



ARTÍCULO ORIGINAL

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE RECIÉN NACIDOS DE PRETÉRMINO EN HOSPITAL SAN MARTÍN DE QUILLOTA DURANTE EL AÑO 2014.

RETROSPECTIVE STUDY OF PRETERM NEW BORN IN HOSPITAL SAN MARTÍN DE QUILLOTA ON THE YEAR 2014.

Pineda T¹, Acuña P¹, Zúñiga S¹, Cornejo F², Acuña M².

¹ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

² Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro representa una complicación obstétrica frecuente constituyendo la principal causa de muerte perinatal y de secuela a largo plazo del recién nacido. En Chile la tasa de parto prematuro se encuentra entre 5-6%. **Objetivo:** Caracterizar los recién nacidos menores de 37 semanas de gestación nacidos durante el año 2014 en el Hospital San Martín de Quillota, Chile. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo por medio de la revisión del libro de parto de la maternidad del Hospital San Martín de Quillota del año 2014. Se incluyeron todos los recién nacidos con edad gestacional menor a 37 semanas. Se excluyeron recién nacidos con edad gestacional dudosa, no consignada y óbitos fetales. Se obtuvieron variables maternas demográficas y clínicas, y variables clínicas del neonato. Para el análisis estadístico se utilizó Microsoft Office Excel 2010®. **Resultados:** En el año 2014, 10,3% de nacidos vivos correspondió a recién nacidos de pretérmino. Las edades se distribuyeron en 88% cercanas a término entre 34-36 semanas. Como condicionantes de parto pretérmino, 47,3% presento trabajo de parto prematuro, 14,6% síndrome hipertensivo del embarazo y 33,3% de trabajo de parto prematuro con rotura prematura de membranas. **Conclusiones:** La incidencia de recién nacidos de pretermo durante el año 2014 es mayor que el indicador nacional, lo que podría deberse a que el Hospital San Martín de Quillota es un centro de derivación numerosos centros de menor complejidad.

PALABRAS CLAVES: parto prematuro; edad gestacional; comorbilidad.

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth represents a common obstetrical complication becoming the main cause of perinatal dead and long term morbidity of the new born. In Chile, the rate of preterm labor is 5-6%. **Objective:** To describe the births occurred before 37 weeks in Hospital San Martín de Quillota on the year 2014. **Methods:** retrospective study with revition of the maternity book of Hospital San Martín de Quillota on the year 2014. There were included





every newborns under 37 weeks and were excluded those with unknown gestation age and fetal deaths. Epidemiological and clinical variables were analyzed in Microsoft Office Excel 2010®. **Results:** On the year 2014, 10,3 % of newborns occurred before 37 weeks. 88% of preterm birth were between the 34 and 36 weeks. As a factor of preterm births, 47,3% represented as a idiopathic preterm labor, 14 6% as hypertensive disorders during pregnancy and 33,3 % asociated to prelabor rupture of membranes. **Conclusions:** The incidence of preterm labor on the year 2014 is greater than the national statistic which may be explained because Hospital San Martín de Quillota is a major derivation center of many low-complexity ones.

KEYWORDS: preterm labor; gestational age; comorbidities.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro (PP) es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, siendo el límite inferior de edad gestacional que se establece entre el parto prematuro y el aborto las 22 semanas de gestación, 500g de peso o 25cm de corona a rabadilla.

Esta condición representa una complicación obstétrica frecuente en el embarazo, constituyendo la principal causa de muerte perinatal y de secuela a largo plazo en el sobreviviente¹.

Actualmente los nacimientos prematuros son responsables de 75 a 80% de la mortalidad perinatal (40% de estas muertes ocurren en los nacimientos menores de 32 semanas), y de más del 25% de la morbilidad a largo plazo². Representando un riesgo 17 veces mayor de morbilidad si se compara con Recién Nacido de Término (RNT)³.

Si bien la frecuencia de complicaciones debido a partos prematuros es inversamente proporcional a la edad gestacional su relevancia para la salud pública radica en la gran incidencia de partos prematuros tardíos, que se traduce en una gran cantidad de niños

con dicho factor de riesgo y por tanto una importante morbimortalidad atribuible a esta condición.

