



REVISIONES

Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional

Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional
Premature birth: approaches presents in national and international scientific production

*Pohlmann, Flávia Conceição **Kerber, Nalú Pereira da Costa **Viana, Jackeline da Silva **Carvalho, Vanessa Franco de **Costa, Carolina Coutinho **Souza, Catharine Silva de

*Enfermera. Máster en Enfermería por el PPGEf FURG. E-mail: fcpohlmann@ibest.com.br

**Escuela de Enfermería.Universidad Federal de Rio Grande/FURG. Brasil.

(Investigación financiada por la FAPERGS Edital Pesquisador Gaúcho)

Palabras clave: Parto prematuro; Cuidado prenatal; Enfermería

Palavras chave: Parto prematuro; Cuidados no pré-natal; Enfermagem.

Keywords: Preterm birth; Prenatal care; Nursing

RESUMEN

Objetivo del estudio fue conocer la producción científica sobre el parto prematuro. Se trata de un estudio bibliográfico, realizado con 24 trabajos completos que abordan la prematuridad, derivado de la Biblioteca Virtual en Salud, publicados entre los años 2008 y 2013. El análisis de la literatura se llevó a cabo temáticamente, emergiendo cuatro categorías: factores de riesgo asociados al parto prematuro, nacimiento prematuro: Aspectos positivos y negativos; conducta profesional relacionada con el parto prematuro y el papel de la atención de enfermería en el trabajo de parto prematuro. Este estudio indica que muchos investigadores están preocupados por los factores de riesgo asociados con la prematuridad, lo que contribuye a la identificación temprana y a la reducción de las tasas de esta complicación. Aún así, son pocos los estudios que brindan contribuciones a la enfermería, dejando de contribuir al conocimiento y proceso de trabajo de estos profesionales, también responsables de producir salud en este momento de la vida de mujeres y familias que viven la prematuridad.

RESUMO

Estudo com o **objetivo** de conhecer a produção científica acerca do parto prematuro. Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado com 24 artigos científicos completos abordando a prematuridade, oriundos da Biblioteca Virtual em Saúde, publicados entre os anos de 2008 e 2013. A análise dos artigos foi realizada tematicamente, emergindo quatro categorias: Fatores de risco associados ao parto

prematureo; Prematuridade: aspectos negativos e positivos; Conduta profissional relacionada ao trabalho de parto prematuro e O papel da enfermagem na assistência ao trabalho de parto prematuro. Este estudo aponta que muitas pesquisas estão preocupadas com os fatores de risco relacionados à prematuridade, contribuindo para a identificação precoce e redução nos índices desta complicação. Ainda, percebe-se que poucos estudos trazem contribuições para enfermagem, deixando de contribuir para o conhecimento e processo de trabalho desses profissionais, também responsáveis por produzir saúde neste momento da vida de mulheres e famílias que vivenciam a prematuridade.

ABSTRACT

The study aimed to gather the scientific production about preterm birth. This is a bibliographic study, conducted across 24 full papers addressing prematurity, derived from the Virtual Health Library, published between the years 2008 and 2013. The analysis of the literature was carried out thematically, emerging four categories: Risk factors associated with preterm labor; Prematurity: negative and positive aspects; Professional Conduct related to preterm labor and the role of nursing care in preterm labor. This study indicates that many works are concerned about the risk factors associated with prematurity, contributing to early identification and reduction in rates of this complication. Still, few studies benefit nursing regarding to the knowledge and work process of such professionals, responsible for producing health at this moment in the lives of women and families are experiencing prematurity.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro (PP) es definido como la ocurrencia del nacimiento antes de término, o sea, niños nacidos antes de la madurez fetal, período anterior a 37^a semana de gestación.¹

Aunque la obstetricia ha pasado por diversos cambios, la prematuridad continúa siendo un desafío para la salud pública, en virtud de la mortalidad y de la morbilidad neonatal. Con relación a los recién nacidos (RN), cuando estos consiguen sobrevivir al nacimiento prematuro, representan muchas preocupaciones para los servicios de salud y sus familias, por las secuelas y daños que derivan de este nacimiento.²

La realidad de la prematuridad en Brasil asume la “10^a posición entre los países responsables del 60% de los nacimientos prematuros del mundo, con la estimación de que han ocurrido 250.000 o más nacimientos prematuros en el año 2010”.³ Este dato todavía no ha sido confirmado por las autoridades gubernamentales brasileñas.

