

PREMATUROS TARDÍOS HIJOS DE MADRES RESIDENTES EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES NACIDOS DURANTE EL QUINQUENIO 2009-2013. NATALIDAD SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO (PRIMERA PARTE)

Dra. Mara Vaihinger ^a, Dr. Raúl Cimbaro Canella ^a, Dr. José E. Carrizo Olalla ^b

RESUMEN

Introducción. Los prematuros tardíos de 34 a 36 semanas de edad gestacional representan la mayoría de los nacimientos prematuros. Son fisiológicamente y metabólicamente inmaduros y su morbimortalidad está aumentada. El incremento de la tasa de prematuridad en los últimos años es atribuido al incremento de los prematuros tardíos. Se plantean hipótesis relacionadas con el aumento de las cesáreas, los tratamientos de fertilidad y el avance de las prácticas obstétricas. También existen determinantes socioeconómicos. Las familias tienden a conformar conglomerados relativamente homogéneos en sus condiciones de vida. En la Ciudad de Buenos Aires por diferentes procesos históricos se crearon inequidades y desigualdades en la segregación residencial con la determinación de dos conglomerados bien polarizados: la zona norte y la sur.

Objetivo. Describir los nacidos vivos prematuros tardíos según el lugar de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los años 2009-2013.

Población y métodos. Estudio descriptivo con fuente de datos secundarios que incluyó 12.369 casos.

Resultados. Mayor proporción de madres mayores de 34 años, de embarazos gemelares y mayor prevalencia de nacimientos de prematuros tardíos (6,36%) en las comunas del conglomerado norte o estrato socioeconómico alto; menor proporción de madres mayores de 34 años, de embarazos gemelares y menor prevalencia de prematuros tardíos (4,85%) en las comunas del conglomerado sur o estrato socioeconómico bajo. Los nacimientos fueron más frecuentes entre lunes y viernes.

Conclusiones. Las características de los prematuros tardíos difirieron según el sitio de residencia de la madre en la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: prematuro tardío; determinantes sociales de la salud; inequidad y condiciones de vida.

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS), Servicio de Neonatología.

b. Ministerio de Salud de la Nación, Departamento de Epidemiología.

ABSTRACT

Introduction. Late preterms of 34 to 36 weeks of gestation represent the majority of preterm births. Late preterm infants are physiologically and metabolically immature and are affected by higher morbidity and mortality. The increase in the rate of prematurity in recent years is attributed to the increase of late premature infants. Hypotheses of this trend are related to the increase of cesarean deliveries, fertility treatments and the progress of obstetric practices with major medical interventions during pregnancy. There are also determinants related to living conditions. Families tend to form relatively homogeneous conglomerates with respect to their living conditions. Due to different historical processes, inequalities and inequities were created in the residential segregation in the City of Buenos Aires, with the determination of two well polarized conglomerates: the North zone and the South zone.

Objective. The purpose of this study is to describe the epidemiological profile of late preterm infants and of their mothers residing in specific areas of the Autonomous City of Buenos Aires during the years 2009-2013.

Methods. It is a descriptive study with a secondary data source that includes 12,369 cases.

Results. The results show higher proportion of mothers over 34 years old, higher rates of twin pregnancies and prevalence of late preterm births (6.36%) in the North zone or the upper socioeconomic stratum; while there were lower proportion of mothers over 34 years old, less twin pregnancies and a lower prevalence of late preterm infants (4.85%), in the South zone or low socioeconomic stratum. Births were more frequent between Monday and Friday.

Conclusion. The characteristics of late preterm infants differed according to the mother's place of residence in the City of Buenos Aires.

Key words: late preterm; social determinants of health; inequity and living conditions.

INTRODUCCIÓN

Cada año en el mundo 15 millones de recién nacidos (RN) nacen antes de las 37 semanas de gestación y la tasa de prematuridad está en aumento. Las razones posibles incluyen el aumento de la edad materna y de problemas de salud subyacentes como hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DBT); mayor uso de tratamientos de fertilidad y subsiguiente aumento de gestaciones múltiples; y cambios en las prácticas obstétricas como más cesáreas antes del término. Más de 1 millón de niños mueren cada año como resultado de su prematuridad. La prematuridad es la primera causa de muerte dentro de las cuatro semanas de vida y la segunda después de la neumonía en los menores de cinco años. Además, los niños que sobreviven tienen mayor probabilidad de padecer discapacidades y/o enfermedades crónicas no transmisibles como DBT o HTA. (1)

