

MUY BAJO PESO AL NACER

Dra. Maria Augusta Guerrero Aízaga*, Dra. Angela Gómez Pazos*,
Dra. Marisol Betancourth**

Introducción

Muy bajo peso al nacer, es la denominación adoptada, para todos los niños con un peso igual o inferior a 1500gr, independientemente de su edad gestacional (1).

Estos niños, forman parte sin duda, de un grupo de extremado riesgo, ya que en ellos se ven conjugados una serie de factores como prematuridad, asfixia, sepsis, hemorragia intracranial, problemas metabólicos como hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia entre otros. (2).

La presencia de estos niños, engrosan irremediablemente las salas de patología, y en definitiva las estadísticas de morbilidad neonatal. En el presente escrito, analizaremos la incidencia de estos infantes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, durante el período comprendido entre el 1-07-1991 al 30-06-1992; y la relación con tres de las patologías más frecuentes que se presentan en estos niños; Prematuridad, Asfixia inicial grave y Sepsis.

Material y Métodos

Se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos, de los ingresos a la Sala de Patología de la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, durante el período comprendido entre Julio de 1991 al 30 de Junio de 1992.

De estos expedientes, analizamos a los recién nacidos cuya antropometría de ingreso registro un peso al nacimiento igual o menor a 1500gr

Revisamos la incidencia en estos neonatos de prematuridad moderada a extrema (edad gestacional por capurro igual o menor a 34 semanas), asfixia inicial grave (APGAR menor a 3 a los 5 minutos) y Sepsis (ratificada por hemocultivo positivo).

Resultados

El número de ingresos registrados a la Sala de Patología pediátrica, fue de 1699, que correspondió al 12.1 o/o, del total de nacidos vivos durante dicho período. El Muy bajo peso al nacer, registró un total; de 140 niños que correspondió al 8,05 o/o, del total de niños ingresados a dicha sala.

Cuarenta y ocho lactantes de muy bajo peso al nacer, no presentaron concomitantemente ninguna de las tres patologías antes mencionadas. (prematuro moderada a extrema, asfixia grave y/o sepsis); y correspondió al 34,4 o/o del total de niños con peso bajo. Claro que en la mayoría de estos, se evidenció otros problemas como: hipoglicemia, enfriamiento, hiperbilirrubinemia, policitemia como los más importantes.

Muy bajo peso asociado a prematuridad menor de 34 semanas, se observó en 58 neona-

* Pediatra.

** Residente de Pediatría.

tos y correspondió al 41.4 o/o de los niños de peso bajo. El otro 49.6 o/o de niños fueron prematuros leves, e incluso recién nacidos a término con retardo de crecimiento intrauterino sea de tipo simétrico o asimétrico.

La presencia de asfixia inicial grave, es decir neonatos con APGAR inferior de 3 a los 5 minutos y/o hipotonía persistente por más de 2 horas postnacimiento, fue detectada en 17 recién nacidos de peso bajo, correspondiendo al 12.1 o/o de estos niños.

La Sepsis comprobada también estuvo presente en 17 de estos niños correspondiendo igualmente al 12.1 o/o.

La mortalidad de estos infantes, se observó principalmente asociada a la prematuridad y por tanto al Síndrome de dificultad respiratoria tipo I y a la sepsis; esta fue comprobada como habíamos anotado en 17 niños, pero en otros 16 hubo sospecha no comprobada que igualmente ameritó antibioticoterapia. El cuadro infeccioso más frecuentemente observado en estos neonatos fue la Enterocolitis necrotizante en sus diferentes grados.

Discusión

El muy bajo peso, se presentó en el 8.01 o/o de los recién nacidos ingresados a la sala de patología de nuestra Maternidad; y este estuvo asociado sobre todo con la prematuridad. Esta asociación sin duda parece ser la base suficiente para desencadenar la "cascada" de acontecimientos patológicos, que siguen engrosando las altas tasa de mortalidad neonatal; así hemos encontrado un estudio presentado por médicos de la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, donde se reporta una mortalidad del 66 o/o en este grupo de niños de muy bajo peso (3).

