

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEON  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA.**

**Tema: Comportamiento clínico y epidemiológico de  
Prematurez de los recién nacidos ingresados a los servicios  
de neonatología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en  
el periodo del 2010.**

**AUTOR: *Dra. Odalys Mercedes Rodríguez Guevara.***

**Médico Residente de Pediatría.**

**TUTOR Y ASESOR:**

***Dr. Jorge Alemán Pineda.***

**Pediatra. Máster en Salud pública.**

**LEON, OCTUBRE DEL 2011.**

## *INDICE*

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	18
Operacionalización de Variables	20
Resultados	23
Análisis y discusión de resultados	39
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Anexos	43

**DEDICATORIA:**

**A mis Padres:**

Odalys de los Ángeles Guevara Cortez.

José Antonio Rodríguez García.

**A mi hija:**

María Belén Solórzano Rodríguez

## **AGRADECIMIENTO:**

### **A DIOS TODOPODEROSO**

Infinitas gracias a Dios Todopoderoso por haberme dado la sabiduría y el entendimiento para poder llegar al final de mi carrera, por proveerme de todo lo necesario para salir adelante y por todo lo que me ha dado.

## **INTRODUCCION**

La reproducción constituye el acto más importante para la perpetuación de las especies, de ahí la importancia de que se lleve a cabo en los mejores términos de salubridad. El proceso reproductivo requiere el correcto funcionamiento de los aparatos ginecológicos tanto del hombre como de la mujer y tiene varias etapas. La fecundación constituye el primer paso para el nacimiento de un nuevo ser humano. A partir de ella comienza el estado de gestación, el cual ha sido estudiado tradicionalmente como un evento fisiológico (1, 2).

El embarazo normal tiene una duración de 40 semanas con una variación de más o menos 2 semanas; más allá de las 42 semanas se considera embarazo prolongado o postérmino. Cuando el parto ocurre entre las 20 y 37 semanas se trata de un parto pretérmino.

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación.

La tasa de Prematurez en los EEUU es de 11%, mientras que en Europa varía entre 5 a 7%. A pesar de los años en la atención obstétrica, estas cifras no ha disminuido en los últimos 40 años. De hecho, en algunos países industrializados han aumentado levemente. La Prematurez sigue siendo la principal causa de morbilidad neonatal en los países desarrollados y es responsable del 60 a 80% de las muertes neonatales de los recién nacidos sin malformaciones. Como el riesgo de morbilidad en los nacimientos cercanos al término es baja, la mayor atención esta focalizada en el parto pretérmino temprano (menor de 32). Si bien los nacimientos en este grupo representan el 1 al 2 % de todos los partos, ellos son responsables de cerca del 50 % de la morbilidad neurológica a largo plazo y del 60 % de la mortalidad neonatal.

Hay diversos antecedentes y patologías de la madre, el feto la placenta y el útero que se asocian con la prematurez.

Las principales complicaciones a corto plazo asociadas a la prematurez incluyen síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, ictericia, hipoglicemia, hipocalcemia, retinopatía prematura, raquitismo, sepsis y persistencia del ductus arterioso.

Además las mujeres con trabajo de parto pretérmino tienen mayor probabilidad de tener fetos en presentación podálica que aquéllas de término. Los fetos en presentación podálica, sobre todo los menores a 32 semanas, cuando nacen de un parto vaginal están más predispuestos a tener prolapso del cordón, traumatismos musculares y retención de cabeza (2, 17). Por esta razón se dice que los niños pretérmino, y especialmente los muy pretérminos son más vulnerables a presentar traumatismos durante el parto que los fetos de término. Tienen mucha más probabilidad de sufrir daño en los tejidos blandos, daño neurológico y hemorragia intracraneal traumática. Mencionando las complicaciones psicológicas del proceso, algunos autores expresan que las unidades neonatológicas de cuidados intensivos son usualmente muy intimidantes y atemorizadoras para los padres, teniendo dificultad para involucrarse con el cuidado de sus hijos y en el desempeño de sus roles de paternidad (4, 18).

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. Existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.

## *ANTECEDENTES*

La mortalidad neonatal es uno de los factores que contribuyen en mayor medida a la mortalidad en la niñez en la región de América Latina y el Caribe (ALC) y constituye un obstáculo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Se calcula que la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe es 15 por 1,000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de los menores de 1 año y 36% de la mortalidad entre niños menores de 5 años (19).

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños de los cuales 135,000 son por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral).

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la región, las tendencias de la mortalidad neonatal han permanecido prácticamente inalteradas durante los diez últimos años. Este estancamiento se debe, en parte, a la falta de programas dirigidos específicamente a los recién nacidos; el énfasis ha recaído más bien en los menores de un año y los niños menores de 5 años. Entre las causas de la mortalidad neonatal en ALC se incluye las infecciones, la asfixia, la prematuridad y las malformaciones congénitas. Aunque algunas son causas directas, otras, como en la mayoría de los casos de bebés nacidos prematuramente y con bajo peso al nacer, pueden constituir factores predisponentes (18).

La OMS estima que en el 2005 se registraron 12.5 millones de partos prematuros, lo que representa el 9.6% de todos los nacimientos a nivel mundial.

Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte se registraron 0.5 millones en cada caso y en América Latina y el Caribe 0.9 millones. Las tasas elevadas de prematuridad se dieron en África (11.9%) y las más bajas en Europa (6.2%).

Las tasas de mortalidad neonatal son más altas en países donde los partos ocurren principalmente en el hogar. La mayor proporción de partos a domicilio, según se observa en las encuestas de demografía y salud, se encuentra en Haití (77%), Guatemala (60%), Honduras (44%), Bolivia (40%) y Nicaragua (33%). Estos nacimientos son a menudo atendidos por una partera tradicional o en el caso de algunas comunidades, únicamente por un miembro de la familia (18,19).

En la última década, 5 a 6 % de recién nacidos vivos en países desarrollados son prematuros. El 90% de las muertes neonatales ocurre en recién nacidos pretérminos y más del 70% en los menores de 32 semanas de gestación (18,19).

