



ORIGINALES

Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos

Fatores obstétricos associados ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardíos

Obstetric factors associated with birth of moderate and late premature babies

Leonardo Bigolin Jantsch¹
Raphael Teixeira Canto²
Amanda Martins de Melo³
Isadora Rinaldo Scaburi²
Eduardo Nascimento Correa de Andrade⁴
Eliane Tatsch Neves⁵

¹ Universidad Federal de Santa Maria, Profesor Adjunto del Departamento de Ciencias de la Salud. Palmeira das Missões/RS, Brasil. leo_jantsch@hotmail.com

² Médico. Egresado de la Universidad Federal de Santa Maria, Curso de Medicina. Santa Maria, RS Brasil.

³ Médica. Residente en Clínica Médica de la Universidad Federal de Santa Maria. Hospital Universitario de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Estudiante de Medicina de la Universidad Federal de Santa Maria, Curso de Medicina. Santa Maria, RS Brasil.

⁵ Universidad Federal de Santa Maria, Profesora Asociada del Departamento de Enfermería. Santa Maria, RS Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.417281>

Recibido: 4/03/2020

Aceptado: 19/07/2020

RESUMEN:

Objetivo: Analizar las variables obstétricas asociadas con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos en una ciudad de la región sur de Brasil.

Método: Estudio transversal que analizó las variables obstétricas de 151 recién nacidos prematuros moderados y tardíos desde mayo de 2016 hasta mayo de 2017 que residen en Santa Maria/RS. Los datos fueron recolectados, por medio de un instrumento específico, diariamente, y posteriormente analizados de manera descriptiva y por comparación de frecuencia y correlación.

Resultados: La gemelaridad (14,6%) fue la característica más frecuente entre los tardíos, en comparación con el grupo de moderados ($p = 0,019$). Los otros factores no mostraron diferencias significativas. El mayor número de partos prematuros anteriores tiene una correlación significativa con la menor edad gestacional al nacer ($IC = -0.522$, $p = 0.008$).

Conclusión: Para los dos grupos de recién nacidos prematuros estudiados, los motivos no mostraron ninguna diferencia significativa, lo que sugiere homogeneidad con respecto a los motivos obstétricos para el parto prematuro.

Palabras clave: Trabajo de parto prematuro; Recién Nacido Prematuro; Factores de riesgo; Edad gestacional; Enfermería Neonatal

RESUMO:

Objetivo: Analisar variáveis obstétricas associadas ao nascimento de bebês prematuros moderados e tardios em um município da região sul do Brasil.

Método: Estudo transversal que analisou as variáveis obstétricas de 151 neonatos prematuros moderados e tardios no período de maio de 2016 a maio de 2017 residentes em Santa Maria/RS. Os dados foram coletados, por meio de instrumento próprio, diariamente, e posteriormente analisados de forma descritiva e por comparação de frequência e correlação.

Resultados: A gemelaridade (14,6%) foi a característica mais frequente entre os tardios, quando comparados ao grupo de moderados ($p=0,019$). Os demais fatores não apresentaram diferença significativa. O maior número de partos prematuros anteriores possui correlação significativa com a menor idade gestacional ao nascer (IC= -0,522, $p=0,008$).

Conclusão: Para os dois grupos de prematuros estudados, os motivos não apresentaram diferença significativa, o que sugere homogeneidade quanto aos motivos obstétricos de nascimento precoce.

Palavras chave: Trabalho de parto Prematuro; Recém-Nascido Prematuro; Fatores de Risco; Idade Gestacional; Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT:

Objective: To analyze obstetric variables associated with the birth of moderate and late premature babies in a city in the southern region of Brazil.

Method: Cross-sectional study that analyzed the obstetric variables of 151 moderate and late preterm infants from May 2016 to May 2017 resident in Santa Maria/RS. Data were collected by means of their own instrument daily, and subsequently analyzed descriptively and by comparison of frequency and correlation.

Results: Twinning (14.6%) was the most frequent feature among late twins when compared to the moderate group ($p = 0.019$). The other factors showed no significant difference. The higher number of previous premature births has a significant correlation with the lower gestational age at birth (CI = -0.522, $p = 0.008$).

