

4. Merlin, M. D. *Archeological evidence for the tradition of psychoactive plant use in the old worl*. *Economic Botany*. 2003; 57 (3): 295-323.
5. Quirce e Balma, C.; Badilla, B.; Badilla, S.; Martínez Herrera, M.; Rodríguez, J. *Alucinógenos: historia, antropología, química y farmacología*. *Psicogente*. 2010; 13: 174-192. *Disponible en* <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>.
6. Wagner, González y C. *Psicoactivos, misticismo y religión en el mundo antiguo*. *Gerión*. 1984; 2: 32-41.
7. Organización Mundial de la Salud. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington : Biblioteca Sede OPS, 2005.
8. Johnson, M. W., Richards, W. A. y Griffiths, R. R. *Human Hallucinogen Research: Guidelines for Safety*. *J Psychopharmacol*. 2008; 22 (6): 603-620.
9. Royo-Isach, J.; Magrané, M.; Martí, R.; Gómez, S. *Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria*. *Ate. Primaria*. 2004; 33 (6): 331-334.
10. Nichols, D. E. *Hallucinogens*. *Pharmacology & Therapeutics*. 2004; 101: 131-181.
11. Vélez Cárdenas, A. y Pérez Gómez, A. *Consumo urbano de yajé (ayahuasca) en Colombia*. *Adicciones*. 2004; 16 (4): 1-12.
12. Studerus E, Gamma A, Vollenweider F. *Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV)*. *PLoS ONE*. 2010; 5(8). e12412. doi:10.1371/journal.pone.0012412.
13. Enevoldson, T. P. *Recreational drugs and their neurological consequences*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75(Suppl III):iii9-iii15. doi: 10.1136/jnnp.2004.045732.
14. Infante, C., Barrio, G. y Martín, E. *Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España*. *Adicciones*. 2003; 15, Supl. 2: 77-96.
15. NIDA, National Institute of Drug Abuse. *Tendencias entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes*. [En línea] Abril de 2011. [Citado el: 14 de septiembre de 2011.] <http://www.drugabuse.gov>.
16. Berridge, V. y Hickman, T. *History and the Future of Psychoactive Substances*. *Foresight Brain Science, Addiction and Drugs project*. [En línea] [Citado el: 24 de Septiembre de 2011.] <http://www.bis.gov.uk/assets/bispartners/foresight/docs/brain-science/history-and-the-future-of-psychoactive-substances.pdf>.
17. Camí, F. y Farré, M. *Farmacología de los alucinógenos*. En: San L., Gutierrez, L., Casas, M. *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*. s.l. : Ediciones en Neurociencia, 1996; p. 11-28.
18. Sessa, B. *Can psychedelics have a role in psychiatry once again?* *British Journal of Psychiatry*. 2005; 186: 457-458. Available at <http://bjp.rcpsych.org/>.
19. Duque Parra, J. E.; Arismendy Díaz, G. E. *Neurociencia, drogas, legalidad y sociedad*. *Biosalud*. 2010; Vol. 9 (1): 80-86.
20. Room, R. *Social Policy and Psychoactive Substances*. *Foresight Brain Science, Addiction and Drugs project*. [En línea] 2005. [Citado el: 12 de Septiembre de 2011.] <http://www.bis.gov.uk/assets/bispartners/foresight/docs/brain-science/social-policy.pdf>.

MORBIMORTALIDAD PRECOZ DE LOS PREMATUROS TARDÍOS.

M^a Dolores Martínez-Jiménez, José M^a Garrote De Marcos, Miguel Ángel García Cabezas
Bárbara Fernández Valle, Inmaculada Raya Pérez, Diego Hernández Martín.

Unidad de Cuidados Infantiles:

Hospital General Universitario de Ciudad Real.
C/Obispo Rafael Torija s/n.
CP. 13005 Ciudad Real. España.

Autor para Correspondencia:

M^a Dolores Martínez-Jiménez
Hospital General Universitario de Ciudad Real.
C/Obispo Rafael Torija s/n.
CP. 13005 Ciudad Real. España.
Tel: 926 27 80 00 (Ext. 77096)
e-mail: lolamaji@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: Prematuro; morbilidad; mortalidad; reingreso.

RESUMEN:**Introducción:**

Se consideran prematuros tardíos (PTT) a los recién nacidos entre 34^{1/7} y 36^{6/7} semanas de edad gestacional, cuya incidencia está aumentando progresivamente en los últimos años. Su inmadurez favorece una morbilidad superior a la de los recién nacidos a término que no siempre es valorado adecuadamente.

Material y métodos:

El objetivo es analizar retrospectivamente la morbilidad de todos los PTT ingresados en el Hospital de Ciudad Real desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2010. Asimismo, valorar los antecedentes perinatales y reingresos en el período neonatal.