En el estado de Rio Grande do Sul, según datos del Ministerio de Salud (MS), la prematuridad representó 8,5% de los nacimientos en 2004, alcanzando la mayor tasa de prematuridad de todos los estados brasileños. En 2008, la tasa aumentó, alcanzando 9,2% de los nacimientos, representando la mayor tasa de los últimos 10 años. En el municipio de Rio Grande el percentual preliminar de nacimientos prematuros, también en el año 2008, fue de 6,7%.^{4,5}

Para que esta realidad cambie es necesaria la preparación del sistema de salud, capaz de atender las necesidades de las gestantes. De esta forma, los profesionales deben estar atentos a la realización del prenatal, dado que este se presenta como de extrema importancia para la identificación precoz de los factores de riesgo que la gestante pueda presentar y la intervención adecuada.

Como forma de contribuir a la disminución de la prematuridad en Brasil, el Ministerio de Salud actualizó, en 2012, el Manual Técnico sobre Gestación de Alto Riesgo que orienta las directrices para los profesionales y enumera los principales factores de riesgo para el parto prematuro. De entre los factores de riesgo que puede

desencadenar el parto prematuro se encuentran los de orden psicosocial como la ausencia de control prenatal, los de orden comportamental que incluye las siguientes situaciones: tabaquismo, actividad física aumentada, consumo de cocaína, situaciones de alto estrés y trauma.⁶

También pueden surgir factores de origen fisiológico como: parto prematuro previo, historia de uno o más abortos espontáneos en el segundo trimestre, edad límite, complicaciones maternas (clínicas u obstétricas), gestación múltiple, anomalías congénitas, polihidramnio, rotura prematura de membranas, desprendimiento de la placenta, infecciones maternas, entre otros. Algunos resultados se han mostrado positivos en relación a la identificación y tratamiento precoz de infecciones genitales y del tracto urinario materno, así como la adaptabilidad de la embarazada a los cuidados necesarios para el manejo del trabajo de parto prematuro satisfactorio.⁶

A partir de lo expuesto, conscientes de los altos índices de parto prematuro en la realidad brasileña, se buscó conocer un poco más sobre el asunto, identificando los diferentes aspectos que sobre el tema ofrece la producción científica, proporcionando elementos que dirijan las acciones de los servicios de salud. Para esto, se fijó el objetivo de conocer la producción científica nacional e internacional acerca del parto prematuro.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión integral, elegida por entender que este método posibilita resumir las investigaciones ya concluidas y obtener conclusiones a partir de un tema de interés.⁷

El estudio se desarrolló en la Biblioteca Virtual en Salud, en las bases de datos Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE y Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, utilizando el descriptor Parto Prematuro, en el día 06/05/2013. Los criterios de inclusión fueron artículos fruto de investigación científica con texto completo disponible, asunto principal Trabajo de Parto Prematuro, Nacimiento Prematuro y Prematuro, en los años de 2008 a 2013, en los idiomas inglés, portugués y español. Se obtuvo la referencia de 71 artículos que estaban disponibles para el análisis.

Sin embargo, muchos títulos no se encontraban disponibles en medio virtual, incluso con la delimitación utilizada como criterio de inclusión y, después de efectuado un primer análisis, aún fueron excluidos otros artículos que se limitaban al recién nacido, excluyendo el binomio madre-bebé en la composición del manuscrito, así como algunos artículos que se encontraban repetidos. Con esto, la muestra final para un análisis más minucioso estuvo compuesta por 24 artículos.

Para la presentación de los resultados se desarrolló un análisis temático de los artículos que componen la muestra, agrupando por similitud de enfoques y resultados encontrados, siendo posible listar cuatro categorías: Factores de riesgo asociados al parto prematuro; Prematuridad: aspectos negativos y positivos; Conducta profesional relacionada con el parto prematuro y El papel de enfermería en la asistencia al parto prematuro.

RESULTADOS

La presente revisión integral está compuesta por 24 producciones científicas (Cuadro 1). De estas, 15 está indexadas en MEDLINE y 9 en LILACS. En el ámbito nacional, los periódicos con publicaciones acerca de la temática en estudio fueron: Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - REEUSP, Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, Revista Mineira de Enfermagem- REME y Revista Ciência Cuidado e Saúde.

