

## INCIDENCIA DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO PRECOZ EN HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

### INCIDENCE OF THE EARLY TERM NEWBORN IN HOSPITALS HEALTH MINISTRY OF PERU

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

(1) Médico 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 a término precoz tienen mayor riesgo de complicaciones y morbilidad que los neonatos a término tardío. El objetivo fue determinar la incidencia de recién nacidos a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizó 10 587 recién nacidos vivos con edad gestacional de 37 a 38 semanas, de embarazo único, nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2013. Se presenta incidencia por año. Se utilizó base de datos del Sistema Informático Perinatal. **Resultados:** Durante los años 2000 a 2013 en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, se atendieron 46 783 recién nacidos vivos, de los cuales 22,6% fueron a término precoz, lo que representa 25% de todos los a término. La incidencia oscila entre 19,7% en el año 2000, hasta 24,6% en el año 2013, con discreta tendencia ascendente. **Conclusión:** La incidencia de recién nacidos a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna se encuentra en el promedio nacional e internacional.

**Palabras clave:** Recién nacido a término precoz, Recién nacido a término temprano, Recién nacido a término.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The early term infants are at increased risk of complications and morbidity during birth and first weeks of life, that late term infants. The objective was to determine the incidence of early term infants in hospitals of the Ministry of Health of Peru. **Material and Methods:** A descriptive, cross-sectional. 21500 was analyzed newborns with gestational age 37-38 weeks of pregnancy only, born in 29 hospitals of the Ministry of Health of Peru in 2008. We present hospital incidence and natural region. Database was used Perinatal Information System. **Results:** In the year 2008 in 29 hospitals of the Ministry of Health of Peru, were treated 96 265 live births, of which 22,3% were term early, which represents 24,2% of all term. The incidence ranges from 9,4% in the Ica Support Hospital, to 48,2% in the hospital Yarinacocha Support. According to natural region, representing 27,5% in the forest, 22% in the mountains and 21,2% on the coast, with statistically significant differences. **Conclusion:** The incidence of early term infants in hospitals of the Ministry of Health in Peru is located in the international average.

**Keywords:** Newborn to end early, early term newborn, term newborn

#### INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos a término precoz se clasifican como los nacidos de 37 0/7 a 38 6/7 semanas de gestación. La definición de término precoz o temprano, fue acuñada recientemente, para centrar la atención sobre los riesgos de morbilidad y mortalidad en estos niños en comparación con los de término nacidos después de esta categoría (39 0/7 a 41 6/7 semanas de gestación) (1).

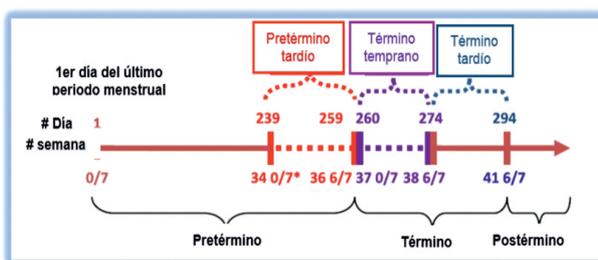


Figura 1. Las definiciones de los prematuros tardíos, término temprano y tardío plazo. El asterisco (\*) indica semanas completas de gestación y es igual al número de intervalos de 7 días a partir del primer día del último período menstrual. (Adaptado de Engle WA, Kominiarek M. bebés prematuros tardíos, bebés primeras plazo, y el calendario de entregas electivos Perinatal Clin 2008; 35:326. Con permiso)

A pesar de los riesgos potenciales del parto prematuro y embarazo pos-término, se ha dado poca atención al parto a término, recién se ha reconocido que hay diferencia de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos en diferentes momentos dentro del intervalo de 5 semanas de gestación considerada clásicamente parto a término (2). Hay una creciente evidencia que demuestra la existencia de diferencias significativas, tanto en los riesgos prenatales que afrontan este tipo de fetos como en los resultados de los lactantes. Se necesita una reevaluación del concepto de embarazo a término con los datos actuales (3).

Los nacimientos de término temprano representan

aproximadamente el 23% y 20% de todos los nacimientos vivos en los Estados Unidos y Francia, respectivamente (4,5). La población de madres e infantes a término precoz ha sido objeto de atención por los investigadores que han descrito un mayor riesgo de morbilidad, especialmente respiratorias, en comparación con los nacidos en la 39 a 41 semanas de gestación (4,6-8). Para abordar las preocupaciones acerca de la morbilidad respiratoria en los lactantes de término temprano, el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos ha actualizado su recomendación en 1996, que la cesárea electiva o inducción del trabajo de parto antes de 39 semanas de gestación, se realiza sólo después de comprobar la madurez fetal y las condiciones clínicas apropiadas (9,10).

El objetivo del presente estudio fue determinar la incidencia de recién nacidos a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

#### MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizó 10587 recién nacidos vivos con edad gestacional de 37 a 38 semanas, de embarazo único, nacidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2000 a 2013.

