

## RIESGO REPRODUCTIVO

Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez

### RIESGO PRECONCEPCIONAL

#### CONCEPTO

Se conoce como *riesgo preconcepcional* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso.

Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación.

#### ANTECEDENTES Y CONDICIONES GENERALES

##### EDAD (MENOS DE 18 Y MÁS DE 35 AÑOS)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

##### PESO (MALNUTRIDAS)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso

de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso.

#### CONDICIONES SOCIALES DESFAVORABLES O CONDUCTAS PERSONALES (O DE PAREJA) INADECUADAS

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS

1. *Paridad*: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
2. *Intervalo intergenésico*: lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
3. *Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales*: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
4. *Recién nacidos de bajo peso y pretérminos*: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
5. *Toxemia anterior*: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.
6. *Cesárea anterior*: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.
7. *Rh negativo sensibilizado*: constituye un importante riesgo aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

### Principales enfermedades crónicas

Entre éstas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Además, existen otras condiciones que pueden no haberse relacionado antes, ya que solamente lo hicimos con las más frecuentes.

Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

En nuestro medio, en el nivel de la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

Este programa establece una *negociación* con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente.

Se considera controlada una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir.

No se incluyen dentro de este programa:

1. Paciente que no desea embarazo, o que se infiera que no desea embarazo y que está usando método anticonceptivo.
2. Cuando exista la certeza de no actividad sexual.
3. Cuando hay anticoncepción permanente.
4. Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Logrando un conocimiento y control adecuados del riesgo preconcepcional, disminuirémos la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

## RIESGO OBSTÉTRICO

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según *Zuspan*, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un *embarazo de riesgo* aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

El grado de asociación se determina mediante el llamado *riesgo relativo*, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

1. *Relación causal*: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. *Relación favorecedora*: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
3. *Relación predictiva o asociativa*: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan.

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo.

En este concepto se aúna un grupo diferente de embarazos, y la incidencia varía, según los criterios obstétricos, entre 15 y 60 %.

La comparación de la evolución entre los grupos de embarazadas de riesgo y las normales destaca un hecho esencial: que también se producen accidentes perinatales en el grupo de embarazadas caracterizadas *a priori* como normales; es decir, que no existe un embarazo sin riesgo potencial.

La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos necesarios para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena eficacia las acciones médicas, así como establecer aquéllas encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas.

### **IDENTIFICACIÓN DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial.

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo.

### **ELEMENTOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los acci-

dentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables.

Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia.

Este control debe ser estricto para todas las embarazadas, dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad.

El riesgo es variable en relación con su repercusión sobre el embarazo; sin embargo, existen categorías mayores de riesgo anteparto, agrupadas principalmente en: enfermedades preexistentes, historia obstétrica previa desfavorable, enfermedades condicionadas por la gestación, y evidencias de malnutrición materna.

Estas categorías deberían ser identificadas tempranamente, para darles la consideración apropiada en la atención del embarazo.

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y actualmente esperan actuar como participante activo. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante, lo cual se complementa con los datos obtenidos por el examen físico y los exámenes del laboratorio.

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar los elementos siguientes:

1. Importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados sobre el embarazo.
2. El o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
3. Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y duración de ésta.
4. Investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno-fetal.
5. Posible pronóstico de resultados favorables maternos y fetales.

La supervisión del feto en la gestante de alto riesgo obstétrico estará basada en:

1. Determinar la edad gestacional.
2. Descubrir malformaciones congénitas.

3. Detectar anomalías del crecimiento fetal.
4. Determinar la presencia y severidad de la asfixia fetal aguda y crónica.

### **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO**

Ésta se hace según *EL manual de diagnóstico y tratamiento* (La Habana, 1997).

#### **BAJO RIESGO**

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.
3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoimmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.

#### **ALTO RIESGO**

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes (sickleemia).
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.

