



[Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela](#)

versión impresa ISSN 0048-7732

Rev Obstet Ginecol Venez v.62 n.1 Caracas mar. 2002

Recién nacido de bajo peso. Evaluación

**Drs. Pedro Faneite A, Clara Rivera, María González,
Milagros Linares, Ramón Gómez, Lila Álvarez,
Josmery Faneite**

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar el recién nacido de bajo peso, factores relacionados, estados perinatal y hacer sugerencias para una atención más efectiva.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico analítico de 170 recién nacidos de bajo peso (2 500 g o menos), sucedidos durante el año 2000.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: Hubo 83,43 % de solteras, 22,35 % estaban entre 19 años o menos, y 71,92 % no se controló el embarazo. El 28,82 % ingresó en trabajo de parto, 17,05 % tenían rotura prematura de membrana, amenaza de parto prematuro (11,76%). El 55,30 % eran multigestas, el 60% pretérmino y 40 a término, parto espontáneo en 62,94 %. El peso de los recién nacidos estuvo entre 2 000 g y 2 500 g (71,76 %) y la talla de 45cm a 49 cm (65,29 %); globalmente tuvieron índice Apgar 7 o menos el 77,77%, pero los pretérminos 93,68 % y los a término 55,22 %. La morbilidad global fue 48,23 % para pretérminos 61 % y los a términos 27,94 %; la mortalidad perinatal global fue 24,11 %, los pretérminos fue 34,31 % y de 8,82% para los a términos. En ambos grupos fue determinante el síndrome de dificultad respiratoria.

Conclusión: Es una entidad importante, con serias repercusiones en la morbimortalidad perinatal, es más severa en el neonato pretérmino.

Palabras clave: Recién nacido. Bajo peso. Evaluación

SUMMARY

Objective: To study the low birth weight babies, related factors, perinatal state and to make suggestions for a more effective attention.

Method: Analytical epidemiological and retrospective study of 170 low birth weight babies (2 500 g or less), born during the year 2000. The total born alive was 5 012 with an incidence of 3.39%.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Results: There was 83,43 % of single mothers, 22,35% were 19 years of age or less, and 71,92 % had no prenatal care. The 28.82 % was admitted in labor, 17.05 % had premature membrane rupture, and threatens of premature delivery (11.76 %). The 55.30 % were multigravida, 60 % were preterm and 40 term, spontaneous delivery 62.94 %.

The weight of babies ranged between 2 000 g and 2 500 g (71.76 %) and size 45 cm to 49 cm (65.29 %); Apgar 7 or less was obtained in 77.77 %, but preterm and term babies had 93.68 % and 55.22 % respectively. Global morbidity was 48.23 %, for preterm 61 % and at term 27.94 %; global perinatal mortality was 24.11 %, preterm 34.31 % and 8.82% for term babies. In both groups was relevant the respiratory distress syndrome.

Conclusion: This is an important entity, with many factors related and has serious repercussions in the perinatal morbidity-mortality, it is more severe in the preterm newborn. The attention should be intensive with an integral program.

Key words: Newborn. Low birth weight babies. Evaluation.

Recibido: 15-01-02 Aceptado para publicación: 02-03-02

INTRODUCCIÓN

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

- Citado por SciELO
- Accesos

Links relacionados

Compartir

Otros

Otros

Permalink

El peso del neonato es un factor pronóstico de la vida perinatal, también intervienen la edad del embarazo, y con ambos se establecen oportunidades de sobrevida y pronóstico (1,2).

Son diversas las variables relacionadas con el peso neonatal, las podemos agrupar en biológicas (genéticos, raza, talla de padres, etc.), hábitos (tabaco, alcoholismo, drogas), patologías maternas (hipertensión, toxemia, desnutrición). Otra forma de referirlos serían factores maternos, placentarios y fetales (1,2).

El estado nutricional del neonato tiene interés porque la desnutrición contribuye a la mortalidad perinatal. Un feto desnutrido tiene una mortalidad de 5 a 10 veces mayor que un adecuado, la asfisia intraparto es cercana al 40 %, con elevada repercusión neonatal, entre ellas: anoxia, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, dificultad para la regulación térmica, propensión a las infecciones, malformación y alteración genética, además de posibles repercusiones neuromotoras a largo plazo, cardiovasculares y diabetes (1,2).

Hay varios términos y grupos de neonatos relacionados con el peso deficiente y estado neonatal. Entre ellos tenemos: el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), los prematuros, y los recién nacidos de bajo peso (RBP).

