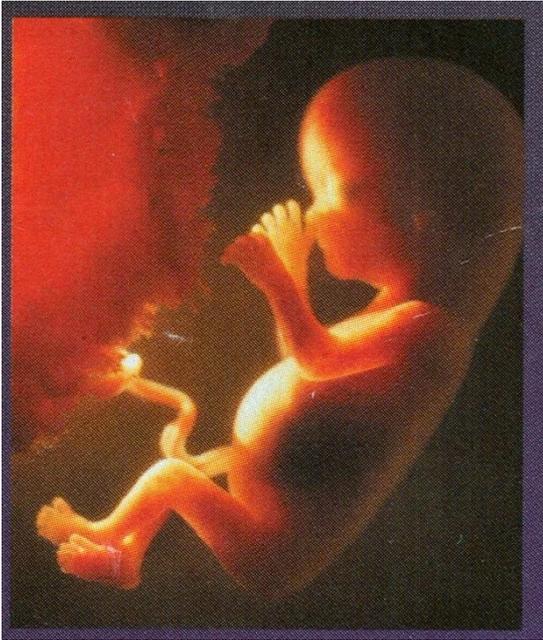


Prematuridad, desafío no resuelto.



*Dra. Niobys Sánchez Ramírez.
Especialista en Gineco-Obstetricia.
Master en Atención Integral a la Mujer.*



**World Health
Organization**



Preterm birth. Fact sheet N°363

November 2012.

- ▶ Cada año, un estimado de 15 millones de niños nacen pretérminos y este número sigue incrementándose.
- ▶ Aproximadamente 1 millón de niños muere cada año, como resultado de las complicaciones del nacimiento pretérmino.
- ▶ La prematuridad es la causa fundamental de muerte de los recién nacidos en las 1ras 4 semanas de vida.
- ▶ Las $\frac{3}{4}$ partes de estos niños pueden ser salvados con actuales y rentables intervenciones.
- ▶ El rango de partos pretérminos en 184 países es del 5% al 18 % cada 100 nacidos vivos.

Índices de prematuridad en el mundo.

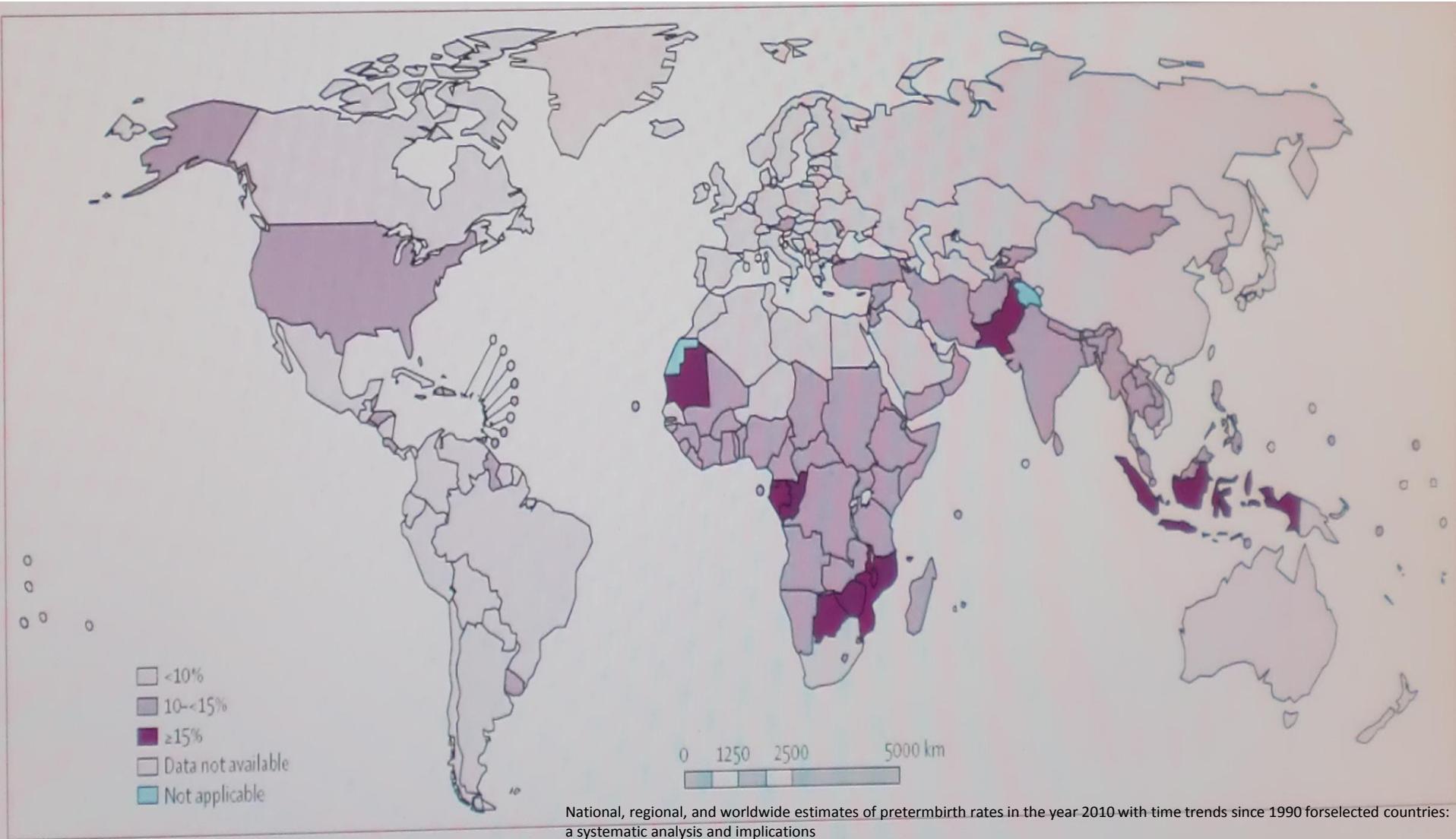


Figure 3: Estimated preterm birth rates by country for the year 2010

Síndrome heterogéneo ,
complejo y multicausal.