En relación a los artículos analizados en los últimos cinco años, la mayor concentración de publicaciones fue en el año 2011 con 07 artículos, seguido de 2009 con 06, 2008 con 05 y, por último, los años 2010 y 2012 con 03 publicacones cada uno. En lo tocante a los idiomas de los artículos, el mayor número de publicaciones se encuentra en leíngua inglesa con 15 artículos, seguida del idioma portugués con 08 publicaciones y español con 01 publicación. Se advierte el hecho de que hasta el momento del levantamiento bibliográfico, en el año 2013, aún no había sido publicado ningún artículo que incluyera el foco de esta investigación.

Cuadro 1 – Artículos que compusieron la muestra de la producción científica sobre prematuridad.

Nº	Artículo	Autor	A n o	Periódico
01	Significados atribuídos por puérperas ás síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro.	SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.	2 0 1 1	Rev. Esc. Enferm USP, v.45, n.6. p.1285-1290, 2011.
02	Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant.	KAVANAUGH, K.; MORO, T. T.; SAVAGE,T.A.; REYES, M.; WYDRA, M.	2 0 0 9	J Perinat Neonatal Nurs,v.23,n.2, p.159-170, apr/jun, 2009.
03	Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro.	SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; CARVALHO, J. B. L.; SILVA, M. L. C.	2 0 0 9	Rev Bras Enferm, Brasília, v.62, n.5, p.729-733, set/out, Brasília, 2009.
04	Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA.	ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P. F. T.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.	2 0 1 2	Rev. Gaúcha Enferm, v.33, n.2: p.86-94, junho 2012- Porto Alegre (RS).
05	Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental.	RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N.	2 0 0 9	Esc Anna Nery Rev Enferm, v.13 ,n.2, p.297-304,abr/jun,2009.
06	Effect of parity on maternal and neonatal outcomes in twin gestations.	HANNOUN, A.; USTA, I. M.; AWWAD, J.; MOUKALLED,D.; YAHYA, F.; JURDI, A.; NASSAR, A. H.	2 0 1 2	Acta Obstet Gynecol Scand, v.91, n.1, p.117-121, jan, 2012.
07	Effects of a relaxation training program on immediate an prolonged stress responses in women with preterm labour.	CHUANG, L. L.; LIN, L. C.; CHENG,P ,J.; CHEN, C. H.; WU, S. C.; CHANG,C.L.	2 0 1 2	Journal of Advanced Nursing, v.68, n.1, p.170-180, 2012.
08	By psychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses.	OSKAY, I. G. U.; BEIJI, N. K.	2 0 1 1	J Clin Nurs,v.20,n. (5-6), p.653-665, mar, 2011.
09	Preterm birth prevention: a mandate for psychosocial assessment.	LEDERMAN, R.P.	2 0 1 1	Issues Ment Health Nurs, v.32, n.3, p.163-169, 2011.

			1	
10	Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization?	ERDEVE, O.; ARSAN,S.; CARPOLAT, F. E.; ERTEM, I. O.; KARAGOL, B. S.; ATASAY, B.; YOURDAKOK, M.; TEKINALP, G.; TURMEN, T.	2 0 0 9	J Obstetrícia Saúde da Mulher, v.54, n.1, p. 8-17, 2009.
11	The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective.	GWEN LATENDRESSE, C. N. M.	2 0 0 9	J Midwifery Women's health, v.54, n.1, p.8-17, 2009.
12	Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004.	SCHOENFISCH, A.L.; DEMENT, J. M.; RODRIGUEZ ACOSTA R. L.	2 0 0 8	Am J Ind Med, v.51, n.12, p.911-922, dec, 2008.
13	Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor.	STRINGER, M.; GENNARO,S.; DEATRICK,J. A.;FOUND, S.	2 0 0 8	J Obstet. Gynecol Neonatal Nurs, v.37, n.2, p.196-202, marc-apr, 2008.
14	Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers.	NEU, M.;ROBINSON, J.	2 0 0 8	MCN Am J Matern Child Nurs, v.33, n.3, may/jun, 2008.
15	Visión de las madres en cuidado del hijo premature en el hogar/Vision of mothers in care of premature babies at home.	LÓPEZ, N. C.; RODRIGUEZ, L. M.	2 0 1 1	Av Enferm, n.1, p.120-129, 2011.
16	Características do apoio social associados à prematuridade em população de puérperas de baixa renda.	GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P.	2 0 1 1	Esc. Anna Nery, (impr.), v.15, n.1, p.54-61, jan/mar, 2011.
17	Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007.	NADER, P. R. A.; COSME, L. A.	2 0 1 0	Esc Anna Nery, Rev. Enfermagem, v.14, n.2, p.338-345, abr/jun, 2010.
18	Vivência maternal com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado.	SOUZA, LIMA, N.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; MEDEIROS, JÚNIOR, A.; ACCIOLY, JUNIOR, H.	2 0 1 0	Reme-Rev. Min. Enferm., v.14, n.2, p.159-165, abr/jun, 2010.
19	Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres.	CARVALHO, B. R.; MELO C.; BRUGGEMANN, O. M.; GARCIA, O. R. Z.; KOETTKER, J. G.	2 0 0 9	Cienc. Cuid. Saúde, v.8, n.4, p.540-547, out/dez, 2009.
20	Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants.	BRANDON, D. H.; TULLY, K. P.; SILVA, S. G.; MALCOLM, W. F.; MURTHA, A. P.; TURNER, B. S.; HOLDITCH,DAVIS, D.	2 0 1 1	J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.40, n.6, p.719-731, nov/dec, 2011.
21	Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland.2011 revision of the Swiss recommendations.	BERGER, T.M.; BERNET, V.; EL ALAMA,S.et al.	2 0 1 1	Swiss Med Wkly, v.18, n.141, p.132-8, oct, 2011.
22	Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy an safety for preventing preterm birth.	JUDITH, A. M.	2 0 1 0	Biological Research for Nursing, v.12, n.2:p.106-124, 2010.
23	The experience of Thai women facing the onset of	RATTASUMPUM, P.; RAINES, D. A.	2 0	MCN An J Matern Child Nurs, v.33, n.5, p.302-306,

