
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: NUESTRO GRAN DESAFIO

Jorge Javier Royg Benítez
Dra. María Elina Chaves Caballero

Lugar de realización: Servicio de Tocoginecología del Hospital "J.C. Perrando". Resistencia. Chaco

RESUMEN

Objetivos: determinar incidencia de retardo de crecimiento intrauterino en nuestra maternidad. Evaluar las variables como edad materna, número de gestas, vía de culminación, peso fetal, Apgar al minuto.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo descriptivo observacional analizando 22738 nacimientos seleccionados del libro de partos e historias clínicas en el periodo comprendido entre abril del 2002 y mayo del 2006, incluyendo en la revisión a todas aquellas mujeres que dieron a luz en la maternidad del Hospital Perrando en dicho periodo, recién nacidos de término con peso al nacer menor a 2500 gr.

Resultados: Se obtuvieron 1872 casos de RCIU, representando una incidencia de 8.23%. La edad materna más afectada fue entre 21 y 34 años (49%), 822 pacientes (43%) fueron multiparas, en promedio el peso fetal fue de 2216 gramos y el Apgar de 7 al minuto. Se culminaron 514 pacientes (27%) vía cesárea.

Conclusión: nuestra incidencia de RCIU fue de 8.23 %. Coincidiendo con algunos autores la mayoría de las pacientes fueron multiparas, de entre 21 y 34 años y se culminaron vía parto vaginal. Los resultados perinatales presentaron semejanza con la bibliografía consultada. Es nuestro gran desafío la prevención, detección y seguimiento de pacientes con factores de riesgo para RCIU para mejorar así la morbilidad fetal.

Palabras claves: incidencia; retardo del crecimiento intrauterino

ABSTRACT

objective: to determine incidence of retardation of intrauterine growth in our maternity. To evaluate the variables like maternal age, pregnancy number, culmination way, fetal's weight, Apgar score in one minute.

Material and method: was made an retrospective observational and descriptive study analysing 22738 births selected of the book of child births and clinical histories in the period between april 2002 and may 2006, they included in the revision all those women who concurred to the maternity of perrando hospital in this period.

Results: 1872 cases were obtained of retardation of intrauterine growth, representing a 8.23% incidence. The maternal age most affected was between 21 and 34 years (49%), 822 patients (43%) they were multiparous, in average the fetal weight was of 2216grams and the Apgar was 7 in a minute. 514 patients culminated themselves (27%9 caesarean).

Conclusion: our incidence of retardation of intrauterine growth was of 8.235. Agreeing with same others most of patients they were multiparous between 21 and 34 years and they were culminated from vaginal childbirth way. The perinatal results presented displayed similarity with the consulted bibliography. It is our great challenge the prevention, detection and pursuit of patients with factors of risk for retardation of intrauterine growth to improve therefore the fetal morbi-mortality.

Key words: incidence, retardation of intrauterine growth

INTRODUCCION

El Crecimiento intrauterino retardado es el conjunto de manifestaciones de diferentes posibles afecciones maternas y fetales capaces de limitar en la vida intrauterina el potencial de crecimiento intrínseco del feto.¹ Con el desarrollo de los métodos de exploración y diagnóstico actualmente vigentes, como el Ultrasonido, es posible arribar a la presunción diagnóstica de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), habiéndose acuñado este término para referirse a los fetos con un peso al nacer inferior al percentilo 10 para su edad gestacional. Esto sumado a un peso menor a 2500 gr. coincidiría con el término de Pequeño para Edad Gestacional (PEG).

2 Cabe aclarar que no todos los PEG son RCIU ya que pueden ser niños con un potencial de crecimiento bajo pero normal, ni dejar de serlo todos los niños que nacen con un peso mayor al percentilo 10, ya que pueden corresponder a un feto que crecía en un percentilo alto y en un momento determinado comienza a descender pero sin alcanzar el límite del percentilo 10.³

Este retardo puede ser simétrico o asimétrico dependiendo de si surge como consecuencia de patologías maternas preexistentes o alteraciones presentes desde el comienzo de la gestación o bien de patologías que surgen más tardíamente (3^{er} trimestre)⁴

En los países desarrollados, el 6,2% de los RN tiene bajo peso al nacer, de los cuales el 4,2% son pretérmino. en contraposición a los países en desarrollo que presentan un 16,4% de R.N. de BPN, de los cuales el 5,4% son pretérmino.⁵

En los países en desarrollo, la mayoría de los RN con retardo en el crecimiento son asimétricos, mientras que en los países en vía de desarrollo, la mayoría son simétricos.

