

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
"GILBERTO ISALGUÉ"
NICETO PÉREZ**

**ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON RIESGO DE
PREMATURIDAD**

Dra. Malvis Domínguez Torres¹, Lic. Noralis Osorio Olivero², Lic. Liurvis Belicet Tito², Lic. Elaine Téllez Creagh³, Dra. Liset Duryet Durán.¹

1 Especialista de I Grado en Ginecología. Instructor.

2 Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Instructor.

3 Licenciada en Enfermería. Instructor.

RESUMEN

Se realiza un estudio en el Policlínico Universitario "Gilberto Isalgué", municipio Niceto Pérez, en el período enero-diciembre de 2007, con el objetivo de determinar los factores de riesgo de prematuridad en esta área de salud. El universo está constituido por 209 madres de los nacidos durante el año 2007. Se selecciona una muestra de 22 gestantes, de las cuales 11 tuvieron nacidos con edad gestacional inferior a 37 semanas y peso inferior a 2 500 g. Las 11 restantes tuvieron niños con peso y edad gestacional adecuados. Entre las variables analizadas se encuentran: grupo de edades, período intergenésico, sepsis vaginal, riesgo nutricional y patología asociada. Los resultados fueron expuestos en tablas. El riesgo nutricional y el período intergenésico corto son los principales riesgos. Se logra que todas las pacientes que tuvieron pretérminos se incorporaran a la consulta de planificación familiar. Una de las fumadoras abandonó definitivamente este hábito tóxico.

Palabras clave: riesgo de prematuridad, niño pretérmino.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud reproductiva como "el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir cuándo hacerlo o no, y con qué frecuencia.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, ayuda a determinar prioridades de salud y es, también, una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor atención.¹

El embarazo es un acontecimiento fisiológico normal que es complicado por procesos patológicos peligrosos para la salud de la madre y el feto donde el desarrollo y el crecimiento del feto puede verse afectado por factores genéticos y ambientales extra e intrauterino, en él se asocia con frecuencia el nacimiento de un parto pretérmino.²

Existen también factores exógenos que condicionan la terminación anticipada de la gravidez por sus acciones desde el exterior de la madre, el embarazo o el feto, y estos factores pueden dejarse sentir desde la gametogénesis y el desarrollo embrionario temprano.³

Otros factores relacionados con el parto pretérmino están constituidos por las anomalías uterinas, un ejemplo de ello: el útero hipoplásico que predispone primero al aborto y luego al parto pretérmino, además de la incompetencia cervical, la cual es también causa de este.

Se debe prestar especial atención a las infecciones agudas y crónicas, a la necesidad de orientar a la gestante sobre la conveniencia de ingerir el mínimo proteico diario, abandonar el hábito de fumar, así como realizarse el diagnóstico precoz de preeclampsia, gestaciones múltiples, incompetencia cervical y gestorragias del tercer trimestre.⁴

El nacimiento pretérmino constituye uno de los principales problemas de obstetricia en la actualidad y presenta una repercusión adversa por su morbilidad perinatal e infantil.

MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo de caso-control con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la prematuridad de gestantes pertenecientes al Policlínico Universitario "Gilberto Isalgué" del municipio Niceto Pérez en el año 2007.

La población está constituida por 209 madres de los niños nacidos en el año 2007. Se escoge una muestra de 22 madres, de las cuales, 11, tuvieron recién nacidos con peso inferior a 2 500 g y edad gestacional inferior a las 37 semanas y, 11 madres, de niños con peso y edad gestacional adecuados.

Se utilizan métodos del nivel teórico, matemático y estadístico que nos posibilitan enfilar los objetivos para la obtención de mejores resultados (Técnica porcentual, muestreo aleatorio simple, prueba Chi cuadrado).

Entre las variables analizadas se encuentran: grupo de edades, período intergenésico, sepsis vaginal, riesgo nutricional y patología asociada.

Los resultados fueron expuestos en tablas. Se emiten conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El mayor número de pacientes se encontró entre 20 y 24 años de edad, seguido por el grupo de menores de 20 y, 35 y más años. (Tabla 1) Al realizar las pruebas estadísticas de Chi cuadrado se halló que no existe riesgo de asociación de la edad con la aparición del parto pretérmino en la población estudiada. Para realizar dichas pruebas se agruparon los datos según menores de 20 años y mayores de 20 años. Se obtuvo un valor P de 1.0000.

Muchos autores dedicados al tema coinciden respecto a la existencia de una marcada diferencia en el comportamiento de la morbimortalidad obstétrica en la adolescente embarazada, lo cual estará íntimamente relacionada con el desarrollo psicosocial y medio familiar donde se desenvuelva la menor, sin restar valor por supuesto, al desarrollo orgánico y funcional.

El investigador Reeder Martín considera que por debajo de los 20 años son más frecuentes los partos pretérmino, donde la tasa aumenta en mujeres muy jóvenes por debajo de 17 años. Por lo tanto, la edad y la paridad son dos categorías que tienen un significado social específico y que contribuye al cuadro general de malos resultados reproductivos.⁵

Se destacó la asociación del periodo intergenésico corto con la prematuridad (Ver Tabla 2). Al realizar las pruebas estadísticas de Chi cuadrado se obtiene un valor P de 0.0304 lo cual demuestra que en nuestro municipio este es uno de los factores de riesgo que favorece la aparición del parto antes del término de la gestación.

Broscoe halló que el intervalo entre embarazos influye en las tasas de parto pretérmino. Cuando este intervalo es mayor que 23 meses, la incidencia de parto pretérmino es de 7.8 % pero cuando el intervalo es menor que 12 meses es de 18 %. Por otra parte, este autor determinó que si no existía un pretérmino anterior la tasa de parto pretérmino era de 8.3 %, la que aumentaba hasta 45.5 % cuando existía un antecedente de tres o más recién nacidos pretérmino. Esto sugiere que muchos de estos factores son recurrentes.

Douglas ha encontrado altas tasas de parto pretérmino en partos sucesivos con intervalos menores que 2 años o mayores que 6 años, así como cuando la gestante trabaja después de las 30 semanas.⁶

Se realizó un estudio según sepsis vaginal buscando el riesgo de asociación de la misma (Tabla 3); al aplicar las técnicas estadísticas se encontró que el valor P es de 0.2170, lo cual demuestra que no existe asociación de la misma con el parto pretérmino. Hubo mayor incidencia en infección vaginal por Monilias. Se agruparon para aplicar dichas pruebas en pacientes con sepsis y sin sepsis.

También se sugiere que evitar el coito puede ser una medida preventiva, tanto para reducir el riesgo de infección como por el hecho de que las prostaglandinas en el líquido seminal tal vez estimulen las contracciones uterinas.⁷

Otro factor de riesgo de prematuridad importante en nuestro medio lo constituye la presencia de rotura prematura de membrana (RPM). La infección intraamniótica es el factor causal común para la RPM del pretérmino y el inicio del trabajo de parto. Cada vez se tienen más pruebas de la relación entre infección intrauterina y trabajo de parto pretérmino.

La Tabla 4 muestra la distribución de los casos según riesgo nutricional, donde el riesgo fundamental lo constituye la anemia con un total de 6 casos. Al aplicar las técnicas estadísticas se encuentra que existe asociación del riesgo nutricional con el parto pretérmino, obteniéndose un valor P de 0.0024. Se agruparon los casos para su mejor procesamiento estadístico en pacientes con riesgo nutricional y sin riesgo nutricional

Entre otros objetivos importantes se encuentran la disminución de la anemia por déficit de hierro y alcanzar niveles adecuados de ingesta de vitamina A, tanto en embarazadas como en niños.⁸

Botero Urbe y colaboradores encontraron que el 30 % de las pacientes estudiadas fue bajo peso materno y, de ellas, el 18 % tuvo parto pretérmino pero casi todas las pacientes desconocían el riesgo. Generalmente, el riesgo nutricional se asocia a la aparición del bajo peso al nacer, parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), entre otras entidades que pudieran dar al traste con la vida del recién nacido, reducción del bajo peso al nacer podría tener efectos beneficiosos en la disminución del índice de prematuridad.⁹

Sin embargo, existen otros autores como Goepfert que no coincide con dichos resultados planteando que la causa más frecuente de parto pretérmino son las infecciones vaginales, restando importancia a dicho elemento.¹⁰

Este es un elemento difícil de valorar ya que cuando ocurre el parto antes de término de gestación se interrumpe la ganancia de peso, pero sí podemos hacer mención a la evaluación ponderal de la gestante desde su captación, lo cual nos orienta acerca de los elementos a vigilar durante toda la gestación para que la misma no tenga un desenlace fatal.¹¹

Según patología asociada (Tabla 5), se tuvo solamente en cuenta la hipertensión arterial crónica porque es la que más se asocia en nuestra área de salud y la única presente en los casos de prematuridad en los dos últimos años.

