

**Título: Caracterización de gestantes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterina atendidas en el servicio de ginecobstetricia.**

**Autores:**

- Lic. Misladys Nerey Muñoz. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [Misladysnerey@gmail.com](mailto:Misladysnerey@gmail.com) 52055651.
- Dr. Luis Ricardo Pico Ortega. Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba. [Irpicortega@gmail.com](mailto:Irpicortega@gmail.com) 54229457.
- Lic. Mercedes Rosell Sol Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [rosellsol@gmail.com](mailto:rosellsol@gmail.com) 54517258.
- Lic. Ana V. Cantero Barroso Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba [anavcantero66@gmail.com](mailto:anavcantero66@gmail.com) 58719866.
- Lic. Ana Belkys Pérez Benitez Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández. Cuba. [anabelkysperez@gmail.com](mailto:anabelkysperez@gmail.com) 53163176

Morón 2022

## RESUMEN

Las alteraciones del crecimiento fetal constituyen una de las situaciones clínicas más frecuentes en obstetricia hoy en día. Especialmente importante son las situaciones derivadas de la disminución del crecimiento fetal y las dificultades diagnósticas y de manejo que implica. Se realizará un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar a las gestantes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente del municipio Morón en el período comprendido entre septiembre de 2021 a mayo de 2023. El universo y muestra de estudio estuvo comprendido por las 38 pacientes que fueron atendidas en el corte de nuestro periodo de estudio. Resultando que la edad gestacional en el momento del parto en el mayor por ciento de los casos ocurrió entre las 37 y 41 semanas de gestación con 39.47 %. el municipio de mayor incidencia fue el municipio de Morón con el 39.47 % por ser el de mayor densidad poblacional; el Apgar al nacer de mayor predominio es de 9/9 con 78.94 %; el peso al nacer de entre 2001 a 3004 fue el dominante de un 42.11 %. Concluyendo que el mayor porcentaje de recién nacidos obtuvo un puntaje de Apgar normal y presentó un peso superior a 2000 gr; a pesar de ser recién nacidos con diagnóstico de RCIU el Apgar al nacer de mayor predominio es de 9/9 %; entre 2001 y 3004 nacieron 16 niños con diagnóstico de RCIU

**Palabras claves:** RCIU; Apgar al nacer.

**INTRODUCCION:** La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología caracterizada por la limitación del potencial del crecimiento fetal de causa heterogénea y manifestaciones variables. <sup>(1)</sup>

Los primeros datos acerca del bajo peso al nacer, al cual se hace referencia, se remontan al siglo XIX cuando en 1828, Charles Billard escribía un texto clínico patológico sobre el recién nacido. Antes del siglo XX cuando se empezó a utilizar la expresión parto prematuro o de pretérmino, los niños que nacían antes del término se denominaban en general "enclenques" o bebés congénitamente debilitados. <sup>(2)</sup>

En 1872, Alexander Gueniot definía la prematuridad de acuerdo con el peso, inapreciable eslabón en la evolución de este concepto, a pesar de que al considerarla como dependiente solamente del peso, incluía, en el grupo de recién nacidos pretérminos, a los pequeños para su edad gestacional. En realidad, antes de 1872 ni siquiera se pesaba a los niños al nacer,

así fueran nacidos a término o prematuros. Por primera vez se introdujo el peso de 2 500 g por Nikolay Millar en 1880, al intentar imponer un límite para estos recién nacidos considerados prematuros, demarcación que llega incluso hasta la época actual.

En 1900 Ranson escribió que en los Estados Unidos "de los miles de niños bajo peso que nacen, la mayoría son puestos calladamente aparte, y se realiza poco o ningún esfuerzo para rescatarlos, éste anteriormente se consideraba y trataba como un infante sin distinciones".

En 1919 se realizó por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso, llamándose prematuros a los neonatos de menos de 2 500 g de peso al nacer.

En 1947, Mc Burney informó acerca de un grupo de niños con edad gestacional de 38 semanas, y cuyo peso al nacer fue menor de 2 500 g, insistía en que estos neonatos no eran prematuros y comentó la alta incidencia de complicaciones que este grupo de niños desarrollaba; sin embargo, hasta 1950 se le llamó prematuro a todo aquel nacimiento con un feto de peso inferior a 2500 g, sin tener en cuenta las semanas de vida intrauterina.

Gruenwald en 1963 reconoció que un tercio de los recién nacidos que pesaban poco se debía a sufrimiento fetal crónico o insuficiencia placentaria y no a prematuridad.

En 1967, Battaglia y Lubchenco publicaron unas tablas de peso según la edad gestacional para establecer el diagnóstico del retraso de crecimiento intrauterino (RCIU).<sup>(3)</sup>

### **OBJETIVO GENERAL:**

Caracterizar a las gestantes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente del municipio Morón.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Distribuir las pacientes según edad gestacional al momento del ingreso y municipio de procedencia.
2. Determinar el estado del recién nacido según el puntaje de Apgar y el peso al nacer.

