

En el análisis de los resultados la participación de los factores socioeconómicos se ve reflejada en la procedencia de las pacientes: el 84,6% residen en barrios y zonas rurales, es en estos grupos sociales donde el impacto de las circunstancias económicas se manifiesta fuertemente en la salud (3), además por ser el hospital un centro regional, se recibió uno de cada cinco del Estado Falcón, lo que obliga a estudiar el hecho de estas referencias. Refuerza todo lo dicho la inestabilidad de hogares representados por la soltería en las dos terceras partes de los casos y las gestantes jóvenes, menores de 20 años en casi un tercio. Estas bases de la prematuridad la hemos encontrado en trabajo previo (6) y reportada por otros autores (9,10).

En nuestra región la falta de control prenatal y los antecedentes de la hipertensión arterial y diabetes se han convertido en hallazgos repetitivos, por lo cual se hacen imperativos programas sanitarios para enfrentar esta realidad (6,11-13), la falta de control prenatal se incrementó un 20%. Hay factores personales relacionados con insistencia, la prematuridad, seguida de cesárea anterior, y abortos a repetición, esto también ha sido mostrado en investigación anterior (6) y por otros autores (10-15). La patología actual continúa siendo la rotura prematura de membranas (RPM) en casi un tercio de los casos (30,6%), duplicada en este período, seguida de la infección urinaria (28,11%), quien triplicó su participación, sigue luego las contracciones uterinas

(17,79%) y patología hipertensiva: toxemia e hipertensión arterial crónica (8,54%); estas importantes entidades nosológicas merecen toda nuestra atención si queremos aminorar los efectos de la prematuridad, pues ya han sido reportadas por nosotros (6) y otros autores (10,11,16-18).

El efecto dañino de la prolija fecundidad se manifiesta con la prematuridad, casi la mitad de las pacientes lo fueron, esto ha sido permanentemente señalado (6,10), afortunadamente se resolvió en la mayoría vía vaginal, pero aumentó la cesárea en 14% (6). Hubo prevalencia de los neonatos masculinos, esto ha sido revelado antes (6,20); lo que no nos extraña es la depresión neonatal moderada o severa en la mitad de los casos (54,95%), cuestión conocida debido a la labilidad del prematuro y que debe atenderse en el período neonatal (6,20).

Hubo morbilidad en un quinto de los casos (21,3%), fue el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) el principal responsable (18,55%), estas cifras son similares al primer estudio (6). La mortalidad perinatal global fue alta (29,89%), sin embargo, 14% menor al período anterior (6), la muerte neonatal aportó 16,83% y la fetal 13,06%. Diversos autores nos acompañan con situación similar (6,20,21).

Con este nuevo trabajo confirmamos que en la población que atendemos existen una serie de características epidemiológicas que se asocian al parto pretérmino, hay un amplio espectro de factores que se han repetido en estos hallazgos, como se ha visto ha aumentado la falta de control prenatal, la participación de la RPM, infección urinaria y la cesárea como forma de atención. Es necesario incrementar la calidad y número de consultas prenatales, averiguar qué causas la entorpecen, enfatizar en el período prenatal la pesquisa de los factores relacionados, establecer una terapéutica antenatal preventiva, una adecuada atención perinatal del parto prematuro e intensiva neonatal, estimulación precoz y seguimiento a largo plazo. Sin duda alguna, es un enemigo al cual hay que hacerle evaluaciones permanentes e implementarse programas específicos con apoyo del Estado.

## REFERENCIAS

1. Lockwood Ch. Diagnóstico del trabajo de parto pretérmino y predicción del parto pretérmino. *Clin Obstet Ginecol* 1995;4:647-659.
2. Iams J. Trabajo de parto pretérmino. *Clin Obstet Ginecol* 1995;4:645.
3. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:85-88.