Conclusion: For the two groups of premature infants studied, the reasons did not present significant difference, which suggests homogeneity regarding the obstetric reasons for early birth.

Key words: Obstetric Labor, Premature; Infant, Premature; Risk Factors; Gestational Age; Neonatal Nursing.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en el mundo ocurre anualmente el nacimiento de 15 millones de bebés prematuros⁽¹⁾, y Brasil ocupa el noveno lugar en número absoluto de nacimientos prematuros, lo que es un problema de salud pública⁽²⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como neonatos prematuros a los nacidos antes de 37 semanas completas de gestación. Según la edad gestacional, estos recién nacidos aún pueden subcategorizarse entre los prematuros extremos (hasta 28 semanas incompletas), muy prematuros (28 semanas completas a 32 semanas incompletas) y los prematuros moderados a tardíos (32 semanas incompletas a las 37 semanas incompletas)⁽¹⁾.

A pesar del desarrollo técnico-científico de las últimas décadas, especialmente en lo que respecta al uso de protocolos para la inhibición del trabajo de parto prematuro y el uso de tocolíticos, la prematuridad sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad del período neonatal. Un estudio reciente reafirma que las complicaciones relacionadas con el parto prematuro llevan a la clasificación mundial de las muertes entre los niños de hasta 5 años de edad, con un total de 1.055 millones de muertes en 2015⁽³⁾.

La edad gestacional del recién nacido (RN) se considera un determinante fisiológico para la adaptación extrauterina, y esto es un hito importante para el pronóstico del recién nacido, especialmente en el período neonatal temprano. Teniendo en cuenta la madurez fetal completa en la 34^a semana de la Edad Gestacional (EG), los recién nacidos se encuentran en una situación de imposición de adaptación extrauterina que presenta riesgos para la salud y la posibilidad de muerte⁽⁴⁾.

El mantenimiento de las altas tasas de nacimientos prematuros en los últimos años propicia la discusión necesaria sobre las características de supervivencia de estos niños, además de reconocer sus demandas de salud inmediatas y tardías resultantes de un parto prematuro. Con respecto a las morbilidades clínicas/somáticas, estudio señala que existen de forma aislada, siendo que la prevalencia de morbilidades afecta con mayor riesgo a prematuros moderados y tardíos, son la hiperbilirrubinemia y las complicaciones con bajo aumento de peso. Según este estudio, hay una alta incidencia de readmisiones de bebés prematuros tardíos en el primer mes, teniendo en cuenta que estos reciben alta temprana del servicio y con rutinas de RN a término, porque son considerados “casi” a término⁽⁴⁾.

Varias enfermedades de base materna ya se han relacionado con el trabajo de parto prematuro, como la hipertensión materna, las alteraciones útero-placentarias, las enfermedades infecciosas y las enfermedades cardíacas⁽⁵⁾. Las principales complicaciones obstétricas asociadas con un mayor riesgo de estos partos implican la rotura prematura de las membranas, la enfermedad hipertensa específica del embarazo, el oligohidramnio y las infecciones del tracto urinario^(6,7).

Desde esta perspectiva, reconociendo que las complicaciones gestacionales, especialmente en el tercer trimestre, están relacionadas con el parto prematuro tardío y moderado, y la atención prenatal, con el número y la calidad de las consultas adecuadas, están directamente relacionadas con la reducción de la ocurrencia de partos prematuros. Además, se entiende que la atención prenatal tardía indica una mayor predisposición no sólo al parto prematuro, sino también al bajo peso al nacer y a las vulnerabilidades neonatales^(8,9).

Así se entiende que los bebés prematuros moderados y tardíos presentan vulnerabilidad clínica, por lo que el reconocimiento de factores obstétricos asociados con el parto prematuro debe utilizarse en el desarrollo de prácticas preventivas durante la atención prenatal. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las variables obstétricas asociadas con el nacimiento de bebés prematuros moderados - 32 semanas a 33 y 6 días - y tardíos de 34 a 36 más 6 días- en un municipio del sur de Brasil.

