

Hospital General Docente «Julio Trigo López»

Enfermedad de la membrana hialina en Cuba

Dr. Andrés Armando Morilla Guzmán,¹ Dra. Vilma Inés Tamayo Pérez,² Dr. Eugenio Carro Puig³ y Dra. Liliam Susana Fernández Braojos⁴

RESUMEN

Este trabajo ofrece datos estadísticos cubanos actualizados que evidencian los resultados alcanzados en la disminución de la incidencia de la prematuridad y de la enfermedad de la membrana hialina, y también sobre el comportamiento de la supervivencia ante esta enfermedad. Los índices de prematuridad se mantienen por debajo de 3,0 % y la incidencia de la enfermedad de la membrana hialina es menor de 0,3 %. La supervivencia tras esta enfermedad muestra una curva ascendente.

Palabras clave: Enfermedad de la membrana hialina, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria.

La mortalidad neonatal representa 40 % de las defunciones de menores de 5 años. Menos de 2 % de estas muertes neonatales se producen en países de altos ingresos,¹ donde se han efectuado notables avances de la Obstetricia, la Perinatología y la Neonatología, en el cuidado de las madres embarazadas y sus hijos. Estos avances han producido un incremento en la supervivencia de los recién nacidos pretérminos.²

Una de las contribuciones más significativas de la perinatología ha sido el retraso en la iniciación del parto pretérmino que permite la terapia antenatal con glucocorticoides, y se han publicado innumerables pruebas, basadas en revisiones, que han mostrado el importante papel de los esteroides prenatales en la reducción y la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y de otras complicaciones propias del prematuro que pueden conllevar a la muerte o dejar secuelas invalidantes.³⁻⁵ Además, la administración de surfactante exógeno y las diferentes técnicas de ventilación han reducido la mortalidad neonatal y de la enfermedad de la membrana hialina (EMH),⁶⁻¹⁰ lo cual se ha logrado

gracias al desarrollo de los cuidados intensivos neonatales, cuya calidad ha mejorado en forma muy importante y ha producido grandes cambios en las técnicas, las destrezas y en nuevas formas efectivas de tratamiento.²

INCIDENCIA DE LA PREMATURIDAD

Mucho se ha investigado sobre el tema, pero aún no se han logrado resultados en la disminución de la incidencia de la prematuridad pues, por ejemplo, en Europa las tasas se han elevado en los últimos años y en las últimas 3 décadas casi se han duplicado, hasta alcanzar indicadores entre 7 y 8 %¹¹ en algunos centros como el Hospital Universitario de Canarias (9,8 %), en la Comunidad de Valencia (9 %),¹² en Buenos Aires (9,3 %) y en Uruguay (8,7 %).¹³ *Sola* plantea que entre 8 y 10 % de los niños nacen antes de que se completen las 37 semanas.¹⁴ En Canadá, nacen de forma prematura 7 % de los recién nacidos.¹⁵

En la actualidad, la prematuridad debería ser una de las prioridades de salud de los gobiernos, dada la elevada prevalencia en algunos países y las graves consecuencias individuales, familiares, sociales, asistenciales y económicas que ella acarrea.¹¹

En Cuba, aunque existe una tendencia al aumento de la incidencia de la prematuridad en los últimos 2 años, esta continúa por debajo de 3,0 % de los nacidos vivos, como resultado de las acciones preventivas encaminadas a disminuir este indicador (figura 1). El parto pretérmino es considerado la causa más importante de mortalidad perinatal y por lo tanto, reducir su incidencia es prioritario para reducir la mortalidad infantil 16 y lograr además mejor calidad de vida futura de la población infantil.

