

FACTORES DE RIESGO PARA POLICITEMIA NEONATAL. NUEVO ENFOQUE

Dres. Diego Enríquez, Carlos Grandi y Miguel Larguía

División Neonatología, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Introducción

La policitemia neonatal mantiene aún hoy varias controversias; si bien el concepto basado en la relación entre el hematocrito central y la viscosidad sanguínea es aceptado, las causas que conllevan al mismo hacen variar las conductas. La fisiopatología, en su diferenciación entre causas activas y pasivas, marca variaciones en los eventuales tratamientos y condición al egreso. El presente estudio de 502 casos de policitemia en recién nacidos a término y cercanos al término durante cinco años, permitió evaluar la prevalencia, población de riesgo y morbilidad asociada en la Maternidad Sardá de Buenos Aires.

Material y método

Se analizó la información vertida en el Sistema Informático Perinatal (SIP) "Agustina". Los años evaluados fueron de 1996 a 2000 inclusive con un número

total de 31.447 registros. Se definió policitemia cuando el hematocrito central era igual o mayor al 65%, independientemente del tratamiento recibido.

La edad gestacional se estimó por el examen físico (método de Capurro) por no contar en gran número de casos con el dato de la FUM confiable. Se tomaron a los recién nacidos (RN) a término (38-42 semanas) y los cercanos al término (36-37 semanas), por no contar con datos reales de edad gestacional y diagnóstico en el resto de la población de RN. Estimamos escaso el error para el método de Capurro en las edades gestacionales de término y cercanos al término.

Los resultados fueron evaluados con el Programa EPI 2000.

Resultados

La prevalencia de policitemia en la población estudiada fue del 1,6%.

Tabla 1: Riesgo de policitemia asociada a patologías maternas y muerte neonatal (n= 30.855). Sardá: 1996-2000.

Patología materna y alta del RN	Policitemia				OR	IC (95%)
	Sí		No			
N (%)	502	1,6%	30.353	98,4%		
Eclampsia	9	1,8%	46	0,2%	8,22	(3,74-17,5)
Alta del RN con patología	29	4,0%	585	1,9%	2,98	(1,99-4,43)
Embarazo múltiple	54	7,4%	539	1,8%	4,42	(1,78-3,04)
Preeclampsia	59	8,1%	913	3,0%	2,83	(2,13-3,76)
DBT	59	8,1%	938	3,1%	2,76	(2,08-3,66)
Hipertensión arterial	72	9,9%	1.226	4,1%	2,60	(2,01-3,36)
Muerte neonatal	5	0,7%	129	0,4%	2,25	(0,81-5,73)
LAM	95	13,1%	4.224	14,0%	0,92	(0,74-1,16)

La *Tabla 1* muestra el riesgo de policitemia en presencia de algunas patologías maternas seleccionadas y el riesgo de patología o muerte del RN asociado a policitemia .

Se observó una asociación estadísticamente muy significativa y riesgo aumentado de policitemia en presencia de hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, embarazo múltiple y diabetes gestacional.

Hubo diferencias significativas en cuanto al alta con patología del RN, y un elevado riesgo de muerte

neonatal asociado a la policitemia, aunque no alcanzó significación estadística, atribuible probablemente a la escasa muestra.

Policitemia neonatal

Relación observada con el crecimiento intrauterino

La policitemia neonatal es una afección que sigue una distribución en "U", más frecuente en edades gestacionales inferiores a 37 semanas inclusive y mayores de 41 semanas (Figura 1). Se observó una gran diferencia entre las edades de 37 y 38 semanas.

Figura 1: Policitemia neonatal. Distribución según la edad gestacional. (Sardá, 1996-2000)