	preterm labor.		0 8	sep/oct, 2008.
24	Stress and preterm labor and birth in Black women.	GENNARO, S.; SHULTS, J.; GARRY, D. J.	2 0 0 8	J.Obstet Gynecol Neonatal Nurs, v.37, n.5, p:538-545, sep/oct, 2008.

Según el levantamiento de esta revisión, de los 24 estudios que abordaron la cuestión del parto prematuro, 11 de estos trazan como parte de su desarrollo y consideraciones los factores de riesgo para la prematuridad. Los demás abordan las representaciones y los sentimientos vividos tanto por la madre al experimentar el nacimiento de un hijo prematuro, `pero también la repercusión de esa situación en todo el círculo familiar.

Solo tres estudios mencionan el papel de la enfermería frente al parto prematuro, siendo solamente uno brasileño. Estos estudios enfocan la especificidad del trabajo de enfermería y sus acciones para contribuir con una asistencia de calidad y efectiva al TPP. Las categorías se disponen a continuación:

Factores de riesgo asociados al parto prematuro

Se identificó que la preocupación por los factores de riesgo está presente en las investigaciones que implican la temática, contribuyendo a un mejor entendimiento sobre su identificación, como forma de mejorar la asistencia e intentar reducir los índices de PP.

El estudio de los factores de riesgo asociados al PP resulta pertinente una vez que conocerlos implica una mejor comprensión de su influencia en el proceso de del nacimiento. También, puede favorecer el cuidado, ayudando a los profesionales de salud en cuanto a su identificación, con atención a las características de las gestantes y, a partir de esto, planificar una asistencia que comprenda la prevención del PP conforme a la realidad de cada mujer.

El conocimiento de las características poblacionales es capaz de reducir los indicadores de salud desfavorables, principalmente el de la mortalidad infantil, en la medida en que el mismo conocimiento implica la identificación e intervención precoz². Los profesionales de los servicios de salud deben estar atentos, así como también, deberían orientar a las mujeres a procurar asistencia inmediata en el momento en que perciban cualquier señal indicativa de un trabajo de parto prematuro (TPP). La primera opción de la mayoría de las mujeres acostumbra ser la busca de amigos y familiares, antes que los servicios de salud. Tal hecho puede deberse a la falta de información en el prenatal.⁸

La asistencia prenatal regular es la forma más segura de detección precoz de señales y síntomas indicativos de la posibilidad de un PP. El Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) es considerado el factor de riesgo más frecuente relacionado con el TPP y PP, abarcando el desencadenamiento fisiológico del parto pre-término o la interrupción de la gestación por conducta médica, como forma de prevenir complicaciones materno-fetales. Tal factor de riesgo, además de desencadenar alteraciones fisiológicas, acarrea también alteraciones emocionales en las mujeres que están en tratamiento para SHG, siendo un ciclo donde el propio factor desencadenante favorece su intensidad y complicabilidad. Las mujeres que viven tal situación visualizan el factor de riesgo de forma negativa, relacionado con la muerte y

el estrés al que madre y bebé están expuestos y, de esa forma, subjetivamente, la representatividad que estas tienen favorece la complicación del resultado de su cuadro.⁹