MÉTODO

Estudio transversal realizado en el Centro Obstétrico de un Hospital Universitario en el Sur de Brasil que es una referencia para el embarazo y alto riesgo en la región del medio oeste de Rio Grande do Sul. El sector cuenta con 15 camas de hospitalización y cuenta con su máxima capacidad diaria. Todos los RN, nacidos con edad gestacional de 32 a 36 semanas y 6 días de gestación, definidos por el *Capurro* de la evaluación en las primeras horas de vida, que nacieron en el hospital de estudio y que vivían en el municipio de Santa María/RS en el momento del alta hospitalaria, participaron en el estudio. La edad gestacional se analizó en categorización:

Moderados - 32 semanas a los 33 y 6 días - y tardíos de 34 a 36 más 6 días, según definición literal⁽¹⁰⁾.

El período de recopilación de datos fue de mayo de 2016 a mayo de 2017, con un total de un año de recopilación de datos y la inclusión de 151 participantes en el estudio. Así, los asistentes de investigación previamente capacitados para ello hicieron visitas diarias al campo de la investigación, con el fin de minimizar las pérdidas de selección.

Para recopilar los datos, se utilizó un instrumento específico, construido para este fin, que contenía las variables obstétricas recogidas en los registros médicos del parto y del bebé (Embarazos [variable numérica]; Aborto anterior [variable numérica]; Edad materna [variable numérica]; Embarazo de Riesgo [definido en los registros médicos] o no [variable categórica]; Motivo del Embarazo de riesgo (cuando proceda) [variable categórica]; Cuidado prenatal [variable categórica]; Razón de nacimiento prematuro) [variable categórica]). Estas variables se compararon por frecuencia o correlación con la edad gestacional [variable dependiente categórica o numérica].

El instrumento fue establecido sobre la base de las definiciones del Ministerio de Salud⁽¹¹⁾. Cabe destacar que, para las variables: Motivo del embarazo de riesgo y razón del parto prematuro, se recopiló información de acuerdo con el establecido en los registros médicos de la parturiente.

En cuanto a la variable Prenatal, se consideró adecuado/no adecuado, a través del número de consultas realizadas y registradas en los registros médicos del paciente. La evaluación se llevó a cabo según lo recomendado por el Ministerio de Salud [mínimo seis consultas antes del final del embarazo, consulta mensual hasta la semana 28 de la EG y quincenal hasta la semana 36], considerando la proporción de consultas que deben realizarse para el momento del parto⁽¹¹⁾.

Después de recogidos, los datos fueron organizados en el programa Epilnfo, versión 7.0, para la posibilidad de comprobar errores (doble digitación independiente) e incoherencias y constitución de la base de datos y, posteriormente, analizados estadísticamente por el programa SPSS versión 20.0. La variable dependiente, Edad gestacional, se analizó bajo categorización (Moderados - 32 semanas a los 33 y 6 días - y Tardíos de 34 a 36 más 6 días)⁽¹⁰⁾ y también como una variable numérica discreta. Las variables independientes se clasificaron mediante referencia literal⁽¹¹⁾ o en forma numérica.

Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) de las variables para el análisis estadístico, así como una asociación posterior entre determinantes obstétricos (variables independientes) y Edad gestacional (Numérica (Discreta); Clasificada (Moderada/Tardía- Dicotómica). Además, se utilizaron las pruebas de frecuencia Chi-cuadrada y la prueba exacta de Fischer. Para correlaciones, se utilizó el índice de correlación de Pearson, considerándose característica de las variables después de la prueba de normalidad. El nivel de significancia utilizado fue del 5%.

Teniendo en cuenta los aspectos éticos, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa María, bajo el dictamen 1.511.201 de 2016 y el registro de CAAE: 53898916.9.0000.5346. Las normas y directrices de investigación con los seres humanos se respetaron mediante la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

En el escenario de estudio, nacieron 1.371 niños durante el período de recopilación de datos, de los cuales 281 (20,5%) eran bebés Prematuros Moderados y Tardíos (PMTMT). Vale la pena mencionar una prevalencia de tardíos de 247 (18,0%) del número total de nacimientos. Como el hospital es una referencia para la región central del estado de Rio Grande do Sul, se aplicaron los criterios de selección [residente en el municipio de Santa María/RS] y, así, 28 (18,5%) bebés prematuros moderados y 123 (81,5%) bebés prematuros tardíos participaron en el estudio.

