

INCIDENCIA DEL PREMATURO TARDIO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2000 – 2013

INCIDENCE OF PREMATURE LATE IN THE HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2000-2013

Manuel Ticona Rendón (1), Diana Huanco Apaza(2)

(1)Medico Pediatra y Neonatólogo. Doctor en Medicina y Salud Pública. Profesor Principal de la Escuela de Medicina Humana UNJBG

(2)Obstetra del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Doctora en Salud Pública.

RESUMEN

Introducción: Los recién nacidos prematuros tardíos presentan mayor morbilidad y mortalidad que los nacidos a término. El objetivo fue conocer la incidencia del recién nacido prematuro tardío en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizó 753 recién nacidos vivos con edad gestacional de 34 a 36 semanas de embarazo único, nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2013. Se evaluó la incidencia por 100 nacidos vivos por cada año de estudio. Se utilizó base de datos del Sistema Informático Perinatal. **Resultados:** Durante los 14 años de estudio, se atendieron 46 783 recién nacidos vivos, de los cuales 6,69% fueron prematuros, siendo 4,65% prematuros tardíos (34 a 36 semanas), lo que representa 69,47% de todos los prematuros. La incidencia oscila entre 5,78% en el año 2002 hasta 3,32% en el año 2011, con una discreta tendencia descendente. **Conclusión:** La incidencia de prematuros tardíos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna descendió discretamente en los últimos 14 años, y se encuentra en el promedio nacional.

Palabras Clave: Prematuro tardío, pre término tardío, prematuridad.

ABSTRACT

Introduction: The late preterm infants have higher morbidity and mortality than term infants. The objective was to determine the incidence of late preterm newborn in the hospital Hipólito Unanue Tacna. **Material And Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study. We analyzed 753 live births with gestational age of 34-36 weeks of pregnancy only, born in Tacna Hipolito Unanue Hospital during the years 2000 to 2013. The incidence per 100 live births per year of study were assessed. Database of Perinatal Information System was used. **Results:** During the 14 years of study, were treated 46,783 live births, of which 6.69% were premature, being 4.65% late preterm (34-36 weeks), representing 69.47% of all premature. The incidence ranges from 5.78% in 2002 to 3.32% in 2011, with a slight downward trend. **Conclusion:** The incidence of late preterm in the hospital Hipólito Unanue Tacna down discreetly in the past 14 years, and is at the national average.

Keywords: Premature Late, late pre term, prematurity.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la supervivencia de los prematuros con edad gestacional superior a las 33 semanas es la norma. Este hecho ha condicionado que se hayan considerado niños con muy bajo riesgo, tanto a corto como a largo plazo. Esta valoración es errónea a la vista de los datos de la bibliografía reciente, tanto de estudios poblacionales como del mayor conocimiento de los estados madurativos a estas edades gestacionales que ponen de manifiesto, explican y justifican el auténtico riesgo de estos niños.

En el 2005 el Instituto Nacional de Salud y Desarrollo Humano (NICHD), de los EEUU, hizo una propuesta para sustituir la imprecisa frase "cerca a término" con "prematuro tardío", para reflejar la inmadurez de desarrollo y fisiología de este grupo de infantes, y sugirió una definición como los nacimientos entre 34 0/7 y 36 6/7 semanas de gestación, la razón más importante para la elección de la nueva frase, fue que incluso los infantes nacidos pocas semanas antes de término eran inmaduros, con una mayor morbilidad y riesgo de mortalidad en comparación con los nacidos de gestaciones a término; además, de que la semana 34 marca la fecha límite recomendada para la administración de corticoides prenatales (1-4).

La tasa de morbimortalidad en esta población es significativamente inferior a la de los prematuros de edad gestacional más corta (5,6); sin embargo, las complicaciones en el periodo neonatal no son despreciables, con mayor incidencia de problemas respiratorios (retraso de reabsorción del líquido pulmonar fetal, membrana hialina, hipertensión pulmonar persistente, síndromes de aspiración), apneas, inestabilidad térmica, hipoglucemia y dificultades en la alimentación, entre otros, que en los recién nacidos a término (5).