Por tanto nos planteamos nuestra situación problemática, pues como hemos señalado, la prevalencia de parto pretérmino va en aumento. Hoy en día a pesar de los adelantos científico-técnicos y de la inmensa gama de estudios realizados al respecto, no se ha logrado un consenso en cuanto a la etiología de la entidad. Se habla entonces de factores de riesgo asociados al parto pretérmino en mayor o menor grado, los cuales son detectables en el nivel primario de atención incluso antes de la concepción. Además los medios diagnósticos que se están utilizando no están disponibles a todas las gestantes y no pueden predecir certeramente en todos los casos, cuál de ellas desarrollará un parto pretérmino. Agrava la situación el hecho de que una vez desencadenado el trabajo de parto, a pesar de que pudiera estar bien identificada la gestante de alto riesgo, el tratamiento para evitarlo no es ni siquiera cercano al 100% de efectividad.

La finalidad para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal es promover las intervenciones basadas en la evidencia para la atención del recién nacido en las comunidades y en los servicios de salud, con un énfasis en los grupos de población más vulnerables y marginados. Dado que las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna también disminuyen la mortalidad neonatal y mejoran la salud del recién nacido, la estrategia aprovecha la estrecha relación entre la salud del recién nacido y la de la madre.

## **JUSTIFICACION**

La prematuridad es la principal causa de mortalidad perinatal en todo el mundo y constituye uno de los problemas severos de la asistencia perinatal en estos momentos. El riesgo global de un prematuro de morir es de 180 veces superior, al de un recién nacido de término con cifras muy variables en función de las semanas de gestación en que se produzca el nacimiento, los recién nacidos con prematuridad extrema generan un alto costo sanitario, necesidad de tratamientos intensivos, largas permanencias en UCI neonatales, existencias de secuelas a corto y largo plazo.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un problema de salud pública de primera magnitud, en la cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

Con el fin de caracterizar las manifestaciones clínico – epidemiológicas de los nacimientos pretérmino, sumando las bases para el planteamiento de estudios analíticos posteriores que permitan establecer los factores de riesgo y medidas para incidir en la reducción de este problema se decidió realizar el siguiente estudio, ya que no existen trabajos realizados nacional ni localmente relacionados con los recién nacidos pretérmino.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Describir el comportamiento clínico y epidemiológico de los recién nacidos pretérmino en los servicios de neonatología del HEODRA en el Período de Enero del 2010 a Enero del 2011.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características socio demográficas asociadas al trabajo de parto pretérmino.
2. Describir los antecedentes médicos que presentan las madres de los recién nacidos pretérmino.
3. Establecer las edades gestacionales más frecuentes en que ocurren los nacimientos pretérmino.
4. Indicar la frecuencia de uso previo de dexametasona en los recién nacidos pretérmino.
5. Determinar la asociación de recién nacidos prematuros con embarazos anteriores de parto pretérmino.
6. Mencionar los datos clínicos relevantes del nacimiento de los recién nacidos pretérmino, como peso y sexo.

## MARCO TEÓRICO

La prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal, así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento. El parto de pretérmino espontáneo es responsable de más de un 50 % de los nacimientos de pretérmino, y su etiología así como su manejo, sigue siendo causa de discusión

El parto pretérmino ha constituido un problema real y significativo; tanto por los trastornos que se pueden presentar en el parto y periparto de un recién nacido pretérmino, como por el pronóstico a mediano y a largo plazo de estos niños.

A través de los años los conceptos de nacido prematuro y pretérmino, han ido de la mano confusamente mezclados. Se utilizaban los términos indistintamente teniendo en cuenta solamente el peso del niño al nacer y no la edad gestacional. Hoy en día se sabe que la definición del peso no es satisfactoria, dado que no considera otros factores que puedan estar relacionados con la madurez fetal ya que, aunque el peso es un índice objetivo y práctico de madurez, está influido por varios factores (2, 7).

La definición de prematuro recomendada por la World Health Assembly (1948) y el Expert Group on Prematurity (OMS, 1950) ha sido reemplazada por el término de recién nacidos de bajo peso (OMS, 1961), o sea, cualquier niño que pese 2.500 g. o menos es reconocido ahora como un niño de bajo peso. En el 21 Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Londres, abril, 1970), se decidió que el peso al nacimiento debiera relacionarse con la edad gestacional y que los niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación deberían llamarse niños pretérmino (2, 7).

Después de innumerables intentos por aclarar dicho concepto, quedó establecido como parto pretérmino el que se presenta después de la semana 22 y antes de haber completado la semana 37 (258 días de gestación), contada a partir del primer día de la fecha de la última menstruación (2, 3, 4, 5, 9).

Dentro de los factores maternos asociados a prematuridad tenemos:

### **Edad Materna:**

Mujeres menores de 19 años de edad o mayores de 35 están en mayor riesgo de tener bebés de bajo de embarazo Pretérmino. La edad óptima para la reproducción oscila entre los 20 y 35 años. El riesgo relativo de tener un recién nacido Pretérmino de las adolescentes de 15 años, con respecto a las madres de 25-30 años es aproximadamente de 2.2 veces mayor. Este factor generalmente está asociado a otros, como bajo nivel socioeconómico y educacional de madre, el ser soltera, ausencia de control prenatal y no practicar buenos hábitos de salud. Además la edad materna menor de 18 años se asocia al síndrome gestacional, daño cerebral e infección neonatal que conlleva a bajo peso al nacer y Pretérmino, al igual que la edad materna mayor de 35 años por relacionarse con Hipertensión Arterial, distocia de contracciones, hipotonía uterina y hemorragias. (3)

### **Nivel Socioeconómico:**

La prematuridad se asocia con la pobreza característica de los grupos socioeconómicos bajos. Este factor negativo podría estar mediatizado por otras variables como la desnutrición y la poca ganancia de peso materno. Se ha observado que el riesgo de tener un niño pequeño para la edad gestacional a término (CIUR) es el doble en mujeres de grupos socioeconómicos bajos, comparadas con los grupos socioeconómicos altos. Esta duplicación de riesgo también se observa en madres solteras, entendiéndose como tal, la que vive sola, sin unión estable y se debe probablemente por la experimentación del estrés excesivo.

El grado de desarrollo alcanzado por las madres, guarda estrecha relación con el riesgo que corre su hijo, por eso en América Latina la ignorancia y la desnutrición son frecuentes entre las madres, el recién nacido pretérmino se convierte en agravante más en la supervivencia de estos niños. Los niños con una edad gestacional al nacer menor de 28 semanas y cuyas madres no han

completados la instrucción primaria tiene una mortalidad 5 veces mayor que los hijos de las han alcanzado la instrucción universitaria (98.5% vs 20.8%). La ocupación constituye otro factor de riesgo por el esfuerzo físico que experimenta la madre. La procedencia también se asocia con recién nacidos pretérminos por realizar grandes trayectos diarios a pie.

