

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN DOS QUINQUENIOS
CONSECUTIVOS: 1997 - 2001 VS. 2002 - 2006”**

TESIS

Presentada por:

Bach. María Antonieta Pari Yllacutipa

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO


TACNA - PERÚ

2007

JURADOS



DR. GUILLEMO BORNAZ ACOSTA
PRESIDENTE



DR. LEONIDAS CHAVERA RONDON
MIEMBRO



DR. MAURO ROBLES MEJA
MIEMBRO



DR. MANUEL TICONA RENDÓN
ASESOR

Registro N° 058-2007-FACM Escuela: Medicina Humana

Bachiller: MARÍA ANTONIETA PARI VLLACUTIPA

Fecha de Sustentación: 14 de marzo del 2007

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 16 (DIECISEIS)

Calificativo: BUENO

Jurado: - Dr. Guillermo Bernal Acosta

- Méd. Lemidas Chavera Rondán

- Méd. Mauro Robles Mejía

Observaciones: _____


**Secretario Académico
Administrativo**

DEDICATORIA

A Dios, autor de mi vida, a mi
Madre por su inmenso amor,
confianza y dedicación en
inculcarme valores, amor por
la vida y por su apoyo
incondicional durante mi
formación personal y
profesional.

AGRADECIMIENTO

A mis estimados maestros
Que han sido pilares fundamentales
En mi formación profesional
Y un reconocimiento especial
a mis asesores de tesis
Por su apoyo brindado.

CONTENIDO

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1: PROBLEMA

1.1	Problema de investigación.....	6
1.1.1	Planteamiento del problema.....	6
1.1.2	Formulación del problema.....	7
1.1.3	Objetivos de la investigación.....	8
1.1.3.1	Objetivos Generales.....	8
1.1.3.2	Objetivos Específicos.....	8
1.1.4	Justificación del Estudio	9

CAPITULO II: MARCO TEORICO

	Fundamento teórico.....	12
	Antecedentes.....	28

CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS

3.1 Tipo de estudio:31

3.2 Ámbito de Estudio:.....31

3.3 Unidades de Estudio.....

- Criterios de inclusión.....

- Criterios de exclusión:.....

CAPITULO IV: RESULTADOS.....37

CAPITULO V: DISCUSION.....70

CAPITULO VI: CONCLUSIONES.....81

RECOMENDACIONES.....84

BIBLIOGRAFÍA.....86

RESUMEN

El recién nacido prematuro es considerado de alto riesgo por su elevada morbilidad y mortalidad y alta contribución a la mortalidad neonatal e infantil. El propósito de este estudio fue comparar la incidencia y morbi-mortalidad neonatal del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los Quinquenios 1997 -2001 VS 2002 – 2006.

Material y método: Estudio retrospectivo y analítico de 1141 recién nacidos prematuros. Se analiza incidencia, morbilidad y mortalidad del Sistema Informático Perinatal, libros de Altas y Epicrisis de los Prematuros, utilizando tasas, y pruebas estadísticas para la comparación de periodos como Chi² y Prueba T, siendo significativo cuando P menor 0,05.

Resultados: La incidencia de RN prematuro durante los años 1997-2006 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue 3.79%, la misma que se ha incrementado significativamente durante este decenio. La tasa de morbilidad fue 70,7% la que se ha reducido significativamente en el segundo quinquenio. Las principales causas de morbilidad fueron: Síndrome de dificultad respiratoria, infecciones, alteraciones metabólicas, malformaciones ya asfixia perinatal. La Tasa de mortalidad fue 21%, la que no ha variado en los dos quinquenios. Las principales causas de mortalidad fueron: Síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones Congénitas, Infecciones y asfixia perinatal.

INTRODUCCION

La mortalidad neonatal es uno de los problemas de la salud pública más serios que enfrentan diversos países (1), lo constituye un grave problema de salud.

A pesar de haberse logrado avances a nivel tecnológico, clínico, y de infraestructura en la práctica de la obstetricia y la neonatología, las tasas de mortalidad siguen siendo un problema, en especial para los recién nacidos prematuros (2).

Para el manejo del recién nacido pretermino, se requiere de un cuidado especial y riguroso en la unidad de cuidados intensivos de los Servicios de Neonatología, significando un gran costo tanto en la infraestructura, personal especializado e idóneo, equipos médicos adecuados, medicamentos y tiempo de hospitalización(2).

El presente trabajo evaluará la incidencia, y morbimortalidad neonatal del recién nacido prematuro en dos quinquenios consecutivos: 1997-2001 vs 2002-2006. Asimismo lo cual nos permitirá tomar medidas preventivas educacionales.

CAPITULO I
DEL PROBLEMA

EL PROBLEMA

1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Actualmente, la mortalidad infantil o la tasa de mortalidad infantil (TMI) sigue considerándose por parte de muchos autores como un buen indicador del nivel socioeconómico de una comunidad, así como la mortalidad neonatal precoz es un buen indicador sanitario.

Entre los indicadores mas importantes que miden la satisfacción de una población y la calidad de vida es la tasa de mortalidad infantil. En nuestro país esta en 33 x 1000 n.v. una de las mas altas de Latinoamérica.

La mortalidad neonatal representa el 60% de la mortalidad infantil y de esta cerca del 75-80% corresponden al prematuro, por ello la importancia de estudiar la mortalidad neonatal en el prematuro ya que conociéndola en nuestro medio, podemos realizar acciones preventivas, y de tratamiento para reducir esta tasa y consecuentemente la mortalidad infantil en el país y nuestro medio.

Prematuro es todo aquel recién nacido cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es menor de 37 semanas completas.

De aquí que se considere conveniente plantear el siguiente problema de investigación:

PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la incidencia y morbi-mortalidad neonatal del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los Quinquenios consecutivos 1997 -2001 VS 2002 – 2006?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las tasas de incidencia del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos?
- ¿Cuales son las causas de morbilidad del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos?

- ¿Cuáles son las tasas de morbilidad del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos?
- ¿Cuáles son las causas de mortalidad neonatal del prematuro en dos quinquenios consecutivos en el Hospital Hipólito Unanue?
- ¿Cuáles son las tasas de mortalidad neonatal en el prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los dos últimos Quinquenios consecutivos?

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Comparar la incidencia y morbi-mortalidad neonatal del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los Quinquenios consecutivos 1997 -2001 VS 2002 – 2006.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comparar la incidencia del recién nacido prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos.

2. Comparar las tasas de morbilidad del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos.
3. Comparar las causas de morbilidad del prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de los dos últimos quinquenios consecutivos.
4. Comparar las tasas de mortalidad neonatal en el prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los dos últimos Quinquenios consecutivos.
5. Comparar las causas de mortalidad neonatal del prematuro en dos quinquenios consecutivos en el Hospital Hipólito Unanue

1.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

El presente estudio es relevante en la medida que permitirá conocer las causas mas frecuentes de morbilidad y mortalidad en la etapa neonatal, para que nuestro servicio de neonatología tome decisiones basadas en los hallazgos de nuestro trabajo de investigación, los cuales beneficiaran la salud de los prematuros.

En el último quinquenio se ha incrementado la mortalidad neonatal en el HHUT, y esto se debería probablemente al incremento de la prematurez, como consecuencia del incremento de partos hospitalarios en un 30% respecto al quinquenio anterior por la alta cobertura de la atención gratuita a través del Seguro Integral de Salud.

Además en este último quinquenio ha mejorado la tecnología en el HHUT para el manejo del prematuro como: surfactante pulmonar, ventilación mecánica, oxímetro, determinación para diferentes exámenes (micrométodo) monitores de pulso, presión arterial, etc.) y queremos saber si esta tecnología ha repercutido en la mejora de la morbilidad y mortalidad del prematuro, por ello la necesidad de comparar ambos quinquenios.

Nuestro trabajo es posible realizarlo ya que las historias clínicas están completas, y por lo tanto la obtención de datos. Además se nos brinda las facilidades del caso en el servicio de neonatología del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

En este estudio, no se incluirán los nombres de los pacientes ni sus iniciales para respetar los criterios de ética médica.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

2.1 PANORAMA ACTUAL DE LA MORBI-MORTALIDAD DEL PREMATURO

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación (4)

IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causada por los niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez (4).

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros (3).

En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento (5).

PREVENCIÓN Y ENFOQUE PERINATAL DE LA PREMATUREZ

La prevención de la prematurez y del bajo peso de nacimiento, debe ser una de las prioridades en la salud pública de los países, por su frecuencia, por el impacto que tiene en salvar vidas con una larga expectativa de vida intacta. A esto se agrega el alto costo que tiene el cuidado neonatal del prematuro.

CONTROL PRENATAL.

Este debe cubrir a todas las embarazadas. Esta es una medida fundamental para la prevención de la prematuridad. Permite identificar oportunamente los factores de riesgo, intervenir anticipadamente y derivar consecuentemente los casos calificados a centros de nivel secundario y terciario.

EVALUACIÓN PERINATAL, INTEGRACIÓN OBSTÉTRICO NEONATAL.

Es indispensable considerar la continuidad del proceso del embarazo con el nacimiento. En los casos en que se presentan problemas complejos como es la eventualidad de un parto prematuro o la necesidad de decidir la interrupción de un embarazo debido a que las condiciones del feto en el útero, comienzan a ser más peligrosas que el nacer prematuramente, es necesario que sean conocidas y discutidas por obstetras y neonatólogos. En el caso de un parto prematuro, permite al equipo de atención neonatal prepararse anticipadamente para recibir al niño, conociendo las patologías concomitantes que puedan existir. Cuando se trata de decidir la interrupción del embarazo, se requiere conocer cuáles son las expectativas de vida que tienen los prematuros en la Unidad donde va a nacer y evaluar conjuntamente con los obstetras si éstas son mejores que el riesgo que está teniendo dentro del útero (5).

CORTICOIDES PRENATALES:

Este debe ser considerado un hito en la prevención de uno de los mayores problemas de la prematurez.

CESÁREA O PARTO VAGINAL.

La vía de resolución del parto es motivo de controversia en cuanto a cuál es aquella forma que tiene menos riesgos para el niño prematuro. Algunos estudios comunican menor incidencia de hipoxia, trauma y hemorragia intracraneana en los niños de bajo peso cuando éstos nacen por cesárea. Sin embargo, estudios posteriores no han demostrado que la operación cesárea de rutina proporcione ventajas para el prematuro.

