

PREMATURIDAD POR EDAD GESTACIONAL

*Dr. Arturo Esquivel Grillo **

*Dr. Rodolfo Ramírez Amaya **

INTRODUCCION:

La prematuridad es uno de los problemas más inquietantes para el médico obstetra y para el pediatra, por la enorme morbimortalidad neonatal que acarrea.

En Costa Rica, ocupa el primer lugar entre las causas de muerte infantil, aparte de la gran morbilidad temprana y tardía que estos niños presentan y que son causa de una enorme preocupación para los familiares del mismo, el médico que los trata y para el país.

Por estas razones es que hemos decidido iniciar este estudio, para tratar de establecer la frecuencia de estos problemas en nuestro hospital; las posibles causas del mismo y las posibilidades de prevenir hasta donde sea posible, las tremendas complicaciones que esta situación origina.

En este análisis presentamos, básicamente, el aspecto relacionado con la edad del embarazo, como factor determinante de prematuridad.

La casi totalidad de los estudios publicados de este problema de la prematuridad, toman como base el peso del niño al nacer y casi ninguno analiza la edad gestacional como elemento determinante de esa prematuridad. Desde luego, en muchas ocasiones, ambos factores coinciden, pero en un porcentaje, hasta ahora no muy bien establecido, no existe tal concordancia.

Sería interesante poder establecer si el niño prematuro por edad, pero de peso aparentemente normal sigue una evolución enteramente normal, o si se asemeja más en su desarrollo al prematuro por peso.

(*) Sección de Gineco-Obstetricia. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

MATERIAL Y METODOS:

Se analizaron 182 partos prematuros por edad gestacional que se presentaron en el Hospital Dr. Calderón Guardia en el período comprendido del 1º al 31 de diciembre de 1973, de un total de 4.933 partos ocurridos durante el mismo lapso.

Las pacientes fueron estudiados en relación con su edad, estado civil, paridad, presentación fetal, tipo de parto, edad gestacional, peso al nacer del recién nacido, talla, sexo, patología previa al parto, valores sanguíneos de la madre pre-partum y el tabaquismo.

Los casos fueron seleccionados de acuerdo con la edad gestacional, incluyendo a todas las pacientes que al mismo momento del parto referían tener de 28 a 36 semanas inclusive de embarazo, según la fecha de su última regla. Para efecto de esta selección no se consideró el peso del niño al nacer.

RESULTADOS:EDAD DE LA PACIENTECUADRO N° 1

En relación con esta variante, hubo pacientes con edades comprendidas entre los 15 y los 40 años.

de los 15-20 años	52 pacientes	—	29.4%
de los 21-25 años	52 pacientes	—	29.4%
de los 26-30 años	36 pacientes	—	20.4%
de los 31-35 años	21 pacientes	—	11.9%
de los 36-40 años	15 pacientes	—	8.5%

ESTADO CIVIL:CUADRO N° 2

Se presentaron 142 pacientes casadas. 80.6%
33 pacientes solteras. 18.7%
Otros: 1 caso. 0.5%

PARIDAD:CUADRO N° 3

Primigestas	60 pacientes	—	34.0%
Múltiparas	97 pacientes	—	55.0%
Gran-múltiparas	19 pacientes	—	10.8%

PRESENTACION FETAL:CUADRO N° 4

Pélvicos	29 casos	—	15.9%
Cefálicos	153 casos	—	84.0%

TIPO DE PARTO: CUADRO N° 5

Espontáneos	119 casos	—	65.3%
Conducidos	30 casos	—	16.5%
Quirúrgicos	33 casos	—	18.1%

CAUSAS DEL PARTO QUIRURGICO CUADRO N° 6

Forceps se aplicaron en 8 ocasiones	—	4.3%
Cesáreas hubo 25	—	13.7%

CAUSAS DE LAS CESAREAS: CUADRO N° 7

Placenta previa: 7
Desprendimiento prematuro de placenta: 3
Sufrimiento fetal: 5
Diabéticas: 3
Amnioítis: 2
Eclampsia más dos cesáreas anteriores: 1
Gestosis: 1
Insuficiencia placentaria: 1
Desproporción céfalo-pélvica: 1

EDAD GESTACIONAL: CUADRO N° 8

De las 28 semanas a las 32:	49 casos	—	27.8%
De las 33 semanas a las 36:	127 casos	—	72.1%

PESO AL NACER EN GRAMOS: CUADRO N° 9

De los 1.000-1.499 gramos hubo 14 casos	—	7.6%
De los 1.500-1.999 gramos hubo 38 casos	—	20.9%
De los 2.000-2.499 gramos hubo 57 casos	—	31.3%
De los 2.500-3.000 gramos hubo 73 casos	—	40.1%