Hay tres subcategorías de recién nacido prematuro (RNPT) basadas en la edad gestacional (EG): extremadamente prematuro (<28 semanas); muy prematuro (28,0 a ≤31,6 semanas); RNPT moderado (32,0 a 33,6 semanas) y RNPT tardío (34,0 a 36,6 semanas). Esta última subcategoría representa más del 80% de los partos prematuros (1). En el año 2005 se establece la recomendación de denominar *late preterm* o prematuro tardío a los nacidos entre las 34 semanas 0 días y 36 semanas 6 días para enfatizar que estos RN son prematuros y desalentar el uso de la denominación de RN de casi término. (2,3)

Fue sólo a partir del siglo XIX que los temas sobre el trabajo y las condiciones de la vivienda, y su influencia sobre la salud y la vida misma, comenzaron a ser importantes y a discutirse extensivamente (4). En el año 1974 el informe Lalonde hace referencia al concepto de campo de la salud y sus determinantes: biología humana,

ambiente, estilo de vida y organización de la asistencia para la salud (5).

Los precursores obstétricos que explican el parto prematuro son: 1) el parto prematuro por indicación materna o fetal mediante inducción o cesárea (30-35%), 2) el parto prematuro espontáneo con membranas íntegras (40-45%) y 3) la ruptura prematura de membranas (RPM) (25-30%). La mayoría de las gestaciones múltiples (10% de todos los nacimientos prematuros) finalizan prematuramente (50% por razones médicas). Los nacimientos que siguen al parto espontáneo o la RPM son en conjunto denominados nacimientos prematuros espontáneos. (6) El parto prematuro espontáneo es un síndrome clínico iniciado por múltiples mecanismos como inflamación o infección, isquemia o hemorragia uteroplacentaria, sobredistensión uterina, estrés y mecanismos mediados inmunológicamente. En la mayoría de los casos no puede ser establecido un mecanismo preciso (6).

Respecto a las características socioeconómicas y demográficas de la población de la CABA, hay un informe técnico de Mazzeo y colaboradores publicado en el 2012. (7) Este trabajo tiene por objetivo investigar la segregación socioeconómica en la ciudad. Es confirmada la existencia de dos zonas netamente polarizadas correspondientes al norte y sur de la ciudad.

La hipótesis es que el perfil epidemiológico de los RNPT tardíos es diferente según la zona de residencia materna. El objetivo fue describir el perfil epidemiológico de los RNPT tardíos (34,0 a 36,6 semanas de gestación) entre los años 2009 y 2013 de madres residentes en CABA según el lugar de residencia.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio individuado observacional transversal complementado con un estudio de agregados. El universo fueron los RNPT tardíos entre 34,0 y 36,6 semanas de EG hijos de madres residentes en CABA nacidos en el período 2009-2013. La unidad de análisis fue cada uno RNPT tardíos. Se utilizó el estrato socioeconómico (ESE) como unidad de análisis en el estudio de agregados. Las fuentes de datos secundarios fueron para la zonificación datos utilizados en trabajos previos de Mazzeo (7), para las condiciones materno-neonatales las Estadísticas Vitales elaboradas por la Dirección General de estadísticas y censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (DGEyC MH-GCBA) de los años 2009 a 2013. Se seleccionaron las variables que describieran la unidad espacial comuna y ESE, las condiciones maternas-neonatales y los establecimientos de salud. La variable tiempo de embarazo fue definida como la EG en semanas completas del RN establecida por quien asistió el nacimiento y como figura en el informe estadístico. Los ESE se clasificaron en 1, 2 y 3 correspondientes al ESE alto, intermedio y bajo respectivamente.

La "Guía para investigaciones en salud humana" (Resolución N° 1480, 2011) (8) establece que las investigaciones realizadas con información de tipo pública y donde no se pueda identificar a los individuos, no requieren de la consideración de un comité de ética en investigación ni es necesario obtener el consentimiento para realizar la investigación (8 p.16).