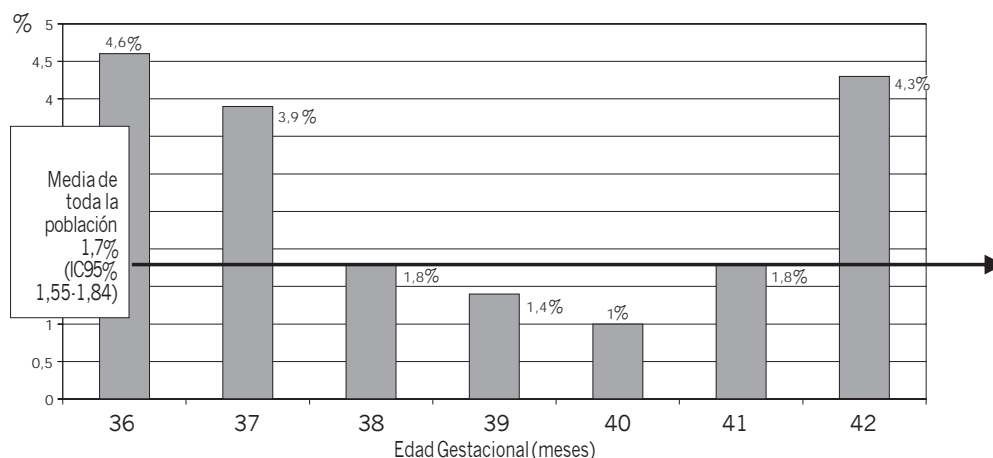
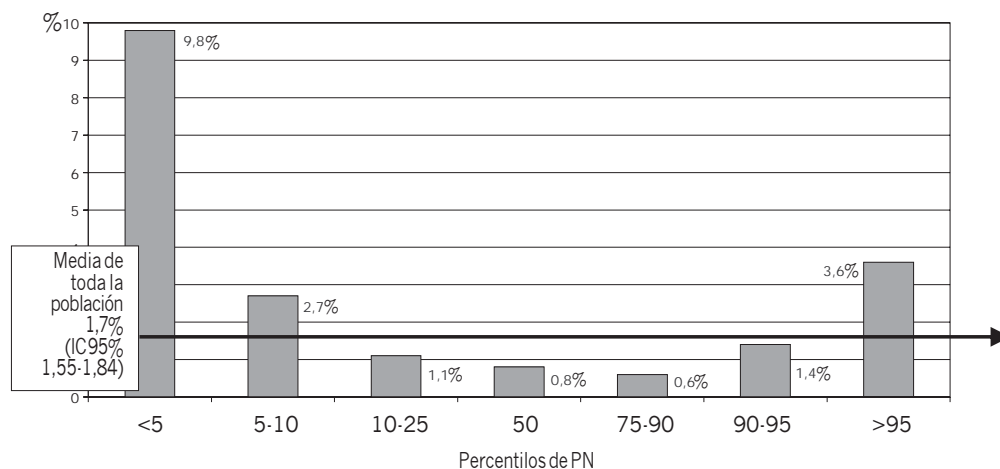


Figura 2: Policitemia neonatal. Distribución según los percentilos de peso para la edad gestacional al nacimiento (EG: 36-42 semanas; Sardá: 1996-2000)



Estos datos reafirman, que los RN de menos de 37 semanas, no debieran ser considerados de término por parecerse más al grupo de prematuros en cuanto a la morbimortalidad que presentan.

Como es esperable la frecuencia de policitemia supera a la media de la población (1,6%) en presencia de bajo peso para la edad gestacional (BPEG) (< perc 10) y alto peso para la edad gestacional (> perc 95) (Figura 2).

Discusión

Los resultados muestran que la policitemia neonatal es una entidad que aumenta significativamente la morbilidad y de manera no significativa la mortalidad. El presente estudio también demuestra su asociación con factores de riesgo (preeclampsia, eclampsia, gemelares, etc.), asumiendo las causas fisiopatológicas de producción activa de glóbulos rojos (insuficiencia placentaria). El riesgo es mayor en los menores al percentilo 10 y mayores al percentilo 95. Esto cuestionaría la necesidad de pesquisar al grupo de recién nacidos con percentilo de peso entre 90 y 95 que corresponde al 5% de la población.

Bibliografía

- Black VD, et al. Developmental and neurologic

sequelae in neonatal hyperviscosity syndrome. *Pediatrics* 1982; 69:426.

- Delaney V et al. Neonatal hyperviscosity: Association with lower achievement and IQ scores at school age. *Pediatrics* 1989; 83:662.
- Host A, et al. Late prognosis in untreated neonatal polycythemia with minor or no symptoms. *Acta Paediatr Scand* 1982; 71:629.
- Bada H, et al. Asintomatic síndrome of polycythemic hyperviscosity: Effect of partial plasma transfusión. *J Pediatr* 1992; 120:578.
- Wexner EJ. Neonatal polycythemia and hyperviscosity. *Clin Perinatol* 1995; 22:693.
- Hein HA, et al. Partial exchange transfusion in term, polycythemic neonates: Absence of association with severe gastrointestinal injury. *Pediatrics* 1987; 75:80.
- Goorin A. Policitemia. Manual de cuidados Neonatales. En: ClohertyJP. 3ª ed. Stark Ann. Ed. Masson, 1999:524-528.
- Larguía AM, San Pedro M, Luján S. Los Recién Nacidos de 37 semanas de edad gestacional ¿son iguales a los RN de 38 semanas o más? *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1992;11:40-11.
- Díaz G, Schwarcz R, Rosello J, Simini F et al. Sistema Informático Perinatal. Publicación Científica del CLAP 1203. OPS/OMS. Montevideo, 1990.