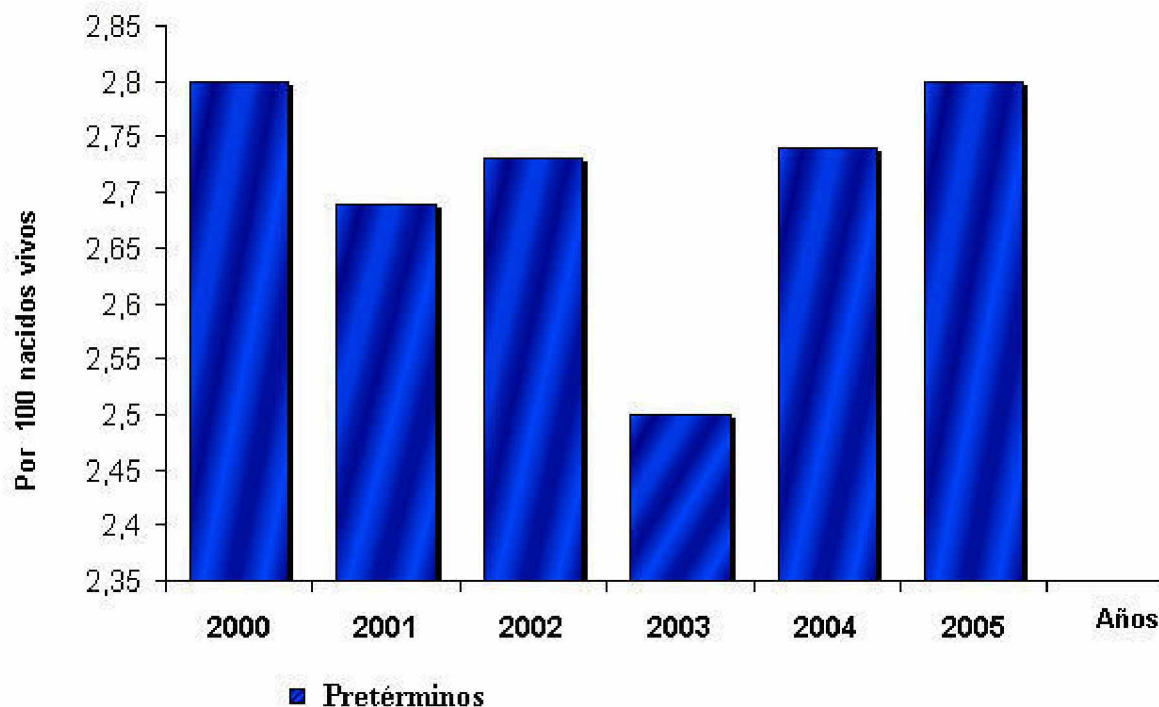


Figura 1. Incidencia de la prematuridad. Cuba 2000 a 2005.

Fuente: Registro de Morbilidad y mortalidad continua. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Oficina Nacional de Estadísticas, MINSAP.

La mujer está beneficiada de manera universal por la cobertura de salud del país y en particular por programas dirigidos a ella específicamente. El peso fundamental de estos radica en la prevención, para lo cual la atención primaria de salud constituye, sin duda, la clave del éxito.¹⁷ El conocimiento de los factores epidemiológicos que favorecen la prematuridad ha ayudado al desarrollo de acciones de promoción de salud y a la puesta en rigor de protocolos de trabajo para disminuir la incidencia.¹⁸

Se han realizado diversos estudios para determinar la causa del parto prematuro, pues de los factores etiológicos dependerá la disminución de la incidencia de este. Dichos factores pueden ser constantes o variables, dependientes o independientes, repetitivos o no recurrentes, prevenibles o inevitables, agudos o crónicos, simples o múltiples. No obstante, se acepta que puede encontrarse un factor causal solo entre 40 y 50 % de este tipo de parto.

Algunos autores afirman que el parto pretérmino es probablemente el resultado de varios factores combinados; es decir, que la causa es poliestratificada y aún se encuentra ampliamente inexplorada. *Rigol*, en su libro, cita a *Donnelly*, quien afirma que a medida que se desciende en la escala socio-económica, aumenta la incidencia de combinación de factores etiológicos.¹⁹

La prematuridad se ha relacionado con las madres adolescentes, los períodos intergenésicos cortos, la dilatación permanente del cuello del útero, con distintas enfermedades o complicaciones de la madre durante la gestación²⁰ y con embarazos múltiples,²¹ entre otros. Es precisamente sobre las causas modificables sobre las que se debe continuar realizando acciones de salud.

Además de las acciones preventivas que se realizan en la atención primaria de salud para mantener este indicador, en los centros hospitalarios se realizan acciones orientadas a la prolongación de la gestación, las cuales permiten elevar la calidad del producto de la concepción cumpliendo con rigor los protocolos de trabajo establecidos que se rigen por los adelantos basados en las evidencias perinatales.