Se describió media, desvío estándar (DE) y mediana de EG y de peso al nacer, proporción de mujeres y varones. Media y DE de edad materna y proporción de nivel de instrucción secundario completo o superior alcanzado y de cobertura médica. Frecuencia absoluta y relativa e intervalos de confianza del 95% (IC95%) de nacimientos de RNPT tardíos por día de la semana. Frecuencia absoluta y relativa e IC95% de RNPT tardíos por efector de salud por ESE. Para variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Para variables cualitativas se usaron proporciones. Para la asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado considerando un error alfa de 0,05 (valor de p). El software empleado fue Epi Info 7.2

RESULTADOS

Durante el quinquenio 2009-2013 los RN vivos hijos de madres residentes en CABA fueron 217.532. En 4.163 (1,91%) registros, el dato de EG fue desconocido. El resto de los 213.369 casos presentaron una media de 38,07 semanas y una mediana de 39 semanas. El pico de EG se ubicó en la semana 40 de gestación, con 28,14% de todos los nacimientos, seguida por la semana 39 con 27,23% y la semana 38 con 20,36%. Los nacidos de 37 semanas fueron el 7,20% mientras que los RNPT tardíos representaron el 5,63% de todos los nacimientos. La variable FUM, presentó valores perdidos en 103.943 (47,78%) registros, por lo que en los RN sin dato de EG no se pudo reconstruir esta información. Estos casos sin EG presentaron las siguientes características: el 24,26% pertenecían a la comuna 8, el 43,36% nacieron en un mismo efector público situado en la comuna 7, el peso de nacimiento como aproximativo de la EG tenía una media de 3308,85 g con un DE de 605,249 g similar a la media de peso de la totalidad de los RN vivos. El 50,56% fueron varones y el 49,44% mujeres. Estos casos fueron excluidos del análisis quedando 213.369 casos.

Se observó la mayor frecuencia de nacimientos en la semana 40 de gestación en las comunas de menores ingresos, mientras la mayor frecuencia de nacimientos se encontró desplazada hacia la semana 39 en las comunas de ingresos más altos. El porcentaje de embarazos múltiples también fue mayor en las comunas de la zona norte. En todas las comunas se observó una mayor tendencia a la distribución de los nacimientos en la semana respecto al fin de semana (15-17 vs 8-11%).

En el quinquenio 2009-2013, nacieron 12.232 RNPT tardíos que representaron el 5,73% del total de nacidos vivos con datos de EG. La media de EG fue de 35,39 con un DE de 0,77 semanas y una mediana de 36 semanas. La media de peso al nacer fue de 2.529,52g con un DE de 500,49g. El 51,19% fue de sexo masculino y el 48,80% de sexo femenino. Hubo 2.234 embarazos múltiples (18,26%). Los nacimientos ocurrieron 3.277 (26,79%) en efectores públicos y 8.927 (72,98%) en privados con una prevalencia de 4,5% y 6,4% de RNPT tardíos respectivamente. La mayoría de los nacimientos ocurrieron los días de semana (Tabla 1). El efector con mayor número de nacimientos que concentró 1.537 (12,57 %) de todos los RNPT tardíos fue un efector privado. La prevalencia de RNPT tardíos (RNPT tardío/RN vivos por 100) por comuna y por grupo de edad materna aumentó con el incremento de la edad materna en la totalidad de las comunas. La prevalencia de RNPT tardíos fue mayor en las comunas de la zona norte y centro de la ciudad respecto a la prevalencia en las comunas de la zona sur para los tres grupos de edad materna (Tabla 2). La prevalencia de RNPT tardíos por ESE fue mayor en el ESE alto respecto al bajo (Figura 1). Hubo una mayor proporción de partos múltiples en las comunas de la zona norte y centro respecto a las comunas de la zona sur en los grupos de edad materna de 20 a 34 y de mayores de 34 años (Tabla 3). No se observaron diferencias en la EG y peso al nacer ni en la distribución por sexo entre comunas para los tres diferentes grupos de edad materna. Los efectores que agruparon el 60% de los nacimientos fueron diferentes según el ESE de las madres residentes en CABA en el período 2009-2013. En las comunas 2, 13 y 14, caracterizadas por una población de madres con una mayor proporción de nivel secundario completo o más y obra social o prepaga, el 60% de los RNPT tardíos nacieron en cinco efectores privados de la zona norte de CABA. Los RNPT tardíos, hijos de madres residentes en el conglomerado central y pertenecientes a un ESE heterogéneo, nacieron el 60% en diez efectores de salud distintos: siete privados ubicados en el conglomerado norte y central y tres públicos (ubicados en cada una de las tres zonas de CABA). En las comunas 4, 8, 9 y 10, caracterizadas por madres más jóvenes con mayor proporción de cobertura de salud exclusivamente pública, el 60% de los RNPT tardíos nació en once efectores distintos: seis privados de la zona centro y norte y en cinco públicos de la zonas sur y centro. El establecimiento con más frecuencia de RNPT tardíos en el ESE 3 fue un establecimiento público, mientras que

