

Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad

Factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino y prematuridad en dos municipios de la provincia de Buenos Aires.

Bolzan A, Guimarey L y Norry M, Arch Arg Pediatr 1998; 96:155.

Objetivo

1. Identificar factores de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad (P)
2. Evaluar su relación con el crecimiento neonatal.

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo.

Lugar

Hospital Materno-Infantil nivel II de San Clemente, que asiste a nueve centros de salud: ocho del municipio La Costa y uno de General Lavalle; provincia de Buenos Aires, Argentina.

Participantes

Se estudiaron 1 002 embarazadas y sus recién nacidos, en el período enero '96 - abril '97 (95% del total de recién nacidos de ese período). Los datos fueron obtenidos del Sistema Informático Perinatal.

Evaluación de factores pronósticos

Se definieron 14 variables maternas como factores de riesgo: talla, edad materna, educación, estado civil, paridad, intervalo intergenésico, peso gravídico en el primer y último control prenatal, incremento del peso gestacional, índice de masa corporal (IMC), amenaza de parto prematuro y ruptura prematura de membranas, hábito de fumar, número de consultas prenatales, y edad gestacional al primer control prenatal. Las variables antropométricas neonatales fueron peso, talla, perímetro cefálico y el índice de masa corporal.

Medición del resultado principal

Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y riesgo atribuible. Los Odds Ratio* (OR) se calcularon estratificando por edad materna.

Fuente de financiamiento: No especificada.

Resultados principales

Hubo 97 prematuros (9.7% del total de nacimientos, 7 de los cuales tenían RCIU), y un total de 89 de recién nacidos con RCIU (8.7% del total). El 3,9% de las embarazadas carecieron de control prenatal. El 1,6% fueron embarazos múltiples.

No hubo relación entre prematuridad y RCIU. En las tablas se presentan las variables relacionadas con RCIU y P, con sus respectivos OR* e IC95%.

Tabla 1: Retardo de crecimiento intrauterino

Variables	OR*	IC 95%
Peso al primer control < 56 Kg	3.21	2.03-5.07
Peso al último control < 66 Kg	3.01	1.93 - 4.68
Índice de masa corporal < 19.8 Kg/m ²	3.59	2.07-5.87
Talla < 155 cm	1.82	1.28-5.33
Hábito de fumar	2.51	1.28-5.33
Ganancia de peso total < percentilo 25	1.9	1.19-3.03

Tabla 2: Prematuridad

Variables	OR*	IC 95%
Peso al primer control < 56 Kg	2.29	1.41-3.72
Peso al último control < 66 Kg	2.34	1.44-3.80
Amenaza de parto prematuro	7.05	4.02-12.4
Ruptura prematura de membranas	3.45	1.34-8.86
Nro. de controles prenatales < 3	3.33	1.76-6.27

Conclusiones

Muchas variables fácilmente identificables y modificables estuvieron implicadas como factores de riesgo de RCIU y P. La prevalencia de estos factores fue baja.

COMENTARIO

La epidemiología desempeña un papel primordial en la identificación de problemáticas de salud pública y en la planificación de programas destinados a solucionarlos¹. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de los registros a la hora de planificar y realizar intervenciones adecuadas en salud; para evitar que patologías prevalentes como RCIU y P, contribuyan considerablemente a la morbilidad neonatal. En 1996, en Argentina, nacieron 64 342 niños prematuros (9,5 % del total de nacidos vivos); y 46 932 con un peso menor a 2 500 gramos (7 % del total de nacidos vivos); de los cuales un 3 % tuvo una edad gestacional < 37 semanas². En el mismo año, el bajo peso al nacer contribuyó con el 57 % de la tasa de mortalidad infantil, siendo el riesgo de muerte mayor que con un peso \geq a 2.500 gramos (el 50 % de los niños fallecidos fueron a su vez pretérmino). Esta situación enfatiza la inadecuada calidad del sistema de salud y la necesidad de priorizar las acciones en el control prenatal, con un enfoque de atención primaria de la salud (APS); tanto para un abordaje apropiado del sector Materno-Infantil como para mejorar la adecuación de los servicios. Existen numerosas experiencias en otros países, que han encarado esta problemática desde el aspecto preventivo, logrando descensos en las tasas de prematuridad³⁻⁴. A pesar de la gravedad que demuestran los datos citados,

no se cuenta con experiencias de este tipo en nuestro país. Para enfrentar esta situación surgió como alternativa, la utilización del Enfoque de Riesgo, basado en el concepto de riesgo; propuesto por la OPS/OMS⁵. Éste se define como la probabilidad que tiene una persona de sufrir en el futuro un daño en su salud y se basa en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. Es de destacar que a nivel local, en un hospital público⁶ se llevó a cabo un estudio basado en el Enfoque de Riesgo; observándose que el riesgo de prematuridad fue mayor en las variables aquí consideradas; las que al análisis fueron significativas. Debemos recordar que las investigaciones realizadas mediante registros institucionales pueden presentar sesgos y que reflejan sólo el estado sanitario de una parte de la comunidad (la que consulta). De ahí la necesidad de emprender microestudios a nivel país, para realizar diagnóstico de situación y sustentar la toma de decisiones y no actuar por mera intuición. De todas maneras, la prevalencia de P y RCIU en esta muestra es similar a la estimada para toda la población. El aporte de este estudio es principalmente descriptivo, por el tipo de análisis y diseño y no se puede analizar el aporte independiente de cada factor de riesgo en el desarrollo de RCIU y prematuridad.

*Ver Glosario

Dra. Nanci Giraudó

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. White F. La epidemiología y el fomento de la salud. Bol OF Sanit Panam 1990; 108: 1-14.
2. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica - 1996. Serie 5 Número 40. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires. Argentina.
3. Papiernik E y cols. Prevention of Paterm Births: A perinatal study in Haguenau, France. Pediatrics 1985; 76: 154-158.
4. Main D y cols. Can preterm delivery be prevented?. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 892-898.
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la atención Materno-Infantil. Serie Patex N 7, 1986.
6. Grandi C, Di Marco I, Anido P y cols. Prevención de la Prematuridad mediante la utilización del Enfoque de Riesgo. Rev.Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1992; XI: 24-37.