

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO Y CALIDAD DE VIDA

Dr. Víctor Padula *

Dudo que exista en el área médica del recién nacido alguna parte que no haya sido explorada y expuesta en la literatura médica mundial en relación a sus Cuidados Inmediatos.

Sin embargo es en estos momentos cuando podemos evaluar los resultados del gran desarrollo científico-técnico de la Neonatología logrado en los últimos diez años. Dichos resultados están siendo evaluados en sus aspectos tanto médicos como sociales, dándose mucha importancia en el terreno social a la calidad de vida que este adelanto científico-técnico está otorgando a sus pacientes.

Es así como podemos observar que en las primeras evaluaciones de las Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos los resultados de sobrevivencia son buenos, pero en cambio, los resultados del seguimiento en cuanto al desarrollo psico-motor de estos recién nacidos no han sido muy alentadores.

En la búsqueda del por qué esta paradoja, los países han invertido insignes cantidades de dinero y esfuerzo, los cuales han hecho desarrollar en una forma casi increíble los conocimientos y equipos de trabajo puestos al servicio del recién nacido. Pero al mismo tiempo se ha ido afianzando cada vez más el convencimiento de que el camino a seguir para nivelar los resultados entre sobrevivencia y buena calidad de vida es la prevención de las causas que puedan convertir al feto en un feto o embarazo de alto riesgo o en un recién nacido de alto riesgo. Es por esto que hoy en día no se puede hablar de Asistencia al Recién Nacido sin tomar en cuenta a su etapa prenatal, a menos que nos estemos refiriendo a una determinada patología neonatal.

Podemos decir que la asistencia al recién nacido vendrá dada por las condiciones impuestas a éste durante la gestación y el trabajo de parto, y en menos, a las situaciones que puedan presentarse en el nacimiento.

Lo anteriormente expuesto es lo que ha dado origen a la más nueva rama dentro de la Medicina, como lo es la Perinatología. Basada ésta en un trabajo de equipo donde el Obstetra y el Pediatra juegan un papel prioritario compartido

* Adjunto Dep. Pediatría. Docente de Post Grado Universitario. Hosp. "Dr. Miguel Pérez Carreño" I.V.S.S. Pediatra. "Centro Médico de Caracas".

en cuanto a deber poseer conocimientos comunes en muchos aspectos fisiológicos y patológicos del binomio madre-hijo para poder lograr la feliz conclusión de una gestación, la prevención de patología incidiendo sobre ella o la minimización de sus efectos si la hay.

No es fácil lograr en la práctica afianzar la Perinatología. No porque no se cuente en nuestro medio con el personal y su competencia, sino porque aún estamos bajo el criterio predominante de la Medicina Hospitalaria y no de la Medicina Ambulatoria. Medicina ésta que a corto plazo debe convertirse en el objetivo de los planes de salud en base a los beneficios que en costo, cobertura, prevención y control representa.

Como Asistencia del Recién Nacido debemos entender aquellos procedimientos médicos los cuales buscan determinar la existencia o establecer lo más pronto posible una adecuada ventilación pulmonar y la integridad de los sistemas cardiovascular y nervioso central.

Alrededor de estos tres grandes pilares de la economía fisiológica humana se apoyan todas las demás funciones del organismo en su etapa neonatal, y cualquier falla en ellos bien sea congénita o adquirida va a determinar la aparición de signos y síntomas patológicos en el recién nacido, que aún en los nacidos a término, por su inmadura función metabólica van a desencadenar procesos complejos si dichas fallas no son diagnosticadas y tratadas tempranamente.

Es así como a mi modo de ver las cosas y bajo el criterio de las cifras estadísticas vigentes, predominan en nuestro país como patologías responsables del aumento de la mortalidad neonatal y por consiguiente manifestación de una morbilidad elevada en esta etapa los casos de:

- Hipoxia o anoxia
- Prematurez
- Bajo Peso para Edad Gestacional
- Anomalías Congénitas
- Hemorragia Intracraneana
- Traumatismos debidos al Parto

Morbilidad la cual indudablemente aumenta el riesgo de la aparición en dichos casos, de Deficiencia Mental.

HIPOXIA

Por definición, es la insuficiente cantidad de oxígeno para satisfacer las necesidades celulares normales.