### **Talla:**

Butler y Albergan, hallaron que la incidencia de Recién Nacidos de bajo peso es dos veces mayor en las madres con talla baja. La talla baja materna es un indicador antropométrico de riesgo de BPN. En algunos estudios se consideran talla baja menor de 150cm. (7,8)

### **Aumento de Peso:**

El estado nutricional durante el embarazo es solo una parte del proceso ambiental, ya que la dieta se engloba antes y después del embarazo para asegurar el nacimiento de unos niños de talla normal. Una madre bien alimentada previamente es capaz de proporcionar suficientes reservas de energías para proteger al feto, a pesar de las deficiencias en su dieta diarias. Sin embargo, una privación nutricional grave antes y durante el embarazo puede afectar la talla y vitalidad del feto. Es decir, la afección del neonato en mayor o menor escala inicia en el útero por la interacción de los estados nutricionales e infecciosos.

Por cada Kg de aumento materno incrementa 55gr el peso fetal. El aumento espontáneo de peso durante el embarazo oscila entre 6 y 16 kg, percentil 10 y 90 respectivamente al término de la gestación, siendo mayor en las que eran delgadas al inicio de la gestación que en las normales y obesas, además de la tasa de incremento no es lineal, sino que es mayor en el segundo trimestre que en el tercero, hecho importante a destacar pues en muchas maternidades, por desconocer este comportamiento, se indica apresuradamente dietas restrictivas a las embarazadas. El riesgo de tener un feto pequeño para la edad gestacional es de 2.5 a 4 veces mayor cuando la madre gana menos de 8 kg al término del embarazo.

La nutrición materna es una de las principales determinantes del Peso al nacer y del retardo del crecimiento (CIUR, peso al nacer para la edad gestacional menor del percentil 10 o menos de 2,5kg en neonatos a término), pero esto no distingue el peso de la longitud del neonato. En países en desarrollo la desnutrición materna podría explicar hasta 50% de la incidencia de partos prematuros.

### **Número de Gesta:**

Mujeres que han tenido muchos hijos, están en mayor riesgo de tener bebés de bajo peso al nacer y Pretérminos. Se ha observado que el peso promedio de los productos va aumentando desde el segundo hijo hasta el quinto, descendiendo a partir del sexto. El efecto de la paridad por si sola sobre el peso de los neonatos es muy discutido. El descenso del peso promedio de los recién nacidos a partir del quinto hijo se debería mas a condiciones socioeconómicas desfavorable que el factor paridad.

En un estudio realizado en el Hospital Universitario Walalumpur (Malasia) se encontró que las mujeres con más de 7 hijos y mayores de 35 años tenían mayor riesgo de pobreza, desnutrición, anemia, hipertensión arterial y eclampsia que en el grupo de 25 a 30 años, con menos paridad, había menor riesgo de bajo peso y Pretérmino. Se concluyo con un aumento de los riesgos y muerte fetal al pasar la paridad numero 7. (10)

Se ha comprobado que el peso del primer hijo es menor que el de los siguientes, por otra parte se sabe que las primigestas presentan con más frecuencia Síndrome Hipertensiva Gestacional, enfermedad que determina mayor incidencia de neonatos de bajo peso.

### **Período Intergenésico:**

Es el tiempo transcurrido entre el fin de un embarazo, ya sea que termine en parto o aborto y el inicio de un nuevo embarazo. No se ha encontrado relación entre el embarazo Pretérmino y el intervalo intergenésico. Es más importante la tendencia de repetir un evento desfavorable en un embarazo subsiguiente. (6,12)

### **Edad Gestacional:**

La salud de un neonato tiene relación directa con el tiempo de gestación y su peso al nacer. Del BPN, se estima el 60 a 70% son pretérminos y el resto son Pequeños para edad gestacional, o Retardo del crecimiento intrauterino. De este modo el parto prematuro contribuye con el 50% de la mortalidad neonatal. Un 3 al 4 % de todos los partos tiene menos de 32 semanas de gestación. (2,15)

### **Control Prenatal (CPN):**

Cuando una mujer recibe atención prenatal adecuada, es posible identificar los problemas en una etapa temprana y utilizar el tratamiento recomendado para reducir el riesgo de bajo peso al nacer. Los cuidados prenatales, además de la detección y medicación que acompañan la gestación, comprende un riguroso control de la educación nutricional para un resultado obstétrico favorable. Genetista, Biólogos, Bioquímicos, Ecografistas y Obstetras trabajan para que la mujer llegue al término del embarazo en las mejores condiciones psicofísicas y aseguran en el producto un desarrollo intrauterino propicio. (5)

La manera más eficaz de prevenir el BPN es conseguir la atención antes de la concepción y una vez embarazada iniciar la atención prenatal de manera temprana y regular, siendo este el factor controlable más importante que previene el BPN. (1)

Para que el control prenatal sea óptimo, debe ser precoz (antes de las 14 semanas de gestación), periódico, continuo, completo y de amplia cobertura. En

nuestro país la norma es de un mínimo de 4 CPN para establecer la magnitud de riesgo.

### **Antecedentes de Bajo Peso al Nacer:**

Se ha demostrado una tendencia a repetir en el embarazo actual el resultado del embarazo previo, especialmente en el inmediato anterior. Este hecho se observa tanto para nacimiento Pretérmino como RCIU. El riesgo de nacimiento de un niño de BPN es 2 a 5 veces mayor en aquellas madres cuyo hijo anterior fue de BPN. (12,9)

### **Hábitos Tóxicos:**

El hábito de fumar incide tanto en el parto Pretérmino como en el CIUR, siendo más frecuente en este último. Las fumadoras pasivas pueden absorber hasta un sexto de lo que corresponde a una fumadora. Se ha demostrado una reducción de 150 a 250gr del peso del recién nacido al nacer entre las madres fumadoras en relación con las que no fuman. Esta asociación ha sido demostrada en diferentes grupos de edad, clase social, y grupo étnicos. Para el feto cada cigarrillo fumado diario por la madre representa entre 10 y 20 gr menos de peso al nacer. El tabaco tiene miles de químicos venenosos, el más conocido es la nicotina; esta es una adictiva y estimulante muy toxica. Las embarazadas que fuman producen un gran daño a sus hijos todavía no nacidos. El fumado produce malas consecuencia en el órgano materno que interviene en el embarazo y en el parto haciendo mención especial de las consecuencias que puede tener el niño, tanto en los meses de embarazo como después del nacimiento. Esto es debido a que la nicotina traspasa muy fácilmente la barrera placentaria que protege al bebé, y provoca deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria lo que atenta contra la oxigenación y la nutrición del niño intrauterino provocando las siguientes enfermedades:

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa e infarto placentarios.
- Un parto de mayor duración y más doloroso.
- Abortos espontáneo y muertes después del parto.
- Recién nacido con bajo peso al nacer.