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

No obstante, a pesar de los esfuerzos en la prevención continúan produciéndose nacimientos de niños prematuros en los que se han hallado varias complicaciones. Entre ellas se señala la enfermedad de la membrana hialina como consecuencia directa de la inmadurez pulmonar y causa más frecuente de dificultades en este tipo de neonato.^{4,22,23}

La incidencia de esta enfermedad puede variar de un centro a otro e incluso si se tienen en cuenta grupos de peso de mayor riesgo, como es el caso de la comparación de los resultados de 5 grupos colaborativos de recién nacidos menores de 1 500 g que incluyen Hospital Ramón Sardá (Buenos Aires, Argentina), Grupo Colaborativo NEOCOSUR (España) y el resumen de la base de datos de la Universidad de Vermont, entre otros, donde se muestra una oscilación de la incidencia de la membrana hialina entre 47,0 y 71,0 %.^{2,24}

Otros estudios plantean, con razón, que su incidencia aumenta inversamente respecto a la edad de gestación; de manera que afecta a 60 % de los menores de 28 semanas y a menos de 5 % de los mayores de 34 semanas de edad gestacional.²⁵ De manera similar, en las Guías de diagnóstico y tratamiento de Chile,²⁶ se refiere que esta entidad es la causa más común de insuficiencia respiratoria en el recién nacido prematuro y la incidencia es mayor a menor edad gestacional (60 % en < 29 sem; 40 % en < 34 sem y por encima de 34 semanas es sólo 5 %).

En Cuba se ha logrado mantener, con las diferentes acciones de salud, la incidencia por debajo de 0,3 % del total de los nacidos vivos (figura 2), con lo cual se han cumplido los propósitos del Programa Materno Infantil, que plantea mantener este indicador en 0,5 o menos, por cada 1 000 nacidos vivos 27 y por debajo de 10 % de todos los nacidos pretérminos (figura 3).

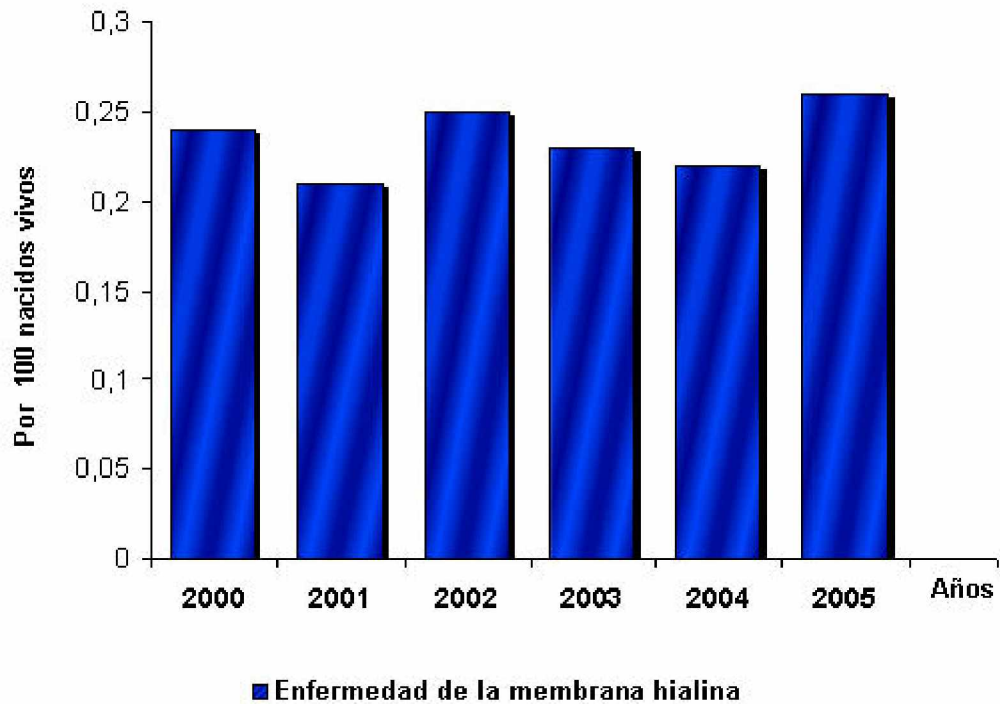


Figura 2. *Incidencia de la enfermedad de la membrana hialina según nacidos vivos. Cuba, 2000 a 2005.*

Fuente: Registro de Morbilidad y mortalidad continua. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Oficina Nacional de Estadísticas, MINSAP.