Se realizó descripción de incidencia por 100 recién nacidos vivos, por año. La información se obtuvo de la base de datos del Sistema Informático Perinatal y se procesó utilizando el software SPSS versión 20. Se presenta tablas y figuras descriptivas.

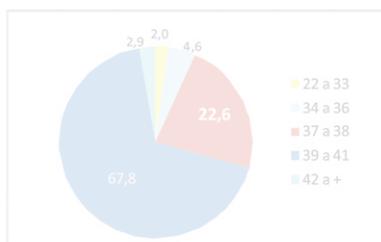
#### RESULTADOS

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2000 a 2013, se atendieron 46 783 recién nacidos vivos, de los cuales 10 587 fueron recién nacidos a término precoz (de 37 a 38 semanas de gestación), lo que representa a 22,6 por 100 recién nacidos vivos (Figura 1). De todos los recién nacidos a término, los de 37 a

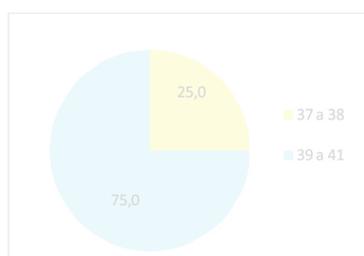
38 semanas de gestación representaron el 25% (Figura 2).

La incidencia oscila entre 19,7% en el año 2000 hasta 24,6% en el año 2008 (Tabla 1 y Figura 3), con una discreta tendencia ascendente.

**Figura 2.**  
Frecuencia de recién nacidos vivos según edad gestacional en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000-2013



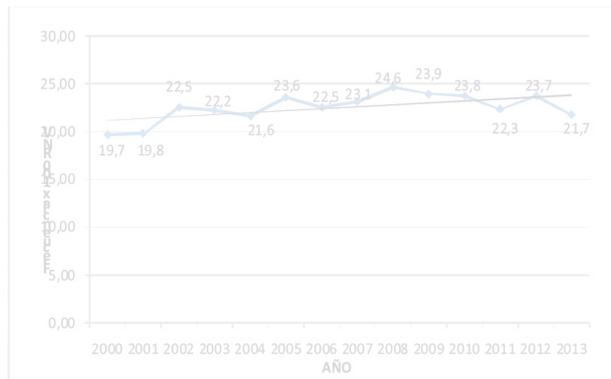
**Figura 3**  
Frecuencia de recién nacidos vivos a término según edad gestacional en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000-2013



**Tabla 1**  
Frecuencia de recién nacidos vivos a término precoz de embarazo único en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000-2013

AÑO	Nacidos Vivos	37 a 38 sem.	%
2000	2430	478	19,7
2001	2697	533	19,8
2002	3168	714	22,5
2003	3188	707	22,2
2004	3453	746	21,6
2005	3671	866	23,6
2006	3521	792	22,5
2007	3600	833	23,1
2008	3528	869	24,6
2009	3667	878	23,9
2010	3511	834	23,8
2011	3374	753	22,3
2012	3458	820	23,7
2013	3517	764	21,7
<b>TOTAL</b>	<b>46783</b>	<b>10587</b>	<b>22,6</b>

**Figura 4**  
Frecuencia de recién nacidos vivos a término precoz según año de presentación en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000-2013.



**DISCUSION**

Los recién nacidos a término precoz tienen significativamente mayores riesgos de presentar complicaciones y morbilidades durante el parto y las primeras semanas de vida, que los neonatos a término tardío. Las tasas de mortalidad y morbilidad neonatal e infantil están influenciadas en gran medida por la edad gestacional con las tasas más bajas entre las 39 y 40 semanas de gestación. Los recién nacidos a término precoz tienen significativamente mayores riesgos de presentar complicaciones y morbilidades durante el parto y las primeras semanas de vida, que los neonatos a término tardío. Las tasas de mortalidad y morbilidad neonatal e infantil están influenciadas en gran medida por la edad gestacional con las tasas más bajas entre las 39 y 40 semanas de gestación. En el hospital Hipólito Unanue de Tacna, donde se atienden la mayoría de los partos de la región (70%), los recién nacidos a término precoz representan el 22,6% del total de nacidos vivos, siendo esta frecuencia semejante a la presentada en los hospitales del Ministerio de Salud en el año 2008 que en promedio fue de 22,3% (11).

Los nacimientos de término precoz, representan aproximadamente el 23% y 20% de todos los nacimientos vivos en los Estados Unidos y Francia, respectivamente (4,5). Si se producen 4 millones de nacimientos anuales en los Estados Unidos, los nacimientos de término precoz representarían aproximadamente 920 000 nacimientos (12). Por lo tanto la frecuencia de nacidos vivos a término precoz en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, se encuentra en el promedio internacional.