El estrés también se ve como un factor que puede contribuir a desencadenar el PP en mujeres que están en tratamiento para el TPP, desencadenando un ciclo vicioso en las condiciones físicas y emocionales de la mujer.¹⁰ El estrés pre y posparto es visto como un posible complicador de las condiciones maternas, que puede favorecer la depresión puerperal y, por esta razón, madres de recién nacidos prematuros necesitan de cuidados y observación más intensos, para prevenir complicaciones.¹¹ Hay evidencias de que la fisiología del estrés asociada a la fisiología del parto y gestación crea un mecanismo fisiopatológico que explica el TPP,¹² haciendo a las mujeres que sufren de estrés crónico más vulnerables al PP.¹³

Factores de riesgo como poca edad materna y número de consultas insuficiente de prenatal son comprobados en investigación desarrollada en el Espíritu Santo, que revela que tales características están asociadas de forma significativa con el PP. El estudio destaca la importancia del prenatal realizado de forma adecuada y con calidad, visto que es posible que el acompañamiento inadecuado o ausente de la gestación sea un factor de riesgo para el PP, pues estas mujeres no tuvieron seguimiento durante la gestación y pueden tener conocimiento insuficiente sobre hábitos saludables en la gestación y riesgos asociados al TPP.¹⁴ Otro estudio desarrollado en una ciudad del Estado do Maranhão evidenció que asistencia prenatal y hábitos de vida, cuando consideradas inadecuadas, son situaciones que están ligadas al TPP.¹⁵

Otros estudios que identificaron factores de riesgo asociados al TPP y sus correlaciones verificaron que placenta previa, diabetes y enfermedad cardiovascular están positivamente asociadas al TPP.¹⁶ También, uníparas con gestación doble están sujetas a un índice más elevado de PP y cesáreas.¹⁷

La prematuridad representa un problema de salud pública, visto que diversos factores están implicados en este proceso. Por tanto, los profesionales deben identificar los factores de riesgo de forma precoz y considerar siempre la hipótesis de que solo un factor no es el responsable del nacimiento prematuro, sino considerarlo un hecho con múltiples causas, que pueden haber sido las responsables del desencadenamiento de esta complicación. Así, el resultado de cada caso podrá ser satisfactorio y las morbididades maternas y fetales prevenidas.¹⁵

Prematuridad: aspectos negativos y positivos

Algunos estudios señalan la relación de la prematuridad con aspectos negativos, tanto en la percepción de las mujeres que vivieron tal experiencia como en los factores relacionados con la vida y condiciones de salud de la madre y del bebé. Con todo, un estudio identificó que la prematuridad, cuando superada de forma satisfactoria, produce en las madres un sentimiento de cuidado intenso con su hijo, de cariño constante y una adaptabilidad materna satisfactoria para las necesidades del bebé. Al mismo tiempo, alerta del hecho de que tal característica despertada en las madres puede asumir una connotación negativa, a partir del momento en que estas se vuelven superprotectoras.¹⁸

La prematuridad puede ocasionar este tipo de sentimiento, pues representa factor de extrema preocupación por la salud del neonato, dado que contribuye a la mortalidad y morbilidad de estos. Niños prematuros tienen, a largo plazo, mayor posibilidad de tener consecuencias graves en su salud, como ceguera, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y desarrollo.¹³ Tal realidad se presenta como un desafío para los padres y para el equipo de salud. Los padres se encuentran con una situación inesperada, el acortamiento de la gestación, y deben tomar decisiones que pueden interferir en el futuro de sus hijos, y el equipo de salud por tener que manejar cuidados que también pueden generar impacto en la salud del recién nacido y de la mujer, a largo y corto plazo.¹⁹

Cuando la mujer se encuentra con la experiencia del TPP se ve en una situación inesperada, y sus niveles de estrés son inversamente proporcionales a su edad gestacional, siendo que de cuantas menos semanas gestacionales ella estuviera al instaurarse el TPP, mayor es su nivel de estrés. Así, se percibe que el estrés es considerado un factor de riesgo para el PP y de esa forma, acaba colaborando para que el desenlace del caso suceda de forma inadecuada.²⁰

