

COMENTARIO OFICIAL

DR. ROGELIO H. VALENZUELA¹

UNA de las características sobresalientes del prematuro es la que se refiere a sus patrones y a sus ajustes homeostáticos. El trabajo que ahora presenta el Dr. Jesús Álvarez de los Cobos, enfocado al estudio del pH, del CO₂ plasmático y de la tensión del CO₂, en un grupo de recién nacidos de peso subnormal atendidos en el Hospital Infantil de México, confirma y amplía algunos conocimientos señalados anteriormente por otros autores, y muestra variantes importantes en relación con la coexistencia de otras condiciones patológicas que en algunos de ellos se diagnosticaron.

De acuerdo con la recomendación de los expertos de la Organización Mundial de la Salud (1951), apoyada por la Academia Americana de Pediatría (1962), actualmente tiende a designarse como "recién nacido de peso sub-normal" al *prematuro*, o sea al que pesa menos de 2.500 g. al nacer, sin prejuzgar el lapso de su vida intrauterina. A este respecto se ha discutido si este límite de peso debe considerarse inferior (2.250 g.) en algunos núcleos de poblaciones insuficientemente desarrolladas. Evidentemente los datos antropométricos, peso y talla, inferiores, solo constituye una de las peculiaridades de estos niños, puesto que en ellos pueden identificarse importantes alteraciones funcionales, neurológicas, enzimáticas, inmunológicas, hematológicas y de desequilibrio homeostático, similares tanto en los que nacen antes del término fisiológico de la gestación (prematuros) como en aquéllos que han permanecido in útero 40 semanas, pero durante el embarazo ocurrieron circunstancias anormales que impiden su desarrollo óptimo.

El término *prematuro* es clínico-pediátri-

co, pero no obstétrico; se ha consagrado porque, de acuerdo con Silverman, satisface tres propósitos: estadísticos, legales y clínicos. Por tanto se sigue usando comúnmente en textos y términos pediátricos y de medicina general, sobre todo por las dificultades que en la práctica existen, en muchos casos, para definir el inicio de la fecha de la gestación. Cambiar, pues, el término *prematuro* por el de recién nacido de peso sub-normal, que califica solo un dato antropométrico sobresaliente, tiene la ventaja académica de no prejuzgar el lapso de vida intrauterina, pero no ayuda en algo a modificar el criterio de diagnóstico, pronóstico, y sobre todo de manejo que son implícitos a la calificación de prematuridad.

Respecto a la designación de "normal" o "patológico" con que se denomina al niño de peso sub-normal conviene discutir si es correcto que a una condición patológica, o sea alteración somática en una etapa tan importante del crecimiento y desarrollo, como es la que caracteriza al recién nacido, pueda designarse "normal". Similar pregunta podría plantearse con respecto a un niño desnutrido sin otra condición patológica agregada, o complicación, y que por lo mismo pudiera considerarse como "normal". Es lógico que no solo es cuestión semántica, sino de concepto. Quizá esta confusión derive de que el especialista que atiende constantemente pacientes de un mismo tipo, los considere como "normales" mientras no tienen otros problemas patológicos; es razonable, por tanto, que no pueden designarse algunos de los recién nacidos prematuros, como "normales" y a otros como "patológicos".

Las comprobaciones de las conocidas alteraciones del equilibrio ácido-básico, los patrones hidro-electrolíticos caracterizados por cifras menores de CO₂ plasmático, de tensión de CO₂ disminuidas, de pH cerca-

¹ Académico numerario, Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social.

no a 7, que caracterizan la acidosis metabólica y la mixta, tanto en el recién nacido normal como en el prematuro, en el trabajo que hoy presenta el Dr. Alvarez de los Cobos, son de relevante importancia porque precisan datos obtenidos por el autor en estudios longitudinales, iniciados en algunos casos desde las primeras 24 horas de edad y seguidos en otros hasta después de los 30 días.

Las variantes de los parámetros analizados en el trabajo, como comenta atinadamente el autor, tan amplias en ocasiones, pudieran explicarse mejor si se comparan los resultados obtenidos en el grupo de pacientes sin complicaciones, por una parte, y

los recolectados en aquéllos que sufrieron francas alteraciones respiratorias, o digestivas, que implican pérdidas acuosas y electrolíticas, o modificaciones de la tensión pulmonar, en sujetos en los que por su misma inmadurez la función renal, no está, sin embargo, preparada en toda su capacidad para poner en juego sus mecanismos de regulación homeostática.

Por otra parte deben tenerse en cuenta las variantes que dependen del grado de prematuridad, pues no son similares las condiciones de equilibrio acuoso, electrolítico y ácido básico en el prematuro de 2 a 2.500g. (1er. grado) que en aquel que pesa menos de 1.500 g. (3er. grado).