

# Nașterea spontană prematură

*Spontaneous preterm birth*



FOTO: SHUTTERSTOCK

**Daniela Stan<sup>1</sup>,  
Mihai Mitran<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>. moașă licențiată,  
Spitalul Clinic  
de Obstetrică-Ginecologie  
„Prof. Dr. Panait Sărbu”  
București,  
șef Comisie Națională  
OAMGMAMR,  
specialitatea moașe,  
vicepreședinte OAMGMAMR -  
filiala București  
<sup>2</sup>. medic primar OG,  
asistent universitar,  
doctor în Științe Medicale,  
Spitalul Clinic  
de Obstetrică-Ginecologie  
„Prof. Dr. Panait Sărbu”  
București

Correspondență:  
Daniela Stan  
e-mail: daniela\_stan07@  
yahoo.com

## Abstract

*The premature birth continues to be one of the greatest challenges of the perinatal medicine. The beginning of the millennium has found us witnesses of an impressive number of survivals of newborns with a weight lower than 500 g at birth, i.e. below the weight limit which the World Health Organization has imposed on the registration of the living fetus births. These infants, named by some authors „micro-prematures” and treated in the intensive care units, reveal a new reality of the modern neonatology. Although the huge clinical and technological progress achieved during the latest years is obvious, the survival of these micro-prematures has also lead to an increased demand for financial and human resources as well as the appearance of major ethical dilemmas. Most of these surviving premature infants have a low weight compared to the standards of the gestational age and the long-termed prognosis is not confirmed at present.*

**Keywords:** *The premature birth, premature infants*

## Rezumat

*Nașterea prematură continuă să fie una dintre cele mai mari provocări ale medicinei perinatale. La începutul mileniului am fost martorii supraviețuirii unui număr semnificativ de nou-născuți cu greutatea mai mică de 500 g la naștere, sub limita greutății pe care Organizația Mondială a Sănătății a desemnat-o pentru înregistrarea nașterilor cu feți vii. Acești copii, numiți de către unii autori „microprematuri”, tratați în unitățile de terapie intensivă, reflectă o nouă realitate a neonatologiei moderne. Deși uriașul progres clinic și tehnologic obținut în ultimii ani este evident, supraviețuirea acestora a adus, de asemenea, la o nevoie crescută de resurse financiare și umane, precum și dileme etice majore. Majoritatea acestor microprematuri care supraviețuiesc au greutate mică pentru vârsta gestațională și, la momentul actual, prognosticul pe termen lung nu este confirmat.*

**Cuvinte-cheie:** *naștere spontană prematură, nou-născut prematur*

Prin naștere spontană prematură se înțelege întreruperea intempestivă a cursului sarcinii, la o vârstă gestațională aflată între 28 și 37 de săptămâni, născându-se un făt viu, cu greutatea sub 2.500 g.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a propus, în anul 1948, următoarea definiție a prematurului: „Este prematur orice copil care cântărește la naștere 2.500 g sau mai puțin”. Din anul 1960 s-au efectuat numeroase cerce-

tări asupra întârzierii de creștere intrauterină. Definiția fondată exclusiv ponderal nu a mai putut fi acceptată, ea lăsând numeroase confuzii, în special între prematuritate și întârziere de creștere intrauterină.

Astfel, distincția dintre durată și vârsta de gestație și calitatea creșterii fetale a devenit fundamentală pe plan etiopatogenic și terapeutic. Lubchenco LO și colab. (1963) trasează curbe grafice de creștere intrauterină a fătului, stabilind la populația dată curba medie a greutateii în concordanță cu o serie de alți parametri de gestație (lungime, circumferință craniană, caractere morfo-funcționale).

Un fapt cu întârziere intrauterină de creștere prezintă greutatea sub două deviații standard față de greutatea medie sau cu 25% mai mică decât greutatea medie pentru vârsta gestațională respectivă. OMS (1961) adaugă la criteriul greutateii și criteriul vârstei de gestație, definind prematurul ca fiind născut sub 2.500 g și sub 38 de săptămâni de amenoree (SA)/36 săptămâni de gestație (SG) sau 266 de zile de amenoree/252 zile de gestație.

Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările următoare, în temeiul art. 7 alin. 4 din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, emite următorul Ordin: Nou-născutul viu este produsul de concepție expulzat sau extras complet din organismul matern, indiferent de durata amenoreei ori vârsta de gestație, este declarat născut viu dacă prezintă după expulzie sau extragere unul din următoarele semne de viață: respirație spontană, activitate cardiacă (pulsății ale cordonului ombilical) ori contracția voluntară a unui mușchi.

Vârsta de gestație a devenit elementul de bază al definiției prematurității, dar, din nefericire, ea nu se cunoaște întotdeauna cu precizie. Retrospectiv, examenul clinic al nou-născutului, prin studiul semnelor morfologice, funcționale, neurologice, poate estima vârsta de gestație la naștere, cu erori de două săptămâni, în plus sau în minus (dar aceste date sunt tardive pentru obstetrician).

Limita inferioară a prematurității a fost fixată de OMS, după 1948, la 28 SA/26 SG sau 196 de zile de amenoree/182 de zile de gestație, greutate 1000 g, lungime 35 cm.

Odată cu progresele înregistrate în neonatologie, care au debutat în anii '70, OMS a dat, în 1977, o nouă definiție a prematurității, în concordanță cu succesele obținute în recuperarea nou-născuților foarte mici și extrem de mici: „Expulzia unui produs de concepție care cântărește cel puțin 500 g sau de o vârstă gestațională egală cu 22 SA/20 SG (când nu se cunoaște greutatea), cu o talie de cel puțin 25 cm (când nu sunt cunoscute nici greutatea, nici vârsta de gestație), care, odată expulzat, manifestă semne de viață (bătăi cardiace, pulsății ale cordonului ombilical, contractură musculară la stimulii externi), indiferent dacă placenta rămâne sau nu atașată și cordonul ombilical este sau nu secționat”.

Pornind de la această definiție a OMS, trebuie specificat faptul că ea nu poate fi aplicată peste tot în lume. Există țări dezvoltate care au ajuns la astfel de performanțe, după cum există foarte multe țări subdezvoltate pentru care mai sunt valabile criteriile din perioada 1948-1961.

Supraviețuirea copiilor extem de mici (sub 1000 g) nu depinde doar de greutate, ci și de vârsta gestațională și de maturizarea organo-funcțională. Pentru copiii cu greutatea de 500-800 g, se ridică cele mai importante probleme, atât în ceea ce privește atitudinea obstetricală, recuperarea ulterioară, cât mai ales viitorul lor (mulți dintre supraviețuitori sunt retardați, uneori cu sechele ireversibile).

## Etiopatogenia și diagnosticul nașterii spontane premature

Nașterea prematură reprezintă un fenomen de natură să influențeze dezvoltarea ulterioară a copilului, fapt pentru care este necesar să i se acorde atenția cuvenită. Există factori multipli care pot determina nașterea prematură, ei asociindu-și, de multe ori, influențele lor patogenice.

În proporție de 40 până la 70% din cazuri, etiologia nașterii premature nu poate fi determinată.

Cauzele nașterii spontane premature, care sunt de obicei cauze asociate, se pot clasifica în:

- a. Factori socio-economici
- b. Factori medicali materni
- c. Factori medicali fetoplacentari.

### a. Factori socio-economici

Factorii socio-economici implicați în etiopatogenia nașterii spontane premature sunt extrem de variați. Astfel, nivelul scăzut de cultură, venitul familial scăzut, spațiul locuibil restrâns, din care pot deriva alți factori, precum lipsa de igienă personală și carențe de alimentație, transportul la și de la locul de muncă, efortul fizic crescut cerut de unele profesii, muncă de noapte sau activitatea casnică extrem de solicitantă, toate pot favoriza și genera tulburări grave în evoluția normală a sarcinii.

