

**HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
“MARIANA GRAJALES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

**LA RECIÉN NACIDA DE MENOR PESO ATENDIDA EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO “MARIANA GRAJALES”**

Por:

Dra. Yaquelin Pérez Martínez¹, Dra. Magalis Cueto Domínguez² y Dra. Modesta Gómez Fernández³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO

Subject headings:

INFANT, LOW BIRTH WEIGHT

Se define como recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso (RNPT-EBP) aquel menor de 1 000 gramos, y recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso para su edad gestacional (RNPT-EBEG) aquel que nace antes de cumplir las 28 semanas^{1,2}, con más frecuencia entre las 24-27 semanas. Este grupo de RN representa un bajísimo porcentaje de todos los nacimientos (< 0,7 %), pero su contribución a la mortalidad infantil es muy alta: entre 20 y 50 % de todos los niños que fallecen antes de un año de vida³. Con tratamientos, como los esteroides prenatales y el surfactante pulmonar exógeno, la sobrevida de estos recién nacidos ha aumentado en forma significativa; sin embargo, optimizar el manejo integral del RNPT-EBEG sigue siendo un reto para aquellos dedicados a la neonatología; uno de los desafíos con este grupo de recién nacidos es el cuidado neurológico, pues el cerebro en desarrollo puede ser muy sensible a las perturbaciones mínimas en el ambiente⁴. Nos enfrentamos también a la disyuntiva de reanimar o no con posterioridad al nacimiento, porque niños de muy baja edad gestacional pueden sobrevivir luego de recibir reanimación al nacer; sin embargo, la eficacia de este tratamiento no ha sido bien analizada a distintas edades gestacionales. Nunca debe olvidarse el detalle en el cuidado de estos bebés minúsculos; para ello, recordemos lo que muchos leímos en “El Principito”: “Lo esencial es invisible para los ojos”. Es fundamental entender las necesidades de estos recién nacidos y establecer intervenciones necesarias para apoyar su crecimiento –tanto físico como neurológico–, y disminuir el impacto negativo que produce el ambiente de una terapia intensiva neonatal.

La luz, el ruido, la posición de confort, los cuidados de enfermería o médicos, son los factores básicos que deben tenerse en cuenta para no producir estrés o conductas desorganizadas en ellos. Es evidente que proteger a estos frágiles neonatos –que poseen un sistema nervioso inmaduro– de los factores de estrés de la UCIN, es una prioridad en su cuidado.

Presentación del paciente

Se trata de una recién nacida el 7 de septiembre de 2007, femenina, peso al nacer: 700 gramos, edad gestacional de 26 semanas y parto extrahospitalario. Se ingresa en la Unidad Neonatal donde se inicia soporte ventilatorio y empleo de surfactante exógeno, porque el cuadro clínico de dificultad respiratoria y la radiografía de tórax (broncograma aéreo, imagen granulorreticular) eran típicos de la enfermedad de la membrana hialina. La evolución clínica fue desfavorable, pues apareció hipoxemia refractaria, que perpetuó el estado de gravedad y llevaron al fallecimiento de la recién nacida, a las 27 horas de vida.

En el estudio anatomopatológico se confirmó la presencia de una anomalía del sistema nervioso central: la hidranencefalia, que sobreañadida a la afección ya existente, provocaron la muerte.

Comentario

La hidranencefalia es una entidad poco frecuente en el neonato; se caracteriza por el enorme aumento del tamaño ventricular, con poco o ningún manto cerebral. Las causas que la originan son múltiples, e incluyen cualquier ataque encefaloclástico grave que se produce en el período prenatal, durante el proceso de nacimiento o con posterioridad a este^{5,6}.

La novedad de este caso clínico radica en que, aunque no logramos salvar a esta recién nacida, dado su padecimiento neurológico e inmadurez extrema, se trata de la más pequeña atendida en nuestro hospital hasta la fecha. Existen informes similares de casos^{3,4} en otras unidades neonatales: Rumaisa, la de menor peso (243,8 gramos), edad gestacional 26 semanas, lugar de nacimiento: Centro Médico Universidad de Loyola, Illinois, Chicago; fecha de nacimiento: 19 de septiembre de 2004.

Amillia, la más inmadura; peso al nacer: 280 g; edad gestacional: 21 semanas y 6 días; longitud supina: 24 cm; fecha de nacimiento: 24 de octubre de 2006, Hospital Infantil Bautista de Miami.

El caso clínico presentado demuestra que aunque la ciencia avanza, continúan las muertes neonatales; por tanto, debemos convertirnos en líderes perinatales y continuar la búsqueda de soluciones originales que nos permitan resolver los problemas de nuestra realidad. Solo con la evaluación clínica del RN y con la utilización racional de la tecnología, los recursos y el personal disponibles, los recién nacidos EBEG recibirán el mejor cuidado. Hasta que encontremos la manera de resolver cada uno de los problemas que afectan a estos niños, debemos aceptar que aunque hoy no se conoce la "mejor práctica", hay algunas que se encuentran dentro de las "peores prácticas". El uso de estas últimas, junto con prácticas instituidas arbitrariamente, pueden ocasionar elevados costos físicos, psicológicos y económicos.

Los bebés extremadamente bajo peso para su edad gestacional (EBEG), sus familias, y la sociedad entera, esperan todavía por la madurez definitiva de investigadores y clínicos que provean el cuidado cotidiano, para que los EBEG puedan alcanzar su máximo desarrollo potencial.

Referencias bibliográficas

1. Regueiferos Prego LA. Los cuidados intensivos neonatales. En: Temas de perinatología. La Habana: Científico-Técnica; 1999. p. 75-84.
2. Porto Rodríguez AS. Recién nacida de alto riesgo. En: Dueñas Gómez E, Mesa Riquelme LA, Domínguez Dieppa F. Pediatría 5. La Habana: Pueblo y Educación; 2000. p. 23-33.
3. Rodrigo Salas N, Lucía Sanbueza U, Leonardo Maggi C. Factores de riesgo y seguimiento clínico en prematuros menores de 1 000 gramos. Rev Chil Pediatr. 2006;6:577-88.
4. Martínez CJ. Avances e innovaciones en la prematuridad, la era de la reflexión. Arch Argent Pediatr. 2002;100(3):50-61.
5. Redondo F, Falcó O, Rodríguez A, Contini V, Carande M. Hemorragia intracranéica del prematuro. Frecuencia de presentación y factores de riesgo. Arch Argent Pediatr. 2003;101(4):256.
6. Alegría AO, Pittaluga EP, Mena PN, Schlack LP, Díaz MN, Vergara MS, et al. Evolución neurosensorial en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento a los 2 años de edad corregida. Rev Chil Pediatr. 2002;73(4):348-56.