Solo el 25% -30 %
presentan factores de
riesgo

Prematuridad

40% parto espontáneo
30% RPMP
25% Indicación Obstétrica

Repercusión en la salud
materno –fetal.
(Clasificación de Lumley)

Parto Pretérmino

Organogénesis
anormal.

Complicaciones
Neonatales

Efectos adversos e
UCI

Neurodesarrollo

Discapacidades

Edad adulta

Enfermedades
cardiovasculares.

Enfermedades
endocrinas

Otras

Programación

Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez

René Francisco Rodríguez Valdés¹, Liane Aguilar Fabrè¹, Hebert Luis Hernández Montiel², Josefina Ricardo Garcell³, Genaro Vega Malagón⁴, Kenia Aguilar Fabrè⁵

¹Especialista de segundo grado en Neurofisiología Clínica. Profesor e Investigador Auxiliar. Clínica del Sistema Nervioso. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México

²Doctor en Ciencias Biomédicas. Clínica del Sistema Nervioso. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro. México

³Doctora en Ciencias Médicas. Instituto de Neurobiología. Universidad Autónoma de México. México D.F., México

⁴Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor e Investigador. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México

⁵Especialista de segundo grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor e Investigador Agregado. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba

47% PC 27% Trastornos cognitivos
23-27 % trastornos sensoriales

❖ Infant and childhood growth patterns, insulin sensitivity, and blood pressure in prematurely born young adults:

Rotteveel J, van Weissenbruch MM, Twisk JW, Delemarre-Van de Waal HA. Pediatrics. 2008; 122:313–21.

- El parto pretérmino puede añadir un factor de riesgo adicional más allá de la restricción del crecimiento intrauterino, a los riesgos de diabetes e HTA.

PREVENCIÓN OPORTUNA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

MANUEL GOMEZ GOMEZ. Pediatra Neonatólogo,
Director de Investigación del Instituto Cardio-Infantil de México, A.C., 9º Piso, Star Médica Hospital Infantil Privado, Miembro Titular de la Academia Mexicana de Pediatría, Fellow of the American Academy of Pediatrics, Miembro Fundador del Club Bibliográfico de Cardiología Pediátrica, Diplomado en Epidemiología Clínica, IMSS y UNAM, Maestría en Ciencias con Énfasis en Epidemiología, UNAM,

La prevención de la aterosclerosis debe comenzar desde antes del embarazo con modificaciones en el estilo de vida, detección y tratamiento oportuno de las posibles complicaciones durante el embarazo y el control de los factores de riesgo presentes (cuadro 3).⁵

Cuadro 3. Factores de riesgo prenatales para aterosclerosis temprana

Obesidad materna
Tabaquismo materno
Incremento mayor de 20 Kg en el embarazo
Exposición *in utero* a hipercolesterolemia materna
Desnutrición *in utero*
Parto prematuro
Macrosomía fetal por diabetes mellitus
Preeclampsia-eclampsia

Factores de riesgo

Parto pretérmino anterior

- 1 parto 15%
- 2 partos 41%
- 3 partos 67%

Embarazo múltiple

- RR 5-6 veces mayor.
- 12 % PP
- 15% morbilidad neonatal.

Sangrados repetidos

- 1 trimestre se duplica.
- 2, 3 trimestre aumenta hasta 10 veces.

Factores de riesgo

Anomalías uterinas

- Unicornes 30%
- Bicornes 25%

Malformaciones fetales

- Polihidramnios
- Acortamiento del cérvix

Otros

- Infecciones del tracto genital y urinario.
- **Genéticos.**

Preterm Birth 1

Epidemiology and causes of preterm birth

Robert L Goldenberg, Jennifer F Culhane, Jay D Iams, Roberto Romero

www.thelancet.com Vol 371 January 5, 2008

- ▶ La infección intrauterina se asocia en un 25-40 % partos pretérminos.
- ▶ La incidencia de prematuridad relacionada con embarazos múltiples oscila ente 15-20%.
- ▶ Mayor riesgo en pacientes con periodo intergenésico corto, superior si el parto anterior fue pretérmino.
- ▶ Pacientes con índice de masa corporal bajo, mayor riesgo de parto pretérmino espontáneo.
- ▶ Pacientes obesas mayor asociación de parto inducido por preclampsia, diabetes.

Perfil epidemiológico del parto prematuro.

Ginecol. Obstet Mex 2008;76(9):542-8

Luis Alberto Villanueva Egan,* Ada Karina Contreras Gutiérrez,** Mauricio Pichardo Cuevas,***

Jaqueline Rosales Lucio****

disponible en:www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

- ▶ En 45.8% de las madres se identificó un proceso infeccioso genitourinario.
- ▶ 29.2% la Preclampsia fue la causa de interrupción prematura del embarazo.
- ▶ Entre las afecciones médicas que elevan el riesgo de parto prematuro están el antecedente de parto prematuro anterior y la rotura prematura de membranas, ambas debidas a infecciones cérvicovaginales.

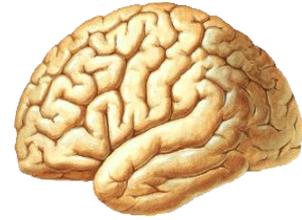
Familial Spontaneous Preterm Birth Further Evidence of a Complex Genetic Disease

Am Journal of Obst and Gynecol, 2010

The risk of spontaneous preterm birth among women whose mothers had had any spontaneous preterm birth was similarly increased further supporting the heritability of spontaneous preterm birth. With its large sample size and exclusion of both indicated preterm births and multiple gestations, the current report confirms earlier generational studies of preterm birth.