MORBILIDAD DEL PREMATURO

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina.

De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay

ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidado.

Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio, los cuales, ponen rápidamente en peligro la vida del niño. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan con: la regulación de su temperatura; la nutrición y alimentación; las infecciones; la hemorragia intracraneana y la hiperbilirrubinemia (6).

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN RESPIRATORIA.

➤ **TERMORREGULACIÓN:**

Uno de los primeros **avances importantes** en el cuidado del prematuro fueron las observaciones sobre las dificultades que este tiene para mantener su temperatura y la relación de esto con la **mortalidad**.

➤ **NUTRICIÓN:**

La nutrición del prematuro presenta desafíos tanto desde el punto de vista de tener requerimientos más altos de algunos nutrientes comparado con el niño a término, como por las limitaciones que tiene para alimentarse por la inmadurez anatómico funcional de su tubo digestivo.

- El lograr una nutrición adecuada tiene impacto en el desarrollo de todos los órganos y sistemas del prematuro y por ende en facilitar la resolución de sus principales problemas de adaptación.

- El momento de iniciar la alimentación enteral en el prematuro, ha sido motivo de controversia. Como norma general, se requiere que antes de iniciarla se haya logrado la estabilización de funciones básicas como son el estado respiratorio, cardiocirculatorio y la termorregulación.

- En los niños de menos de 1.500 gr., esta estabilización es más demorada y lo habitual es que se requiera dejarlos en régimen 0 por 24 a 72 horas. No es posible establecer normas rígidas en este aspecto. Se requiere balancear las ventajas que tiene la alimentación precoz con los problemas que ella puede producir.

- El aporte enteral, especialmente si es leche humana fresca de la propia madre, aunque sea en pequeñas cantidades, estimula la maduración intestinal, disminuye la ictericia colestásica que se asocia a la alimentación parenteral y aporta factores de inmunidad. En esta decisión hay que considerar las facilidades de enfermería, la experiencia de cada Unidad y las posibilidades de administrar alimentación parenteral completa.

- El alimento de elección para el prematuro es la leche fresca de la propia madre. Esta tiene una composición más rica en proteínas y sodio que la leche madura, y es así más concordante con las necesidades nutricionales del prematuro. Sus ventajas inmunológicas son imposibles de reproducir con una fórmula artificial. En el caso de los niños de menos de 1.500 g. se requiere adicionar algunos nutrientes que están contenidos en forma insuficiente en la leche humana: calcio; fósforo; vitaminas A, C y D; proteínas y algunos oligoelementos (5).

- La mayoría de los niños de menos de 34 semanas y de peso inferior a 1.800 g. tienen una función de succión y deglución inmaduras y requieren ser alimentados por sonda nasogástrica.

➤ Como criterio general, mientras más prematuro un niño se debe ser más cuidadoso en el inicio de la alimentación y en su técnica. Comenzando con volúmenes pequeños fraccionados en 1 a 3 hrs. según el caso, y evitando aumentos bruscos en el volumen administrado. Esto último se ha asociado a enterocolitis necrotizante.

➤ **INFECCIONES:**

La alta incidencia de infecciones en los prematuros es un hecho descrito desde los comienzos de la Neonatología. Estas evolucionan con rapidez hacia una generalización con carácter de septicemia. Esto se debe principalmente a una inmadurez en su inmunidad celular.

El prematuro puede tener infecciones parasitarias, virales y bacterianas. Las virales y parasitarias son adquiridas en su gran mayoría dentro del útero. Las bacterianas son las más frecuentes (7).

➤ **HEMORRAGIA INTRACRANEANA:**

La hemorragia intracraneana que se ve especialmente en el prematuro es la periventricular. Esta es una complicación grave, más frecuente en los niños de 1.500 g., y que aumenta a menor peso.

La hemorragia intraventricular, puede dar escasas signología clínica, o signos clínicos sugerentes, tales como un brusco deterioro general y/o descenso del hematocrito. Es la ultrasonografía cerebral la que permite el diagnóstico preciso y su gravedad.

➤ **LA CLASIFICACIÓN MÁS UTILIZADA ES LA DESCRITA POR PAPILE:**

- **Grado I:** Cuando hay sólo hemorragia de la matriz germinal subependimaria sin que pase a los ventrículos laterales.
- **Grado II:** Hay paso de sangre a los ventrículos sin provocar dilatación.
- **Grado III:** Hay sangre que ocupa los 2/3 de los ventrículos con dilatación de éstos.
- **Grado IV:** Hay, además de lo anterior, hemorragia intraparenquimatosa.
- **Los Grados III y IV** son los más graves en cuanto a pronóstico vital y especialmente en la incidencia de secuelas.

➤ **HIPERBILIRRUBINEMIA**

La hiperbilirrubinemia es un problema muy frecuente en el prematuro debido a la inmadurez de su sistema de conjugación y excreción hepático.

En los recién nacidos prematuros el pasaje de bilirrubina al sistema nervioso central puede ocurrir con cifras bastante más bajas que en el niño a término.

➤ **ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALIANA**

Propia del prematuro secundaria al déficit de surfactante. Más frecuente a menor edad gestacional. Presenta una radiografía (Rx) de tórax típica (afectación del intersticio alveolar difusa, broncogramas).

Su expresión clínica y Rx se ha modificado debido a la maduración pulmonar intrauterina con corticoides y por la utilización de surfactante precoz, por lo que la necesidad de ventilación mecánica ha disminuido, en parte por la utilización precoz de la CPAP nasal.(

➤ **NEUMONIA CONGENITA•**

Neumonía congénita. Poco frecuente aisladamente en el prematuro. Suelen existir factores de riesgo infeccioso perinatal (rotura prematura y prolongada de membranas, corioamnionitis, colonización materna).

En cualquier distrés con factores de riesgo infeccioso debe iniciarse tratamiento antibiótico, previa extracción de hemocultivo y toma de frotis, que se suspenderá en 2-3 días si se descarta infección.

A vigilar la infección perinatal por estreptococo grupo B cuya forma grave cursa con cuadro clínico a veces similar a la EMH.(9)

➤ **DISPLASIA BRONCOPULMONAR**

Displasia broncopulmonar /enfermedad pulmonar crónica. La forma clásica de displasia broncopulmonar (problema respiratorio inicial, generalmente EMH, que precisa ventilación mecánica y oxígeno suplementario) esta siendo sustituida por otras formas clínicas, cada vez más frecuentes, en las que grandes prematuros que no han tenido problema respiratorio inicial o éste era leve, con poca expresión radiológica, que son solucionados con CPAPn y poco requerimiento de oxígeno, tras una mejoría inicial van desarrollando un proceso respiratorio, que puede precisar de nuevo oxígeno suplementario durante más o menos tiempo.(8)

HIPOGLICEMIA NEONATAL

Se define como un nivel plasmático de glucosa menor de 47 mg/dL en el recién nacido pretérmino o a término.^{1, 2} Incluso los fetos normales, después de la semana 20 de gestación manejan concentraciones de glucosa en la vena umbilical mayores de 50 mg/dL.

Se clasifica en sintomática o asintomática, y según su duración en transitoria (limitada a los primeros días postnatales y corregida por infusiones bajas de glucosa), o persistente ("recurrente" que requiere manejo prolongado con infusiones altas de glucosa durante varios días a semanas y usualmente requiere manejo farmacológico).

POLICITEMIA

Se define policitemia como el hematocrito mayor o igual a 65%.

Este valor tiene una utilidad clara; se asocia con mayor frecuencia a hiperviscosidad sanguínea y es el valor indicativo de tratamiento. El aumento de viscosidad es proporcional al aumento de glóbulos rojos; se hace de una forma lineal hasta valores de hematocrito de 60-65%; por encima de estos valores el aumento se hace exponencial. Casi ningún recién nacido con hematocrito menor de 60% tiene hiperviscosidad.

HIPOPLASIA PULMONAR

Se asocia a alteraciones del líquido amniótico (oligoanhydramnios) bien por pérdida continuada del mismo o por falta de producción (Patología renal grave). Condiciona una grave insuficiencia respiratoria con hipertensión pulmonar asociada

OTRAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD

Los prematuros presentan con frecuencia alteraciones de la homeostasis del calcio y de la glucemia, especialmente en los primeros días de vida. La glucemia y la calcemia deben ser controladas durante este período, especialmente en los prematuros de muy bajo peso que pueden tener hipoglucemia e hipocalcemia sintomáticas.

También son frecuentes las alteraciones de la coagulación y la anemia. Estas patologías deben ser consideradas para su oportuna pesquisa y eventual prevención. Los prematuros requieren suplemento de hierro cuando cumplen 2 meses de edad postnatal o cuando duplican el peso. Se les administra 2 a 4mg/Kg./día de hierro elemental.

La enterocolitis necrotizante (ECN) es otra complicación temible que afecta especialmente a los prematuros. Tiene una alta mortalidad y morbilidad. Su fisiopatología es multifactorial. Está condicionada fundamentalmente por la inmadurez anatómica-funcional e inmunológica del intestino sobre el cual actúan factores predisponentes como son: la hipoxia, la hipoperfusión del intestino, la alimentación muy precoz con volúmenes altos y la invasión de la mucosa intestinal por diferentes gérmenes(10).

En su **prevención** hay que considerar todos los factores antes mencionados y usar leche materna, teniendo precaución de no alimentar en forma muy precoz y con aumento brusco de volúmenes. Hay que estar alerta a sus primeros síntomas, que son poco específicos: alteraciones de la termorregulación, apnea, hipotonía, baja reactividad. Más específicos y típicos es la triada de residuo gástrico bilioso, distensión abdominal y deposiciones con sangre. La confirmación del diagnóstico se hace con la radiografía de abdomen donde se observan imágenes típicas de gas intraluminal: neumatosis intestinal aire en la circulación portal.

Por último mencionaremos la fibroplasia retrolental, importante causa de ceguera en los niños. El sustrato fundamental para su génesis es la inmadurez de los vasos retinianos y la exposición a altas presiones parciales de oxígeno (8).

CLASIFICACION DEL PREMATURO:

1. CLASIFICACION POR PESO AL NACIMIENTO:

Se consideran intervalos de 500 gramos, a partir de los 500 g. Así por ejemplo:

- De 500 a menos de 749 gramos
- De 750 a menos de 999 gramos
- De 1000 a menos de 1499 gramos
- De 1500 a menos de 2499 gramos
- \geq 2500 gramos

2. CLASIFICACION POR EDAD GESTACIONAL:

Se consideran los siguientes intervalos semanales.