4. Faneite P. Análisis quinquenal de 30 años la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:23-25.
5. Faneite P, Rivero R, Montilla A, Ojeda L, Galíndez A. Análisis de mortalidad perinatal: I. Mortalidad neonatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:81-84.
6. Faneite P, Álvarez N, Repilloza M. Factores epidemiológicos del parto prematuro. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:71-76.
7. Lettieri L, Vintzileos A, Rodis J, Albani M, Salafia C. Does "idiopathic" preterm labor resulting in preterm labor exist? *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1480-1485.
8. Garbaciak J. Prevención de la prematurez. ¿Quién está en peligro? *Clin Perinatol* 1992;2:283-296.
9. Berkowitz G, Papernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15:414-443.
10. Meis P, Michielutte R, Pters T, Wells H, Sands R, Coles E, Johns K. Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales II. Indicated and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:597-602.
11. Berkowitz G, Blackmore-Prince C, Lapinski R, Savitz D. Risk factors for preterm birth subtypes. *Epidemiology* 1998;9:279-285.
12. Rodríguez T, Barros H. Risk factors for preterm labor. *Acta Med Portu* 1998;11:901-905.
13. Mercer B, Goldenberg R, Moawad A, Meis P, Iams J, Das A, et al. The preterm prediction study: Effect on gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1216-1221.
14. Bettioli H, Rona R, Chinn S, Goldani M, Barbieri M. Factors associated with preterm birth in southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:30-38.
15. Foie L, Helias L, Ancel P, Blondel B. Risk factors for prematurity in France and comparisons between spontaneous prematurity and induced labor: Results from The National Perinatal Survey 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:55-65.
16. Savitz D, Blakmore C, Thorp J. Epidemiologic characteristics of preterm delivery etiologic heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:467-471.
17. Cannon A. An assessment of key aetiological factors associated with preterm birth and perinatal mortality. *Aust NZJ Obstet Gynecol* 1992;32:200-203.
18. Burke C, Morrison J. Perinatal factors and preterm delivery in an Irish obstetric population. *J Perinat Med* 2000;28:49-53.
19. Harlow B, Firgoletto F, Cramer D, Evans J, LeFavre M, Bain R. Determinants of preterm delivery in low-risk pregnancies. The RADIUS Study Group. *J Clin Epidemiol* 1996;49:441-448.
20. Araújo B, Bozzetti M. Mortalidade neonatal precoce no Município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J Pediat (Rio de J)* 2000; 76: 200-206.
21. Rivera M, Coria I, Zambrana M, Castelazo E, Ahued J. Tendencias de la mortalidad perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Méx* 1999; 12:578-586.

## FE DE ERRATA

En el trabajo: Síndrome HELLP en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de los Drs. José Ramón López-Gómez, Marianela Rivas G, Belkis Colmenares E, Samuel Alvarado, Daicy Silva G, Domenico Capretta y publicado en *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;61(2):77-81, involuntariamente se omitieron las figuras que reproducimos a continuación. Ofrecemos nuestras disculpas a los autores.

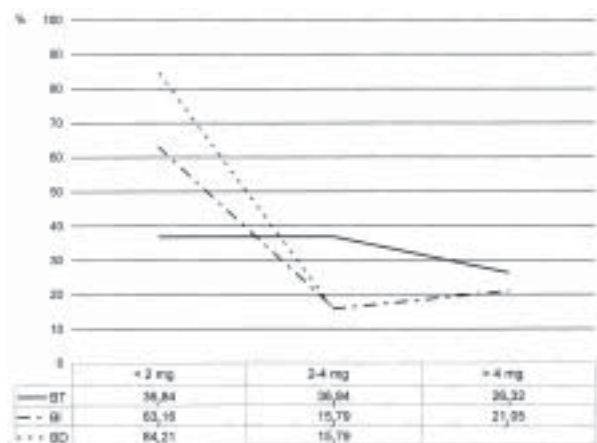


Figura 1. Valores de bilirrubina indirecta.

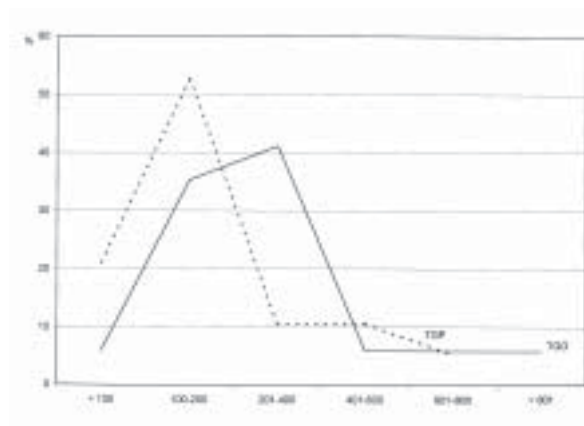


Figura 2. Valores de transaminasas.