A pesar de todo, en estos recién nacidos sigue siendo, con frecuencia, poco valorada su mayor fragilidad y no se considera que pasar la barrera de las 34 semanas de gestación no garantiza una maduración completa de todos los órganos y funciones del recién nacido (7).

El objetivo de esta investigación fue conocer la incidencia de este grupo de prematuros en el hospital Hipólito Unanue de Tacna y compararlos con la incidencia de otros hospitales a nivel nacional e internacional.

MATERIAL Y METODOS

Esta investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

La población de estudio fueron todos los nacidos vivos, de embarazo único cuyo nacimiento fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 1 de Enero de 2000 al 31 de Diciembre de 2013, siendo en total 46 783 recién nacidos vivos. La muestra de estudio fue el total de nacidos vivos de 34 a 36 semanas y seis días de gestación según fecha de última menstruación.

Se excluyó recién nacidos con falta de información de la edad gestacional por FUM, con edad gestacional por FUM con diferencia de más de 2 semanas con edad gestacional por examen físico y recién nacido hospitalizado de parto extra hospitalario.

La información se recogió de los libros del Servicio de Neonatología, y del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco Obstetricia, la misma que proviene de las historias clínicas perinatales de la madre.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos descriptivos.

RESULTADOS

Durante los años 2000 a 2013 en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, nacieron 46 783 recién nacidos vivos, de los cuales 2 175 fueron de 34 a 36 semanas de gestación, siendo la tasa de incidencia de prematuro tardío de 4,65 por 100 nacidos vivos, como se aprecia en la Tabla y Figura 1.

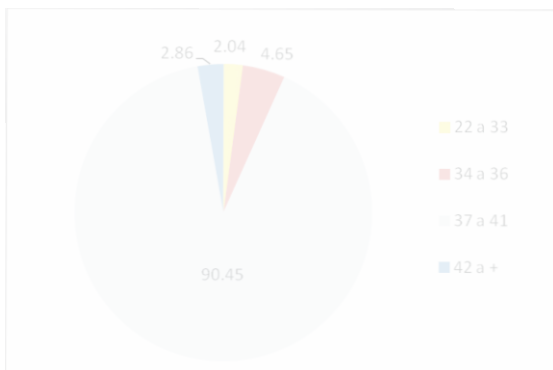
De todos los recién nacidos vivos prematuros, el 69,47% fueron de 34 a 36 semanas (Figura 2).

La incidencia de recién nacidos prematuros tardíos se redujo de 5,78 en el año 2002 hasta 3,32 por cien nacidos vivos en el año 2011 (Tabla 2 y Figura 3).

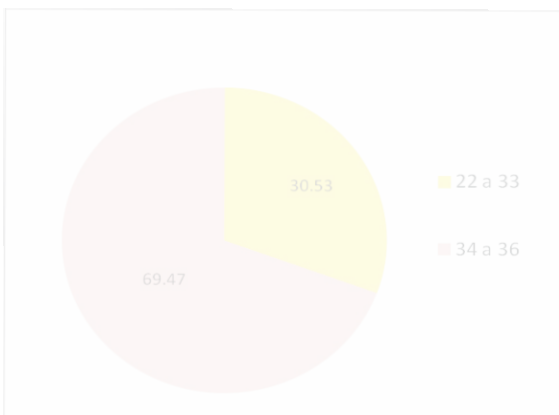
**TABLA 1
NACIDOS VIVOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
2000 - 2013**