En oportunidad previa estudiamos el RCIU: es un recién nacido con peso por debajo del percentil 10 para su edad de embarazo, y tiene como origen alguna patología materno-placentaria y/o fetal (2). Esta interesante patología la analizamos por primera vez en el año 1988 (3,4), obtuvimos su incidencia, repercusión perinatal y evaluamos métodos diagnósticos; posteriormente hemos profundizado la utilidad de la ecografía en su diagnóstico antenatal (5-7), y más recientemente publicamos una revisión del tema (2).

Los prematuros incluyen a los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación. La prematurez y su repercusión perinatal la revisamos en dos trabajos (8,9), señalamos los factores epidemiológicos implícitos y discutimos su problemática actual.

En nuestro país diversos autores, pediatras y obstetras han estudiado la problemática del recién nacido de bajo peso y sus diferentes facetas (10-19).

En esta oportunidad quisimos estudiar a los recién nacidos de bajo peso, definiéndolos como aquellos neonatos de embarazos con peso igual o menor a 2 500 g, independientemente de su edad de gestación, además conocer su incidencia, factores maternos relacionados y morbimortalidad perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian las pacientes asistidas en el Hospital que han tenido como producto un RBP durante el año 2000.

Es un estudio retrospectivo, descriptivo epidemiológico, de pacientes y neonatos con peso igual o menor a 2 500 g. Analizamos incidencia, factores relacionados e historia perinatal.

Las características de la población se detallan a continuación.

En el [Cuadro 1](#) se presentan factores de procedencia, estado civil, y edad materna de las 170 historias revisadas. Podemos observar que predominaron las de procedencia de barrios (63,53 %) rural (19,41 %), la entidad federal fue el Estado Carabobo (81,17 %) y Falcón (11,76 %). La soltería fue elevada (83,43 %).

Los antecedentes se resumen en el [Cuadro 2](#). Sin control prenatal (71,92 %), antecedentes familiares: la hipertensión arterial (HTA) (39,2 %) y la diabetes (24,8 %) ocuparon primeros lugares; en los personales: la cesárea anterior (29,16 %), seguida de prematuridad (15,83 %), y la hipertensión 12,5 %. En patología de ingreso destacó el trabajo de parto 28,82 %, la rotura prematura de membranas (RPM) 17,05 %, seguida de la amenaza de parto prematuro (11,76 %).

En el [Cuadro 3](#) se muestra la situación obstétrica. La mayoría fueron multigestas del grupo II a VII (55,30 %), con edad de embarazo de 31 a 36 semanas 77 casos (45,30 %) y a término 40% (68 casos), con parto espontáneo (62,94 %) 107 pacientes.

Cuadro 1

Factores

Procedencia		Estado		Estado civil		Edad materna
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	*años
Barrio		Carabobo		Soltera		15-19
108	(63,53)	138	(81,17)	136	(83,43)	38 (22,35)
Rural		Falcón		Casada		20-24
33	(19,41)	20	(11,76)	24	(14,72)	48 (28,23)
Urbanización		Yaracuy		Viuda		25-29

29	(17,05)	12	(7,05)	3	(1,84)	28 (16,47)
						30-34
						23 (13,52)
						35-39
						28 (16,47)
						40 y más
						5 (2,94)

*El estado civil se calculó sobre 163 casos registrados.

Cuadro 2

Antecedentes

Control Prenatal		Antecedentes familiares		Antecedentes personales		Patología de ingreso	
Nº	(%)*	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Si		Hipertensión		Cesárea ante.		Trabajo parto	
41	(28,08)	49	(39,20)	35	(29,16)	49	(28,82)
No		Diabetes		Prematurez		RPM	
105	(71,92)	31	(24,80)	19	(15,83)	29	(17,05)
		Asma		Hipertensión		Amenaza parto Prematuro	
		20	(16,00)	15	(12,50)	20	(11,76)
		Gemelares		Abortos		Hipertensión	
		14	(11,20)	9	(7,50)	19	(11,17)
		Otros		Otros		Cesárea anterior	
		11	(8,8)	42	(35,00)	19	(11,17)
						Otros	
				34	(19,99)		

El control prenatal se calculó sobre 146 casos registrados.

ante = anterior.

Cuadro 3

Situación obstétrica

Gestaciones		Edad embarazo (semanas)		Tipo de parto	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
I		22-30		Normal	
52	(30,59)	25	(14,70)	107	(62,94)
II-VII		31-36			
				Cesárea	
94	(55,30)	77	(45,30)	63	(37,05)
VIII y más		37-41			
24	(14,11)	60	(35,30)		
		41 y más			
		8	(4,70)		

RESULTADOS

De un total de 5 012 nacidos vivos se encontraron 170 RBP, lo que representa una incidencia de 3,39 %.