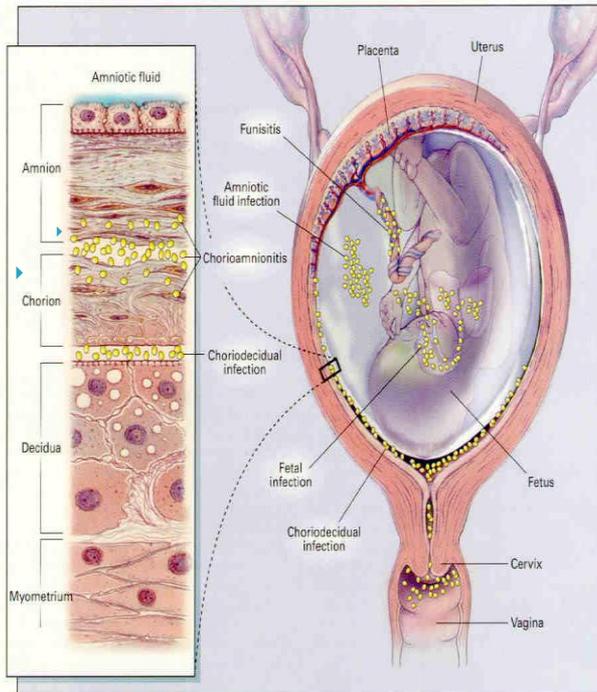
Genome-wide association studies of preterm birth are currently underway but will require large cohorts. Pennell and colleagues¹¹ have suggested the importance of several factors in designing the ideal genome wide association study for preterm birth. Definition of the phenotype is critical.

► Infección y prematuridad



Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 82–87 Published online 1 December 2010 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.8869

Non-invasive prediction of intra-amniotic inflammation in women with preterm labor.



Chorioamnionitis with a fetal inflammatory response is associated with higher neonatal mortality morbidity, and resource use than chorioamnionitis displaying a maternal inflammatory response only

Jacqueline Lau, BSc,a,b Fergall Magee, MD, FRCPC(C),a,c Zhenguo Qiu, PhD,a
Jill Hoube´, MD, FRCPC, MPhil,a,d Peter Von Dadelszen, MBChB, MRCOG, FRCSC,
DPhil,a,e Shoo K. Lee, MBBS, FRCPC, PhDa,d,*
American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193, 708–13

Inflammatory Cytokines and Spontaneous Preterm Birth in Asymptomatic Women

A Systematic Review

*Shu-Qin Wei, MD, PhD, William Fraser, MD, MSc, and
Zhong-Cheng Luo, MD, PhD*

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

VOL. 116, NO. 2, PART 1, AUGUST 2010



Parto pretérmino indicado.

Preclampsia.
Gestorragias.

RCIU

Diabetes

Cardiopatías

Neoplasias

El pronóstico de los hijos de madres con preclampsia.

Arch Argent Pediatr 2011;109(5):423-428 / 423

- ▶ El riesgo de tener un parto pretérmino es mayor entre las mujeres con preclampsia grave, ya sea como producto del parto anticipado que se hace como intervención médica del cuadro clínico o porque se inicia espontáneamente el trabajo de parto.



Marcadores de prematuridad.

Marcadores clínicos.

- Cambios cervicales
- Monitorización de la dinámica uterina.
- Hemorragia vaginal

Marcadores bioquímicos

- **Fibronectina fetal.**
- Proteína C , Interleuquina 6
- Factor de crecimiento tipo insulina fosforilada(GFBP-I)
- Colagenasa sérica, Estriol salivar y la Elastasa de los granulocitos cérvico-vaginal.

Marcadores ecográficos.

- Ecografía Transvaginal

Indicaciones de la US Transvaginal

Historia parto prematuro espontáneo < 34 semanas.

Gestación múltiples

Factores uterinos:

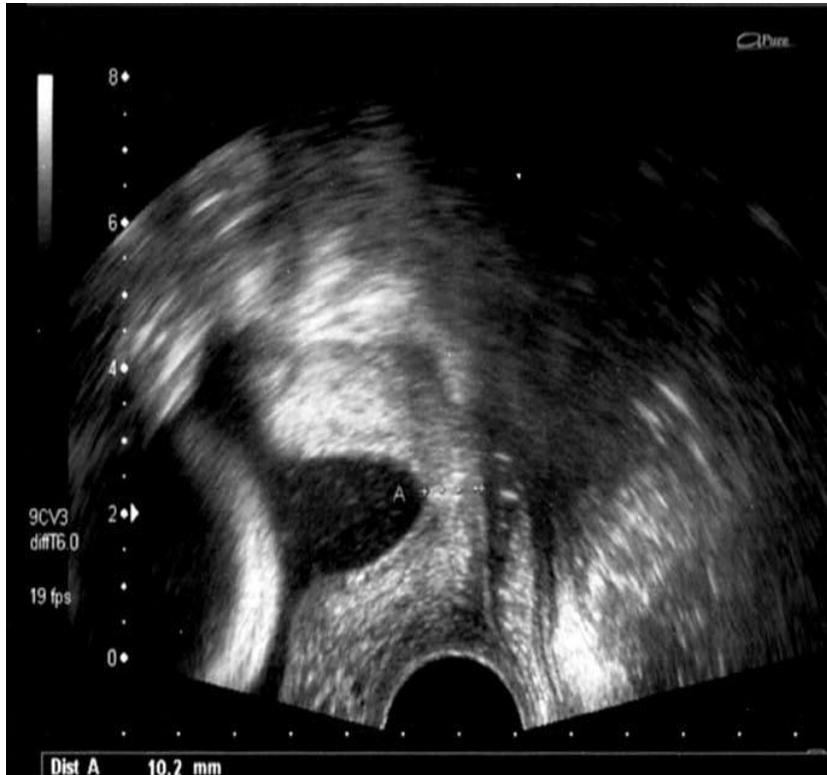
cirugía previa (conización)

malformación uterina (cérvix hipoplásico, miomas)

incompetencia cervical

La aplicación clínica en población general sólo aumenta la probabilidad de parto pretérmino de 4,9 % al 15 %

Ecografía Transvaginal.



