

# Revista Mexicana de Pediatría

Volumen  
Volume **70**

Número  
Number **1**

Enero-Febrero  
January-February **2003**

*Artículo:*

## A propósito de la historia perinatal en neonatología

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

## A propósito de la historia perinatal en neonatología

(An purpose of the perinatal history in neonatology)

Héctor Miranda del Olmo,\* Lino Eduardo Cardiel Marmolejo,\* Yalia Acosta Gómez\*

### RESUMEN

Se revisa la trascendencia de los antecedentes perinatales en la historia clínica para la detección de alteraciones y complicaciones que puedan poner en peligro al niño durante la gestación, y para ofrecerle tratamiento adecuado, y así evitar la asfixia perinatal. De esta manera se tienen productos más sanos, abatiendo así las complicaciones y la mortalidad. La historia perinatal es el documento que registra los antecedentes maternos que se desarrollan durante la gestación, que son indispensables para el neonatólogo.

**Palabras clave:** Embarazo, asfixia perinatal, historia perinatal.

### SUMMARY

*Background to review of the perinatal antecedents for finding alterations, and complications for pregnancy; for to after of shape early the treatment adequate, and with it to avoid the asphyxia perinatal. Newborn obtaining high to cure, and dejection this way to estimate of morbi-mortality. Although shouldn't to forget that it history perinatal is the document capable for to condense every motherly antecedents for development during the pregnancy.*

**Key words:** *Pregnancy, asphyxia perinatal, history perinatal.*

La asfixia perinatal es, y continuará siendo, la principal preocupación de los neonatólogos debido a las graves complicaciones que entraña. Como se sabe, la dificultad para que el flujo de oxígeno llegue a los tejidos de los recién nacidos puede ser ocasionada por distintas causas que suceden durante el parto, e incluso antes de que éste se inicie; la falla en el intercambio de oxígeno en la placenta se considera que es la causa más común, los mecanismos de la asfixia perinatal pueden ser: interrupción de la circulación umbilical, alteración del intercambio de sangre placentaria, inadecuada perfusión del lado materno de la placenta, alteración de la oxigenación materna, e incapacidad del neonato para ejercer una adecuada insuflación del pulmón y una transición exitosa de la circulación cardiopulmonar fetal a la neonatal.<sup>1,2</sup>

El daño celular se produce por fenómenos circulatorios y bioquímicos, durante y después del nacimiento; esto da lugar a repercusiones sistémicas con afectación de uno o más órganos: los más graves son los cardiovasculares y los que afectan al sistema nervioso central (miocardiopatía hipóxico isquémica, encefalopatía hipóxico isquémica), de tal forma la monitorización fetal en el embarazo es esencial para prevenir estos problemas.<sup>1,2</sup>

La información acerca de la evolución del embarazo es indispensable para el control prenatal obstétrico, por eso Ballantyne hizo enfasis, desde 1901, en la importancia del control prenatal.<sup>3</sup> Así, pues, la historia perinatal es el documento que permite no sólo formular un diagnóstico, sino dar un pronóstico e instituir un tratamiento; por esta razón es necesario considerar siempre que la atención de los niños recién nacidos debe darse como continuación lógica de la colaboración entre el obstetra y el neonatólogo, tanto durante el control del embarazo como en el parto.<sup>3,4-11</sup>

\* Unidad de Neonatología. Hospital General de México.

**Cuadro 1.** Factores maternos implicados en el parto prematuro y la asfixia perinatal.

Factores
Multiparidad
Bajo nivel socioeconómico
Edad menor de 20 años
Edad mayor a 40 años
Baja estatura, menor a 1.50 cm
Peso menor a 45 kg
Abortos previos
Infecciones
Tabaquismo
Alcoholismo

**LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL**

Para ejercer de manera efectiva medidas preventivas en la etapa neonatal es importante una historia clínica perinatal detallada, ya que su función es detectar alteraciones en el embarazo para ofrecer un tratamiento precoz y adecuado, para abatir las tasas de morbilidad y letalidad.<sup>3,4</sup> Cabe tener presente que la vida fetal comienza alrededor de la semana 12 de gestación una vez que se ha completado la organogénesis que tiene lugar durante la etapa embrionaria: los factores ambientales pueden afectar al niño en cualquier momento del embarazo.<sup>5</sup>