Veamos a continuación algunas de las situaciones causantes de este problema, el cual es tanto más difícil en su manejo puesto que pudiendo existir en el pre-parto inmediato puede en muchos casos pasar desapercibido el tiempo suficiente como para dejar su efecto secuelar, a veces definitivo.

Vuelvo a hacer énfasis, en este momento, de la importancia en el manejo del binomio gestacional madre-hijo, bajo, el concepto de la perinatología.

Divido las situaciones en causas maternas, causas fetales y/o del Recién Nacido.

Causas maternas:

- Hipertermia
- Hipertensión arterial
- Hipotensión arterial
- Convulsiones
- DPP
- Hipoglicemia

Causas fetales:

Por obstrucción de vías aéreas superiores:

- Atresia de coanas
- Macroglosia
- Micrognatia severa
- Bocio congénito, higromas
- Parálisis de las cuerdas vocales
- Membranas laríngeas
- Estenosis subglótica
- Laringomalacia
- Fístula traqueoesofágica
- Estenosis traqueal
- Traqueomalacia

Causas pulmonares:

- a) Parenquimatosas
 - Síndrome de aspiración
 - EMH
 - Neumotorax, Neumomediastino
 - Atelectasia
 - Taquipnea transitoria del recién nacido
 - Neumonía
 - Hemorragia pulmonar
- b) Trastornos del desarrollo
 - Agenesia pulmonar
 - Hipoplasia pulmonar
 - Enfisema lobar congénito

Causas extrapulmonares:

- Hernia diafragmática
- Quilotorax
- Insuficiencia cardíaca
- Lesiones del SNC
- Persistencia del Patrón Fetal
- Acidosis
- Hipotermia, Hipertermia
- Asfixia

La importancia del conocimiento de estas causas estriba en implementar los medios necesarios para su pronta detección y tratamiento.

Independientemente de la capacidad física ambiental y de equipamiento técnico del sitio donde una mujer de a luz su hijo, deben existir las condiciones mínimas que permitan el examen de ese recién nacido por una persona profesional de la medicina con entrenamiento y conocimiento en manejo neonatal, con los recursos necesarios para una solución adecuada en el mismo sitio o los mecanismos para el traslado conveniente de los niños con problemas generadores de hipoxia a centros capacitados para tratarlos.

PREMATUREZ:

Se considera recién nacido prematuro todo aquel nacido entre las 24 y 37 semanas de gestación, independiente del peso al nacer. En nuestro país corresponden al 10% del total de nacimientos, con una mortalidad del 60% del total de prematuros que sufren alguna complicación. Las principales causas en nuestro medio de partos prematuros son:

Maternas:

- Condición socio económico baja
- Esfuerzo físico frecuente
- Alteraciones anatómicas uterinas
- Edad materna
- Infecciones
- Toxemia
- Patologías que indican interrupción de la gestación

Fetales:

- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- RPM
- Hidramnios

A pesar de ser el prematuro un recién nacido, por lo general, sin problemas de desnutrición intra uterina y por consiguiente protegido del daño cerebral potencial que esta desnutrición conlleva, está sometido sin embargo a una morbilidad elevada por su misma inmadurez en desarrollo inmunitario, pulmonar y de termorregulación.

Es por esto que los Síndromes de dificultad respiratoria como EMH y Atelectasia pulmonar constituyen los problemas más frecuentes en ellos. Siguiéndoles de cerca los debidos a infecciones, hiperbilirrubinemia y hemorragia intracerebral, y cerrando el círculo los problemas de termorregulación y metabólicos. Círculo causante de la alta mortalidad en relación directa al grado de mayor prematurez presente.

Hoy día con la ayuda de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales muchos de estos casos logran sobrevivir aunque manteniéndose en ellos la expectativa de cuánto daño secuelar pudo evitarse o no en su desarrollo cerebral. Lastimosamente las cifras de secuelas parecen ser mayores que las esperadas al ser dados de alta de las UCIN, por lo cual se impone trabajar más el campo de la prevención sobre las causas maternas y fetales susceptibles de prevenir y propiciar cada vez más en las unidades obstétricas las medidas útero-inhedoras y de inducción de madurez pulmonar fetal.