Cât privește profesia, studii recente au arătat că indicele de prematuritate este mai ridicat la femeile fără profesie (9%), față de cele lucrătoare (7%), acest lucru fiind explicat prin faptul că mediul de muncă, în majoritatea situațiilor, constituie și un mijloc de informare și de motivare pentru femei, de unde și prezentarea într-un număr mai mare la consultația prenatală.

Gestațiile multiple, paritatea, vârsta mamei, sarcinile nedorite sau nelegitime sunt alți factori incriminați în etiologia nașterii spontane premature. Astfel, paritatea are un rol important, riscul prematurității fiind crescut la marile multipare. Legat de multiparitate, o corelație importantă, valabilă numai pentru acest grup de gravide, este starea nou-născutului la ultima naștere. Dacă ultima naștere s-a terminat prin moartea nou-născutului, probabilitatea de a avea un copil prematur la naștere, în sarcina următoare, este de 21,8%. Dacă ultimul nou-născut este viu, probabilitatea de a avea un prematur la naștere pentru sarcina actuală este de numai 6%.

Alt factor important asociat cu nașterea prematură este numărul avorturilor spontane.

### Relația dintre prematuritate și vârsta mamei

Incidența cea mai mare a prematurității se întâlnește la mamele sub 15 ani (15,8%). Incidența prematurității scade constant odată cu avansarea în vârstă a mamei, ajunge la un minim între 25 și 29 de ani (6,1%) și începe

apoi să crească, atingând un nou vârf (9,9%) când vârsta mamei este cuprinsă între 40 și 44 de ani.

În sarcinile nedorite sau nelegitime, ponderea prematurității este cu peste 50% mai mare decât în sarcinile femeilor căsătorite, în acest caz, climatul afectiv familial având un rol major.

Un alt factor important în etiologia nașterii premature este fumatul matern în timpul sarcinii. Numărul nașterilor premature este de două ori mai mare la fumătoare decât la nefumătoare. Scăderea medie în greutate a copiilor celor din grupul fumătoarelor este de 150-200 g, scăderea greutății fiind proporțională cu numărul de țigări consumate pe zi, riscul fiind, după aprecieri recente, de 9 ori mai mare decât la nefumătoare.

Pe lângă tabagism, alcoolismul poate fi și el incriminat în etiologia prematurității, iar intoxicațiile profesionale cu plumb, mercur, benzen, tetraclorură de carbon conduc la naștere prematură, prin acțiunea toxică a acestor elemente chimice asupra fătului.

Nașterea prematură iatrogenă apare ca o consecință a inducției electivă a travaliului sau a operației cezariene, când are loc o estimare greșită a vârstei gestaționale. După unele statistici, 15% din internările în serviciile de terapie pentru nou-născuți au drept cauză această decizie eronată.

Vorbind de factorii medico-sociali, calitatea consultației prenatale comportă și ea o importanță deosebită, indicele prematurității fiind mult mai crescut în cazul sarcinilor nedecarate, în cazul prezentării tardive la prima consultație, ca și în situațiile în care ritmicitatea consultației prenatale nu este respectată.

## **b. Factorii medicali materni**

Cauzele materne ale nașterii spontane premature sunt fie locale, fie generale.

### **1) Cauze locale**

Sunt cele care produc întreruperea cursului normal al sarcinii, ca urmare a insuficienței de adaptare mecanică a uterului. Astfel, prezența unor condiții anatomice anormale ale uterului și ale colului conduce la nașterea spontană în 1-3% din cazuri.

Cele mai importante entități sunt insuficiența cervico-istmică și uterul septat sau bicorn. Diagnosticul de insuficiență cervico-istmică se poate pune cu certitudine numai atunci când cervixul este găsit dilatat, iar punga apelor ajunge în vagin, în absența travaliului.