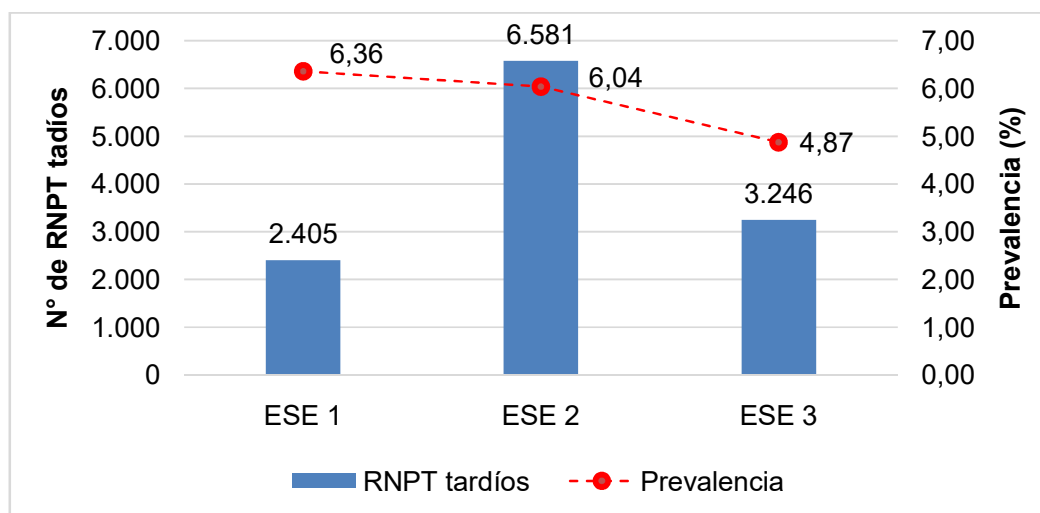
en el ESE 1 y 2 fue uno privado.

Tabla 1- Frecuencia absoluta y relativa de nacimientos de prematuros tardíos por días de la semana en madres residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.

Día de la Semana	Frecuencia	Porcentaje	IC95%	
Domingo	1100	8,99%	8,49%	9,52%
Lunes	1784	14,58%	13,97%	15,23%
Martes	1981	16,20%	15,55%	16,86%
Miércoles	2062	16,86%	16,20%	17,54%
Jueves	1958	16,01%	15,36%	16,67%
Viernes	2010	16,43%	15,78%	17,10%
Sábado	1337	10,93%	10,39%	11,50%
Total	12232	100,00%		

IC95%=intervalo de confianza 95%

Figura 1 - Prevalencia de prematuros tardíos por estrato socioeconómico en madres residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013. □ ESE=estrato socioeconómico; RN=recién nacido; RNPT=recién nacido pretérmino □ ESE 1: comunas 2,13,14; ESE 2: comunas 1,3,5,6,7,11,12,15; ESE 3: comunas 4,8,9,10.

Tabla 2 - Prevalencia de prematuros tardíos (RNPT tardíos/RN vivos por 100) por comuna y por grupo de edad materna en madres residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009-2013.

Prevalencia (%) de RNPT tardío						
Grupo de edad materna						
ESE	Comuna	< 20 años	20-34 años	> 34 años	Total	p
1	2	6,87	5,7	8,02	6,48	0
	13	4,94	5,34	7,81	6,23	0
	14	7,34	5,74	7,64	6,42	0
2	1	5,66	5,09	7,55	5,68	0
	3	6,15	6,01	7,03	6,25	0,117
	5	8,00	6,00	7,80	6,60	0,001
	6	4,68	5,89	7,65	6,44	0,001
	7	4,94	4,73	6,23	5,07	0,001
	11	5,59	6,15	8,36	6,78	0
	12	5,19	5,51	7,25	6,04	0
	15	5,64	5,82	7,12	6,19	0,023
3	4	4,45	4,47	6,79	4,88	0
	8	4,55	4,27	5,67	4,51	0,003
	9	4,33	4,39	6,63	4,82	0
	10	3,20	5,17	7,50	5,63	0
		p=0,026	p< 0,001	p=0,002		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE= Estrato socioeconómico □ RNPT= recién nacido pretérmino Test estadístico Chi2. Valor de significancia de $p < 0,05$

Tabla 3 - Proporción de partos múltiples en prematuros tardíos por comuna y por grupo de edad materna en madres residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009- 2013.