- CIUR.
- Microcefalia.
- Menor estatura del niño.
- Alteración respiratoria del recién nacido o neonato.
- Fumar en las primeras etapas del embarazo aumentan las posibilidades de tener un embarazo ectópico.

En un estudio Latinoamericano de datos seleccionados en 1983, se encontró que las madres no fumadoras tuvieron un porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer 7,4%, mientras para la madres fumadoras durante el embarazo fue de 14.3%

Se ha observado que en lugares donde se informa a las madres sobre el efecto adverso del cigarrillo durante la gestación, el 55% de ellas dejan de fumar. No obstante, las mujeres que dejan de fumar antes del embarazo o durante los primeros 3 o 4 meses reducen el riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer igual al de las mujeres que nunca han fumado. (7,12)

#### **El consumo de drogas y alcohol:**

Limita el crecimiento fetal y puede causar defectos congénitos (Síndrome de alcohol fetal más de 6 onzas de alcohol). (7,12)

#### **Patologías Transgestacional:**

La infección de vías urinarias induce a amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, sepsis temprana y se sabe que la mujer embarazada tiene una frecuencia de bacteriuria entre 4 y 10% de la población total; esto representa por lo menos el doble de la frecuencia con que se presenta en mujeres no embarazadas.

**Anemia:**

Valores de hemoglobina menores de 9 gramos y hematocrito por debajo de 32% constituyen un alto riesgo obstétrico por favorecer la hipoxia fetal y conllevar al retardo de crecimiento y partos prematuros. Concentración de hemoglobina menor de 6 gramos elevan al doble las cifras de mortalidad perinatal. (14)

**Infección Vaginal:**

En esto juega un papel importante los efectos estrogénico sobre el epitelio vaginal, el Ph vaginal y la presencia o no del bacilo de Doderlein. Durante el embarazo se experimenta un aumento de las secreciones cervicales y vaginales por las modificaciones hormonales.

Los microorganismos mas encontrados han sido: Candidas, Trichomonas, Gardnerella, Streptococo B Hemolítico, que aumentan el riesgo de rotura de membranas y BPN.

**Placenta Previa:**

En dependencia de la edad gestacional y el compromiso hemodinámicos de la madre compromete mas el peso del recién nacido. (6)

**Ruptura Prematura de Membrana:**

Aumento de la morbimortalidad perinatal porque se anticipa el momento del parto y el principal factor determinante es la inmadurez del RN con el consiguiente BPN. (6,12)

**Síndrome Hipertensivo Gestacional:**

Lo normal es que haya un flujo constante de la sangre que llega al feto a través de la placenta. El aumento sostenido de la presión arterial modifican los vasos sanguíneos que nutren la placenta, lo que lleva a un retraso del crecimiento fetal y aquel el recién nacido tenga BPN. La enfermedad Hipertensiva es la que se asocia con mayor frecuencia a retardo del crecimiento intrauterino.

Algunos autores atribuyen alrededor del 30% de los CIUR a las patologías Hipertensivas. (6,12)

### **Patologías Crónica:**

Las embarazadas diabéticas que tienen compromiso vascular frecuentemente tienen fetos con BPN. (2,11)

### **Vía de Nacimiento:**

El método óptimo de parto de un feto prematuro en presentación de vértice, todavía es tema de controversia. Actualmente no hay evidencia clara que la cesárea de rutina mejore el pronóstico de estos niños. En vista de los mayores riesgos que se asocian a las cesáreas, existe un enfoque actual de permitir el parto vaginal en estos fetos aunque por la vulnerabilidad que tienen estos recién nacidos a la hipoxia intraparto y traumatismo del parto, debe hacerse un monitoreo estricto intraparto y así diagnosticar rápidamente los problemas en caso de un parto disfuncional.

Cada vez existe más evidencia de que la mortalidad y morbilidad perinatal de fetos prematuros con presentación de nalgas disminuye si se efectúa una cesárea. En un estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico de Guanabacoa en el Período de enero de 1995 a Diciembre de 1999 se encontró mayor incidencia de partos distócico por cesárea para un 61.5% en correspondencia con otras revisiones. (2, 5,12)

### **Sexo del Recién Nacido:**

Se ha encontrado una mayor proporción de mujeres con BPN que varones determinado genéticamente. (11)

### **Defectos Congénitos:**

La mayoría de los neonatos malformados son pequeños para su edad gestacional. Esta alteración del crecimiento intrauterino se extendería al crecimiento posnatal dado que varios años después estos niños presentan una talla y un peso debajo del percentil 30. Sin embargo la contribución de las

anormalidades cromosómicas a los PEG es limitada, aproximadamente 0,6% de nacidos vivos. De las aberraciones cromosómicas, las alteraciones autosómicas son las que más afectan el peso fetal, por ejemplo la trisomía 18, 21 y 13. Algunas alteraciones como el síndrome de Turner también producen CIUR. Los defectos congénitos sin anomalías cromosómicas que más afectan al crecimiento son aquellos que mas toman el Sistema Nervioso Central o el Sistema Esquelético. (6,10)

### **Asfixia:**

El riesgo relativo de presentar asfixia es 6 veces mayor en los niños con BPN. Este valor se incrementa a 62% en los neonatos con peso de 501 - 999gr. En 1985 en el Hospital Berta Calderón se reporto que del total de neonato que presentaron asfixia el 42 % fueron BPN y el 12,7% fueron pequeños para su edad gestacional. (4,10)

### **La raza:**

Las probabilidades de nacer con bajo peso son dos veces mayores en los bebés Afroamericanos que en los caucásicos.

### **Los partos múltiples:**

Debido a que suelen ser prematuros, los bebés de partos múltiples corren mayor riesgo de tener bajo peso al nacer. De hecho, más de la mitad de los mellizos y otros bebés múltiples nacen con bajo peso.

## ***DISEÑO METODOLÓGICO***

### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Se trata de estudio descriptivo de corte transversal.

