

Consenso Argentino sobre Parálisis Cerebral. Rol del cuidado perinatal*

**ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA,
ASOCIACION ARGENTINA DE PERINATOLOGIA,
ASOCIACION DE OBSTETRICAS MUNICIPALES,
FEDERACION ARGENTINA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,
FEDERACION DE OBSTETRICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA,
SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA,
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES,
SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE BUENOS AIRES**

Arch.argent.pediatr 2000; 98(4): 253

INDICE

Introducción

¿Qué es la parálisis cerebral?

¿Ha disminuido la ocurrencia de parálisis cerebral con un mejor cuidado perinatal?

¿Qué causa la parálisis cerebral?

¿Puede la asfixia intraparto causar parálisis cerebral?

¿Cómo podemos saberlo?

Dificultades en el diagnóstico y evaluación de la asfixia intraparto.

Rol del cuidado perinatal en la prevención de la parálisis cerebral.

¿Cuáles son las tendencias de parálisis cerebral para los recién nacidos pretérminos y gemelares?

Expectativas equívocas

Este documento fue elaborado por el siguiente grupo de trabajo:

Académico Prof. Dr. Alfredo Larguía.

Coordinadores: Dr. Jorge Urman, Dr. Ricardo Savransky.

Colaboradores: Dra. Claudia Canizzaro, Dr. Alberto De Luca, Dr. Carlos Fayanas, Dra. Susana Martín, Dr. Juan Carlos Nassif, Dr. Roberto Sanguinetti, Dr. Claudio Solana, Dr. Alfredo Uranga, Dr. Roberto Votta, Obst. Norma Bruno, Obst. Ana Kozak.

Introducción

La salud de las mujeres embarazadas y la de sus hijos es motivo de preocupación en todas las comunidades. Uno de los aspectos que reciben máxima atención es la calidad de vida de las personas y, en este sentido, la anormalidad neurológica se constituye en un problema de relevancia.

Existe un prejuicio muy afianzado en la sociedad que equivocadamente relaciona el daño neurológico con los eventos del parto. Esta situación es perjudicial para todos los protagonistas y merece ser esclarecida desde ámbitos científicos de relevancia que le otorguen la credibilidad necesaria para producir un cambio conceptual.

Este es el fundamento del presente Consenso elaborado a pedido de la Academia Nacional de Medicina, con la coordinación del Académico Alfredo Larguía, que fue realizado por un grupo de trabajo y está basado en otros documentos similares publicados en la literatura (Med J Aust 1995; 162:85 y Brit Med J 1999; 319:1954-59).

Nuestro objetivo es:

- a) Difundir información actualizada sobre las causas de la parálisis cerebral.
Existen dos conceptos erróneos muy comunes: que la asfixia intraparto es la causa más importante de parálisis cerebral y que el cuidado perinatal sería siempre capaz de prevenir esta asfixia y, por lo tanto, la parálisis cerebral que sería su consecuencia.
- b) Poner en perspectiva el rol del cuidado perinatal en su posible prevención.

¿Qué es la parálisis cerebral?

Es un término utilizado para describir diferentes síndromes de discapacidad física. Los niños afec-

* Buenos Aires, julio de 2000.

tados presentan un control anormal del movimiento y la postura por una alteración del desarrollo cerebral. Se manifiesta en los primeros años y no es progresiva. Aquellos más afectados padecen frecuentemente otros problemas neurológicos tales como retraso intelectual, epilepsia, problemas visuales y/o auditivos.

La parálisis cerebral es la incapacidad física más frecuente en la infancia y puede ser muy severa.

Afecta del 2 a 2,5 por mil niños nacidos vivos por año. A los 5 años, la mitad de ellos padecerán un grado moderado o severo de la misma. En la Argentina, esta incidencia representa alrededor de 1.500 nuevos casos por año.

En nuestro país carecemos de un sistema de monitoreo confiable de parálisis cerebral. Por este motivo, mucha de la información que presentaremos en este documento deriva de publicaciones de países con excelentes sistemas de registro (Australia, países escandinavos, Irlanda, Japón, etc.).

¿Ha disminuido la ocurrencia de parálisis cerebral con un mejor cuidado perinatal?

