

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA.

**Características clínico-epidemiológicas en el retardo del crecimiento intrauterino.
Clinical Epidemiological features in the intra-uterine growth retardation.**

William J. Reyes Ramírez (1), Blanca M. Angulo Peraza (2), Ramón Riverón Rodríguez (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre algunas características clínico epidemiológicas de gestantes con el diagnóstico de un retardo del crecimiento intrauterino (CIUR) en 102 pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola", en el período de tiempo comprendido de enero a diciembre 2000 – 2001, encontrando que las frecuencias de CIUR en nuestro estudio fueron de 2 %. Como antecedente obstétrico se reportaron la primiparidad, la ganancia insuficiente de peso, el hábito de fumar y el bajo nivel socio económico. Señalamos la hipertensión arterial y el asma bronquial como las enfermedades más frecuentes que se observaron en estas pacientes. Por su parte la anemia y la hipertensión inducida por el embarazo fueron las enfermedades que más complicaron la gestación. Se refleja el análisis y la discusión de los resultados, los cuales se expresan en tablas con una distribución porcentual de los factores de riesgo.

Palabras clave: RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL /epidemiología
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL/diagnóstico

1. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Profesor Auxiliar
2. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.
3. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo y hasta hace pocos años se creía firmemente que el escaso peso al nacer era producto de la prematuridad y el crecimiento fetal era una constante biológica, luego se vio que existían fetos pequeños independientemente de su edad gestacional.

Hoy día se sabe que los recién nacidos con retardo en el crecimiento intrauterino tienen una elevada tasa de morbilidad y mortalidad por tanto su prevención y detección deberá ser uno de los principales propósitos de las unidades asistenciales (1,2).

El nacimiento de un recién nacido con retardo en el crecimiento implica además del recién nacido bajo de peso, un feto que tolera peor el trabajo de parto y a un daño neurológico a largo plazo debido a la hipoxemia y otras alteraciones metabólicas(3).

La causa del retardo del crecimiento intrauterino es multifactorial y según diferentes estudios realizados aparece con una incidencia variable e incluso se pueden presentar asociadas. En el 50 % de los casos no encontramos factores biológicos que justifiquen de forma convincente la presencia del CIUR (1).

En los últimos años ha existido una tendencia a mantenerse alta la tasa de bajo peso al nacer; por ejemplo en el Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de nuestra provincia en el año 1999 fue de un 6.2 % entre los cuales el 48 % correspondía al CIUR. Por otra parte se encuentran aquellos que no lo fueron pues pesaron más de 2500 gramos y no están comprendidos en la tasa ya reflejada. Una vez conocido el problema y con la necesidad de disminuir su impacto en los resultados perinatales, nos propusimos realizar esta investigación encaminada a describir algunas características clínicas-epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de un retardo en el crecimiento intrauterino(CIUR).

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 102 pacientes que presentaron nacimientos simples, donde el recién nacido fue clasificado como un retardo en el crecimiento fetal y que fueron atendidos en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Provincial Dr. "Antonio Luaces Iraola", durante el período de tiempo comprendido entre el 1ro de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001.

Se incluyen todos los nacimientos simples, en los que se realizó una valoración integral de la edad gestacional, la fecha de la última menstruación, el tacto vaginal a la captación precoz, evolución de la altura del fondo uterino, la ecografía y las mediciones antropométricas, la cual permitió clasificar el retardo del crecimiento intrauterino del neonato.

Se excluyen los embarazos gemelares, aunque conocemos el aumento del CIUR en los mismos, pero no disponemos de las curvas de peso para este tipo de afección. Además de todos aquellos nacimientos que no reúnan los requisitos para ser incluidos en este estudio, como en los casos donde no aparezca el carné de embarazada y/o su Historia Clínica.

Para el presente estudio se confeccionó un formulario que recoge las distintas variables y clases; en la recolección de los datos primarios utilizamos los elementos reflejados en el carné de la embarazada y la historia clínica hospitalaria, tomando datos tanto de la madre como del recién nacido, así como otros elementos que fueron recibidos a través de la propia entrevista realizada a la paciente. Para el procesamiento estadístico se empleó el método Microstat, los resultados se presentaron en tablas con la distribución porcentual de los factores de riesgo.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Nuestro estudio se basó en los resultados del diagnóstico de los casos confirmados con retardo del crecimiento intrauterino que presentaron un nacimiento simple en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero – diciembre 2000 – 2001, tomando una muestra de 102 casos.