La Tabla 1 muestra las variables obstétricas asociadas al nacimiento de prematuros moderados y tardíos. Cabe destacar que cada razón para el parto prematuro y/o embarazo de riesgo fue analizada individualmente entre los grupos estudiados [estratos gestacionales (moderados y tardíos)], ya que podrían presentar más de una razón para el parto prematuro o embarazo de riesgo.

Tabla 1: Comparación entre los grupos de recién nacidos prematuros moderados y tardíos y factores obstétricos- Santa Maria, RS, Brasil, 2018

| | Moderado n(%) n=28 | Tardío n(%) n=123 | Total n(%) N=151 | p |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|--------------------|
| Gestación | | | | |
| Primera gestación | 11 (39,3) | 41(33,3) | 52(34,4) | |
| Segunda gestación | 7(25,0) | 33(26,8) | 40(26,5) | |
| Tercera o mayor | 10(35,7) | 49(39,8) | 59(39,1) | |
| Abortos Previos | 5(17,9) | 30(24,4) | 35(23,2) | 0,460 ¹ |
| Edad Materna | | | | |
| ≤ 20 años | 4(14,3) | 19(15,4) | 23(15,2) | |
| 21 - 28 años | 10(35,7%) | 47(38,2) | 57(37,7) | |
| 29 - 35 años | 11(39,3) | 40(32,5) | 51(33,8) | |
| ≥ 36 años | 3(10,7) | 7(13,8) | 20(13,2) | |
| Gestación de Riesgo | 19(67,9) | 69(56,1) | 88(58,3) | 0,255 ¹ |
| Razón Gestación de Riesgo * | | | | |
| Gemelos | 8(42,1) | 17(24,6) | 25(28,4) | |
| SHEG | 7(36,8) | 16(23,2) | 23(26,1) | |
| DM/DMG | 2(10,5) | 11(15,9) | 13(14,8) | |
| DPP | 2(10,5) | 6(8,7) | 8(9,1) | |
| Sangrado temprano | 0 | 7(10,1) | 7(8,0) | |
| Trastornos hematológicos previos | 0 | 7(10,1) | 7(8,0) | |
| RCIU | 0 | 2(2,9) | 2(2,3) | |

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Malformación Fetal | 0 | 2(2,9) | 2(2,3) | |
| Aborto previo | 0 | 1(1,4) | 1(1,1) | |
| Prenatal | | | | |
| Adecuado | 15(53,6) | 84(68,3) | 99(65,6) | 0,186 ¹ |
| Inadecuado/No realizado | 13(46,4) | 39(31,7) | 52(34,4) | |
| Razón de Parto Prematuro | | | | |
| Rotura Prematura de Membranas/TPP | 10(35,7) | 39(31,7) | 49(32,5) | 0,683 ¹ |
| SHEG | 7(25) | 29(23,6) | 36(23,8) | 0,873 ¹ |
| Gemelo | 0 | 18(14,6) | 18(11,9) | 0,019 ² |
| DPP | 4(14,3) | 11(8,9) | 15(9,9) | 0,292 ² |
| Trabajo de Parto Prematuro | 3(10,7) | 11(8,9) | 14(9,3) | 0,502 ² |
| Enfermedades Maternas | 3(10,7) | 10(8,1) | 13(8,6) | 0,447 ² |
| Polihidramnio/Oligohidramnio | 3(10,7) | 6(4,9) | 9(6,0) | 0,219 ² |
| Malformaciones Fetales | 3(10,7) | 3(2,4) | 6(4,0) | 0,078 ² |
| RCIU | 1(3,6) | 5(4,1) | 6(4,0) | 0,692 ² |
| Incompetencia Cervical | 2(7,1) | 4(3,3) | 6(4,0) | 0,308 ² |
| Sangrado 1º y 2º trimestres | 0 | 6(4,9) | 6(4,0) | 0,285 ² |
| Placenta Previa | 1(3,6) | 1(0,8) | 2(1,3) | 0,337 ² |
| Cambios Hormonales | 0 | 2(1,6) | 2(1,3) | 0,663 ² |
| Corticosteroides Prenatales | 23(82,1) | 58(47,2) | 81(53,6) | 0,001¹ |

