

CÓDIGO CIC: 09TA002

**PARTO PRETÉRMINO: ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN LAS MUJERES GESTANTES
DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.**

Autores:

LUCÍN ALARCÓN JUAN CARLOS

Estudiante Investigador

ROBLES RUILOVA AMANDA DENISSE

Estudiante Investigador

TERÁN JIMÉNEZ ELSIE STEFANIE

Estudiante Investigador

CHEDRAUI PETER

Dr. en Medicina y Cirugía. Especializado en Ginecología y Obstetricia

Docente investigador y Director de Tesis

PÉREZ LÓPEZ FAUSTINO

MD, P.D. de Universidad de Zaragoza. Especializado en Ginecología y Obstetricia

Asesor de Investigación internacional

VALLEJO SILVA MAX

Médico Colaborador

RESUMEN

Contexto: El parto pretérmino se define según la OMS como el nacimiento de un feto después de las 20 semanas y antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación. Su etiología aún se considera desconocida sin embargo existen múltiples factores que lo desencadenan. Nuestro estudio está centrado únicamente en los aspectos sociodemográficos que predisponen a la prematuridad.

Materiales y Métodos: En el presente estudio se evalúan los factores sociodemográficos del parto pretérmino en 300 mujeres gestantes que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil que experimentaron un parto pretérmino inducido o espontáneo en el período comprendido entre el 15 de Junio de 2009 hasta el 15 de Agosto de 2009. Se trata de un estudio netamente descriptivo que enumera las características sociodemográficas más importantes que se encontraron en nuestras pacientes y que permita ser la base de nuevas investigaciones sobre este tema.

Conclusión: Los factores de riesgo encontrados en este estudio demostraron tener relación con los mencionados en las publicaciones científicas lo que indica la significancia que presentaron las variables descritas. Además se muestra que existe relación entre la actitud de las pacientes y el conocimiento que tenían acerca del parto prematuro. Finalmente se constató que el folleto informativo empleado fue de fácil entendimiento para la población en estudio.

Palabras claves: Parto prematuro, factores de riesgo, factores sociodemográficos, edad gestacional

ABSTRACT

Background: Preterm birth is defined by the WHO as delivery of an infant after 20 weeks and before 37 completed weeks of gestation. There are many cause factors but its etiology is still unknown.

Methods: The present study evaluates sociodemographic factors of preterm birth in 300 pregnant women who came to Enrique C. Sotomayor Gyneco-Obtetric Hospital of Guayaquil and experienced a preterm birth induced or spontaneous between the periods of June 15 to August 15 of the year 2009. The present is a descriptive study that show the main sociodemographic characteristics we sought in our patients and we are sure this study will help been a base for new investigations about this important issue.

Conclusion: The risk factors we found in this study proved to have relation with the ones specified on scientific publications who indicate the significance of the described variables.

In addition we show the connection between the aptitude and the knowledgement our patients had when it comes to preterm birth. Finally there was stated that the used informative brochure we gave to patients was easy for understanding to the study population.

Key words: Preterm Birth, risk factors, sociodemographic factors, gestational age

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino se define según la OMS como el nacimiento de un feto después de las 20 semanas y antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación con un peso de 500 gr. y menor de 2.500gr. caracterizado por la presencia de contracciones uterinas de suficiente frecuencia e intensidad acompañado de un incremento de la dilatación cervical antes del término del embarazo.⁽¹⁾ En general el porcentaje de partos prematuros varía aproximadamente entre un 5 y 12% del total de embarazos y es el resultado de 3 entidades clínicas que pueden ser: pretérmino espontáneo, por ruptura de membranas e inducido. Alrededor de 130 millones de niños nacen en todo el mundo, de ellos, 8 millones mueren antes del primer año de vida. En EE.UU. el 17 a 34% de estas muertes son atribuibles a la prematuridad, y solo la mitad de los casos tienen una causa de prematurez identificable.⁽²⁻³⁾ Dentro de las causas o factores que provocan estas entidades se mencionan ruptura prematura de membranas, multiparidad, patologías uterinas y patologías fetales.⁽³⁻⁶⁾

Existen también otro tipo de causas que son aquellos factores sociodemográficos que predisponen a la prematuridad entre ellos se encuentran: el nivel socio-económico bajo, un bajo nivel educativo, la raza no blanca, edades extremas, historia previa de prematuridad y estado nutricional deficiente. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Las actividades laborales que supongan un stress psicológico muy alto, la depresión y el consumo de cigarrillos, alcohol o cocaína durante el embarazo son también factores desencadenantes de esta entidad.⁽⁷⁻¹⁶⁾

Es importante recalcar que en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor no hemos encontrado estudios referentes a este tema específicamente, por lo tanto se cuenta únicamente con lo que nos otorgan los estudios provenientes de países del primer mundo, es ésta la razón que motivó nuestro interés y la realización del presente trabajo, el mismo que tiene como objetivo conocer las características sociodemográficas del parto pretérmino que presentan las mujeres gestantes a nivel de nuestra comunidad, mediante la investigación metodológica y científicamente realizada.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal que incluyó 300 pacientes hospitalizadas en las salas del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, que experimentaron un parto pretérmino inducido o espontáneo en el periodo comprendido entre el 15 de Junio de 2009 hasta el 15 de Agosto de 2009 .

Se consideró como muestra a aquellas pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

1. Mujeres gestantes en puerperio inmediato (información obtenida del historial clínico).
2. Pacientes que hayan presentado parto pretérmino inducido o espontáneo (información obtenida del historial clínico).
 - a) El parto pretérmino se define como el nacimiento de un feto después de las 20 semanas y antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación y sintomatología caracterizada por contracciones compatibles con trabajo de parto, dilatación cervical y borramiento. ⁽¹⁾
3. Pacientes que presentaron uno o más factores de riesgo para el parto prematuro tales como: nivel socio-económico bajo, raza no blanca, edad: 14 ó > 40 años, nivel nutricional deficiente, antecedentes de partos prematuros previos, hábitos: alcohol, tabaco, drogas y cualquier actividad que suponga estrés psicológico.

Los criterios de exclusión de las pacientes fueron:

1. Pacientes con \geq de 37 semanas de gestación.
2. Pacientes con \leq 20 semanas de gestación.
3. Pacientes que presentaron óbito fetal.
4. Paciente cuyo(s) hijo(s) nacieron con algún tipo de malformación congénita.
5. Pacientes que presentaron embarazo gemelar.

Las variables que fueron utilizadas se asocian a los factores sociodemográficos más importantes que aumentan el riesgo de parto pretérmino los cuales son: edad, raza, IMC, Hb, antecedentes de parto pretérmino, escolaridad, número de controles prenatales e ingreso económico.

Como método de recolección de datos se utilizó un formulario especialmente diseñado para este fin. La fuente de información primaria fue conseguida del libro de registros que se encuentra en el área de neonatos de la emergencia de la Maternidad Enrique C. Sotomayor, de donde se obtuvieron las historias clínicas de las pacientes, las semanas de gestación y el tipo de parto; todo esto con el objetivo de seleccionar únicamente a aquellas mujeres que tuvieron un parto prematuro y cumplan con los criterios de selección antes mencionados, posterior a lo cual acudimos al área de postparto de dicha casa de salud, donde se revisó el libro de registros de esta área para averiguar las salas y el número de cama a las que fueron enviadas las pacientes escogidas. Seguidamente, acudimos a las salas correspondientes donde se revisó el historial clínico, del mismo que se obtuvieron datos que están incluidos en nuestro estudio y realizamos una encuesta, la que contiene datos socio-demográficos y preguntas que fueron validadas durante el proceso de recolección de datos. Este cuestionario evalúa el conocimiento, percepción, creencias y actitud de aquellas mujeres acerca del parto pretérmino. Finalmente se les proporcionó a las pacientes un folleto que contenía información básica del tema con el objeto de evaluar el nivel de comprensión y evidenciar si éste podría en lo posterior brindar un servicio a la comunidad.

Se consultaron fuentes de información bibliográfica a través de libros, revistas e internet. Para el análisis de los datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2007 v11.56. Las pruebas estadísticas se realizaron de acuerdo a la naturaleza de las variables, las cuales serán representadas gráficamente mediante el empleo de pasteles, gráficos de barras y tablas. Mediante estadística básica se obtuvieron valores que determinan porcentajes, frecuencias, oportunidad de riesgo y significancia estadística de cada una de las variables, para luego relacionarlas entre ellas.

RESULTADOS

Del universo de 300 pacientes analizadas en nuestro estudio se observó que el grupo de edad en el que se presenta mayor cantidad de casos de prematuridad corresponde a 20–30 años, en el caso de la raza observamos que la raza mestiza superó en un 87% (n=260) a la negra 13% (n=40), no hubieron mujeres de raza blanca. En lo que respecta al ingreso económico se observó que el 79% (n=237) tenían un ingreso mensual < 200 dólares. La escolaridad mostró que el 81% (n=243) presentaban una escolaridad de 0-12 años. Del número total de controles prenatales que se realizaron en su último embarazo el 49% (n=148) se realizaron menos de 5 controles. El 57% (n=172) de las pacientes tenían una hemoglobina \leq de 12. El IMC que se observó correspondía a un mayor número de pacientes fue menor de 18.5 en un 38% (n=113). Estas variables se describen detalladamente en la Tabla N°1.

Relación escolaridad y controles prenatales: Se realizó una tabla de regresión para indicar si el nivel o grado de escolaridad se encontraba relacionado al número de controles prenatales que las mujeres se realizaron, para lo cual se obtuvo como resultado un gráfico con tendencia ascendente y curva de regresión lineal lo que muestra que mientras más años de estudio tenían las pacientes más controles prenatales se realizaron $R^2=0.75$, esto se observa en el Gráfico N°1.

Niveles de hemoglobina y antecedentes de parto prematuro: La hemoglobina se clasifica según la literatura en <12mg/dl considerado como rango anormal y entre 12-15 mg/dl considerado como rango normal. Del universo de 300 pacientes de nuestro estudio encontramos que el 42.7% (n=128) no eran anémicas de las cuales (n=23) presentaban historia previa de prematuridad y el 57% (n=172) se encontraban anémicas de las que (n=48) presentaban antecedentes de parto prematuro. Estas variables las relacionamos entre sí obteniéndose $p=0.04$ y $OR=1.77$ lo que fue representado en Gráfico N°2.

Relación de gestas con antecedentes de parto pretérmino: En nuestro universo el número de gestas que tenían las pacientes iban en un rango de 1 – 8 hijos lo cual se relacionó con aquellas pacientes con antecedentes y aquellas que no los tenían, en este caso se obtuvo como resultado que las mujeres que más hijos tenían presentaban mayor cantidad de partos prematuros lo cual se observa en la Tabla N°2.

Índice de masa corporal con antecedentes de parto prematuro: El IMC es clasificado según la OMS en infrapeso, normopeso, sobrepeso y obeso con sus respectivos rangos. Se realizó un conteo de las pacientes pertenecientes a cada grupo, encontrándose un mayor número de pacientes en el grupo de aquellas que tenían infrapeso 38% (n=113) luego se relacionó esta variable con las pacientes que tuvieron historia previa de prematuridad y las que no la tenían lo que dió como resultado una $p=0.04$ lo cual se observa en el Gráfico N° 3.

ENCUESTA Y FOLLETO:

Realizamos una encuesta que evaluó el conocimiento, percepción, creencias y actitud de aquellas mujeres acerca del parto pretérmino pudiendo observarse que el 90% (n=270) no conocían las causas, el 97% (n=291) consideró que los controles prenatales eran importantes y el 69% (n=207) conocían la definición del parto prematuro; ésto guardó relación en cuanto a sus respuestas en lo que respecta a la percepción, creencias y actitud que las pacientes presentaron durante su embarazo teniendo así como resultado que el 42% (n=126) pensó que su embarazo era de riesgo y el 52% (n=157) refirió haberse sentido preocupada o en situación de estrés y el 90% (n=271) respondió que era importante acudir al médico en caso de que se presenten complicaciones. El folleto informativo entregado obtuvo un 73% (n=219) de entendimiento y el 99% (n=297) de nuestras pacientes respondió que éste podría en lo posterior ser utilizado como una herramienta de educación preventiva. Anexo N°1.