**Cuadro 2.** Enfermedades maternas y sus efectos sobre el feto.

Enfermedad	Efecto
Colestasis	Parto pretérmino
Cardiovasculares	Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIT)
Diabetes mellitus	Macrosomía, hipoglucemia, hipocalcemia, inmadurez, dificultad respiratoria
Bocio endémico	Hipotiroidismo neonatal
Obesidad	Macrosomía, hipoglucemia
Preeclampsia-eclampsia	Parto prolongado, hipocalcemia, hipoglucemia, hipermagnesemia, RCI
Fenilcetonuria	Microcefalia, retraso mental
Enfermedad renal	RCIT, abortos
Isoinmunización a Rh	Anemia fetal, Hidrops fetalis
Raquitismo	Hipocalcemia, raquitismo
Anemia	Retardo en el crecimiento intrauterino
Lupus eritematoso sistémico	Bloqueo cardíaco, anemia, leucopenia, trombocitopenia, derrame pericárdico
Enfermedad de Graves	Tirotoxicosis neonatal transitoria
Hiperparatiroidismo	Hipocalcemia
Hipertensión	RCIT, parto prolongado
Hipoparatiroidismo	Hipercalcemia
Trombocitopenia idiopática	Trombocitopenia, hemorragias
Neutropenia inmunológica	Neutropenia
Melanoma maligno	Metástasis placentarias
Miastenia gravis	Miastenia neonatal transitoria
Distrofia miotónica	Distrofia miotónica neonatal
Síndrome antifosfolípidos	Infecciones, hemorragias, trombocitosis

**Cuadro 3.** Equipo necesario para una reanimación exitosa.

Materiales de gran volumen	Cuna radiante, sistema de aspiración, incubadora, sistema de oxígeno
Materiales de pequeño volumen	Bolsa de ventilación manual, mascarillas, equipo de intubación, equipo de cateterismo umbilical, estetoscopio, tensiómetro, cronómetro
Materiales descartables	Sondas de aspiración, orogástricas e intubación; catéteres umbilicales, jeringas y perfusores
Materiales de recolección	Biológicas, hematológicas, bacteriológicas
Medicamentos y soluciones	Glucosadas, fisiológicas, electrólitos, bicarbonato, albúmina, plasma, adrenalina, atropina, fenobarbital, diazepam, vitamina K, gluconato de calcio, naloxona, antibióticos

En los últimos años se ha logrado grandes adelantos en el conocimiento de la fisiología materna y fetal, y de la unidad feto-placentaria; así como en el diagnóstico, fisiopatogenia y tratamiento de padecimientos propios del embarazo: como la isoinmunización materno-fetal y las enfermedades concomitantes que afectan a la madre, como la diabetes (*Cuadros 1 y 2*).

Una buena historia perinatal permite identificar riesgos perinatales y valorar las intervenciones más apropiadas para prevenir o diagnosticar tempranamente problemas en el neonato. Es por eso que la historia perinatal debe ser lo más completa posible, para considerar: el crecimiento, desarrollo y el grado de madurez del feto, la valoración del bienestar o "sufrimiento" fetal. Dentro de los estudios ultrasonográficos, se realiza, la evaluación del volumen y las cualidades del líquido amniótico, la estructura del cordón umbilical, el flujo sanguíneo, la morfología y localización placentaria, así como la posición fetal, que forman parte integral de la evaluación fetal y son indispensables para la valoración del feto, y permiten identificar precozmente problemas que pueden hacer peligrar la vida del recién nacido. En este mismo sentido, actualmente los avances en la genética molecular permiten prever problemas antes de la concepción, lo que hace factible reducir la incidencia de enfermedades debidas a mutaciones génicas reduciendo así la incidencia de estas anomalías y abortos, dado que muchas son letales para el embrión. Una buena historia clínica perinatal hará posible discernir acerca de los riesgos por los que un niño puede presentar un problema (*Cuadros 2 y 3*), por lo que requiere estar preparados para tal eventualidad e informar de éstos a la familia, con anticipación.<sup>8,10-12</sup> La detección de anomalías externas en el feto, por ecografía, varía según la edad de gestación y la experiencia del observador: después de la semana 36, son identificadas por este procedimiento 85% de las malformaciones.<sup>12</sup>

La función del neonatólogo, a veces todavía mal definida, es indispensable en las siguientes circunstancias:<sup>4-8</sup>

- Antes de que el niño vaya a nacer, para estar preparado con todo aquello que requerirá para el manejo del neonato sano o aquél pueda presentar algún problema (*Cuadro 3*).
- Después de que el niño nace, su presencia es indispensable para valorarlo de inmediato, identificar posibles anomalías y en función de su diagnóstico adoptar las medidas necesarias para su tratamiento.

Es necesario reiterar que el neonatólogo basa sus juicios, acerca de los riesgos potenciales que enfrenta

un niño, en la historia clínica; en ella deberá haber información de los antecedentes familiares relacionados con enfermedades genéticas; información acerca de la evolución del embarazo, de problemas obstétricos o infecciosos y una relación detallada de las circunstancias en que ocurrió el parto, si es que no estuvo presente en él.