¹Chi-cuadrado; ²Prueba exacta de Fisher DM/DMG: Diabetes Mellitus/Diabetes Mellitus Gestacional; DPP: Desprendimiento Prematuro de Placenta; SHEG- Síndrome Hipertensivo Específico Gestacional; RCIU-Retraso del Crecimiento Intrauterino

La mayoría de las mujeres embarazadas 99 (65,6%) ya no eran primigrávidas y 108 (71,5%) tenían entre los 21 y los 35 años de edad. De las gestaciones, 88 (58,6%) se consideraron de riesgo, prevalencia que fue mayor en prematuros moderados, 19 (67,9%), pero con una proporción no significativa para la variable ($p=0,255$).

Alrededor del 65% de las mujeres embarazadas habían tenido consultas prenatales adecuadas para el período gestacional en el que se encontraban. Las razones para el parto prematuro de los dos grupos estudiados fueron Rotura Prematura de Membranas/TPP en 49 (32,5%) seguidas de Síndrome Hipertensivo Específico Gestacional (SHEG) con 36 (23,8%). No hubo diferencia significativa entre los grupos, excepto por la gestación de gemelos que presentó una mayor proporción frecuente en prematuros tardíos ($p=0,019$).

En cuanto al análisis de la edad gestacional, como variable numérica continua, se destaca el promedio de los participantes de 34,8 semanas (DE $\pm 1,2$). Cuando se analizan las correlaciones de factores obstétricos asociados con la edad gestacional, se describe la Tabla 2.

Tabla 2: Correlación de factores obstétricos asociados con la edad gestacional al nacer - Santa Maria, RS, Brasil, 2018

| Factor | Promedio (DE) | Mínimo | Máximo | Índice de Correlación ¹ | p |
|--|---------------|--------|--------|------------------------------------|-------|
| Edad Materna | 27,7(6,7) | 14 | 44 | 0,056 | 0,497 |
| Número de Gestaciones Previas | 2,5(1,6) | 0 | 9 | 0,098 | 0,231 |
| Número de Abortos Previos | | 0 | 2 | 0,022 | 0,791 |
| Número de Nacimientos Prematuros Previos | | 0 | 3 | -0,522 | 0,008 |
| Número de Fetos | | 1 | 2 | 0,066 | 0,424 |

¹Correlación de Pearson

No existe una correlación significativa entre el número de embarazos anteriores y la edad gestacional ($p=0,231$). Cabe destacar que la única variable inversamente correlacionada con la edad gestacional fue el número de partos anteriores, destacando que, cuanto mayor el número de partos prematuros anteriores, menor es la edad gestacional al nacer ($p=0,008$). Cabe destacar que las otras correlaciones fueron positivas, pero no significativas.

DISCUSIÓN

Las principales características maternas y obstétricas de los partos prematuros moderados y tardíos giraban en torno a las madres de 21 a 35 años, ya no en el primer embarazo y que tenían un embarazo de riesgo. La correlación entre la edad materna y la edad gestacional en este estudio no fue significativa, sin embargo, según el autor, entre los factores de riesgo para el parto prematuro, la edad materna se considera un factor de riesgo notable ya que las madres mayores de 35 años tienen 1,3 veces más probabilidades de desarrollar un embarazo de riesgo y desencadenar un parto prematuro⁽¹²⁾.

Un estudio realizado en los Estados Unidos destaca que tanto las mujeres embarazadas más jóvenes como las más viejas eran más propensas al parto prematuro. Por lo tanto, las posibilidades de complicaciones aumentaron a medida que la edad materna cambiaba en ambas direcciones del grupo de referencia de 25 a 29 años⁽¹³⁾.

Además de la edad materna, la etiología del parto prematuro debe considerarse multifactorial y, en cierta medida, sigue siendo incipiente para la literatura, incluso en aquellos prematuros extremos. Hay muchos factores maternos involucrados, como enfermedades previas y/o adquiridas durante el embarazo, así como dificultades de acceso al seguimiento de los servicios de salud⁽²⁾.