- Longitud del cérvix < 25mm.
- Orificio cervical interno (OCI) >5 mm.
- Presencia de funneling o embudo cervical.
- Presencia de sludge.

LC < 25 mm en POBLACIÓN DE RIESGO antes 26–28 semanas:

S > 60-80% parto < 34.0 semanas

VPP ~ 70% parto < 34.0 semanas

The prevalence and clinical significance of amniotic fluid ‘sludge’ in patients with preterm labor and intact membranes

J. ESPINOZA*, L. F. GONÇALVES†, R. ROMERO*, J. K. NIEN*, S. STITES†, Y. M. KIM†‡, S. HASSAN†, R. GOMEZ§, B. H. YOON¶, T. CHAIWORAPONGSA†, W. LEE** and M. MAZOR†

*Perinatology Research Branch, NICHD/NIH/DHHS, Detroit, MI and Bethesda, MD, Departments of †Obstetrics and Gynecology and ‡Pathology, Wayne State University/Hutzel Hospital, Detroit, MI, USA, §CEDIP, Department of Obstetrics and Gynecology, Sotero del Rio Hospital, P. Universidad Catolica de Chile, Puente Alto, Chile, ¶Department of Obstetrics and Gynecology, Seoul National University, Seoul, Korea and **Department of Obstetrics and Gynecology, William Beaumont Hospital, Royal Oak, MI, USA





Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



The value of serial cervical length measurements for the prediction of threatened preterm labour

Alexandros Sotiriadis, Alexios Kavvadias, Stefania Papatheodorou, Evangelos Paraskevaïdis, George Makrydimas*

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Ioannina, 45500 Ioannina, Greece

Lozano-Mosquera, Sandra Janneth; Muñoz-Pérez, Diana Lucía; Cortés-Yepes, Hernán Arturo; Zuleta-Tobón, John Jairo

CERVICOMETRÍA MENOR O IGUAL A 25 MM PARA IDENTIFICAR PARTO A LOS SIETE DÍAS EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL DE COMPLEJIDAD EN MEDELLÍN, COLOMBIA, 2009-2012

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 65, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 112-119

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195231546002>

Revista Colombiana de
Obstetricia y Ginecología

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,
ISSN (Versión impresa): 0034-7434
rcog@fecolsog.org
Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

En pacientes con LC menor de 25 y APP no existe punto de corte de cervicometría para predecir parto pretérmino en los siguientes 7 días.



“ Solo cuando los factores que subyacen en la prematuridad hayan sido completamente entendidos, se podrán realizar un abordaje y prevención inteligente.” NICHOLSON EASTMAN 1947

Prevención Primaria

- ▶ Control del riesgo preconcepcional.
 - ▶ Factores de riesgos múltiples.
 - ▶ Control prenatal.
- 

Prevención Secundaria

Marcadores clínicos.

Marcadores ecográficos

Marcadores bioquímicos

TRATAMIENTOS PRECOCES

- **Hormonales**
- **Pesario cerclaje**
- **Cerclaje cervical quirúrgico.**

Recomendaciones en el uso de la progesterona para la prevención del parto pretérmino.

Current Society for Maternal-Fetal Medicine

Am J Obstet Gynecol 2012.

Población Asintomática	Recomendaciones para su uso
<i>Gestación única sin pretérmino anterior y Eco Vaginal desconocido o normal .</i>	<i>No evidencia de efectividad</i>
<i>Gestación única y pretérmino anterior</i>	<i>17P 250 mg IM semanal desde 16-20 s hasta las 36s.</i>
<i>Gestación única sin pretérmino anterior pero cérvix < 20 mm a las 24 semanas</i>	<i>Progesterona Vaginal 90-mg gel o 200-mg/d semanal desde el diagnóstico de cérvix corto hasta las 36 s .</i>
<i>Gestación Múltiple</i>	<i>No evidencia de efectividad</i>
<i>Pacientes sintomáticas TPP o RPMP</i>	<i>No evidencia de efectividad</i>

PROGESTERONA Y PREVENCIÓN DE PARTO PRETÉRMINO

OBSTETRICS

Cervical length changes during preterm cervical ripening: effects of 17- α -hydroxyprogesterone caproate

Fabio Facchinetti, MD; Simone Paganelli, MD; Giuseppina Comitini, MD; Giulia Dante, MD; Annibale Volpe, MD

Cite this article as: Facchinetti F, Paganelli S, Comitini G, Dante G, Volpe A. Cervical length changes during preterm cervical ripening: effects of 17- α -hydroxyprogesterone caproate. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:453.e1-453.e4.

Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008; 48: 58–63

DOI: 10.1111/j.1479-828X.2007.00803.x

Original Article

Progesterone for maintenance tocolytic therapy after threatened preterm labour: A randomised controlled trial

Sedigheh BORNA¹ and Noshin SAHABI²

Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 687–696

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/uog.5158

Progesterone vaginal gel for the reduction of recurrent preterm birth: primary results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial

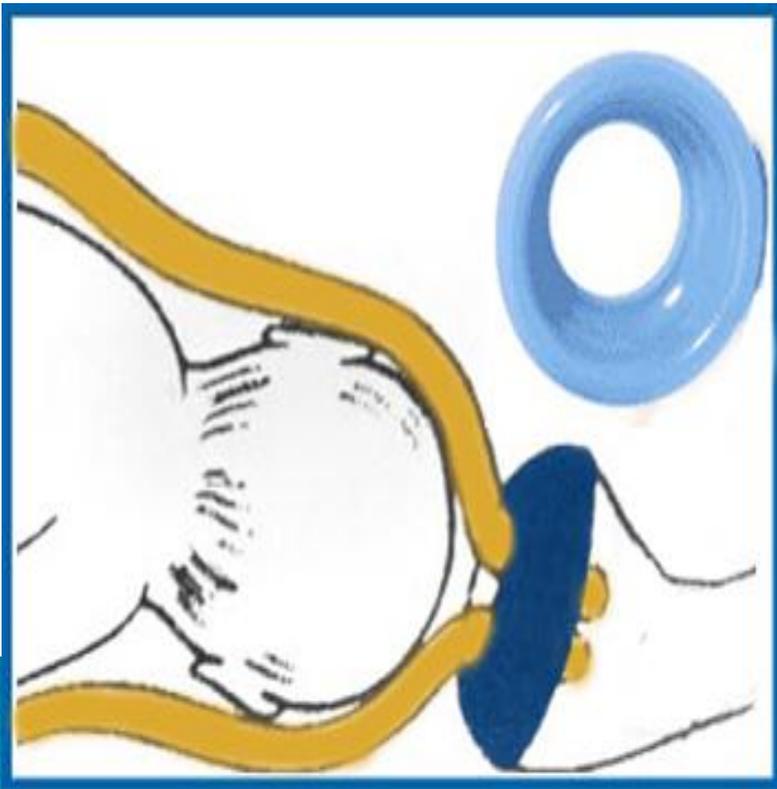
J. M. O'BRIEN¹, C. D. ADAIR², D. F. LEWIS³, D. R. HALL⁴, E. A. DEFRANCO⁵, S. FUSEY⁶, P. SOMA-PILLAY⁷, K. PORTER⁸, H. HOW⁹, R. SCHACKIS¹⁰, D. ELLER¹¹, Y. TRIVEDI¹², G. VANBUREN¹³, M. KHANDLWAL¹⁴, K. TROFATTER¹⁵, D. VIDYADHARI¹⁶, J. VIJAYARAGHAVAN¹⁷, J. WEEKS¹⁸, B. DATTEL¹⁹, E. NEWTON²⁰, C. CHAZOTTE²¹, G. VALENZUELA²², P. CALDA²³, M. BSHARAT²⁴ and G. W. CREAMY²⁵

Indicaciones para el uso de progesterona

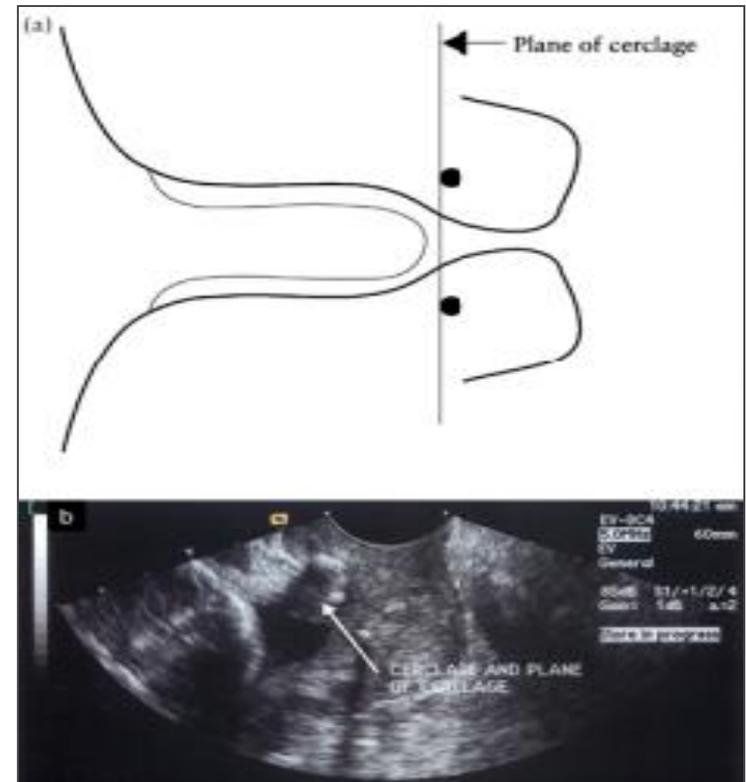
- ▶ Antecedente previo de parto pretérmino espontáneo o rotura prematura de membranas < 34 semanas.
- ▶ **2.** Historia obstétrica sugestiva de incompetencia cervical ≥ 15 semanas de gestación.
- ▶ **3.** Episodio de amenaza de parto pretérmino en la gestación actual.
- ▶ **4.** Cuadro de rotura prematura de membranas >26 semanas de gestación.
- ▶ **5.** Hallazgos ecográficos de acortamiento y/o modificaciones cervicales en pacientes asintomáticas.
- ▶ **6.** Factores uterinos.

PREVENCIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO.