El estado neonatal de los recién nacidos se observa en el [Cuadro 4](#). El sexo masculino tuvo discreta prevalencia (56,47 %), al igual que el peso entre 2 000 g y 2 500 g (71,76 %) y la talla de 45 cm a 49 cm (65,29 %). Globalmente tuvieron índice Apgar 7 o menos (deprimidos) el 77,77 %, pero en los pretérminos fue 93,68 % y a los a término 55,22 %.

El [Cuadro 5](#) resume la morbilidad. De 170 historias, hubo morbilidad en 82 casos, 4 mortinatos por desprendimiento de placenta y 37 muertes neonatales.

La morbilidad global fue 48,23 % (82/170), para pretérminos 61,76 % (63/102) y los de términos 27,94 % (19/68); la mortalidad perinatal global fue 24,11 % (41/170), los pretérminos 34,31 % (35/102) y para los de término 8,82 % (6/68). En ambos grupos fue determinante el síndrome de dificultad respiratoria.

Cuadro 4

Estado neonatal

Sexo		Peso (g)		Talla (cm)		Indice Apgar (1min)	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)*
Masculino		500-999		≤ 39		1-3	
96	(56,47)	6	(3,53)	8	(4,70)	36	(22,22)
Femenino		1000 -1499		40-77		4-7	

74	(43,53)	11	(6,47)	44	(25,88)	90	(55,55)
		1500 - 1999		45 - 49		8 - 10	
		31	(18,23)	111	(65,29)	36	(22,22)
		2000 - 2500		50 - 54			
		122	(71,76)	5	(2,94)		
				55 - 59			
				2	(1,17)		

*El índice Apnar se calculó sobre 162 casos registrados.

Prematuros con depresión 93,68% (89/95), a término con depresión 55,22% (37/67).

Cuadro 5

Morbi-mortalidad neonatal

Morbilidad	Nº	%	Mortalidad	Nº	%
Insuf. Resp.	30	46,34	Insuf. Resp.	13	35,13
Ictericia	13	15,85	Prema. Ext	10	27,02
Prema. ext	10	12,19			
Malf.SNC	9	10,97	Prema. Sepsis	6	16,21
Incomp. Rh	7	8,53	Sepsis	3	8,10
Asfixia peri.	2	2,43			
Otros	3	3,65	Malformación	5	13,51
Total	82	Total	37	37	

Morbilidad 48,23 % (82/170) Mortalidad perinatal 24,11 % (41/170). Morbilidad prematuros 61 % (63/102), a término 27,94 % (19/68). Mortalidad prematuros 34,31 % (35/102), a término 8,82 % (6/68).

Insuf. resp = insuficiencia respiratoria.

Prema. ext = prematuridad externa.

Malf. SNC = malformación sistema nervioso central.

peri = perinatal.

DISCUSIÓN

Durante la última década en los países latinoamericanos, la mortalidad infantil mostró una disminución consistente, sobre todo en el componente posneonatal. A pesar de los declives de la mortalidad infantil, la proporción de muertes infantiles que ocurren en el período neonatal se mantienen o tienden a aumentar. Actualmente en la mayoría de los países de la región el componente neonatal es más grande que el posneonatal. Esto es debido a que las intervenciones tienen más éxito en el período posneonatal. Para reducir la mortalidad neonatal, se requiere de intervenciones más rigurosas y adelantos en la tecnología perinatal (20,21).

La proporción de mortalidad perinatal es la que menos cambios ha tenido durante la última década, principalmente debido al hecho de que la muerte fetal permanece inalterada. Los problemas perinatales son en la actualidad las primeras causas de muertes en los niños en el primer año (2,20,21).

Dentro de las causas que principalmente contribuyen a la mortalidad perinatal están los RBP, este incluye en gran parte a los prematuros y los que tienen retardo de crecimiento intrauterino.

El RBP no es un diagnóstico. Es simplemente una etiqueta conveniente para identificar un grupo de niños con tipos similares de riesgo. Los profesionales de la salud necesitan conocer la causa del bajo peso de cada niño. Aunque hay muchas causas para ello, estos tienen riesgo aumentado comunes, como son: muerte alrededor del nacimiento (mortalidad perinatal), enfermedad grave en los días después del nacimiento, problemas de alimentación, déficit intelectual a largo plazo, incapacidad física o secuela neuromotora.