Corroborando el presente estudio, se da a entender que las enfermedades de base o adquiridas durante el embarazo, que caracterizan el embarazo de riesgo, son razones

frecuentes también en nacimientos prematuros tardíos y moderados, ya que casi el 60% de los bebés nacieron de embarazos de riesgo. Cabe destacar que la frecuencia no fue significativamente diferente entre los dos grupos analizados ($p=0,255$), pero los estudios destacan que esta característica es más frecuente en nacimientos prematuros extremos en comparación con otros grupos de bebés prematuros^(9,13).

Varias enfermedades de base materna ya se han relacionado con el trabajo de parto prematuro, como la hipertensión materna, las alteraciones útero-placentarias, las enfermedades infecciosas y las enfermedades cardíacas. Las principales complicaciones obstétricas asociadas con un mayor riesgo de partos prematuros, independientemente de la edad gestacional de nacimiento, implican rotura prematura de las membranas, enfermedad hipertensa específica gestacional, oligohidramnio e infecciones del tracto urinario^(7,14).

Estos datos son consistentes con este estudio, ya que el SHEG y la Rotura Prematura de Membranas/TPP representaron más del 55% de las razones de los partos prematuros en la población de moderados y tardíos, lo que corrobora la población de nacimientos, independientemente de si eran Moderados o Tardíos. En comparación con la misma población de prematuros - moderados y tardíos - otros autores están de acuerdo con los hallazgos, y destacan la rotura prematura de membranas⁽¹⁵⁾, el SHEG⁽¹⁶⁾ y el Trabajo de Parto Prematuro (PPT)⁽¹⁷⁾ como las principales razones que llevaron al nacimiento temprano.

La rotura prematura de membranas fue la principal causa de prematuridad en este estudio y prevalente en el 32,5% de los nacimientos. Un estudio brasileño destaca que la rotura prematura de membranas es un factor frecuente en los partos prematuros, especialmente en embarazos con más de 30 semanas de EG, que valida la razón principal para el parto prematuro de este trabajo en una población de prematuros que no son extremos⁽¹⁸⁾.

Otra razón frecuente en relación con el parto prematuro fue el SHEG. Los autores señalan que una de las principales complicaciones de SHEG es el parto prematuro, que está en línea con lo que se evidenció por la población de moderados y tardíos de este estudio. Las tasas de prevalencia en los nacimientos prematuros de las madres con SHEG, según un estudio internacional, son alrededor del 15 y 67% de los embarazos, lo que es consistente con el aproximadamente 25% de los partos prematuros encontrados en este análisis, cuya etiología base fue esta⁽¹⁵⁾.

La preeclampsia, como factor aislado, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en partos prematuros, con riesgos maternos y neonatales. Las mujeres embarazadas con este diagnóstico de hasta 34 semanas de gestación tienen una gran asociación con el crecimiento intrauterino restringido, bajo peso al nacer y mayores tasas de partos prematuros, aumentando el riesgo de mortalidad perinatal. Estos factores, además de representar el riesgo para los RN, son a veces razones que se suman a las complicaciones maternas-fetales de la preeclampsia⁽¹⁷⁾.

Las razones para el parto prematuro tuvieron poca diferencia entre los dos grupos de prematuros, sin embargo, vale la pena mencionar que la gestación de gemelos fue más frecuente en el grupo tardío, siendo la causa del parto prematuro en casi el 12% de los participantes y la única razón para el parto prematuro que difirió entre los grupos estudiados, más frecuente en el grupo tardío. En Brasil, la gestación de

gemelos corresponde al 2-3% de todos los nacimientos en el estrato de la población general, pero está presente entre el 10 y el 17% de los nacimientos antes de la semana 37 ^(11,13,19).

En este estudio, ella fue más frecuente en la población tardía. Cabe destacar que esta característica en la población tardía puede justificarse, ya que la mayor parte de la identificación temprana del riesgo de parto prematuro, debido a la gestación de gemelos, despara esfuerzos tempranos de tocólisis y los embarazos tienden a durar más, sin embargo, no se encontraron justificaciones literales para esta relación.

