

# Retardo del crecimiento fetal

## *Fetal Growth Retardation*

Prof. Dr. José Luís Delgadillo<sup>1</sup>

El crecimiento y desarrollo del ser humano es un proceso dinámico y continuo que ocurre desde la fecundación hasta la madurez. A lo largo del proceso se presentan interacciones entre la información genética contenida en el cigoto y las múltiples variables ambientales de las que depende la completa expresión genética<sup>(1,2)</sup>.

Una de las consecuencias de las condiciones deficitarias maternas y medioambientales, que alteran la salud de la madre, embrión, feto, y neonato, es el retardo o restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Esta patología, desde una conceptualización biológica constituye la insuficiente expresión del potencial genético del crecimiento fetal y es considerado como un importante problema tanto en obstetricia como en pediatría por la significativa contribución a la morbimortalidad perinatal, neonatal e infantil. Se acepta generalmente la definición bioestadística del neonato con RCIU como “todo aquel cuyo peso al nacer se sitúa por debajo del percentil 10 del peso que le correspondería por su edad gestacional, referida a la curva de crecimiento intrauterino del país”<sup>(3,4)</sup>.

La prevalencia del RCIU en los países de nuestra región oscila entre el 10% y 17% de los nacidos vivos. En algunos países pobres de Latinoamérica esta cifra puede llegar a un 34-40%<sup>(4-6)</sup>.

Los neonatos con RCIU comparados con los de peso adecuado al nacer tienen una tasa de mortalidad perinatal 8 veces mayor y 7 veces más alto el riesgo de morbilidad que incluye no solo asfixia neonatal, hipotermia, poliglobulia, hiperbilirrubinemia, malformaciones congénitas, hipocalcemia, e hipoglucemia sino también alteraciones en el desarrollo pondoestatural y secuelas neurológicas posteriores. Por ello el RCIU

adquiere relevancia particular en los países subdesarrollados como el nuestro donde su frecuencia debe precisarse<sup>(3-5)</sup>.

En Paraguay, en el 2004, las defunciones ocurridas en las cuatro primeras semanas de vida (Mortalidad neonatal: Tasa: 10,7 x 1000% nacidos vivos registrados) constituyeron el 60% de las defunciones del primer año (Mortalidad infantil: Tasa: 17,0 x 1000 nacidos vivos registrados). El 70% de las muertes neonatales ocurrieron en la primera semana (Mortalidad neonatal precoz, 0 a 6 días de vida, Tasa: 8,5 x 1000 nacidos vivos). Estas cifras ubican a la mortalidad neonatal y a la atención de la embarazada y el recién nacido como problemas prioritarios de salud pública<sup>(7)</sup>.

Las causas de la mortalidad perinatal (mortalidad fetal tardía, 28 semanas de gestación, más la mortalidad neonatal precoz, hasta el 7mo. Día, postnatal. Tasa: 17,2 x 1000 nacidos vivos) fueron, excluyendo las malformaciones: lesiones debidas al parto, infecciones del recién nacido, prematuridad y enfermedades de la madre<sup>(7)</sup>.

El manejo obstétrico racional del RCIU impone la necesidad de identificar durante el embarazo los factores fetales, placentarios, maternos y ambientales de riesgo que aproximadamente en el 60% de los casos están asociados como causas determinantes, a saber: nivel social y educacional bajo de la madre, paridad, enfermedades crónicas renales, hipertensión arterial, diabetes, gemelaridad, infecciones perinatales: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, sífilis, malformaciones, consumo de drogas, abuso del alcohol, hábito de fumar y el estrés que algunos estudios sugieren asociado con el bajo peso de nacimiento<sup>(3,5,6,8-10)</sup>.

La limitación del espacio editorial nos impide dis-

---

1. Profesor Titular de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Académico de Número de la Academia de Medicina del Paraguay. Socio Vitalicio y Miembro Honorario de la Sociedad Paraguaya de Pediatría.

cutir la influencia de cada uno de los factores señalados sobre el crecimiento fetal. Es oportuno, sin embargo, enfatizar que corresponde al obstetra la responsabilidad técnico-profesional de establecer el diagnóstico correcto y oportuno del RCIU basado en los métodos clínicos y ultrasonográficos disponibles. Ciertas mediciones bioquímicas de hormonas, enzimas, otros metabolitos y el monitoreo electrónico fetal no se justifican por ser poco confiables <sup>(3,5)</sup>.