La construcción social percibida por mujeres que vivieron el PP está puesta de forma negativa durante la gestación, ya que consideran que la prematuridad está asociada a la imagen de muerte. Tras vivir esa experiencia, muchas de ellas se ven con el ingreso de su hijo en una unidad de cuidados intensivos, construyendo una imagen de enfermedad relacionada con la prematuridad en el puerperio.²¹

También es un aspecto negativo relacionado con la prematuridad la cuestión de que la madre rompe con la imagen de ir a casa con su hijo tras el parto, ya que este, normalmente, queda ingresado por necesitar de cuidados especiales. De esta forma, la mujer pasa del papel de madre al de acompañante, lo que quiebra su dinámica familiar, generando la sensación de descontrol sobre la situación que experimenta.⁹

También, la prematuridad representa un sufrimiento para las mujeres que vivieron tal situación con sus hijos, dado que pasan de un momento considerado como parte del ciclo de vida saludable, a asumir el papel de enfermos que necesitan de cuidados especiales²², además de que ese sufrimiento se extienda hasta el periodo puerperal.²³

A partir de tal contexto, se percibe la necesidad de contar con el apoyo de otros elementos de la familia, principalmente de la figura paterna, que muchas veces no está dispuesta a luchar con tal situación y cuando se implica también sufre de tensión emocional. Además, el cuidado de un RN prematuro exige un soporte financiero, representativo en la familia por un largo periodo, para que su desarrollo sea satisfactorio.²⁴

Para la prevención de la prematuridad y como consecuencia de los aspectos negativos arriba descritos, es necesario que la red de atención a la salud consiga interferir de forma positiva antes de que se instaure el TPP. Y cuando no fuera posible la prevención del PP, deben aplicarse, acciones que viabilizan el parto y que no traigan riesgos mayores para madre y bebé.

Conducta profesional relacionada con el parto prematuro

Ante un cuadro de TPP, es necesario que la mujer sea acogida, tenga una asistencia adecuada y reciba informaciones sobre su estado de salud, así como medidas

preventivas y cómo proceder en caso de emergencia. También, es esencial que el profesional sepa identificar precozmente factores de riesgo en las características de las gestantes y que esta reciba un adecuado acompañamiento prenatal, además de la toma de decisiones eficaz ante las interocurrencias. El desencadenamiento de un PP puede estar significativamente asociado a la calidad de la atención ofrecida a las gestantes, así como la conducta de cada profesional implicado.²¹

El proceso decisorio del equipo profesional que asiste ese momento en la vida de las mujeres debe ser compartido con ellas, con los padres y con las familias. Para que ese momento sea decidido con seguridad es necesario que exista el intercambio y comprensión de las informaciones pertinentes al proceso de selección. Un individuo que comprende el proceso que vivencia y se siente participe, contribuye a un mejor enfrentamiento de sus condiciones de salud.¹⁹ El profesional debe dejar de ser el detentor del saber y compartir con las personas involucradas, además de utilizar un lenguaje que sea accesible a la realidad de las mujeres.¹⁴

El prenatal representa un importante aliado de la reducción de los índices de parto prematuro, pues es por medio de él que se identifican las características que representan factores de riesgo y se tienen condiciones de implantar medidas que contribuyan a su prevención. El aumento de la prevalencia de la prematuridad está asociado a la calidad del prenatal y su cobertura.²⁵ La ausencia de asistencia prenatal o el número de consultas insuficiente es considerado un factor de riesgo para el TPP y está íntimamente relacionado con su incidencia.⁹ Hay algunos investigadores que afirman que la calidad del prenatal no interfiere en los índices de parto prematuro, con todo, la identificación precoz de factores de riesgo y señales y síntomas, son conductas indiscutibles de prevención de la prematuridad.²⁶

Los cuidados relacionados con el momento del parto y atención al neonato también son conductas pertinentes para mejorar la calidad de vida del binomio madre-bebé. Se destaca la importancia de la actuación del equipo multidisciplinar en la asistencia al TPP, ya que visiones diferenciadas pueden llegar a las soluciones más pertinentes para la salud del neonato y de la gestante.²⁷ Están también la capacidad técnica y equipamientos que no siempre están disponibles para auxiliar en la conducta profesional de prevención, recuperación y mantenimiento de la salud, y cuando inexistentes representan un daño significativo del cuidado en este contexto.²