Estudios recientes muestran tasas de mortalidad infantil 4-6 veces mayores en Recién Nacidos (RN) de pretérmino tardíos que en RNT⁴. A su vez se ha observado una mayor incidencia de sepsis neonatal y muerte en pacientes pretérmino que RNT y un aumento de la morbilidad neonatal siendo la morbilidad respiratoria la más analizada en la literatura⁵.

En Estados Unidos de Norte América la incidencia de partos prematuros alcanza un 12-13%, mientras que en países europeos alcanza un 10%, aunque existen importantes diferencias geográficas⁶. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre 5-6%³.

La prematuridad ha aumentado a lo largo de las últimas décadas en países desarrollados. Mientras que la tasa de natalidad global ha ido en descenso durante los últimos años, los partos prematuros han mantenido un ascenso sostenido⁷.

Existen diversos factores que van a contribuir al ascenso de la prematuridad. Por una parte el incremento de la edad materna se ha asociado





a un mayor riesgo obstétrico y por lo tanto a interrupciones prematuras de la gestación. Por otro lado los embarazos múltiples tanto espontáneos como inducidos por reproducción asistida han ido en aumento alcanzando hasta el 20% de los partos prematuros⁸.

A los factores mencionados se agrega además una gran cantidad de avances tecnológicos que han permitido la detección precoz de posibles complicaciones del embarazo, facilitando así la toma de decisiones frente a riesgos maternos o fetales.

Desde un punto de vista etiológico hoy el parto prematuro es considerado un síndrome, donde diversas etiologías presentan una expresión única y común denominador el cual es representado por contracciones uterinas y dilatación cervical antes de las 37 semanas de gestación.

Según la OMS en la actualidad aproximadamente 45-50% de los partos prematuros son idiopáticos, 30% se relacionan con rotura prematura de membrana (RPM) y 15-20% son atribuibles a indicación médica⁹.

Las guías chilenas muestran una distribución porcentual similar a la literatura, con una estimación de aproximadamente un tercio para cada una de las 3 causas principales de parto prematuro mencionadas anteriormente³.

El conocimiento de la prevalencia de recién nacidos de pretérmino así como de las condiciones asociadas con el parto prematuro permitirán establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento

prematuro, su recurrencia y la morbimortalidad asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de la incidencia de partos prematuros menores a 37 semanas con recién nacidos vivos que tuvieron diagnósticos gineco-obstétricos de recién nacido de pretérmino y variables asociadas a recién nacidos de pretérmino en servicio de maternidad, Hospital San Martín de Quillota (HSMQ), en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2014 y 31 de diciembre de 2014.

Se excluyeron todos los con edad gestacional dudosa o no consignada y óbitos fetales.

La edad gestacional se determinó por historia menstrual segura o por biometría fetal ultrasonográfica previa al ingreso.

Los precursores de los partos prematuros fueron: a) trabajo de parto prematuro con membranas intactas, b) trabajo de parto prematuro con rotura prematura de membrana, c) partos indicados médicamente por patología materna, fetal u ovular.

Según edad materna, las gestantes fueron divididas en: a) menores de 15 años (menores), b) entre 15 y 19 años (adolescentes), c) entre 20 y 34 años y d) mayores de 35 años (gestantes tardías).

Según edad gestacional: a) prematuridad extrema (<28 semanas), b) prematuridad severa (28-31 semanas), c) prematuridad moderada (32-33 semanas) y d) cercano a término (34-36 semanas).

Tanto los precursores de parto prematuro como la edad materna y gestacional fueron





clasificados según la guía clínica de prevención de parto prematuro del Ministerio de Salud 2010, Republica de Chile.

Variables asociadas al parto prematuro

Se registraron variables maternas (edad materna, multiparidad, patologías intrauterinas), variables perinatales (Evaluación Apgar al minuto y 5 minutos de vida, tiempo de hospitalización), variables antropométricas (peso y talla de nacimiento) y variables demográficas (lugar de control).

