

Morbilidad hospitalaria en niños nacidos a término y prematuros tardíos

(Hospital morbidity in term and late preterm infants)

Daniela Alejandra Nava Salgado,* Vianey Escobar Rojas,** María del Socorro Peña Alejandro***

RESUMEN

Objetivo: Conocer la frecuencia y complicaciones en los recién nacidos prematuros tardíos con relación a lo observado en los niños recién nacidos a término.

Material y métodos: Se colectó información acerca de los niños prematuros tardíos y recién nacidos a término que ingresaron al Servicio de Neonatología entre enero y diciembre de 2010.

Resultados: En ese lapso hubo 443 neonatos: 136 prematuros tardíos y 307 recién nacidos a término; las complicaciones registradas en los recién nacidos pretérmino tardíos fue de 89.7%, en tanto que los recién nacidos a término fue de 57.3%. Las morbilidades más frecuentes en ambos grupos fueron de índole metabólica y respiratoria.

Conclusiones: Las entidades ligadas a su inmadurez fueron similares a las informadas por otros y no se encontraron diferencias mórbidas entre niños pretérmino tardíos y los nacidos a término.

Palabras clave: Recién nacido prematuro tardío, morbilidad, prevalencia.

SUMMARY

Objective: Knowing the frequency and complications in the late preterm infants in relation to what is observed in the newborn children to term.

Material and methods: We collected information about children late preterm and term infants who were admitted to the Neonatology Service between January and December 2010.

Results: We studied 443 patients, 136 and 307 late preterm newborns of term being a morbidity rate of 89.7% in the infant preterm infants, the children to term presented a morbidity rate of 57.3%. The most frequent complications that were presented in both groups were metabolic and respiratory.

Conclusions: The morbidity reported in our study is similar to that reported in the literature, and no differences were found between children morbid late preterm and term.

Key words: Late preterm infant, morbidity, prevalence.

En 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a un niño prematuro tardío cuando éste ha nacido entre las semanas 34 y 36 con 6 días;² probablemente las razones que motivaron a establecer este criterio fueron las complicaciones obstétricas que dan lugar al

nacimiento precoz de los niños; entre éstas menciona: el incremento de embarazos en mujeres mayores de 35 años, los embarazos múltiples, la indicación médica de interrupción prematura del embarazo por enfermedades de la madre (placenta previa, sangrado, infección, hipertensión, preeclampsia, «el trabajo de parto prematuro idiopático», la ruptura prematura de membranas y el retraso en el crecimiento intrauterino, entre otras causas.¹

Por otra parte, se estima que la probabilidad de que un niño prematuro tardío tenga al menos una complicación médica al nacer es cuatro veces mayor que lo registrado en un niño a término.⁷

A este respecto hay información que documenta una mayor morbilidad y mortalidad en aquellos niños nacidos

* Médico residente de Neonatología.

** Pediatra infectóloga.

*** Pediatra neonatóloga.

Hospital Regional Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rmp>

entre las 34 y 37 semanas de la gestación, pero no se ha considerado la supervivencia y las complicaciones a largo plazo en estos niños.² Fue así que esta investigación se desarrolló motivada por el interés de conocer la morbilidad de los niños nacidos en este hospital, según si éstos han sido producto de un embarazo a término con respecto a aquellos calificados como prematuros tardíos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvo información acerca de los niños a término y prematuros tardíos nacidos en el hospital, los cuales ingresaron al Servicio de Neonatología del 1º de enero al 31 de diciembre del 2010 con el criterio de calificar como niños «prematuros tardíos» a aquellos nacidos entre las semanas 34 y 36 con 6 días, considerando como criterio de exclusión a los recién nacido con malformaciones congénitas mayores. Se revisaron los expedientes de los neonatos buscando información acerca de su condición de salud, sus enfermedades y defectos.

RESULTADOS

En el lapso de estudio, ocurrió el nacimiento de 1645 niños y de ellos 447 cumplieron con los criterios de inclusión: 140 (8.5%) fueron prematuros tardíos, excluyéndose cuatro por malformaciones congénitas; de ellos, 54 (38.5%) eran mujeres y 86 (61.5%) hombres; 307 de los recién nacidos fueron a término.

De los niños prematuros tardíos, 83 (61%) se clasificaron como de pretérmino con peso adecuado y de ellos 53 (39%) mostraron restricción del crecimiento intrauterino; nacieron sanos 14 (10.2%), 122 ameritaron vigilancia clínica y manejo médico reportando una morbilidad de 89.7%; 76 (55.8%) tuvieron más de una complicación y hubo sólo una defunción.