PESARIO



CERCLAJE



Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial.
María Goya et al. Lancet 2012; 379: 1800-1806

Total de pacientes
N= 385
(Cérvix corto < 25mm o
menos)



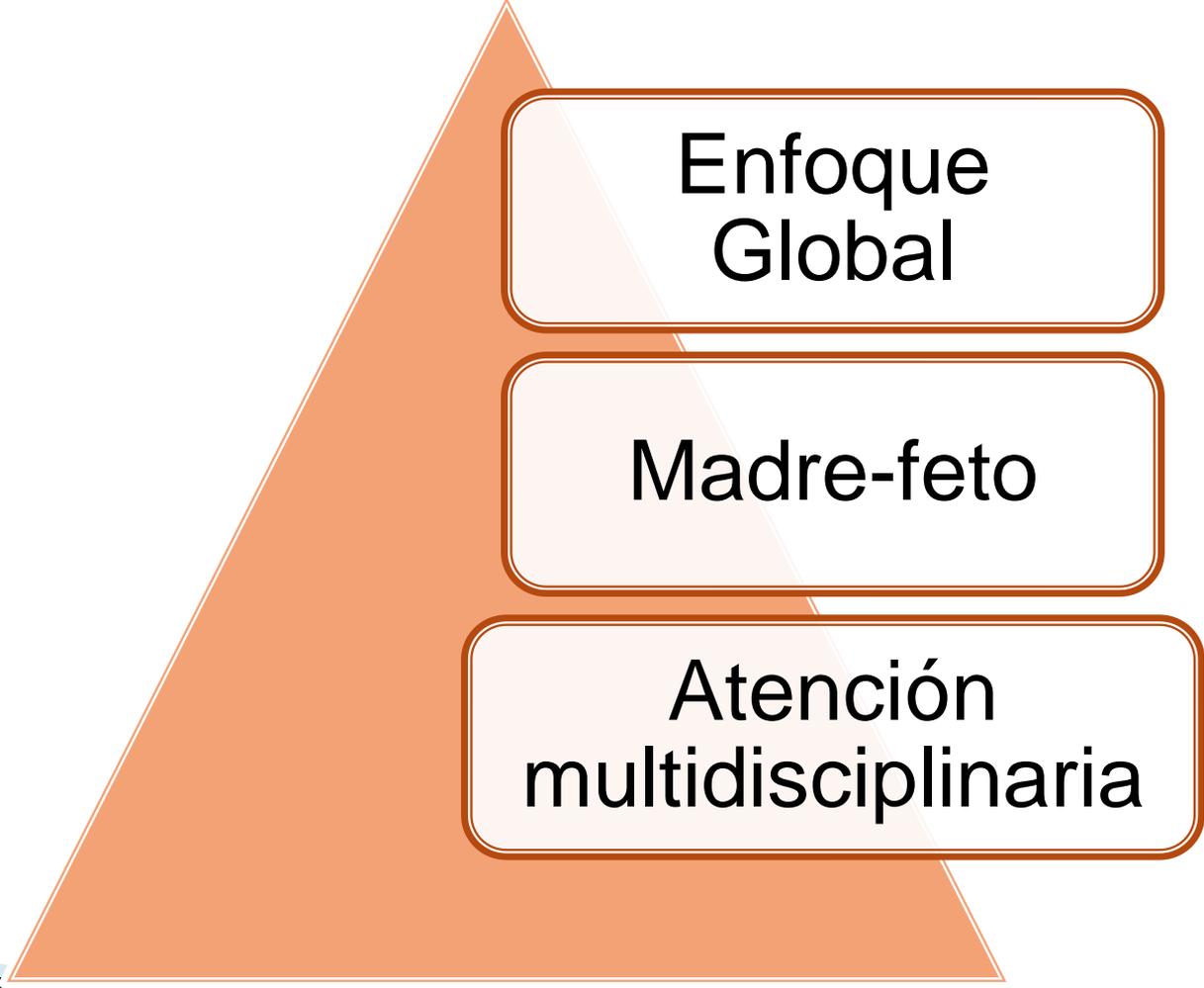
Pesario N= 192
Manejo Expectante N= 193

Resultados:

- . Parto pretérmino < 34s fue significativamente menor: 12 (6%) vs 51 (27%). OR 0.18; 95% CI 0.08-0.37; p<0.0001.
- . No hubo efectos adversos con el uso de pesario.

Estudios clínicos sugieren el uso del pesario en mujeres asintomáticas, con cérvix < 25mm y que están con alto riesgo de prematuridad entre 20-23s.

Atención hospitalaria



Enfoque
Global

Madre-feto

Atención
multidisciplinaria

Proceso
clínico



Individualización
de protocolos



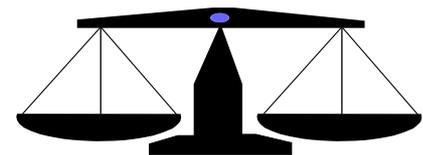
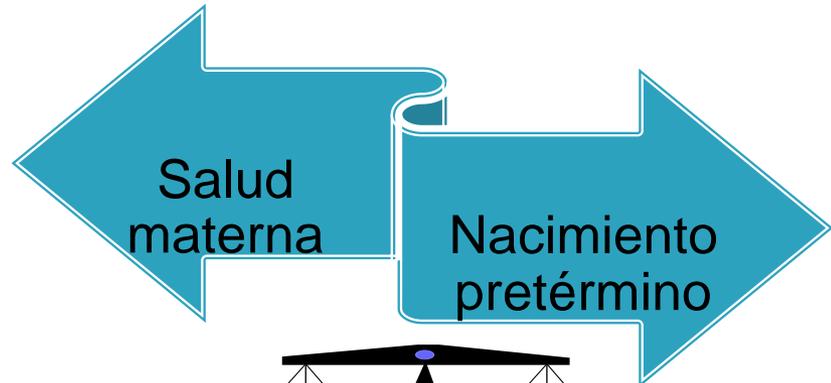
Información