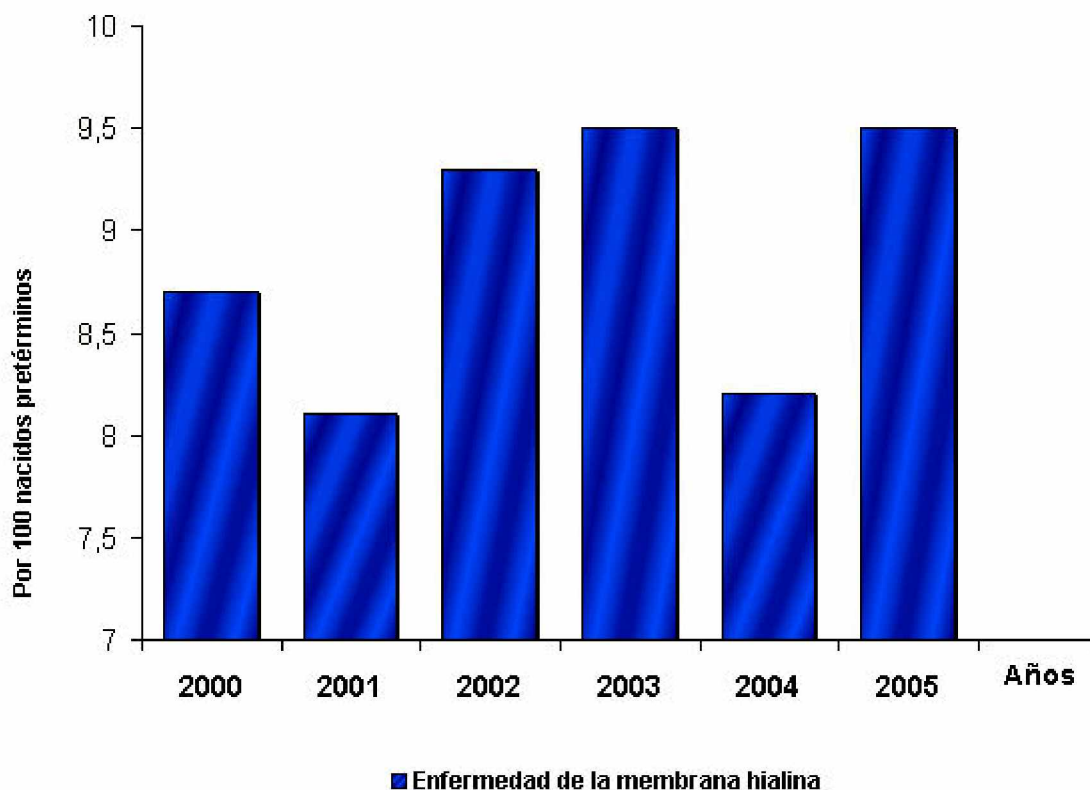


Figura 3. *Incidencia de la enfermedad de la membrana hialina según recién nacidos pretérminos. Cuba, 2000 a 2005.*

Fuente: Registro de Morbilidad y mortalidad continua. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Oficina Nacional de Estadísticas, MINSAP.

SOBREVIDA DE LA ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

La sobrevida de la enfermedad de la membrana hialina en Cuba (figura 4) se ha elevado por diversos factores. Entre ellos destacan la disminución del índice de prematuridad extrema con la atención diferenciada y universal en la atención primaria de salud a las mujeres embarazadas, el desarrollo y perfeccionamiento de los hogares maternos —donde se evidencia la intersectorialidad—, el empleo de corticosteroides prenatales, la regionalización del parto de riesgo en centros de referencia provinciales para el menor de 1 500 g, el uso de surfactante exógeno que se introdujo en la década de 1990, la capacitación constante del personal médico y de enfermería y la introducción de nuevas tecnologías en todas las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