#### **CONDICIONES QUE SE DEBEN VIGILAR EN EL CONSULTORIO**

1. Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
2. Paridad: mayor que 6 hijos.
3. Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
4. Déficit sociocultural.
5. Déficit nutricional grado II.
6. Hábitos tóxicos.
7. Aborto habitual.
8. Recién nacido anterior con más de 4 200 g de peso.
9. Citología vaginal anormal.
10. Malformación anterior o trastornos genéticos.
11. Retraso mental.
12. Estatura menor que 150 cm.
13. Presión arterial de 120/80 mm de Hg en la primera visita.
14. Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
15. Trastornos circulatorios periféricos.
16. Infecciones cervicovaginales.

## EVALUACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Cada visita prenatal es una oportunidad para descubrir una anomalía que pueda originar dificultad para la madre, el producto o ambos, y que constituya un factor de riesgo.

### BAJO RIESGO

1. Infecciones virales.
2. Ganancia de peso inadecuada.
3. Tabaquismo y alcoholismo (se debe vigilar).
4. Útero grande en relación con la edad gestacional.
5. Anemia grave (hemoglobina inferior a 10 g/L).

### ALTO RIESGO

1. Estados hipertensivos inducidos por el embarazo.
2. Pielonefritis.
3. Isoinmunización.
4. Diabetes gestacional.
5. Sangramiento uterino (gestorragias).
6. Polihidramnios u oligohidramnios.
7. Enfermedad tromboembólica.
8. Embarazo múltiple.
9. Rotura prematura de las membranas.
10. Infección ovular o genital.
11. Útero pequeño para la edad gestacional.
12. Postérmino (ingresada).
13. Problemas quirúrgicos agudos.

## RIESGO PERINATAL

Un conjunto de condiciones clínicas suelen asociarse con el alto riesgo perinatal. Dentro de ellas existen: las maternas, fetales, del trabajo de parto y parto, así como las neonatales inmediatas.

### CONDICIONES MATERNAS

Dentro de éstas se encuentran la edad al momento del parto, el nivel socio-económico (fig. 11.1), el antecedente de infertilidad, el hábito de fumar, afecciones endocrinas como la diabetes mellitus y las enfermedades del tiroides, la malnutrición, la infección del tracto urinario, las enfermedades pulmonares y cardiocirculatorias y la hipertensión arterial, así como la anemia, la isoimmunización al nivel eritrocitario y plaquetario, y la trombocitopenia. Algunas condiciones están vinculadas con alteraciones específicas de la gestación: el exceso o la disminución de la cantidad de líquido amniótico, así como las gestorragias tempranas (del primer trimestre) y las tardías (del tercer trimestre); la rotura prematura de membranas, la infección y la fiebre. El alcoholismo y la drogadicción comportan también un riesgo significativo.

En el cuadro 11.1 se pueden observar las principales condiciones clínicas de riesgo y sus consecuencias.



**Fig. 11.1.** Condiciones maternas ideales para disminuir el riesgo perinatal.

### CONDICIONES FETALES

Las condiciones fetales más vinculadas con riesgo perinatal son el embarazo múltiple, el pobre crecimiento fetal, la macrosomía, la malposición fetal, las alteraciones del foco fetal, la acidosis y la disminución de los movimientos fetales (cuadro 11.2).

### CONDICIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO

Constituyen un grupo muy importante para el riesgo perinatal, ya que son responsables casi siempre de afecciones graves, que comprometen la vida del neonato, y pueden dejar secuelas a largo plazo, porque están vinculadas a la asfixia. Dentro de ellas están el trabajo de parto pretérmino, el trabajo de parto muy rápido o muy prolongado, las presentaciones anómalas, el prolapso del cordón umbilical, la hipotensión y el choque materno, la polisistolia (dinámica excesiva), la existencia de fiebre, el parto por cesárea, el uso de analgesia y anestesia, así como las anomalías placentarias (cuadro 11.3).

### CONDICIONES NEONATALES INMEDIATAS

La prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, y ella está asociada con un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad y posibilidad de secuelas. Otras condiciones neonatales inmediatas desfavorables son el índice de Apgar bajo sostenido, el sangramiento neonatal, el crecimiento intrauterino retardado y la posmadurez (cuadro 11.4).