### **POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Todos los recién nacidos prematuros de las sala de neonatología del HEODRA, en el Período de enero del 2010 a enero 2011.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- Todos los nacimientos ocurridos por parto pretérmino en el Período establecido (mayores de 20 semanas de gestación y menores de 37 semanas de gestación nacidos vivos).
- Parto intrahospitalario.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Se excluyen del estudio los nacidos pretérmino con malformaciones congénitas, las muertes fetales intrauterinas y nacimientos extrahospitalarios. Todos los nacimientos a término.

### **MÉTODOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN.**

La información se obtuvo a través del llenado de una ficha de recolección de datos y recopiladas directamente del expediente clínico de los pacientes ingresados a la sala de neonatos. A partir de ello se seleccionó a los pacientes que cumplieran con los criterios de selección de casos.

## **MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:**

### **Plan de análisis:**

Los datos se procesaron y analizaron en el programa de SPSS 15.

Los resultados de cada variable cualitativa serán presentados en números absolutos y porcentajes. Se calculó el chi cuadrado para establecer la relación de las variables.

### **VARIABLES:**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Procedencia.
- Número de embarazos anteriores.
- Período intergésico.
- Número de controles prenatales (CPN).
- Antecedentes de bajo peso al nacer.
- Hábitos tóxicos.
- Patología transgestacional.
- Peso del bebé.
- Antecedentes de amenaza de parto pretérmino
- Antecedentes de uso de dexametasona.
- Antecedentes de partos pretérminos
- Antecedentes de muerte neonatal.

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICIÓN.	ESCALA/VALOR.
EDAD	Período de tiempo en años desde el nacimiento al día del parto.	10-14 15-19 20-30 31-35 > 35
ESTADO CIVIL	Modalidad de la relación de pareja establecida.	Soltera Casada Acompañada
ESCOLARIDAD	Cursos que un estudiante realiza en establecimiento docente.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria.
OCUPACIÓN	Actividad laboral que se realiza en un determinado establecimiento.	Ama de casa Estudiante Obrera Profesional
PROCENDENCIA	Lugar de habitación por área geográfica.	Urbana Rural
NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES	Números de embarazos anteriores al actual	Ninguno 1-4 Mas o igual 5
PERÍODO INTERGENÉSICO	Tiempo transcurrido en meses o años desde la finalización del último embarazo y el inicio del actual	Menores de un año y seis meses. Mayores de un año y seis meses.
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES (CPN)	Número de visitas a la unidad de salud para el control del embarazo	Menor de 4 CPN Mayor de 4 CPN

ANTECEDENTES DE NACIMIENTOS PRETÉRMINOS	Si ha tenido productos menores de 37 semanas de gestación	Si No
HÁBITOS TÓXICOS	Sustancias introducidas al organismo materno que lo puede dañar	Cigarrillo Alcohol Drogas ilícitas
PATOLOGÍA TRANSGENESICA	Enfermedad desarrollada durante el embarazo	IVU Anemia Infección vaginal Placenta previa RPM Desprendimiento de placenta SHG
Antecedentes de uso de dexametasona	Glucocorticoide. La dexametasona también se administra a mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduración pulmonar del feto	Si No
Antecedentes de hospitalización por amenaza de parto prematuro	Presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cervix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.	Si No

<p>Edad gestacional al nacer</p>	<p>Se refiere a la edad de un <u>embrión</u>, un <u>feto</u> o un <u>recién nacido</u> desde el primer día de la última <u>regla</u> hasta el nacimiento</p>	<p>28 – 32 semanas 33 – 36 semanas Por FUR CAPURRO BALLARD</p>
<p>Muerte Neonatal</p>	<p>El fallecimiento de un bebé antes de cumplir 28 días de vida</p>	<p>Si No</p>
<p>Peso al nacer</p>		<p>Menor de 1000grs. 1001 – 1499grs. 1500 – 2499 grs 2500 – 3999 grs.</p>

## RESULTADOS

Tabla 1.

**Características demográficos de las madres con partos pretérminos atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Edad</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
14 a 19 años	40	27.0
20 a 25 años	52	35.1
26 a 30 años	24	16.2
31 a 35 años	20	13.5
36 años a mas	12	8.1
Total	148	100.0

  

<b>Estado Civil</b>		
Acompañada	82	55.4
Casada	24	16.2
Soltera	42	28.4
Total	148	100.0

  

<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	4	2.7
Primaria	54	36.5
Secundaria	78	52.7
Universitaria	12	8.2
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

Describe las características demográficas de las mujeres que tuvieron parto prematuro encontrando que el 27% se encuentran entre el rango de edades de 14 a 19 años, 35.1% entre los 20 a 25 años y solamente el 8.1% de las mujeres mayores de 36 años. Respecto al estado civil se determinó que el 55.4% estaban acompañada, 16.2% casadas, y 28,4% soltera. En cuanto a la escolaridad se encontró que el 52.7% tenían un nivel de escolaridad de secundaria, 36.5% primaria, un 8.2% universitaria, 2.7% analfabeta.

**Tabla 2.**

**Madres con partos pretérminos según ocupación y procedencia atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011**

	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	120	81.1
Doméstica	6	4.1
Estudiante	20	13.5
Maestra	2	1.4
Total	148	100.0
<b>Procedencia</b>		
Urbana	70	47.3
Rural	78	52.7
Total	148	100.0

---

**Fuente: Registro Hospitalario**

En esta tabla se observó que el 81.1% de las mujeres eran ama de casa, 13,5% estudiantes, 4.1% doméstica y el 1.4% maestras. En cuanto a la procedencia el 52.7% procedían del área rural y el 47.3% del área urbana.

**Tabla 3.**

**Antecedentes patológicos de las mujeres con parto prematuro atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Antecedentes Patológico</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial crónica		
Si	8	5.4
No	140	94.6
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

De las mujeres que tuvieron parto prematuro en el Período de estudio el 5.4% de ellas tienen antecedentes de hipertensión arterial crónica, siendo esta la única patología relacionada con la prematurez, la diabetes, enfermedades del colágeno y los problemas de tiroides no tuvieron ninguna relevancia.

**Tabla 4.**

**Antecedentes NO Patológicos de las mujeres con parto prematuros que fueron atendidas Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011**

<b>Antecedentes no Patológico</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>Fumado</b>		
Si	3	2.0
No	145	98.0
Total	148	100.0
<b>Alcohol</b>		
Si	7	4.7
No	141	95.3
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

En la tabla 4 se determinó que solamente el 2.0% de las mujeres que tuvieron parto prematuro fumaron durante el embarazo y el 4.7% ingirieron alcohol, no habiendo presente ninguna otra droga relacionada al parto.

