

Dra. Jeanette Molina Flores Jeanettemolina@yahoo.es Managua – Nicaragua.

Pregunta: ¿Cuál es la frecuencia del Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU)?

Dr. Haroldo Capurro

Actualización: ABRIL 2009

PREVALENCIA del RETARDO de CRECIMIENTO INTRAUTERINO

INTRODUCCION

El Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) puede producirse en madres sanas; sin embargo hay una serie de factores asociados que pueden incrementar ese riesgo.

Su prevalencia en América Latina se estima entre el 12% y 17% (1). Lin en 1998 (2) estima que del total de neonatos nacidos pequeños para la edad gestacional, el 30% se debe a que los problemas del crecimiento fetal son debido a un aporte insuficiente de nutrientes de la madre al feto; mientras que el resto de las causas (70%) está en relación con problemas fetales como ser las malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas, factores étnicos y algunas otras anomalías que inciden indirectamente en el potencial de crecimiento.

Estudios realizados en Noruega (3) encuentran una prevalencia de RCIU entre el 3% y 10% y varios son los factores que están involucrados. Así la insuficiencia placentaria, las infecciones y/o anomalías fetales pueden ocasionar RCIU antes de las 32 semanas de gestación y de ellas las anomalías cromosómicas son responsables de más del 20%, otro 20% pueden ser causadas por pre-eclampsia temprana y 10% por infecciones (HIV, toxoplasmosis, citomegalovirus y otras).

La posibilidad de recurrencia, cuando hubo una gestación previa con RCIU es cercana al 20% (4).

<http://www.unu.edu/Unupress/food2/UID03E/uid03e06.htm>

FACTORES de RIESGO del RETARDO del CRECIMIENTO

Varios son los factores de riesgo asociados al RCIU. Algunos de ellos son:

Edades maternas extremas (adolescentes y mayores de 34 años).

Pre-concepcionales: antecedentes obstétricos desfavorables, desnutrición, hipertensión arterial, diabetes vascular, enfermedad renal crónica.

Gestacionales: embarazo múltiple, infecciones TORCH, defectos congénitos.

Ambientales: tabaco, alcohol, drogas, estilo de vida perjudicial.

Cuidado de la salud: sin control prenatal o control insuficiente.

La detección temprana de alguno de ellos, puede contribuir a disminuir los riesgos de RCIU, implementar un tratamiento y mejorar el pronóstico.

Maulik (5) clasifica las etiologías del RCIU en:

Factores Maternos: enfermedad hipertensiva, desórdenes autoinmunes, desnutrición severa, medicación inadecuada, hábitos inapropiados incluyendo el tabaco, alcohol y drogas.

Factores Fetales: malformaciones, infecciones virales y/o por protozoarios, gestación múltiple, aneuploidía (Síndrome de Down, Turner y otros).

Factores Placentarios: Problemas anatómicos (tamaño, alteraciones morfológicas y cromosómicas) y problemas vasculares.

RETARDO de CRECIMIENTO INTRAUTERINO y ADOLESCENCIA

La asociación entre RCIU con tabaco, nutrición deficiente y madres adolescentes está bien documentada. En un estudio realizado en Canadá encuentra que entre 9 y 11 visitas prenatales haciendo énfasis en intervenciones para dejar de fumar y lograr una buena nutrición en adolescentes, reduce el riesgo de bajo peso al nacer (6)-.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

Un estudio previo tuvo como propósito evaluar las condiciones sociales y los resultados de la supervisión ante e intraparto en relación con los resultados perinatales en gestantes adolescentes menores de 18 años (7). De 209 madres adolescentes el 16,3% tuvieron hijos con RCIU (N = 34) y las complicaciones maternas más frecuentes fueron la hipertensión arterial, la amenaza de parto prematuro, diabetes y pre-eclampsia. Los eventos perinatales adversos encontrados fueron una mayor frecuencia de RCIU y de mortalidad perinatal que en las madres de más de 18 años (N = 12.922).