En el presente trabajo se incluyeron 5 012 nacidos vivos en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello durante el año 2000, se encontraron 170 RBP, lo que representa una incidencia de 3,39 %. Cifra menor que la reportada en un extenso estudio colaborativo coordinado por el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), que comprendió 255 063 nacimientos vivos consecutivos sucedidos de 1977 a 1981, en 59 hospitales de 11 países latinoamericanos (20,21), mostró incidencia de 9 %. En ese participaron cuatro maternidades de Venezuela, de Caracas, Cumaná, Ciudad Bolívar y Maracaibo, para 44 082 nacidos vivos encontraron incidencia de 7,6 % en promedio. El predominio de RBP para nuestra región, generalmente se ha quedado sin modificación en los últimos años, se alcanzan cifras entre 8 % y 14 % y ello ha sido responsable de casi 80 % de las muertes del período neonatal.

Otros aspectos epidemiológicos encontrados en nuestra investigación incluyen los sociales, económicos, personales, residencia, estado civil, edad materna y control prenatal. En general, son de nivel deficiente o escaso, lo cual argumenta sobre los factores asociados de base, la falta de madurez intelectual, solidez del hogar, sustento económico y educación; ellos son cultivo para cualquier patología socio-médica (22-29).

Los siguientes antecedentes y patologías familiares y personales son encontrados permanentemente en diversas entidades nosológicas en esta región. En efecto, los antecedentes de diabetes e hipertensión son los mejores ejemplos valederos, y si le

agregamos prematuridad, abortos y rotura de membranas, tenemos listos los ingredientes para obtener en un próximo embarazo alta posibilidad de un recién nacido de bajo peso. Todo esto es consistente en este estudio; ello también ha sido referido en diversas revisiones sobre el tema (23,24,28,29).

Un hallazgo nada sorprendente fue que detectamos que el 60 % de los RBP fuesen pretérminos y 40 % a término, esto ya había sido enfatizado por el grupo del CLAP, quienes en sus estudios dieron cifras de 40-70% para pretérminos y de 30 % a 60 % a términos (20,21). Ellos también acusan que la depresión neonatal en estos grupos es 11 veces mayor (20,21). Nosotros encontramos que más de las tres cuartas partes de los RBP nacieron deprimidos, pero si los discriminamos por su edad, en los pretérminos se eleva a más de 90 %. Estos hallazgos nos indican la importancia del diagnóstico, control y atención de estas embarazadas y sus neonatos.

En este importante grupo de población de neonatos la circunstancia respiratoria y edad de gestación centra la condición de morbilidad y mortalidad. La morbilidad estuvo presente en la mitad de los neonatos de bajo peso, pero si la desglosamos, los a término un tercio tuvo morbilidad, es decir, uno de cada tres; y en los prematuros fue mayor, los duplicaron, seis de cada diez. En cuanto a la mortalidad global fue muy elevada, uno de cada cuatro RBP murió; en los prematuros uno de cada tres, y en los a términos cae a menos de uno cada diez. El factor etiológico determinante en la morbilidad y mortalidad fue la insuficiencia respiratoria y la prematuridad, como era de esperarse. Estas terribles cifras fueron reportadas, el CLAP encontró que el RBP contribuye al 78 % de la mortalidad neonatal (10,11,19-21).

Aunque éste es un problema para toda la América, los países en desarrollo muestran las cifras superiores.

Para reducir este problema, así como las secuelas de invalidez en estos niños se necesita una labor titánica y mancomunada; tiene su origen durante el período perinatal, la planificación y acción creativa se requiere en Latino América. Estos países muestran diferentes epidemiologías y grado de salud, distante de la condición de los desarrollados, en consecuencia sus estrategias deben apuntarse a resolver sus problemas con recursos limitados.

Enfrentar esta situación del bajo peso neonatal no es tarea sólo del médico, ni siquiera para los administradores de salud, ello lleva implícito mejoramiento del nivel de vida, educación integral, planes preventivos de salud, educación sanitaria, dotación y motivación en los centros de salud, fortalecimiento de los grupos familiares con participación de una comunidad organizada.

Hay regiones que han implementado programas con grado variable de éxito, debemos intentarlo (30,31).

En suma, podemos concluir que el recién nacido de bajo peso es una entidad importante, con relación multifactorial, tienen serias repercusiones en la morbimortalidad perinatal, es más severa en el neonato pretérmino. Su atención debe ser intensiva con un programa integral.