El diagnóstico de RCIU plantea de inmediato la disyuntiva de si el embarazo puede continuar o debe interrumpirse con una cesárea. La correcta decisión se basará en la valoración, en cada caso, de toda la información disponible sobre el crecimiento y el bienestar fetal, la edad gestacional, la maduración fetal, y la causa del RCIU. A nuestro criterio, de la toma de decisión debe participar el neonatólogo, quién es idóneo para ocuparse de la atención inmediata del recién nacido: aspiración meconial, evitar el enfriamiento entre otras intervenciones apropiadas.

En este número la revista publica un trabajo, muy bien desarrollado con el título: **Restricción de creci-**

**miento intrauterino: causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados a policitemia sintomática** <sup>(11)</sup>. Es un aporte significativo a la bibliografía nacional, pues ofrece resultados y conclusiones de gran utilidad para el tratamiento de los problemas detectados en 259 neonatos con RCIU nacidos en el Hospital Nacional de Itaguá, desde enero 1999 a diciembre 2001.

Finalmente destacamos que el estudio del crecimiento del feto y del recién nacido, ámbito de la perinatología, es de extraordinaria importancia para el correcto manejo del niño/a en sus etapas de vida intra y extra uterina inicial. Tomemos definitivamente real conciencia de que el producto de la concepción depende en gran medida de las condiciones prenatales.

La genialidad de Leonardo da Vinci en 1510-12 lo llevó a dibujar al niño dentro del útero, resaltando en sus trazos los vasos sanguíneos de unión a la madre a través de la placenta. El concepto de interdependencia e indisolubilidad **madre e hijo/a**, tuvo así magistral creación en la bella obra de arte del genio.

Se requiere fortalecer en nuestro país equipos multidisciplinarios dedicados a la resolución parcial o total de los múltiples problemas de la salud perinatal.

---

## REFERENCIAS

1. Meneghello RJ. Introducción: temas de perinatología. En: Meneghello RJ, editor. *Pediatría*. Santiago, Chile: Panamericana; 1976.p. 178-79.
2. Gary Cunningham F. Alteraciones del crecimiento fetal. En: Cunningham F, editor. *Williams Obstetricia*. 21 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.p. 637-54.
3. Belizan J, Villar J, Carroli G. Retardo del crecimiento fetal. En: Pérez-Sánchez A, Donoso-Siña E. *Obstetricia*. 2da ed. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1992.p.368-78.
4. Ortiz I. Retardo del crecimiento intrauterino fetal. En: Cifuentes R. *Obstetricia de alto riesgo*. Colombia: Talleres Gráficos de Imprenta Departamental, Hospital Universitario del Valle Cali; 1987.p.139-46.
5. Morgues M. Crecimiento y desarrollo del feto y recién nacido. En: Rizzardini M, Saieh C. *Pediatría*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas; 1999.p.176-88.
6. Fescina R, Schwarcz R, Penzo SM. Retardo del crecimiento intrauterino. En: Ruoti M. *Obstetricia y perinatología*. 2da ed. Asunción: EFACIM-EDUNA; 2000.p. 1105-118.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación y Evaluación. Departamento de Bioestadística. *Indicadores básicos de salud*. Asunción: MSPyBS; 2005.
8. Delgadillo JL. Síndrome de hiperviscosidad del neonato. En: Meneghello RJ. *Diálogos en pediatría*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1995.p. 170-74.
9. Arora NK, Paul VK, Singh M. Morbidity and mortality in term infants with intrauterine growth retardation. *J Trop Pediatr*. 1987;33(4):186-89.
10. Vorherr H. Factors influencing fetal growth. *Am J Ostet Gynecol*. 1982;42:577-80.
11. Godoy Torales G, Zacur de Jiménez M. Restricción de crecimiento intrauterino: causas, características clínicas, y evaluación de factores asociados a policitemia sintomática. *Pediatr (Asunción)*. 2008;35(2):77-87.