EDAD GESTACIONAL	Nº	%
22 – 33	956	2,04
34 – 36	2 175	4,65
37 – 41	42 315	90,45
42 a más	1 337	2,86
TOTAL	46 783	100,00

**Figura 1
Frecuencia de RN según edad gestacional**



**Figura 2
Frecuencia de RN prematuros según edad gestacional**



**TABLA 2
INCIDENCIA DE PREMATURO TARDIO
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
2000 - 2013**

AÑO	Nacidos Vivos	RN Prematuro Tardío	Incidencia X 100 nv
2000	2 430	108	4,44
2001	2 668	141	5,23
2002	3 123	183	5,78
2003	3 157	132	4,14
2004	3 412	148	4,29
2005	3 621	159	4,33
2006	3 463	212	6,02
2007	3 585	161	4,47
2008	3 501	166	4,71
2009	3 619	185	5,04
2010	3 482	133	3,79
2011	3 374	112	3,32
2012	3 458	157	4,54
2013	3 517	178	5,06
2000-2013	46 783	2 175	4,65

**Figura 3
Incidencia y tendencia del recién nacido prematuro tardío.
Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000 - 2013**



DISCUSIÓN

El crecimiento fetal y la maduración ocurren a lo largo de todo el embarazo. Sin embargo, la categorización estándar de infantes prematuros basados en la edad gestacional es de valor para la evaluación de riesgo de morbilidad y de mortalidad, las comparaciones a través de poblaciones y de estudios de investigación, generan un conjunto de directivas de política de salud, y guías del cuidado de los enfermos (2). Generalmente, los prematuros están definidos como los infantes que nacen <37 semanas, en EEUU el 72% correspondieron a prematuros tardíos, semejante al 71,6% de hospitales del Ministerio de Salud del Perú (8) y al 69,5% encontrado en este estudio (Fig. 2).

Los nacimientos pretérmino (<37 semanas de gestación) afecta aproximadamente uno de ocho (12,3% en 2008) de todos los nacimientos en los EEUU cada año (9), y es la causa más frecuente de mortalidad infantil, así como también la causa principal a largo plazo de las incapacidades neurológicas en niños, incluyendo parálisis cerebral y retraso en el desarrollo. Se estima que el nacimiento pretérmino cuesta al sistema de asistencia médica para la salud de los Estados Unidos más que \$ 26,2 billones cada año (10).

El porcentaje de nacimientos vivos en los Estados Unidos que nacieron prematuros tardíos aumentó entre 1990 y 2006 del 7,3% al 9,14%, un incremento de 25% (11). Este aumento representó el 84% de la tasa de prematuridad durante ese mismo período de 16 años. Durante 2007 y 2008, el porcentaje de nacidos vivos que eran prematuros tardíos se redujo al 8,77% de todos los nacidos vivos (unos 15.000 menos de nacimientos prematuros tardíos). Aunque esta tendencia es alentadora, el porcentaje de nacidos vivos prematuros tardíos permanece sustancialmente mayor que en 1990 (7,3%) y, suponiendo que son cerca de 4 millones de nacimientos en los Estados Unidos cada año, equivale a 351.000 nacimientos prematuros tardíos. En nuestro estudio se encontró 4,65 prematuros tardíos por 100 nacidos vivos, semejante al promedio nacional encontrado en el estudio realizado en hospitales del Ministerio de Salud del Perú donde se encontró 4,7% de prematuros tardíos (8).

La supervivencia de los neonatos pretérmino mejoró en gran medida en los decenios recientes, primordialmente debido a los avances en el manejo clínico incluyendo unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), ventiladores pediátricos, el uso de agente tensoactivo y esteroides prenatales. Concomitante con las mejoras en la supervivencia de los prematuros, la tasa de nacimientos prematuros aumento en 33% de 1981 al 2006, casi exclusivamente debido a un incremento en los nacimientos pretérmino tardíos (9,12). En nuestro estudio, contrariamente hemos encontrado una discreta disminución de la incidencia del prematuro tardío en los 14 años de estudio, de 5,78% a 3,32% con una reducción de 43%.

El cerebro del feto experimenta un notable incremento en el crecimiento de la masa y de los nervios (corticoneurogenesis) durante las últimas semanas de embarazo, (Adams-Chapman, 2009). La importancia de las últimas semanas de gestación fue

reconocida oficialmente por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (CAOG) en 2009. La guía de inducción del parto ahora recomiendan que los embarazos que carecen de indicación clínica de parto prematuro no deben ser inducidos antes de las 39 semanas de gestación, o antes si se ha establecido la madurez pulmonar fetal (CAOG, 2009).

