

Mesa Redonda: Coordinación interdisciplinaria de la atención al recién nacido de alto riesgo. Propuestas de actuación

Introducción

J. FIGUERAS ALOY

Servicio de Neonatología. ICGON. Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Recién nacido de riesgo elevado es aquel que al nacer presenta una elevada probabilidad de patología, con posibilidad de muerte o incapacidad ulterior. El 10% de los embarazos pueden considerarse de riesgo elevado, y el 3-5% de partos originarán neonatos que precisen vigilancia especial. Los modernos cuidados intensivos neonatales permiten una mayor supervivencia, acompañada, en ocasiones, de un aumento de la morbilidad posterior. Ésta afecta sobre todo al sistema nervioso central en sus aspectos motores, psíquicos y sensoriales, pero también repercute en el crecimiento y desarrollo físicos y en el sistema cardiorrespiratorio.

El seguimiento neuropsicológico y somatométrico tiene por objeto establecer el diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento más adecuado de las diversas secuelas que pueden presentar los recién nacidos gravemente enfermos. También es útil como control de calidad de la atención obstétrica y perinatal.

Son tributarios de seguimiento todos los recién nacidos que en algún momento han estado críticamente enfermos o han padecido alguna enfermedad con posibilidad de secuelas neurológicas. Cabe destacar: pretérminos extremos (edad gestacional igual o inferior a 30 semanas; peso al nacimiento igual o inferior a 1.500 g), graves retrasos de crecimiento intrauterino (peso al nacimiento por debajo del tercer percentil), anoxia neonatal grave (Apgar al minuto inferior o igual a 3 y a los 5 minutos inferior o igual a 6), encefalopatía hipóxico-isquémica (con alteración del EEG), hemorragia intracraneal, convulsiones, hipoglucemia sintomática,

dificultad respiratoria grave que ha requerido ventiloterapia, *shock*, meningitis, hiperbilirrubinemia intensa que ha requerido exanguinotransfusión y alteración en ecografía o TAC craneales.

El seguimiento neuropsicológico y somatométrico debe efectuarse en centros especializados, mediante la labor conjunta de un "equipo de seguimiento". Éste será dirigido por un neonatólogo o neurólogo pediatra, y en él participarán neurofisiólogos, psicólogos, rehabilitadores y otros especialistas (ortopeda, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, etc.). Es imprescindible la colaboración con el pediatra de cabecera, el cual estará sensibilizado al respecto y debidamente informado de los cambios que tengan lugar durante la evolución.

Aproximadamente un 15-30% de los pretérminos con peso de nacimiento inferior a 1.000 g (y sobre todo los que pesan menos de 800 g) aquejarán secuelas neuropsíquicas y hasta un 10% retinopatía o hipoacusia graves. A partir de los 8 años de edad, un 80% de los prematuros con peso de nacimiento inferior a 1500 g presentan unos CI más bajos, aunque en límites normales, y trastornos específicos del aprendizaje.

La minusvalía cardiorrespiratoria es más frecuente, y se describe que de un 35% de recién nacidos afectados de displasia broncopulmonar, un 85% había padecido infecciones pulmonares a los 2 años de seguimiento. Si se asocia atopia familiar, es más frecuente la hiperreactividad bronquial a los 7-12 años. En los prematuros también debe vigilarse la posible aparición de hipertensión arterial.

La afectación del crecimiento suele haberse recuperado a los 2 años, con una mayor aceleración entre los 6 y 9 meses

TABLA I. EXPERIENCIA CON < 1.500 G O < 32 SEMANAS EN EL HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA

	1982-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2002
Supervivencia	71,2%	80,5%	82,6%	85,1%	86,0%
N	45	101	115	246	195
Seguimiento correcto	37 (82,2%)	68 (73,3%)	91 (79,1%)	171 (69,5%)	141 (72,3%)
Edad corregida (meses)	56,4 (12-199)	40,5 (14-117)	30,1 (12-102)	29,3 (12-72)	22,0 (12-96)
Peso al nacimiento (g)	1.266 (760-1.900)	1.235 (700-2.300)	1.190 (600-1.980)	1.182 (520-2.060)	1.178 (580-2.500)
Edad gestacional (sem)	29,8 (25-35)	29,8 (24-36)	29,8 (24-35)	29,9 (24-36)	29,5 (24-38)
Impresión global:					
- Normal	27 (73,0%)	55 (80,9%)	77 (84,6%)	148 (86,5%)	125 (88,6%)
- Alt. leve	5 (13,5%)	7 (10,3%)	6 (6,6%)	12 (7,0%)	11 (7,8%)
- Alt. moderada	3 (8,1%)	2 (2,9%)	4 (4,4%)	9 (5,3%)	3 (2,1%)
- Alt. grave	2 (5,4%)	4 (5,9%)	4 (4,4%)	2 (1,2%)	2 (1,4%)