El RCIU representa un riesgo aumentado de morbilidad neonatal e infantil con inevitables repercusiones en el crecimiento postnatal por lo que consideramos fundamental realizar un diagnóstico precoz y así evitar futuros inconvenientes.⁶

Por encontrarnos en un país en vías de desarrollo, enfocamos nuestros esfuerzos en demostrar la incidencia de RCIU en el grupo de gestantes que concurren al Servicio de Tocoginecología de nuestro Hospital en el período de tiempo comprendido entre los meses de abril de 2002 y mayo de 2006.

Objetivos. Determinar la incidencia de RCIU en un período de tiempo que abarca abril de 2002 a mayo de 2006 ocurridos en el Hospital Perrando de Resistencia, Chaco. Analizar: Edad materna, número de gestas, vía del parto, peso fetal, Apgar al minuto.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y descriptivo sobre RCIU destacando la incidencia de la patología en la maternidad del Hospital Perrando de la ciudad de Resistencia.

El grupo incluido en el estudio correspondió a los 22738 nacimientos ocurridos en el ya mencionado establecimiento en el período comprendido entre abril del 2002 a mayo del 2006, los cuales resultaron de término (mas de 37 semanas) y con un peso al nacer menor de 2500 gr.

Los datos fueron recopilados del libro de partos del servicio de tocoginecología del ya mencionado establecimiento y de la revisión de Historias Clínicas de las pacientes que permanecieron internadas, por diversas patologías causales de RCIU o ya con tal diagnostico para un mejor seguimiento, en el sector de Alto Riesgo de nuestro Hospital. Respecto a la selección de pacientes, las extraídas del libro de partos contaron con los requicitos ya mencionados; mientras que la pacientes seleccionadas del sector de alto riesgo fueron aquellas a las que se les detectó tal diagnostico a través de la observación de un crecimiento en menos (por debajo del percentil 10 correspondiente para su edad gestacional) observado por análisis de biometría fetal ecográfica.

Para realizar tal análisis nos basamos en lo expuesto por los autores mencionados en bi-

bliografía.¹ Es posible diagnosticar RCIU a partir de detectar al grupo de riesgo basándonos en los antecedentes maternos, patologías asociadas como hipertensión arterial, hábitos maternos como el de fumar. Podemos hacer un diagnostico de sospecha a través del hallazgo de una discordancia en menos entre altura uterina y edad gestacional. Un diagnóstico de RCIU probable es el que se obtiene a partir de la biometría fetal ecográfica con lo cual además se puede establecer ante el tipo de RCIU que nos encontramos y relacionarlo así con su posible causa

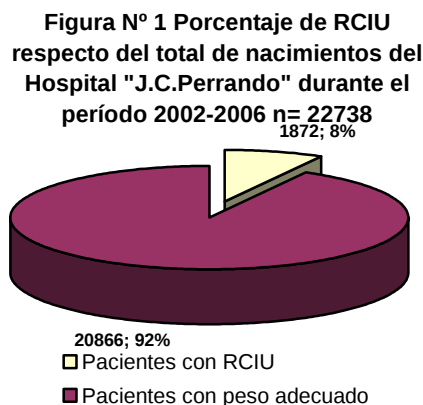
La edad materna fue dividida en tres grupos, un primer grupo que incluyo a las pacientes menores o iguales a 20 años; el segundo grupo correspondió al período etáreo entre 21-34 años, y el tercer grupo a las pacientes mayores a 35 años.

El número de gestas fue dividido entre aquellas que tuvieron menos o mas de dos gestas.

Respecto a la vía del parto se analizo por un lado a aquellas que dieron a luz vía parto vaginal o vía Cesárea abdominal.

RESULTADOS

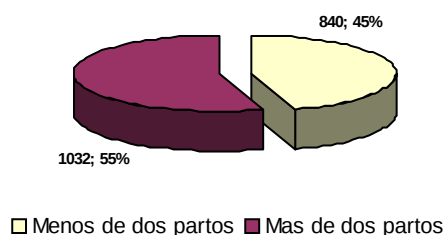
De un total de 22738 nacimientos, 1872 pacientes presentaron Retardo en el crecimiento (8,23%).



De estos 1872 pacientes 915 pacientes (49%), pertenecían al grupo etáreo comprendido entre los 21 y 34 años. 657 pacientes (35%) pertenecieron al grupo de pacientes adolescentes (menos de 20 años) y 298 (16%) fueron del grupo de pacientes mayores de 35.

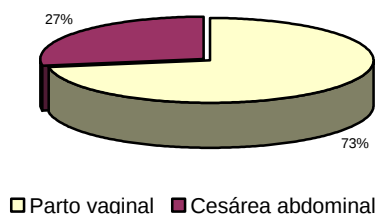
Grupo Etáreo	%	Número de casos
Menor o igual a 20 años	35	657
De 21 a 34 años	49	915
Más de 35 años	16	298
total	100	1870

Figura Nº2 Número de gestas de las pacientes con RCIU del Hospital "J.C. Perrando" en el período 2002 - 2006, n=1872



Del total de gestantes que concurrieron al servicio, 1358 pacientes (72%) tuvieron parto vaginal, mientras que 514 embarazos se culminaron vía cesárea abdominal (27,4%).