- \leq 25 semanas de gestación
- 26-29 semanas de gestación
- 30-33 semanas de gestación
- 34-36 semanas de gestación

3. CLASIFICACIÓN DE MORTALIDAD, POR EDAD AL MORIR

Se recomienda el empleo de los siguientes intervalos:

- Desde el nacimiento a menos de 60 minutos completos
- Desde 1 hora a menos de 24 horas completas
- Desde 24 horas a menos de 48 horas completas
- Desde 48 horas a menos de 168 horas completas
- Desde 7 días a menos de 28 días completos

4. CLASIFICACION SEGÚN LA RELACION PESO/ EDAD GESTACIONAL

- **AEG:** Adecuados para la Edad Gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- **PEG:** Pequeños para la Edad Gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- **GEG:** Grandes para la Edad Gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos.

Los recién nacidos GEG, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna. Pueden presentar también hipoglicemia y poliglobulia. Por su tamaño puede tener problemas en el parto y sufrir traumatismo y asfixia.(4)

El recién nacido de postérmino tiene una placenta que empieza a ser insuficiente. Con frecuencia presentan asfixia en el trabajo de parto y meconio en el líquido amniótico lo que puede resultar en un Síndrome de Dificultad Respiratoria por Aspiración de meconio.

2.2 ANTECEDENTES

De la bibliografía existente en diferentes estudios nacionales e internacionales que abordan el tema materia de estudio, para efectos de nuestro trabajo consideraremos los siguientes:

“Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México”(11)

Llegaron a las siguientes conclusiones: La población que ingresa a nuestro hospital es de bajos recursos, con estudios académicos mínimos y no llevan control prenatal. Si a esto sumamos que son menores de 25 años resulta que el riesgo de nacimientos prematuros es muy alto. Por fortuna, los recién nacidos prematuros que se reportan representan sólo entre 3 y 4% de todos los nacimientos. La historia perinatal como método diagnóstico prenatal nos permitirá identificar el verdadero riesgo de nuestros neonatos, lo que posibilitará proveer los

recursos para su inmediata atención y disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad

“Mortalidad en recién nacidos de extremo bajo peso al nacer en la unidad de neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre enero 2000 y diciembre 2004.”

Sus autores llegaron a las siguientes conclusiones:...Los cuidados prenatales, el uso de corticoides prenatales y surfactante son factores modificables que tendrían impacto en la mortalidad. Síndrome de Distrés Respiratorio-membrana hialina, sepsis y hemorragia intraventricular, constituyen las entidades de morbilidad más frecuentes. El alcance de este estudio permite formular estas hipótesis. La evaluación de las mismas requiere estudios tipo observacionales y analíticos posteriores.

“Mortalidad y morbilidad en el prematuro menor de 31 semanas de gestación una década después de la utilización del surfactante”. Cuyo autor es Dr. Genzel-Boroviczeny O, y otros...concluyen: Que durante los años 90 la mortalidad y morbilidad luego de la introducción del Surfactante no ha producido cambios significativos.

CAPITULO III
MATERIAL Y METODO

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio no experimental, tipo retrospectivo de corte transversal, Analítico de enero 1997 a diciembre de 2001 VS 2002 a diciembre 2006, de dos grupos, con medición de todas las variables señaladas.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO:

El Hospital Hipólito Unanue de Tacna es un Hospital general, con actividad medica quirúrgica y con un papel muy importante de la actividad Obstétrica.

El departamento de Pediatría tiene Servicio de Neonatología estructuralmente reconocido, con personal especializado propio (Medico, Enfermeras y personal Técnico).

3.3 POBLACION

Nuestra población de estudio esta conformada por 1149 recién nacidos prematuros.

3.4 UNIDADES DE ESTUDIO

3.4.1 HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL:

La incidencia y morbimortalidad neonatal del prematuro en el Hospital HUT en el quinquenio 2002-2006 se ha incrementado en comparación con el quinquenio 1997-2001.

3.5 VARIABLES

CUADRO DE OPERATIVIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA
PREMATURO	≤ 25 SEMANAS DE GESTACIÓN 26-29 SEMANAS DE GESTACIÓN 30-33 SEMANAS DE GESTACIÓN 34-36 SEMANAS DE GESTACIÓN	CATEGORIA ORDINAL
PESO AL NACER	500 – 749 GRAMOS 750 – 999 1000 – 1499 1500 – 1999 2000 – 2499 2500 A MÁS	CATEGORICA ORDINAL
RELACION PESO EDAD GESTACIONAL	ADECUADO EG GRANDE EG	CATEGORICA ORDINAL

	PEQUEÑO EG	
SEXO	MASCULINO FEMENINO	CATEGORICA NOMINAL
APGAR AL MINUTO	AL MINUTO: 0-3-6 7-10	CATEGORICA ORDINAL
APGAR A LOS 5 MINUTOS	5 MINUTOS 0-3 4-6 7-10	CATEGORICA ORDINAL

EDAD DE FALLECIMIENTO	0 - 59 MINUTOS	CATEGORIA ORDINAL
	1 HORA A MENOS DE 24 HORAS	
	24 A MENOS DE 48 HORAS	
	48 HORAS A 6 DIAS	
	7 DIAS A MENOS DE 28 DIAS	

MORBILIDAD: SI / NO			
CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD NEONATAL	A) SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA B) INFECCIONES C) MALFORMACIONES CONGÉNITAS D) NEUROLÓGICAS E) HEMATOLÓGICAS F) HIPERBILIRRUBINEMIA G) HEMORRÁGICAS H) METABÓLICAS I) TRAUMA OBSTÉTRICO J) OTRAS	CATEGORICA NOMINAL	

MORTALIDAD: SI / NO			
CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	a) SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA B) INFECCIONES C) MALFORMACIONES CONGÉNITAS D) NEUROLÓGICAS E) HEMATOLÓGICAS F) HIPERBILIRRUBINEMIA G) HEMORRÁGICAS H) METABÓLICAS I) TRAUMA OBSTÉTRICO J) OTRAS	CATEGORIA NOMINAL	

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Recién nacido cuyo nacimiento haya sido atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Recién nacidos vivo
- Edad gestacional menor de 37 semanas por examen físico
- Recién nacido con peso al nacer de 500 gramos o mayor

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Recién nacido prematuro cuya atención de parto sea extrahospitalaria.
- Historia clínica incompleta.

RECOLECCION DE DATOS DE LA INVESTIGACION

Para la recolección de datos, se reviso la Base de Datos del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, agrupados en dos quinquenios: 1997 –2001 VS 2002- 2006.

Se realizo los siguientes pasos:

- a) Revisión de las historias clínicas en el Sistema Informático Perinatal del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue entre los periodos 1997-2001 y 2002-2006
- b) Selección de las historias clínicas de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, agrupándolos en dos periodos estudiados.
- c) Selección de las variables de estudio.

Para el procesamiento y análisis de los datos, luego de la recolección de información se realizará una base de datos en una tabla general construida dentro del Programa MS EXCEL.

Se aplicará pruebas estadísticas para comparar ambos periodos, utilizando para la comparación de frecuencias el Chi² y para la comparación de promedios T de Students, siendo la diferencia significativa cuando el p es menor de 0,05 y muy significativa cuando el P es menor de 0,01.

Para el análisis estadístico se utilizo el Software Epi Info.

Para la elaboración del informe final se trabajo en formato Word, versión XP, para Windows.

CAPITULO IV
RESULTADOS

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL
PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN
DOS QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 1

INCIDENCIA POR AÑOS

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
TOTAL RN VIVO	2625	2548	2967	2436	2706	3180	3193	3459	3676	3526	30316
RN PREMATUROS	69	77	87	77	96	101	130	177	156	179	1149
TASA DE INCIDENCIA X 100	2,63	3,02	2,93	3,16	3,54	3,18	4,07	5,12	4,24	5,08	3,79

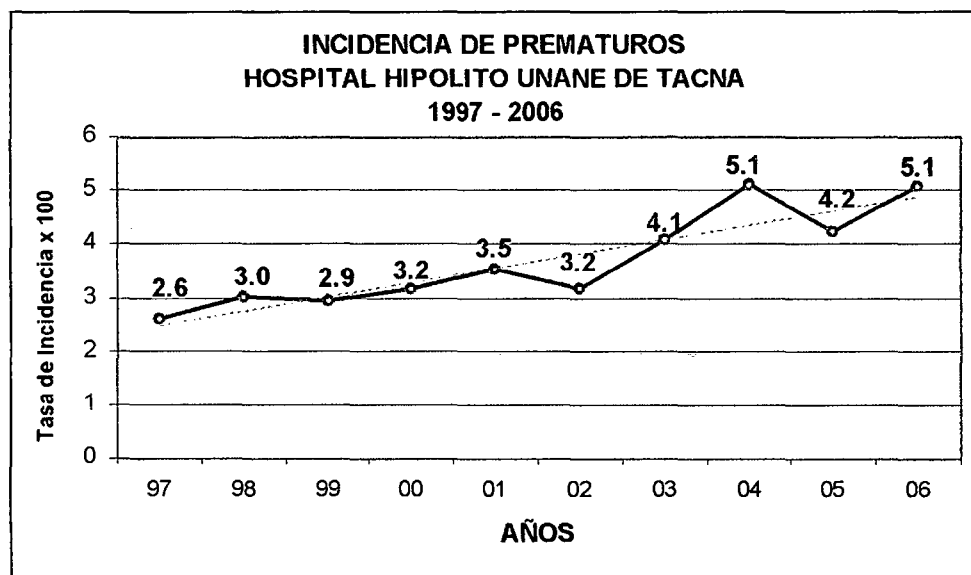
FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION

Durante los años 1997 a 2006, nacieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 30,316 RN vivos, de los cuales 1,149 fueron prematuros, siendo la tasa de incidencia de 3,79%, la que oscila entre 2,63 en el año 1997 a 5,12% en el año 2004. Se aprecia un incremento progresivo de la tasa de incidencia en los 10 años estudiados.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO No. 1



FUENTE: Tabla No. 1.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL
PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN
DOS QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 2

