

MORBIMORTALIDAD EN LOS RECIEN NACIDOS PREMATUROS EN EL AÑO DE 1986 EN EL HOSPITAL "DR. ENRIQUE GARCÉS"

Dra. ESTHER LEON** Dr. MAURICIO GARCÉS MOLINEROS*

Servicios de Neonatología y Pediatría, Hospital "Dr. Enrique Garcés"

*** Médico Tratante del Servicio de Neonatología * Médico Residente del Servicio de Pediatría*

Resumen:

Durante el año de 1986 nacieron en el Hospital "Dr. Enrique Garcés" (H.E.G.), un total de 311 niños prematuros, de los cuales, 148, es decir el 47o/o, requirieron ingreso al área de Cuidados Especiales del Servicio de Neonatología, por presentar algún tipo de patología.

En el presente trabajo se dan a conocer los resultados de la revisión de las 148 historias clínicas correspondientes a tales pacientes ingresados. Para su estudio clasificamos a éstos 148 prematuros en cuatro períodos según su edad gestacional. El índice de prematuridad en el lapso estudiado fue del 8.09 o/o. El 60.8 o/o de los prematuros correspondieron al grupo de edad gestacional comprendido entre 34 y 36.6 semanas. Las dos patologías prevalentes en cuanto a morbilidad y mortalidad fueron el Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I (SDR), y sepsis neonatal. Los grupos de edad más afectados fueron aquellos menores del 29.6 semanas de gestación.

Se discute sobre las causas que limitan en nuestro servicio un adecuado manejo clínico de los recién nacidos prematuros más pequeños. (Rev. F.C.M. 13 (3-4): 17, 1988).

Niño prematuro es el nacido antes de la trigésima séptima semana gestacional —259 días—, calculada desde el primer día del último período menstrual (1, 2). La Clasificación Internacional de Enfermedades define como Prematuridad extrema a los niños nacidos con menos de 28 semanas de edad gestacional o con un peso menor a 1.000 gramos (1).

La proporción de niños nacidos antes de las 37 semanas varía completamente según los países, reflejando en gran parte los factores socioeconómicos (3). En los países de escaso desarrollo continúan siendo altos los índices de mortalidad y morbilidad, especialmente en la etapa perinatal (4).

Estudios realizados en Europa y Estados Unidos han demostrado que el índice de prema-

turez es del 15o/o en las clases más pobres y del 5o/o en las más ricas (3). En nuestro medio, en la Maternidad "Isidro Ayora" (MIA), de Quito, los índices de prematuridad fueron del 7.93o/o en 1982, del 6.08 o/o en 1983; en nuestro hospital fue del 7.6 o/o en 1985.

A las condiciones socioeconómicas bajas y a sus implicaciones en el estado de salud materno, atribuyen los autores un 60o/o de los partos prematuros. Un 77.06o/o de las pacientes que demandan atención obstétrica en el HEG, han sido clasificadas como de condiciones socioeconómicas entre regulares y malas (5).

El lactante prematuro presenta inmadurez funcional con respecto a sus diferentes sistemas orgánicos. La deficiencia decisiva que explica, en parte, la elevada mortalidad y morbilidad

consiste en su extraordinaria susceptibilidad a la infección. Esto se debe, a la acentuada vulnerabilidad de las defensas biológicas del prematuro (piel, mucosas respiratorias, tracto digestivo). Además es importante la deficiencia inmunológica de los pacientes prematuros: actividad bacteriostática y bactericida del suero sanguíneo menos intensa; sus leucocitos tienen menos actividad fagocitaria; la transferencia de IgG está limitada. Por último el lactante prematuro no produce anticuerpos en respuesta a la presencia de antígenos con la misma intensidad que el nacido a término (3, 6, 7, 11).

Si la incidencia de sepsis neonatal fluctúa según referencia de los diferentes autores entre el uno y diez por mil nacidos vivos, esta frecuencia aumenta en el prematuro, por lo antes expuesto en cinco y en el recién nacido de peso muy bajo hasta en quince veces más (8, 9).