Proporción de partos múltiples (%)							
Grupo de edad materna							
ESE	Comuna	≤ 19 años	20-34 años	> 34 años	Total	p	
1	2	0	20	26,2	22,2	0,061	
	13	0	21	29,5	24,6	0,002	
	14	0	18,3	31,8	23,5	0	
2	1	6,7	16	23,4	17,2	0,001	
	3	0	15,6	22,1	16,2	0	
	5	4,8	16,3	19,8	16,8	0,05	
	6	0	16,3	24,8	19,3	0,004	
	7	3,9	14,8	22	15,7	0	
	11	8	22,4	20,2	21,1	0,204	
	12	19	17	26,8	20,8	0,005	
3	15	2,8	19,9	25,3	20,9	0,005	
	4	4,1	12,9	16,8	12,8	0,002	
	8	8,6	13,4	14,4	12,9	0,245	
	9	8,5	13,4	12,9	12,9	0,638	
	10	0	17,1	26	19,4	0,003	
		p= 0,1	p < 0,001	p < 0,001			

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, 2009-2013.

ESE=estrato socioeconómico □ Test estadístico Chi2. Valor de significancia de p<0,05

DISCUSIÓN

El perfil epidemiológico de los RNPT tardíos fue diferente según el sitio de residencia de la madre en CABA durante el quinquenio 2009-2013. Se encontró una polarización entre las zonas norte y sur de CABA: comunas del conglomerado norte o ESE alto con mayor proporción de madres mayores de 34 años, de embarazos gemelares, mayor prevalencia de nacimientos de RNPT tardíos y comunas del conglomerado sur o ESE bajo con menor proporción de madres mayores de 34 años, de embarazos gemelares y menor prevalencia de nacimientos RNPT tardíos. La prevalencia de RNPT tardíos aumentó con el incremento de la edad materna en todas las comunas. La proporción de embarazos gemelares fue significativamente mayor en estas últimas con respecto a las de la zona sur. En las comunas del conglomerado norte y centro se observó un aumento de los embarazos gemelares en el grupo de madres mayores de 34 años. La prevalencia de nacimientos de RNPT tardíos fue mayor en los establecimientos privados que en los públicos. La frecuencia de nacimientos de RNPT tardíos fue mayor durante la semana respecto de los fines de semana como se observó en la totalidad de los recién nacidos vivos.

Este trabajo es el primer estudio descriptivo realizado en el país con un número de casos de RNPT tardíos que representaron la totalidad de RNPT tardíos hijos de madres residentes en CABA en un quinquenio. El período 2009-2013 estuvo caracterizado por estabilidad política y económica y por una mayor redistribución de recursos que en décadas precedentes. Sin embargo, la segregación socioeconómica del espacio en la Ciudad de Buenos Aires incrementada en la década de los 90, conduce a una ciudad polarizada norte-sur. Los efectores de salud y las conductas y prácticas médicas pudieron ser relevantes para explicar algunos de los resultados encontrados.

La variable trabajo de parto espontáneo o inducido, parto vaginal o cesárea, no estuvo presente dentro de la fuente de datos secundarios. La edad materna más avanzada se asocia a determinadas patologías, por ejemplo hipertensión gestacional, que pueden alterar la salud materno-fetal y que es causa de finalización anticipada del embarazo. Por otra parte, con la edad materna avanzada, aumentan los tratamientos de fertilidad asistida los cuales a su vez son una de las causas de los embarazos gemelares, como así también aumentan las posibilidades de los embarazos gemelares espontáneos. La proporción de RNPT tardíos resultado de un embarazo gemelar fue mayor en comunas del ESE alto. La prevalencia de RNPT tardíos fue mayor en el grupo de madres mayores de 34 años en todas las comunas; en las comunas del conglomerado sur la proporción de embarazo gemelar fue menos elevada que en aquellas del conglomerado norte. Probablemente hayan predominado otras causas tanto electivas como espontáneas de parto prematuro en las madres del conglomerado sur mayores de 34 años. La prevalencia de RNPT tardíos fue mayor en los establecimientos privados que en los públicos. Los efectores en los que se concentraron el 60% de los nacimientos tuvieron una distribución diferente de acuerdo al ESE. Esto demostró que también existió una segregación de los establecimientos de salud según el ESE. Los establecimientos donde ocurrieron los nacimientos, tanto los públicos como los privados, tienen distintas categorización y prácticas médicas. La frecuencia de distribución de los partos según el día de la semana representó una aproximación a dos situaciones. Una de ellas correspondió a causas electivas y espontáneas del parto prematuro y la segunda a la existencia de otras causas vinculadas a ciertas prácticas médicas que no pudieron haber sido englobadas dentro de las causas de nacimientos espontáneos ni electivos. Es posible relacionar la frecuencia de distribución de nacimientos semana-fin de semana a determinadas conductas y prácticas obstétricas a partir de que para el universo de RN vivos se reproduce esta distribución de los nacimientos.

