

## RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO, EN EL HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR, JUNIO-DICIEMBRE 1992

\* Dra. Licelot Contreras Troncoso

\* Dr. Aresbio Antonio Garcia

\* Dra Gloria Mieses Colón

\*\* Dr. Bernardo Perez Morel

\*\*\* Dr. Julio Rodriguez Grullón

### Resumen

Se realizó un estudio prospectivo en el periodo Junio-Diciembre de 1992 en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Luis E. Aybar sobre retraso de crecimiento intrauterino en los recién nacidos en el Servicio de Obstetricia de este Hospital.

En el periodo señalado hubo 2,463 nacimientos de los cuales 227 fueron de bajo peso (BP) (peso menor de 2,500 G), para un 9.2% de los nacimientos y una tasa de 92 por mil .

De esos 227 recién nacidos BP, 101 fueron pequeños para su edad gestacional (PEG) para un 44% de los BP y una tasa de 41 por mil nacimientos; los restantes 126 fueron adecuados para su edad gestacional (AEG), para un 56% de los BP y una tasa de 51 por cada mil nacimientos.

De los 101 PEG ,70% fueron simétricos, 85% nacieron a termino y 72% fueron varones.

En este estudio utilizamos la tabla de Lubchenco para la clasificación de los recién nacidos.

Retraso de crecimiento intrauterino

Hospital Dr. Luis E. Aybar

\* Residentes 4to año de Perinatología, Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo , Republica Dominicana

\*\* Residente 3er año de Perinatología, Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Luis E. Aybar.

\*\*\* Jefe del Servicio de Pediatría, Cordinador de docencia de la Residencia de Perinatología, Hospital Dr. LuisE. Aybar.

## Abstract

A prospective study was done during the period June-December 1992 in the Pediatric Service of Dr. Luis E. Aybar Hospital, about intrauterine growth retardation in newborns in the Obstetric Service of this Hospital

During the period there were 2,463 births of which 227 were low weight (LBW) (weight less than 2,500 G), for 9.2% of births and a rate of 92 per thousand births.

Of those 227 LBW, 101 were small for their gestational age (SGE) for a 44% of the LBW and a rate of 41 per thousand births; the other 126 were adequate for their gestational age (AEG), for a 56% of the LBW and a rate of 51 per thousand births.

Of the 101 LBW, 70% were symmetrical, 86% were born at term and 72% were males.

In this study we utilized the Lubchenco table for the classification of newborns.

## Intrauterine growth retardation

## Dr. Luis E. Aybar Hospital

### INTRODUCCION

Se consideran de bajo peso aquellos RN, con un peso menor de 2500 G, independientemente de su edad gestacional (EG). Cuando tomamos en cuenta la EG entonces si el RN está por debajo del décimo percentil del peso normal para esa EG, decimos que es un RN pequeño para su edad gestacional (PEG).

Como vemos un RN puede tener una condición (ser de bajo peso, pero adecuado para su edad gestacional) o las dos condiciones a la vez (ser de bajo peso y pequeño para su edad gestacional).

Al determinar la relación peso talla, los PEG se clasifican según el índice de Rohrer en dos tipos:

A) Retraso simétrico, armónico, proporcionado o crónico; en ellos el índice ponderal es normal. Son neonatos de peso y talla baja, que consecuentemente muestran armonía en sus medidas.

B) Retraso asimétrico, desarmónico o desproporcionado; en ellos el índice ponderal es bajo por su peso, pero su perímetro cefálico y talla son normales.

Existen diferencias de riesgo entre los dos grupos en cuanto a mortalidad en el periodo neonatal y posteriormente en lo referente al desarrollo intelectual.

Las complicaciones a presentar estarán en relación directa con el peso y la edad gestacional. Las condicionantes en ocasiones varían de acuerdo a si es un país desarrollado o

no.

En los países desarrollados predominan los PEG asimétricos como consecuencia de trastornos hipertensivos en la mujer embarazada; en los países subdesarrollados predominan los simétricos, por las circunstancias de bajo nivel socioeconómico de muchas madres y la gran incidencia de los procesos infecciosos en ellas.

En este estudio hemos querido documentar la incidencia, factores predisponentes y las complicaciones que ocurren en nuestro medio hospitalario estatal en estos recién nacidos PEG.

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el cual tomamos todos los recién nacidos de bajo peso nacidos en el Servicio de Obstetricia en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, en Santo Domingo, República Dominicana durante el período 1 de Junio al 31 de Diciembre 1992.