REFERENCIAS

1. Berroterán O. Curva de peso del recién nacido. Rev Obstet Ginecol Venez 1979;39:139-148. [[Links](#)]
2. Faneite P. Retardo de crecimiento intrauterino. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. Caracas: Editorial Desinlimed CA; 2001.p.463-470. [[Links](#)]
3. González X, Faneite P, Salazar G. Retardo de crecimiento: incidencia y repercusión perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:15-18. [[Links](#)]
4. González X, Faneite P, Salazar G. Retardo de crecimiento intrauterino: correlación clínica y ecográfica. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:12-13. [[Links](#)]
5. Faneite P, Salazar G, González X. Valor del índice ponderal fetal y prenatal y neonatal en R.C.I.U. asimétrico. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:81-84. [[Links](#)]

6. Faneite P, Tortolero R, Álvarez N, Repilloza M. Restricción de crecimiento fetal extremo (400 g). Rev Obstet Ginecol Venez 1996;56:39-41. [[Links](#)]
7. Faneite P. Biometría fetal ecográfica y recién nacido pequeño para la edad gestacional. Rev Obstet Ginecol Venez 1996;56:83-87. [[Links](#)]
8. Faneite P, Álvarez N, Repilloza M. Factores epidemiológicos del parto prematuro. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55:71-76. [[Links](#)]
9. Arcay G, López Fonseca R. Recién nacido pequeño para la edad gestacional. Rev Obstet Ginecol Venez 1972;32:225-237. [[Links](#)]
10. Haratz L, Kízer S, Agüero O. Mortalidad neonatal hospitalaria en niños de bajo peso. Rev Obstet Ginecol Venez 1973;33:265-275. [[Links](#)]
11. Lee de Granadillo C, Díaz de Chaccour M, Vaca S de. Evaluación psiconeurológica de un grupo de recién nacidos de bajo peso con diversas patologías. Arch Venez Pueric Pediat 1981;44:51-65. [[Links](#)]
12. Zambrano O, Kízer S, Vásquez T. La presentación podálica en los recién nacidos con bajo peso. Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:139-148. [[Links](#)]
13. Herrera Lucena J, Isaacura C, Martínez I. Características del crecimiento físico durante las primeras 6 semanas de vida en 272 niños de bajo peso. Barquisimeto 1976-1982. Arch Venez Pueric Pediat 1984;47:11-15. [[Links](#)]
14. Morante A, Berroterán O, Saulny de Jorges J, Ziliani M. Seguimiento ecosonográfico craneal en recién nacidos pretérmino con peso igual o inferior a 1500 g. Arch Venez Pueric Pediat 1985;48:25-30. [[Links](#)]
15. Saavedra A de , Bueno R, Flores N de. Seguimiento longitudinal de niños de peso al nacer inferior a 1 500 g durante 2 a 3 años desde el punto de vista neurológico y electroencefalográfico. Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:53-57. [[Links](#)]
16. Kízer S, Moreno C. Mortalidad perinatal institucional en los recién nacidos con bajo peso. Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:98-104. [[Links](#)]
17. Herrera J. Evaluación de los niños de bajo peso durante los dos primeros años de vida posnatal. Bol Med Posgrado (Barquisimeto) 1987;5:13-17. [[Links](#)]
18. Agüero O, Navarro L. Prematuros de muy bajo peso al nacer. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:197-199. [[Links](#)]
19. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. Prematurez: problema actual. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1995-1999. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61:157-161. [[Links](#)]
20. Schwarcz R, Díaz A, Fescina R, Belitky R, Díaz Rossello J, Martell M, et al. Epidemiología del bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. Montevideo, Uruguay: Publicación Científica No. 915 CLAP / OPS;1981 [[Links](#)]
21. Schwarcz R, Díaz A. Algunos problemas asociados con la mortalidad materna y perinatal en las Américas. Montevideo, Uruguay: Publicación Científica No. 1255 CLAP / OPS; 1992. [[Links](#)]
22. Nahar N, Afroza S, Hossain M. Incidence of low birth weight in three selected communities of Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull 1998;24:49-54. [[Links](#)]
23. Deshmukh JS, Motghare D, Zodpey S, Wadhva S. Low birth weight and associated maternal factors in an urban area. Indian Pediatr Jan 1998;35:33-36. [[Links](#)]
24. Basso O, Olsen J, Christensen K. Low birthweight and prematurity in relation to paternal factors: A study of recurrence. Int J Epidemiol 1999;28:695-700. [[Links](#)]
25. Krueger P, Scholl T. Adequacy of prenatal care and pregnancy outcome. J Am Osteopath Assoc 2000;100:485-492. [[Links](#)]
26. Badr Zahr L. Quantitative and qualitative predictors of development for low-birth infants of Latino Background. Appl Nurs Res 2001;14:125-135. [[Links](#)]
27. Twizer I, Sheiner E, Hallak M, Mazor M, Katz M, Shoham-Vardi I. Lack of prenatal in a traditional society. Is it and obstetric hazard? J Reprod Med 2001;46:662-668. [[Links](#)]
28. Geary M, Rafferty G, Murphy J. Comparison of liveborn and stillborn low birthweight babies and analysis of etiological factors. Ir Med J 1997;90:269-271. [[Links](#)]
29. Zeitlin J, Ancel P, Saurel-Cubizolles M, Papiernik E. Are risk factors the same small for gestational age versus other preterm birth? Am J Obstet Gynecol 2001;185:208-215. [[Links](#)]
30. Dean G. Strategies to reduce low birthwighth babies in Georgia. J Med Assoc Ga 1996;18:321-328. [[Links](#)]
31. Coria-Soto I, Bobadilla J, Notzon F. The effectiveness of antenatal care in preventing intrauterine growth retardation and low weight due to preterm delivery. In J Qual Health Care 1996;8:13-20. [[Links](#)]