INCIDENCIA DE PREMATUROS POR QUINQUENIOS

QUINQUENIOS	1997-2001	2002-2006
R. NACIDOS VIVOS	13,282	17,034
PREMATUROS	406	743
TASA PREM.	3,06%	4,36%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

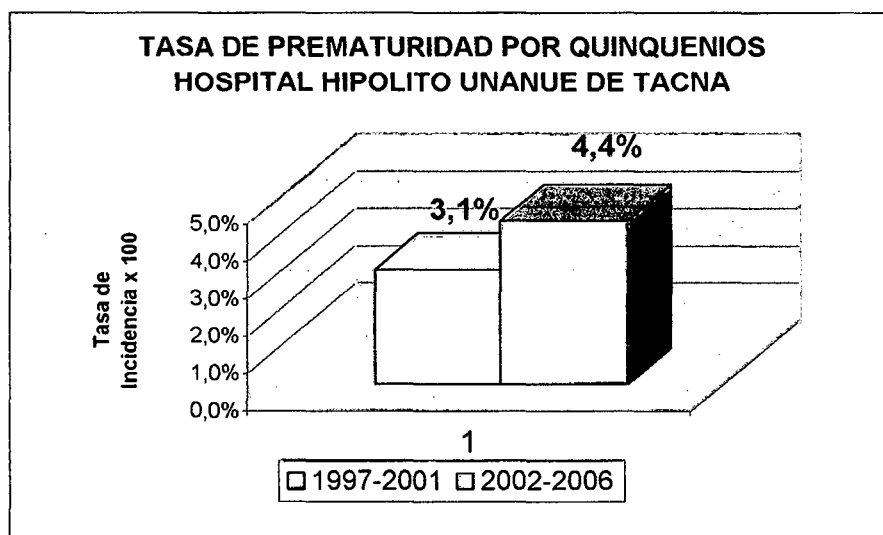
P < 0,001

INTERPRETACION:

La tasa de incidencia de prematuros en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 1997-2001 fue de 3,06%, siendo 4,56% en el quinquenio 2002-2006, este incremento en la incidencia fue altamente significativo, ya que la P fue menor que 0,001.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL
PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN
DOS QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO No. 2



FUENTE: Tabla No. 2

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

TABLA No. 3

EDAD GESTACIONAL DE PREMATUROS

EDAD GESTACIONAL	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
22 – 25 s.	16	3,94%	33	4,44%
26 – 29 s.	32	7,88%	58	7,81%
30 – 33 s.	81	19,95%	151	20,32%
34 – 36 s.	277	68,23%	501	67,43%
TOTAL	406	100,00%	743	100,00%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,97

La mayor proporción de prematuros se encuentra entre las edades gestacionales de 34 a 36 semanas, teniendo un porcentaje de 68,23% y 67,43% en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 respectivamente, le siguen la Prematurez moderada, Prematurez extrema y finalmente Prematurez muy Extrema (22-25 semanas), con un porcentaje de 3,94% y 4,44% en los quinquenios en estudio.

Las proporciones de recién nacidos prematuros por edad gestacional, no ha variado en ambos quinquenios., no existiendo diferencias significativas (p=0,97).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 4

PESO AL NACER EN PREMATUROS

PESO AL NACER	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
500 - 749	12	3,0%	25	3,4%
750 - 999	15	3,7%	28	3,8%
1000 - 1499	66	16,3%	107	14,4%
1500 - 1999	89	21,9%	139	18,7%
2000 - 2499	138	34,0%	241	32,4%
2500 a más	86	21,2%	203	27,3%
TOTAL	4064	100,0%	743	100,0%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,28

La mayor proporción de prematuros fue de bajo peso (RNBP), siendo 78,8% y 72,7% en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 respectivamente, sólo 21,2% y 27,3% fueron a término.

De los RNBP, se presentaron 34% y 32,4% de RN con peso entre 2000 y 2499 g, en ambos quinquenios respectivamente, le siguen los RN con peso de 1500 a 1999 con porcentajes de 21,9% y 18,7% en ambos quinquenios, de 1000 a 1499

presentaron un porcentaje de 16,3% y 14,4%, finalmente los extremadamente de bajo peso fueron 6,7% y 3,4% en ambos quinquenios respectivamente. La proporción de RN prematuros según peso al nacer en ambos quinquenios, no ha variado, por que no existe diferencias significativas ($P=0,28$).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 5

RELACION PESO / EDAD GESTACIONAL EN PREMATUROS

RELAC. PESO EG	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
GRANDE	6	1,48%	4	0,54%
ADECUADO	322	79,31%	491	66,08%
PEQUEÑO	78	19,21%	248	33,38%
TOTAL	406	100,00%	743	100,00%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,00000095

INTERPRETACION:

El 79,31 % corresponde a prematuros Adecuado para la edad Gestacional (AEG) en el primer quinquenio (1997-2001), y 66,8 % en el segundo quinquenio (2002-2006). El 19,21 % y 33,3% de prematuros es Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) en los quinquenios respectivamente, siendo sólo 1,48% y 0,54% Grande para la edad Gestacional (GEG) en ambos quinquenios. Se aprecia una reducción de RN AEG y GEG, mientras que existe un incremento de RN PEG, siendo estas variaciones estadísticamente significativas. (P = 0,00000095)

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 6

SEXO DE LOS PREMATUROS

SEXO	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
MASCULINO	206	50,74%	389	52,36%
FEMENINO	200	49,26%	354	47,64%
TOTAL	406	100,00%	743	100,00%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,6

En los prematuros del Hospital Hipólito Unanue predominan discretamente los RN de sexo masculino, presentando un porcentaje de 50,7% y 52,4% en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 respectivamente, mientras que las mujeres se presentaron en un 49% y 47,64% respectivamente. No existen diferencias significativas entre los sexos de prematuros en ambos quinquenios (P= 0,6).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 6

APGAR AL MINUTO EN PREMATUROS

APGAR AL MINUTO	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
< 0 - 3 >	68	16,75%	86	11,57%
< 4 - 6 >	71	17,49%	117	15,75%
< 7 - 10 >	267	65,76%	540	72,68%
TOTAL	406	100,00%	743	100,00%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,02

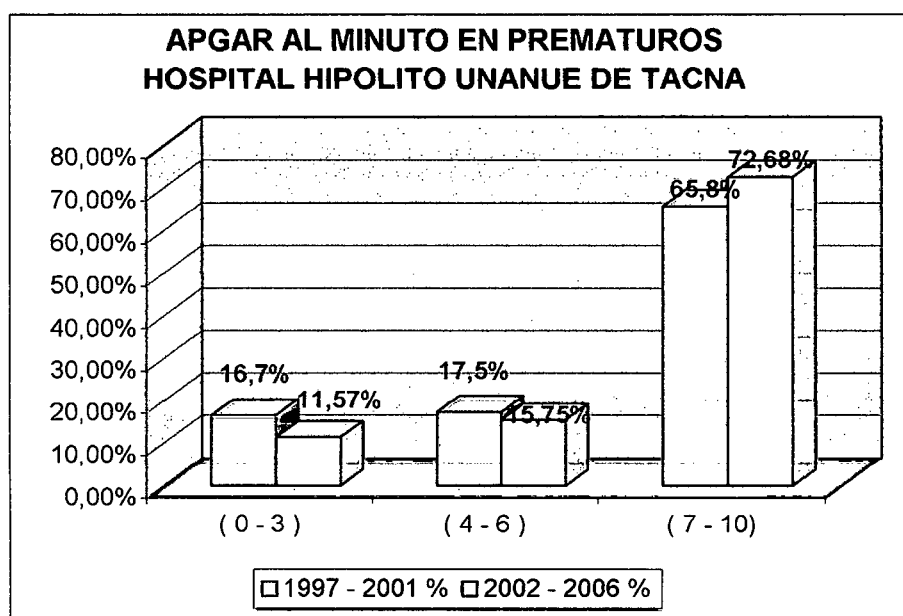
INTERPRETACION

En ambos quinquenios se observa un incremento del Apgar en los vigorosos siendo de 65,8% y 72,60% en el primer y segundo quinquenio respectivamente. Además el 17,4 % y 11,57% presentaron depresión moderada en ambos quinquenios. El 16,75 % y 11,57% presento depresión severa en los quinquenios en estudio.

La condición al nacer ha mejorado en el último quinquenio, existiendo diferencias significativas. (P=0,02).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO N. 03



FUENTE: Tabla N. 6.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 7

APGAR A LOS 5 MINUTOS EN PREMATUROS

APGAR 5 MINUTOS	1997 - 2001		2002 - 2006	
	N.	%	N.	%
(0 - 3)	26	6,40%	34	4,58%
(4 - 6)	32	7,88%	53	7,13%
(7 - 10)	348	85,71%	656	88,29%
TOTAL	406	100,00%	743	100,00%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,3537

INTERPRETACION:

En ambos quinquenios se observa que el Apgar a los 5 minutos, en los vigorosos es de 85,71% y 88,29% en el primer y segundo quinquenio respectivamente, correspondiendo la mayor proporción.

Además el 7,88 % y 7,13% presentaron depresión moderada en ambos quinquenios. El 6,40% y 4,58% presento depresión severa en los quinquenios en estudio.