La prematuridad constituye un aditivo inseparable en gran porcentaje de estos niños;

si anotamos que el percentil 50 de un feto de 33 semanas equivale a 1500 gr (4), podemos deducir fácilmente que una gran mayoría de estos recién nacidos de peso bajo, tendrán una edad igual o menor a esta. La prematuridad, sobre todo extrema sigue siendo catalogada como el grupo de mayor riesgo, no solo por la inmadurez pulmonar sino también por los graves problemas que de ella derivan. Con esta se ha relacionado causalmente casi las 2/3 partes de muertes perinatales en los EEUU (5).

La Asfixia Inicial grave es otra de las causas más frecuentes de morbimortalidad neonatal, cuya incidencia de presentación se encuentra en relación inversa a la edad gestacional y peso del producto; donde puede ser tan alta como de 1:2 en los menores de 1000 gr (6). En nuestro estudio la incidencia de esta patología fue alrededor del 12 o/o, cifra similar a la encontrada en la Maternidad Concepción Palacios, en donde la asfixia grave en los menores de 1500 gr fue del 10 o/o (3).

El neonato pequeño, prematuro y asfixiado, parece ser entonces el más vulnerable a contraer problemas infecciosos, que muchas veces estos se inician incluso intrauterinamente, sobre todo cuando se asocia a ruptura prolongada de membranas (7). La inmadurez inmunológica de estos pequeños se pone entonces en evidencia en las salas de recién nacidos, donde la incidencia de sepsis ha sido reportada con una frecuencia del 2,4 al 6,5 por cada 1000 recién nacidos vivos, siendo lógicamente mayor en los de peso bajo (8) y con una tasa de mortalidad del 10 al 40 o/o (9). Nosotros lo comprobamos en el 12 o/o; aunque si sumamos a los niños con sospecha clínica únicamente, esta sería de 24 o/o. El estudio Venezolano anteriormente mencionado reporta una incidencia de sepsis en estos niños del 54 o/o, aunque solo en el 18.5 o/o hubo comprobación bacteriológica. (3).

Otros problemas no menos importantes que se presentaron en estos niños fueron:

- La hipoglicemia que se debe a una menor reserva de glucógeno, a lo que se suma en algunos casos consumo incrementado tal como sucede con los neonatos asfixiados y/o enfriados (10).
- El enfriamiento que es el resultado de una menor cantidad de grasa parda como mecanismo de producción de calor; el enfriamiento en todo niño es una situación de stress grave, que lleva consigo la presencia de acidosis, e incluso hemorragia pulmonar (11).
- La hiperbilirrubinemia tiene una cognación especial en estos niños, ya que la penetración de la bilirrubina no conjugada al tejido cerebral, puede producirse aún con valores tan bajos como 12 mg/dl según algunos autores (13); de allí la importancia de la fototerapia profiláctica en los recién nacidos pequeños.
- La policitemia que si no es tratada puede causar hipoglicemia, hemorragias cerebrales y trombosis, se ve frecuentemente en los recién nacidos de peso bajo con retardo de crecimiento intrauterino, toxemia materna, segundo gemelo, o ligaduras tardías de cordón (12).

Cabe anotar que todas estas entidades muy facilmente en estos diminutos seres, por lo que aparte de ser responsables de altas cifras de mortalidad, son causantes muchas veces de minusvalías graves entre las cuales la mas estudiada y observada es la parálisis cerebral infantil y el retardo mental con una incidencia en estos niños del 5 al 20 o/o, afectando en mayor porcentaje a los recién nacidos menores de 1000 gr (14).