La frecuencia de aparición del retardo del crecimiento intrauterino en nuestro estudio fue de un 2 %; en los momentos actuales las frecuencias en que se presenta son muy dispares y oscila entre el 1,5 y el 10 % en función de la forma de elaborar la curva de crecimiento fetal normal, los criterios seguidos para su discriminación, el grado de desarrollo económico, social y cultural del grupo analizado (1).

En nuestro servicio del 6,7 % que representa el bajo peso al nacer, el 19 % fue de recién nacidos con CIUR en el período analizado.

En la tabla # 1 se aprecia el total de pacientes que se estudiaron, cuyos recién nacidos presentaron un retardo en el crecimiento fetal distribuidos en grupos de edades, podemos señalar que el 1.0 % se presentó en pacientes menores de 16 años, un 12.8 % en las de 16 a 19 años, el 34,3 % en las de 20 a 24 años, un 20.5 % entre las de 25 a 29 años, mientras que en los grupos de 30 a 34 y mayores de 35 años se comportó en un 22.5 % y un 8,9 % respectivamente. Si este resultado lo comparamos con el planteado en la literatura vemos que no existe correspondencia, ya que el CIUR según los estudios anteriores realizados es más frecuente en las madres adolescentes y añosas, ya que un 2 % de los hijos de madres adolescentes pesan menos de 1000 g, incidencia doble a los hijos nacidos de mujeres entre los 20 y 30 años (1,4,5), y con respecto a las madres con edades por encima de los 35 años esta dado porque pueden influir con mayor frecuencia trastornos metabólicos, vasculares y anomalías cromosómicas (1,2,6).

Desde el punto de vista en el medio estudiado se comportó de esta forma debido a que con la aparición del médico de la familia y el perfeccionamiento que ha alcanzado la atención primaria, ha existido un mejor control preconcepcional previendo el embarazo en las edades extremas de la vida, la adolescencia y pacientes añosas con el fin de mejorar el bienestar familiar y el pronóstico materno fetal; por su parte la alta incidencia en las edades de 20 a 34 años se debe a que en nuestro país según las características poblacionales esta es la etapa donde las mujeres alcanzan una alta fecundidad y muestran un mayor interés en lograr la reproducción familiar.

En la tabla # 2 se observa como en el 46.1 % de los casos estudiados apareció el retardo del crecimiento fetal en las mujeres primíparas, seguidas de las múltíparas con el 29.4 %. Estos datos corresponden en gran medida a lo planteado en la literatura sobre la presencia del CIUR en mujeres primíparas sobre todo si son jóvenes o añosas y en las grandes múltíparas. El peso de los recién

nacidos se incrementa entre el segundo y tercero de los hijos para disminuir después conforme aumenta la paridad (1).

Por lo general las primíparas son madres en ocasiones inexpertas, que dificultan un buen control prenatal, el músculo uterino es la primera vez que se prepara para desarrollar una gestación, por lo general en muchas de ella predomina la despreocupación en cuanto a la alimentación y en ocasiones la gestación no deseada influye de forma negativa para llevar a término el embarazo (1).

En cuanto a las grandes múltiparas se hace más frecuente ya que se produce un agotamiento del músculo uterino, con una vascularización no apropiada y situaciones anormales de la placenta que limita la nutrición del feto, además puede influir con mayor frecuencia los trastornos metabólicos, vasculares y anomalías cromosómicas (1,2).

Como refleja la tabla # 3, las enfermedades maternas más frecuentes encontradas en el estudio realizado fueron la hipertensión arterial crónica y el asma bronquial con el 12,8 % y 9,8 % respectivamente, seguidas de la infección urinaria con el 4,9 % y con menos incidencia el hipotiroidismo con el 1,9 %, lo que se corresponde en gran medida con lo planteado en la literatura; ya que la hipertensión arterial produce un daño vascular crónico, lo que unido a la hipoxemia que con frecuencia se asocia al asma bronquial grado III, trae consigo una disminución en el aporte de los nutrientes y el oxígeno que necesita el feto para su desarrollo y crecimiento (1,2,7).

