

PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
DEMOGRÁFICAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE
TEGUCIGALPA, HONDURAS DE MAYO DE 1998 A SEPTIEMBRE
DEL AÑO 2000

PREMATURE CHILDBIRTH CLINICAL AND DEMOGRAPHIC
CHARACTERISTICS AT THE HOSPITAL ESCUELA, TEGUCIGALPA,
HONDURAS, FROM MAY, 1998 TO SEPTEMBER, 2000

Martín Donaldo Portillo*, José Espinal-Rodríguez**

RESUMEN. OBJETIVO. Conocer la frecuencia de parto prematuro en el Hospital Materno infantil de Mayo de 1988 a Septiembre del año 2000, identificar características clínico-demográficas de la embarazada que al final tiene parto prematuro. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Es un estudio descriptivo y transversal **Muestra:** Todas las mujeres que acudieron a la sala de Labor y Parto del Hospital Materno Infantil durante los meses mencionados y terminaron en parto prematuro. La información se obtuvo seleccionando los casos de prematuridad y se recopilaron los hallazgos en un instrumento de recolección de datos.

RESULTADOS. La frecuencia de Parto Prematuro en esta revisión es de 4.7 %, El rango de edad materna en quienes se presentó el Parto Prematuro con mayor frecuencia fue en las pacientes de 19 años o menor en el 36.3 %. En 16 % de las madres no tenían ningún grado de escolaridad. El 77% de las madres eran solteras, el 46 % de los nacimientos prematuros se presentaron en pacientes primigestas y la mortalidad neonatal en la primera semana de vida fue el 22 %.

CONCLUSIÓN. El parto prematuro es una complicación frecuente en nuestras embarazadas, se ve principalmente en mujeres jóvenes y de bajo nivel educacional, acompañándose de alta mortalidad neonatal.

PALABRAS CLAVE: Parto prematuro, semanas de gestación.

ABSTRACT. OBJECTIVE. To know the frequency of premature labor at the Hospital *Escuela* from May, 1998 to September, 2000 and to identify clinical-demographic characteristics of the **pregnant** woman that finally has a premature childbirth.

MATERIAL AND METHODS. This is a **descriptive**, transversal study that included all the **women** who **attended** the labor ward of the Hospital Escuela during the **mentioned** period of time and that her pregnancy finished **in** premature childbirth. The information was obtained selecting cases of prematurity and the findings were collected with a gathering data instrument

RESULTS. The rate of premature childbirth was 4.7%. The premature labor was **most frequent in** women of 19 years old or **less** in 36.3% of cases. 16% of mother were **illiterate**, 77% were single; 46% of premature childbirths were **in** primigestas and the neonatal mortality during the first week of life was 22%.

CONCLUSIÓN. The premature labor is a frequent complication in our pregnant women, most commonly seen in young women of low educational level with high neonatal mortality.

KEY WORDS: Premature childbirth, weeks of gestation.

INTRODUCCIÓN.

El parto prematuro es la causa única mas importante de morbilidad y mortalidad perinatal, su incidencia es de aproximadamente del 8 al 10 % del total de partos (1).

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75 % de las muertes perinatales y el 50 % de las anomalías neurológicas son atribuibles directamente a la prematura.

Definición,

Parto prematuro es el que se produce antes de la terminación de las 37 semanas de gestación {American College of Obstetricians and Gynecologists, 1995X1}.

Etiopatogenia.

El parto prematuro es resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios y son:

- 1) Parto prematuro idiopático
- 2) Parto prematuro resultante de Ruptura prematura de membranas.
- 3) Parto prematuro iatrogénico ó que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal (2).

Schwarz y colaboradores en 1996 sugirieron que el trabajo de parto en término es iniciado por la activación de la fosfolipasa A2. Otros informan que microorganismos (endotoxinas bacterianas) producen fosfolipasa A2 y por lo tanto podrían iniciar el trabajo de parto pretérmino (1).

