
Trabajo Original

Causas más frecuente del Crecimiento Intrauterino retardado. Hogar Materno 2001.

Most common causes of retarded intrauterine growth. Maternity Hospital.2001.

Marlene Pérez Portales¹, Diana Fonseca Obregón², Evelio Guerra Marín³

1. Enfermera Especialista en Gineco-Obstetricia y Miembro de la SOCUENF.
2. Licenciada en Enfermería, Miembro Titular de la SOCUENF.
3. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, la población de trabajo estuvo constituida por las 48 gestantes ingresadas por posible crecimiento intrauterino retardado (CIUR). La muestra se obtuvo por el método aleatorio simple 24 en el período de enero-diciembre del año 2001. Con el objetivo de determinar la causa más frecuente del crecimiento intrauterino retardado teniendo en cuenta la calidad de la atención diferenciada que presta nuestra unidad en esta dirección. El estudio permitió conocer que la causa más frecuente del crecimiento intrauterino retardado fue el peso insuficiente de la gestante y su estado nutricional influyó determinadamente en el peso del Recién nacido. La mayoría de las gestantes al producirse el parto estaba a término y ocurrieron nacimientos de niños con peso menor de 2500 gr, incluyendo la muerte fetal tardía ante parto. Se elaboró una estrategia de intervención mediante actividades de educación para la salud con vista a divulgar a las mujeres que conciban lo hagan en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y sociales con el fin de que tengan el hijo deseado en condiciones favorables y en el momento oportuno, incidir y modificar positivamente el riesgo reproductivo existente antes del embarazo (preconcepcional) para monitorear futuras investigaciones.

DeCS: RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL / epidemiología.

ABSTRACT

A retrospective descriptive study was made. The work population was made up by the 48 pregnant admitted by possible retarded intra-uterine growth (RIUG). The sample was obtained by the simple random method 24 in the period of January-December of the year 2001. With the objective of assessing the most frequent cause in retarded intra-uterine growth. taking into account the quality of individualized attention that our unit provides in this sense. The study allowed to know that the most frequent cause in retarded intra-uterine growth was the insufficient weight of pregnant women and their nutritional status influenced decisively the weight of newborns. Most of the pregnant women at the time of birth were at term ,and births of children with a weight smaller than 2500 gr occurred., including late fetal death before childbirth. An intervention strategy was elaborated by means of activities of education for health, so as to encourage women who get pregnant to do it under the best biological, psychological and social conditions in order to have a desired child under favorable conditions and in the right time, to impact and modify the existing reproductive risk positively before pregnancy (preconceptional) to monitor future investigations.

MeSH: FETAL GROWTH RETARDATION / epidemiology.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es el resultado de múltiples condiciones maternas y fetales. El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil ^{1, se} ha comprobado que por lo menos la mitad de total de las muertes prenatales ocurre en recién nacidos de bajo peso ².

Los estudios estadísticos realizados en diferentes partes del mundo y en Cuba han permitido establecer como un grave problema salud por resolver ^{3,4}. Además los individuos que nacen con bajo peso tienen habitualmente múltiples problemas posteriores, tanto en el período perinatal como en la niñez y aún en la edad adulta ^{4,5}. Entre estos problemas se encuentra la mala adaptación al medio ambiente, así como diferentes impedimentos físicos, mentales y metabólicos que se hacen evidentes al llegar a la edad escolar y adulta ^{6,7}. Cuando la causa del bajo peso ha sido retardo de crecimiento intrauterino (CIUR), este puede hacerse irreversible después del nacimiento y acompañarse de funciones mentales inferiores a las normales y de secuelas neurológicas e intelectuales ^{8,9}. El problema del bajo peso al nacer constituye una preocupación mundial; siendo más frecuente en los países subdesarrollados ^{4,10}.

En el caso del crecimiento de intrauterino retardado (CIUR) se describen dos tipos de retardo: Simétrico y Asimétrico. El retardo simétrico surge como consecuencia de patologías maternas preexistentes o alteraciones que están presentes desde el comienzo de la gestación ¹¹, se ha relacionado con la desnutrición materna, factores ambientales sociales, la pobreza y distintos factores socioeconómicos ^{3,8}.