Resultados:

Se obtuvieron los datos de la historia clínica de 247 PTT ingresados durante esos 3 años, 14 de ellos correspondían a reingresos. Las tendencias sociosanitarias que pudieron influir en el nacimiento examinadas fueron: fecundación in vitro (23%), gemelaridad (31%) y edad materna ≤ 20 o ≥ 40 años (12.8%). Presentaron retraso del crecimiento intrauterino 13.4%. Respecto a la morbilidad neonatal, las enfermedades respiratorias afectaron casi a la mitad de PTT (46.8%), seguidas de dificultades en la alimentación (26%), ictericia que requirió fototerapia (20.4%), hipoglucemia (18.3%), cardiopatía (7.2%), sepsis precoz (3.8%) y nosocomial (1.3%). La estancia media fue de 11 días. Ningún PTT murió. Sólo 6 % reingresaron en el período neonatal, a los 6.6 días de media, mayoritariamente por ictericia.

Conclusiones:

Los PTT son un grupo de riesgo neonatal pudiendo presentar enfermedades respiratorias, dificultades alimentarias, ictericia e hipoglucemia. La hiperbilirrubinemia es el motivo principal de reingreso en el período neonatal. Por ello, los PTT requieren protocolos de actuación específicos en maternidad, hospitalización y posterior seguimiento para optimizar su asistencia.

ABSTRACT:

Key words: preterm; morbidity; mortality; readmission.

Introduction:

Are considered late preterm (PTT) for infants between 34^{1/7} and 36^{6/7} weeks gestational age, the incidence is increasing steadily in recent years. Their immaturity favors a higher morbidity and mortality than that infants born at term that is not always adequately valued infants.

Material and methods:

The aim is to analyze retrospectively the morbidity and mortality from all PTT admitted to the Hospital in Ciudad Real from January 1, 2008 until December 31, 2010. Also, evaluate perinatal history and readmissions in the neonatal period.

Results:

Data was obtained from the medical history of 247 PTT admitted during those 3 years, 14 of them corresponded to readmissions. The healthcare trends that could influence the birth examined were: in vitro fertilization (23%), twinning (31%) and maternal age ≤ 20 or ≥ 40 years (12.8%). Presented intrauterine growth retardation 13.4%. With respect to neonatal morbidity, respiratory diseases affect nearly half of PTT (46.8%), followed by feeding difficulties (26%), jaundice that needed phototherapy (20.4%), hypoglycemia (18.3%), heart disease (7.2%), early sepsis (3.8%) and nosocomial (1.3%). The average stay was 11 days. Any PTT died. Only 6% readmitted in the neonatal period, to the 6.6 days average, mainly by jaundice (7).

Conclusions:

The PTT are a neonatal risk group can present respiratory diseases, feeding difficulties, jaundice and hypoglycemia. Hyperbilirubinemia is the main reason for readmission in the neonatal period. Therefore, PTT protocols require specific action in maternity, hospitalization and subsequent follow-up to optimize their care.

INTRODUCCIÓN:

Se define como prematuros tardíos (PTT) los recién nacidos (RN) con una edad gestacional (EG) comprendida entre la 34^{1/7} y 36^{6/7} semanas¹. Hasta el año 2005 recibieron diferentes denominaciones: “recién nacido casi a término”,

“pretérmino marginal”, “mínimamente pretérmino”... pero por consenso, según la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, se prefiere el término de PTT².

Actualmente, la incidencia de prematuridad es del 9.8 %³ y el 70-80% del total de RN prematuros lo constituyen los PTT⁴. Su incidencia va incrementándose a lo largo de los años, relacionándose con las actuales tendencias socio-sanitarias⁵: edad materna limítrofe, aumento de la demanda de las técnicas de reproducción asistida, gestaciones múltiples, mejora del manejo obstétrico materno y fetal...

Diferentes estudios demuestran que los PTT tienen riesgo de morbimortalidad neonatal incrementado e inversamente proporcional a su EG, asociado a su inmadurez orgánica y funcional^{1,6,7}. En estudios españoles^{3,8} se ha evidenciado que las principales causas de morbilidad son respiratorias, hiperbilirrubinemia que requiere tratamiento lumínico, dificultades en la alimentación, hipoglucemia...mostrando aumento significativo en estos RN respecto a los término. El objetivo de este estudio es conocer las características perinatales de los PTT ingresados en nuestra unidad, así como la morbimortalidad, y los motivos de reingreso durante el período neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, a través de la revisión de la historia clínica, de todos los PTT ingresados en la unidad neonatal del Hospital General Universitario de Ciudad Real (n: 247), desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2010.

