

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO PROVINCIAL DOCENTE  
"MARIANA GRAJALES"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### FACTORES RELACIONADOS CON EL RECIÉN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL.

Por:

Dra. Yaquelín Pérez Martínez<sup>1</sup>, Lic. Tania García Ventura<sup>2</sup> y Dr. Orlando R. Molina Hernández<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.
2. Licenciada en Enfermería. Instructora. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Neonatología. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

**Descriptor de DeCS:**

RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO  
RECIÉN NACIDO PEQUEÑO PARA LA  
EDAD GESTACIONAL  
FACTORES DE RIESGO

**Subject headings:**

INFANT, LOW BIRTH WEIGHT  
INFANT, SMALL FOR GESTATIONAL AGE  
RISK FACTORS

El recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) es el que tiene peso bajo para su tiempo de gestación, con base en normas poblacionales y un punto de corte ponderal predeterminado (menor de 2 desviaciones estándar)<sup>1</sup>.

El concepto de PEG no es siempre sinónimo de malnutrición fetal; algunos neonatos pueden ser considerados como tales sin haber sido objeto de restricción uterina, pues su potencial genético y su percentil de crecimiento han estado durante toda la gestación por debajo del percentil 10<sup>2</sup>.

La categoría de recién nacido PEG es un concepto meramente estadístico, asignado a niños con un peso al nacer que se sitúa debajo de un umbral previamente fijado, bien sea el P10, P5 o 2 desviaciones estándar, mientras que el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es un concepto dinámico, longitudinal y que engloba a todo proceso capaz de limitar o restringir, en la fase intrauterina, el potencial intrínseco del feto<sup>2</sup>.

Es difícil precisar la incidencia real del neonato PEG, pues esto varía según la población estudiada, localización geográfica, criterios diagnósticos y la curva de crecimiento utilizada como referencia.

En nuestro hospital, la incidencia en el año 2002 fue de 2,4 %, al relacionarlo con el total de nacidos vivos; en Latinoamérica oscila entre 1,8 % en Argentina y 13,8 % en Honduras<sup>3</sup>.

Numerosos estudios publican información sobre el recién nacido de bajo peso; sin embargo, pocos profundizan en el PEG. Teniendo en cuenta que estos infantes muestran gran labilidad para padecer distintas enfermedades, con evolución tórpida en muchos casos, nos motivamos a realizar esta investigación, que pretende determinar algunos de los factores que pueden predisponer al nacimiento de un neonato de bajo peso, pequeño para la edad gestacional, porque en la génesis de la morbilidad y mortalidad neonatal no pueden desconocerse estos factores. Estos elementos, unidos a otros aspectos ya conocidos del bajo peso al nacer, permitirán hacer una valoración integral de este recién nacido y establecer distintas zonas de riesgo, de manera que el especialista pueda anticipar problemas clínicos de acuerdo con la categoría a la que pertenece el paciente, y así tomar la conducta más adecuada en cada caso.

Nuestra investigación consistió en un estudio descriptivo-retrospectivo de todos los recién nacidos con bajo peso (menos de 2500 g) clasificados PEG: 140 neonatos, que ingresaron en la Unidad de Cuidados Especiales Neonatales del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de la ciudad de Santa Clara, durante el año 2002; se excluyeron los nacidos de partos múltiples.

Los datos fueron procesados usando el programa estadístico SPSS para Windows.

Se analizaron algunos de los factores maternos que pueden influir en la aparición de un recién nacido de bajo peso, entre ellos, las edades extremas (menos de 20 años y 35 y más años); en esta investigación se presentaron en el 10,7 % y el 12,1 % de los casos respectivamente. Al comparar estos valores con la hipótesis de riesgo, los resultados no arrojaron diferencias significativas, por lo que se puede afirmar que en este estudio la edad materna, por sí sola, no representa un riesgo para que se produzca un bebé pequeño para la edad gestacional.

En un estudio realizado en Israel, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, se halló que las proporciones de recién nacidos PEG eran significativamente superiores en las madres más jóvenes<sup>4</sup>, lo cual difiere de los resultados encontrados en nuestro estudio.