En un estudio realizado en nuestro hospital sobre sepsis neonatal en 1985, la incidencia fue de 9.01 por mil nacidos vivos. Esta se multiplica en el caso de los prematuros en prácticamente por diez, pues en éstos la incidencia fue de 86.6 por mil (10).

Otra gran deficiencia del prematuro es la que tiene que ver con la ventilación pulmonar, pues ésta es apenas suficiente debido al escaso desarrollo de su estructura alveolar, a la debilidad de la musculatura respiratoria, y a la fragilidad de la caja torácica (3).

El SDR Tipo I se presenta en el 0.5 al 10/o de todos los nacimientos y en el 100/o de los pretérminos; se le atribuye de un tercio a la mitad (33 - 50o/o), del total de las muertes neonatales, y del 50 al 70o/o de las ocurridas en prematuros (12). En Estados Unidos el porcentaje de mortalidad es del 28o/o de los afectados (3). Es la causa más frecuente de mortalidad neonatal en la primera semana de vida (12).

En un estudio realizado en Argentina, se refiere que el 65.94o/o de la mortalidad global se debió a la categoría "bajo peso y prematuridad" (15).

En cuanto a estudios realizados en nuestro medio hacemos referencia a las siguientes conclusiones: "... en el presente trabajo el

73o/o de la mortalidad neonatal está determinada por los niños prematuros; de los neonatos ingresados en la sala de cuidados intensivos que tenían 30 semanas o menos de gestación en más del 95o/o ocurrió su fallecimiento en los primeros días". En otro estudio realizado en la MIA en 1982 se anota: "En el grupo de prematuros la asfixia es también la primera causa de morbilidad, pero el SDR Tipo I es el de la mortalidad. . . las infecciones han pasado a tercer lugar" (13, 14).

Nuestro estudio tiene el propósito de establecer cuales fueron las principales patologías (morbilidad), y en qué proporciones afectaron, por grupos de edad gestacional, a los recién nacidos prematuros nacidos en nuestro servicio en 1986. Igual objetivo perseguimos con respecto a las causas de mortalidad. Y como producto de lo anterior trataremos de encontrar las formas, de ser factible, de mejorar nuestra atención a estos pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Se analizaron las epicrisis y las hojas de recién nacidos de las 148 historias clínicas de los prematuros ingresados en el área de Cuidados Especiales del Servicio de Neonatología del HEG, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1986 y el 31 de diciembre de 1986,

En dichas historias clínicas la edad gestacional de los prematuros fue valorada mediante el test de Capurro, estableciéndose un límite inferior en menos de 26 semanas y el límite superior en 36.6 semanas como describe la bibliografía.

Se estableció la incidencia de prematuridad en dicho período. Se encontró la relación porcentual entre número de prematuros ingresados y el total de neonatos que presentaron algún tipo de patología.

Para el trabajo dividimos la edad gestacional de los prematuros en cuatro grupos: menos de 26 semanas; de 26 - 29.6 semanas; de 30 - 33.6 semanas y de 34 - 36.6 semanas.

Así, identificamos el número de prematuros por grupos de edad gestacional. E igualmente relacionamos dichos períodos de edad gestacional con las 10 patologías más frecuentes en cuanto a la morbilidad de los pacientes; y también con respecto a las causas más frecuentes de mortalidad.

RESULTADOS

En el período estudiado el índice de prematuridad fue del 8.09o/o, sobre un total de 3.840 nacidos vivos, 311 fueron prematuros.

Los 148 prematuros objeto de nuestro estudio, correspondieron al 47o/o del total de recién nacidos prematuros que nacieron en 1986. Es decir que el 53o/o de los prematuros no presentaron ningún tipo de patología.

En ese período, hubo 418 ingresos por morbilidad en el área de cuidados especiales, el 35.4o/o correspondió a los pacientes prematuros.