No existe diferencia significativa en el Apgar a los 5 minutos entre ambos quinquenios (P=0,035).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL REMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 8

TASA DE MORBILIDAD EN PREMATUROS POR AÑOS

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
TOTAL DE RN PREMATUROS	69	77	87	77	96	101	130	177	156	179	1149
MORBILIDAD	54	68	44	47	62	77	105	128	98	129	812
TASA MORBILIDAD X 1000	78,26	88,3	97,78	61,03	64,58	76,23	80,76	72,31	62,82	72,06	70,67

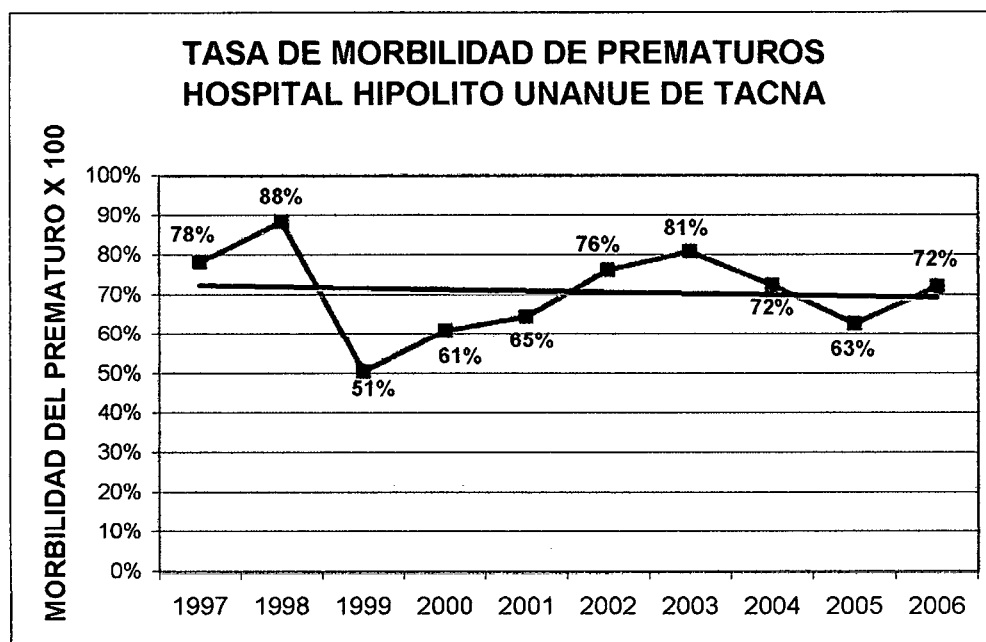
FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

Durante los años 1997 a 2006, nacieron 1149 prematuros, de ellos 812 presentaron patología, siendo la tasa de morbilidad de 70,67%, la que oscila entre 88 en el año 1998 a 50,57 en el año 1999 en el primer quinquenio y 81% en el año 2003 a 63% en el 2005 en el segundo quinquenio. Se observa una discreta tendencia descendente de prematurez en los diez años de estudio. Tabla N.8 y grafico N.4.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL REMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO N. 4



FUENTE: Tabla N. 8.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL REMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 9

TASA DE MORBILIDAD POR QUINQUENIOS

QUINQUENIOS	1997-2001	2002-2006
PREMATUROS	406	743
MORBILIDAD	275	537
TASA MORBILIDAD	78,00%	72,83%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

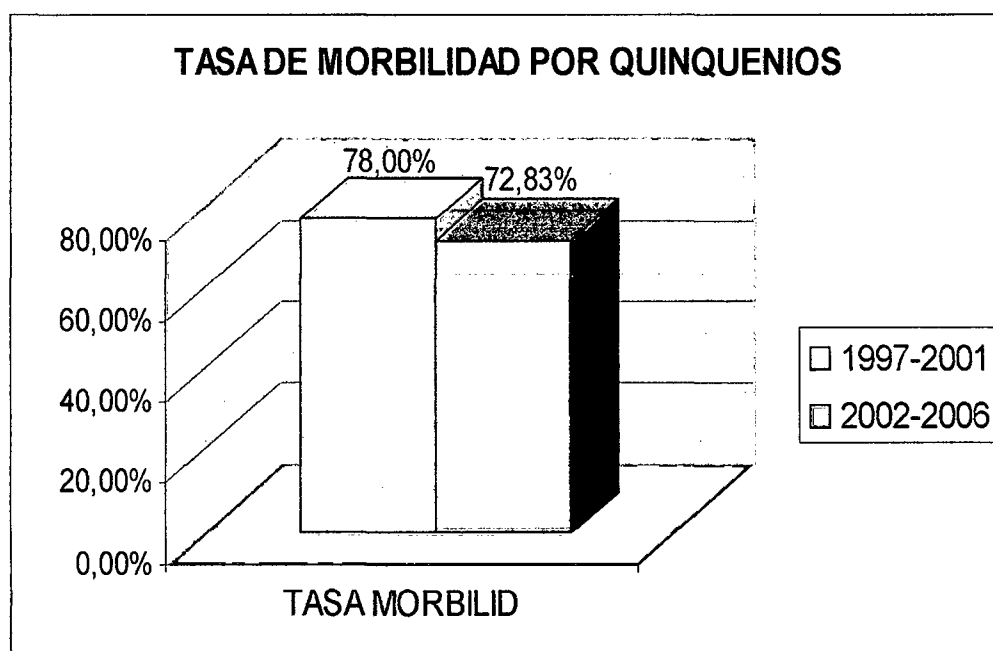
P = 0,049

INTERPRETACION

En el cuadro se observa que la tasa de morbilidad en el primer quinquenio (1997-2001) es de 78% y en el segundo quinquenio (2002-2006) es de 72,83%, por lo que se observa un descenso en la incidencia en el segundo quinquenio, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p=0,049).

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL REMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO No. 5



**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL
PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN
DOS QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 10

CAUSAS DE MORBILIDAD DEL PREMATURO POR QUINQUENIO

CAUSAS DE MORBILIDAD	1997 - 2001		2002 - 2006		P
	No.	%	No.	%	
Síndrome Dificultad Respiratoria	96	23.64	148	19.92	0.139
Infecciones	61	15.02	86	11.57	0.094
Alteraciones Metabólicas	24	5.91	34	4.58	0.000
Malformaciones	23	5.67	40	5.40	0.840
Asfixia Perinatal	17	4.19	84	11.30	0.000
Inmadurez generalizada	8	1.97	3	0,40	0,022
Retardo Crecimiento Intrauterino	7	1.72	15	2.02	0.728
Patología Neurológica	4	0.98	1	0.13	0.104
Alteraciones Hematológicas	4	0.98	19	2.56	0.069
Trauma obstétrico	3	0.73	2	0.27	0.492
Hiperbilirrubinemia	2	0.49	28	3.77	0.001
Trastornos Hidroelectrolíticos	2	0.49	19	2.56	0.013
Otras patologías	24	5,91	62	8.34	
RN PREMATUROS	406	100%	743	100%	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

La patología más frecuente que presentó el prematuro en el Hospital Hipólito Unanue en el periodo de estudio fue síndrome de dificultad respiratoria, siendo

23,64 en el quinquenio 1997-2001 y 19,92% en el quinquenio 2002-2006, esta reducción en el tiempo no fue significativa.

En segundo lugar se presentaron infecciones, con 15% y 11,6% en los dos quinquenios respectivamente, no existiendo diferencias en ambos periodos. La tercera patología fue alteraciones metabólicas con 5,9% y 4,58% respectivamente en ambos quinquenios, siendo esta reducción estadísticamente significativa.

Como cuarta patología se presentó malformaciones congénitas con 5,67% y 5,40% respectivamente, no existiendo diferencias en ambos quinquenios.

La asfixia perinatal fue la quinta patología con un porcentaje de 4,19 y 11,3% en ambos periodos, este incremento fue estadísticamente significativo, las demás patologías se presentaron en menor proporción como inmadurez generalizada, Retardo en Crecimiento Intrauterino, Patología Neurológica, Hiperbilirrubinemia, Trastornos Hidroelectrolíticos.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 11

CAUSA ESPECÍFICA DE MORBILIDAD DEL PREMATURO

CAUSA ESPECIFICA	1997-2001		2002-2006	
	N.	%	N.	%
Membrana Hialina (P-22.0)	65	23,64	126	23,46
Asfixia Perinatal (P – 21) 4	17	6,91	84	15,64
Hipoglicemia	19	6,19	29	5,40
Sepsis Neonatal	17	6,91	30	5,59
Las demás patologías	157		268	
TOTAL	275	100,0	537	100,0

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

Las principales causas de morbilidad específica en el prematuro del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: Membrana Hialina, Asfixia perinatal, Hipoglicemia, y sepsis neonatal. Las tres primeras patologías no tuvieron variación en el porcentaje de presentación en ambos quinquenios, sin embargo la asfixia perinatal ha aumentado significativamente en el segundo quinquenio.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 12

TASA DE MORTALIDAD EN PREMATUROS POR AÑOS

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
PREMATUROS	69	77	87	77	96	101	130	177	156	179	1149
MORTALIDAD	12	15	21	11	29	29	29	43	24	28	241
TASA MORTALIDAD X 100	17,39	19,48	24,13	14,29	30,20	28,71	22,31	24,29	15,38	15,64	20,97%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

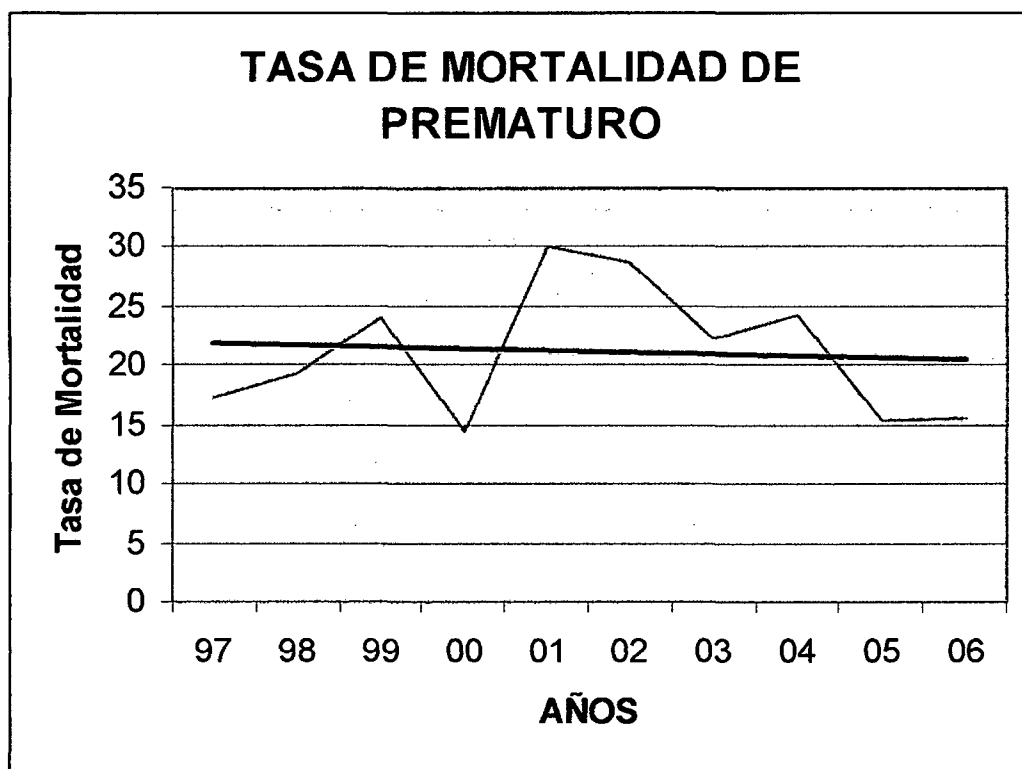
INTERPRETACION:

Durante los años 1997 a 2006, el total de Recién Nacidos prematuros fue de 1149, el total de Fallecidos fue de 241 pacientes, y la tasa de Mortalidad de 20,97%, la que oscila entre 14,28% en el año 2000 a 30,20% en el año 2001. Se aprecia una discreta disminución en los 10 años..