Es importante aclarar que no todo parto prematuro debe ser evitado, como los casos siguientes:

- RPM con evidencia de infección
- Malformaciones graves
- Diabetes materna severa descompensada
- Nefropatía severa
- Hidrops fetal
- Toxemia grave
- Cardiopatía severa
- Hipertiroidismo
- Embarazo de menos de 24 semanas

Esto en base al obvio riesgo materno fetal que comprendería el mantener dicho embarazo.

RECIEN NACIDO DE BAJO PESO Y TALLA PARA EDAD GESTACIONAL

Muchas han sido las definiciones que se le ha dado antes de ubicar este problema fuera del área del prematuro, y para su mejor entendimiento diremos que al hablar de BPTEG nos estamos refiriendo al recién nacido que a las 37 semanas de gestación, o más, pesa menos de 2.500 gr. y mide menos de 46 cm. es decir que por uno o múltiples factores ha habido un retardo del crecimiento intrauterino. Equivalen aproximadamente al 6% del total de nacimientos. Diversos son los factores causales.

Factores maternos:

- Desnutrición
- Preeclampsia. Toxemia. HTA
- Diabetes
- Estatura baja
- Hábitos tabáquicos
- Condición socio económica baja
- Cardiopatía
- Adolescencia
- Primigesta
- Gran múltipara
- Embarazo múltiple
- Drogadicción
- Drepanocitosis
- Factores ambientales
- Factores placentarios
- Enanismo heredo familiar
- Anencefalia
- Infecciones (TORCH)
- Síndromes cromosómicos (Turner, Down)
- Anomalías congénitas (Osteogénesis imp., Cornelia De Lange)

La problemática del BPTEG estriba básicamente en dos situaciones:

1. El alto porcentaje de muertes fetales entre los BPTEG y

2. El riesgo mayor de retardo mental por el sólo hecho de su desnutrición intrauterina la cual incide en la disminución del peso total del cerebro y cerebelo, su menor número de células, su déficit enzimático y una reducción del 33% en mucopolisacáridos cerebrales, cuya alteración está asociada con retardo mental.

La asistencia de estos comienza con un estricto control del embarazo a partir del momento en que se detecta o sospecha un retardo del crecimiento intrauterino. Llegando a la interrupción del embarazo si es necesario, cuando las condiciones del feto se deterioren y se encuentre en período viable.

Se busca evitar o disminuir al máximo las situaciones de hipoxia que normalmente tolera el feto durante el trabajo de parto, las cuales causarían en los desnutridos, de por sí deficitarios, daños definitivos.

Estos recién nacidos deben ser atendidos con miras a garantizarles en el período neonatal inmediatas condiciones de respiración, temperatura corporal y normalidad metabólica óptimas, con lo cual se logrará, dependiendo de la etiología del BPTG, mejorar el pronóstico en esos niños.

ANOMALIAS CONGENITAS

La asistencia de recién nacidos con anomalías congénitas consiste básicamente en la corrección oportuna si posible, en aquellos casos cuya anomalía de ser corregible, sea compatible con la vida.

El manejo de estos casos impone al Pediatra la obligación de informar y discutir con los padres el problema lo antes posible. De hacerles ver al niño para que estén concientes de su deformidad, sobre todo si el niño es un mortinato o muere poco después de nacer.

Se debe iniciar prontamente el estudio dirigido a establecer la causa y la extensión de la malformación. Estudios cromosómicos, despistajes de enfermedades del grupo TORCH, factores uterinos, enfermedades maternas, medicación durante el embarazo, etc.

Se debe establecer la posibilidad de herencia y recurrencia del problema para orientar a los padres mediante consejo genético. Y en general, responder a todas las preguntas que ellos hagan en el momento que las hagan y ampliarlas en lo posible en ocasiones de otras citas o consultas.

Afortunadamente vemos como cada día se avanza en el diagnóstico in útero de malformaciones y enfermedades congénitas, pudiendo incluso efectuarse tratamientos intrauterinos.

Dos técnicas destacan en este sentido. La Amniocentésis y la Fetoscopia. En ambas se han logrado grandes mejoras técnicas con disminución de sus complicaciones, aunque la Fetoscopia se mantiene aún con criterio casi experimental y su mayor utilidad parece ser en el campo del desarrollo embriológico.

HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Muy poco la que se puede decir sobre este problema, el más importante de la esfera neurológica del recién nacido, pero hay que intentar hacerlo todo para que no se produzca. Con una mortalidad cercana al 100%, se presenta

básicamente en prematuros, recién nacidos con hipoxia, o con hipercapnia. Intervienen en ella mecanismos de vasorregulación cerebral periventricular e intraventricular en relación directa con la presión arterial.

Como ayudas diagnósticas y pronósticas tenemos la TAC y la Ecosonografía,

Los pocos casos que logran salvarse quedan irremediablemente con graves secuelas neurológicas.

TRAUMATISMOS DEBIDOS AL PARTO

Corresponden a las lesiones físicas producidas en el recién nacido durante el transcurso del nacimiento. La incidencia de las mismas ha disminuído notablemente en los años recientes como reflejo de los adelantos en el campo de la Obstetricia.

Las situaciones que con frecuencia van asociadas con estas lesiones son:

- Primiparidad
- Trabajo de parto prolongado
- Trabajo de parto tempestivo
- Estatura baja materna
- Presentación fetal anormal
- Macrosomía fetal
- Oligohidramnios

Los tipos de trauma pueden ser variados y simultáneos. Generalmente en regiones anatómicas relacionadas con la variedad de presentación fetal en el período expulsivo.

Así vemos en cráneo:

- Bolsa serosanguínea
- Cefalohematoma
- Fractura de Bóveda

Estos dos últimos pueden llegar a situaciones graves, hiperbilirrubinemia, anemia, hemorragia intracraneana, quiste leptomeníngeo.

Los nacimientos en presentación podálica pueden presentar lesiones de nervios periféricos y de médula espinal, en aquellos casos de distocia de hombros o retención cefálica las cuales necesitan de tracción excesiva para la extracción fetal. Las más frecuentes son:

- Nervio facial: Central, periférico, zonal
- Plexo braquial
- Nervio frénico
- Médula cervical

La lesión ósea más frecuente es la fractura de clavícula, otras como las de húmero y fémur son infrecuentes.

Las lesiones de tejidos blandos: piel, subcutáneo y músculo se presentan con mayor frecuencia en recién nacidos macrosómicos.

Por último, las lesiones viscerales de hígado, bazo, riñón y suprarrenales deben sospecharse y descartarse en todo niño nacido luego de un parto difícil que tenga signos de shock con o sin distensión abdominal. El gran peligro de estas lesiones viene dado por su curso a veces solapado, con escasos signos de deterioro general, hasta su descompensación en forma brusca con riesgo grave para la vida.

Se debe tener como norma en todos los recién nacidos con lesiones debidas al parto su reevaluación diaria hasta el alta, mediante un examen físico cuidadoso y practicándole las pruebas de laboratorio o exploratorias que fueran necesarias. De esta forma se podrá instaurar el tratamiento específico en cada caso tempranamente, con la buena suerte para los que atraviesan esas situaciones el que la gran mayoría de las mismas no contemplan lesiones o secuelas definitivas.

BIBLIOGRAFIA

GORDON B., AVERY.- Neonatology. J. B. Lippincott Company.

ROBERT A., HOEKELMAN.- Principles of Pediatrics. Mc. Graw-Hill Book Co.

S. GORHAM BABSON; RALPH C., BENSON.- Management of High Risk pregnancy and Intensive Care of the Neonate. The C. V. Mosby Co.

FRANK A., OSKI; JAMES A., STOCKMAN III.- Year Book of Pediatrics 1980.

RESEARCH TO PRACTICE IN MENTAL RETARDATION.- Vol. III. University Park Press 1977.

ANUARIO EPIDEMIOLOGICO Y DE ESTADISTICA VITAL.- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Venezuela 1978.

R. SCHWARCZ.- La prevención de nacimientos de niños con insuficiencia ponderal como estrategia para contribuir a la disminución del retardo mental. III Jornadas Internacionales y VI Nacionales de AVEPANE. Venezuela 1981.

MICHAEL A., SALMON.- Developmental defects and syndromes. HM+M Publishers. 1978.

LEWIS B. HOLMES.- Manual of Neonatal Care. Little, Brown and Company. Boston.1980.

GRESHAM, E. L.- Birth trauma. Pediatric Clinic of N. Am. 22:317, 1975.