**DESRROLLO:** Casi 20 millones de niños nacen al año con un peso inferior a 2 500 g en todo el mundo, el 30-40 % de ellos son pequeños para la edad gestacional, y al menos la mitad de ellos, o sea unos 3 millones, tienen desnutrición fetal. Si se previene y corrige no tendrían un futuro sombrío, y sí mayores posibilidades de una vida normal y productiva.<sup>(4)</sup>

Uno de cada 5 niños que nacen en los países en vías de desarrollo tiene un peso menor que 2 500 g. El peso al nacer influye en las posibilidades del recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, su importancia radica no solo en la morbilidad y mortalidad infantil, sino en las múltiples secuelas del desarrollo físico e intelectual, ya sea en el periodo perinatal, la niñez o en la adolescencia. Desde el punto de vista obstétrico, el crecimiento intrauterino es el signo más evidente e importante de bienestar fetal. Los recién nacidos con retraso de crecimiento intrauterino son más vulnerables a la asfixia, la policitemia, la hipoglucemia y la hemorragia pulmonar

Cuba es un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que en los países industrializados. Por ejemplo, en el año 2006 el índice de bajo peso al nacer fue de 5,4 %. De forma general, el promedio es por debajo de 7 %.

Las condiciones económicas a las que se enfrentó el país en la década del 90 repercutieron en las posibilidades de nutrición de la población y esto conllevó a que el índice de bajo peso en el país comenzara a aumentar. Con posterioridad hubo una tendencia a incrementarse que se detuvo en el año 1995 con 9,1 %, no se correspondieron estos índices en los últimos años con la tasa de mortalidad infantil, no fue similar en todas las provincias del país. <sup>(5)</sup>

Ante esta situación se diseñaron estrategias sanitarias que revirtieron favorablemente el cuadro de salud, tanto es así, que se ubica a Cuba, entre los 5 grupos de países con indicadores más bajos del mundo. Para poder seguir disminuyendo la mortalidad infantil, es necesario lograr bajos índices de bajo peso. <sup>(6)</sup>

El bajo peso al nacer ha constituido un enigma en la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas sobre sus causas y consecuencias. Su importancia no solo radica en lo que significa en la morbilidad y la mortalidad infantil, sino que, estos niños presentan múltiples problemas con posterioridad.

El Programa para la reducción del bajo peso al nacer señala que los niños nacidos con un peso inferior a los 2 500 g presentan riesgo de mortalidad catorce veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término. El bajo peso presenta múltiples factores de riesgos maternos como son: enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, desnutrición materna, ganancia insuficiente de peso y la vaginosis.

Parece lógico que el térmico retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se aplique en un feto cuando muestre una clara merma en su desarrollo. Pero este concepto tropieza con dos

problemas esenciales: a) establecer el peso adecuado para cada semana de embarazo, y b) definir los límites mínimos de la normalidad. <sup>(7)</sup>

Se denomina restricción del crecimiento intrauterino al fallo del feto en alcanzar su potencial intrínseco de crecimiento. Se considera que existe ésta cuando hay un déficit general del crecimiento fetal y el peso de éste es inferior al 10º percentil para la edad gestacional. <sup>(8)</sup>

La RCIU está asociado a elevada morbilidad neonatal y la misma se eleva cuando se asocia a la prematuridad, la necesidad de reducir las interrupciones de gestación en edades gestacionales muy cerca del límite de la Periviabilidad (28 semanas) y poder adoptar una conducta expectante con vista a que la extracción sea de acuerdo con las supervivencias de los servicios de neonatología, es necesario actualizar nuestros conceptos de manejo de esta entidad. <sup>(9)</sup>

Con la introducción de tecnología predictoras y diagnósticas como lo son, la Flujometría Doppler que permite unido a los factores de riesgo identificar el grupo de gestante con elevado riesgo y someterlas acciones de vigilancia que permitan la identificación precoz de esta patología y una vez en la atención secundaria aplicando los conocimientos de hemodinámica fetal y de las pruebas de bienestar fetal , así como intervenciones que permiten mejorar los resultados perinatales como los inductores de la maduración pulmonar y la neuroprotección fetal lograr adoptar conductas conservadoras que permitan la extracción fetal antes que se deteriore su estado pero a una edad gestacional de mayor seguridad.