Como hemos visto las 3 patologías mas graves de los servicios de recién nacidos, se

presentaron en el 65.6 o/o de los neonatos de muy bajo peso; de allí podemos deducir muy facilmente que el pronóstico de casi las dos terceras partes de los niños que nacieron en nuestra maternidad con muy bajo peso, no fue nada alentador. Esta situación es la que nos ha motivado a presentar estos resultados que tienen como único objetivo, incentivar a cada uno de los profesionales responsables de la salud en nuestro país, a desplegar medidas dirigidas que pueda controlar o por lo menos disminuir los nacimientos de niños con peso muy bajo. Acciones como un adecuado control prenatal, planificación de embarazos para evitarlos en épocas extremas de fertilidad o con intervalos muy cortos, manejo adecuado de la toxemia materna, tratamiento precoz de infecciones urinarias, detección de infecciones intrauterinas (15), así como acciones gubernamentales que protejan a la mujer embarazada sobre todo en el campo laboral, podrían ser eficaces para lograr romper el círculo vicioso de: Prematuridad - PESO BAJO - Asfixia - Infección - Muerte; que dramáticamente sigue segando día a día pequeñas e inocentes vidas.

Bibliografía

1. Marshal, K. Avory, F.: Care of the high risk neonate. 2da edición. Philadelphia 1982, pp 80.
2. Babson, S. Permoll, M. Benda Gerda, I.: Diagnóstico y tratamiento del recién nacido de riesgo. Buenos Aires 4ta Ed. Panamericana. 1985, pp 174-178.
3. Saavedra, A.: Seguimiento longitudinal de niños de peso al nacer de 1500 gr. Revista de Gineco-Obstetricia de Venezuela. 45 (1). 1985, pp 53.
4. Gomella, T; Cunningham, D.: Peso de nacimiento esperado al percentil 50 a las 24-38 semanas de gestación. Neonatología Buenos

- Aires. Ed. Médica Panamericana. 1990, pp 28.
5. Vasa, R, Vidvasaga, D; Vinegas, A.: Factores que influyen en el pronóstico del recién nacido con peso de 500 a 1000 gr. *Clinicas de Perinatología*. México. Ed Interamericana (2) 1986, pp 247-265.
 6. Sola, A, Verna, J.: Seguimiento del recién nacido de riesgo. *Cuidados Intensivos Neonatales*. Buenos Aires. Ed. Interamericana 1988, pp 21-84.
 7. Gómez, C.: Temas selectos del Recién Nacido prematuro. México. Ed. Mexicana S.A. 1990, pp 27, 45, 274-278.
 8. Veiskanit, J, Gronros, M.: Neonatal Septicemiae. *Arch. Disordens children*. 60. 1985, pp 542.
 9. Klein, J, Morey, S.: Bacterial Sepsis and Meningitis.: *Infection diseases of the fetus and newborn infant*. Philadelphia. 2da ed. Remington - Klein ediciones. 1983, pp 679-735.
 10. Ramirez, G franco.: Trastornos metabólicos del recién nacido. *Usuario Pediátrico*. Bogotá Editorial Presencia. 5ta ed. 1991, pp 33-34.
 11. Sola, A, Verna, J.: Termorregulación. *Cuidados Intensivos Neonatales*. Buenos Aires. Ed. Interamericana 1988, pp 9-10.
 12. Jeffrey Maisel, MB.: Ictericia neonatal. *Clinicas de Perinatología*. México. Ed. Interamericana (2) 1990, pp 343-373, 385-395.
 13. Goetzman Boyd, W, Wennberg Richard, P.: Trastornos Hematológicos. Hipoglicemia/Hiperviscosidad. *Manual de cuidados intensivos neonatales*. MOSBY - Year Book de España, S.A. 1era Ed. española. 1992, pp 184-185.
 14. Gomella, T; Cunningham, D.: Seguimiento de los lactantes de alto riesgo. *Neonatología*. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana. 1990, pp 46-50.
 15. Jeferey, P; Phelan, Md, JD.: Prevención de la prematurez. *Clinicas de Perinatología*. México. Ed. Interamericana. (2). 1992, pp 293.