En muchos países desarrollados, se han introducido cambios en el cuidado obstétrico y neonatal que han generado una importante disminución en las tasas de morbilidad fetoneonatal en los últimos 40 años. Hemos asistido a la generalización del monitoreo fetal preparto e intraparto, la ecografía obstétrica, diagnósticos intrauterinos, además del desarrollo de unidades de cuidados intensivos neonatales.

El objetivo buscado con la introducción de estas nuevas tecnologías médicas, entre otros, fue el de disminuir la cantidad de nuevos casos de parálisis cerebral. Esta expectativa se diseminó ampliamente en la comunidad sin datos firmes que la avalaran. Se basaba en la creencia errónea de que la mayoría de los casos de parálisis cerebral se debían a la asfixia intraparto y que estas tecnologías podrían prevenirla. Sabemos ahora que ninguna de estas afirmaciones es verdadera.

En este mismo período, la cantidad de casos de parálisis cerebral se ha mantenido estable.

Es más, en algunos países se ha documentado un incremento de la parálisis cerebral en los últimos años que se ha atribuido en su mayor parte al aumento de la sobrevivencia de recién nacidos de alto riesgo, especialmente aquellos de muy bajo peso de nacimiento (menor de 1.500 gramos).

¿Qué causa la parálisis cerebral?

El cerebro puede ser lesionado en forma irreversible por múltiples patologías durante su desa-

rollo fetoneonatal. Nuestra capacidad de identificarlas y de determinar el momento de su producción es limitada.

Si bien la lesión cerebral puede haberse producido antes del nacimiento, en general, la parálisis cerebral no se diagnostica con certeza hasta meses o años después de ocurridos los eventos que la causaron. Por ello, sería necesario realizar prolongados y costosos estudios de seguimiento para dilucidar si determinadas patologías del embarazo o peripartales se relacionan con la parálisis cerebral. Muy pocos de estos estudios han sido efectuados.

Diversos investigadores de las causas de parálisis cerebral afirman que la misma tiene diferentes etiologías y que, probablemente, varios factores contribuyentes pueden presentarse asociados.

En cualquier paciente individual es muy difícil estar seguro de cuál fue la secuencia de eventos. En muchos casos de parálisis cerebral que habían presentado signos sugestivos de asfixia intraparto, se demostró que en realidad éstos eran las primeras evidencias de un problema antenatal y no las causas del mismo.

La investigación actual sobre las causas de parálisis cerebral sugiere que en un gran porcentaje de los niños afectados nacidos de un embarazo de término, el origen de su problema fue anteparto.

Se ha estimado que en Australia, sólo un 8% de los casos de parálisis cerebral están asociados con problemas intraparto y que, en su mayoría, el cuidado obstétrico no podría haberlos prevenido. *Por lo tanto la parálisis cerebral no debe ser considerada siempre como un sinónimo de un inadecuado control obstétrico.*

Las causas de parálisis cerebral que ocurren antes del parto no son completamente conocidas pero se han documentado, entre otras, las siguientes:

- problemas genéticos
- infertilidad previa y, posiblemente, algunos aspectos de su tratamiento
- infecciones intrauterinas tales como rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis y otras
- malformaciones cerebrales, especialmente anomalías en la migración neuronal en el segundo trimestre del embarazo
- problemas placentarios, incluyendo infección, hemorragia e insuficiencia
- exposición a sustancias químicas como el metil mercurio
- enfermedades tiroideas, deficiencia de yodo endémica
- muerte antenatal de un coquegemelar

- accidente cerebrovascular intrauterino
- trauma físico abdominal: accidente de auto o violencia doméstica.

Es muy difícil estudiar estas causas porque individualmente son de baja prevalencia, no siempre causan parálisis cerebral y es probable que necesiten de un factor asociado para producir un daño cerebral irreversible.

¿Puede la asfixia intraparto causar parálisis cerebral?

¿Cómo podemos saberlo?

La asfixia intraparto no es un término bien definido. Implica un déficit en la oxigenación del feto durante el proceso del parto. Está claro que la privación de oxígeno fetal o neonatal puede dañar al cerebro en forma irreversible. Sin embargo, todos los fetos presentan algún grado de hipoxia durante el nacimiento. No sabemos durante cuánto tiempo esta hipoxia debe estar presente para ocasionar un daño irreversible en el feto humano.