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO No. 6

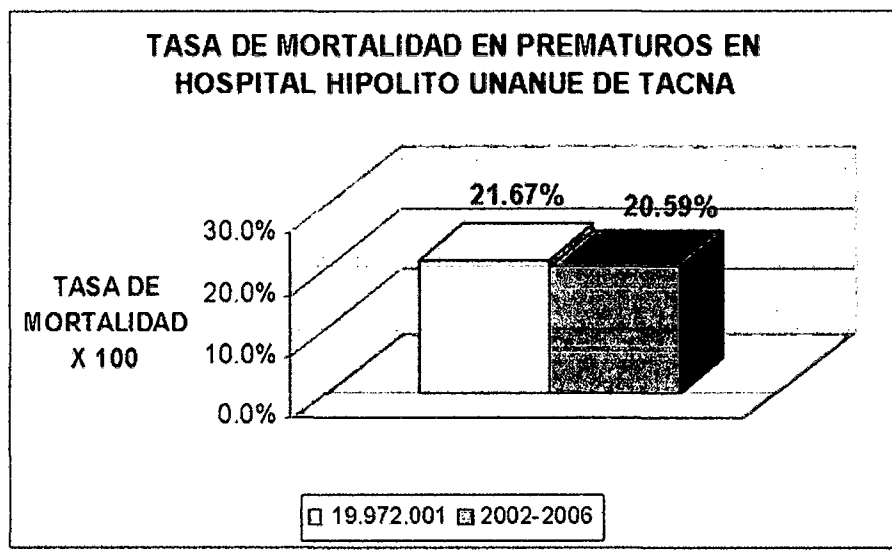
**TASA DE MORTALIDAD EN PREMATUROS POR AÑOS EN EL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA**



FUENTE: Tabla N.11.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL REMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

GRAFICO No. 7



FUENTE: Tabla N. 12.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 14

**CAUSA DE MORTALIDAD DEL PREMATURO POR QUINQUENIO
(OMS-CIE 10)**

MORTALIDAD POR QUINQUENIO	1997-2001		2002-2006		P
	N.	%	N.	%	
Síndrome Dificultad Respiratoria	61	69,32%	103	67,97%	0,8288
Malformaciones Congénitas	11	12,50%	15	9,80%	0,1681
Infecciones	8	9,09%	14	9,10%	0,8560
Asfixia Perinatal	3	3,41%	9	5,88%	0,7405
Patología Neurológica	2	2,27%	3	1,96%	0,8389
Otras Patologías	3	3,41%	9	5,88%	
TOTAL	88	100.00	153	100.00	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

La causa de mortalidad más frecuente que presentó el prematuro en el Hospital Hipólito Unanue en el periodo de estudio fue síndrome de dificultad respiratoria, siendo 69,32% en el quinquenio 1997-2001 y 67,97% en el quinquenio 2002-2006, esta reducción en el tiempo no fue significativa.

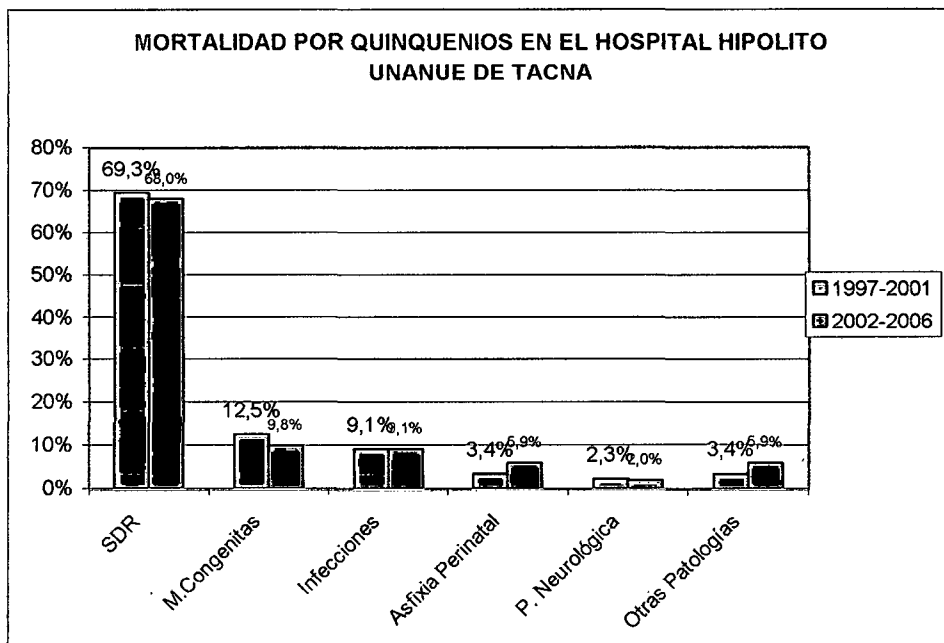
En segundo lugar se presentaron malformaciones Congénitas, con 12,50% y 9,80% en los dos quinquenios respectivamente, no existiendo diferencias en

ambos periodos. La tercera patología fue Infecciones con 9,09% y 9,10% respectivamente en ambos quinquenios, siendo esta no significativa $P > 0,8560$.

Como cuarta patología se presentó asfixia Perinatal con 3,41% y 5,88% respectivamente, no existiendo diferencia estadística $P=0,7405$

La Patología Neurológica fue la quinta patología con un porcentaje de 2,27 y 5,88% en ambos periodos, no estadísticamente significativo ($P= 0,8389$).

GRAFICO No. 8



FUENTE: Tabla N.14

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL
PREMATURO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN
DOS QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 15

**MORTALIDAD SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA EN EL PREMATURO
(Según OMS -CIE-10)**

CAUSA ESPECIFICA	1997-2001		2002-2006		P
	N.	%	N.	%	
Membrana Hialina (P-22.0)	48	62,5%	100	65,36%	0,6554
Sepsis Neonatal (P – 36.1)	4	15,9%	11	7,19%	0,0426
Asfixia Perinatal (P – 21)	4	4,55%	8	7,84	0,3221
Las demás patologías	32	36,36	34	22,22	
TOTAL	88	100,0	153	100,0	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT

INTERPRETACION:

Las principales causas de mortalidad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: Membrana Hialina, sepsis neonatal y asfixia perinatal, no existiendo variación entre ambos quinquenios entre la membrana hialina y asfixia perinatal. Sin embargo se observa, una reducción significativa de la sepsis neonatal en el segundo quinquenio.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 16

MORTALIDAD DEL PREMATURO SEGÚN TIEMPO DE VIDA

TIEMPO DE VIDA	97- 2001		2002 06		P
	N	%	N.	%	
(0 - 59 min.)	11	12,50%	14	9,15%	0,4116
(1h - < 24 h)	58	65,91%	69	45,10%	0,0018
(24 h < 48 h)	5	5,68%	24	15,68%	0,0215
(2 días - 6 días)	10	11,36%	35	39,77%	0,00003
(7 días - 28 días)	4	4,54%	11	7,20%	0,4133
TOTAL	88	100.0%	153	100,0%	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0.075

La mayor proporción de fallecimientos ocurre antes de las 24 horas, teniendo un porcentaje de 78% y 55,10% en el primer (1997-2001) y segundo quinquenio (2002-2006) respectivamente. Además el de menor porcentaje el tiempo de vida dentro de los 7 a 28 días, con porcentajes de 4,54% y 7,20% en ambos quinquenios.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 17

MORTALIDAD DEL PREMATURO SEGÚN EDAD GESTACIONAL

FALLECIDOS POR EDAD G.	1997-2001		2002-2006		P
	N.	%	N.	%	
22 - 25 SEM.	19	21,59%	61	37,04%	0.014
26 - 29 SEM.	21	23,86%	14	8,64%	0.001
30 - 33 SEM.	28	31,82%	57	35,19%	0.630
34 - 36 SEM.	20	22,73%	21	12,96%	0.055
TOTAL	88	100,00%	152	100,00%	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

La mortalidad de los prematuros por edad gestacional se presentó de la siguiente manera: De los fallecidos 21,59% y 37,04% fueron de 22-25 semanas en los quinquenios de estudio, observándose un incremento estadísticamente significativo. 23,86% y 8,64% de prematuros fallecieron entre 26 a 29 semanas, siendo esta reducción estadísticamente significativa.

En las edades gestacionales mayores no existe variación en las proporciones entre ambos quinquenios.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 18

MORTALIDAD DEL PREMATURO SEGÚN PESO AL NACER

PESO AL FALLECER	1997 - 2001		2002 - 2006		P
	N.	%	N.	%	
500 – 749 g.	13	14,80%	21	13,70%	0,8220
750 – 999 g.	12	13,60%	26	17,00%	0,4911
1000 – 1499 g.	36	40,90%	58	37,90%	0,6456
1500 – 1999 g.	12	13,60%	29	19,00%	0,2901
2000 – 2499 g.	10	11,40%	13	8,50%	0,1658
2500 a más g.	5	5,70%	6	3,90%	0,7566
TOTAL	88	100%	153	100,00%	

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

INTERPRETACION:

La mayor proporción de prematuros fallecidos fue de bajo peso, siendo 94,30% y 96,10% en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 respectivamente.

De los RN BP, fallecidos presentaron 40,90% y 37,90% de RN con peso entre 1000 y 1499, en ambos quinquenios respectivamente.

Le siguen los RN con peso de 500 a 749 con porcentajes de 14,80% y 13,70% en ambos quinquenios, de 750 a 999 representaron un porcentaje de 13,60% y 17,00%. Finalmente la menor proporción de prematuros fallecidos fueron los

comprendidos en peso mayor de 2500 gramos, siendo 5,70% y 3,90% en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 respectivamente.