**Tabla 5.**

**Antecedentes Perinatales de las mujeres con parto prematuros que fueron atendidas Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011**

<b>Antecedentes Perinatales</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>Antecedentes de muerte neonatal</b>		
Si	11	7.4
No	137	92.6
Total	148	100.0
<b>Antecedentes de nacimiento pretérmino</b>		
Si	45	30.4
No	103	69.6
Total	148	100.0
<b>Antecedentes de uso de dexametasona</b>		
Si	11	7.4
No	137	92.6
Total	148	100.0
<b>Antecedentes de bajo peso</b>		
Si	51	34.5
No	97	65.5
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

En relación a los antecedentes perinatales se determinó que el 30.4% de las mujeres con parto prematuro tuvieron antecedentes de nacimiento pretérmino y solamente el 7.4% de estas mujeres refirieron hacer uso de dexametasona. El 34.5% de los nacimientos pretérmino fueron también bajo peso al nacer y solo un 7.4% de ellas refieren haber tenido antecedente de muerte neonatal.

**Tabla 6.**

**Antecedentes Perinatales de las mujeres con parto prematuros que fueron atendidas Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011**

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>		
Si	90	60.8
No	58	39.2
Total	148	100.0
<b>Número de embarazo anteriores</b>		
Menos de 2 embarazo	63	42.6
Más de 3 embarazo	35	23.6
Sin antecedentes anteriores	50	33.8
Total	148	100.0
<b>Período intergénésico</b>		
Menor de 2 años	38	25.7
3 años a mas	60	40.5
No hay Período intergénésico	50	33.8
Total	148	100.0
<b>Número de controles prenatales</b>		
Menos de 4 controles	78	52.7
5 controles a mas	46	31.1
No se realizaron controles	24	16.2
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

En cuanto a los antecedentes obstétricos nos dice que el 60.8% de las mujeres con embarazo prematuro tuvieron antecedentes de amenaza pretérmino de las cuales el 42.6% tienen entre 1 y 2 embarazos anteriores con un Período intergénésico mayor de 3 años con el 40.5% y durante su embarazo el 52.7% solamente se realizaron 4 controles prenatales.

**Tabla 7.**

**Patologías Transgestacional de las mujeres con parto prematuros que fueron atendidas Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de enero del 2010 a enero del 2011**

<b>Patología Transgestacional</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>IVU</b>		
Si	80	54.1
No	68	45.9
Total	148	100.0
<b>Infecciones vaginales</b>		
Si	70	47.3
No	78	52.7
Total	148	100.0
<b>Placenta previas</b>		
Si	5	3.4
No	143	96.6
Total	148	100.0
<b>RPM</b>		
Si	24	16.2
No	124	83.8
Total	148	100.0
<b>SHG</b>		
Si	16	10.8
No	132	89.2
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

De la patología transgestacional de las mujeres con partos prematuros se describe que el 54.1% de ellas presentó infección de vías urinaria un 47.3% presentaron infecciones vaginales y el 16.2% de los embarazos pretérmino tuvieron ruptura prematura de membranas seguido de un 10.8% de mujeres que hicieron síndrome hipertensivo gestacional

**Tabla 8.**

**Características antropométricas de los recién nacidos prematuros que fueron atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de Enero del 2010 a Enero del 2011.**

Datos del recién nacido	n=148	%
<b>Peso</b>		
Extremo bajo peso	-	-
Muy bajo peso	-	-
Bajo peso	116	78.4
Peso adecuado	32	21.6
Total	148	100.0
<b>Sexo</b>		
Masculino	69	46.6
Femenino	79	53.4
Total	148	100.0
<b>Edad Gestacional por Capurro</b>		
Prematuro temprano	6	4.1
Prematuro tardío	142	95.9
Total	148	100.0

**Fuente: Registro Hospitalario**

En cuantos a los recién nacidos que se atendieron durante el Período de estudio se describe que 78.4% de los nacido pretérmino fueron bajo peso al nacer, que corresponden al peso comprendido de 1500 gramos a 2499 gramos, el 53.4% de los pretérmino fueron del sexo femenino, con un 46.6% correspondiente al sexo masculino.

Las edades establecido por el método Capurro el 95.9% corresponde a prematuro tardío adecuados para le edad que van de la edad gestacional comprendida de 32 semanas a 36 5/7 semanas.

**Tabla 9.**

**Uso de corticoides en los recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el Período de de enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Datos del recién nacido</b>	<b>n=148</b>	<b>%</b>
<b>Uso de corticoide</b>		
Si	90	60.8
No	58	39.2
Total	148	100.0
<b>Esquema completo</b>		
Si	46	31.1
No	102	68.9
Total	148	100.0

---

**Fuente: Registro Hospitalario**

De los recién nacidos prematuros el 60.8% recibió maduración pulmonar de los cuales solamente un 31.1% recibió un esquema completo en contra de 68.9% que no lo recibió adecuadamente.

**Tabla 10.**

**Madres de niños pretérminos según grupo etáreo con antecedentes de amenaza de parto pretérmino atendidas en el HEODRA en el Período de enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
<b>Grupo edad</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
14 a 19 años	10(6.8)	30(20.3)	40(27)	
20 a 25 años	34(23)	18(12.1)	52(35.1)	
26 a 30 años	20(13.5)	4(2.7)	24(16.2)	
31 a 35 años	14(9.5)	6(4.1)	20(13.5)	P=0.000
36 a mas	12(8.1)	-	12(8.1)	
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

En la tabla 10 se determinó que las amenazas de parto prematuro son más frecuente en las edades comprendida entre los 20 y 25 años con 34%, en comparación con las mujeres de 35 años a mas que tuvieron un 9.5% de amenazas de parto pretérmino

Tabla 11.

**Madres de niños pretérminos según controles prenatales y antecedentes de amenaza de parto pretérmino atendidas en el HEODRA durante el Período de estudio enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
<b>Numero de controles prenatales</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
No se realizaron	8(5.4)	16(10.8)	24(16.2)	
1 a 4 controles	50(33.8)	28(18.9)	78(52.7)	P=0.01
De 5 a mas controles	32(21.6)	14(9.5)	46(31.1)	
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

De los 148 partos prematuros que se dieron durante el Período de estudio 90 mujeres que corresponde al 60.8% tuvieron antecedentes de amenaza pretérmino, de estas mujeres un 5.4% no se realizaron controles prenatales y un 33.8% se realizaron menos de 1 a 4 controles prenatales

Tabla 12.

