

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO PROVINCIAL DOCENTE
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO PESO

Por:

Dra. Mireya Rodríguez Rochela¹, Dra. Maribel Alonso Ramírez² y Dra. Yaquelín Pérez Martínez³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral, y Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Pediatría y Especialista de II Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

RECIEN NACIDO DE BAJO PESO
PREMATURO

Subject headings:

INFANT, LOW BIRTH WEIGHT
INFANT, PREMATURE

Durante mucho tiempo se pensó que los prematuros no sobrevivían más allá del período neonatal, por lo que los cuidados médicos que se les prodigaban eran muy escasos, y se dejaban casi a su evolución natural; lógicamente, la mortalidad era elevadísima; posteriormente se comprobó que mediante un tratamiento adecuado se lograba la supervivencia de un gran número de ellos. Se inicia entonces un gran desarrollo científico-técnico en el campo de las investigaciones, que hace disminuir tanto la prematuridad en sí, como la morbilidad y la mortalidad en este grupo.

En la actualidad, a todo recién nacido cuyo peso sea inferior a 2500 g se le denomina recién nacido de bajo peso. Las causas del mismo pueden estar dadas por alteraciones en la madre, en la placenta o en el feto y en muchos casos es desconocida. Actualmente se considera que tiene un origen multifactorial.

La incidencia es muy variable entre los diferentes países del mundo: Estados Unidos: 6,7 %, Asia: 17,9 %, África: 14,0 %, Europa: 6,5 %¹. En nuestra provincia el índice de bajo peso ha presentado una tendencia descendente, con 5,3 % en el año 2002; sin embargo, en nuestro Hospital el índice de bajo peso al nacer es superior al 7 % en los últimos años.

El bajo peso al nacer (BPN) es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil; esto nos motivó a hacer un estudio sobre el comportamiento del recién nacido pretérmino y con bajo peso en el servicio de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara.

Se realizó una investigación descriptiva prospectiva con el universo de recién nacidos vivos con peso inferior a 2500 g y menos de 37 semanas de edad gestacional que sumaron un total de 217, ingresados entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 2002. Se excluyeron del estudio los gemelares y los nacidos en otros servicios.

Se analizaron las principales causas de prematuridad y se observó que la primera causa fue la rotura prematura de membranas (RPH), que se presentó en más de la mitad de los nacimientos (51,1%); en segundo lugar, la enfermedad hipertensiva gravídica (21,65 %) y el crecimiento intrauterino retardado (11,52 %).

Estudios realizados en países europeos coinciden con nuestros resultados y relacionan la RPM con el bajo peso pretérmino².

Respecto a la edad gestacional con la que nacieron estos neonatos de bajo peso, se halló que 38,2% nacieron entre las 34 y 35 semanas, seguidos por los nacidos entre las 32 y 33 semanas que fueron 58 niños (26,7 %). La edad gestacional promedio fue de 34 semanas.

El parto, antes de las 37 semanas de gestación, implica un riesgo mayor de tener un niño con bajo peso. Eriksson refiere que la influencia de parto pretérmino en su estudio fue de 71,3 % entre 32-36 semanas y el 16,2 % entre 29 - 31 semanas³, o sea, que mientras menor sea la edad gestacional, mayor es el riesgo de bajo peso al nacer.

De las enfermedades asociadas al embarazo, la sepsis vaginal fue la más frecuente (52,4 %), seguida, en orden, por la hipertensión arterial (18,2 %) y el asma, representada por el 13,4 %. Muchos trabajos relacionan la sepsis vaginal como causante de una gran cantidad de partos pretérminos y nacimientos de bajo peso⁴.

Holmgren encontró en su estudio que la vaginosis bacteriana se ha asociado con nacimientos pretérminos por RPM⁵.

Los recién nacidos pretérminos constituyen un grupo susceptible a desarrollar enfermedades propias de la etapa neonatal. Entre las afecciones respiratorias, el edema pulmonar fue la más frecuente (14,3 %), seguida por la enfermedad de la membrana hialina (3,7 %). Lewies⁶ halló una alta frecuencia de enfermedades respiratorias en sus estudios (36,2 %), lo que coincide con los resultados obtenidos por Blondel⁷ quien refiere un alto índice de prematuros con bajo peso, dificultad respiratoria transitoria y enfermedad de la membrana hialina.