El peso antes de nacer se utiliza para evaluar el riesgo inicial de resultados en la gestación adversa, determinar las recomendaciones del incremento de peso apropiado para las mujeres con distintos tipos de riesgo antes del embarazo, orientar las intervenciones nutricionales a las madres que más lo necesiten ^{3,4,9}.

Estudios realizados recientemente describen a la Aspirina en bajas dosis (100mg) para la prevención del crecimiento intrauterino retardado en embarazadas de riesgo que acuden al control prenatal con resultados satisfactorios ya que los productos no presentaron malformaciones congénitas, ni complicaciones maternas, ni perinatales, ni alteraciones en pruebas de la coagulación ¹².

Entre los factores principales de riesgos del Bajo Peso al nacer identificados en Cuba están la desnutrición materna, embarazo en la adolescencia, hábitos tóxicos, antecedentes de niños bajo peso previo, hipertensión arterial, embarazos gemelares entre otros ⁴.

En Cuba el índice bajo peso al nacer no es similar en todas las provincias ⁴, en el municipio Sancti-Spíritus hasta el momento este año tenemos 1444 nacidos vivos con 78 niños bajo peso para un índice de 5,4 % por lo que motivó a realizar este estudio con el objetivo de determinar la causa más frecuente del crecimiento intrauterino retardado (CIUR); expresar la correspondencia del peso de las gestantes según índice de masa corporal y su incidencia en el recién nacido Bajo Peso; conocer la edad gestacional al producirse el parto y precisar el peso al nacer y la morbimortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva en gestantes diagnosticados como posible crecimiento intrauterino retardado CIUR que ingresaron en el Hogar Materno Municipal de Sancti Spíritus en el período comprendido entre enero - diciembre del año 2001. La población estuvo constituido por todas las gestantes que acudieron a nuestro centro y fueron internadas con el diagnóstico antes mencionado 48. La muestra se obtuvo por el método aleatorio simple siendo un total de 24. Para abordar los datos se diseñó un modelo que contenían las siguientes variables:

Causas más frecuentes de ingresos en nuestro centro relacionado con él CIUR, Clasificación de las gestantes de acuerdo al peso para la talla al ingreso en gestantes con posible CIUR, Ganancia de peso al producirse el parto en gestantes con posible CIUR, Edad gestacional al producirse el parto en gestantes con posible CIUR, Peso al nacer de hijos de gestantes con posible CIUR, Morbimortalidad al nacer de hijos de gestantes ingresados por posible CIUR. El método estadístico utilizado fue la tabulación manual y los resultados fueron expuestos en forma porcentual en tablas y cuadros.

RESULTADOS

Tabla 1, las causas más frecuente de los ingresos por crecimiento intrauterino retardado tenemos que 12 eran por ganancia insuficiente de peso para un 50.00%, seguidas de las adolescentes con 6 para un 25,00%, luego están los hábitos tóxicos con 3 para un 12,5% y con menos influencia los demás motivos cada uno con un caso para un 4,16%.

Atendiendo a la clasificación de acuerdo al índice de masa corporal, ingresaron más pacientes con peso normal 8 para 33,33% seguidas de bajo peso IV y II para un 20,84% cada una y con menos cantidad las de bajo peso III y sobre peso I y II con 2 pacientes cada una para un 8,33% tabla 2.

La tabla 3 se puede ver que 5 gestantes ganaron menos de 8Kg durante la gestación para un 20,84%, hubo 12 que ganaron entre 8-10Kg para un 33.33% 2 ganaron entre 11-12Kg. para un 8,33%, 5 gestantes que su ganancia de peso durante el embarazo fue de 13-14Kg para un 20,84%

En la relación que guarda la edad gestacional en el momento del parto en la tabla 4, un solo caso se produjo el parto a las 36 semanas de gestación (pretérmino) para un 4,16% y el mismo correspondió a la muerte fetal tardía ante parto y estaba clasificada su gestación como un (CIUR). También 1 caso, que se produce el parto a las 43 semanas 4,16% o sea un embarazo prolongado. En los 22 casos restantes que son el 91.66% fue a término pues ocurrieron entre las 37- 42 semanas de gestación.