La experiencia indica que la corioamnionitis es causa del 20-30% de todos los casos de trabajo de parto pretérmino. Armer y Duff revisaron todos los artículos en inglés entre 1980 y 1990 que presentaron resultados cuando realizaba amniocentesis al momento del ingreso de la paciente con amenaza de parto prematuro y observaron que el 13 % presentaban corioamnionitis demostrada por cultivos positivos del liquido amniótico (23). Esta infección que origina el trabajo de parto se puede presentar sin fiebre, leucocitosis, sin dolor

uterino ni taquicardia fetal ó cualquiera de los signos clásicos descritos (3).

Cultivos de gérmenes aeróbicos y anaeróbicos dan prueba definitiva de infección intraamniótica, la infección suele ser mixta; a continuación los gérmenes más frecuentes:

Ureaplasma urealyticum
Gardnerella vaginalis
Streptococcus del grupo B
Escherichia coli

El agente que más se aisló en un mayor número de placentas de prematuros fue Ureaplasma urealyticum (47% de los casos) seguido de Gardnerella vaginalis en el 26% de los casos 0>.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Durante los meses de Mayo de 1998 a Septiembre del 2000 se registraron un total de 40,876 nacimientos en el Hospital Materno infantil, incluidos los partos vía vaginal y cesáreas. Se identificaron los nacimientos prematuros clasificando como tales productos con edad gestacional menor de 37 y mayor de 20 semanas, aplicamos una encuesta que incluía aspectos clínicos y demográficos.

RESULTADOS.

Se encontró 1,929 partos prematuros (frecuencia del 4.7 %), excluimos los óbitos y productos con malformaciones congénitas (Cuadro 1).

CUADRO 1
FRECUENCIA DE PARTO PREMATURO

NACIMIENTOS	NÚMERO	%
DE TERMINO	38.947	95.3
PREMATUROS	1.929	4.7
TOTAL	40.876	100

Las edades en quienes se observó con más frecuencia el parto prematuro fue en menores o iguales de 19 años en un 36.3 % y en las de 20 a 25

años en un 34.5, sumando ambos grupos un 70.8

Se encontró que un 16 % de las Madres no tenían ningún grado de educación escotar; un 31 % habían iniciado su primaria pero no la habían completado y un 2 % tenían un grado de educación Universitaria.

Al investigar la condición marital encontramos que el 77 % eran **solteras**, y el 23 % estaban casadas.

El 46% de los partos prematuros se presentó en pacientes primigestas, el 18% en secundigestas y el 36 % en las que tenían tres ó más gestaciones.

El 63 % de los partos prematuros estaban en el rango de las 33 a 36 semanas gestacionales, seguidos del 23 % en el rango de las 29 a 32 semanas (Cuadro 2).

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO	%
20 a 28	274	14
29 a 32	40	23
33 a 36	1.205	63
TOTAL	1.929	100

CUADRO 3
INDICACIÓN DE CESAREA

INDICACION	NÚMERO	%
H.I.E.	154	26.4
PÉLVICO	89	15.3
GEMELAR	66	11.3
S.F.A.	37	6.3
C/ANTERIOR	98	16.8
OLIGOHIDRAMNIOS	28	4.8
PLACENTA PREVIA	56	9.6
OTRAS	55	9.5
TOTAL	583	11

* H.I.E: Hipertensión inducida por el embarazo

** SFA: Sufrimiento fetal agudo.

El 31 % de las pacientes presentaban ruptura de membranas.

El método de evacuación fue así: el 69.7 % se evacuaron vía vaginal y al 30.3 se les practicó cesárea.

La causa de la cesárea no fue prematuridad sino causas obstétricas, las mas importantes relacionadas con enfermedad hipertensiva del embarazo en un 26.4 % (Cuadro 3).