TALLA: CUADRO N° 10

De los 35-40 centímetros	14 casos	—	7.6%
De los 41-45 centímetros	61 casos	—	36.8%
De los 46-50 centímetros	97 casos	—	53.2%

SEXO: CUADRO N° 11

Masculino:	87	47.2%
Femenino:	95	52.1%

PATOLOGIA PREVIA AL PARTO:

CUADRO N° 12

Gestosis E. P. H.		30 casos
Ruptura prematura de las membranas	—	29 casos
Sepsis Urinaria	—	13 casos
Placenta Previa	—	7 casos
Polihidramnios	—	5 casos
Rh negativo	—	5 casos
Diabéticas	—	5
Desprendimiento prematuro de la placenta	—	3
Cervitis	—	1
Eclampsia	—	1
VDRL +	—	1
Toxoplasmosis:		1
Cardiópata:		1

TOTAL: 103 casos — 56.3%

GRADOS DE ANEMIA DE LA MADRE
PRE-PARTUM:

CUADRO N° 13

De 11-10 gramos de hemoglobina:	31 casos	—	17.5%
de 9.9-8 gramos de hemoglobina:	8 casos	—	4.5%
menores de 8:	1 caso	—	0.5%

TABAQUISMO:

Hubo 5 casos equivalentes al 2.8% de madres fumadoras.

CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos se desprende que en nuestro medio, el parto prematuro es más frecuente entre las pacientes más jóvenes en edades de los 15 a los 25 años.

Con respecto al estado civil, en nuestro estudio, la mayor frecuencia (80.6%) correspondió a las pacientes casadas, lo cual aparentemente está en contraposición con la idea generalizada de que es más frecuente en la mujer soltera; sin embargo, hay que tomar en cuenta que la mayoría de las parturientas en nuestra institución, son también casadas; lo que explicaría dicho resultado.

En cuanto a la paridad, las múltiparas aportan el mayor número de prematuros 55%. Pero al igual que el caso anterior, este dato puede estar falseado, porque también el mayor número de embarazos en el Hospital Dr. Calderón Guardia corresponde a este tipo de pacientes.

En relación con la presentación fetal, el 15.9% correspondió a partos pélvicos, lo que demuestra una vez más, la alta incidencia de prematuros en este tipo de presentación, ya que el parto pélvico suele presentarse con una frecuencia de 4% entre todos los partos.

El 18.1% fueron partos quirúrgicos, de los cuales el 13.7% correspondieron a cesáreas y el 4.3% a fórceps. Todas las cesáreas, 25, fueron indicadas por patología materna o fetal bien definida; y en un caso, fue de tipo electivo.

De tal modo, que sólo esta última pudo evitarse probablemente con una valoración más completa de la paciente. La inmensa mayoría, 72.1%, nacieron entre los 7 y los 8 meses, de modo que el número de prematuros en edades gestacionales de los 6 a los 7 meses fue relativamente bajo, 27.8%.

Una de las conclusiones más interesantes de este estudio es que en el 59.8% de los casos, efectivamente, coinciden la edad gestacional temprana con el bajo peso al nacer, pero en el 40.1%, aun con edades gestacionales cortas, el peso al nacer fue normal. Sería interesante conocer si existe similitud en la evolución posterior de estos dos grupos de infantes.

El 44.4% tuvo talla corporal inferior a lo normal y en cuanto al sexo siguió la distribución normal de cifras muy similares al 50% para cada sexo.

Respecto a la patología previa de la madre al parto, el 58.5% de las pacientes se encontraban complicadas durante su embarazo, siendo la anemia 22.5%, la ruptura prematura de las membranas 16.4% y la Gestosis E.P.H. 15.8%, las más frecuentes. De ahí se deduce que una consulta prenatal más acuciosa permitiría reducir la frecuencia de estas complicaciones y, por consiguiente el número de prematuros.

Por último, el tabaquismo, del cual se ha comprobado que madres fumadoras tienen hijos de bajo peso al nacer, no se logró poner en evidencia, ya que el índice de fumadoras fue muy bajo, 2.8%.

El porcentaje total de partos prematuros por edad gestacional en el período analizado fue de 3.7%, el cual a primera vista pareciera muy bajo, pero debe insistirse en que no se están incluyendo los prematuros por peso, con edad gestacional a término, que se reportan en otro trabajo.