En el análisis de los pesos al nacimiento la tabla 5 encontraron que 4 niños, pesaron menos de 2500gr incluyendo al nacido muerto para un 16,6% y 5 recién nacidos que pesaron entre 2501-3000gr, o sea un peso deficiente para un 20,84% y en 11 recién nacidos los pesos fueron superior a 3501 gr. para un 45,85% por lo que podemos concluir que en el 62,5% la ganancia insuficiente de peso de la gestante no influyó en el peso del recién nacido.

Atendiendo a la morbilidad al nacer se observó que obtienen 23 nacidos vivos para un 95.83% y un feto muerto ante parto para un 4,16%, que estaba diagnosticado como (CIUR) y fue de todos los productos obtenidos el que menos pesó (tabla 6).

DISCUSIÓN

Al analizar las causas más frecuentes de bajo peso al nacer se observó predominio del peso insuficiente de la madre esto coincide con estudios realizados tanto en nuestro país ⁴ como en otras partes del mundo ^{1,9,10} seguida del embarazo en la adolescencia ^{1,4,8}. En la clasificación nutricional de las gestantes a su captación vemos algunas embarazadas que por su índice de masa corporal se consideraron desnutridas, pues estaban evaluados como bajo peso III y IV y observamos además que un significativo grupo fue avaluado como normales ya que su índice de masa corporal era entre bajo peso II y normal. Teniendo al final de la gestación una ganancia insuficiente de peso ^{3,8}. Al valorar la ganancia durante la gestación se observa que hubo algunas gestantes, que se quedaron por debajo de -8Kg, seguidas de las que ganaron de 8-10 Kg. en la gestación, la mayoría ganaron entre 13-14 Kg. ^{2,3}.

La relación que guarda la edad de la gestación en el momento del parto se ve que en un solo caso el parto se produce a las 36 semanas (pretérmino) y el mismo correspondió con la muerte fetal tardía ante parto y estaba clasificada su gestación como un crecimiento intrauterino retardado CIUR. En otro caso se produce el parto a los 43 semanas 4,16% o sea se considera un embarazo prolongado. En la mayoría de los casos el nacimiento se considera a término pues ocurre entre las 37 a 42 semanas de gestación ^{3,8}.

En este análisis de los pesos al nacimiento encontramos que 4 pesaron menos de 2500 gr. incluyendo el nacido muerto le sigue los recién nacidos que pesaron entre 2501 – 3000 gr., o sea un peso deficiente y en 11 recién nacido el peso fue superior a 3501 ^{3,11}.

Atendiendo que la morbilidad al nacer se observa un feto muerto ante parto, el mismo estaba diagnosticado como un crecimiento intrauterino retardado (CIUR) y fue además el que menos peso de todos los productos obtenidos ^{2,4}.

CONCLUSIONES

La causa más frecuente del crecimiento intrauterino retardado fue el peso insuficiente de la gestante. El peso de la gestante antes y durante el embarazo influyó determinadamente en el peso del recién nacido. La edad gestacional al producirse el parto en la mayoría de las gestantes fue a término, en él peso al nacer se observan varios niños que pesaron menos de 2500 gr. incluyendo a la muerte fetal tardía ante parto que estaba considerado un (CIUR).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veles J. Retardo del crecimiento fetal intrauterino. Rev Colom Obst Ginecol. 1997 Oct-dic; 45(4): 283-7.
2. Rical AS, Sequeira AA. Retardo del crecimiento intrauterino: Un desafío para la salud pública. Situa. 1996; 4(8):21-5.
3. OPS. Nutrición materna y productos del embarazo. En: Evaluación antropométrica. Washington: OPS;1999. p. 65.
4. Cuba. Ministerio de salud Pública. Programa para reducción del bajo peso al nacer. La Habana: Minsap; 1993.
5. Mericg G, Verónica M. Impacto del retraso del crecimiento intrauterino en la vida postnatal en el desarrollo puberal Rev Med Clin Condes. 2000 Oct;11 (4):148-53.
6. Marise V, Guilherme C. Aspectos endocrinológicos las crianzas e adultos nacidos pequeños para a edad gestacional. Arg Bras Endocrinol Metab. 2001 Feb; 45(1):15-12.
7. Sandoval R, González R. Gráfica de distribución de líquido amniótico y asociación con alteraciones del crecimiento fetal. Rev Chil Ultrason. 2000; 3(4):112-7.
8. Cerda O, Martínez C. Retardo de crecimiento intrauterino, factores de Riesgo. Rev Soc Obstet Ginecol. 1998; 29(159):152-7.
9. Sogba Bolzan A, Guaimary L. Factores de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino y prematuréz en dos municipios de la provincia de Buenos Aires (Argentina). Rev chil. pediatr.2000;71 (3).
10. Pérez J, Alfaro A. Defectos del tubo neural y retardo en el crecimiento intrauterino retardado, búsqueda de asociación con el tipo anatómico y con la exposición a gripe y Medicamentos. Bol Med Hosp Infant Mex. 1999 Nov;56(11):589-94.
11. Mardones J, Dinamarca V. Composición corporal de neonatos con alteraciones en el crecimiento fetal Rev Chil Pediatr. 1999 Jul-ago; 70(4):300-5.
12. Fonseca T. Bajas dosis de aspirina en la prevención del retardo de crecimiento intrauterino en el embarazo riesgo. Lancet. 1993 Feb 13;341(8842):396-400.