La proporción de RN prematuros fallecidos según peso, no presenta diferencia estadística.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 19

TASA DE LETALIDAD DELPREMATURO POR QUINQUENIO

AÑOS	1997-2001	2002-2006
MORBILIDAD	275	537
MORTALIDAD	88	152
TASA LETALIDAD X 100	32%	28,49%

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0.30

INTERPRETACION:

La tasa de letalidad de prematuros en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el quinquenio 1997-2001 fue de 32%, siendo 28,49%.en el quinquenio 2002-2006, este discreto descenso en la letalidad no fue significativo estadísticamente por que la P = 0,30.

**INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD NEONATAL DEL PREMATURO
EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN DOS
QUINQUENIOS CONSECUTIVOS 1997-2001 VS 2002-2006**

TABLA No. 20

**CONTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR PREMATUREZ EN LA
MORTALIDAD NEONATAL POR QUINQUENIO**

	1997-2001	2002-2006
RN FALLECIDOS	121	202
RN PREMATUROS FALLECIDOS	88	153
% CONTRIBUCION A LA MORTALIDAD NEONATAL	72,73	75,74

FUENTE: Base de Datos del SIP 2000 del HHUT.

P = 0,5467

INTERPRETACION:

Del total fallecidos en el periodo neonatal en el Servicio de Neonatología en el HHUT en el quinquenio 1997-2001, 72,73% fueron prematuros, y en segundo quinquenio 75,74%. Esta contribución de la mortalidad por prematurez en la mortalidad Neonatal no fue estadísticamente significativa en ambos periodos (P= 0,5467)

CAPITULO IV: DISCUSION

COMENTARIOS

DISCUSION

El nacimiento de un bebe prematuro es un acontecimiento frecuente y sus cuidados constituyen un permanente desafío en la neonatología actual. Las unidades que atienden recién nacidos se encuentran mayoritariamente pobladas de prematuros muy pequeños, que cotidianamente son el desvelo de enfermeras y médicas a cargo de su atención. Múltiples esfuerzos se realizan para tratar que su evolución sea mejor que se pueda lograr, no solo en lo inmediato sino también con una permanente mirada hacia el futuro (12)

INCIDENCIA DE PREMATUROS

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los 10 años de estudio (1997-2001) nacieron 30,316 recién nacidos vivos, siendo 1,149 de 22 a 36 semanas de gestación, siendo la incidencia de prematurez global de 3,79%.

La tasa de incidencia durante este decenio se incrementó significativamente en forma progresiva, siendo 3,06% en el primer quinquenio (1997-2001) y 4,36% en el segundo quinquenio (2002-2006).

Este incremento se debe a la mayor cobertura del seguro materno.

Comparando nuestra incidencia con otros estudios, a nivel local, Ticona (13) en un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los periodos 1985 – 1994, encontró una incidencia de 2,19% de recién nacidos prematuros, siendo esta incidencia menor a la encontrada en nuestro estudio. Vildoso (14) en este mismo Hospital pero en los periodos 1996 – 2000, encontró una incidencia de 5,99%, siendo esta incidencia mayor a la nuestra, debido a que la edad gestacional fue realizada por fecha de última menstruación y no por examen físico como en nuestro estudio.

A nivel Nacional, encontramos que Trelles (15), realiza un estudio de Prematurez y Bajo peso al Nacer en Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el periodo 1984-1987, encontró una Tasa de incidencia de prematurez de 4,92%, siendo esta incidencia mayor a la de nuestro estudio. Romero, (16) en un estudio realizado en el Hospital Ramos Guardia de Huaraz, durante los años 1998- 1999, encontró una Tasa de incidencia de 7,5% de recién nacidos prematuros. Linares (17) en un estudio realizado en el Hospital de la FAP, de enero de 1997 a diciembre del 2001, encontró una tasa de incidencia de prematuros de 5,29%, siendo todas estas incidencias mayores a la de nuestro estudio, esto se debería a que estos Hospitales son de referencia y reciben mayor porcentaje de recién nacidos de alto riesgo, mientras que nuestro hospital es general.

A nivel internacional; Tucker (18), en su estudio recién nacidos prematuros en los USA, en el año, 2002, encontró un incidencia de 12%, siendo este mucho mayor al nuestro debido a que este es un hospital especializado donde reciben a recién nacidos de alto riesgo. Miranda (11), en un estudio realizado en Hospital General de México durante los periodos 1995 – 2001, encontró una incidencia de 3,5% de recién nacidos prematuros, similar a nuestra incidencia debido a que este hospital es semejante al nuestro.

Comparativamente con estudios nacionales e internacionales, podemos decir que nuestra tasa de incidencia de prematurez es baja a la mayoría de estudios, debido a las buenas condiciones de vida y de salud de la Región de Tacna, a una elevada cobertura de control prenatal y parto institucional, a la referencia oportuna de embarazos de alto riesgo de los centros de salud periféricos.

INCIDENCIA DE PREMATUREZ POR CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

En nuestro estudio encontramos mayor proporción a mayor edad gestacional, no existiendo variación en los dos periodos de estudio.

Comparando con otros estudios, Oliveros (19), en su estudio encontró: 34 – 36 semanas con un 82%; y 30 – 33 s con 10%, luego 26 – 29semanas con 6%,

finalmente < 25 s con 2%. Es mayor a la incidencia de nuestro estudio MIRANDA (11), encontró la mayor población de prematuros se hallaba dentro de las 30 – 32 semanas de gestación.

Podemos observar que los adecuados controles prenatales de las madres ayudan a disminuir la incidencia de prematuros extremos.

Vildoso (14) en su estudio encontró: que los recién nacidos <1000g representan un 6,46%; los de 1000g a 14999 tienen 9,64%, y los de 1500 representan el 24.99%.

La en nuestro estudio la población de adecuado y grande para la edad gestacional han disminuido, pero los pequeños para la edad gestacional aumentaron en forma significativa de un 19 a 33%.

Comprando con otros estudios:

ALEGRIA (20), encontró, que los GEG representa el 4,3%, PEG 34,2%, AEG 61,5%, en los recién nacidos prematuros,

Nuestro estudio coincide en cuanto a la que existe mayor numero de recién nacidos prematuros en los adecuados para la edad gestacional, debido a un mejor control obstétrico a nivel de nuestro hospital.

En los prematuros del Hospital Hipólito Unanue predominan discretamente los RN de sexo masculino, presentando un porcentaje de 50,7% y 52,4% en los quinquenios

1997-2001 y 2002-2006 respectivamente, mientras que las mujeres se presentaron en un 49%. No existen diferencias significativas entre los sexos de prematuros. Miranda (11), en su estudio encontró que de los recién nacidos prematuros, el 43,8% fueron mujeres, 56,2% fueron varones.

Nuestro estudio coincide con este estudio y con lo descrito con la literatura, que finalmente se presentara como factor pronostico de morbimortalidad, a menor peso mayor morbimortalidad.

En relación a las condiciones al nacer al minuto expresado en Apgar al minuto, a disminuido la depresión severa, mientras que a los 5 minutos no ha existido ninguna variación entre los quinquenios estudiados.

Vildoso (), encontró: 0-3 con 20,38% y 4-6 con un porcentaje de 11,14.

Recordemos que el score del Apgar como: irritabilidad refleja, color, y el tono muscular, el cual depende parcialmente de la edad gestacional del niño.

TASA DE MORBILIDAD

Durante los años 1997 a 2006, 812 prematuros presentaron alguna patología, siendo la tasa de morbilidad 70,7%, presentando un descenso significativo en la incidencia entre ambos quinquenios de 78 a 72%

La tasa de morbilidad del recién nacido prematuro ha disminuido, debido principalmente a que contamos con personal médico más capacitado, equipos más sofisticados (monitor fetal) en servicio de neonatología, que no se hallaban en el primer quinquenio.

CAUSA DE MORBILIDAD

En nuestro estudio las principales causas de morbilidad fueron: síndrome de dificultad respiratoria, infecciones y malformaciones congénitas, las mismas que no han variado en los dos quinquenios. Otras patologías importantes que se presentaron fueron: alteraciones metabólicas las que han disminuido y la asfíxia perinatal.

Las principales causas específicas de morbilidad fueron: membrana hialina, asfíxia perinatal y sepsis, de estas no se han modificado la membrana hialina, ni la sepsis, la asfíxia perinatal.

Costas (21), en su Trabajo de Investigación "Morbimortalidad y crecimiento de los niños con muy Bajo peso al nacer Hospitalizados" identificaron a la Broncodisplasia Pulmonar y Sepsis como las principales causas de Morbilidad en recién nacidos prematuros.

Linares (17), en su estudio encontró patologías como: hipoglicemia con un 21,97%; enfermedad de membrana hialina de 12,09%, Ictericia con 8,79 %, sepsis 7,69%.

MORTALIDAD

Cada año mueren en todo el mundo 4 millones de niños en su primer mes de vida, de los que 2 millones no llegan a las primeras 24 horas, como consecuencia, en la mayoría de los casos, de causas “totalmente previsibles y perfectamente controlables”, como infecciones, complicaciones durante el nacimiento y bajo peso al nacer (22)

La tasa de Mortalidad en prematuros fue de 20,9%, la misma que no ha variado en los dos periodos de estudio, a pesar de la mejor tecnología en equipamiento, uso de surfactante pulmonar exógeno, equipamiento con ventiladores mecánicos que no ha existido en el primer periodo y mayor personal del Servicio de Neonatología.

Comparando con otros estudios:

MARTÍN (23) en un estudio “Baja mortalidad pero altísima morbilidad en una década de estudio, encuentra una tasas de mortalidad de 31,8%,

Oliveros en un trabajo de investigación “el prematuro y su manejo” encontró una mortalidad de 44,9%. RODRÍGUEZ (23) en un estudio, realizado en Hospital Honorio Delgado de Arequipa, encontró una tasa de mortalidad mayor de 29,8 % de prematuros. LINARES (17) encontró una tasa de Mortalidad de 43,4 % de recién nacidos prematuros.

Las tasas de mortalidad encontradas en los estudios son mayores a las de nuestro estudio.

CAUSAS DE MORTALIDAD

La causa de mortalidad más frecuente que presentó el prematuro en el periodo de estudio fue Síndrome de dificultad respiratoria, en segundo lugar se presentaron malformaciones Congénitas, la tercera patología fue Infecciones, como cuarta patología se presentó asfixia Perinatal.