Se aplicó un cuestionario de investigación en el cual constaban datos sobre edad gestacional, sexo, peso al nacer, edad materna, paridad, hábitos tóxicos, habitat, ingresos económicos, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT) y talla.

Utilizamos la tabla de Lubchenco para la clasificación de los recién nacidos.

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio hubo 2524 nacimientos, de los cuales 2463 nacieron vivos (97%), 227 fueron de bajo peso (9.2%), de los cuales resultaron 101 PEG (44%) y 126 AEG (56%). Ver cuadro No. 1.

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE R.N. DE BAJO PESO EN 2524 NACIMIENTOS

	No.	TASA EN %	TASA/MIL NACIDOS VIVOS
R. N. de bajo peso	227	9.2	92
PEG	101	44.0	41
AEG	126	56.0	51

En el grupo de los PEG 72 casos (71%) fueron masculinos y 29 (29%) femeninos.

De esos 101 PEG, 71 casos fueron simétricos (70%) y 30 (30%) fueron asimétricos.

En relación a la edad gestacional de los PEG 13 eran pre-termino, 86 a termino y 2 post-termino. Ver cuadro No. 2

CUADRO No. 2

EDAD GESTACIONAL DE LOS 101 PEG

EDAD GESTACIONAL	No.	TASA EN %
Termino	86	85
Pre-termino	13	13
Post-termino	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

De los 101 PEG, 7 tenían un peso que oscilaba entre 500 y 1000 G, 18 entre 1001 y 1500, 30 entre 1501 y 2000 y 46 entre 2001 y 2500 g. Ver cuadro No. 3

Los factores de predisposición mas importantes fueron el estado socio-económico y la falta de chequeos prenatales que incidieron

CUADRO No. 3

PESO EN GRAMOS DE LOS 101 PEG

PESO	No.	TASA EN %
500 a 1000	7	7
1001 a 1500	18	18
1501 a 2000	30	30
2001 a 2500	46	45
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

en un 100%, seguidos de la madre soltera en 70% de los casos, otras condiciones predisponentes aparecen en el cuadro No. 4

CUADRO No. 4

FACTORES PREDISPONENTES

FACTORES	No.	TASA EN %
Estado socioeconomico bajo, subnutrición	101	100
Chequeos prenatales irregulares	101	100
Madre soltera	71	70
Infecciones genitourinarias	41	40
Bajo peso previo	38	30
Tabaquismo	15	15
Pre-eclampsia	12	12
E. S. T.	6	6
Gemelaridad	4	4
Enfermedades pulmonares	4	4
Anemia Falciforme	3	3

CUADRO No. 5

## RELACION ENTRE RECIEN NACIDOS PEG EDAD MATERNA Y PARIDAD

EDAD MATER- NA, EN AÑOS	No.	TASA EN %	PARIDAD							
			No. 1	TASA EN %	No. 2-4	TASA EN %	No. 5-7	TASA EN %	No. 8-10	TASA EN %
19 o <	37	36.6	20	54	17	46	-	-	-	-
20 a 24	30	29.7	10	33	17	57	2	10	-	-
25 a 29	22	21.7	6	27	15	68	1	5	-	-
30 a 34	5	5.6	-	-	4	80	1	20	-	-
35 a 39	7	6.4	-	-	3	43	3	1	1	14
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100.0</b>								

La relación del retraso del crecimiento intrauterino con la edad de la madre y la paridad la vemos en el cuadro No. 5.

De los 101 RN PEG, hubo 19 defunciones (19%); 12 de estas defunciones correspondieron a RN simétrico y 7 a RN asimétricos. Cuadro No. 6.

CUADRO No. 6

## RELACION PEG SIMETRICOS, ASIMETRICOS Y DEFUNCIONES

PEG	No.	DEFUNCIONES	TASA EN %
Simétricos	71	12	16.9
Asimétricos	30	7	23.3
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>19</b>	<b>18.8</b>

Las causas de muerte de los PEG las encontramos el cuadro No. 7.