Se realizó seguimiento a los productos prematuros que permanecieron en el hospital y se encontró mortalidad del 22 % durante la primera semana de vida, mortalidad asociada a complicaciones que derivan de la prematuridad como: dificultad respiratoria, **hemorragia** intracraneana, infecciones, etc.

DISCUSIÓN.

La frecuencia de parto prematuro en el Hospital Materno Infantil desde el mes de Mayo de 1998 hasta el mes de Septiembre del 2000 fue del 4.7 %, cifra que resulta baja para lo esperado en un país en vías de desarrollo como el nuestro y que mas bien se compara a incidencias de países industrializados como ser Suecia y Dinamarca (i).

El parto prematuro es considerado por algunos autores como una enfermedad social por la fuerte asociación de pobreza y subdesarrollo con analfabetismo, y servicios deficientes de salud entre otros. En nuestro medio se esperaría encontrar incidencias superiores a las encontradas en este estudio. Encontramos que la población más afectadas son las mujeres menores de 20 años, cifra que coincide con lo referido en la literatura internacional (13,4).

En esta revisión el grupo de 20 a 25 años fue responsable del 34.5 % de los partos prematuros, este dato no es comparable a lo expresado en la literatura internacional ya que ellos reportan mayor incidencia en menores de 15 años (43). La mayoría de pacientes con Parto Prematuro pertenecen a niveles de educación bajos, un 16 % analfabeta, 54 % con apenas educación primaria en forma completa e incompleta y sólo un 2 % con

algún grado de educación universitaria, esto es comparable con las clases sociales IV y V del Estudio del British Perinatal Mortality Survey que demostró mayor incidencia de parto prematuro en comparación con las clases sociales I y II (2,6), La mayoría de partos prematuros se dieron en edades gestacionales mayores de 33 semanas (63 %). dato que coincide con el reporte de Mercer y colaboradores en donde las edades gestacionales más frecuentes eran en mayores de 35 semanas (7). La indicación más frecuente de cesárea en productos prematuros siguen siendo los relacionados a Hipertensión en el embarazo; no está claro el papel de la evacuación vía cesárea para evitar la hemorragia intracraneal (3,6).

Se concluye que:

El parto prematuro es una complicación frecuente en nuestras embarazadas; se ve principalmente en mujeres jóvenes y de bajo nivel educacional, acompañándose de alta mortalidad neonatal.

En nuestro país desconocemos la incidencia real de este problema ya que este estudio solo involucra al Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa y no refleja el resto de la población que no alcanza este servicio, así que sería conveniente ampliar en el futuro en un estudio multicéntrico para conocer la incidencia real de esta patología y tomar medidas para disminuir esta importante causa de **morbimortalidad** neonatal.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Enrique Oyarzum Ebensperger. Alto nesgo obstétrico, primera edición. Universidad Católica de Chile. 1997, p 69-95
2. Femando Arias. Guía practica para el embarazo \ parto de alto nesgo. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid , España. 1995. p. 71-111.
3. Obstetricia de Williams. 20ª Edición. Editorial Panamericana. 1998. Capítulo 34. p743-65. Prediction of Delivery Among Women With Early Preterm Labor by Means of Clinical Characteristics Alone.
4. Macones GA. Segel SY. Stamilio DM. Morgan MA. Am J Obstet Gynecol 1999;**J81(6):1414-1418.**
5. V'cry and Moderate Preterm Births: Are the Risk Factors Different Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ. DiRcnzo GC. Papiernik E. Breart G Br J Obstet G\7iaecol 1999; 106(11): 1162-1170.
6. Rodrigo Cifuentes. Obstetricia de alto Riesgo. 4ta Edición 1904, Editorial XYZ. Colombia. Capitulo 19 p. 419-39.
7. Mercer BM. Goldenberg RL. Moawad AH. Meis PJ. lans ID. Das AF. et al. The preterm prediction study: Effect of Gestacional age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. AM j Obstet Gynecol. 1999. **185 (5 pt 1) : 1216-1221.**