

RESULTADOS PERINATALES EN PREMATUROS EXTREMOS. MATERNIDAD SARDÁ 2009

Eduardo Valenti^a, Andrea Gowdak^b, Natalia Durante^c, Paula Chiappetta^c y Sofía Vallebella^c

Resumen

Objetivo. Evaluar los resultados perinatales de los nacimientos prematuros extremos.

Pacientes y métodos. Es un estudio observacional descriptivo de todos los nacimientos prematuros extremos (comprendidos entre las 24 y las 28,6 semanas de edad gestacional) ocurridos del 1-1-09 al 31-12-09. Criterios de inclusión: todos los RN vivos con edades gestacionales de 24,0 a 28,6 semanas, de embarazos únicos.

Resultados. Fueron analizados un total de 36 nacimientos pretérminos extremos (10% del total de partos pretérmino). El promedio de edad materna fue de 23,7 años y el porcentaje de madres solteras de 78%. La terminación del embarazo fue por cesárea en el 61,1%. La causa más frecuente de finalización del embarazo fue la terminación por indicaciones médicas (50%); de éstas un 44% correspondió a embarazos con RPM y el 56% a indicaciones con bolsa íntegra. El trabajo de parto pretérmino se presentó en el 36% y la RPM en el 14% de los casos. El 30,6% de los niños egresaron vivos y el 52,8% fallecieron en nuestro hospital, teniendo que ser derivados el 16,6%. El promedio de internación de los RN vivos fue de 116 días (mediana= 97) y los de los fallecidos 31 (mediana= 3). La inducción a la maduración pulmonar con corticoides fue alta pero no óptima (75%).

Conclusión. El parto pretérmino por indicaciones medicas es la causa más frecuente de los nacimientos de pretérminos extremos y a pesar de la inducción de la maduración pulmonar, la mortalidad intramuros es del 52,8% con prolongadas internaciones de los RN vivos.

Summary

Objective. To evaluate perinatal outcomes of extreme preterm births.

Patients and methods. Descriptive study of all extreme preterm births delivered from 01/01/2009 to 31/12/2009. Extremely preterm means the deliveries that took place between 24 and 28.6 weeks of gestational age. Inclusion criteria: all living neonates with gestational ages 24.0 to 28.6 weeks from singleton pregnancies. Exclusion criteria: multiple pregnancies. The sampling was sequential.

Results. There were a total of 36 extreme preterm births (10% of total preterm births). The mean maternal age was 23.7 years and the percentage of single mothers was 78%. Termination of pregnancy was by cesarean section in 61.1%. The most common cause of ending in extreme preterm birth was indicated delivery due to medical indications in 50%. Preterm labor occurred in 36% and premature rupture of membranes (PROM) was observed in 14%. 30.6% of children were discharged alive and 52.8% died intra hospital. The days of hospitalization of those who lived averaged 116 (median= 97) and in the group of dead neonates the mean of hospitalization days was 31 and the median 3. Induction of lung maturation with corticosteroids had a high but not optimal performance (75%).

Conclusion. Indicated delivery due to medical indications is the most common cause of ending in the extreme preterm births. Despite the enzymatic induction of lung maturation the intra hospital mortality was 52.8% with prolonged hospitalization in neonatal unit of neonatal survivors.

Introducción

Según la OMS todos los años nacen alrededor de 13 millones de prematuros; esto comprende el 10 a 15% de todos los nacimientos que se producen en el mundo y entre el 6 al 10% de los que se efectúan en los países desarrollados.³ El parto prematuro se define como aquel que se produce antes de las 37 semanas completas y constituye la primera causa de morbi-mortalidad neonatal a nivel mundial.¹ La

a. Jefe de División Urgencias.

b. Médica del Servicio de Obstetricia.

c. Médica Residente de Tocoginecología.
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

prematurez es la responsable del 75 al 90% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas posnatales.²

El 75% de los partos prematuros se desencadenan en forma espontánea y el resto por indicaciones maternas (HTA, DBT, acretismo, colestasis, cuadros hemorrágicos) o fetales (RCIU, alteraciones de la vitalidad fetal).^{4,10}

La incidencia de parto pretérmino no ha disminuido en las últimas cuatro décadas a pesar de la realización de controles prenatales dirigidos a grupos de riesgo, al uso de fármacos tocolíticos y una serie de intervenciones preventivas y terapéuticas.

