

¿Existe un percentil de viabilidad para los recién nacidos con retraso extremo del crecimiento?

Los recién nacidos pretérmino con retraso de crecimiento tienen mayor mortalidad y morbilidad¹⁻⁵. Entre ellos, los neonatos muy inmaduros, de edad gestacional inferior a 27 semanas completas, corren mayor riesgo de evolución adversa⁶. Los recién nacidos de peso al nacimiento inferior a 500 g se consideran a menudo no viables, y su evolución varía mucho⁷⁻¹¹. Aunque las posibilidades de supervivencia de los recién nacidos de extremo bajo peso al nacimiento han mejorado en los últimos años¹², todavía no contamos con datos suficientes para responder a la pregunta “¿cuánto es demasiado pequeño?”.

El estudio de Kamoji et al¹³, publicado en este número de *Pediatrics*, aborda este tema al estudiar la hipótesis de la existencia de un percentil de viabilidad de peso en todos los grupos de edad gestacional de los recién nacidos pretérmino.

Los hallazgos de este estudio indican, a corto plazo, que la supervivencia de los neonatos nacidos a las 28 semanas de edad gestacional o antes con un peso inferior al 2.º percentil es mala. Este efecto no se observa en los neonatos nacidos después de las 28 semanas. Los mortinatos fueron más frecuentes en los neonatos nacidos antes de las 29 semanas completas de gestación con los mínimos percentiles de peso. Los marcadores del empleo de recursos fueron la duración de la estancia y la del soporte respiratorio: ambas mostraron una relación inversa con el percentil de peso al nacimiento en los recién nacidos nacidos antes de las 28 semanas completas de gestación.

Las fortalezas de este estudio son el empleo de una cohorte poblacional, el tamaño de la cohorte de 8.228 recién nacidos, la inclusión de todos los recién nacidos vivos al inicio del trabajo de parto y de todos los mortinatos y la aplicación de los criterios de la edad gestacional. En realidad, hay pocos datos comparables en Europa. Sin embargo, el número de recién nacidos de menos de 28 semanas en los grupos de menor percentil es bastante pequeño. Con unas cifras tan pequeñas podrían ocurrir cambios por azar. La tendencia a una mayor mortalidad en las categorías de percentil bajo del grupo de recién nacidos de menos de 28 semanas podría existir, pero no ser detectable. Es necesario indicar el número de recién nacidos y la mortalidad por edad gestacional exacta, además de los dos grandes grupos, para mostrar al clínico cuántos recién nacidos de edad gestacional sumamente baja fueron incluidos. Otras debilidades son la falta de información sobre los factores prenatales de riesgo, los corticoides prenatales, el tratamiento obstétrico, el modo de reanimación en la sala de partos,

las causas de muerte y las de retirada de los cuidados intensivos. El conocimiento del tratamiento obstétrico y neonatal es importante para obtener datos válidos de mortalidad.

Kamoji et al han identificado el 2.º percentil de peso como “percentil de viabilidad” en los recién nacidos pretérmino de su estudio, que incluyó datos de dos enormes bases de datos epidemiológicas. Estas bases de datos deberían incorporar la información sobre el tratamiento obstétrico y neonatal para reforzar los resultados de los estudios de mortalidad y morbilidad basados en ellas. Sería interesante comprobar si los datos se confirman en bases de datos no epidemiológicas de mayor tamaño (National Institute of Child Health and Human Development, VON). Es necesario obtener datos del seguimiento a largo plazo: un “percentil de viabilidad” podría significar un “percentil de mal pronóstico”. Así pues, todavía está por definir el mejor abordaje terapéutico de los recién nacidos pretérmino con restricción extrema del crecimiento y corta edad gestacional.

La autora afirma que carece de relaciones financieras relevantes a desvelar acerca de este artículo.

ESTHER RIEGER-FACKELDEY, MD, PHD

Department of Women's and Children's Health y Department of Neuroscience, Uppsala University, Uppsala, Suecia, y Neonatology, Perinatal Center, Klinikum Grosshadern, Ludwig Maximilian University, Múnich, Alemania.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma P, McKay K, Rosenkrantz TS, Hussain N. Comparisons of mortality and pre-discharge respiratory outcomes in small-for-gestational-age and appropriate-for-gestational-age premature infants. *BMC Pediatr*. 2004;4:9.
2. Gortner L, Wauer R, Stock GJ, et al. Neonatal outcome in small for gestational age infants: do they really better? *J Perinat Med*. 1999;27:484-9.
3. Bernstein IM, Horbar JD, Badger GJ, Ohlsson A, Golan A. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:198-206.
4. Bartels DB, Kreienbrock L, Dammann O, Wenzlaff P, Poets CF. Population based study on the outcome of small for gestational age newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005;90:F53-9.
5. Grandi CJ, Tapia L, Marshall G. An assessment of the severity, proportionality and risk of mortality of very low birth weight infants with fetal growth restriction. A multi-center South American analysis [en castellano]. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:198-204.
6. Bardin C, Zelkowitz P, Papageorgiou A. Outcome of small-for-gestational age and appropriate-for-gestational age infants born before 27 weeks of gestation. *Pediatrics*.

Rieger-Fackeldey E. ¿Existe un percentil de viabilidad para los recién nacidos con retraso extremo del crecimiento?

- 1997;100(2). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/2/e4
7. Sauve RS, Robertson C, Etches P, Byrne PJ, Dayer-Zamora V. Before viability: a geographically based outcome study of infants weighing 500 grams or less at birth. *Pediatrics*. 1998;101:438-45.
 8. Oishi M, Nishida H, Sasaki T. Japanese experience with micropremies less than 600 grams born between 1984 to 1993. *Pediatrics*. 1997;99(6). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e7
 9. Rieger-Fackeldey E, Schulze A, Pohlandt F, Schwarze R, Dinger J, Lindner W. Short-term outcome in infants with a birthweight less than 501 grams. *Acta Paediatr*. 2005; 94:211-6.
 10. Lucey JF, Rowan CA, Shiono P, et al. Fetal infants: the fate of 4172 infants with birth weights of 401 to 500 grams-the Vermont Oxford Network experience (1996-2000). *Pediatrics*. 2004;113:1559-66.
 11. Fanaroff A, Poole K, Duara S, Goldberg R, Lupton A, Oh W. Micronates: 401-500 grams-the NICHD Neonatal Research Network Experience 1996-2001 [resumen]. *Pediatr Res*. 2003;53:A398.
 12. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Semin Neonatol*. 2000;5:89-106.
 13. Kamoji VM, Dorling JS, Field DJ, Manktelow BN, Draper ES. Extremely growth-retarded infants: is there a viability centile? *Pediatrics*. 2006;118:758-63.