En cuanto a la correlación del mayor número de partos prematuros anteriores y la edad gestacional más baja al nacer (IC=0,522, p=0,008), los estudios destacan y corroboran estas declaraciones^(11,18) sin embargo, las prácticas de tocólisis son aún pocas consideradas para las mujeres con este factor de riesgo. Según un estudio multicéntrico brasileño, los esfuerzos para retrasar el parto prematuro no diferenciaron las madres con partos prematuros previos de aquellos que aún no habían experimentado prematuridad⁽¹⁸⁾, lo que indica la identificación temprana necesaria de esta condición en los servicios de salud.

La mejora de los servicios prenatales y de la cualificación profesional y tecnológica favorece el mantenimiento del embarazo, incluso en aquellos en riesgo de parto temprano y complicaciones obstétricas, fetales y neonatales inminentes. Esta mejora refleja la reducción de los nacimientos prematuros extremos y, por lo tanto, el nacimiento moderado y tardío ha ido aumentando en los últimos años, en comparación con los extremos⁽²⁰⁾.

Los estudios sacan a la luz la discusión sobre la cesárea electiva y iatrogénica, como una causa importante de nacimiento, especialmente de los tardíos^(20,21). Se reconoce que, actualmente, hay un momento de confirmación de la coherencia y magnitud de estas relaciones de la prematuridad tardía/moderada a los resultados indeseables, pero nos confrontamos a la discusión y construcción de protocolos basados en evidencia para interrupciones gestacionales prematuras⁽²²⁾.

Por lo tanto, existen factores multicausales que potencian el riesgo y van desde los factores biológicos hasta los sociales involucrados. Autor, analizando las estimaciones de las tasas de prematuridad para 184 países en 2010, también afirma que el nacimiento prematuro es un síndrome con una variedad de causas clasificadas en dos grupos principales: causas espontáneas y causas médicas (inducidas o electivas), por indicaciones maternas, fetales e incluso iatrogénicas⁽²⁾.

El reflejo de los aspectos obstétricos apoya incisivamente el desarrollo fetal y su adaptación a la vida extrauterina. Muchas patologías obstétricas están relacionadas con aspectos neonatales inmediatos, como complicaciones durante el parto y las necesidades de adaptación extrauterina inmediata, evaluadas a través de Apgar y las necesidades de reanimación en la sala de partos. Todas estas condiciones de adaptación, relacionadas con el peso, la EG, la vía de parto y las complicaciones durante el parto, a su vez, reflejan la necesidad de inmediatez en la asistencia al recién nacido en los servicios de salud y las condiciones agudas inmediatas.

En esta perspectiva, la enfermería obstétrica y neonatal es responsable de su posicionamiento y protagonismo en el cuidado. Reconociendo los factores agravantes

y factores del parto prematuro, ya discutidos, prestando el cuidado y coordinando la red de atención de esta mujer embarazada, con el fin de retrasar o no ocurrir el resultado de la prematuridad, así como proporcionar atención al parto prematuro. Autores destacan el importante papel de la enfermería obstétrica en los embarazos de riesgo, con acción autónoma y eficacia en el cuidado y reducción de los partos prematuros, destacando la necesidad de formación y habilidades específicas para ello^(23,24).

CONCLUSIÓN

Los factores obstétricos relacionados con el parto de prematuros moderados y tardíos no fueron estadísticamente significativos entre los dos grupos estudiados. Sin embargo, la gestación de gemelos fue más frecuente en los tardíos, en comparación con los moderados. También se deduce que el embarazo de riesgo está relacionado con el nacimiento de esta población de bebés prematuros y que las razones más frecuentes para el parto prematuro fueron rotura prematura de membranas y TPP, seguidos de preeclampsia.

Se reconoce que el nacimiento de prematuros moderados y tardíos es una tendencia creciente hoy en día, que requiere de enfermería obstétrica la construcción de subsidios para el cuidado clínico en la atención prenatal, basados en prácticas de tocólisis, como el reconocimiento temprano de factores asociados con el nacimiento y la referencia de las mujeres embarazadas a servicios especializados de alto riesgo.