La prematurez no solo constituye una problemática para el neonato que requiere cuidados intensivos para su supervivencia, sino también para los padres.⁵ Por otro lado, el nacimiento prematuro constituye un gasto importante para la salud pública no solo por la necesidad de cuidados intensivos sino también porque estos neonatos, generalmente, necesitarán de educación especial por lo menos en el primer año de vida.⁶

Los resultados adversos dependerán de la edad gestacional al momento del nacimiento. Los partos pretérmino menores de 34 semanas tienen resultados adversos de una gravedad tal que representan el 83% de la mortalidad perinatal global. Los partos menores de 28 semanas representan un 10% de los partos prematuros y un 57% de la mortalidad mientras que los partos antes de las 26 semanas representan el 7% de los partos prematuros y el 47% de la mortalidad perinatal.^{7,8}

Según la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) hasta la década del 90 los Centros Perinatales coincidían en que el límite de viabilidad se establecía entre la 25 y las 26 semanas. Posteriormente se fueron corriendo (en forma no declarada) hacia las 24 semanas, luego a las 23 y actualmente, en algunos países, a las 22 semanas. Muchos especialistas han expresado fuertes críticas basadas en aspectos éticos, sociales y en el deseo de los padres.⁹

Esto nos invita a seguir discutiendo acerca de la viabilidad fetal para preservar la salud materno-fetal dejando de lado desafíos científicos por encima de los aspectos éticos y las realidades de cada familia.

Objetivo

Evaluar los resultados perinatales de los nacimientos de prematuros extremos.

Población y métodos

Es un estudio observacional descriptivo de todos los nacimientos pretérmino realizados del 1-1-

09 al 31-12-09 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Fueron considerados los nacimientos **pretérminos extremos** que comprenden las edades gestacionales entre 24,0 y 28,6 semanas.

Las variables registradas de la madre fueron: edad, estado civil, antecedentes generales de importancia, antecedentes obstétricos, fecha y hora de internación, motivo de internación, edad gestacional por FUM, edad gestacional por ecografía, patología clínica agregada importante (ej.: HTA, diabetes, anemia, colestasis), patología hemorrágica agregada importante (ej.: placenta previas [PP], acretismo, amenaza de aborto), tiempo de RPM a la internación, vía de parto con indicación de cesárea si correspondiera, día y hora del nacimiento y realización de episiotomía.

Las variables del RN fueron: peso, sexo, Apgar al primer y quinto minuto, edad gestacional por examen físico.

Se definió como edad gestacional confiable a la resultante en semanas a contar del primer día de la última menstruación si ésta fuera cierta y conocida. En caso contrario se tomaba como válida la correspondiente a la ecografía si ésta fue realizada en la primera mitad del embarazo. En ausencia de ambos datos se consideraba la edad gestacional calculada por examen físico del RN en el momento del nacimiento.

Criterios de inclusión: todos los RN vivos con edades gestacionales entre 24,0 y 28,6 semanas, de embarazos únicos.

Criterios de exclusión: embarazos múltiples.

El muestreo fue secuencial y los datos de las historias clínicas fueron volcados en una planilla Excel®. Para el análisis descriptivo se usó la media (\pm DS) en el caso de distribución normal y los porcentajes para datos categóricos. En distribuciones asimétricas se usó la mediana.

Resultados

Fueron analizados un total de 36 nacimientos pretérmino extremos (PE) que cumplieron con los criterios de inclusión y representan el 10% del total de partos pretérmino del período (n= 360).

La *Tabla 1* muestra el promedio de edad materna (23,7 años) e importante porcentaje de madres solteras (78%).

Tabla 1: Características maternas

	n	%
N	36	
Edad (media \pm DS)	23,7 \pm 7,1	
Soltera	28	78
Casada	8	22

La terminación del embarazo fue por cesárea en el 61% (Tabla 2).

El peso y el sexo de los recién nacidos se muestra en la Tabla 3 como así también el porcentaje de depresión al nacimiento de los neonatos.

En la Tabla 4 podemos observar las intervenciones realizadas a las pacientes durante la internación en lo que respecta a inducción enzimática a la maduración pulmonar, a la prevención de la sepsis neonatal por estreptococo grupo B y a la necesidad de utilización de uteroinhibidores. También se muestra el número de internaciones previas que las pacientes tuvieron en este embarazo.

La causa más frecuente de terminación del embarazo en los pretérminos extremos fue por indicaciones médicas en un 50% de los casos que corresponden en un 44% a embarazos con RPM y otro 56% a indicaciones con bolsa íntegra (Tabla 5). El trabajo de parto pretérmino (TPP) se presentó en el 36% y la rotura prematura de membranas (RPM) se observó en el 14% de los mismos.

En la Tabla 6 se observa que el 30,6% de los niños se fueron de alta vivos (mortalidad del 52,8%). Los días de internación de los que vivieron promediaron 116 y los de los fallecidos 31 con una mediana de 97 días entre los vivos y 3 días en el grupo de los fallecidos.

La Tabla 7 muestra el egreso de los RN según la edad gestacional.

Tabla 2: Vía de finalización del embarazo

	N	%
Vaginal	14	38,9
Cesárea	22	61,1
Total	36	100

Tabla 3: Características de los recién nacidos

	PE
Peso g (media ± DS)	870,6 ± 193
Apgar 1 < 4	11 (30%)
Apgar 5 < 4	4 (11%)
Sexo masculino	17 (47%)
Sexo femenino	19 (53%)

Tabla 4: Intervenciones realizadas en internación e internaciones previas

	N (%)
Maduración pulmonar	27 (75)
Profilaxis EGB	12 (33)
Uteroinhibición	11 (31)
Internaciones previas	3 (8)

Discusión

El 10% de los nacimientos pretérminos fueron extremos, lo que significa que 1 de cada 10 nacimientos pretérmino corresponden a grupos con alta morbilidad y mortalidad.