Figura Nº3 Vía de culminación de las pacientes con RCIU del Hospital "J.C. Perrando" en el período 2002 - 2006 n=1872



En promedio el peso fetal fue de 2216 gramos y el Apgar al minuto fue de 7.

DISCUSION

La incidencia de RCIU obtenida en nuestro trabajo fue del 8,23 % en el lapso comprendido entre abril del 2002 y mayo del 2006. En los países desarrollados, el 6,2% de los RN tienen bajo peso al nacer, de los cuales el 4,2% son pretérmino, en contraposición a los países en desarrollo que presentan un 16,4% de R.N. de BPN, de los cuales el 5,4% son pretérmino. Del total de 1870 casos de RCIU pudo apreciar que la mayor parte de los mismos recayeron en el grupo etáreo comprendido entre los 21 y 34 años correspondiendo al 49 % de la muestra, mientras que el grupo de madres adolescentes con RCIU representaron al 35 % de la muestra. En relación al número de gestas tuvimos diferencias con la bibliografía consultada quienes sugieren que no existe relación entre esta variable y el desarrollo de RCIU. En nuestro estudio encontramos mayor frecuencia de RCIU en el grupo de pacientes con más de dos gestas (1080 pacientes 57,6%) previas. La vía de culminación mas frecuente fue la vaginal en 73% a diferencia de la cesárea abdominal en 27%, coincidiendo con otros estudios, ya que se halla demostrado en la bibliografía consultada que el procedimiento quirúrgico para la culminación de la gestación no asegura el correcto resultado

perinatal, siempre y cuando se hayan realizado, previos al parto los métodos adecuados de salud fetal para comprobar una reserva vital adecuada para que el feto pueda tolerar tal evento⁴. Con respecto al Apgar se obtuvo un valor promedio de 7 al minuto a diferencia de otros estudios donde en este tipo de recién nacidos se obtienen valores finales de Apgar al minuto menores de 7, lo cual estaría estrechamente vinculado con los riesgos que corren estos recién nacidos en el periodo neonatal inmediato, como ser muerte intraparto, depresión neonatal por asfixia, y aspiración de líquido amniótico.⁴

CONCLUSION

De acuerdo con nuestros hallazgos podemos decir que nuestras cifras absolutas de retardo de crecimiento intrauterino (8.23%) se hallan mas cercanas a las cifras presentes en países desarrollados, a pesar de encontrarnos en un grupo poblacional en vías de desarrollo. Se puede observar también, que de acuerdo a nuestras cifras, el grupo de mayor incidencia en nuestra población, correspondiente al de mujeres de entre 21 a 34 años y que han tenido mas de dos hijos. Es importante destacar que dentro de nuestra maternidad, el resultado perinatal de los recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino es en promedio un Apgar mayor de 7, reflejando el mismo un adecuado manejo en cuanto a prevención, detección temprana y adecuado seguimiento, los tres pilares fundamentales para el adecuado manejo de dicha patología.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Cabero Roura L, Cararach V, Manau M. Retardo de crecimiento intrauterino. Tratado de ginecología y obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 1. Edición Panamericana. 2003. 748 – 757.
- 2- Arias F. Guía practica para el embarazo de alto riesgo. Madrid. Harcourt Brace. 1997. 230 – 244
- 3- Bolzan A, Guimarey L, Norry M. Factores de riesgo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires. Revista argentina de pediatría. Vol. 96. 1998:155 – 162.
- 4- De Onis N, Blosner N, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. European Journal of clinical Nutrition. 1998. N 52.
- 5- CLAP – OPS – OMS. Actualización retardo de crecimiento intrauterino un gran problema en países en desarrollo. Revista del Hospital Materno infantil Ramón Sardá. Enero – Marzo 2001. Vol. 20 N1:24- 26
- 6- Schwartz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia 5ª Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1997: 230-244
- 7- Bolzan A, Guimarey L. Revista Argentina de Pediatría. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Vol. 99. 2001: 296-301
- 8- Siega Ruiz A, Adair L, Hoebel C. Institute of Medicine maternal weight gain recommendations and pregnancy outcome in a predominantly hispanic population. Obstetric Gynecol. 1994; 84: 565-573.
- 9- Bolzan A, Guimarey L, Norry M. Height, weight and body mass index differences between adolescent and adult mothers during pregnancy and fetal growth. Acta Med Auxol. 1999; 31 (1): 510-515