Dentro de las variables se encontraron trabajos de parto prematuro, roturas prematuras de membrana y causas medicas de inducción de parto prematuro como síndromes hipertensivos del embarazo, diabetes gestacionales, podálicos, restricciones del crecimiento intrauterino, anemias severas, embarazos gemelares, entre otros.

Los diagnósticos prenatales fueron dados por la especialidad de ginecología y obstetricia del servicio de maternidad del Hospital San Martín de Quillota.

Es importante mencionar que este trabajo puede contar con ciertos sesgos ya que el HSMQ no cuenta con registro de ciertos factores de riesgo conocidos como largo cervical, tasa de tabaquismo, depresión, entre otros.

Recopilación de Datos

Para la recolección y organización de los datos se diseñó una base de datos en Microsoft Office Excel 2010® con los campos específicos para número de parto anual, fecha de este, edad materna, comuna de control gestacional, número de gestas,

número de partos, número de abortos, tipo de parto, sexo, peso, talla, APGAR y edad gestacional del neonato. Posteriormente se realizaron consultas para agrupación de los datos con el fin de hacer los cálculos de incidencia pertinentes.

Expresión de Resultados

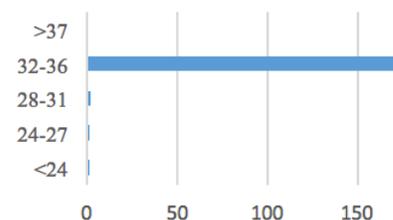
Los resultados fueron expuestos de manera descriptiva, señalando la incidencia de parto prematuro en el Hospital San Martín de Quillota y la incidencia de sus variables asociadas.

RESULTADOS

De 1.656 partos que hubo durante el año 2014 en el Hospital San Martín de Quillota, 171 de ellos fueron recién nacidos de pretérmino, lo que corresponde al 10,3% del total de partos. Siete paciente fueron óbitos fetales antes de las 37 semanas de gestación, por lo que fueron excluidos de nuestro estudio. Del total de recién nacidos de pretérmino, 100 fueron mujeres (58,8%) y 71 (41,2%) fueron hombres, el puntaje Apgar promedio a los 1 y 5 minutos fue de 8 y 9, respectivamente.

En la Figura 1 se muestra los estratos de edad gestacional del total de recién nacidos de pretérmino. El

Figura 1: Distribución de edad gestacional.



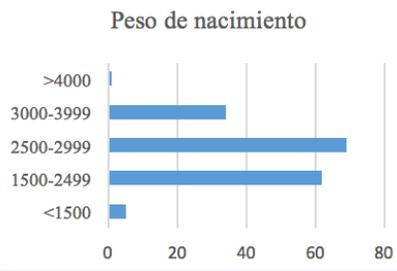
96% de los partos de pretérmino sucedió entre las 32 y 36 semanas de gestación. La edad gestacional



promedio fue de 34 semanas, con un rango de 23 a 36 semanas.

El peso promedio fue de 2.596 gramos, con un rango de 670 a 4.080 gramos. Al clasificar por rangos de peso a los recién nacidos de pretérmino, se observa que la mayor tasa prematuros se ubica entre 2.500 y 2.999

Figura 2: Peso de nacimiento.

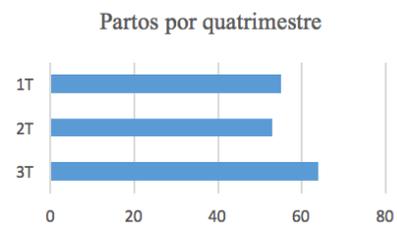


gramos (Figura 2). El promedio de talla al nacimiento fue de 47,3 centímetros.

En relación al tipo de parto, 85 (49,7%) recién nacidos de pretérmino nacieron por parto vaginal y 86 (50,3%) por cesárea.

La distribución anual de partos prematuros muestra cifras trimestrales cercanas al 30%, lo que nos habla de una

Figura 3: Distribución anual de recién nacidos pretérmino.