ANEXOS

Tabla I. Causas de ingreso más frecuentes en gestantes con posible crecimiento intrauterino retardado Hogar Materno Sancti Spíritus. Año 2001.

Causas de Ingresos	No.	%
Peso insuficiente	12	50.00%
Embarazo en la adolescencia	6	25.00%
Placenta Previa	1	4.16%
Hábitos Tóxicos	3	12.5%
Embarazo Gemelar	1	4.16%
Hipertensión Arterial	1	4.16%
Total	24	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla II. Clasificación de las gestantes de acuerdo al peso para talla al ingreso con posible crecimiento intrauterino retardado Hogar Materno. Año 2001.

Índice de masa corporal	No.	%
Bajo peso IV	5	20.84
Bajo peso III	2	8.33
Bajo peso II	5	20.84
Normal	8	33.33
Sobre peso I	2	8.33
Sobre peso II	2	8.33
Total	24	100 %

Fuente: Historia Clínica

Tabla III. Ganancia de peso al producirse el parto en gestantes con posible crecimiento intrauterino retardado Hogar Materno Sancti Spíritus Año 2001

IMC	Ganancia de peso				Total	%
	- 8kg	8-10 kg	11-12 kg	13-14 kg		
Bajo peso IV	1	3	0	1	5	20.84
Bajo peso III	0	1	0	1	2	8.33
Bajo peso II	0	4	0	1	5	20.84
Normal I	1	3	2	2	8	33.33
Sobre peso I	1	1	0	0	2	8.33
Sobre peso II	2	0	0	0	2	8.33
Total	5	12	2	5	24	100

Fuente: Historias Clínicas

Tabla IV. Edad gestacional al producirse el parto en gestantes con posible crecimiento intrauterino retardado. Hogar Materno Municipal Sancti Spíritus. Año 2001.

Edad Gestacional	No.	%
36 Semanas	1	4.16
37 Semanas	2	8.33
38 Semanas	5	20.84
39 Semanas	7	29.18
40 Semanas	4	16.66
41 Semanas	2	8.33
42 Semanas	2	8.33
43 Semanas	1	4.16
Total	24	100 %

Fuente: Historias Clínicas

Tabla V. Peso al nacer de hijos de gestantes ingresados con posible crecimiento intrauterino retardado Hogar Materno Municipal Sancti Spíritus. Año 2001.

Pesos	No.	%
1000-1500	1	4.16
1501-2000	1	4.16
2001-2500	2	8.33
2501-3000	5	20.84
3001-3500	11	45.85
3500 ...más	4	16.66
Total	24	100 %

Fuente: Historias Clínicas.

Tabla VI. Morbimortalidad al nacer de hijos de gestantes ingresados con posible crecimiento intrauterino retardado Hogar Materno Municipal Sancti Spíritus Año 2001.

Nacidos	No.	%
Vivos	23	95.83
Muertos	1	4.16
Total	24	100 %

Fuente: Historias Clínicas.