En cuanto a las prácticas neonatales, vale la pena reconocer esta demanda emergente y recurrente, uno de cada cinco nacimientos, y el cuidado específico de este grupo de RN, aún considerado “casi a término” y, por lo tanto, poco estudiado.

REFERENCIAS

- 1-World Health Organization (WHO). Preterm birth. [Internet] Geneva: WHO; 2018 [acceso em 14 abr 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- 2- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet [Internet]. 2012 [acceso em 22 out 2018]; 379(9832). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4).
- 3- Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet [Internet]. 2016 [acceso em 22 out 2018]; 388(10063). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8).
- 4- Kuzniewicz MW, Parker SJ, Schnake-Mahl A, Escobar GJ. Hospital readmissions and emergency department visits in moderate preterm, late preterm, and early term infants. Clinical Perinatology [Internet]. 2013 [acceso em 22 out 2018]; 40(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.008>.
- 5- Salge A, Vieira A, Aguiar A, Lobo S, Xavier R, Zatta, L et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].

- 2017 [acesso em 22 out 2018]; 11(3). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47198/23139>.
- 6- Almeida AC, de Jesus ACP, Lima PFT, de Araújo MFMA, de Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2018]; 33(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200013>.
- 7- Mally PV, Bailey S, Hendricks-Muñoz KD. Clinical issues in the management of late preterm infants. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2010 [acesso 22 out 2018]; 40(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.07.005>.
- 8- Guimarães EAA, Vieira CS, Nunes FDD, Januário GC, OVC, Tibúrcio JD. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 22 abr 2018]; 26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100010>.
- 9- Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 07 jan 2017]; 49(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>.
- 10- Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol.* [Internet] 2006 [acesso em 20 out 2016];30(1): 2–7. Disponível em: doi:10.1053/j.semperi.2006.01.007
- 11- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 12- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2018]; 34(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188016>.
- 13- Teixeira GA, Carvalho JBL, Rocha BG, Pereira SA, Enders BC. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 09 jan 2019]; 23(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.51409>.
- 14-Demitto MO, Gravena AAF, Dell’Agnolo C M, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2017 [acesso em 05 nov 2018]; (51). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016127103208>.
- 15-RasmussenKM, YaktineAL. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US). Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy. Washington (DC): National Academies Press; 2009.
- 16-Silva SM, Mattos LC, Macedo LF, Araújo TS. Perinatal morbidity and mortality in pregnancies that progressed with ruptured membranes at a public hospital in Northern Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2014 [acesso em 02 nov 2018]; 36(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00001>.
- 17- Guida JPS, Surita FG, Parpinelli MA, Costa ML. Preterm Preeclampsia and Timing of Delivery: A Systematic Literature Review. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2017 [acesso em 05 nov 2018]; 39(11). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604103>.
- 18-Dias TZ, Fava ML, Passini JR, Cecatti JG, Tedesco RP, Lajos GJ et al . Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a

- Multicenter Study in Brazil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2018 [acceso em 09 jan 2019]; 40(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1642025>.
- 19- Tablie PM, Teixeira RM, Toso G, Matras RC, Fuhrmann IM, Pires MC, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. Revista da AMRIGS [Internet]. 2016 [acceso em 20 out 2018]; 60(3). Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/00075624651215d2604aa>.
- 20- Lisonkova S, Sabr T, Butler B, Joshep KS. International comparisons of preterm birth: higher rates of late preterm birth are associated with lower rates of stillbirth and neonatal death. BJOG [Internet]. 2012 [acceso em 22 out 2018]; 119(13). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03403.x>.
- 21- Joseph KS, Demissie K, KramerMS. Trends in obstetric intervention, stillbirth and preterm birth. Semin Perinatol [Internet]. 2002 [acceso em 01 nov 2018]; 26(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12211615>.
- 22-Machado LC, Passini Junior R, Rosa IRM. Late prematurity: a systematic review. J. Pediatr. [Internet]. 2014 [acceso em 01 nov 2018]; 90(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.08.012>.
23. Amorim TV, Souza ÍEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. Enfermeria Global. [Internet] 2017 [acceso 07 mai 2020]; 46:515-29. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>
24. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acceso 07 mai 2020]; 71(Suppl 3):1257-64. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia