

Evaluación del impacto de una estrategia de intervención para reducir los recién nacidos pretérmino, Policlínico “Guillermo Tejas Silva”

Evaluation of the Impact of an Intervention Strategy to Reduce Premature Birth at “Guillermo Tejas” Health Polyclinic

Autores: Dra. Lilian Maria Aparicio Meneses*, Dr. Orlando Hernández Méndez**, Dra. Tania Idalmis Pargas Acosta***, Dra. Marisol Ochoa Tamayo****, Dr. Yoel Milanéz López*.

* Especialista de I Grado de MGI. Profesor(a) Instructor(a). Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, Las Tunas.

** Especialista de I Grado de MGI. Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, Las Tunas.

*** Especialista de I Grado de MGI. Profesora Instructora. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, Las Tunas.

**** Especialista en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Instructora. Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Lilian Maria Aparicio Meneses

E-mail: pqt@ltu.sld.cu.

RESUMEN

Se realizó un estudio para evaluar el impacto de la aplicación de una estrategia de intervención, para reducir la prematuridad en el Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2012. Se utilizaron como fuente los datos emitidos del departamento de estadísticas en el periodo antes mencionado. De la base de datos de las gestantes se escogieron aquellas que tenían el riesgo de prematuridad, desde su captación hasta las 36 semanas. Se clasificaron según lo establecido por los consensos en bajo riesgo, alto riesgo y condiciones a vigilar; se trabajó con ellas en una consulta multidisciplinaria. Finalmente, se concluyó que existió impacto desde el punto de vista social,

al nacer con mejor calidad de vida, ya que el recién nacido pudo estar desde el nacimiento con su mamá, recibiendo cariño, protección, confianza y seguridad. Además de un importante impacto económico, al lograr con este un ahorro de 72 030 pesos en un año, no tener la madre que ser ingresada por tiempo prolongado, como mínimo 30 días, hasta recuperar el peso del bebe y al evitar las futuras complicaciones, inherentes a la prematuridad, en el niño y su familia.

Palabras clave: PREMATURIDAD; GESTANTES.

Descriptor: NACIMIENTO PREMATURO/prevención & control; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

ABSTRACT

A study with the objective to evaluate the impact of an intervention strategy to reduce prematurity was carried out in Guillermo Tejas Silva policlinic from January to December, 2012. The data was obtained in the statistics department. The sample was made up with the patients with prematurity risks from the time of their first visit to the 36 weeks. They were classified according to what has been established as low risk, high risk and surveillance conditions, and they were assisted in a multidisciplinary consultation. Finally, it was concluded that there was a social impact because the babies had better life quality, provided that they were with their mothers since they were born, receiving love, protection, confidence and safety. Besides, there was an important economic impact, being possible to save 72 030 pesos in one year, reducing hospitalization for the babies to gain weight in 30 days, and preventing futures complications associated to prematurity for the babies and their family.

Key words: PREMATURE; PREGNANCY.

Descriptor: PREMATURE BIRTH/prevention & control; INTERVENTION STUDIES.

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud, cada año aproximadamente 3 millones de neonatos mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y el 99% de estas muertes se produce en países en vías de desarrollo. (1) El parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y en niños menores de 1 año, además de las discapacidades a corto y a largo plazo. Los índices de parto prematuro oscilan entre el 6% y

el 12% en los países desarrollados y generalmente son más altos en los países en vías de desarrollo. Aproximadamente el 40% de todos los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas y el 20% antes de las 32 semanas. El aporte de estos partos prematuros a la morbilidad perinatal general es superior al 50%. (2, 3)

El nacimiento prematuro en un lugar de escasos recursos pone al recién nacido en un riesgo extremadamente elevado de muerte en el período neonatal. Cuanto menor sea la edad gestacional al momento del parto, mayor será la necesidad de contar con intervenciones costosas y apoyo para aumentar las posibilidades de supervivencia del neonato. La falta de instalaciones especializadas para la atención de la maternidad en los países en vías de desarrollo deriva en altos índices de morbilidad neonatal para los recién nacidos prematuros. No se realizaron avances significativos en la prevención o el tratamiento del parto prematuro; por el contrario, el prematuro ha aumentado, tanto en los países desarrollados, como en los países en vías de desarrollo. (2, 3)

El parto pretérmino, condición de etiología multifactorial que se produce entre las 22 y 36,6 semanas de edad gestacional, constituye un problema de salud a nivel mundial, que alcanza una frecuencia entre 4 y 9% y contribuye a aproximadamente 75% de la mortalidad perinatal. El mismo repercute sobre la morbilidad y mortalidad materna y, además, sobre la calidad de vida de los niños sobrevivientes. Todo ello justifica trabajar en interés de modificar las causas que conducen al mismo e intentar la inhibición del trabajo de parto pretérmino, cuando no esté contraindicada.

En el área constituyó un importante problema de salud en los años 2010 y 2009, con Índices de 5,6 y 5,7, respectivamente. Motivados por todo lo antes expuesto, se realiza una intervención sobre las principales causas que generaron prematuridad y se evalúa el impacto de su aplicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio para evaluar el impacto de la aplicación de una estrategia de intervención para reducir la prematuridad en el Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, en el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2012. Se utilizó como fuente la historia clínica obstétrica y los datos del registro primario estadísticos. De la base de datos de las gestantes se escogieron aquellas que tenían el riesgo de prematuridad, desde su captación,

hasta las 36 semanas. Se clasificaron según lo establecido por los consensos en bajo riesgo, alto riesgo y condiciones a vigilar y se trabajó con el siguiente grupo: desnutrición materna, baja talla, hábito de fumar, antecedentes de parto pretérmino, antecedentes de EHG o HTA crónica, edad menor de 20 y mayor de 34 años, abortos de cualquier tipo (interrupción, espontáneo, regulación menstrual), periodos intergenésicos cortos y embarazo gemelar.

La estrategia consistió en que una vez seleccionadas las gestantes se comenzaron a atender en una consulta multidisciplinaria y diseñada al efecto, constituida por especialista en obstetricia), que incluye psicólogo, nutriólogo, trabajo social y enfermera obstétrica, pediatra y otros, según la patología de la paciente. Se siguieron con una frecuencia mensual y las evoluciones fueron anotadas en su carnet obstétrico, para la contrarreferencia al EBS.

Este, a su vez, realizó los controles según la clasificación de las pacientes y tomó conductas relacionadas con atenuar los factores de riesgos: educación de la gestante para detectar los síntomas de parto pretérmino; identificación de los primeros síntomas de trabajo de parto; vigilancia de la actividad uterina en el hogar, que tiene un modesto efecto sobre la frecuencia del parto pretérmino y que resulta costosa, siendo difícil extrapolar cualquier resultado obtenido a otros lugares.

A todas se les realizó ultrasonido transvaginal en condiciones de máxima privacidad y confiabilidad, por un técnico certificado nacionalmente para el proceder y con la siguiente técnica: decúbito supino con las piernas flexionadas, caderas levantadas de la mesa de examen, aislamiento higiénico en el transductor, vejiga vacía.

A las que tenían algún factor para la prematuridad, clasificadas de bajo riesgo, se efectuó el estudio entre 20 y 22 semanas, a las de alto riesgo entre 16 y 18 semanas.

Tabla de puntuación para la profilaxis de la prematuridad

Características cervicales	0	1	2	3	4
Longitud cervical	30 mm y más	29 - 25 mm	24 - 21 mm	20 - 16 mm	15 mm y menos
Permeabilidad	Cerrado			5 - 9 mm	10 mm y más

Prueba estrés	Negativa		Positiva
Protrusión de membranas	Ausente		Presente

Puntuación

1. Bajo riesgo para la prematuridad que responde al puntaje de cero a uno.
2. Riesgo incrementado para la prematuridad, dos puntos.
3. Alto riesgo de prematuridad, de tres a cinco puntos.
4. Inminencia de prematuridad responde al puntaje, de seis o más puntos.

Finalmente se estratificó el riesgo según escala de puntuación y se adoptó conducta en dependencia del mismo:

- Bajo riesgo, con seguimiento habitual por EBS.
- Alto riesgo de prematuridad y riesgo incrementado, reposo en la casa en Ingreso domiciliario o en el Hogar materno; inductores de la madures pulmonar a las 28 semanas, Betametasona: 12 mg a repetir en 12 h hasta 24 mg (dosis total).
- Inminencia de prematuridad, ingreso en el Hospital, reposo absoluto y valoración de cerclaje.

El impacto se midió a través de los resultados de prematuros esperados y prematuros reales ocurridos en el área.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El comportamiento de los riesgos de prematuridad en el Policlínico “Guillermo Tejas Silva” en el periodo enero-diciembre del 2012 se muestra en la **tabla 1**, observándose que de 458 gestantes presentaron riesgo de prematuridad 121, para un 70,8%, lo que constituye un porcentaje bastante elevado con relación al número total de gestantes, ocupando la desnutrición materna y las enfermedades hipertensivas un 52% del total, es decir, de las 11 causas dos ocupan más del 50%. Diferentes autores hacen alusión a ese fenómeno. (2, 3) La alimentación de las gestantes no se realiza con la nutrición balanceada, adecuadamente, sino por tradiciones familiares, sobre todo, no se cumple con los siete requerimientos energéticos, es un fenómeno sociocultural desde la infancia.

TABLA 1. Comportamiento de los riesgos de prematuridad. Policlínico “Guillermo Tejas Silva”, enero- diciembre 2012

Total de gestantes	458	%
Con riesgo de prematuridad	121	70,18
Desnutrición materna	44	53,24
Baja talla	6	7,26
Habito de fumar	7	8,47
Antecedentes de parto pretérmino.	7	8,47
Antecedentes de EHG o HTA crónica	20	24,2
Edad menor de 20	4	6,05
Mayor de 34 años	10	12,1
Abortos de cualquier tipo (interrupción, espontáneo, regulación menstrual)	11	13,31
Periodos intergenésicos cortos	9	10,89
Embarazo gemelar	3	3,63

La **tabla 2** muestra la estratificación de riesgo según la escala de puntuación. Lo más significativo es que los 49%, representados por 58 casos, demuestran bajo riesgo, que por la conducta a seguir debieron tener seguimiento habitual por el EBS. Fueron clasificadas de alto riesgo y riesgo incrementado 35 mujeres, para un 28%, que debieron ser ingresadas en su domicilio o en el hogar materno, si no cumplían con los requisitos para Ingreso en su hogar. El riesgo incrementado fue representado por 22 de los 35, y solo 20 casos presentaron Inminencia para la prematuridad. Lang C, Iams J. (3) describen resultados similares al presente, aunque no así las de alto riesgo, que es en menor porcentaje. Es evidente que trabajar con enfoque de riesgo de forma planificada no se hace lo suficientemente objetivo por fenómenos multifactoriales.

TABLA 2. Estratificación de riesgo según escala de puntuación.

Clasificación	Total	%
Bajo riesgo para la prematuridad	58	49
Riesgo incrementado para la prematuridad	22	18
Alto riesgo para la prematuridad (AR)	21	17
Inminencia para la prematuridad	20	16
Total	121	100

El análisis por conducta adoptada, según escala de puntuación, que se presenta en la **tabla 3**, de 58 casos bajo riesgo que debieron tener seguimiento habitual 28 se ingresaron en el domicilio y 30 en hogar materno, es decir el 52% de estas; el 81% de las gestantes con riesgo incrementado fueron ingresadas en el hogar materno, para un 81%; el 100% de las mujeres AR fueron ingresadas en el hogar materno, y la totalidad de las mismas con inminencia para la prematuridad se ingresaron en la maternidad. Lo más significativo es que cada mujer estuvo donde tenía que estar, que el hogar materno (46,23%) se comportó como el lugar que mas cambió y atenuó el riesgo para la prematuridad y que de las 121 mujeres se modificaron 98, para un 96,04%, lo cual significa un importante impacto social. No se encontraron estudios al respecto para compararlos, sin embargo una intervención oportuna minimiza los daños y mejora indicadores reflejados en este estudio. (9)

TABLA 3. Conducta adoptada según escala de puntuación

Clasificación		Sgto. Habitual	I/D	Ing. Hogar materno	Ing. Hospital
Bajo riesgo para la prematuridad	58		28	30	
Riesgo incrementado para la prematuridad	22		4	18	

Alto riesgo para la prematuridad	21			21	
Inminencia para la prematuridad	20				20
Total	121		32	69	20
%	100		26	58	16

De un total de 121 gestantes modificaron sus riesgos 98, para un 81% ; de estas 32 con I/D modificaron los riesgos 24, para un 20%; de las 69 ingresadas en el hogar materno 67 modificaron los riesgos, para un 55%, y de las 20 ingresadas en el hospital siete modificaron riesgos, para un 6%. Otros estudios en diferentes instituciones reflejaron en la práctica que los variados tratamientos tuvieron resultados alentadores. (5, 6) Es de pensar que en ocasiones no hay percepción de riesgo por parte de las gestantes y el manejo en una institución cumplimenta una observación más directa, sin fracasos terapéuticos y la oportunidad de los equipos de salud de hacer una intervención planificada y organizada. No está demás referirse también a los ingresos domiciliarios, oportunidad del personal de salud de tener logros en un ambiente mas familiar, y del resto de las ventajas de esta actividad específica de la atención primaria de salud. Los hogares maternos, sin lugar a duda, han ido perfeccionando su calidad y su científicidad, donde existe explotación adecuada y obtención de resultados favorables con servicios multidisciplinarios. (8, 10)

TABLA 4. Impacto obtenido con la aplicación de la estrategia para reducir los recién nacidos pretérmino

Impacto	GT
Niños prematuros esperados	121
Prematuros	23
No prematuros	98

El impacto obtenido con la aplicación de la estrategia, de los 121 niños prematuros que se esperaban, solo 23 nacieron en dicha condición (**tabla 4**), es diferente a otras estrategias

descritas, con resultados menos satisfactorios. (4) Este logro, que aún puede perfeccionarse, depende de la seriedad y el grado de responsabilidad del personal de salud con trabajo en equipo, continuidad de la acción y la mejora del nivel científico-técnico, que minimice los errores y actuación inadecuada. Se obtiene así la calidad de vida y se pone de manifiesto la voluntad política para mejorar actuar médico profesional. (11)

CONCLUSIONES

Existió impacto, desde el punto de vista social, al nacer con mejor calidad de vida, ya que el recién nacido pudo estar desde el nacimiento con su mamá, recibiendo cariño, protección, confianza y seguridad; por tanto, se reforzó el vínculo afectivo entre la madre y el hijo e incrementó la satisfacción psicológica en la madre, el padre y el resto de la familia, al poder regresar a su domicilio en menos de tres días. Además de un importante impacto económico, al lograr con este un ahorro de 72 030 pesos en un año, al no tener que ser ingresada por tiempo prolongado, como mínimo 30 días, hasta recuperar su peso, y al evitar las futuras complicaciones, inherentes a la prematuridad, en el niño y su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth, *The Lancet*, 2008;371(9606):75-84.
3. Lang C, Iams J. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. *Pediatric clinics of North America* 2009; 56:537–563.
4. Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; Issue 1. Art. No.: CD004947; DOI: 10.1002/14651858.CD004947.pub2 (last updated on 31 December 2008).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of progesterone to reduce preterm birth. Committee Opinion No. 419. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2008.

6. Marcell Rodríguez Lelyem, González Ramírez Victoria Esther. Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2013 Mayo 23] ; 37(4): 562-576. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013&lng=es.
7. Bravo C, Cano P, Conde R, Gelabert M, Pulido P, Miranda P, et al. Hidrocefalia poshemorrágica asociada a la prematuridad: evidencia disponible diagnóstica y terapéutica. (Spanish). Revista Neurocirugía [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited May 23, 2013]; 22(5): 381-400. Available from: MedicLatina.
8. López C. N, González A. M, Álvarez C. L, Martínez S. N, González G. A, San José V. B, et al. Factores obstétricos claves en los resultados neonatales y a los dos años de seguimiento en la prematuridad extrema. (Spanish). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2011, Oct), [cited May 23, 2013]; 76(5): 302-310. Available from: MedicLatina.
9. Estudio randomizado multicéntrico de cerclaje para prevención del parto prematuro en pacientes de alto riesgo y cuello corto en el trimestre medio. (1). (Spanish). Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología [serial on the Internet]. (2010, Aug), [cited May 23, 2013]; 75(4): 278-280. Available from: MedicLatina.
10. Vallejo F., Claudio; Corra F., Mauricio. Evaluación ecográfica cervical y estrategias de manejo del parto pretérmino. Metro cienc; 19(1): 24-29, mar. 2010. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-555102>
11. Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Mayo 23] ; 37(3): 432-443. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300017&lng=es.