TABLAS Y FIGURAS

TABLA No. 1.- Descripción de cada una de las variables.			
RAZA	n	%	
M	260	87%	
N	40	13%	
EDAD	n	%	
14 – 19	64	21%	
20 – 30	160	54%	
31 – 45	76	25%	
INGRESO	n	%	
< 200	237	79%	
200 – 500	60	20%	
>500	3	1%	
ESCOLARIDAD	n	%	
0 – 12	243	81%	
> 12	57	19%	
C. PRENATALES	n	%	
NINGUNO	13	5%	
MENOR DE 5	148	49%	
DE 5 A 9	136	45%	
≥ 10	3	1%	
HÁBITOS	N	%	
TABACO	57	51%	
ALCOHOL	53	47%	
DROGAS	2	2%	
Hb	N	%	
<12	172	57%	
12 – 15	128	43%	
IMC		n	%
INFRAPESO	<18,5	113	38%
NORMAL	18,5 - 24,99	80	27%
SOBREPESO	≥ 25 - 29,99	102	34%
OBESO	≥ 30	5	1%

Gráfico No. 1

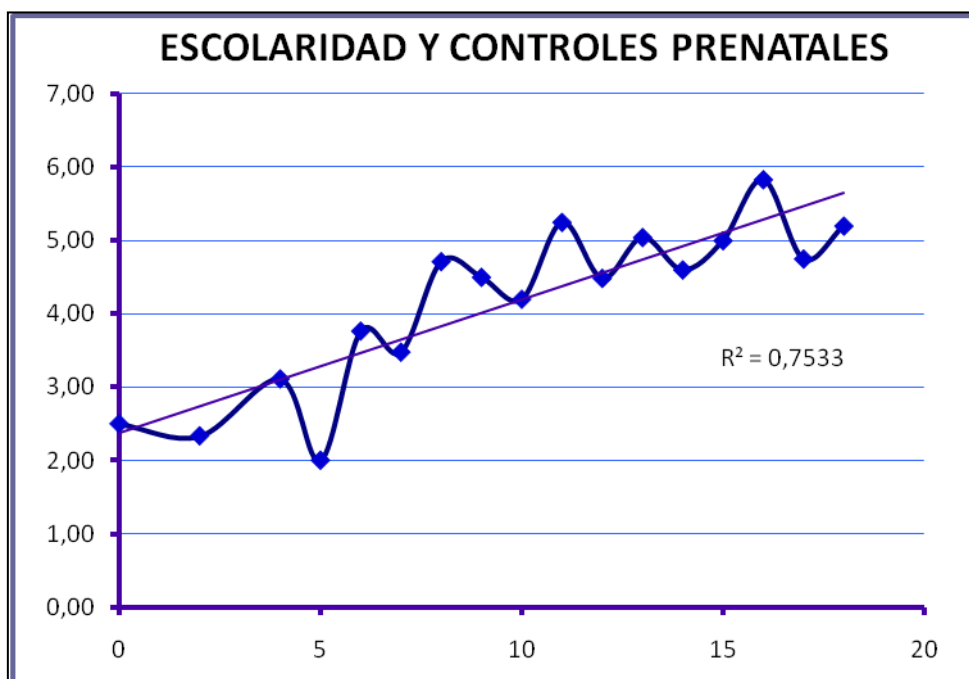


Gráfico No. 2

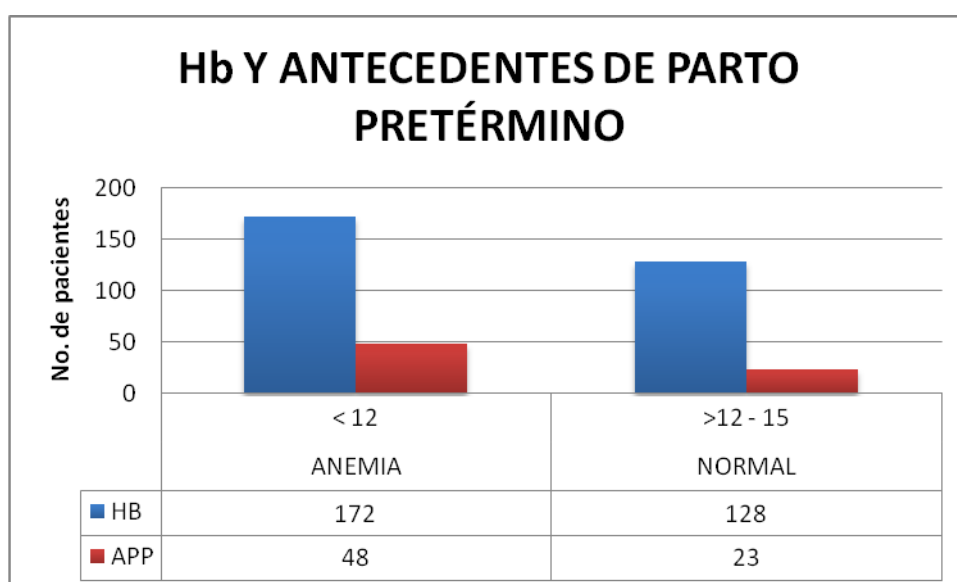
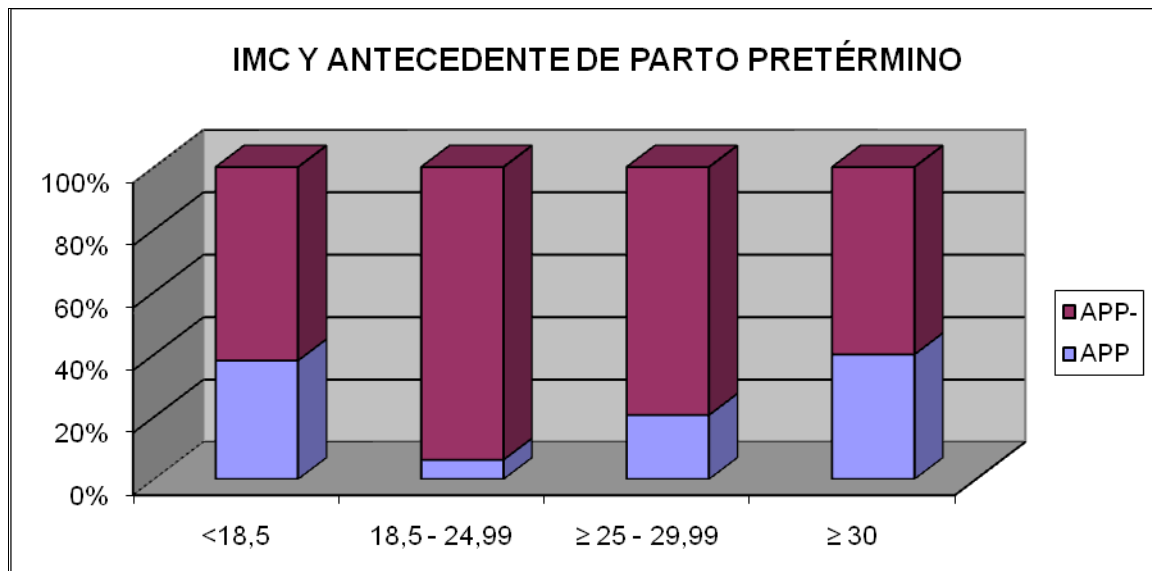


Tabla No. 2

TABLA No. 2.- Relación Gestas con Antecedentes de Parto Pretérmino.			
<i>Gestas</i>	<i>APP-</i>	<i>APP +</i>	<i>Total</i>
1	69		69
2	59	10	69
3	65	15	80
4	25	19	44
5	6	21	27
6	3	5	8
7	1	1	2
8	1		1
Total general	229	71	300

Gráfico No. 3



DISCUSIÓN

En este estudio se enfocan los factores sociodemográficos mas importantes que encontramos en nuestras pacientes, si bien es cierto la edad constituye uno de los factores predisponentes para el parto prematuro, estudios indican que la edad promedio para experimentar un parto pretérmino se encuentra entre 15 y 40 años, en nuestro universo de 300 pacientes analizadas el resultado fue que el mayor número de pacientes se encontró dentro de los 20-30 años de edad en un 53%, pero al analizar que grupo tuvo mayor cantidad de antecedentes de parto prematuro obtuvimos como resultado que el grupo de mujeres de 31-45 años correspondía al 47% mientras que las de 20-30 años al 20% lo que ratifica lo expuesto por estudios científicos que indican que la edad extrema guarda relación con historia previa de prematuridad.⁽¹⁷⁾