Se consideraron PTT los recién nacidos entre 34^{1/7} y 36^{6/7} semanas de edad gestacional según la fecha de última regla. El ingreso hospitalario se realizó tras el nacimiento o antes del alta de maternidad. Se recogieron diversos antecedentes perinatales como la edad materna, si eran fruto de alguna técnica de reproducción asistida, gestación gemelar, diagnóstico prenatal de retraso de crecimiento intrauterino, tiempo de bolsa rota, tipo de parto, puntuación del test de Apgar, tipo de reanimación tras el parto y medidas antropométricas (peso, talla y perímetro cefálico (PC)). Se determinó la morbilidad durante el ingreso hospitalario como trastornos respiratorios (distrés respiratorio transitorio, síndrome de distrés respiratorio (SDR), taquipnea transitoria (TTRN), síndrome de aspiración meconial (SAM), neumotórax, hipertensión pulmonar o pausas de apnea) y requerimiento de asistencia respiratoria (ventilación mecánica (VM) y/o presión positiva continua (CPAP)), dificultades en la alimentación, ictericia no isoimmune que precisó fototerapia (según las gráficas de Rodríguez y Figueras⁹), hipoglucemia (como glucemia venosa central \leq 45 mg/dl), cardiopatía y sepsis. Se calculó la mortalidad neonatal de los PTT. Finalmente, se objetivó el porcentaje y motivo de reingreso de estos niños durante el período neonatal. Los datos de este estudio descriptivo se muestran como porcentajes y medias.

RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 247 RN PTT ingresados en la unidad neonatal del citado hospital durante los 3 años de estudio, de los

cuales 14 habían reingresado en el período neonatal en una ocasión. La distribución por géneros fue ligeramente superior en los hombres (124 hombres y 109 mujeres). La somatometría media (rango) fue: peso 2254 g (740- 4140 g), talla 44,9 cm (34-51.5 cm) y PC 31,9 cm (26- 39.5 cm). El porcentaje de PTT ingresados de 34 y 35 semanas fue similar (36% y 35.6%, respectivamente) mientras que los de 36 semanas supusieron un grupo menor (28.4%).

Los antecedentes perinatales se recogen en la figura 1. El tiempo medio de rotura de bolsa amniótica fue de 20 horas (rango 0- 720 horas). La titulación de Apgar media fue 8 y 9 al 1^{er} y 5 minutos respectivamente, recibiendo reanimación tipo I de media.

La morbilidad neonatal se representa en la tabla 1; los PTT fueron diagnosticados en sentido decreciente de enfermedades respiratorias, dificultades en la alimentación, hiperbilirrubinemia no isoimmune que requirió fototerapia, hipoglucemia, cardiopatía (fundamentalmente comunicaciones interauriculares y/o interventriculares) y sepsis precoz y nosocomial, aunque un porcentaje superior (14,6%) recibieron antibióticos profilácticos. Las alteraciones respiratorias pormenorizadas se detallan en la tabla 2; en cuanto a las intervenciones terapéuticas en estos pacientes con trastornos respiratorios, 18.3% precisaron CPAP, 6.4% VM y 3% surfactante intratraqueal. La estancia media hospitalaria fue de 11 días (rango 1-84 días). Ningún PTT murió durante el período de ingreso.

El 6% de los PTT reingresaron en el período neonatal tras el alta hospitalaria, siendo el motivo principal ictericia no isoimmune que requería fototerapia (7) seguido de pausas de apnea (3). La edad media de reingreso neonatal fue de 6.6 días (rango 2-28 días).

CONCLUSIONES:

Los PTT constituyen un grupo de riesgo neonatal de morbilidad, fundamentalmente de

enfermedades respiratorias, dificultades en la alimentación, ictericia que precisa fototerapia e hipoglucemia. El motivo más frecuente de reingreso en el período neonatal es la hiperbilirrubinemia. Por ello, es necesario establecer protocolos consensuados de actuación en la maternidad, hospitalización y posterior seguimiento del PTT para optimizar su asistencia.

Tabla 1: Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos.

Morbilidad neonatal	Prematuro tardío	Porcentaje
Enfermedades respiratorias	109	46,8
Dificultades en la alimentación	61	26,2
Ictericia y fototerapia	48	20,6
Hipoglucemia	43	18,4
Cardiopatía	17	7,3
Sepsis precoz	9	3,9
tardía	3	1,3

Tabla 2: Enfermedades respiratorias de los prematuros tardíos durante su ingreso hospitalario.

Morbilidad respiratoria neonatal	Prematuro tardío	Porcentaje
Distrés respiratorio transitorio	51	21,9
Taquipnea transitoria del recién nacido	35	15
Síndrome de distrés respiratorio	9	3,9
Apneas	9	3,9
Neumotórax	2	0,9
Hipertensión pulmonar	2	0,9
Síndrome de aspiración meconial	1	0,4