## DISCUSION

Al igual que en otros estudios efectuados el sexo masculino resultó el más afectado en nuestro trabajo con un 71%.<sup>1</sup>

CUADRO No. 7

## CAUSAS DE LAS 19 DEFUNCIONES EN PEG

CAUSAS	SIMETRICOS	ASIMETRICOS
SDRI	2	4
HIP	3	-
HIC	1	2
Sepsis Neonatal	1	1
Klebsiella Pneumoniae	2	-
Sepsis Neonatal, VIH pos	1	-
Neurosifilis	1	-
Desconocida	1	-

Como era de esperarse en un país

subdesarrollado, predominaron los PEG en los RN con retraso del crecimiento intrauterino. Esto ha sido reportado previamente.<sup>2</sup>

Es de destacar que un 86% de los PEG fueron partos a termino.

Nuestro estudio tambien coincide con otros realizados a nivel internacional que señalan como factores predisponentes a niños PEG, el estado socioeconómico bajo, la falta de chequeos prenatales regulares y la edad materna joven (36.6% de nuestras madres eran de 19 años o < y 54% de ellas eran primigrávidas).<sup>3-6</sup>

Asimismo nuestro estudio demostró resultados similares a otros efectuados fuera del país, en lo referente a las defunciones y sus principales causas en los PEG, pues la mayoría ocurrieron en los asimétricos (23.3%); en los simétricos la tasa de defunciones fue de 16.9% y la causa mas frecuente de defunción fue el Síndrome de Distress Respiratorio Infantil (31.6%).<sup>7-8</sup>

El dato mas preocupante en nuestro trabajo es, que nuestro país, al igual que en cualquier otro subdesarrollado, 41 de cada mil recién nacidos (PEG) ya sufren las consecuencias de ese subdesarrollo y tendrán desventaja física (los asimétricos) y física e intelectual (los simétricos) en relación al resto de la población.<sup>9-11</sup>

Este estigma de las sociedades subdesarrolladas hace que la miseria engendre mas miseria.

Indudablemente que la labor prioritaria de cualquier gobierno que esté interesado en el progreso de sus ciudadanos, es combatir con todos los medios a su alcance, el retraso del crecimiento intrauterino, que desde el inicio de la vida afecta negativa e irreversiblemente las facultades físicas y mentales de ese sector de la población que necesita mejorar su nivel de vida.

Es lastimoso pensar que no podrán hacerlo por esas taras adquiridas en el mismo vientre de sus madres.

Iniciemos una campaña de concientización sobre este grave problema que de ninguna manera podemos ver con indiferencia.

Conclusiones.-

1.- Hemos demostrado la gravedad del

bajo peso al nacer en nuestro país, que no es diferente a los demas países subdesarrollados, existiendo por tanto un predominio de los PEG simétricos

2.- Recomendamos un programa de concientización sobre este problema en nuestro medio y que se adopten medidas que garanticen una dieta adecuada en las actuales y futuras embarazadas en la Republica Dominicana.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Toubas P, et al. Retardo del crecimiento intrauterino. Vevey (Suiza) 1990; 18: 1-42
- 2.- Behrman, Vaughan y col. Recién nacido de bajo peso. Nelson Tratado de Pediatría, 13ra Edición 1989; Vol 1: 395-98. W B Saunders and Co, Méjico.
- 3.- Silver H. Características del RN de bajo peso, Manual de Pediatría, 10ma Edición 1984, pag 142-43. El Manual Moderno, Méjico D F.
- 4.- Roger P y col. RN de bajo peso. Raven Press, New York 1985, pag 49-50
- 5.- Klaus M H y col. Asistencia del RN de alto riesgo. Clasificación del RN de bajo peso. 2da Edición 1981, pag 80-103. Edición Revolucionaria, La Habana
- 6.- Schwartz R y col. RN de bajo peso. 4ta Edición 1989, pag 194, 204-09. El Ateneo, Buenos Aires.
- 7.- Schaffer A y col. Lactante de poco peso al nacer. Enfermedades del Recién Nacido. 4ta Edición 1981, pag 880-89. Edición Revolucionaria, La Habana.
- 8.- Martin R, Fanaroff A y col. Bajo peso al nacer. Enfermedades del feto y el recién nacido. 1ra Edición 1987, pag 251-53. Edición Científico-Técnica, La Habana.
- 9.- Shook L, et al. Impact of very low birth weight infants on the family and its relationship to parenteral attitudes. Pediatrics 1991; 88: 105-09
- 10.- Shook L, et al. Comparison of attitudes of health care professionals and parents toward active treatment of very low birth weight infants. Pediatrics 1991; 88: 110-14
- 11.- Ross G, et al. Educational status and school related abilities of very low birth weight premature children. Pediatrics 1991; 88: 1125-34