Existen estudios que buscaron evaluar las consecuencias de el nivel socioeconómico, la educación y la raza en el embarazo, como resultado obtuvieron que la raza negra junto con nivel socioeconómico bajo y pobre educación trae como consecuencia un aumento en el número de partos prematuros y a pesar de que en la raza negra exista un nivel de escolaridad óptimo su nivel socioeconómico es bajo lo que predispone a la prematuridad pero en este caso se debe a las implicaciones raciales que existen en Estados Unidos. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ En nuestro estudio la raza mestiza representó la mayor proporción seguida de la raza negra lo que coincide con lo mencionado en los artículos médicos.

Nuestros resultados obtenidos en cuanto a escolaridad e ingreso económico indicaron que de nuestras pacientes el 79% eran de un nivel socioeconómico bajo <200 dolares mensuales y un nivel de educación menor de 12 años en un 66%.⁽¹⁹⁾⁽²⁴⁾ Los hábitos como el tabaco, el alcohol o las drogas también mostraron un porcentaje del 51% en el caso de las fumadoras, 47% en el caso del alcohol y 2% en el caso de las drogas.⁽²⁰⁻²¹⁾

Otro factor importante son los antecedentes de parto prematuro, un estudio realizado en el departartamento de Caldas entre el 2003 al 2006 indicó que la historia de parto prematuro aumenta el riesgo de un segundo parto dentro de la misma semana en un 49% y dentro de la segunda semana en un 70% más aun si estos están ligados con un nivel socioeconómico bajo y escolaridad deficiente.⁽¹⁹⁾⁽²²⁾ Con respecto a la paridad y la aparición de partos prematuros se encontró que la población de nuestro estudio que tenía mayor cantidad de hijos presentaba mas antecedentes de prematuridad.

Además encontramos que el 59% de nuestras pacientes tenía anemia, ciertos estudios relacionan esto con una pobre alimentación, disminución de ingesta de folatos y macronutrientes en el embarazo. ⁽²³⁻²⁵⁾ De nuestras pacientes el 79% presentan un ingreso económico bajo lo que a su vez repercute en su alimentación y se refleja en nuestras pacientes con un índice de masa corporal < de 18.5 en un 38%. Dos estudios realizados en Iraq en el Department of Community Medicine y Mosul College of Medicine y otro realizado en varios hospitales de Toronto y Canadá también avalan nuestro resultado. Ambos evalúan los factores de riesgo del parto pretermino y como resultado obtuvieron que una dieta pobre ligado a un ingreso económico bajo afecta a la aparición de partos prematuros y que la mayoría de estas pacientes se encontraba en estado anémico y con un IMC inferior al rango normal. ⁽²⁴⁻²⁵⁾

En lo que respecta a los controles prenatales obtuvimos como resultado que el 49% de las pacientes se realizaron menos de 5 controles prenatales lo que mostró que las pacientes no presentan suficiente preocupación por realizarse controles mensuales, ésto junto al alto costo de los servicios de salud y su nivel de pobreza también constituyen factores determinantes de parto pretérmino.⁽²⁶⁾

En la encuesta que realizamos el 42% de nuestras pacientes indicó pensar que su embarazo era de riesgo y el 52% haberse sentido preocupada o en situación de estrés y de éstas pacientes el 69%

tenían conocimiento de lo que es un parto prematuro; varias publicaciones reflejan e indican que estados de ansiedad, nerviosismo o depresión son mediadores significativos del parto prematuro.⁽¹⁰⁾⁽²⁷⁾

Concluyendo así que los factores de riesgo encontrados en este estudio demostraron tener relación con los mencionados en las publicaciones científicas lo que indica la significancia que presentaron las variables descritas. Además se evidenció que existe una estrecha relación entre la actitud de las pacientes y el conocimiento que tenían acerca del parto prematuro. Finalmente se constató que el folleto informativo empleado fue de fácil entendimiento para la población en estudio.