Riesgos
maternos-
fetales-
neonatales



Consentimiento
informado



Prevención Terciaria

La prevención terciaria incluye:

- ▶ **Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino.**
- ▶ **Asistencia al parto pretérmino**



ÚLTIMO ESLABÓN

Evidencia científica

Inductores de la
madurez pulmonar



Tocolisis

Antibióticos

INDUCTORES DE LA MADUREZ PULMONAR (COCHRANE 2007)

- ▶ Disminuye la muerte prenatal.
 - ▶ Disminuye el Síndrome de dificultad respiratoria por enfermedad de membrana hialina.
 - ▶ Disminuye la enterocolitis necrotizante.
 - ▶ Disminuye la hemorragia intraventricular.
 - ▶ Mejora la eficacia del surfactante artificial.
 - ▶ Reduce la necesidad de soporte ventilatorio.
 - ▶ Disminuye el riesgo de infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida.
- 

Antibióticos

- Situaciones especiales
- Dilatación avanzada
- Infección comprobada

Tocolíticos

- Justificado para uso de inductores de la madurez pulmonar

Neuroprofilaxis en la Prematuridad

- ▶ Parálisis Cerebral → **1/3 de los casos.**
- ▶ Edad Gestacional → **10% 28-29s**
- ▶ Afecta 3/1000 RNV.
- ▶ 60-70% de origen prenatal.
- ▶ Alteraciones evidentes: **Retraso mental, desórdenes cognitivos y de conducta, otros.**



Sulfato de Magnesio

- ▶ **Investigaciones randomizadas:** En RNP la exposición intraútero ha demostrado disminuir la incidencia y gravedad de PCI en recién nacidos sobrevivientes.
- ▶ **NINDS y el NICHD (2011):** Investigación de 2241 mujeres entre 24-31.6s administrando Sulfato de Magnesio 6g y luego hasta 2g/h.
- ▶ **Resultados:** No desarrollo de PC moderadas o severas en los RN (RR 0.71 95% CI 0.55-0.95).

NEUROPROFILAXIS

INDICACIONES

1- Riesgo de parto inminente:

- Longitud del cérvix < 15mm y dinámica uterina regular a pesar de tocólisis.
- Dilatación cervical y DU regular a pesar de tratamiento con tocolíticos.
- Condiciones cervicales de parto avanzadas.

2- Planificación o posibilidad de FINALIZACIÓN ELECTIVA de causa materna o fetal en menos de 24h).

Recomiendan que los hospitales que elijan usar el Sulfato de Magnesio para neuroprotección fetal, deben desarrollar de forma uniforme las pautas o GBP, para crear criterios de inclusión, tocolisis concurrente, regímenes de tratamiento y monitorización según ensayos. **(Nivel A)**

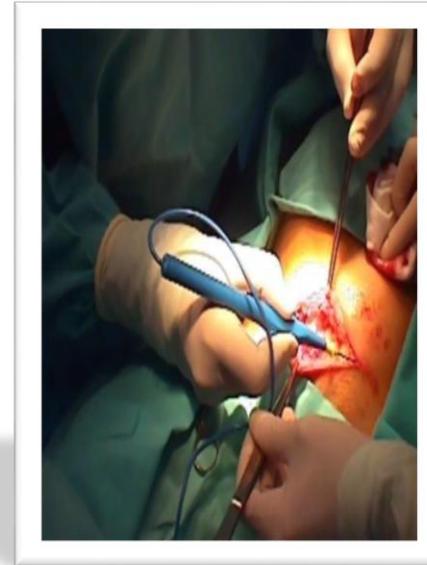
CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLIST. MANAGEMENT OF PRETERM LABOR, ACOG, JUNE 2012.

Repercusión de la prematuridad.



Morbilidad materna

- Causas desencadenantes de la prematuridad.
- Efectos adversos por terapéuticas.
- Infecciones.
- Mayores tasas de cesáreas.
- Trastornos psicológicos.
- Enfermedades futuras.



Factores de riesgo para la enfermedad coronaria temprana en mujeres.

Clara Inés Saldarriaga, Gloria Franco, Ana María Garzón, Isabel García, Nataly Mejía, Astrid Restrepo
Unidad de Cuidados Coronarios, Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia
Biomédica vol.30 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2010

El presente estudio sugiere asociación de riesgo entre las alteraciones de la gestación (Preclampsia, partos prematuros y recién nacidos de bajo peso) con enfermedad coronaria.

❖ **Factores de riesgo para la enfermedad coronaria temprana**

en mujeres: Clara Inés Saldarriaga, Gloria Franco, Ana María Garzón, Isabel García, Nataly Mejía, Astrid Restrepo. Unidad de Cuidados Coronarios, Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín. Colombia. Biomédica vol.30 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2010.

- El presente estudio sugiere asociación de riesgo entre las alteraciones de la gestación (Preclampsia, partos prematuros y recién nacidos de bajo peso) con enfermedad coronaria.

Obesidad materna y riesgo de parto prematuro (1)

Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Edstedt Bonamy AK, Persson M, Wikström AK, Granath F. Maternal obesity and risk of preterm delivery. JAMA 2013 12;309(22):2362-70.

Análisis Crítico: Jorge Carvajal C.1, PhD. Claudio Vera P-G.1,2, MSc.

Los riesgos de los partos prematuros médicamente indicados aumentaron con el IMC entre las mujeres con sobrepeso y obesidad.

Morbilidad neonatal.

- ▶ Distres respiratorio.
- ▶ Enfermedad de membrana hialina.
- ▶ Displasia bronco-pulmonar.
- ▶ Enterocolitis necrotizante.
- ▶ Hemorragia intraparenquimatosa.
- ▶ Infección.
- ▶ Retinopatía de la prematuridad.
- ▶ Leucomalacia periventricular.
- ▶ Parálisis cerebral



Consecuencias socio-sanitarias a largo plazo.