Deși insuficiența cervico-istmică este considerată o cauză de avort tardiv, este probabil ca 50% din gravidele cu această afecțiune să prezinte simptomele între săptămâna a 20-a și a 36-a de sarcină, ele putând fi considerate drept cazuri de ruptură prematură de membrane sau travaliu prematur. În aceste cazuri, incidența travaliului prematur, dacă sarcina continuă mai mult de două săptămâni, se situează între 16 și 30%. Aproximativ 50% din femeile cu malformații uterine congenitale pot beneficia de corectarea chirurgicală, astfel încât să poată duce sarcina la termen.

Uterul tumoral, prin fibromatoză uterină mai ales, este, de asemenea, implicat în etiologia nașterii premature, și anume prin reducerea amplitudinii peretelui uterin sau prin micșorarea și deformarea cavității uterine, iar uterul

hiperplazic se va adapta morfo-funcțional numai după mai multe întreruperi consecutive ale cursului normal al sarcinii. Sinechiile uterine pot determina travaliul prematur, prin tulburări trofice la nivelul caducei, infecțiile vulvo-vaginale, o altă cauză maternă locală, producând infecția polului distal al oului, cu ruperea prematură a membranelor amniotice, ceea ce conduce, de asemenea, la nașterea spontană prematură.

### **2) Cauze generale**

Între cauzele generale care se pot asocia cu travaliul prematur pot fi menționate: cordul mic, necorespunzător evoluției gestației, factori constituționali, ca talia mică și greutatea mică a mamei. Însă, ponderea cea mai mare, în cadrul cauzelor generale ale nașterii premature, o au bolile materne infecțioase: boli virale, infecții microbiene, în special listerioza, boli parazitare (în special toxoplasmoza), bolile cronice (hipertensiunea arterială, bolile renale cronice și infecțiile urinare, cardiopatiile, hematopatiile cronice, tuberculoza), bolile metabolice (diabetul zaharat), ca și bolile specifice sarcinii (disgravidii).

Infecțiile materne sunt mai frecvent asociate cu nașterea prematură. Există numeroase dovezi care atestă că, atunci când infecțiile acute (pneumonie, pielonefrită) apar în timpul sarcinii, ele sunt însoțite și de contracții uterine înainte de termen. Există, de asemenea, dovezi asupra faptului că travaliul prematur apare frecvent la femeile afectate de un proces infecțios cronic, ca tuberculoza sau hepatita cronică.

În prezent, este stabilit faptul că nașterea prematură se află în strânsă legătură cu infecția uterină (cervico-amniotică) și cu infecția căilor urinare și că există două căi principale de pătrundere a microorganismelor la făt: calea transplacentară (hematogenă) și calea ascendentă (din căile genitale ale femeii), care este cea mai frecventă.

Atât reprezentanții microflorei (*E. Coli*, streptococul fecal, *Proteus*, *Klebsiella*, bacilul pioceanic, miceliile de tip *Candida*), cât și alte microorganisme, care staționează frecvent pe căile urogenitale ale femeii, pot constitui factori etiologici ai corioamniotitei. Dar germenii infecțioși pot pătrunde intraamniotic, nu numai în cazul ruperii membranelor, ci și prin membranele intacte, acesta constituind o descoperire recentă în obstetrică. Este vorba despre așa-numita amniotită necunoscută a lui Ledger, care poate explica 30% și peste acest procent din totalitatea cazurilor de naștere prematură de cauză necunoscută. De aceea, la toate gravidele cu travaliu prematur, rezistente la tratamentul convențional și, în special, la tratamentul cu betamimetice se va suspecta o corioamniotită. Procesul infecțios poate fi diagnosticat și post-partum, prin examenul placentei, examen care ar trebui să devină un examen de rutină în orice caz de naștere prematură și de etiologie necunoscută.

Studii histopatologice și bacteriologice au dovedit prezența infecției în 27% din placentele și membranele obținute după nașterile premature, comparativ cu 4,7% la cele obținute de la nașterile la termen.