El apoyo social de los profesionales que realizan asistencia al TPP es mencionado por diversos estudios que garantizan que el aspecto biológico es importante, pero el aspecto emocional interfiere también en el desenlace de la situación. Tal conducta garantiza una disminución en el nivel de estrés (factor de riesgo al PP) de las mujeres, en la medida que estas ven al equipo multiprofesional como aliado, pasan a escuchar sus orientaciones y comienzan a utilizar las informaciones compartidas.⁶

El papel de la enfermería en la asistencia al parto prematuro

La enfermería debe ser capaz de dar soporte emocional y de aclarar preguntas a las familias que bregan con la hipótesis de un bebé prematuro. Estar en un plano de suposiciones puede acarrear en la gestante y en su familia una serie de incertidumbres referentes a su estado de salud y a la toma de decisión, por tanto, el profesional de enfermería debe de estar dispuesto y apto para contribuir a que la situación sea vivida de forma menos traumática por sus clientes.¹⁹

Es necesario también que el enfermero sea consciente de la fragilidad fisiológica y psicológica de la gestante que vivencia el TPP. De esta forma, es necesario comprender el tiempo de cada cliente para hablar y tomar decisiones sobre su estado de salud y del bebé. La transparencia de las informaciones sobre la evolución del caso para los clientes es condicionante para que la comprensión sea efectiva y la toma de decisión sea consciente, así las conductas a ser ejercidas por los enfermeros deben tomar en consideración estos aspectos.¹⁹

Cabe al enfermero realizar la planificación del cuidado, considerando el conocimiento personal de la mujer y de su familia, principalmente en relación a su cuerpo y a los cambios que este viene sufriendo consecuencia del TPP. Para hacer efectiva tal conducta es necesario el conocimiento del enfermero en relación a su cliente, así como el diálogo y uso de la educación en salud en su proceso de trabajo, favoreciendo la autonomía de la mujer.²²

Cuando las conductas no evitan el PP, es necesario que el momento del parto sea vivido de forma tranquila y segura. La conducta adoptada por el enfermero, en el momento del parto, que ocasionará una atención humanizada, es la comprensión de que este es un momento de fragilidad para la mujer y su familia, la necesidad de una acogida en la llegada al centro obstétrico y el aporte emocional. Con esto, la vivencia de ese momento por la parturienta será menos traumática.²⁸

Resulta evidente que los enfermeros precisan estar atentos para identificar y valorar los sentimientos de las mujeres que pasan por una situación de TPP, así como hacer uso de estrategias para que se sientan apoyadas durante todo el proceso haciendo la vivencia más satisfactoria. Se percibe que estudios dirigidos a la enfermería sobre prematuridad se encuentran en número inferior con relación a las demás categorías, siendo importante que la enfermería dirija sus investigaciones para su propia área, favoreciendo el conocimiento de su categoría y de estrategias para utilizar en su proceso de trabajo.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió conocer la producción científica acerca del TPP, que en su mayoría aborda los factores de riesgo para el TPP y resalta la importancia en la prevención y en el manejo adecuado del nacimiento pre-término para reducir la morbimortalidad. Los factores de riesgo más citados en la literatura como desencadenantes del parto prematuro fueron: síndrome hipertensivo gestacional; estrés; baja edad materna; número de consultas de prenatal insuficiente; placenta previa; diabetes; gestante con enfermedad cardiovascular, y uníparas con gestación doble.

La literatura muestra que hay una ambivalencia en las percepciones de las mujeres que vivieron la experiencia de tener hijos prematuros. Eso porque en algunos estudios la prematuridad fue vista solo como algo negativo, ya que este hecho extrema la preocupación de la mujer y de sus familiares con la situación de salud del neonato, ansiedad, miedo y estrés. Por otro lado, se percibió que cuando la mujer consigue superar de forma satisfactoria esa situación, se genera un sentimiento de cariño y cuidado intenso con su hijo, y mayor adaptación para suplir las necesidades del bebé.

En relación a la conducta de los profesionales de salud y al papel del enfermero se vio que cabe a los mismos proporcionar soporte adecuado para las madres y familiares,

basado en la solidaridad y acogida, juntando también los saberes técnico y científico de modo que se reduzca la morbimortalidad y ocurra de la mejor manera posible el enfrentamiento de esa situación.