Respecto de los precursores o causas del parto prematuro no pudieron ser determinadas las causas directas de los nacimientos de los RNPT tardíos en este trabajo por no contar con estas variables. Sin embargo, fue posible reconstruir indirectamente dicha información a través de los siguientes resultados: una mayor prevalencia de RNPT tardíos con el incremento de la edad materna, un aumento de las gestaciones múltiples en el grupo de madres entre 20 y 34 años y particularmente en aquellas mayores de 34 años residentes en comunas de ingresos altos. Además se observó la mayor frecuencia de nacimientos entre lunes y viernes respecto al sábado y domingo. Goldenberg *et al* (6) en su revisión sobre epidemiología del parto prematuro en países desarrollados clasifica las causas del parto prematuro en 3 categorías: espontáneo con membranas íntegras, RPM e inducción del trabajo de parto o cesárea por indicación de la salud materna o fetal. El incremento de la tasa de RNPT es atribuido a las finalizaciones electivas por indicaciones como la preeclampsia, eclampsia y la RCIU, como así también por las gestaciones múltiples producto de los tratamientos de fertilización asistida. Las tasas de embarazo gemelar reportadas por el autor coinciden con las mostradas en los resultados de este trabajo, representando los embarazos gemelares alrededor del 2%-3% de todos los nacimientos y el 15-20% de los nacimientos prematuros (6). Barros *et al* (9) en un estudio realizado en diferentes países (Brasil, China, India, Italia, Kenia, Oman, el Reino Unido y Estados Unidos) describen doce grupos de nacimientos prematuros según las condiciones maternas, fetales o placentarias. Las tres primeras causas en orden de frecuencia son las desconocidas (30%), la preeclampsia (11,8%) y el embarazo múltiple (10,4%). Laughon *et al* (10) en el trabajo sobre los precursores de los nacimientos de RNPT tardíos en gestaciones simples caracterizan los precursores y la incidencia de morbimortalidad neonatal por EG y precursor. Es un estudio retrospectivo en el que se comparan 15.236 RNPT tardíos con 170.593 nacimientos entre las semana 37,0 y 41,6 de 12 centros diferentes nacidos entre el 2002 y 2008. Los autores definen las siguientes categorías de precursores: espontáneos, RPM, electivo y desconocido. Los RNPT tardíos representan el 7,8% de todos los recién nacidos y el 65,7% de los prematuros. La frecuencia de los precursores es la siguiente: espontáneo 29,8%, RPM pretérmino 32,3%, electivo 31,8% y desconocido 6,1%. En este trabajo se hace mención a los precursores blandos que incluyen a los desconocidos y a aquellos electivos del parto prematuro que podrían haber sido manejados hasta la finalización en la semana 37 o en la semana 40 de acuerdo a la evidencia disponible y la opinión de expertos. Las mujeres que tienen un parto prematuro espontáneo y RPM pretérmino tienen una frecuencia mayor de edad menor a 18 años, índice de masa corporal <25kg/m² y ausencia de pareja que las mujeres con precursores electivos o desconocidos o que tuvieron un embarazo de término. La tasa de cesárea es mayor en las mujeres con razones electivas (56,1%) o desconocidas (53,4%) que en aquellas con trabajo de parto espontáneo (22,0%) o RPM pretérmino (23,2%) o que tuvieron un embarazo de término (27,0%). La hipertensión gestacional es la condición más frecuente para que sea indicado el nacimiento del RNPT tardío comprendiendo el 47,7% de todos los nacimientos electivos y el 15,2% de los nacimientos prematuros tardíos. Los precursores blandos intervienen en el 6,9% o 1 en 15 de todos los nacimientos prematuros tardíos. Las complicaciones neonatales son menores en los recién nacidos con precursores blandos que nacen entre la semana 37 y 40 con respecto a aquellos nacidos entre la 34 y 36. En la región, Silveira *et al* (11), en un centro urbano en Pelotas, Sur de Brasil, estudian una cohorte de RN durante el año 2004 para establecer determinantes del parto prematuro. La EG es determinada por FUM, ecografía o examen físico y se incluyen solo las gestaciones simples. De las 4.244 participantes 4.142 cuentan con el dato de la EG. La prevalencia de nacimiento antes de la semana 37 es del 13,7% (IC95% 12,7-14,7). El 70% es blanca, casi el 60% tiene menos de 9 años de educación formal, el 19% es adolescente y el 16,4% no tiene pareja. El 40% es primípara. El 80% se atiende en servicios públicos de salud y la tasa de cesáreas es del 49,6%. En el análisis multivariado están asociados al resultado parto