La mayoría de las gestantes encuestadas presentaron alguna complicación propia del embarazo, las más frecuentes fueron la anemia, la amenaza de aborto y la hipertensión con 57, 24 y 19 casos respectivamente, mientras sólo 27 no presentaron ninguna complicación. En este caso existe cierta relación con lo recogido en la literatura, donde se plantea que por ejemplo los trastornos hipertensivos durante el embarazo condicionan una disminución del flujo útero-placentario; mientras que la anemia y los sangramientos en pacientes con amenaza de aborto producen una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes, ya que los hematíes maternos son los encargados del transporte de oxígeno al feto y del intercambio materno fetal (1,2,4,5,7).

Estas entidades se presentan con cierta frecuencia en nuestro medio debido a la poca cultura alimentaria en nuestra población lo que trae consigo en ocasiones estados carenciales e hipoproteinemias, ya que las proteínas que con mayor rapidez elevan el hematocrito son las de contenido vegetal.

Al realizar un análisis de la nutrición en las gestantes estudiadas con retardo en el crecimiento fetal (tabla # 4), observamos que el 41,2 % fueron bajo peso, de ellas el 22,5 % con ganancia insuficiente de peso, el mayor número correspondió a las normopeso con el 57,8 %, de estas el 41,2 % con escasa ganancia de peso. Solamente presentamos un caso sobre peso, así como no existió ningún caso con ganancia exagerada de peso.

Los resultados anteriores se asemejan en gran medida a lo planteado por diferentes autores, quienes coinciden en que la falta de aumento de peso materno puede conllevar a una reducción del peso en el niño, o manifestar una disminución de 200 a 300 g con respecto al peso de los niños de madres normalmente alimentadas (1,4,8).

Al analizar el control prenatal de las gestantes incluidas en nuestro grupo de estudio (tabla # 5), observamos que en el 63,7 % presentó un control prenatal normal, o sea que fue precoz, periódico, continuo, completo y en equipo, lo que pese a ser una cifra considerable no cumple a cabalidad con las orientaciones de nuestro sistema de salud que exige el 100 % en cuanto al seguimiento de las embarazadas, pues para ello se ha incrementado el número de especialistas en medicina general integral y ha ubicado a un obstetra al frente de cada grupo básico de trabajo (9).

Sólo encontramos un 36,3 % con un seguimiento inadecuado, coincidiendo significativamente con las pacientes en que el diagnóstico se realizó postnatal, existiendo criterios para haber actuado precozmente en el tratamiento de esta afección; uno de estos casos presentó asfixia intraparto donde fallece el recién nacido, lo que indica la importancia y las ventajas que tiene el seguimiento adecuado de las embarazadas en la evolución y pronóstico de la gestación.

El hábito de fumar como adicción más frecuente se asoció al CIUR en el 56.9 % de las pacientes estudiadas; existiendo correspondencia con lo planteado en la literatura, donde se dice que los hijos de madres fumadoras pesan entre 150 y 250 g. menos que las madres no consumidoras de tabaco(1).

Es conocidos por todos que la nicotina produce vasoconstricción de las arterias uterinas y un aumento de los niveles de carboxihemoglobina fetal, los efectos sobre los tejidos fetales de la cianida, el tiocinato y el monóxido de carbono, aparejado a un envejecimiento prematuro de la placenta, pueden ser los responsables de una disminución del flujo útero placentario de oxígeno y nutrientes al feto y por tanto incidir en el CIUR. También se sabe que éste se presenta en las gestantes que dejaron de fumar durante el primer trimestre. Se infiere que el hábito de fumar ejerce su influencia desde etapas muy precoces (2).

Cuando estudiamos el estado socioeconómico de las gestantes estudiadas podemos observar como en el 72,5 % correspondió con niveles bajos de ingreso económico, amas de casa y adolescentes solteras, otras sometidas a trabajos físicos vinculados a la agricultura ya que un gran número de ellas proceden del área rural y laboran en cooperativas o unidades básicas de producción agropecuarias. Por su parte la literatura plantea que se conoce desde hace tiempo una relación entre el estado de vida de la mujer y el peso del feto, debido a que las pacientes con estado socioeconómico bajo se le dificulta más la alimentación. Todo ello asociado al estrés, el ejercicio físico fuerte así como el abuso del tabaquismo y el alcohol es propio y se ve con mayor frecuencia en este grupo de personas, por otra parte señalan que el entorno donde conviven estas personas dificultan el desarrollo de un buen control prenatal(1,2).