**Madres de niños pretérminos con patologías transgestacional y que tuvieron antecedentes de amenaza de parto pretérmino que fueron atendidas en el HEODRA en el período de estudio.**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
Patología Transgestacional	Si	No	Total	Ch <sup>2</sup>
<b>IVU</b>				
Si	52(35.1)	28(18.9)	80(54.1)	
No	38(25.7)	30(20.3)	68(45.9)	P=0.25
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	
<b>Infecciones vaginales</b>				
Si	44(29.7)	26(17.6)	70(47.3)	
No	46(31.1)	32(21.6)	78(52.7)	P=0.62
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	
<b>SHG</b>				
Si	14(9.5)	2(1.4)	16(10.8)	
No	76(51.4)	56(37.8)	132(89.2)	P=0.02
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

De las 148 mujeres que culminaron en parto pretérmino y durante el cual presentaron amenaza de parto pretérmino el 35.1% tenían infección de vías urinarias, un 29.7% se asociaron a infecciones vaginales el 9.5% desarrollaron síndrome hipertensivo gestacional

Tabla 13.

**Madres con niños pretérminos según antecedentes de amenaza de parto pretérmino y uso de corticoides durante el embarazo que fueron atendidas en el HEODRA durante enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
<b>Uso de corticoide</b>				
Si	56(37.8)	24(16.2)	80(54.1)	
No	34(23.0)	34(23.0)	68(45.9)	P=0.01
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	
<b>Esquema completo</b>				
Si	28(18.9)	18(12.2)	46(31.1)	
No	62(41.9)	40(27)	102(68.9)	P=0.09
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100.0)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

En esta tabla encontramos que 80(60.8%) mujeres con amenaza de parto pretérmino 56(37.8%) de ellas iniciaron esquema de maduración pulmonar donde solamente 28(18.9%) mujeres completaron dicho esquema, contra 62(41.9%) que lo recibieron de manera incompleta

**Tabla 14.**

**Madres con niños pretérminos que tuvieron amenaza de parto pretérmino y padecen hipertensión arterial crónica atendida en el HEODRA durante el Período de estudio**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
<b>Hipertensión arterial crónica</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
Si	8(5.4)	0	8(5.4)	
No	82(55.4)	58(39.2)	140(94.6)	P=0.002
Total	45(30.4)	103(69.6)	148(100)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

De las 148 mujeres con amenaza de partos pretérminos 5.4% de ellas tenían el antecedente de Hipertensión arterial crónica

Tabla 15.

**Período Intergénésico de las madres con partos prematuros que tuvieron antecedentes de amenaza de parto pretérmino en el HEODRA en el año de estudio.**

<b>Antecedentes de amenaza de parto pretérmino</b>				
<b>Período Intergénésico</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
No existe	2(1.4)	48(32.4)	50(33.8)	P=0.000
1 a 3 años	35(23.6)	3(2)	38(25.7)	
3 años a mas	53(35.8)	7(4.7)	60(40.5)	
Total	90(60.8)	58(39.2)	148(100)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

El 60.8 % de las mujeres con antecedentes de amenaza de parto pretérmino 23.6% tenían un Período intergénésico de 1 a 3 años con relación a su embarazo anterior.

**Tabla 16.**

**Madre de hijos pretérminos con antecedentes de embarazos anteriores pretérminos que fueron atendidas en el HEODRA durante el Período de enero del 2010 a enero del 2011.**

<b>Embarazo anteriores</b>				
<b>Antecedentes de embarazo pretérmino</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>	<b>Ch<sup>2</sup></b>
Si	28(18.0)	17(11.5)	45(30.4)	
No	20(13.5)	83(56.1)	103(69.6)	P=0.000
Total	48(32,4)	100(67.6)	148(100)	

**Fuente: Registro Hospitalario**

En esta tabla se describe que 32.4% de las mujeres con antecedentes de tener embarazos anteriores 18% de ellas tuvieron antecedentes de embarazo pretérmino.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características demográficas de las mujeres que se analizaron durante el Período de estudio determino que las edades entre los 20 y 25 años fueron las que mayor porcentaje obtuvieron en cuanto a los embarazos prematuros, no coincidiendo con la bibliografía que cita que las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años tiene mayor riesgo de embarazos pretérminos debido a que esta edad es la que mayormente se ve asociado a síndromes hipertensivos gestacionales, Distocias de contracción, hipotonía uterina y hemorragias post parto respectivamente. Las del área rural obtuvieron un mayor porcentaje de embarazos pretérminos refiriendo que estas para tener accesos a los centros de salud tienen que realizar un mayor trayecto a pies coincidiendo con la bibliografía consultada (3, 7,8).

Se encontró que un 5% de las mujeres tenían fenómeno de adicción tanto para el tabaco como para el alcohol citando las diferentes fuentes bibliográficas que estas drogas logran sobre pasar la barrera placentaria que protege al bebé provocando deterioro del lecho vascular y Alteracion circulatoria lo que atenta la oxigenación y la nutrición del niño intrauterino(12).

Durante el Período de estudio 90 mujeres que corresponde al 60.8% tuvieron antecedentes de amenaza de parto pretérmino, de estas mujeres un 5.4% no se realizaron controles prenatales y un 33.8% se realizaron de 1 a 4 controles prenatales con significancia estadística, según lo establecidos por nuestras normas para que el control prenatal sea óptimo, debe ser precoz, periódico, continuo, completo y de amplia cobertura, debiéndose tener un mínimo de 4 controles prenatales para establecer la magnitud de riesgo. Esto significa que solo se está cumpliendo con el mínimo de controles en mujeres con riesgo de embarazos pretérminos (1,5).

Del total de mujeres con antecedentes de amenaza de parto pretérmino 23.6% tenían un Período intergénésico de 1 a 3 años con relación a su embarazo anterior y 18% de ellas tuvieron antecedentes de embarazo pretérmino. En la bibliografía consultada no se encontró relación entre el embarazo pretérmino y el intervalo intergénésico, siendo más importante la tendencia a repetir un evento de prematuridad en un embarazo subsiguiente.

El 60.8% mujeres con amenaza de parto pretérmino 37.8% de ellas iniciaron esquema de maduración pulmonar donde 41.9% no lo recibieron de manera completa. Es importante que a las madre con en amenaza de parto pretérmino se les administre corticoides para reducir la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, tan pronto sea posible aunque se considere el parto como inminente y promover la maduración pulmonar fetal.