Comparando con otros estudios, Rodriguez (23), en su estudio encontró que la principales causas de mortalidad en el recién nacido pretermino fueron: síndrome de dificultad respiratoria con un 33,33%. En segundo lugar Hipoxia con un 9,26%, luego sepsis con un 11,11% mientras malformaciones congénitas con un 2,78%.

LINARES (17), Síndrome de membrana Hialina con 50%, enfermedad de membrana hialina 18,7%, Sepsis con 6,25%. Romero (14), considera la primera causa de muerte del prematuro a la enfermedad de membrana Hialina. Oliveros (19), encontró como causa de mortalidad: enfermedad membrana hialina 42%, hemorragia intracraneana 25%, Sepsis 23,2%. Asfixia 21,4% Enfermedades congénitas 8,9%.

Es importante señalar que las causas del mortalidad del recién nacido prematuro encontradas con otros estudios coincide en señalar que las enfermedades respiratorias, la sepsis, y las malformaciones congénitas son las principales causas de muerte.

FALLECIMIENTO SEGÚN TIEMPO DE VIDA

La mayor proporción de fallecimientos ocurre antes de las 24 horas, teniendo un porcentaje de 65,91% y 45,10% en el primer (1997-2001) y segundo quinquenio (2002-2006) respectivamente. Además el de menor porcentaje el tiempo de vida dentro de los 7 a 28 días, con porcentajes de 4,54% y 7,20% en ambos quinquenios.

En un estudio realizado por sobre la morbilidad neonatal en el Hospital San Juan de Dios, 1983-1997, hallaron que el 21% de los recién nacidos fallecían en la primera hora, y 12% en el día de vida.

Podemos decir que la primera y la 24 horas de vida del recién nacido es fundamental para los recién nacidos, mas aun para los recién nacidos prematuros, por su vulnerabilidad para la supervivencia.

FALLECIMIENTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Los prematuros fallecidos según edad Gestacional, de 30 - 33 semanas y las 34-36 semanas no ha variado su proporción entre ambos quinquenios.

Pero si una disminución de fallecidos en las 26-29 semanas de un 23,86% a un 8,64% en el segundo quinquenio. (P = 0,001.) Probablemente a al mejor manejo de este grupo.

PESO AL FALLECIMIENTO

La mayor proporción de prematuros fallecidos no ha variado estadísticamente, pero el mayor grupo poblacional se encuentra en entre 1000 y 1499. Además el Bajo representa más del 90%.

Comparando nuestra incidencia con otros estudios: LINARES (17), encontró que el Bajo peso es de 50%, 1501 – 2500g 6,4%; de 1001- 1500 g con 6,4% Peso extremo < 1000g 5,13%. BECA (25), en su estudio encontró las siguientes tasas con respecto al peso de los recién nacidos: <750 – 875/ 10000 NV, 750 – 999: 391/10000 NV; 1000-1499- 310/10000 NV.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Durante los años 1997 a 2006, nacieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 30,316 recién nacidos vivos, de los cuales 1,149 fueron prematuros, siendo la tasa de incidencia de 3,79%, la que oscila entre 2,63 en el año 1997 a 5.12% en el año 2004. Esta tasa de incidencia se ha incrementado progresivamente durante los 10 años de estudio en forma significativa.
2. La tasa de morbilidad en el prematuro durante los años 1997 a 2006 fue de 70,7%, la misma que se ha reducido significativamente en el segundo quinquenio.
3. Las principales causas de morbilidad en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 fueron: Síndrome de dificultad respiratoria (23,64% y 19,92%), infecciones (15% y 11,6%), alteraciones metabólicas (5,9% y 4,58%), malformaciones congénitas (5,67% y 5,40%) y asfixia perinatal (4,19 y 11,3%). De estas patologías, las alteraciones metabólicas han disminuido y la asfixia se ha incrementado significativamente.
4. La Tasa de mortalidad del prematuro durante los años 1997 a 2006 fue de 21%, no existiendo variaciones en ambos quinquenios de estudio.

5. Las principales causas de mortalidades del prematuro en los quinquenios 1997-2001 y 2002-2006 fueron: Síndrome de dificultad respiratoria (69,32% y 67,97%), malformaciones congénitas, (12,50% y 7,19%), infecciones (9,09% y 9,80%), asfixia perinatal (5,41% y 5,23%) y Patología Neurológica (2,27 y 1,15%).

6. El prematuro en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es un recién nacido de alto riesgo, ya que su morbilidad y mortalidad es elevada. Además la mortalidad por prematurez contribuye al 74,6% de la mortalidad neonatal total.

RECOMENDACIONES

1. Debido al incremento progresivo de la prematurez y su elevada morbimortalidad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se recomienda implementar un Programa de Prevención del Prematuro en la Región de Tacna, para disminuir la incidencia y morbimortalidad de este grupo de alto riesgo.
2. Se recomienda difundir los resultados de esta investigación a fin de dar a conocer al personal de salud que atiende al binomio madre niño, que el recién nacido prematuro es un problema de salud pública en la región y poder unir los esfuerzos entre el nivel primario y secundario para incrementar la referencia oportuna de los embarazos de alto riesgo al Hospital y de esta manera evitar la producción de partos prematuros.
3. Se requiere capacitar al personal del Servicio de Neonatología para la adecuada utilización de equipos e insumos necesarios para el manejo adecuado del recién nacido prematuro.

4. Se recomienda solicitar mayores recursos al Seguro Integral de Salud para cubrir los insumos y gastos para el adecuado y completó tratamiento de prematuros en el Hospital Hipólito Unanue.

5. Es importante que exista protocolos de atención de las principales patologías del prematuro a fin de estandarizar los tratamientos para el manejo adecuado de los RN prematuros y su pronta recuperación.

BIBLIOGRAFIA

1. [hhh://escuela.med.pud.cl/paginas/departamentos/obstetricia/alt riesgo](http://hhh://escuela.med.pud.cl/paginas/departamentos/obstetricia/alt_riesgo)
2. **CUNNIGAHAN, G.** Neonatología manejo, problemas en la guardia, patología y farmacoterapia editorial médica panamericana tercera edición argentina, 1997.
3. **RIVERA M.** Análisis de la mortalidad neonatal precoz en el Instituto Nacional de Perinatología (1999-2001) Perinatol Reprod Hum 2005; 19(1): 13-21 1.
4. **GOMELLA E.** Neonatología, Bogotá - Colombia. Ediciones Rojo. 2002.
5. **INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DEL NIÑO.** "Pediátrica" Revista de la Asociación de Médicos Residentes del IESN. Lima. 2005, 6 (1).
6. **HÜBNER M.** Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro Rev. Medica de Chile. Santiago Aug. 2002; 130 (8).

7. **VALDEZ, R.** Origen de la morbimortalidad neonatal. México. 2006
8. **NEONATOLOGÍA.** Monografías sobre Infecciones Respiratorias en Recién Nacido prematuro. Abbott Laboratorios. Edición/Producción: Ibáñez&Plaza
9. **GARCIA S.** Mortalidad neonatal del Hospital Universitario de Valladolid (HUV) en la década de los noventa Marzo 2004. Revista 80. Pág. 113
10. **SATOSHI K.** Mortalidad y morbilidad de neonatos de bajo peso al nacer en Japón. Rev. Medica. Enero 2007.
11. **MIRANDA H.** Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México”. Enero-marzo 2003, 66 (1).
12. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/pres.plantilla?ident=47021>
13. **TICONA M.** “Medicina Perinatal”. Facultad de Obstetricia - Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna - Perú. 1999.

14. **VILDOSO C.** Incidencia y factores de riesgo asociados a los recién nacidos pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Enero 1996 – diciembre 2000.
15. **TRELLES, Y.:** “Prematuridad y Bajo peso al nacer en el Hospital Cayetano Heredia”, Lima, 1995
16. **ROMERO, C.:** Enfoque epidemiológico de la Mortalidad del prematuro en el Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz 1997- 1999.
17. **LINARES, I:** “Morbimortalidad en Recién Nacido Pretermino en el Hospital Central de la FAP, Lima, 1997-2001.
18. **TUCKER J.** Epidemiology of preterm birth. USA, 2004
19. **OLIVEROS M.** El Prematuro y su manejo. Revista Peruana de Pediatría. Lima 1998
20. **ALEGRIA R.** Mortalidad perinatal experiencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 1990-1997.

21. **RODRÍGUEZ, R.** “Mortalidad Y Enfermedades Relacionadas, De Recién Nacidos Pretérmino en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 1993 - 1997.
22. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press>.
23. **MARTIN, J** Baja mortalidad pero altísima morbilidad en una década de estudio, encuentra una tasas de mortalidad de 31,8%, Veldhoven. 2007.
24. **MENA, P.** Quince años de mortalidad en un Hospital de la región Metropolitana de 1983-1997, Revista Chilena De Pediatría Santiago de Chile.,
25. **BECA, J.P.:** Mortality by Birth Weight and Survival by Gestational Age and Route of Delivery in Premature infants”, Revista Chilena de Pediatría, 1998.
26. **TICONA, M.** “Perinatología” Prevención y diagnóstico y tratamiento. Tacna. 1997.

27. **COSTAS M, DOMÍNGUEZ S, GIAMBRUNO G, MARTELL, M.**
Morbimortalidad y crecimiento de los niños con muy bajo peso al nacer Hospitalizados. Arch. Pediatría Urug. 2005; 76(4) 289-304.
28. **RUIZ M.** Evolución de la Mortalidad Infantil, Neonatal y Postneonatal en Andalucía. 1975-1998
<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v77n3/original3.pdf>.
29. **ALONSO R.** Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstetricia Ginecología 2005; 31.
30. **LEON R.** Análisis de un decenio. Revista Cubana Medica Mortalidad infantil. Gen Integr.) Ciudad de La Habana nov.- dic. 1998; 14 (6).
31. **RUIZ C.** Trastornos Endocrinológicos Del Recién Nacido Pretérmino Revista Chilena Pediatría. 2004; 75 (2): 107-121
32. **LLANOS A.** Morbilidad y mortalidad del RN menor de 1.500 g: Experiencia de un hospital regional de la red internacional Vermouth Oxford. Chile, ago 2006; 77 (4).

33. **PLATTENER M.** Analysis Of Premature Mortality Rates. County Hospital, Chicago, 2004

34. **RWI C.** Mortalidad y morbilidad del prematuro en 25 años. Rev. Chile Fetal Neonatal. [www.archchild .com](http://www.archchild.com) 2005.