Su estancia hospitalaria osciló entre 2 y 58 días con promedio de 30 días; la razón de su estancia en el hospital se puede observar en el cuadro 1 donde los problemas metabólicos 64 (47%) y de las vías respiratorias 59 (43.3%) fueron los más importantes; llama la atención que las infecciones fueron menos frecuentes.

Entre 307 nacidos a término predominaron los niños, con 164 (53.4%), en tanto que las niñas fueron 143 (46.5%); todos fueron atendidos en el Servicio de Neonatología, y de ellos 176 tuvieron alguna complicación que ameritó su manejo hospitalario. Entre las complicaciones que tuvieron, en 53 (17.2%) fue más de una de éstas; sin embargo, no hubo defunciones y su estancia hospitalaria fue en promedio de 7.5 días; en 33 (10.7%) se observó restricción del crecimiento intrauterino, 6 (1.9%) fueron hipertróficos, 5 (1.6%) macrosómicos y 263 niños tuvieron un peso adecuado a la edad de gestación.

Entre los recién nacidos a término (Cuadro 2) también los problemas metabólicos 50 (16.2%) y respiratorios 35 (11.4%) fueron más frecuentes y los procesos infecciosos los menos frecuentes con 5 (1.6%); en cuanto a la comparación de la morbilidad en los niños pretérmino tardíos

Cuadro 1. Morbilidad del recién nacido prematuro tardío.

Enfermedades	Diagnóstico	n	%
Metabólicas	Hiperbilirrubinemia multifactorial	45	70.3
	Hipoglucemía neonatal temprana	15	23.4
	Hipocalcemia	4	6.2
	Total	64	47.0
Respiratorias	Sx de mala adaptación pulmonar	32	54.2
	Taquipnea transitoria del recién nacido	17	28.8
	SDR tipo I	10	16.9
	Total	59	43.3
Hematológicas	Anemia	7	53.8
	Policitemia	4	30.9
	Enfermedad hemorrágica del recién nacido	2	15.3
	Total	13	9.5
Neurológicas	Depresión neonatal	10	83.3
	Encefalopatía hipóxico-isquémica	2	16.6
	Total	12	8.8

Cuadro 2. Morbilidad del recién nacido de término.

Enfermedades	Diagnóstico	n	%
Metabólicas	Hiperbilirrubinemia multifactorial	33	57.8
	Hipoglucemía neonatal temprana	15	26.3
	Hipocalcemia	2	3.5
	Total	50	16.2
Respiratorias	Sx de mala adaptación pulmonar	23	65.7
	Taquipnea transitoria del recién nacido	12	34.2
	Total	35	11.4
Neurológicas	Depresión neonatal	17	68.0
	Encefalopatía hipóxico-isquémica	8	32.0
	Total	24	7.8
Hematológicas	Policitemia	6	(1.9)
	Total	6	100.0
Infecciosas	Conjuntivitis	4	80.0
	Infección de vías urinarias	1	20.0
	Total	5	1.6

respecto a los niños a término se obtuvo una RR de 0.2 con un IC 95% (0.14-0.4) y p = 0.000.

DISCUSIÓN

La frecuencia observada en los niños prematuros «tardíos» (8.28%) fue similar a la informada por otros autores (8.5%-9%),^{5,10} en cambio, «afortunadamente» sólo hubo una defunción (0.7%) en contraste con los estudios hechos en otros países,^{6,7} lo que probablemente obedece al escaso interés por conocer en este país las discrepancias que pudiera haber entre el riesgo de morir de los niños prematuros tardíos respecto al riesgo de los recién nacidos a término.⁵ Sin embargo, hay un informe que menciona que en los servicios de urgencias neonatológicas entre 70% a 75% de los ingresos son de niños prematuros tardíos,¹ lo que contrasta con el 66.3% de este estudio; en cuanto a la morbilidad en ellos fue de 89.7%, cifra mayor a la tasa de morbilidad observada por algunos autores, mientras que Shapiro-Mendoza y colaboradores^{3,6} encontraron complicaciones en 22% de estos prematuros, aunque la incidencia fue siete veces más alta que en los niños a término.

Cabe hacer notar que en este estudio la RR al comparar la morbilidad de los recién nacidos pretérmino tardíos con relación a los nacidos a término fue de 0.2, lo que podría tener explicación en que nuestro hospital es tercer nivel de atención.