Tabla 1.— *Prematuros con patología y Edad gestacional*

Edad Gestacional	Peso	Número
Menos de 26 semanas	2	1.3 o/o
26 - 29.6 semanas	13	8.7 o/o
30 - 33.6 semanas	43	29.2 o/o
34 - 36.6 semanas	90	60.8 o/o

El mayor número de prematuros que presentaron algún tipo de patología, correspondieron a los de edad gestacional comprendida entre 34 - 36.6 semanas, con el 60o/o (Tabla 1).

La terminación del embarazo de las madres de los pacientes estudiados, fue mediante parto céfalo-vaginal en el 57.4o/o, seguido del parto por cesárea en el 40.5o/o; en menor número, parto podálico-vaginal (2.1o/o).

Con relación al peso para la edad gestacional se evidenció que la mayoría de recién nacidos presentaron PAEG. Sin embargo de los prematuros que nacieron entre 30 y 33.6 semanas el 13.6o/o fueron PBEG; y en el grupo de 34 - 36.6 semanas, el 15.5o/o (Tabla 2).

Tabla 2.— *Prematuros y peso para edad gestacional*

Edad Gestacional	Peso	Número
Menos de 26 semanas	PAEG	2
26 - 29.6 semanas	PAEG	11
	PBEG	2
30 - 33.6 semanas	PAEG	37
	PBEG	5
34 - 36.6 semanas	PAEG	77
	PEEG	1
	PBEG	12

En cuanto a la morbilidad fue claro que la causa más importante correspondió al SDR Tipo 1, afectando a 46 pacientes, lo que corresponde al 31o/o de los 148 casos estudiados. Si consideramos que en el período estudiado nacieron un total de 3.840 neonatos, el SDR Tipo 1 se presentó en el 1.19o/o de casos. Tomando en cuenta que el total de prematuros nacidos fue de 311, los 46 que presentaron dicha patología, corresponden al 14.79o/o.

Por otra parte esta entidad afectó a 12 (92.3o/o), de los 13 pacientes del grupo de edad gestacional comprendido entre 29 - 29.6 semanas. (Tabla 3). La segunda causa de morbilidad fue la determinada por las infecciones neonatales (Sepsis y Menigitis), afectando a 35 (23.6o/o) de los 148 pacientes estudiados. Por lo tanto la incidencia de Sepsis en prematuros en el año estudiado, considerando que el total de prematuros nacidos fue de 311, fue de 112.5 por mil.

Las dos causas de morbilidad mencionadas suman 81 pacientes es decir el 54.6 o/o. (Tabla 3).

En cuanto a la mortalidad, el total de prematuros fallecidos fue de 35, que relacionada con la mortalidad neonatal global de 1986 que fue de 52 recién nacidos, el fallecimiento por prematuridad correspondió al 67.30o/o de la mor-

Tabla 3.— *Morbilidad por grupos de edad y totales*

MORBILIDAD	Grupos de edad				Totales	
	Menos de 26 S.	26 - 29.6S.	30 - 33.6	34 - 36.6	Número	Porcentaje
1. SDR Tipo I: Leve		1	7	6	14	
Moderada		5	6	7	18	31 o/o
Grave	1	6	3	4	14	
2. SDR Tipo II: (TRN)				8	8	5.4 o/o
3. Sepsis y Meningitis		1	15	19	35	23.6 o/o
4. Hiperbilirrubinemias			3	15	18	12.1 o/o
5. P.B.E.G. (RCIU)			4	11	15	10.1 o/o
6. A.I.G.	1		2	10	13	8.7 o/o
7. SFA y SMA			1	3	4	2.7 o/o
8. H.I.C.			1	1	2	1.3 o/o
9. Policitemias				2	2	1.3 o/o
10. Otros			1	4	5	3.3 o/o

Tabla 4.— *Mortalidad por edad gestacional y causa*

Causas	Grupos de edad				Totales	
	Menos de 26 S.	26 - 29.6	30 - 33.6	34 - 36.6	Número	Porcentaje
1. SDR Tipo I		6	5	1	12	34.8 o/o
2. Sepsis	1	3	4	7	15	42.5 o/o
3. A.I.G.	1			1	2	5.7 o/o
4. H.I.C.		1	2		3	8.5 o/o
5. S.A.M.			1	1	2	5.7 o/o
6. Hemorragia PLM.		1			1	2.8 o/o
TOTALES	2	11	12	10	35	100.0 o/o

alidad total.