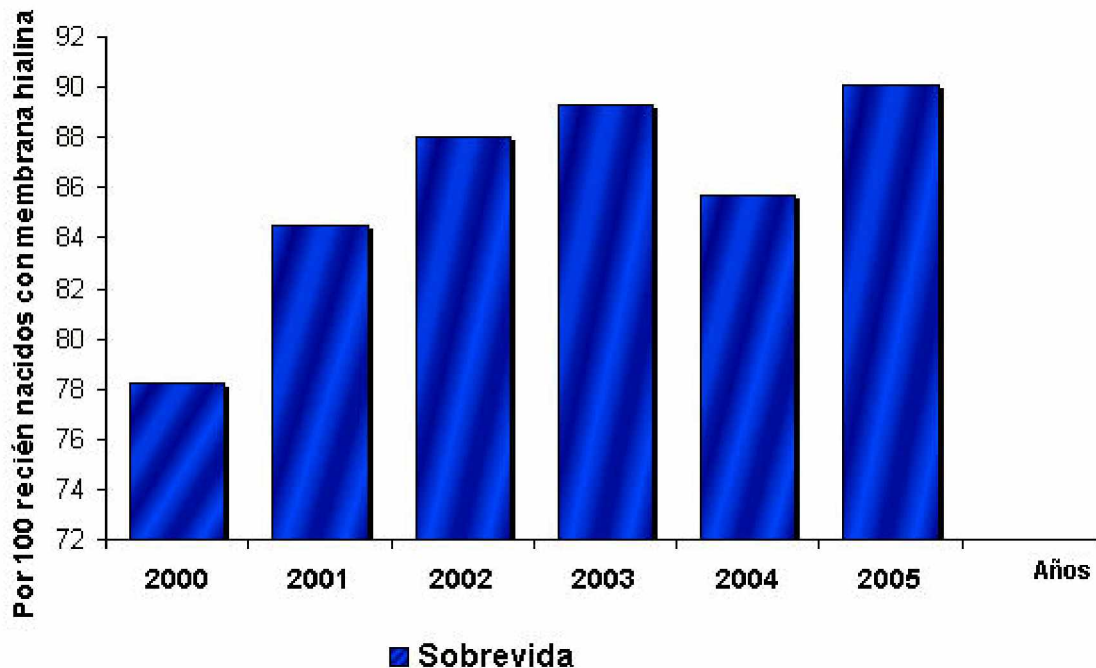


Figura 4. *Sobrevivida en la enfermedad de la membrana hialina. Cuba, 2000 a 2005.*

Fuente: Registro de Morbilidad y mortalidad continua. Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Oficina Nacional de Estadísticas, MINSAP.

Estudios relacionados con el tema, publicados en revistas nacionales, muestran resultados similares.^{28,29} Estos indicadores son el resultado del desarrollo alcanzado por los profesionales de la salud que, junto con la decisión política de llevar adelante estos programas, han hecho posible la disminución de la mortalidad infantil por esta causa.

SUMMARY

This paper provided updated statistical information that showed the results achieved in the reduction of incidence of prematurity and of hyaline membrane disease as well as the survival after this disease in Cuba. Prematurity indexes were beloww 3,0% whereas hyaline membrane disease incidence was less than 0,3%. Survival after the disease exhibited an upward curve.

Key words: hyaline membrane disease, prematurity, respiratory distress syndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ;Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS; 2005.
2. De Sarasqueta P. Las evidencias y los estudios controlados en neonatología Arch Argent Pediatr. 2004; 102(2). Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_2/%2520A2.137-144.Sarasqueta.pdf
3. Acosta Díaz R, Valdés Díaz M, Portal Miranda M. E. Prematuridad extrema y uso materno de corticoides antenatal. Rev Cubana Pediatr. 2000; 72(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-7531200000400008&script=sci_arttext
García Mirás R, Moreno Vázquez O, Pérez Valdés- Dapena D, Lugones Botell M. Betametasona como madurante pulmonar fetal. Influencia sobre el recién nacido Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2001000100014&script=sci_abstract&lng=es
4. Bellani P, De Sarasqueta P. Factores de riesgo de mortalidad neonatal, internación prolongada y predictores de discapacidad futura en una unidad de cuidados intensivos neonatales de alta complejidad. Arch. Argent Pediatr. 2005;103(3): http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752005000300006&lng=es&nrm=iso
5. Martínez JC. Avances e innovaciones en la prematuridad. la era de la reflexión. Arch Argent Pediatr. 2002; 100(5):220.
6. Moreno Vázquez O, Lee López M, Domínguez Dieppa F, Pascual López MA, Alonso Abad A., Jiménez Rivero G y cols. Estudio de la eficacia del surfacén en el distress respiratorio del recién nacido Rev Cubana Pediatr. 1999;71(2):60-71.
7. Acosta Díaz R, Arronte Millo J, Cabrera Domínguez N. Evaluación del Surfacén en el síndrome de dificultad respiratoria del prematuro Rev Cubana Pediatr. 2000;72(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-7531200000400009&script=sci_abstract
8. Manzanares D, Fernández R, Moreno O, Torres O, Colomé H. Surfacén: Un surfactante natural para el tratamiento del síndrome del distress respiratorio neonatal. Rev Cubana Pediatr. 1997;69(1):3-10.
9. Labarrere Cruz Y W, Castro López F, **González Hernández G.** Beneficio de la asistencia ventilatoria de alta frecuencia en el recién nacido. Rev Cubana Enfermer. 2006;22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000200004&lng=es&nrm=iso
10. Valls Soler A, Pijoan JI, Pallas Alonso CR, De la Cruz Bertolo J. Euroneostat: un sistema Europeo de Información sobre los resultados de la asistencia a recién nacidos de muy bajo peso. An Pediatr (Barc). 2006 ;65(1):1-4.
11. Doménech Martínez E, Fuster Jorge P, León Quintana C, Cortabarría Bayona C, Castro Conde JR, Méndez Pérez A. Morbilidad y mortalidad de los recién nacidos según el patrón de crecimiento intrauterino. An Pediatr (Barc). 2005;63(4):300-6.