La investigación en animales y observaciones en humanos sugieren que en el feto normal, este grado de hipoxia debe ser severo y prolongado. Se ha demostrado que en estos casos se producirá más frecuentemente la muerte por daño multiorgánico que la sobrevida con lesión cerebral.

Dificultades en el diagnóstico y evaluación de la asfixia intraparto

En el estado actual de los conocimientos, es muy difícil determinar la presencia de una falta de aporte de oxígeno severa y prolongada, capaz de producir un daño cerebral irreversible en un caso individual.

Los signos que clásicamente se aceptan como sugerentes de asfixia intraparto en el feto humano incluyen:

- Líquido amniótico meconial.
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación o monitoreo fetal electrónico.
- Bajas puntuaciones de Apgar: menor de 3 a 1 o 5 minutos.
- Signos de encefalopatía neonatal (por ejemplo convulsiones).
- Bajo pH de la sangre de cordón.

En un niño con diagnóstico de parálisis cerebral, es imposible precisar en la actualidad el momento del embarazo en el cual se produjo la lesión. Además, los signos en el niño que se consideraron como asfícticos pudieron haber sido causados por otros factores.

Finalmente, la mayoría de los niños que sobre-

viven y que han presentado signos perinatales considerados como de asfixia intraparto resultan normales en la evolución a largo plazo.

Distintos estudios han demostrado, por ejemplo, que en recién nacidos con un bajo pH de la arteria umbilical (considerado generalmente el mejor indicador de hipoxia), el 50% tenía una frecuencia cardíaca fetal normal en el monitoreo.

Por otro lado, de todos los fetos que tenían una frecuencia anormal en el monitoreo, más del 50% presentaron un pH arterial umbilical normal. Por lo tanto, el monitoreo fetal utilizado tan frecuentemente en los procesos judiciales para "probar la presencia de la asfixia intraparto" es, en el mejor de los casos, un marcador poco confiable de la misma. En forma similar, de todos aquellos recién nacidos que tuvieron bajo pH en la arteria umbilical, sólo el 32% presentó líquido amniótico meconial, 46% una puntuación de Apgar al minuto menor de 3 y solo 8% menor de 3 al quinto minuto; además, sólo 23% de este grupo de recién nacidos presentaron signos de encefalopatía. A la inversa, en el 95% de los recién nacidos que habían presentado líquido amniótico meconial, el 84 y 73% de aquéllos tuvieron bajas puntuaciones de Apgar al minuto y al quinto minuto, respectivamente y el 80% de los que presentaron signos de encefalopatía no presentaron un bajo pH de la arteria umbilical. Si la definición de asfixia intraparto se realiza por un bajo pH arterial umbilical, estos recién nacidos fueron clasificados falsamente como asfixiados.

Estos valores contrastantes resaltan un hecho clínico frecuente: es poco probable que la gran mayoría de los recién nacidos que presentan estos signos tradicionales hayan padecido una hipoxia significativa, pero han tenido otras causas por las que estos signos fueron anormales.

Rol del cuidado perinatal en la prevención de la parálisis cerebral

En diferentes países desarrollados, se realizaron estudios que han documentado la imposibilidad de que un correcto cuidado anteparto e intraparto pueda disminuir los casos de parálisis cerebral. En la mayoría de los casos, una mayor agresividad en el cuidado obstétrico intraparto no hubiera prevenido la parálisis cerebral. Se demostró que pese a las mejoras en la calidad del cuidado perinatal y un aumento en el porcentaje de cesáreas, las tasas de parálisis cerebral han permanecido estables en los últimos 40 años (*Gráfico 1*).

Estudios epidemiológicos sugieren que los cambios en el cuidado perinatal han sido efectivos para reducir la morbimortalidad fetoneonatal, pero no

para disminuir la prevalencia de parálisis cerebral.

¿Cuáles son las tendencias de parálisis cerebral para los recién nacidos pretérminos y gemelares?