prematureo color negro de piel, bajo nivel de educación y bajos ingresos económicos; la edad materna menor a 18 años, ser primípara, hijo anterior prematuro, HTA y la ausencia de control prenatal. El tipo de parto vaginal o cesárea no está asociado al parto prematuro. Luego del análisis multivariado se estratifica la muestra por ingresos económicos y la asociación con los determinantes mencionados no se modifica. Algunos de los resultados reportados por Silveira difieren con los presentados en este trabajo. Una posible explicación para esta diferencia está relacionada con la población de madres. Silveira incluye exclusivamente las gestaciones simples. La frecuencia relativa de madres menores de 20 años en CABA para la totalidad de los recién nacidos fue de 6,87%, mientras que en la cohorte de Pelotas es 19,1%. Así mismo, la proporción de madres mayores de 34 años en CABA fue de 25,20% y en la cohorte de Pelotas es 13,3%. La variable nivel de instrucción como aproximativo de los ingresos económicos también difirió. El 60% de la cohorte de Pelotas tenía menos de 9 años de educación formal, mientras que el 67,33% de las madres del total de recién nacidos residentes en CABA tenían secundario completo o más de instrucción. La misma autora en esta cohorte estudia el subgrupo de 447 (10,8%) RNPT tardíos para encontrar factores asociados y consecuencias en esta población. Dentro de los factores asociados se destaca la edad materna menor a 20 años, la ausencia de control prenatal, HTA y el trabajo de parto prematuro (12).

Los establecimientos de salud y las prácticas médicas ocupan un espacio relevante en la problemática de la prematurez tardía. Como se mencionó previamente, dentro de las causas de parto prematuro, hay precursores espontáneos, electivos, desconocidos y los denominados precursores blandos. La frecuencia de nacimientos de la totalidad de RN de madres residentes en CABA durante el quinquenio tuvo una distribución diferencial semana- fin de semana. Esta distribución hace visible que ciertas prácticas médicas están instaladas más allá de una población particular como es la de los RNPT tardíos. En la población de RNPT tardíos la distribución diferencial de los nacimientos se hace más evidente ¿En qué proporción es expresión de un modelo de atención centrado en la juiciosa evaluación de riesgos beneficios para la salud materno fetal y en qué proporción es la instalación de determinadas prácticas centradas en precursores no correctamente evaluados de parto prematuro? Esta pregunta no puede ser respondida a partir de los datos secundarios disponibles. Con respecto a las prácticas médicas implementadas en el nacimiento de RNPT tardíos, Aliaga *et al* (13) se proponen identificar una variación regional en los RNPT tardíos en Carolina del Norte que no podría ser explicada por determinantes sociodemográficos o factores de riesgo médicos-obstétricos. Los autores recolectan del sistema estadístico la información acerca de todos los RN de término y los RNPT tardíos nacidos entre 1999 y 2006 utilizando el análisis de regresión logística múltiple para control de factores socioeconómicos y médicos-obstétricos. El resultado principal es el porcentaje de RNPT tardío para cada una de las seis regiones perinatales en Carolina del Norte. Se identificaron 884.304 recién nacidos; 66.218 (7,5%) RNPT tardíos. Luego del análisis, la región 2 (7,0%) y 6 (6,6%) presentan el porcentaje ajustado más alto para RNPT tardío. Hubo un 35% de los RNPT tardíos que nacieron por fuera de los cinco principales hospitales de estas dos regiones. Los autores especulan con que una variación de la conducta en el manejo de los partos prematuros podría explicar esta diferencia regional. Si en cada uno de los tres ESE en que está dividida CABA, el 60% de los nacimientos de los RNPT tardíos ocurren en cinco, diez y once efectores en el ESE alto, intermedio y bajo respectivamente y el 40% de los restantes nacimientos de cada ESE en otros efectores, es probable que exista cierta heterogeneidad en los criterios de atención que esté involucrada en las causas y consecuencias de la prematurez más allá de factores biológicos o directamente socioeconómicos.