Altă infecție maternă strâns legată de nașterea prematură este infecția tractului urinar. Astfel, la peste 25% dintre gravidele cu travaliu prematur, examenul sedimentului urinar a fost sugestiv pentru infecția urinară,



deși infecția dovedită prin culturi nu s-a constatat decât la jumătate din cazuri.

#### **Alte boli materne:**

Atât bolile materne cronice (boli renale, hipertensiunea arterială cronică, cardiopatiile), cât și bolile specifice sarcinii (disgravidile) constituie cauze frecvente de naștere spontană prematură: majoritatea acestor afecțiuni provoacă o alterare cronică a capacității materne de transport al oxigenului (insuficiența cardiacă) sau scăderea fluxului sanguin utero-placentar (hipertensiunea cronică, disgravidile tardive), având drept consecință afectarea creșterii fetale, iar un atac hipoxic sau o criză de vasoconstricție poate determina travaliul prematur.

Cea mai frecventă situație care duce la instalarea travaliului prematur și la nașterea unor feți cu greutate mică este hipertensiunea arterială, atât cea preexistentă sarcinii, cât și cea din cadrul unei disgravidii tardive. Există numeroase dovezi asupra strânsei legături dintre hipertensiunea arterială din decursul sarcinii și greutatea mică a nou-născutului la naștere, acestea ca urmare a influenței negative a hipertensiunii arteriale materne asupra travaliului, prin declanșarea travaliului prematur. Într-un studiu recent, 69% din nașterile premature, cu feți sub 2.500 g, au fost atribuite complicațiilor apărute la sfârșitul sarcinii, la mame cu preeclampsie sau hipertensiune arterială cronică severă în istoric.

Printre factorii medicali materni responsabili de declanșarea travaliului prematur pot fi menționați, de asemenea, traumatismul fizic și traumele psihice.

Traumatismul fizic, ocazional sau chirurgical, poate fi luat în considerație numai dacă travaliul prematur s-a produs la scurt timp de la acțiunea acestuia. Chiar și un raport sexual – factor traumatic – poate declanșa un travaliu prematur, cunoscut fiind faptul că infecțiile amniotice se pot dezvolta și în cazul când membranele sunt intacte, așa cum am amintit mai sus. În plus, la declanșarea travaliului prematur în urma unui contact sexual în timpul sarcinii contribuie și prezența prostaglandinelor din lichidul seminal.

În ceea ce privește traumele psihice, studii tot mai numeroase evidențiază rolul negativ al stresului și al emoțiilor puternice în evoluția sarcinii și în dezvoltarea fătului. Astfel, s-a constatat că agresiunea psihologică în decursul perioadei de sarcină a avut o incidență mai mare la mamele care au născut prematur.

#### **c. Factorii medicali fetoplacentari**

Malformațiile congenitale fetale constituie o cauză importantă a nașterii premature, incidența malformațiilor fiind de 4 ori mai mare la prematuri față de cei născuți la termen. Nașterea prematură apare frecvent în sarcinile în care există anomalii în morfologia, implantarea sau funcționarea placentei. Dacă pentru unele anomalii anatomice, cum ar fi placenta în formă de paletă, placenta circumvalată și inserția marginală a cordonului ombilical, asocierea cu travaliul prematur este rară, în schimb, în placenta jos inserată (praevia), riscul prematurității este de 4 ori mai mare. Nașterea spontană prematură este determinată fie de ruperea prematură a membranelor, fie de sângerare, mai ales în varietățile centrale, ceea ce

impune evacuarea conținutului endo-uterin. Și decolarea prematură a placentei normal inserate este incriminată în etiologia nașterii premature, aceasta determinând și un număr mare de decese fetale. Și în acest caz, ca și în cazul placentei praevia, se poate spune, ca în majoritatea situațiilor, că nașterea prematură este mai mult rezultatul intervenției obstetricale, decât al travaliului prematur.