En este grupo de recién nacidos, el riesgo de parálisis cerebral está aumentado.

Desde la década del 70 hasta la actualidad, la sobrevida de recién nacidos con un peso de nacimiento menor a 1.500 g se duplicó por un mejor cuidado obstétrico y la mayor disponibilidad de cuidados intensivos neonatales. Coincidiendo con este aumento en la sobrevida, la tasa de parálisis cerebral en menores de 1.500 g se incrementó de 10 a 90 por mil. Como no ha disminuido la cantidad de recién nacidos con este peso de nacimiento, la proporción de niños con parálisis cerebral y que fueron de riesgo ha ido aumentando paulatinamente.

Los recién nacidos de embarazos múltiples tienden a ser pretérminos y con un menor crecimiento intrauterino.

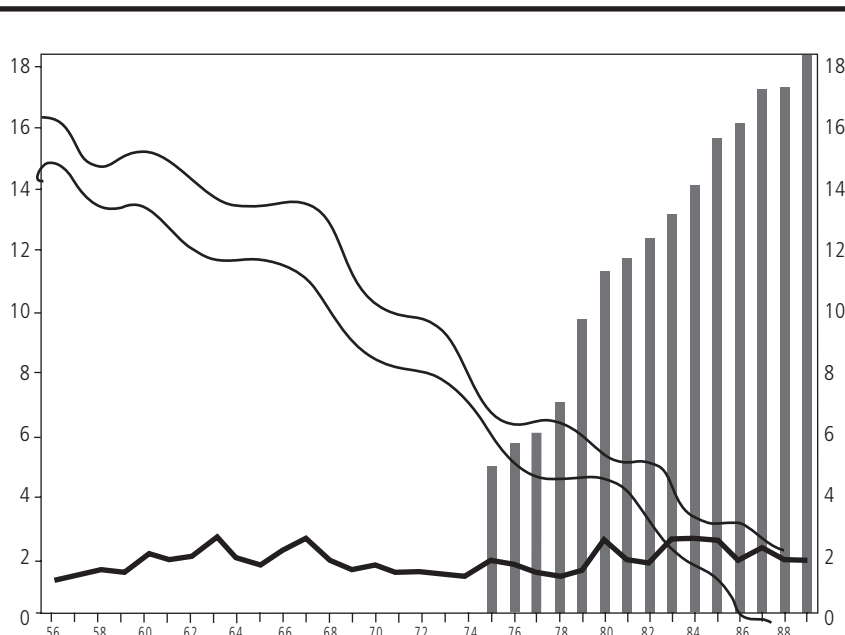
El riesgo de parálisis cerebral se incrementa en recién nacidos pequeños para su edad gestacional en relación probablemente con los factores que causan esta alteración del crecimiento: problemas placentarios o infecciones.

En estos recién nacidos, es mucho menos probable que la asfixia intraparto sea implicada como responsable de una futura parálisis cerebral que en el caso de los recién nacidos de término.

Expectativas equívocas

Es importante que la comunidad tenga una información adecuada sobre los posibles resultados adversos del embarazo y que adquiera conciencia de las limitaciones en el moderno cuidado perinatal para mejorar estos resultados.

Es necesario una comprensión y aceptación de que no todos los embarazos resultarán en un recién nacido perfecto para evitar efectuar asociaciones injustificadas entre los resultados adversos (especialmente la parálisis cerebral) y el cuidado obstétrico realizado.



Fuente: Stanley F. (1994).

- Mortalidad fetal y neonatal
- Tasa de parálisis cerebral por mil nacidos vivos
- Porcentaje de cesáreas

GRÁFICO 1

En la Argentina, hoy día, con el mejor cuidado perinatal disponible, tenemos los siguientes indicadores negativos:

De todos los nacimientos del país (aproximadamente 700.000):

- 5% (35.000) tendrán un defecto congénito
- 10% (70.000) serán pretérminos
- 0,25% (1.500) tendrán parálisis cerebral
- 0,4% (2.800) tendrán retraso intelectual

Conclusión

En el estado actual de los conocimientos médicos la parálisis cerebral es de difícil prevención.

La asfixia perinatal no es la causa principal de parálisis cerebral. ■