Una de las limitaciones de este trabajo, por tratarse de un estudio descriptivo con fuente de datos secundarios, fue la pérdida o ausencia de algunos datos. La EG, variable principal del estudio, fue establecida a partir de la edad asignada por quien

estuvo a cargo de la atención del RN. El dato FUM tuvo una pérdida significativa, cercana al 50%, por lo cual no pudo ser reconstruida la EG a partir de la FUM. Un dato importante, como inicio espontáneo o inducido de trabajo de parto, finalización por parto o cesárea no está registrado en las bases de natalidad.

CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de los RNPT tardíos difirió según el sitio de residencia de la madre en CABA en el quinquenio estudiado. En concordancia con la polarización descripta de la ciudad norte-sur, se observaron dos perfiles definidos de prematuros tardíos. En comunas del ESE de ingresos altos, coincidente con el conglomerado norte, fueron más altas las proporciones de madres mayores de 34 años y de embarazos gemelares. La tasa de prematurez tardía fue más elevada que en el resto de la ciudad. En la comunas del ESE de ingresos bajos hubo menor proporción de embarazos en madres mayores de 34 años como así también de partos múltiples. La tasa de prematurez tardía fue más baja. Con el incremento de la edad materna se observó una mayor frecuencia de prematuros tardíos. Además, los nacimientos mostraron una preferencial concentración entre lunes y viernes. Para establecer cuales fueron los precursores del parto prematuro son necesarios otros estudios. Sin embargo, se puede afirmar que los determinantes socioeconómicos, las condiciones de vida y el modo de producción de la salud son factores que afectan significativamente el nacimiento en esta población

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howson CP, Kinney M, Lawn JE (editores). March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Ginebra: World Health Organization; 2012.
2. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) gestations and for late-preterm infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institutes of Health and Human Development. *Pediatrics*. 2006;118:1207-14.
3. Engle WA, Tomaszek KM, Wallman C, Committee on Fetus and Newborn. "Late-Preterm" Infants: A Population at Risk. *Pediatrics*. 2007;120(6):1390-1401.
4. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007;33(1).
5. Lalonde M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS;1996.
6. Goldenberg R, Culhane JF, Iams J, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*. 2007; 371:73–82.
7. Mazzeo V, Lago ME, Rivero M, Zino N. ¿Existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas de la población y el lugar donde fija su residencia? Una propuesta de zonificación de la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*. 2012; 9(15):55-70.
8. Resolución N° 1480. Apruébese la Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Anexo I- Guía para investigaciones en salud humana. Buenos Aires: Boletín Oficial de la República Argentina N°32.239; 2011 sep 21. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/57584/20110921>
9. Barros FC, Papageorghiou AT, Victora CG, Noble JA, Pang R, Iams J "et al". The distribution of clinical phenotypes of preterm birth syndrome implications for prevention. *JAMA Pediatr*. 2015;169(3):220-9.
10. Laughon SK, Reddy UM, Sun L, Zhang J. Precursors for late preterm birth in singleton gestations. *Obstet Gynecol*. 2010; 116:1047–1055.
11. Silveira MF, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Matijasevich A, Barros FC. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004 birth cohort. *Cad Saude Publica*. 2010;26(1):185-94.
12. Santos IS, Matijasevich A, Silveira MF, Sclowitz IK, Barros AJ, Victora CG, et al. Associated factors and consequences of late preterm births: results from the 2004 Pelotas birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2008;22:350-9.
13. Aliaga SR, Smith PB, Price WA, Ivester TS, Boggess K, Tolleson-Rinehart S et al. Regional variation in late preterm births in North Carolina. *Matern Child Health J*. 2013;17(1):33-41.