Se refuerza que la temática carece de más investigaciones en nuestro país, mirando a un mayor entendimiento sobre el fenómeno del nacimiento prematuro, pues solo ocho estudios contemplaron la realidad brasileña. Se percibe la necesidad de estudios que se detengan en la utilización y orientación de las políticas públicas en el proceso de trabajo de los profesionales que prestan asistencia en el ciclo gravídico-puerperal, como forma de garantizar una asistencia humanizada y de calidad al binomio madre-bebé, a la familia y a la sociedad.

REFERENCIAS

- 1- Betiol H, Barbieri MA, Silva AAM. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32(2):57-60.
- 2- Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2):297-304.
- 3- Marcho of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. Geneva, 2012.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise dos nascimentos no Brasil e regiões. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004.
- 5- Ministério da Saúde. O Brasil está entre os dez países com o maior número de partos prematuros, aponta OMS, 2008.
- 6- Ministério da Saúde. Manual técnico de gestação de alto risco. Ed MS. Brasília, 2010.
- 7- Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. *Aorn J* 1998 April; 67(4):877-80.
- 8- Stringer M, Gennaro S, Deatrck JA, Founds S. Symptoms described by African American women evaluated for preterm labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(2):196-202.
- 9- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Carvalho JBL, Silva MLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2009 set-out; 62(5):729-33.
- 10- Chuang LL, Lin LC, Cheng PJ, Chen CH, Wu SC, Chang CL. Effects of a relaxation training programme on immediate and prolonged stress responses in women with preterm labour. *Journal of Advanced Nursing.* 2012; 68(1):170–180.
- 11- Oskay IGU, Beji NK. Biopsychosocial risk factors for preterm birth and postpartum emotional well-being: a case-control study on Turkish women without chronic illnesses. *J Clin Nurs.* 2011 Mar; 20(5-6):653-65.
- 12- Erdeve O, Arsan S, Canpolat FE, Ertem IO, Karagol BS, Atasay B et al. Does individual room implemented family-centered care contribute to mother-infant interaction in preterm deliveries necessitating neonatal intensive care unit hospitalization? *J Obstetrícia Saúde da Mulher de* 2009; 54(1):8-17.
- 13- Gwen Latendresse CNM. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(1):8–17.
- 14- Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 abr-jun; 14(2):338-345

- 15- Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Factores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 jun; 33(2):86-94.
- 16- Schoenfisch AL, Dement JM, Rodríguez-Acosta RL. Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004. Am J Ind Med. 2008 Dec; 51(12):911-22.
- 17- Hannoun A, Usta IM, Awwad J, Moukalled D, Yahya F, Jurdi A et al. Effect of parity on maternal and neonatal outcomes in twin gestations. Acta Obstet Gynecol Scand 2012 Jan; 91(1):117-21.
- 18- López NC, Rodríguez LM. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar / Vision of mothers in care of premature babies at home. av. Enferm., xxix, 2011(1):120-129.
- 19- Kavanaugh K, Moro TT, Savage TA, Reyes M, Wydra M. Supporting parents' decision making surrounding the anticipated birth of an extremely premature infant. J Perinat Neonatal Nurs; 2009 Apr-Jun; 23(2):159-70.
- 20- Gennaro S, Shults J, Garry DJ. Stress and preterm labor and birth in Black women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Sep-Oct;37(5):538-45.
- 21- Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1285-92.
- 22- Rattasumpun P, Raines DA. The experience of Thai women facing the onset of preterm labor. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008 Sep-Oct; 33(5):302-6.
- 23- Brandon DH, Tully KP, Silva SG, Malcolm WF, Murtha AP, Turner BS, Holditch-Davis D. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011 Nov-Dec; 40(6):719-31.
- 24- Lederman RP. Preterm birth prevention: a mandate for psychosocial assessment Issues Ment Health Nurs. 2011; 32(3):163-9
- 25- Guimarães EC, Melo ECP. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. Esc Anna Nery (impr.) 2011 jan-mar; 15(1):54-61.
- 26- Judith AM. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. Biological Research for Nursing 2010; 12(2):106-124.
- 27- Berger TM, Bernet V, El Alama S, Fauchère JC, Hosli I, Irion O et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. Swiss Med Wkly. 2011 Oct, 18:141:w13280.
- 28- Carvalho BR, Melo C, Bruggemann OM, Garcia ORZ, Koettker JG. Inibição do trabalho de parto pré-termo: vivência de mulheres. Cienc Cuid Saude 2009 Out/Dez; 8(4):540-547.

Recibido: 8 de julio 2015; Aceptado: 7 de septiembre 2015

ISSN 1695-6141

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