Es conveniente mencionar como contraste que más de la mitad de los niños prematuros tardíos tuvieron más de una complicación, posiblemente por los factores implicados en la restricción del crecimiento intrauterino que en este estudio se presentó en poco más de la tercera parte de los niños causado por la ruptura prematura de membranas, la valoración incorrecta de edad gestacional, los antecedentes de patología materna como preclampsia, la diabetes gestacional y los padecimientos infecciosos, lo que pudiera implicar complicaciones ulteriores, ya que es sabido que las últimas semanas de la gestación son una etapa crítica para el desarrollo fetal y para su maduración, lo que gradualmente prepara a los niños para su transición al medio extrauterino.¹ Al menos se sabe que en estos factores contribuye también un lapso mayor de estancia hospitalaria y por tanto un mayor riesgo a complicaciones intrahospitalarias.

En cuanto a las complicaciones observadas en los niños, coinciden con las ya conocidas en los niños pretérmino, dada su inmadurez de tal manera que las alteraciones metabólicas con relación a la hiperbilirrubinemia multifactorial, la hipoglucemía y la hipocalcemia son similares a las mencionadas por otros autores.^{4,9}

En cuanto a otra patología, como la encefalopatía aguda y el kernicterus estudios recientes mencionan que van en aumento en los niños pretérmino tardío.^{2,3} La prematuridad de 34 a 36 semanas más 6 días, es uno de los factores de riesgo en el desarrollo de hiperbilirrubinemia, debi-

do a la reducción en la actividad de las enzimas implicadas en el metabolismo de la bilirrubina.⁶ Así que las alteraciones metabólicas registradas en este estudio fueron más frecuentes en los niños pretérmino tardíos con respecto a los nacidos de 39-40 semanas, OR 16 IC 95% (5,40-50). De tal manera que las complicaciones metabólicas a las 37 semanas duplican a las observadas en las semanas 39-40 en concordancia con los resultados de Jain;⁸ como conclusión en ese estudio, las complicaciones registradas en los niños a término fueron muy similares a las registradas en los niños prematuros tardíos.

El diagnóstico respiratorio realizado con más frecuencia en los pacientes > 34 semanas de gestación (SDG) es taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).⁵

Comparado con el recién nacido de término, el prematuro tardío en conjunto, representa un problema importante de salud pública, por su impacto en el estado neuroevolutivo a largo plazo y su rendimiento escolar.⁹

La incidencia de la prematuridad ha aumentado más de 30% durante las últimas dos décadas, fundamentalmente a expensas de un incremento sostenido del nacimiento de neonatos prematuros tardíos. Hoy constituye el 9% de todos los nacimientos y el 71% de los que nacen antes de las 37 semanas, aunque sus riesgos son menores que aquéllos asociados a la prematuridad extrema; estos tienen problemas de salud más serios y frecuentes que los niños completamente maduros.⁷ Debido a esto se los considera habitualmente como un grupo de bajo riesgo, sin embargo, los prematuros tardíos son fisiológicamente y metabólicamente inmaduros y tienen una capacidad de respuesta compensadora limitada frente a los cambios extrauterinos en comparación con el nacimiento a término, lo que determina un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad.⁵

Los recién nacidos pretérmino tardíos, comparados con los recién nacidos a término, tienen un incremento dos a tres veces mayor de numerosas morbilidades leves y moderadas, las cuales originan estancias hospitalarias más prolongadas y un mayor índice de reingresos.⁴

Referencias

1. Romero-Maldonado S, Arroyo-Cabral LM, Reyna-Ríos ER. Consenso prematuro tardío. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(2):124-130.
2. Moraes M, Pimienta M, Madera N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. *Arch Pediatr Urug* 2009; 80(3): 197-203.
3. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS y Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr* 2009; 154(2): 169-176.
4. Hurtado Suazo JA, Martín Álvarez E. El prematuro tardío. *Bol SPAO* 2009; 3(3): 151-154.
5. Jonguitud-Aguilar A, Salazar-Juárez AM. Los olvidados: epidemiología del paciente prematuro tardío con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21: 178-184.
6. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy", late preterm newborns. *Semin Perinatol* 2006; 30: 54-60.
7. Furzán JA, Sánchez HL. Recién nacido prematuro tardío: incidencia y morbilidad neonatal precoz. *Arch Venez Puer Ped* 2009; 72(2): 59-67.
8. Dudell GC, Jain L. Hypoxic respiratory failure in the late preterm infants. *Clin Perinatol* 2006; 33: 803-830.
9. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. Committee on fetus and newborn, american academy of pediatrics. "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics* 2007; 120(6): 1390-1401.

Correspondencia:

Dra. Daniela Alejandra Nava Salgado
2^a cerrada de San Miguel Mz 5 lote 103,
Col. Buenavista, Delegación Iztapalapa,
09700, México, D.F.
Tel: 54275886
E-mail: luisdavidcn@hotmail.com