El 22% de las pacientes estaban en pareja (incluye casadas) lo que muestra cierta indefensión social y legal aunque algunas de las solteras tengan parejas estables.

La cesárea fue la vía de parto más frecuente en los nacimientos pretérminos extremos debido a las dificultades que plantean estos embarazos para las inducciones al parto. En los pretérminos extremos la frecuencia de cesáreas fue del 61%, que es alta⁶⁻⁸ con relación a la de la población general del hospital, que es del 27%.

Los resultados neonatales muestran una importante depresión grave al primer y quinto minuto de vida por la mayor labilidad de estos recién naci-

Tabla 5: Patologías relacionadas con la terminación del embarazo

	N	%
Espontáneo	13	36
RPM	5	14
Indicados con RPM	8	22
DPNI	3	
Podálica	3	
Corioamnionitis	1	
Diabetes	1	
Indicados sin RPM	10	28
RCIU	4	
Anencefalia	3	
DPNI	2	
Colestasis	1	
Total	36	100

Tabla 6: Estado al alta y días de internación

	N	%	Días de internación (media)	Días de internación (mediana)
Vivo	11	30,6	116	97
Fallecido	19	52,8	31	3
Derivado	6	16,6		
Total	36	100		

Tabla 7: Egreso según edad gestacional

	Vivo	Fallecido	Derivado
24	0	1	0
25	3	5	0
26	4	5	1
27	3	4	4
28	1	4	2
Total	11	19	6

dos.^{9,10} En lo que respecta al género predominaron las mujeres (53%).

El cumplimiento de las intervenciones fue menor de lo esperado pudiendo ser debido al desarrollo rápido el trabajo de parto en algunos casos. La maduración pulmonar tuvo un cumplimiento alto pero no óptimo (75%).

La profilaxis para EGB fue baja (33%) y puede estar debida a deficiencia en los registros. La necesidad de uteroinhibición está relacionada a la patología propia de cada caso, utilizándose en el 31%.

Las patologías más relevante relacionada con la terminación del embarazo fueron las indicaciones médicas (50%) ya sean con bolsa íntegra o con bolsa rota, el TPP tuvo una frecuencia del 36% y finalmente la RPM con el 14% de los casos.

El desprendimiento de placenta fue la patología más frecuente entre los nacimientos indicados (5 casos) y el segundo en frecuencia fue la RCIU (4 casos).

La mortalidad fue del 52,8%, que es esperable en este grupo de RN pretérmino extremos. Hubo tres casos de anencefalia (uno de 25 semanas y 2 de 26 semanas) por lo que la mortalidad corregida fue del 44,4% (16/36).

Conclusiones

El parto pretérmino indicado es la causa más frecuente en los nacimientos pretérminos extremos. Hay una alta frecuencia de cesáreas y a pesar de la inducción enzimática a la maduración

pulmonar la mortalidad fue del 52% con prolongadas internaciones en neonatología de los que sobrevivieron. •

Bibliografía

1. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev* 1993;15(2):414-43.
2. Hack M, Fanaroff A. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990's. *Early Hum Develop* 1999;53(3):193-218.
3. Lumley J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2003;110:3-7.
4. Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, Moawad AH, Iams JD, Meis PJ, et al. The preterm prediction study: a clinical risk assessment system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996;174(6):1885-93; discussion 1893-5.
5. McCain GC, Deatrick JA. The experience of high-risk pregnancy. *J Obst Gynecol Neon Nur* 1993;23:421-7.
6. Economic consequences of preterm birth and low birth weight. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110(20): 17-23.
7. Lumley J. Epidemiology of preterm birth. *Bailliere's Clin Obstet Gynaecol* 1993;7:477-98.
8. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the national institute of child health and human development neonatal research network, January 1995 through December 1996. *NICHD Neonatal Research Network. Pediatrics* 2001;107:E1.
9. Overtreatment of neonate. A personal retrospective. *Personal retrospective. Pediatrics*.1992;90(6).971-6.
10. Valenti EA, Enríquez D, Larguía M. "Parto pretérmino provocado". *Rev HMIRS* 2000;19:72-77.

Fe de erratas

En la página 170 del Vol. 28, No 4, 2010, en lugar de: "EXLCUYENDO RECIEN NACIDOS < 750 GRAMOS DE PESO AL NACER Y MALFORMADOS: 4,09‰ (30/7332)", *debe decir*: "EXCLUYENDO RECIÉN NACIDOS < 750 GRAMOS DE PESO AL NACER Y MALFORMADOS: 1,9‰ (14/7334)".