El buen diagnóstico y seguimiento de los diversos factores de riesgo es importante, pues estos están presentes en el 66 % de los casos. <sup>(10)</sup>

Los factores de riesgo más comunes son la edad menor de 16 y mayor de 35 años, multíparas con período intergenésico corto (< 1 año), productos de bajo peso al nacer previos, fumadora habitual, estado socioeconómico bajo y trabajo duro, enfermedades maternas previas al embarazo o dependientes de este, antecedentes de amenaza de aborto en embarazo actual, hemorragia de la 2da. mitad del

Ultrasonografía constituye el método más eficaz para el diagnóstico del retardo del crecimiento fetal. El cálculo del peso fetal es un procedimiento frecuente que se realiza durante el embarazo. El bajo peso al nacer y la tendencia a desarrollar infección son inversamente proporcionales. Por ello el nacer con menos de 2 500 g es el índice pronóstico más importante de la mortalidad infantil y de la morbilidad inmediata y embarazo, bajo peso

materno a la captación, ganancia insuficiente de peso materno durante el embarazo, infecciones, factores genéticos (talla materna pequeña), embarazo múltiple, drogadicción y alcoholismo, exposición a radiaciones, malformaciones congénitas fetales, entre otros. <sup>(11)</sup>

La a largo plazo. <sup>(12)</sup>

## MÉTODO.

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo para caracterizar a las gestantes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente del municipio Morón en el período comprendido entre septiembre de 2021 hasta la fecha.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Distribución de las gestantes según grupo de edad gestacional ingresadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital General Docente Roberto Rodríguez Fernández en el período comprendido entre septiembre del 2021 a mayo del 2023.

Grupo de edades	NO	%
28-34 semanas	10	26.32 %
34-36.6 semanas	13	34.21 %
37.41 semanas	15	39.47 %
Total	38	100 %

**Fuente:** Historia Clínica.

Al analizar la tabla 1 se observa que los RCIU fueron más frecuentes en el grupo de edades gestacional de 37 a 41 semanas en un 39.47 %, seguidos por el grupo de 34 a 36.6 semanas con un 34.21 %.

**Tabla 2.** Distribución según municipio de procedencia.

Municipio de procedencia.	NO	%
Morón	15	39.47 %
1ro Enero	2	5.26 %
Chambas	6	15.79 %
Ciro redondo	1	2.63 %
Bolivia	6	15.79 %
Florencia	8	21.05 %
Total	38	100 %

**Fuente:** Libro de parto.

La distribución de los RCIU según municipio de procedencia se muestra en la tabla 2, Predominando el Municipio de Morón con el 39.47 % por su gran densidad de población.

**Tabla 3.** Distribución según peso fetal al nacer

Peso fetal al nacer	NO	%
Menos de 1500g	8	21.05 %
1500-2000g	14	36.84 %
2001-3004g	16	42.11 %
Total	38	100 %

**Fuente:** Libro de parto.

En cuanto al peso del recién nacido Con diagnóstico de RCIU, en la tabla 3 se observa que el 42.11 % pesó entre 2001 y 3004 gramos, entre 1500-2000g el 36.84 % y en menor cuantía el grupo de menor de 1500 gramos con el 21.05 %.

**Tabla 4.** Distribución del recién nacido según puntaje de apgar.

Puntaje de apgar	NO	%
Recién nacido normal	30	78.94 %
Moderadamente deprimido	4	10.53 %
Severamente deprimido	4	10.53 %
Total	38	100 %

**Fuente:** Historia Clínica

En la tabla 4 se muestran los resultados relacionados con el apgar del recién nacido donde hay un alza en los recién nacidos normal con el 78.94 % y una igualdad entre los moderadamente deprimidos y los severamente deprimidos.

### **CONCLUSIONES**

1-Los RCIU predominó en el grupo de edad gestacional de 37 – 41 semanas o sea el mayor porcentaje fue a término.

2-La mayor cantidad de recién nacidos con diagnóstico de RCIU fue de entre el 2001 y 2004, casi el peso ideal para un recién nacido al igual que el puntaje de apgar.

3-Existió predominio en el municipio Morón por ser de mayor densidad de población con 13 de los 38 nacidos en este periodo

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1-R restricción del Crecimiento Intrauterino. Cap. 20. En: Libro de obstetricia de la Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Chile: Universidad de Chile; 2005. p. 263.

2-Burgos J, Melchor JC. El retraso de crecimiento intrauterino. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Capítulo 102. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A; 2007. p. 887-895.

3-Colectivo de autores. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2017. Capítulo 13. 142p.

4-Zaporta Periut R. Factores de Riesgo en el Crecimiento Intrauterino Retardado. Sancti Spíritus: Hospital General "Camilo Cienfuegos"; 2017

5-Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Cap. 33. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 192.

6-Central de apuntes de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chile 2018. Disponible en: <http://www.cedip.cl>

7-Peraza Roque GJ, Pérez Delgado S de la C, Figueroa Barreto Z de los A. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2016; 17(5):490-6.



## II Jornada Científica Virtual de Enfermería en Ciego de Ávila 2022

8-Fajardo Luig R. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018; 24(4).

9-Ministerio de Salud Pública. Consenso de procederes diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. Cap. 31. La Habana: MINSAP; 2010. p. 218.

10-Oliva J. Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR). En: Texto para estudiantes de pre y post grado. p. 1-14. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros/obstetricia/indice.html> 2016

11-López José Israel, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2014 [consultado 24 Jul 2017]; 30(1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-6](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-6)

12-Aguilera MR. Factores de riesgo más frecuente en el Retardo del Crecimiento Intrauterino. Hospital América Áreas. La Habana. Tesis de Maestría en Atención Integral a la mujer