

Recién Nacido Pequeño para la Edad Gestacional (RN PEG)

Dr. Salvador Roselló L.

El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) continua siendo un problema significativo en nuestro medio. Así como la prematuridad representa el factor determinante de mortalidad neonatal más importante, el RCIU representa la principal causa de mortalidad intrauterina contribuyendo en forma significativa en las cifras de mortalidad perinatal.

Definición: Recién nacido pequeño para la edad gestacional (RNPEG) es un concepto estadístico que resulta de aplicar curvas poblacionales de crecimiento intrauterino a un recién nacido en particular, catalogándolo como PEG si se encuentra bajo el percentil 10. Ello determina que en este grupo exista una gran variedad de situaciones, abarcando desde los RN sanos ubicados bajo el p10 a aquellos RN con patología diversa. La utilización de este tipo de criterio estadístico dejará sin identificar como de riesgo al grupo de RN que queda sobre el percentil 10 de la curva pero que de hecho sufrió una significativa limitación a su potencial de crecimiento como consecuencia por ejemplo de una disfunción placentaria.

Etiología: El RN PEG es el resultado de un retardo de crecimiento intrauterino.

Causas:

- 1) *Maternas:* destacan el SHIE, hipertensión arterial crónica, desnutrición, tabaquismo, drogadicción, cardiopatías congénitas cianóticas.
- 2) *Fetales:* las más frecuentes son las cromosómicas (trisomías y Turner), infecciones congénitas (CMV y rubeola) y las malformaciones congénitas (SNC y esqueléticas).
- 3) *Ovulares:* destacan el embarazo múltiple, disfunción placentaria (infartos placentarios, desprendimiento crónico de placenta, shunts placentarios en gemelos monocoriónicos).

Diagnóstico:

- 1) Evaluación de la **edad gestacional:** Según FUR, ecografía y examen del RN utilizando la escala de Ballard modificada.
- 2) Clasificar al RN según curva de **crecimiento intrauterino** nacionales. Se obtendrán así los grupos de RNT, RNpreT, RNpostT que según el percentil en la curva serán AEG, PEG o GEG.
- 3) **Cálculo del índice ponderal (IP)** a los RN PEG ($IP = PN \times 100 / \text{talla}^3$). Aquellos RN cuyo IP está sobre el p10 según la curva serán clasificados como PEG simétricos y aquellos bajo el p10 como asimétricos. Los primeros, de peor pronóstico a largo plazo

representan el grupo de niños de peso bajo acompañado de un retraso simultáneo de la talla y perímetro craneano (PC) traduciendo el resultado de aquellas patologías que se presentaron precozmente en el embarazo y en parte también a los RN normales pequeños. El segundo grupo (asimétricos) representa los RN que sufrieron un mayor compromiso del peso en relación a la talla y PC, asociándose con alteraciones de la función placentaria observadas en el último trimestre del embarazo. El grupo RN PEG asimétricos presenta mayor riesgo durante los primeros días de vida.

4) **Diagnóstico etiológico:** Examen físico detallado dirigido a identificar anomalías cromosómicas, malformaciones e infecciones congénitas. El estudio de infecciones congénitas lo realizamos cuando existen elementos clínicos que permitan sospechar esta etiología.

5) **Diagnóstico de patología neonatal** que con más frecuencia se presenta en los RN PEG:

- a.- Asfixia perinatal
- b.- Síndrome de aspiración de meconio
- c.- Hipertensión pulmonar persistente
- d.- Hipoglicemia
- e.- Policitemia
- f.- Hipotermia
- g.- Enterocolitis necrotizante

Tratamiento:

1) **Atención inmediata del RN:** debido al mayor riesgo de asfixia y aspiración de meconio debe ser realizada por neonatólogo y matrona capacitada en reanimación neonatal. Especial cuidado debe tomarse para evitar hipotermia.

2) **Monitoreo:** debe efectuarse hematocrito y glicemia capilar a las 2 a 3 horas de vida, seguimiento según evolución.

3) **Criterios de hospitalización:** la evaluación de los antecedentes maternos, severidad del RCIU, IP, peso de nacimiento, asfixia perinatal y patología asociada deberán ser considerados para definir el grupo de riesgo, los cuales serán hospitalizados para recibir aporte parenteral de líquidos y glucosa (4 a 8 mg/kg/min), mantener en ayuno por 24 a 48 horas de vida, evaluando con exámenes de laboratorio.

4) **Grupo de riesgo:**

- a.- Peso de nacimiento inferior a 2250 gramos
- b.- Percentil menor de 2 en curva de crecimiento intrauterino
- c.- Asimétricos según IP
- d.- Antecedente de asfixia al nacer

e.- Policitemia.

5) Los R.N. PEG considerados de menor riesgo pueden recibir alimentación al pecho materno en forma precoz.

Bibliografía recomendada:

1) Juez G, Lucero E, Ventura-Juncá P, Tapia JL, González H, Winter A: Estudio neonatal del crecimiento intrauterino en 11543 recién nacidos chilenos de clase media 1978-1987. Revista Chilena de Pediatría 60(4): 198-202, 1989

2) Robert M. Kliegman: Intrauterine growth retardation: determinants of aberrant fetal growth. Neonatal-Perinatal Medicine, Diseases of the fetus and infant. Avroy A. Fanaroff and Richard J. Martin, fifth edition. Mosby Year Book. 1992.

3) Wahlig TM, Georgieff MK: The effects of illness on neonatal metabolism and nutritional management. Clinics in Perinatology Mar;22(1):77-96, 1995