El hábito de fumar estuvo presente en el 7,9 % de los casos; cifras superiores fueron informadas en estudios efectuados en universidades de Estados Unidos, donde el 24 % de los recién nacidos PEG estaban asociados con el hábito de fumar<sup>5</sup>; investigadores, como Mitchell y Thompson<sup>6</sup>, informaron 21 % de nacimientos de bajo peso en madres con antecedentes de haber fumado durante el embarazo.

Se ha demostrado que el tabaquismo provoca liberación de adrenalina y noradrenalina, que pueden inducir espasmos de los vasos sanguíneos uterinos y un flujo de sangre reducido al útero; además, la capa endotelial vascular fetal produce menos prostaciclina cuando la madre fuma, lo que también puede reducir el flujo de sangre al feto<sup>7</sup>.

La reducida cifra de gestantes consumidoras de cigarrillos en esta casuística (7,9 %) se explica por el conjunto de Programas de Prevención y Promoción de la Salud vigentes en nuestro país, que están dirigidos principalmente a actividades preventivas en grupos vulnerables, como el de la mujer gestante. Una disminución considerable de neonatos de talla pequeña para la edad gestacional podrá alcanzarse si no se exponen las mujeres embarazadas al hábito de fumar.

La rotura prematura de las membranas ovulares se presentó en 17,9 % de las embarazadas, cuyos bebés nacieron con un peso inferior a 2 500 g. Evidencias recientes sugieren que esta rotura está relacionada con procesos bioquímicos, que incluyen la disrupción de la fibra colágena dentro de la matriz extracelular del amnios y el corion, además de la apoptosis de las células que conforman las membranas fetales. El principal riesgo es el infeccioso, tanto para la madre como para el feto y el recién nacido, y el de prematuridad, solo para este último<sup>3</sup>.

Analizando las afecciones maternas como factor predisponente a la aparición de un recién nacido con peso inferior al percentil 10, consideramos la enfermedad hipertensiva gravídica, que se presentó en el 32,9 % de los casos. Evidentemente, la hipertensión en el embarazo representa una situación comprometida para el feto y el recién nacido, y en nuestra revisión se asocia a resultados desfavorables en el peso del mismo. Por tanto, toda gestante hipertensa, independientemente de la clasificación, deberá ser valorada individual e integralmente; se investigarán los signos presuntivos de complicación de la entidad, así como los indicadores de bienestar fetal.

Se analizó el crecimiento intrauterino retardado, como posible factor que contribuyó a la aparición de un recién nacido con peso inferior a 2 desviaciones estándar de la media para la edad gestacional. De los 140 neonatos PEG, 36,4 % fueron el resultado de un CIUR, mientras que 63,5% tuvieron un "aparente" crecimiento intrauterino normal (CIUN).

Se concluye que los factores causales que influyeron en el nacimiento de un neonato pequeño para la edad gestacional en la muestra analizada, fueron: la nuliparidad, la enfermedad hipertensiva gravídica y la rotura prematura de membranas. El crecimiento intrauterino retardado repercutió de forma significativa sobre el déficit ponderal del recién nacido estudiado.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Correau JA, Gómez JF, Posada R. Retardo del crecimiento intrauterino. En: Fundamentos de pediatría vol.1. 2<sup>da</sup> ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1999. p. 592-9.

2. García J, Villanova D, Carceller R. Crecimiento intrauterino retardado frente a pequeño para su edad gestacional. Hospital Universitario Materno Infantil "Miguel Servet" Zaragoza, España. *An Esp Pediatr.* 2002;57:585-9.
3. Martínez E. Bajo peso al nacer. En: *Perinatología-neonatología.* Colombia: Uninorte; 2000. p. 37-65.
4. Matern J. El embarazo adolescente. *Med Fetal.* 2001;10(6):393-7.
5. Edwards J. Hábito de fumar y embarazo. *Nurs Res Oriental.* 2002;24(8):887-04.
6. Mitchell EA, Thompson JM, Robinson E. Smoking, nicotina and risk of small for gestational age babies. *Acta Paediatr.* 2002;91(3):323-8.
7. Spellacy WN. Retraso del crecimiento fetal. En: Scout JR, Di Saia PJ, Hammond Ch, Spellacy WN. *Danforth tratado de obstetricia y ginecología.* 8<sup>va</sup> ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 291-7.
8. Clark R, Tomhas P, Peabudy J. Intrauterine growth restriction remains a serious problem in prematurely born neonates. *Pediatrics.* 2003;111(5):986- 96.