Dintre factorii medicali fetoplacentari, sarcina gemelară reprezintă cauza cea mai frecventă a nașterii spontane premature, durata gestației scăzând linear, în mod direct, proporțional cu numărul de copii din cavitatea uterină. Astfel, în sarcina gemelară, travaliul se întrerupe prematur în peste 30% din cazuri, sarcina multiplă fiind responsabilă de un procent ridicat de decese neonatale precoce (25%). Mecanismul prin care sarcina multiplă intervine în determinismul nașterii premature este reprezentat de supradistensia uterină, mecanism valabil și în hidramnios, și în hipertrofiile fetale. Ruperea prematură a membranelor este un accident obstetrical care precede nașterea prematură în 1-3 cazuri. Factorii care declanșează ruperea prematură a membranelor pot fi responsabili și de nașterea înainte de termen.

În majoritatea cazurilor, cauza ruperii premature a membranelor (concludentă prin test Zeiawang) este necunoscută, incriminându-se contracții intempestive, puternice și neregulate, contracțiile segmentului inferior, prezența vicioasă, dehiscenta orificiului intern, ca și incompetența cervicală, procese inflamatorii (vaginite, endometrite), ce pot afecta structura și calitatea membranelor (care, în acest caz, devin subțiri, friabile) sau tulburări în ceea ce privește elasticitatea acestora.

Și incompatibilitățile sangvine fetomaterne, cu izoimunizare anti-D sau în sistemul ABO, sunt implicate în etiologia prematurității, și anume prin determinarea insuficienței placentare.

Insuficiența placentară constituie rezultatul unor numeroși factori patologici, care duc la suferință fetală cronică, cu toate aspectele ei, până la moartea intrauterină, iar diagnosticul se bazează pe numeroase investigații paraclinice moderne, ca dozările hormonale, care stau la baza monitorizării fetale ante- și intrapartum.

La factorii socio-economici medicali materni și fetoplacentari se adaugă și factori etiologici necunoscuți, într-un procent care poate avea valori cuprinse între 40 și 70%. Este de menționat că, în mod frecvent, gravidele cu travaliu prematur de cauză necunoscută au placentă mici, calcificate, cu arii largi de degenerare fibrinoidă, care aderă la uter și determină prelungirea perioadei al III-lea al nașterii și retenția de placenta.

#### **Statistică**

În anul 1948, prima întrunire internațională pentru sănătate a Ligii Națiunilor încadra, în cazurile de prematuritate, orice copil având la naștere o greutate sub 2.500 g. De asemenea, erau definite următoarele situații:

- Nașterea înainte de termen - travaliu înainte de 37 de săptămâni complete de gestație.
- Amenințare de naștere înainte de termen - contracții dureroase regulate (cel puțin 3-10 min.), eventual mici

**Tabelul 1** Cauzele nașterii premature (după J. Lipshitz și J. Schneider)

Factori	
<b>În sarcină</b>	<b>În extra-sarcină</b>
■ infecții	■ vârsta mamei
■ sângerări interne	■ înălțimea și greutatea mamei
■ sarcini multiple și hidramnios	■ factori socio-economici
■ malformații uterine	■ tabagismul
■ incompetență cervicală	■ factori psihologici, traumatisme
■ boli materne	■ antecedente obstetricale
■ rupere prematură de membrane	■ factori necunoscuți
■ întârziere în creșterea fătului	
■ factori epidemiologici	

sângerări, pierderea dopului de mucus înainte de 37 de săptămâni complete.

### Riscurile materno-fetale

Importanța deosebită care se acordă în prezent prematurității se explică prin frecvența, încă ridicată, a nașterilor spontane premature repetate, în fiecare an născându-se, conform statisticilor, aproximativ 22.000.000 de copii cu greutate sub 2.500 g (ceea ce reprezintă 1/6 din totalul copiilor născuți vii). Ea se mai explică și prin faptul că prematuritatea, prin multiplele riscuri pe care le comportă, are o mare influență pe plan demografic, producând modificarea dinamicii indicatorilor demografici. Astfel, prematuritatea determină aproximativ 50% din mortalitate, între 70 și 80% din mortalitatea neonatală precoce și peste 1/3 din mortalitatea infantilă în general, precum și 40% din morbiditatea neonatală.