Otra de las enfermedades en estos niños de bajo peso fueron las hematológicas; entre ellas, el íctero fisiológico agravado (50,7 %) y la anemia (18,8 %). La hipoglicemia y la acidosis metabólica también afectaron a estos niños.

Los recién nacidos de bajo peso, según la bibliografía consultada, son más susceptibles a padecer infecciones, por la inmadurez de su sistema inmunológico y el déficit de anticuerpos y, por ende, de la actividad celular.

Las infecciones se presentaron en el 32,7 % de los pacientes, y fue más frecuente la infección generalizada connatal (12 %), seguida de la bronconeumonía adquirida en el 7,4 %.

Muchos autores coinciden en señalar la frecuencia de las infecciones en los recién nacidos pretérminos. Shankaran⁸, en su estudio, sugiere que las infecciones connatales influyen en el bajo peso al nacer y estas se presentaron en 18,3 % de sus pacientes.

Fallecieron 12 neonatos, que representaron el 5,5 % de los casos. Como causa de la muerte se halló hemorragia intraventricular (HIV), sobre todo en aquellos que pesaron menos de 1500 g producto de su fragilidad y de la inmadurez del sistema nervioso central. Por esta causa falleció el 41,6 % de los recién nacidos. Petrini⁹ informa un elevado porcentaje de niños fallecidos por HIV (36,4 %). El crecimiento intrauterino retardado provocó la muerte en el 25 % de los pacientes.

En general, el 68,2 % de los neonatos con bajo peso, pretérminos, tuvieron una evolución favorable en la sala de Cuidados Intensivos Neonatales; solo fallecieron 12 niños (5,5 %), nueve fallecieron antes de los siete días, para una tasa de mortalidad neonatal precoz de 1,57 x 1000 nacidos vivos; las muertes neonatales tardías fueron dos, para una tasa de 0,35 x 1000 nacidos vivos y un fallecido posneonatal, para una tasa de 0,17 x 1000 nacidos vivos.

La rotura prematura de membranas, la sepsis vaginal y la hipertensión arterial materna se relacionaron estrechamente con el recién nacido pretérmino de bajo peso en el estudio realizado. La morbilidad en este grupo fue elevada; a pesar de ello, la evolución en la mayoría de los neonatos resultó satisfactoria y, por ende, la mortalidad fue baja.

Referencias bibliográficas

1. Campos P, Corvalho S, Barcellos E, Christovam C. Mortalidad infantil en Río de Janeiro; Brasil: áreas de riesgo e trajetoria dos pacientes até os servicios de Saude. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8(3):164-71.
2. Van der Mei J, Volver M, Boersma ER. Growth and survival of low birth weight infants from o to q giars in a rural area. *Hosp Med J Health*. 2000 Aug;9(8):571-7.
3. Eriksson M, Bodin L, Finnstrom O, Schollin J. Can severity-of-illness indices for neonatal intensive care predict outcome at 4 years of age? *Acta Paediatr*. 2002;91(10):1093-100.
4. Harper RG, Rehman KU, Sia C, Buckwald S, Spinazzola R, Schlesse I. Neonatal outcome of infants born at 500 to 800 grams from 1990 through 1998 in a tertiary care center. *J Perinatol*. 2002;22(7):555-62.
5. Holmgren PA, Hogberg U. The very preterm infant-a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(6):525-31.
6. Lewis BA, Singer LT, Fulton S, Salvator A, Short EJ, Klein N, et al. Speech and language outcomes of children with bronchopulmonary dysplasia. *J Commun Disord*. 2002;35(5):393-406.
7. Blondel B, Kaminski M. Trends in the occurrence, determinants, and consequences of multiple births. *Semin Perinatol*. 2002;26(4):239-49.
8. Shankaran S, Fanaroff AA, Wright LL, Stevenson J, Donovan EF. Risk factors for early death among extremely low-birth-weight infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(4):786-801.
9. Petrini J, Damus K, Russell R, Poschman K, Davidoff MJ, Mattison D. Contributions of birth defects to infants mortality in the United States. *Teratology*. 2002;66(Suppl 1):83-6.