**Cuadro 11.1.** Principales condiciones clínicas asociadas con el alto riesgo perinatal

Condiciones maternas	Riesgo fetal y neonatal asociado
Edad >40 años	Cromosopatías, crecimiento intrauterino retardado (CIUR)
Edad >16 años	Prematuridad, eclampsia, abuso infantil
Bajo nivel socio-económico	Prematuridad, infección, CIUR
Infertilidad	Bajo peso, anomalías congénitas, aumento de la mortalidad perinatal
Hábito de fumar	Crecimiento retardado, aumento de la mortalidad perinatal
Diabetes mellitus	Muerte fetal, anomalías congénitas, trastornos metabólicos y respiratorios, infecciones e hiperbilirrubinemia
Trastornos tiroideos	Hipo e hipertiroidismo
Malnutrición	CIUR de ligero a severo
Infección urinaria	Prematuridad, sepsis
Afecciones pulmonares o cardiocirculatorias	CIUR, muerte fetal y prematuridad
Hipertensión arterial	CIUR, muerte fetal, asfixia y prematuridad
Anemia	CIUR, muerte fetal, asfixia e <i>hydrops fetalis</i>
Isoinmunización Rh	Muerte fetal, anemia e ictericia
Isoinmunización plaquetaria	Muerte fetal y sangramiento
Trombocitopenia	Muerte fetal y sangramiento
Polihidramnios	Anomalías congénitas (anencefalia, atresias digestivas, afecciones renales y otras)
Oligohidramnios	CIUR, muerte fetal, deformaciones, agenesia renal e hipoplasia pulmonar
Gestorragias del 1er. trimestre	Muerte fetal y prematuridad
Gestorragias del 3er. trimestre	Muerte fetal y anemia
Rotura prematura de membranas, infección, fiebre	Infecciones
Alcoholismo o drogadicción	CIUR, síndrome alcohol-fetal y síndrome de privación de drogas

**Cuadro 11.2.** Principales condiciones fetales vinculadas con riesgo perinatal

Condiciones fetales	Riesgo fetal y neonatal asociado
Embarazo múltiple	Prematuridad, transfusión gemelo-gemelar, traumatismo y asfixia
Pobre crecimiento fetal	Muerte fetal, asfixia, anomalías congénitas e hipoglicemia
Macrosomía fetal	Anomalías congénitas, traumatismos e hipoglicemia
Malposición fetal	Traumatismos, hemorragias y deformaciones
Alteraciones del foco fetal	Asfixia, bloqueo cardíaco, insuficiencia cardíaca e <i>hydrops fetalis</i>
Acidosis	Asfixia y síndrome de dificultad respiratoria
Disminución de los movimientos fetales	Muerte fetal y asfixia

**Cuadro 11.3.** Principales condiciones del trabajo de parto y del parto vinculadas con el riesgo perinatal

Condiciones del trabajo de parto y del parto	Riesgo fetal y neonatal asociado
Trabajo de parto pretérmino	Asfixia, infección y enfermedad de la membrana hialina
Trabajo de parto muy rápido	Traumatismos, asfixia y hemorragia intracraneal
Trabajo de parto prolongado	Muerte fetal, asfixia y traumatismos
Presentación anómala	Asfixia y traumatismos
Prolapso del cordón umbilical	Asfixia
Hipotensión materna o choque	Muerte fetal y asfixia
Polisistolia	Asfixia
Fiebre	Infección
Parto por cesárea	Depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria transitorio, y enfermedad de la membrana hialina
Analgesia y anestesia	Depresión al nacer, hipotensión arterial e hipotermia
Anomalías placentarias	CIUR, asfixia, sangramiento e <i>hydrops fetalis</i>



**Cuadro 11.4.** Principales condiciones neonatales inmediatas vinculadas con el riesgo neonatal

Condiciones neonatales inmediatas	Riesgo neonatal asociado
Prematuridad	Enfermedad de la membrana hialina, hemorragia intraventricular, persistencia del conducto arterioso, trastornos metabólicos e infección
Apgar bajo sostenido	Elevada mortalidad, fallo multiorgánico y encefalopatía hipóxico-isquémica
Sangramiento	Anemia y choque
CIUR	Asfixia, trastornos metabólicos, anomalías congénitas e infecciones
Posmadurez	Asfixia, mayor mortalidad, aspiración meconial, trastornos metabólicos, policitemia, hipertensión pulmonar persistente y anomalías congénitas

El término *prematuro* ha sido utilizado hace mucho tiempo en la medicina y sólo ha servido para causar confusión. Verdaderamente debe hablarse de recién nacido pretérmino, que es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y recién nacido de bajo peso que así se denomina a los que hayan nacido a término o no, con peso inferior a 2 500 g. El índice de bajo peso expresa en porcentaje el número de neonatos de bajo peso. Los países desarrollados poseen índices de bajo peso inferiores a 6 % y de dicho total, las dos terceras partes aproximadamente son pretérminos.