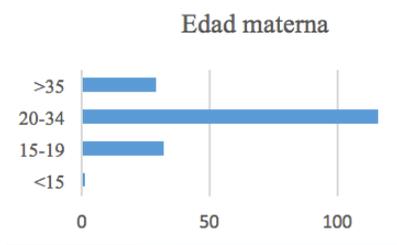


distribución de PP similar a lo largo del año (Figura 3).

La edad materna

promedio fue de 26 años, con un rango de edad de

Figura 4: Distribución según edad materna.



14 a 49 años. Al clasificar por rango de edad materna, se vio que los

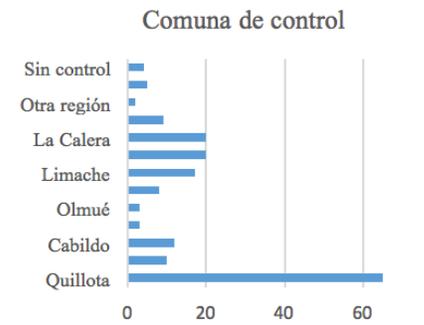
embarazos entre 20 y 34 años tuvieron una mayor tasa de partos de pretérmino (Figura 4).

Por otra parte de los 68 de los RNPT con un peso al nacer menor a los 2.500g un 35% fueron hijos de madres en edades de riesgo siendo 13 de ellas adolescentes y 11 mujeres mayores de 35 años

Del total de PP, 68 madres eran multiparas lo que representa un 52% del total de la muestra.

En la Figura 5 se observan los centros asistenciales de control prenatal, agrupados por provincia. Se observa que Quillota aporta el mayor número de

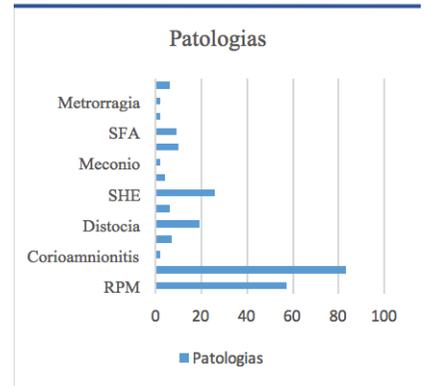
Figura 5: Centro de control prenatal.



pacientes, con un total de 65. Se observa que en 4 casos no hubo control prenatal durante el embarazo.

El 100% de los RNPT de

Figura 6: Condicionantes de parto de pretérmino (N: 178).



nuestro estudio presentó algún factor de riesgo de PP. Del total de PP, en 83 casos hubo trabajo de parto

prematuro espontáneo, siendo la principal condicionante asociada a partos de pretérmino. El resto de las



causas de parto prematuro se especifican en la [Figura 6](#).

DISCUSIÓN

Según el anuario de estadísticas de Natalidad y Mortalidad de Chile del Año 2012, la tasa de nacidos vivos antes de las 37 semanas de gestación oscila entre el 5 y 6% a nivel nacional. En nuestro estudio la incidencia de recién nacidos de pretérmino durante el año 2014 alcanza el 10% del total de nacidos vivos. Esta diferencia se podría deber a que el Hospital San Martín de Quillota es un centro de derivación de un gran número de centros asistenciales de menor complejidad. Por otro lado, en la provincia de Quillota existe una alta tasa de ruralidad y baja escolaridad, que si bien no se comportan como elementos de mortalidad neonatal, si son factores de riesgo para partos de pre término¹⁰.

La edad materna al momento de la gestación se puede comportar como un factor de riesgo para un parto de pretérmino, es por esto que los intervalos fueron divididos en alto riesgo (menor a 20 años), menor riesgo (20 y 34 años) y mediano riesgo (35 o más años). En nuestro estudio observamos que el grupo de alto y mediano riesgo alcanza el 35 % de los casos, siendo 31% la tasa a nivel nacional¹¹.

La edad gestacional fue agrupada en intervalos utilizados por el Anuario de Estadísticas Vitales de Chile del año 2012. En el estudio realizado se evidencia que la gran parte de la muestra (96%) nació entre las 32 y 36 semanas, siendo sólo el 1% menor o igual a 24 semanas de gestación. Cabe destacar que en nuestro estudio se utilizaron

parámetros obstétricos para estimar la edad gestacional, lo que podría implicar un sesgo en este trabajo¹².