Uno de los factores que afectan la tasa de nacimientos prematuros tardíos en los Estados Unidos es el cambio que ha tenido lugar en el manejo del parto en los últimos 20 años. Específicamente, ha habido un marcado aumento en el número de inducciones de trabajo de parto y por cesárea (13) en la gestación de 34 a 36 semanas, que ha influido en el alza de la tasa de nacimiento prematuro tardío (14,15). Las inducciones de partos vaginales se incrementan más del doble (del 7,5% al 17,3%) entre 1990 y 2006. Además, hubo un aumento del 46% en el porcentaje de nacimientos prematuros tardíos por cesáreas (13,16).

Los investigadores encontraron que los bebés que nacieron entre el 34 y 36 semanas sin una indicación médica eran más propensos a necesitar asistencia respiratoria y estaban en mayor riesgo de morbilidad grave en relación a los prematuros tardíos espontáneos (17).

Finalmente podemos concluir que esta investigación es el segundo estudio hospitalario a nivel nacional, siendo la frecuencia de prematuro tardío en Tacna semejante al estudio nacional realizado por los mismos investigadores; y se ha reducido en los últimos 14 años, probablemente por la mejoría de la nutrición materna, la reducción de los índices de indigencia y pobreza, la disminución de la fecundidad, e intervenciones efectivas en el área de salud de la mujer, incluidos los programas de planificación familiar y la amplia cobertura de atención de salud de las embarazadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Raju TN, Higgins RD, Stark AR, et al. Optimizing care and outcome for late preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics* 2006; 118(3):1207-14.
- Engle WA. Are commendation for the definition of late preterm (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol*. 2006; 30:2-7.
- Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among healthy, late preterm newborns. *Semin Perinatol*. 2006; 30:54-60.
- Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infant in the United States, 1995-2002. *J Pediatr*. 2007; 151:450-6.
- McIntire D, Leveno KJ. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008; 111:35-41.
- Kramer M, Demissie K, Yang H. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA* 2000; 284:843-9.
- Dudell GG, Jain L. Hypoxic respiratory failure in the late preterm infant. *Clin Perinatol* 2006; 33:803-30.
- Ticona M, Huanco D. Incidencia del prematuro tardío en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Médica Basadrina* 2013; 7(2): 13-15.
- Martin JA, Osterman MJ, Sutton PD. Are preterm births on the decline in the United States? Recent data from the National Vital Statistics System. *NCHS Data Brief*, no 39. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2010; 39:1-8.
- Institute of Medicine, Societal Costs of Preterm Birth. In: Behrman RE, Stith Butler A, editors. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington, DC: The National Academies Press; 2007. P. 398-429.
- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 58(16):1-17.
- Martin JA, Hamilton B, Sutton PD, Ventura SJ, Mathews TJ, Osterman MJ. Birth: final data form 2008. *Natl Vital Stat Rep* 2010; 59:1-72.
- Martin JA, Kirmeyer S, Osterman M, et al. Born a bit too early: recent trends in late preterm births. *NCHS Data Brief* 2009; 24:1-8.
- Fuchs K, Wapner R. Elective cesarean section and induction and their impact on late preterm births. *Clin Perinatol* 2006; 33(4):793-801.
- Bettegowda VR, Dias T, Davidoff MJ, et al. The relationship between cesarean delivery and gestational age among US singleton births. *Clin Perinatol* 2008; 35(2):309-23.
- Voelker R. US Preterm Births: "D" is for Dismal. *JAMA* 2010; 303(2):116-7.
- Kuehn BM. Scientists probe the role of clinicians in rising rates of late preterm birth. *JAMA* 2010; 303(12):1129-30.

CORRESPONDENCIA:

manuelticonar@yahoo.es

Recibido: 12/05/2014

Aceptado: 13/06/2014