INTERVENCIONES PRENATALES – PREVENCIÓN y TRATAMIENTO del RETARDO de CRECIMIENTO INTRAUTERINO

La pregunta formulada por Lu (8) y colaboradores en California fue estudiar la efectividad del cuidado prenatal en la prevención del bajo peso al nacer. Dentro del Cuidado Prenatal, tres componentes fueron estudiados:

a) Determinación del tipo y severidad del riesgo b) Promoción de la salud c) Intervenciones médicas y sico-sociales, con el fin de prevenir el riesgo de nacer de pretérmino o con RCIU. A la espera de la aparición de nuevas y efectivas intervenciones, la recomendación actual de rutina, dentro de las intervenciones disponibles no ofrecen resultados que impacten en la salud de fetos y neonatos de bajo peso al nacer, a excepción de la administración de los corticoides antenatales en la amenaza de parto prematuro.

- Programas para dejar de fumar muestran una modesta efectividad. Estudios de Lumley (9) ha encontrado una reducción de bajo peso al nacer y de pretérmino, pero los ensayos controlados seleccionados, tenían escaso poder para medir mortalidad perinatal y la del muy bajo peso.
- Suplementación materna de nutrientes, muestra que la evidencia es insuficiente para reducir o evitar el RCIU (10). Sólo en mujeres muy desnutridas el suplemento con proteínas y con elevada ingesta calórica disminuye la frecuencia del RCIU (RR = 0,64 IC 95% 0,53-0,78) pero no la de los nacimientos de pretérmino.
- Algunas otras Intervenciones usadas habitualmente tienen insuficiente evidencia no sólo para la prevención y el tratamiento del RCIU, sino también en la reducción de la mortalidad. Ellas son:
 - Reposo en cama (11) (RR = 0,43 IC 95% 0,15-1,27).
 - Expansión del volumen plasmático (12),
 - Suplementación con hormonas (13),
 - Tocolisis con betamiméticos (14)
 - Respaldo sico-social (15)
 - Administración de O2 a la madre (16)

CONCLUSION

Pocas son las intervenciones para lograr éxito en el tratamiento del RCIU una vez instalado. Si bien el puede estar presente en madres sanas, los factores de riesgo son conocidos y muchos de ellos son prevenibles mediante programas efectivos a desarrollarse no solo en los centros sanitarios y hospitales, sino que se transmitan a la comunidad. Detectar factores de riesgo es un primer paso para encarar y optimizar los cuidados.

RECOMENDACIÓN

En Suma, no hay una intervención única adecuada, sino que es necesario un paquete de intervenciones dirigidas a mejorar el estilo de vida, promover el control preconcepcional en mujeres en edad reproductiva, detectar factores de riesgo, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente la enfermedad causal, hacen de

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

esta recomendación lo más adecuado. Una vez instalado el RCIU el manejo es el mismo para madres adolescentes y no adolescentes, teniendo en cuenta que en las madres de menos de 18 años la prevalencia del problema se multiplica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BLOG MEDICO, NOTICIAS en MEDICINA – Retardo d Crecimiento Intrauterino Agosto 20th, 2007 por Médico www.blog-medico.com.ar
- 2 - Lin C, Santolaya-Forgas J. Current concepts of fetal growth restriction: Part 1. Causes, classification, and pathophysiology. *Obstetrics & Gynecology* 1998;92:1044-55.
- 3 - Haram K, Gjelland K. Foetal growth retardation. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007 Oct 18;127(20):2665-9.
- 4 - Berghella V. Prevention of recurrent fetal growth restriction. *Obstet Gynecol* 2007 Oct;110(4):904-12.
- 5 - Maulik D. Fetal growth restriction: the etiology. *Clin Obstet Gynecol* 2006 Jun;49(2):228-35.
- 6 - Desjardin E, Hardwick D. How many visits by health professionals are needed to make a difference in low birthweight ?. A dose-response study of the Toronto Healthiest Babies Possible Program. *Can J Public Health* 1999 Jul-Aug;90(4):224-8.
- 7 - Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Pal A, Nyári T, Kovacs L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome?. *J Perinat Med.* 1999;27(3):199-203.
- 8 - Lu MC, Tache V, Alexander GR, Kotelchuck M, Halfon N. Preventing low birth weight: is prenatal care the answer?. *Matern Fetal Neonatal Med.* 2003 Jun;13(6):362-80.
- 9 - Lumley J; Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervention for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 10 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Maternal nutrient supplementation for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 11 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Best rest in hospital for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 12 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Plasma volume expansion for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 13 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Hormones for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 14 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Betamimetics for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 15 - Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.
- 16 - Say L, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for suspected impaired fetal growth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2007.* Oxford: Update Software.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