El nacimiento antes de la madurez fetal contribuye a la morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo en los recién nacidos a término precoz. La mayoría de los RN entre las 34 y 38 semanas de gestación nacieron antes de tiempo a causa de indicaciones médicas maternas o fetales (5,13).

La vigilancia médica se ha intensificado con los avances en las prácticas obstétricas. El propósito principal de las pruebas prenatales y monitoreo intraparto es identificar complicaciones tempranas en la madre o feto en los procesos fisiopatológicos en que pueden ser susceptibles de intervenciones para prevenir la progresión de la enfermedad materna o del compromiso fetal. El monitoreo electrónico fetal y ecografía prenatal se utilizaron en el 85% y el 67% de los embarazos, respectivamente, en 2003 (14). En contraste, en 1989, la monitorización fetal electrónica se utilizó en sólo el 68% de los embarazos y la ecografía prenatal se utilizó en sólo 48%. Los partos posteriores a las intervenciones, como la inducción del parto y la cesárea electiva, también se han incrementado durante los últimos 10 años (5,15,16). El incremento en el uso de estas y otras herramientas de obstetricia se ha traducido en una reducción de mortinatos y mortalidad perinatal (17). Por el contrario, algunas pruebas prenatales (por ejemplo, pruebas no estresantes, perfil biofísico) tienen valores predictivos positivos bajos. Por lo tanto, un resultado anormal de la prueba puede no reflejar el verdadero estado del feto. Por lo tanto, las pruebas y monitorización más intensas pueden dar lugar a más intervenciones del parto y, en consecuencia, contribuir a una mayor tasa de nacimientos a término precoz.

Las tasas de cesáreas e inducciones del trabajo de parto han aumentado dramáticamente durante los últimos 10 años. Las cesáreas representan aproximadamente un tercio de los partos. Aunque las estimaciones varían considerablemente debido a la insuficiencia de la documentación y la falta de investigaciones prospectivas (18,19), Menacker et al (18) estima que el 3% y el 7% de los partos por cesárea se lleva a cabo sin una indicación médica clara. Otros investigadores han informado de que las cesáreas electivas representan hasta un 18% de los partos por cesárea en los Estados Unidos (13).

Las inducciones de trabajo de parto se producen en aproximadamente el 10% a 20% de los partos, y aproximadamente la mitad se realizan electivamente (13,15-17,20). Debido a que las inducciones de trabajo de parto son tan

comunes, pequeños cambios en los umbrales clínicos pueden aumentar considerablemente el número de partos por cesárea (21).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Engle W. Morbidity and mortality in late preterm and early term newborns: A continuum. *Clin Perinatol* 2011; 38:493-516.
2. Fleishman AR, Oinuma M, Clark SL. Rethinking the definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116:136-9.
3. Clark S, Fleischman A. Term pregnancy: Time for a redefinition. *Clin Perinatol* 2011; 38:557-564.
4. Gouyon JB, Vintejoux A, Sagot P, et al. Burgundy Perinatal Network. Neonatal outcome associated with singleton birth at 34-41 weeks of gestation. *Int J Epidemiol* 2010; 39:769-76.
5. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, et al. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992-2002. *Semin Perinatol* 2006; 30:8-15.
6. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery after term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102(2):101-6.
7. Tita AT, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat caesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009; 360:111-20.
8. Zenardo V, Simbi AK, Franzoi M, et al. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr* 2004; 93:643-7.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal lung maturity. Practice Bulletin No. 97. *Obstet Gynecol* 2008; 112:717-26.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Induction of labor. Practice Bulletin No. 107. *Obstet Gynecol* 2009; 114:386-97.
11. Ticona M, Huanco D. Incidencia del recién nacido a término precoz en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Médica Basadrina* 2013, 7(1): 4-7.
12. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2006. *Natl Vital Stat Rep* 2009; 57(7):1-104.
13. Fuchs K, Wagner R. Elective cesarean section and induction and their impact on late preterm births. *Clin Perinatol* 2006; 33(4):793-801.
14. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C, and the Committee on Fetus and Newborn. "Late-preterm" infants: a population at risk. A clinical report. *Pediatrics* 2007; 120(6):1390-401.
15. Grobman WA. Elective induction: when? Ever? *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(2):537-46.
16. De Frances CJ, Hall MJ. 2005 National Hospital Discharge Survey. Advanced data from vital and health statistics; number 385. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2007.
17. Hankins GDV, Clark S, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol* 2006; 30:276-87.
18. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30(5):235-41.
19. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements* 2006; 23(1):1-29.
20. Rayburn WF, Zhang J. Rising rates of labor induction: present concerns and future strategies. *Obstet Gynecol* 2002; 100:164-7.
21. Moore LE, Rayburn WF. Elective induction of labor. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3): 698-704.

## CORRESPONDENCIA:

Manuel Ticona Rendón  
manuelticonar@yahoo.es

Recibido: 04/11/2014

Aceptado: 28/11/2014