Correspondencia

Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo. 2024

Correo electrónico: faneite@telcel.net.ve.

"La legendaria mayor fortaleza de la incisión de Pfannenstiel: ¿un mito?"

"A finales de los años 1800, cuando 3 de cada 4 pacientes morían durante o después de cirugías, los cirujanos pélvicos se concentraron en vencer el obstáculo de las muertes operatorias. A medida que la sobrevivencia de los pacientes mejoró, la atención se desvió hacia la refinación de las técnicas quirúrgicas con la meta de disminuir la morbilidad quirúrgica. Debido a la alta mortalidad asociada a la dehiscencia de las heridas quirúrgicas, se le dio una primordial prioridad a técnicas que asegurasen un cierre más permanente del abdomen.

En 1896 Kustner, ginecólogo alemán, y Rapin, ginecólogo suizo, comenzaron a usar y recomendar la incisión abdominal transversa baja. En 1900, Pfannenstiel presentó su experiencia en 51 operaciones pélvicas y describió las ventajas de las combinadas incisiones transversal y longitudinal en el abdomen inferior. Una ventaja, se jactaba Pfannenstiel, era la eliminación de las eventraciones... La decisión de un cirujano para hacer una incisión abdominal inferior, vertical o transversa, está determinada por varios factores. Los factores que el cirujano considera incluyen la preferencia del paciente y del médico, la adecuada exposición ofrecida por una incisión más que la otra, las características de la cicatrización de las heridas, la influencia del tipo de incisión sobre el dolor posoperatorio y la apariencia cosmética. De la incisión de Pfannenstiel se reportó que ofrecía riesgos reducidos de dehiscencias de la fascia, menos dolor posoperatorio y menos compromiso respiratorio, acortada convalecencia y menos adherencias posoperatorias. De las incisiones verticales, aun cuando permiten una más rápida entrada

en la pelvis y menor pérdida sanguínea, se dijo que implicaban mayores riesgos de dehiscencia y hernias de las heridas. Este reporte confirma que no hay diferencia en la frecuencia de dehiscencia de la fascia entre la incisión abdominal inferior vertical y la incisión de Pfannenstiel en mujeres sometidas a operaciones obstétricas y ginecológicas... La incidencia reportada de dehiscencias de la fascia entre mujeres sometidas a procedimientos obstétricos y ginecológicos mayores es, aproximadamente,

0,1% a 2,3%. Nuestra incidencia de dehiscencias fue 0,3% para las cesáreas y 0,17% para operaciones ginecológicas.

Sobre la base de nuestro estudio y de la revisión de la literatura de este siglo, parece que una incisión vertical no aumenta los riesgos de dehiscencia de la fascia. La infección de la herida es, abrumadoramente, el más importante factor de riesgo de dehiscencia de la herida en cirugía obstétrica y ginecológica". (Hendrix SI, Schimp V, Martin J, Sinng A, Kruger M, McNeeley SG. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1446-1450).

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela
Apartado 20081, San Martín.
Caracas - Venezuela
Teléfono: (+58-212) 4515955
Fax: (+58-212) 4510895



sogvzla@cantv.net