12. Bolzán A, Guimarey L, Norry M Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Rev Chil Pediatr. 2000;71(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-4106200000300014&script=sci_abstract
13. Sola A. Parto prematuro En: Sola A, Rogido M. Cuidados Especiales del Feto y el Recién Nacido. Fisiopatología y Terapéutica. Buenos Aires: Ed. Científica Interamericana; 2001. p.67.
14. Enkin MW. Tandas múltiples de corticosteroides antenatales para estudio de parto pretérmino (MACS) Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2005; 24(1). Disponible en: <http://www.sarda.org.ar/Revista%2520Sard%C3%A1/2005/2005-1.pdf>
15. Profilaxis del Síndrome de distress respiratorio. [En línea] Consultado 20 de julio de 2006. Disponible en: http://perinatal.bvsalud.org/E/temas_perinatales/guiasdr.htm
16. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):198-208.
17. Arias Macías G, Rosa Torres M, Pérez Valdés N, Milián Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr. 2001;73(1):11-5.
18. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p 210.
19. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana .1998 <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/maternoinfantil/bp.pdf>
20. Oliva JA. Temas de obstetricia. [en línea]. Consultada el 20 junio 2006. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros/obstetricia/indice.html>.
21. Martínez Camilo V, Álvarez Ponce V. Uso de antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000200002&script=sci_abstract
22. Sola A. Etiologías mas comunes de los problemas respiratorios neonatales En: Sola A, Rogido M. Cuidados Especiales del Feto y el Recién Nacido. Fisiopatología y Terapéutica. Buenos Aires: Ed. Científica Interamericana; 2001. p.978.
23. Estadísticas Sardá 2002. Comparación de los resultados de Cinco grupos colaborativos de RN <1.500 g. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá; 2003, 22 (4): <http://www.sarda.org.ar/Revista%2520Sard%C3%A1/2003/2003-4.pdf>
24. González Armengo DC, Omaña Alonso MF. Protocolos de Neonatología. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina. Bol Pediatr. 2006;46(Supl.1):160-165.
25. Vega González N. Síndrome de Distress Respiratorio del Recién Nacido. En: Guías de diagnóstico y tratamiento en Neonatología, Marzo 2006; Servicio de Neonatología, Hospital San Juan de Dios La Serena - Chile 2005. [en línea] Disponible en: http://www.prematuros.cl/webmarzo06/guiasserena/sindrome_distress_respiratorio.htm
26. MINSAP. Perinatales. [en línea] Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/materno-infantil.html
27. Alonso Uría RM, González Hernández A, Vasallo Pastor N. Incidencia y mortalidad del recién nacido de bajo peso. Rev Cubana Pediatr. 2001;73(4):212.
28. Alonso Uría RM, Lugo Sánchez AM, Álvarez Ponce V, Rodríguez Alonso B, Vasallo Pastor N, Remy Pérez M y otros. Mortalidad neonatal precoz. Análisis de 15 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300008&Ing=pt&nrm=iso

Recibido: 10 de agosto de 2006. Aprobado: 15 de diciembre de 2006.

Dr. Andrés Armando Morilla Guzmán. Calle Julio A. Mella, Edif. Núm. 5, entre 1era y 2da.
Reparto Eléctrico. Arroyo Naranjo, La Habana.

Correo electrónico: andres.morilla@infomed.sld.cu

1 Especialista de I Grado en Neonatología. Profesor Asistente.

2 Especialista de I Grado en Pediatría.

3 Especialista de II Grado en Neonatología. Profesor Instructor.

4 Especialista de I Grado en

Neonatología.