CONCLUSIONES

1. La frecuencia del CIUR en nuestro estudio se encuentra en la media de las cifras comparadas.
2. El antecedente obstétrico de la primiparidad es un factor de riesgo importante a tener en cuenta cuando se realiza los cuidados prenatales.
3. Los antecedentes de hipertensión arterial crónica y la inducida por el embarazo, así como la anemia son dos factores de riesgo que con mayor frecuencia aparecen en el CIUR.
4. La ganancia insuficiente de peso se observó con mayor frecuencia, no así el bajo peso a la captación.
5. El control prenatal adecuado se relaciona con una baja frecuencia de CIUR.
6. Se refleja la marcada influencia negativa del hábito de fumar y el bajo nivel socioeconómico de la gestante.

ABSTRACT

An observational descriptive study was developed about the clinical epidemiological features of pregnant womwn with the diagnosis of intrauterine growth retardation in 102 patients treated in the gynecology obstetrics service of Antonio Luaces Iraola Provincial Hospital during the period amond January to December 2000-2001 finding that the frequency of intrauterine growth retardation in the study was of the 2%. As an obstetrict background were reported the primiparity, the of insufficient weight gain, smoking habit and low socioeconomic level. Blood pressure and bronchial asthma as the more frequent illness observed in there patients. On the other hand anemia and hypertension induced by pregnancy were the illnesses that complicated pregnancy. The analysis and discussion of the results are reflected they are expressed in tables withe a percentage distribution of the risk factors.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vidart JA, Jemino JM. Obstetricia. 2 ed. Madrid: Ediciones Luzán 5; 1996.
2. Botella J, Clavero JA. Tratado de Ginecología. 14 ed. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 1993.
3. Fiscina RH, Schwarcz R, Díaz AG. Vigilancia del crecimiento fetal. Manual de autoinstrucción. Uruguay: OPS;1993. p.7-48.
4. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hanskins GDV et al. Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.

5. Rigol O, Cutié E, Cabezas E, Farnot U, Santiesteban S, Vázquez et al. Obstetricia y Ginecología. 2 ed. La Habana: ECIMED; 2000.
6. Mozarkewich EL, Luke B, Anni M, Lobo FM. Condiciones de trabajo y resultados adversos en el embarazo. Obstet Ginecol 2000; 95(4):623-35.
7. Deodhar J, Jarad R. Study of the prevalence of and high risk factors for fetal malnutrition in term newborns. Ann Trop Paediatr 1999 sep;19(3):273-7.
8. Gowland PA, Freeman A, Issa B, Bonlley P, Johnson JR, Worthington BS. In vivo relaxation time measurements in the human placenta using echo planar imaging at 0,5 T. Magn Reson Imaging 1998; 16(3):241 – 7.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: ECIMED; 1997. p. 192-8.

ANEXOS

Tabla # 1. Grupo de edades

Edades	Número	Por ciento
Menor 16 años	1	1.0
16 – 19	13	12.8
20 – 24	35	34.3
25 – 29	21	20.5
30 – 34	23	22.5
35 y más	9	8.9
Total	102	100

Tabla # 2. Paridad.

Paridad	Número	Por ciento
Primíparas	47	46.1
Secundíparas	25	24.5
Múltiparas	30	29.4
Total	102	100

Tabla # 3. Enfermedades maternas y afecciones que complican el embarazo.

Antecedentes	Número	Por ciento
Hipertensión Arterial Crónica	13	12.8
Asma Bronquial. III grado	10	9.8
Hipotiroidismo	2	1.9
Infección urinaria	5	4.9
Otras	6	5.8
Anemia	57	55.8
Amenaza de aborto	24	23.5
Hipertensión	19	18.6
Infección urinaria	14	13.7
Otras	27	26.4

Tabla # 4. Valoración nutricional

IMC	Ganancia de peso materno				Total	
	Insuficiente		Normal			
	Pacientes.	Por ciento.	Pacientes.	Por ciento.	Pacientes.	Por ciento.
> 19.8	23	22.5	19	18.7	42	41.2
19.9 - 26	42	41.2	17	16.6	59	57.8
26.1 - 29	-	-	1	1.0	1	1.0
Total	65	63.7	37	36.3	102	100

Tabla # 5. Calidad del control prenatal.

Control prenatal	Número	Por ciento
Inadecuado	37	36.3
Normal	65	63.7
Total	102	100