De las 148 mujeres que culminaron en parto pretérmino y Período durante el cual presentaron amenaza de parto pretérmino el 35.1% tenían infección de vías urinarias y el 9.5% desarrollaron síndrome hipertensivo gestacional este ultimo tuvo significancia estadística jugando un papel importante en el desarrollo del feto según lo refiere la bibliografía citada, ya que esto produce un flujo anormal de sangre que llega hacia el feto el cual modifica los vasos sanguíneos que nutren a la placenta desencadenando un trabajo de parto prematuro o bien un retraso en el crecimiento fetal (6,14,12).

## CONCLUSIONES

1. En forma general se encontró que las mujeres que tuvieron parto prematuro se encuentran en el rango de edades entre los 20 a 25 años, acompañadas, del área rural y con estudios secundarios.
2. De las mujeres que tuvieron parto prematuro en el Período de estudio el 5.4% de ellas tienen antecedentes de hipertensión arterial crónica, siendo esta la única patología relacionada con la prematurez, la diabetes, enfermedades del colágeno y los problemas de tiroides no tuvieron ninguna relevancia.
3. De todos los partos prematuros el 60.8% de las mujeres presentaron eventos de amenaza de parto pretérmino.
4. En relación a los antecedentes perinatales se determinó que el 30.4% de las mujeres con parto prematuro tuvieron antecedentes de nacimiento pretérmino y solamente el 7.4% de estas mujeres refirieron hacer uso de dexametasona.
5. Los recién nacidos que se atendieron durante el Período de estudio fueron bajo peso al nacer, que corresponden al peso comprendido de 1500 gramos a 2499 gramos, del sexo femenino, con edades establecidas por el método capurro entre las 32 semanas y 36 5/7 de edad gestacional.

## RECOMENDACIONES

1. Debe realizarse todo esfuerzo posible para iniciar la terapia con corticoesteroides en las mujeres embarazadas de 24-34 semanas con riesgo de embarazo pretérmino.
2. En las unidades de atención primaria realizar captación precoz de todas aquellas mujeres que tuvieron antecedentes de parto prematuro y estudiar las causas, con el fin de mejorar la supervivencia de los recién nacidos mejorando la calidad de los controles prenatales.
3. Las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo-a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya con la detección de cualquier complicación, procurando así un manejo integral del embarazo teniendo como guía las normas del Ministerio de Salud disminuir la morbi – mortalidad Perinatal.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Álvarez R, Hernández G, Báster JC, García RD. Medicina General Integral Principales afecciones en el contexto familiar y social. 1ª ed. Ciudad de La Habana [Cuba]: Editorial Ciencias Médicas; 2008; (II).
2. Rigol R, Cutié E, Cabezas E, Farnot U, Santisteban S, Vázquez J, et al. Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
3. Mark H, M.D, Robert Berkow MD. El Manual Merck. 10ª ed (en español). Harcourt, Madrid: Editorial Elsevier; 1999.
4. Botella J, Clavero JA. Tratado de Ginecología. 14ª ed. Madrid: Editorial Días de Santos SA; 1993.
5. Reece AE, Hobbins JC. Obstetricia Clínica. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 2010.
6. Bonilla-Musoles F, Pellicer A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. 1ª ed. Buenos Aires. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
7. González-Merlo J. Obstetricia, Capítulo 38: Parto pretérmino. 5ª edición (en español). España: Elsevier; 2006.
8. Calderón GJ, Vega MG, Velásquez TJ, Morales CR, Vega MAJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 339-342
9. Botero J, Alfonso H, Guillermo H. Obstetricia y Ginecología Capítulo 38: Parto pretérmino 7ª ed (en español). [?]: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004.

10. Sitio Web El enigma del parto pretérmino espontáneo [fecha acceso 23 diciembre 2010] Disponible en URL: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=64385>
11. Cabero L. Parto prematuro. 1ª ed. España, Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A; 2006.
12. Scott JR, Gibbs RS, Karlon BY, Haney AF. Tratado Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. Madrid: McGraw- Hill; 2005.
13. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births; preliminary data for 2005. Health E-Stats. Hyattsville, MD, 2006. [En línea][Fecha de consulta: 23-12-2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelimbirths05/prelimbirths05.htm>.
14. Langhoff-Roos J, Kesmodel U, Jacobsson B, Rasmussen S, Vogel I. Spontaneous preterm delivery in primiparous women at low risk in Denmark: population based study. BMJ. 2006; 332:937-9.
15. Thompson J, Irgens LM, Rasmussen S, Daltveit Ak. Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006; 20: 182-7.
16. Josep MA, Bogaña P. Amenaza de parto pretérmino. Criterios para suspender el tratamiento útero-inhibidor. Rev. Ginecol. Obstet. Clinic 2007; 4(2)80-5.
17. Ministerio de salud. Guía Clínica. Prevención del parto prematuro. 1ª ed. Santiago; 2005.

18. Goldenberg RL. Obstet Gynecol: The management of preterm labor. 2008; 100:1020-37. [Fecha de acceso 4 septiembre 2009 y 23 diciembre 2010] Disponible en URL: <http://www.geosalud.com/> }
  
19. Jackson K, Ternstedt BM, Schollin J. From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. J Adv Nurs 2003; 43:120-9.

# ANEXO

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

### DATOS MATERNOS.

Edad: Estado civil: Escolaridad:  
Ocupación: Procedencia:  
Aumento de peso materno:

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Hipertensión arterial crónica: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Diabetes: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Enfermedad del colágeno: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Trastornos de tiroides: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

Fumado: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Alcohol: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Drogas: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERINATALES:

Antecedentes de muerte neonatal si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Antecedentes de nacimiento pretérmino si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Antecedentes de uso de dexametasona si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Antecedentes de bajo peso si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

Antecedentes de amenaza de parto pretérmino si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Número de embarazos anteriore si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Período intergénésico si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Numero de controles prenatales si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

### Patologías transgestacional

IVU: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Anemia: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Infección vaginal: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Placenta previa: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

RPM: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Desprendimiento de placenta: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

SHG: si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

**DATOS DEL RECIEN NACIDO**

Peso:

Sexo:

Edad gestacional al nacimiento:

28 – 32 5/7 \_\_\_\_\_

33 - 36 5/7 \_\_\_\_\_

Capurro si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_

Ballar si\_\_\_\_\_ no\_\_\_\_\_