Totodată, este de menționat că prematurii consumă imense resurse materiale, în materie de îngrijire, tratament și eventual, pentru reabilitatea deficiențelor tardive - destul de numeroase și grave (aproximativ 30%) - substratul etiopatogenetic al acestora fiind constituit de hemoragia cerebrală.

Referitor la riscurile nașterii spontane premature, nu trebuie neglijate nici riscurile materne, care se confundă, de fapt, cu problemele ce au provocat nașterea spontană prematură: disgravidiile, stările infecțioase acute și cronice, cardiopatiile, toate acestea constituind tot atâția factori de risc matern în nașterea spontană prematură.

În disgravidiile tardive, cauză importantă a nașterii premature, în cazul prezenței de leziuni vasculo-renale pot apărea tulburări severe, cu agravarea tabloului clinic, ajungând la preeclampsie și chiar la eclampsie (aceasta fiind responsabilă de un indice ridicat de mortalitate maternă - între 0,3 și 10%), precum și la complicații cerebrale (edem, hemoragii), renale (IRA), oculare (decolare de retină) ș.a.

Având în vedere riscul crescut și handicapurile existente la prematuri, prevenirea nașterii spontane trebuie să constituie, prin urmare, o preocupare de prim ordin a obstetricienilor.

Frecvența nașterii spontane premature este apreciată, în genere, ca fiind în proporție de 10%, dar repartiția acestor nașteri este inegală, variind între 2,5 și 30%. Astfel, în unele

țări dezvoltate (țările nordice din Europa, Noua Zeelandă), indicii sunt deosebit de mici (2,5-3%). În alte țări (SUA, Anglia, Franța), ele evoluează între 6 și 10%, pentru ca în țări subdezvoltate (ca India) să atingă un procent de 30%. În România, incidența este 15-19% (Raport Unicef - România 2005). În 2004 s-au născut 216.261 feți vii, dintre care 2.595 (1,2%) prematur sever, afectați sau cu detresă respiratorie și 8.650 (4%) prematur cu probleme majore.

Trebuie subliniat, însă, faptul că este dificil de a aprecia procentajul nașterilor spontane premature, acesta variind de la un serviciu la altul, fiind în funcție, în special, de supravegherea exercitată în cursul consultației prenatale și de oportunitatea tratamentului amenințării de naștere prematură.

Pentru evaluarea riscului nașterii premature și formularea prognosticului, au fost imaginat scoruri de risc. Scorurile de risc permit studierea fiecărei gravide aflate în supraveghere și instituirea unor măsuri terapeutice fundamentale, în cazurile care cumulează risc crescut, peste un anumit nivel.

Cel mai cunoscut este coeficientul de risc al nașterii premature introdus de către Papiernik în anul 1969. În vederea calculului sunt utilizați 35 de factori de risc, cotați fiecare cu 1 până la 5 puncte.

### Concluzii

Nașterea prematură reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, fiind una din principalele cauze de mortalitate și morbiditate a nou-născutului. Complicațiile legate de nașterea prematură și prognosticul pe termen lung sunt invers proporționale cu vârsta de gestație.

Atenta monitorizare a gravidei, pentru identificarea factorilor de risc incriminați, poate scădea considerabil procentul de nașteri premature. ■

### Bibliografie

1. Crișan N, Nanu D. Obstetrica. Manual pentru studenți, vol I și II, UMF "Carol Davila" București, 1994.
2. Luca V. Diagnostic și conduită în sarcină cu risc crescut, Ed. Enciclopedică, București, 1989.
3. Marinescu B. Consultația în sarcina cu risc crescut, Ed. Enciclopedică, București, 1999.
4. Sârbu P, Ioanițoiu I, Tudose-Topală E. Ghid pentru moașe, Ed. Medicală, București, 1964.
5. Virtej P. Obstetrica fiziologică și patologică, Ed. All, București, 1996.