La causa más importante de mortalidad correspondió a Sepsis neonatal, con el 42.5o/o del total de fallecidos prematuros; una segunda causa correspondió al SDR Tipo I con el 34.8o/o. Es decir que dichas patologías produjeron el 77.3o/o de fallecimientos.

El número de fallecimientos por SDR Tipo I corresponde al 23.07o/o del total de defunciones neonatales. (Tabla 4).

Debe resltarse que la mortalidad de los prematuros con menos de 29.6 semanas fue del 86.6o/o.

Finalmente debemos anotar que de los 35 pacientes prematuros fallecidos, 26 es decir el 74o/o lo hicieron durante los primeros 7 días de vida.

DISCUSION

Con respecto a la prematuridad, según se anotó anteriormente, sus índices van en aumento, reflejando el deterioro en la situación socio-económica de las pacientes que acuden a nuestro hospital. Por lo tanto el servicio de Neonatología debería crecer constantemente en cuanto a su capacidad para dar un adecuado manejo clínico al paciente prematuro. Esto no se ha producido hasta el momento.

Especial interés debe darse a los factores que ayudarían a impartir una mejor atención a los pacientes prematuros muy pequeños, es decir, a aquellos con menos de 29.6 semanas de gestación. Para evitar en lo futuro índices de morbimortalidad tan elevados, como se anotó en los resultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Espin Mayorga, V.H.: El Niño Prematuro. En Alto Riesgo Obstétrico. Quito, 1985. Página 210.
- 2.- Papiernik, E.: Propuestas para una política

programada de prevención del parto prematuro. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 3, Editorial Interamericana. 1984. Pág. 788.

- 3.- Schaffer, A.: Enfermedades del recién nacido. Salvat Editores, 4ta. edición. 1981. pág. 67 - 66 139 - 146.
- 4.- Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología, de la O.P.S. - OMS. Vol. 1, número 2, 1983.
- 5.- Lara del Pozo, A. y Col.: Prevención del Parto Prematuro. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 11: 174, 1986.
- 6.- López, JB: Infecciones Neonatales. Medicine. No. 82. Ed. IDEPSA, Marzo 1987. Pág. 3139.
- 7.- Bernbaum, J.: Desarrollo del Sistema Inmunitario del Huésped en Prematuros. Clínicas de Perinatología. Vol. I. Ed. Interamericana. Pág. 73.
- 8.- Cloherty, J.: Manual de Cuidados Neonatales. Salvat Editores. 1984.
- 9.- Alistair, G.: Neonatology a Practical Guide. Ed. El Manual Moderno, México. 1977.
- 10.- Lozada, V.; Lascano, M.: Sepsis Neonatal. Revisión Retrospectiva en el Hospital "Dr. Enrique Garcés". Quito 1985. (no publicado).
- 11.- Mervin, C.: Inmunoterapia de la Septicemia Neonatal. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 3, Ed. Interamericana, 1986. Pág. 493.
- 12.- Solames, B.: Trastornos Respiratorios Neonatales. Medicine No. 43. Ed. IDEPSA. Febrero 1983, Pág. 2805.
- 13.- Arias, A.: Mortalidad Neonatal. Alto Riesgo Obstétrico. Quito 1985. Pág. 262.
- 14.- Naranjo, C.; Espín, H. y Col.: Morbimortalidad Perinatal en la Maternidad "Isidro Ayora". Quito, Ecuador 1982.
- 15.- Moscona, R.: Estudio de la Mortalidad Neonatal en la ciudad de Buenos Aires en 1984. Archivos Argentinos de Pediatría. Vol. 83. 6/1985. Pág. 307.