En un estudio similar realizado en la Universidad de Kentucky en los Estados Unidos de América, dio como resultado un 4.5% de prematuros por edad gestacional.

SUMMARY

182 cases of premature delivery according to gestational age are analysed.

Factors studied were age, civil status, parity, fetal presentation and type of delivery; height, weight and sex of newborn. Possible maternal conditions inducing prematurity are also considered.

Premature rupture of membranes, anemia and toxemia of pregnancy were the most frequent maternal causes predisposing to premature delivery.

In about 40% of the cases prematurity by gestational age did not correspond to a low birth weight.

58.5% of the studied patients had some pre-natal pathology. It is concluded that by a more diligent pre-natal care an important part of this premature incidence could be reduced.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DR. FRANK FALKNER. Introducción acerca de influencias prenatales sobre neonatos pequeños, para la edad de gestación. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Página 5.
- 2 DR. C. M. DRILLIEN. Etiología y pronóstico del neonato pequeño para la edad de gestación. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 9.
- 3 DR. GEORGE CASSADY. Composición Corporal en el retardo del crecimiento intrauterino. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1970. Pág. 76.
- 4 DR. LEONARD E. REISMAN. Anomalías Cromosómicas y retardo del crecimiento intrauterino. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1970. Pág. 101.
- 5 DR. DUNCAN R. MAC MILLAN. Influencias endocrinas sobre el crecimiento fetal. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 111.
- 6 DR. WALTER T. HUGHES. Infección y retardo del crecimiento intrauterino. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 119.
- 7 DRA. LULA O. LUBCHENCO. Valoración de la edad Gestacional y del desarrollo al nacer. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 125.
- 8 DRES.: ROBERT A. BEARGIE; VERMON L. JAMES; JOHN W. GORRENE Jr. Crecimiento y Desarrollo del Neonato Pequeño para la edad de Gestación. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 152.
- 9 DRES.: BILLY F. ANDREWS; VICHIEEN LORCHIRACHOOWKUL; ROGER J. SHOTT. Niños pequeños para la edad gestacional. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Febrero 1970. Pág. 185.
- 10 DR. YERUSHALMY. Relación que guardan peso al nacer, edad gestacional e índice de crecimiento intrauterino con la mortalidad perinatal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1970. Pág. 107.
- 11 DR. FRANZ W. ROSA. Aspectos Internacionales con la Mortalidad Neonatal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1970. Pág. 57.
- 12 DR. WILLIAM A. SILVERMAN. Asistencia intensiva de neonatos de bajo peso al nacer y otros que corren riesgos. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1970. Pág. 87.
- 13 DRES.: HELEN A. HUNSCHER; WINSLOW T. TOMPKINS. Influencia de la Nutrición Materna sobre el resultado inmediato y a largo plazo de la gestación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1970. Pág. 130.
- 14 DR. ERNEST W. PAGE. Patogenia y Profilaxia del Bajo Peso al Nacer. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1970. Pág. 79.
- 15 DR. NELSON; VAUHAN; MICKAY. Tratado de Pediatría. Tomo I, Sexta Edición-1971. Pág. 362.
- 16 Departamento de Estadísticas —Hospital Dr. Calderón Guardia.
- 17 DR. RODRIGO LORIA CORTES. Normas Pediátricas. Segunda Edición. 1971. Pág. 57.
- 18 DRES.: HOLT; MC INTOSH; BARNETT. Pediatría. Segunda Edición. 1965.
- 19 DR. EDWARD H. KASS. Papel de la Infección Insospechada en la Etiología de la remadurez. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1973. Pág. 134.
- 20 DR. RUSSELL R. DE ALVAREZ. Trastornos Hipertensivos en la Gestación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1973. Pág. 47.
- 21 DR. JOHN G. MCFEE. Anemia; Complicación de Riesgo Alto del Embarazo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1973. Pág. 153.
- 22 DRES.: MYRON WINICK; JO ANNE BRASEL; ELBA G. VELASCO. Efectos de la Nutrición Prenatal sobre el Riesgo de la Gestación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1973. Pág. 184.
- 23 DR. JOHN L. SEVER. Efectos de Infecciones sobre el Riesgo de la Gestación. Clínica Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1973. Pág. 225.
- 24 DRES.: HOWARD J. OSOFSKY; NORMAN KENDALL. Pobreza como factor de riesgo alto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Marzo 1973. Pág. 103.
- 25 DRES.: LAURENCE E. LUNDY; CHUNG HSIU WU; SI GAPH LEE. Valoración de estrógenos en el embarazo de alto riesgo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de 1973. —Marzo—. Pág. 279.