Al aplicar los métodos estadísticos se encuentra que no hay riesgo de asociación con la prematuridad con un valor P de 0.1573. SE agruparon para procesamiento estadístico en pacientes con trastornos hipertensivos y sin trastornos hipertensivos.¹²

Botero Urbe plantea que la hipertensión arterial crónica es la entidad que más se asocia a la aparición de parto pretérmino acompañada de trastornos hipertensivos de la gestación, los cuales se asocian, además, a la aparición de CIUR y hematoma retroplacentario.¹³

Butler y Abermann encuentran, además, que la incidencia de embarazos acortados aumentó en las madres con preeclampsia severa e hipertensión arterial con preeclampsia, sucediendo lo mismo en gestantes con placenta previa y hematoma retroplacentario. Los citados

autores encontraron, también, un peso promedio más bajo y una edad gestacional más corta para casi todas las malformaciones congénitas.¹⁴

CONCLUSIONES

- 1- Los factores de riesgo que más se asocian a la prematuridad son riesgo nutricional y periodo intergenésico corto.
- 2- No se encontró relación estadística con la edad, sepsis vaginal ni hipertensión arterial crónica.

RECOMENDACIONES

- Realizar este estudio en otras áreas de salud para profundizar en el conocimiento de los riesgos de prematuridad en el municipio y provincia.
- Continuar esta investigación en estudios superiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella L. Tratado de Ginecología. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1978. P. 841-46.
2. Enfermería Materno infantil. 17^aed. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 986-91.
3. Grant A, Penn ZJ, Steer PJ. Elective or selective caesarean delivery of the small baby. A. Br J Obstet Gynecol. 1996; 103: 1197-200.
4. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La medicina familiar en Cuba. Revolución UDCA. Actualidad y Divulgación Científica.0 2005: 3 (1).
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Situación de Salud en Cuba. Indicadores Básicos. La Habana : ECIMED; 2005.
6. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 146-201, 210-321.
7. Gibbs RS. A review of premature birth 2nd Subclinical infección. AM J Obstet Gynecol. 2005; 166 : 1515-28.

8. Goepfert P, Schwebre J, Andrew W. Prenatal emphasis research Center (Pers). Periparturient disease and vaginal marker of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2005; 187: S 127.
9. Peláez Mendoza J. Maestría atención integral a la mujer. Curso 6. 2005.
10. Botero Urbe J. Obstetricia y Ginecología. Texto integrado, 5ªed. Medellín, Colombia : 1998.
11. Grupo Nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo. Planificación familiar con el enfoque de salud reproductiva y sexual. Septiembre 2007.
12. Cabezas Cruz E, Herrera Alcázar V, Ortega Blanco M, Santiesteban Albar S. Procederes en Obstetricia y Ginecología para el médico de la familia. La Habana : editorial Ciencias Médicas; 2005.
13. Draper ES, Manktelow B, Field DJ, James D. Prediction of survival for preterm no birth Weight and Gestational age: retrospective population based study. BMS. 2005

Tabla 1. Grupo de edades.

GRUPO DE EDADES	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 20	2	9.1	2	9.1	4	18.2
20 - 24	5	22.7	2	9.1	7	31.8
25 - 29	1	4.5	4	18.2	5	22.7
30 - 34	1	4.5	2	9.1	3	13.6
35 y más	2	9.1	1	4.5	3	13.6
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>22</i>	<i>100</i>

Tabla 2. Periodo intergenésico.

PERÍODO INTERGENÉSICO	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Corto	6	27.3	1	4.5	7	31.8
Normal	5	22.7	10	45.5	15	68.2
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>22</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Sepsis vaginal.

SEPSIS VAGINAL	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Gadnerella	3	13.6	-	-	3	13.6
Trichomonas	2	9.1	2	9.1	4	18.2
Monilias	6	27.3	7	40.9	13	59.1
Sin sepsis	-	-	2	9.1	2	9.1
<i>TOTAL</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>11</i>	<i>50</i>	<i>22</i>	<i>100</i>

Tabla 4. Riesgo nutricional.

RIESGO NUTRICIONAL	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo peso	2	9.1	2	9.1	4	18.2
Ganancia insuf.	3	13.6	2	9.1	5	22.7
Anemia	6	27,3	-	-	6	27.3
Sin riesgo	-	-	7	31.8	7	31.8
Bajo peso	11	50.0	11	50.0	22	100
<i>TOTAL</i>	2	9.1	2	9.1	4	18.2

Tabla 5. Patología asociada (HTA).

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	CASOS		CONTROLES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HTA Crónica	2	9.1	-	-	2	9.1
Preeclampsia	2	9.1	1	4.5	3	13.6
Sin trastornos hipert.	7	31.8	10	45.5	17	77.3
HTA Crónica	2	9.1	-	-	2	9.1
<i>TOTAL</i>	11	50	11	50	22	100