El peso al nacer es un elemento que se asocia a pronóstico y presencia de comorbilidades. En el estudio se clasificaron en intervalos utilizados por el Anuario de Estadísticas Vitales de Chile del año 2012. Se observa que en el 39% de los casos, los recién nacidos de pretérmino pesaban menos de 2500 gramos y un 3% menos de 1500 gramos.

El parto prematuro, según el Ministerio de Salud, puede ser categorizado en 3 entidades clínicas: parto prematuro con membranas integras en donde se da inicio espontaneo de contracciones uterinas con membranas integras; parto prematuro asociado a rotura prematura de membranas (RPM) el cual presenta contracciones luego de la rotura de membranas, y por último, parto prematuro iatrogénico el cual resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal entre otras¹³.

Según la OMS el año 2009, la mayoría de los partos prematuros (45-50%) son provocados por trabajo de parto espontaneo previo a las 37 semanas de gestación seguida por rotura prematura de membranas (30%) y en 3er lugar por infecciones tanto maternas como fetales (15-20%)⁹. En el caso de la comuna de Quillota se presentó un 35,6% de trabajo de parto prematuro con membranas intactas, un 33,3% de trabajo de parto prematuro con rotura prematura de membranas y un 30,9% por causas terciarias tanto fetales como maternas¹⁴ lo que se condice con las guías chilenas que muestran una





distribución porcentual similar a la literatura, con una estimación de aproximadamente un tercio para cada una de las 3 causas principales de parto prematuro mencionadas anteriormente³.

Finalmente nuestro estudio mostro tasas de parto prematuro por cesárea de un 49%, un resultado bastante alejado a lo descrito en la literatura. En el año 2010 Meloni y cols demostraron tasas de cesárea en partos prematuros tardíos de 42,9%¹⁵. Dicha tasa es similar a las de cesáreas a nivel nacional (43%), aunque en este punto cabe destacar que Chile ocupa el tercer lugar en el ranking mundial de cesáreas

anuales (Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros).

Correspondencia:

Pedro Acuña Valenzuela
pe.acuna11@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

Recibido el 17 de abril de 2016.
Aceptado el 2 de mayo de 2016.
Publicado el 29 de mayo de 2016

REFERENCIAS

1. Villar J, Papageorgiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, et al. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Feb;206(2):119–23.
2. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2006 Dec;19(12):773–82.
3. República de Chile, Ministerio de Salud 2010. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago).
4. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *J Pediatr.* 2007 Nov;151(5):450–6, 456.e1.
5. Sepúlveda M Á, Kobrich S S, Guiñez G R, Hasbun H J. Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2012;77(2):154–8.
6. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008 Jan 5;371(9606):75–84.
7. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud.
8. Lee YM, Cleary-Goldman J, D'Alton ME. Multiple gestations and late preterm (near-term) deliveries. *Semin Perinatol.* 2006 Apr;30(2):103–12.
9. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010 Jan;88(1):31–8.
10. Escribà-Agüir V, Clemente I, Laurel-Cubizolles MJ. Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español. *Gac Sanit* 2001;15:6-13.





11. República de Chile, Ministerio de Salud 2012, Estadísticas de Natalidad y Mortalidad Chile, año 2012, Santiago.
 12. Grandi CA. Relación entre la antropometría materna y la ganancia de peso gestacional con el peso de nacimiento, y riesgos de peso bajo al nacer, pequeño para la edad gestacional y prematuridad en una población urbana de Buenos Aires. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2003 Dec;53(4):369–75.
 13. Spong CY. Defining ‘term’ pregnancy: recommendations from the Defining ‘Term’ Pregnancy Workgroup. JAMA. 2013 Jun 19;309(23):2445–6.
 14. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2002 Nov;100(5 Pt 1):1020–37.
 15. Meloni A, Antonelli A, Deiana S, Rocca A, Atzei A, Paoletti AM, et al. Late preterm: obstetric management. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Oct;23 Suppl 3:113–5.
 16. Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros.
-