de edad corregida (fenómeno de rebote). Dicha recuperación depende de la inexistencia de retraso de crecimiento intrauterino y de una correcta nutrición en las primeras 4-6 semanas de vida. Inicialmente se recupera el perímetro craneal, seguido de la longitud y finalmente del peso. El perímetro craneal presenta su mayor crecimiento entre las 3 y 7 semanas postnatales.

Excepto en unos pocos casos de lesiones muy típicas y graves, la evolución final, habitualmente, será mejor que la estimada al comienzo por el neonatólogo. Por lo tanto, no deberá brindarse ningún pronóstico sombrío a los padres, a menos de estar absolutamente seguros de que se ha producido un daño permanente del SNC.

El principal inconveniente de un programa de seguimiento es la ansiedad que puede generar en los padres el hecho de que su hijo pueda sufrir un defecto cerebral. Vale la pena insistir en que el niño de alto riesgo es un niño normal, y la frontera entre normalidad / patología sólo puede ser dilucidada mediante la evolución.

El personal involucrado en el seguimiento debe ser extraordinariamente exquisito y generoso en la información que suministre a los padres. No se trata de quitarle importancia al riesgo, pues entonces no tendría razón el seguimiento, sino de no crear temores innecesarios y mucho

menos exagerados, con el fin, a veces subconsciente, de asegurar la continuidad de los controles. En aquellos casos en que el daño perinatal o la prematuridad obliga a un ingreso en la Unidad de Patología Neonatal, inclusive con grave riesgo vital, los padres suelen ver en el seguimiento un acto tranquilizador, ya que son conscientes de las posibles consecuencias nocivas para el futuro motor o intelectual de su hijo.

EXPERIENCIA PROPIA

Una de las principales causas de prematuridad son los embarazos múltiples. En la experiencia de la Unidad Integrada de Pediatría (Hospitales Clínic - Maternitat y Sant Joan de Déu de Barcelona) durante los años 1995 a 2003 se atendieron 1.901 neonatos procedentes de embarazos múltiples, 1.726 gemelos (35 por 1.000 recién nacidos vivos) y 175 trillizos (4,2 por 1.000 recién nacidos vivos). El 78% eran pretérminos y el 15% de bajo peso a término. Su morbimortalidad está ligada a la inmadurez. En los años 2002 y 2003, la fecundación *in vitro* estuvo presente en el 14,4% de los neonatos procedentes de embarazos múltiples (23,8% en trillizos y 13,3% en gemelos). Las técnicas de FIV se aplicaron en mujeres de mayor edad, sobre todo primigestas y

que padecieron más diabetes y preeclampsia. Sus hijos manifestaron más crisis de apnea y trombopenia, pero no más malformaciones.

En el Hospital Clínic-Maternitat de Barcelona disponemos de una base de datos de seguimiento neurológico neonatal iniciada en 1982. Contiene 3.231 fichas, correspondientes a todos los neonatos tributarios de seguimiento neurológico por cualquiera de sus criterios de inclusión. 702 de ellos corresponden al criterio "peso de nacimiento igual o inferior a 1.500 g o edad gestacional igual o inferior a 31

semanas". Los principales datos de su seguimiento neurológico se resumen en la tabla I. Puede observarse que un seguimiento superior a 12 meses de edad corregida se da en más del 70%. En los años más próximos disminuye el peso de nacimiento y la edad gestacional, mientras que los niños considerados neurológicamente normales aumentan y las secuelas mayores (moderadas + graves) disminuyen. Por lo tanto, la mayor supervivencia del prematuro extremo no va acompañada de un aumento relativo de las secuelas neurológicas.