ANEXO No. 1.-

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabero L . Parto prematuro. 1ª ed. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2004. p. 1-10
2. Meza J. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006. Rev Per Obst Enf 2007; 3: 115-225.
3. Muglia L, Katz M. The Enigma of Spontaneous Preterm Birth N Engl J Med 2010; 362:529-35
4. Simhan H, Caritis S. Prevention of Preterm Delivery. N Engl J Med 2007; 357:477-487.
5. Lockwood J. Predicting premature delivery — No easy task. N Engl J Med 2002; 346: 282-284.
6. R. Ingelfinger J. Prematurity and the Legacy of Intrauterine Stress 2007; 356:2093-2095
7. Swadpanich U, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Programas de detección y tratamiento de infecciones del aparato genital inferior para la prevención del parto prematuro. Cochrane Plus 2008; 2:1-14.
8. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. BMJ 2004; 329:675-678.
9. Vohr B, Allen M. Extreme Prematurity — The Continuing Dilemma. N Engl J Med 2005; 352:71-72.
10. Suri R, Altshuler L, Hellemann G, Burt V, Aquino A, Mintz J. Effects of Antenatal Depression and Antidepressant Treatment on Gestational Age at Birth and Risk of Preterm Birth. Am J Psychiatry 2007; 164:1206-1213.
11. Simhan H, Bodnar L. Prepregnancy Body Mass Index, Vaginal Inflammation, and the Racial Disparity in preterm birth. Am. J. Epidemiol 2006; 163:459-466.
12. Smith G, Shah I, White I, Pell J, Crossley J, Dobbie R. Maternal and biochemical predictors of spontaneous preterm birth among nulliparous women: a systematic análisis in relation to the degree of prematurity. Int J Epidemiol 2006; 35:1169-1177.
13. Khashan A, McNamee R, Abel K, Mortensen P, Kenny L, Pedersen M, Webb R, Baker P. Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. Hum Reprod 2008; 24:429-437.

14. Grande C, Gonzáles M, Naddeo S, Basualdo N, Salgado M. Relación entre estrés psicosocial y parto prematuro. REDALYC: La hemeroteca Científica en Línea. <http://redalyc.uaemex.mx/>. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2008; 27:51-69
15. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1020-37
16. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF et al. The preterm prediction study: Effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 181: 1216-21.
17. Villanueva L, Contreras A, Pichardo M, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(9):542-8.
18. Muglia L, Katz M. El enigma del parto prematuro. *N Engl J Med* 2010; 362:529-35.
19. Savitz D, Kuuffman J, Dole N, Siega A, Torp J, Kaczor D. Poverty, Education, Race, and Pregnancy Outcome. *Ethn Dis* 2004; 14:322-329.
20. Ortiz F, Soto Y, Valenzuela I, Gonzáles A, Quevedo E, Osuna I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(8):468-75.
21. Goldenberg R, Culhane J, Iams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *J Lancet* 2008; 371:75-84.
22. Arango M, Aroca A, Caicedo C, Castaño R, Castaño J, Cifuentes V, Escobar N, Giraldo J, López. Factores de Riesgo para el Parto Pretérmino en el departamento de Caldas entre 2003 – 2006. *ARCH MED (Manizales)* 2008; 8(1):22-31.
23. Dabbagh S, Al Taei W. Risk Factors for pre-term birth in Iraq: a case-control study. *BMC pregnancy childbirth* 2006; 6(13):1-7.
24. Ortiz F, Sánchez A, Douriet F, Barraza J, Muñoz J, Osuna I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con el nacimiento pretérmino. *Gynecol Obstet Mex* 2010; 78(2):103-109.

25. Ferguson S, Smith G, Salenieks M, Windrim R, Walker M. Preterm Premature Rupture of Membranes Nutritional and Socioeconomic Factors. *Obstet Gynecol* 2002; 100(6):1250-1255.
26. Villamonte W, Lam N, Ojeda E. Factores de riesgo Parto Pretérmino Instituto Materno Perinatal. *Ginecol Obstet* 2001; 47:112-116.
27. Moutquin J. Socio-economic and psychosocial factors in the Management and prevention of preterm labour 2003; 110(20):56-60.