- ▶ Riesgo de requerir más hospitalizaciones por procesos agudos (neumonías).
- ▶ Dobra la cantidad de consultas de pediatría en el primer año.
- ▶ Los costos de los recién nacidos menores de 1500 g se multiplican hasta por 47.
- ▶ Secuelas neurológicas (Parálisis cerebrales, problemas oculares, auditivos y cognitivos).

- ▶ Altas tasas de fracaso escolar.
- ▶ Problemas de aprendizaje.
- ▶ Repeticiones de cursos o cese prematuro de los estudios.
- ▶ Los menores de 2500 grs. tienen 50 % más de posibilidad de necesitar escuelas especiales, (el costo de estos estudios pueden en ocasiones superar los de salud).

▶ Cabero L. Impacto social de la prematuridad.

XVI Curso Internacional de Formación Continua Medicina Materno-Fetal.
2008; 1: 1-11.

Recién nacidos menores de 1500 g

- ▶ No secuelas 64,1%
- ▶ Secuelas severas 13,1%
- ▶ Secuelas leves o moderadas 23,8%



Severas: retardo mental (CI<50), parálisis cerebral con incapacidad para andar, ceguera, sordera.

Moderadas: retardo mental (CI: 50-70), pérdida de audición, parálisis cerebral con incapacidad de andar.

Leves: retardo mental (CI: 70-84), alteraciones de la coordinación, comunicación, aprendizaje o percepción.

Disfunciones cognitivas a largo plazo en sujetos prematuros con hemorragia intraventricular.

A. Narberhaus a, M.D. Segarra-Castells a, R. Pueyo-Benito a, F. Botet-Mussons b, C. Junqué
[REV NEUROL 2008; 47: 57-60]

Conclusiones. Los adolescentes con antecedentes de prematuridad y HIV neonatal presentan disfunciones en el rendimiento cognitivo general, así como específico, que podrían explicar los problemas de rendimiento académico frecuentemente descritos en esta población.

Displasia broncopulmonar en el recién nacido pretérmino.

Elías Duck Hernández,* Pedro Juan Cullen Benítez,** Eugenio Salgado Ruiz,** Beatriz Guzmán Cisneros*

Diponible en: <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

Los prematuros que padecen DBP suelen quedar con secuelas estructurales a nivel pulmonar. Se ha demostrado que estos pacientes tienen las pruebas de función pulmonar alteradas en la adolescencia. El crecimiento se ve afectado de manera importante, el desarrollo psicomotor al año de edad de los pretérminos de MBP se ve más afectado en pacientes con displasia en comparación con aquellos sin displasia.

Outcomes in young adulthood for very-lowbirth weight infants.

Hack M, Flannery DJ, Schluchter M, Cartar L, Borawski E, KleN. N Engl J Med 2002;346:149-157.

- ▶ La tasa de graduación secundaria fue significativamente menor que el control.
- ▶ El coeficiente de inteligencia es menor .
- ▶ La tasa de problemas neurosensoriales fueron 10 veces mayor (Paralisis cerebral, hidrocefalia con shunt, ceguera,sordera)
- ▶ La tasa de enfermedades crónicas es mayor que el grupo control.

Costes familiares y sociales.

- ▶ Ruptura del núcleo familiar.
 - ▶ Modificaciones laborales de los padres.
 - Reajustes de las jornadas laborales.
 - Renuncias.
 - Disminución de los ingresos familiares.
 - ▶ Se incrementan costos de salud y educación.
 - ▶ Las familias requieren ayudas sociales.
- 

Evidencias que reducen la prematuridad

- ▶ - **Disminuir la incidencia de cesáreas no indicadas médicamente o partos inducidos**
- ▶ - **Limitar el número de transferencia embrionaria en FIV**
- ▶ - **Evitar fumar**
- ▶ - **Suplementación con progesterona**
- ▶ **Cerclaje cervical en algunas mujeres**

Hanna et al. Lancet
2012

...al continuar disminuyendo la mortalidad a menores edades gestacionales, sumado al incremento en las tasas de prematuridad, aparecerán mayor número de discapacidades, no sólo biológicas sino psicológicas, sociales y educativas, lo que además de incrementar los costos en salud y en educación, tienen importantes repercusiones en la dinámica familiar. De tal forma que en la transición epidemiológica, además de los padecimientos crónico-degenerativos clásicos, deben incluirse todos los relacionados con la prematuridad y sus consecuencias.

¿Habrá en el futuro un mayor número acumulado de individuos con secuelas neurológicas por haber nacido prematuros?

Luis Jasso-Gutiérrez.

Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 65, septiembre-octubre 2008

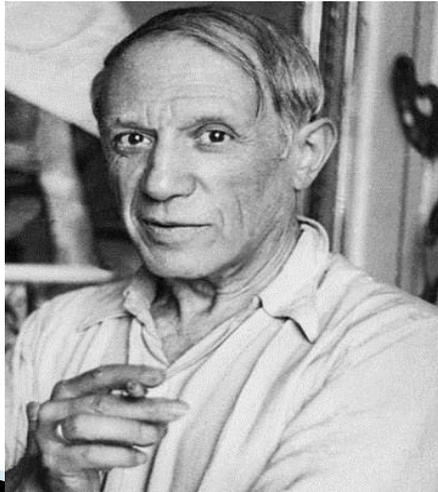


Albert Einstein
Culver Pictures, Inc.

PRETÉRMINOS FAMOSOS



Víctor Hugo



Pablo Picasso



sir Isaac Newton



Gracias.