Así, aunque 2 neonatos pesen menos de 2 500 g, si uno de ellos es pretérmino y el otro no, se diferenciarán no sólo en las posibles complicaciones del período neonatal, sino también en la evolución posterior, ya que su crecimiento y desarrollo serán diferentes y, por ende, no podrán ser sometidos a valoraciones con iguales criterios para su crecimiento físico y desarrollo, porque esto podría acarrear errores diagnósticos y de manejo.

Para conocer la verdadera edad gestacional de un recién nacido existen métodos clínicos y paraclínicos; estos últimos resultan sólo de utilidad limitada dada su complejidad. Los métodos clínicos basados en las características externas y neurológicas por medio de sistemas de puntajes, casi siempre son los más difundidos y utilizados.

Las principales afecciones del recién nacido pretérmino son:

1. Asfixia perinatal.
2. Hipotermia.
3. Trastornos metabólicos: hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia e hiperbilirrubinemia.
4. Enfermedad de la membrana hialina.
5. Hemorragia intraventricular.
6. Persistencia del conducto arterioso.
7. Anemia.
8. Infecciones connatales y adquiridas.

El pronóstico del pretérmino depende más de las complicaciones del período neonatal que de su edad gestacional y peso al nacer.

Por definición, un recién nacido hipotrófico es aquél cuyo peso está por debajo de la segunda desviación estándar para su edad gestacional, aunque ya cuando está por debajo del décimo percentil de la curva de crecimiento intrauterino, existe un retraso moderado. El crecimiento fetal desviado puede tener lugar en cualquier momento de la gestación, por lo que un recién nacido hipotrófico o con crecimiento intrauterino retardado (CIUR) puede ser a término o no.

Son considerados simétricos o proporcionados los que presentan afectación de peso, talla y circunferencia cefálica; en tanto que los que tienen afectados una o dos de dichas variables se denominan asimétricos o desproporcionados. Los posibles trastornos clínicos dependen de la severidad de la malnutrición y sus causas. En general, en el CIUR existe un aumento de la morbilidad y la mortalidad neonatal.

Las principales afecciones del recién nacido hipotrófico son:

1. Asfixia perinatal.
2. Síndrome de aspiración meconial asociado o no con hipertensión pulmonar persistente neonatal.
3. Hipotermia.
4. Trastornos metabólicos: hipoglicemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia.
5. Policitemia-hiperviscosidad.
6. Malformaciones congénitas.
7. Infecciones prenatales (grupo TORCH) y perinatales.

En general, el pronóstico es mejor en los asimétricos, que sólo tienen poco peso para su edad gestacional, pero que tienen talla y circunferencia cefálica apropiadas. Cuando se trata de un pretérmino con crecimiento intrauterino retardado, el riesgo de morbilidad y mortalidad es doble, porque también hay en ellos una alta incidencia de malformaciones congénitas.

Tanto los recién nacidos pretérminos como los hipotróficos a término tienen las siguientes causas básicas de muerte en los primeros días de la vida:

1. Infecciones: connatales y adquiridas.
2. Asfixia perinatal.
3. Insuficiencia respiratoria (enfermedad de la membrana hialina o síndrome de aspiración meconial).
4. Hemorragia intraventricular y hemorragia pulmonar.
5. Malformaciones congénitas letales.

El desarrollo de la perinatología contemporánea ha permitido una mayor supervivencia de estos neonatos de alto riesgo, con menor número de complicaciones y secuelas a largo plazo. No obstante, la prevención de la prematuridad y de la malnutrición intrauterina resulta fundamental para lograr una menor mortalidad neonatal y una menor morbilidad a corto y a largo plazo.