De la colaboración entre el obstetra y el neonatólogo depende que puedan entregar a los padres un niño sano, sin problemas que pongan en peligro su vida, por eso esta relación es necesaria para disminuir la mortalidad neonatal.<sup>7-10</sup> En la experiencia personal de los autores, en el hospital donde laboran se atendieron en siete años, entre 1995 y 2001, 51,983 niños nacidos vivos (7,426 por año) con una letalidad de 1.4%. La asfixia perinatal se presentó en uno de cada 30 neonatos, con repercusiones graves en uno de cada 50 nacimientos. Es pertinente señalar que la población de mujeres atendidas es de escasos recursos, joven y sin control prenatal; sin embargo, se ha logrado abatir la asfixia perinatal, aunque 30% a 40% de los prematuros aún la presentan. Estos logros probablemente han sido por la estrecha relación entre el obstetra y el neonatólogo, lo que ha permitido que, el escrupuloso interrogatorio al que se somete a las madres permita tener en la historia clínica suficiente información para prever problemas durante el parto que den lugar a problemas en el recién nacido: del equipo de reanimación, y las habilidades y destrezas del neonatólogo dependerá que el niño viva y no padezca las lamentables secuelas que deja la hipoxia neonatal.

## Referencias

- Aujard Y. Techniques en pediatric. *Encycl Med Chir, Paris, Traité Pédiatrie* 1979; 9 fasc, No. 4155 A-10.
- Huraux-Rendu C. Role du pédiatre dans les urgences neonatales en maternité. *J Parisiennes Pédiatrie* 1979: 343-354.
- Boullie J. Función del pediatra en la sala de partos. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica París* 1980; E-4002: 50-9.
- Clinicas de Perinatología, valoración prenatal.* Interamericana 1994; 4.
- Clinicas de Perinatología, atención perinatal de trastornos maternos crónicos.* Interamericana 1997; 2.
- Mondragón CH. *Obstetricia básica ilustrada.* 4<sup>a</sup> ed. México: Trillas 1999: 120-139, 227-246.
- Casanova AN. *Obstetricia.* 1<sup>a</sup> ed. México: Francisco Méndez Cervantes, 1983: 63-68, 155-267.
- Gordon BAA. *Neonatology, pathophysiology management of the newborn.* 5<sup>th</sup> ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins 1999: 111-253.
- Avroy A, Fanaroff-Richard J, Martin. *Neonatal-perinatal medicine, diseases of the fetus and infant.* 6<sup>th</sup> ed. Sa USA, Mosby 1997; 1: 3-52.

10. Klaus & Fanaroff. *Care of the high-risk Neonate*. 5<sup>th</sup> ed. USA, Saunders Company 2001: 1-38.
11. Beischer, Mackay, Colditz. *Obstetricia y neonatología*. 3<sup>a</sup> ed. México: Interamericana 2000: 57-83, 633-647, 745-748.
12. Augusto S-MR. *Cuidados especiales del feto y del recién nacido*. 2<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Científica Interamericana 2001: 23-48.

Correspondencia:  
Dr. Héctor Miranda del Olmo  
Calle 27 No. 146 Col. Olivar del Conde  
Deleg. Álvaro Obregón C.P. 01400,  
México, D.F. Tel.: 56 02 62 32 y 85 00 05 29  
Fax: 56 02 62 32 Radio: 56 29 98 00 clave: 148369  
E-mail: hmiranda@mail.medinet.net.mx.

**Vacunación MMR, hiperplasia linfoide nodular ileal y trastorno de desarrollo.** *Trastorno generalizado del desarrollo (TGD)* es un término utilizado para describir un grupo de trastornos, incluido el autismo, que comprende un retraso en el desarrollo de la comunicación y de la capacidad de interacción social y anomalías conductuales particulares. Aunque tanto los factores genéticos como los ambientales han sido implicados en la patogénesis del TGD, las causas subyacentes siguen siendo poco claras. La opinión más ampliamente aceptada es que los datos actualmente disponibles no abonan la idea de la existencia de una relación entre la vacuna MMR y el TGD.

En 1998, el grupo Wakefield describió un grupo de niños con TGD y otros trastornos psiquiátricos y neurológicos, remitidos a un servicio de gastroenterología para la evaluación de una serie de síntomas gastrointestinales crónicos, incluyendo dolor abdominal, meteorismo y diarrea. Doce niños fueron evaluados y, sorprendentemente, once de ellos tenían hiperplasia linfoide ileal sin granulomas. Un estudio ulterior de este grupo reveló hiperplasia linfoide ileal nodular en el 93% de los afectados, frente a un 14% en los controles. En un nuevo comunicado de Uhlmann y cols. (incluyendo Wakefield) se valoraron tejidos intestinales de niños con TGD e hiperplasia linfoide ileal nodular. Los investigadores identificaron fragmentos de proteína de fusión nucleocapsular y hemaglutinina DNA del virus del sarampión en 75 de 91 sujetos estudiados.

Estudios similares han descrito detección de virus, incluido herpesvirus y virus del sarampión (DNA de ambos) en enfermedades que presentan asimismo hiperplasia linfoide intestinal, tales como la enfermedad de Crohn.

En conclusión, hoy por hoy la asociación causal entre TGD, enfermedad intestinal y vacuna MMR es una mera especulación. (B.A. Hendrickson, J.R. Turner *Lancet* 2002; 359: 2051-2054). Tomado de: *MTA-Pediatría*, Vol. XXIII, N° 8, 2002.