

## RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: UN GRAVE PROBLEMA DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO\*

Los países en vías de desarrollo representan el 76% de la población mundial, 99% de las muertes maternas, 95% de las muertes infantiles, 98% de las muertes perinatales, 95% del crecimiento mundial, 96% de los recién nacidos de bajo peso, 99% de los recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino y 99% de los embarazos adolescentes. Pero solamente el 5% total del dinero invertido en investigación en salud es asignado a la investigación de los programas de los países en desarrollo.

### Situación de la salud perinatal y la mortalidad en nuestra Región

En estos 25 años existe una importante disminución en la mortalidad infantil en los países de América Latina y el Caribe; lo mismo que ocurre en aquellos de América del Norte (Estados Unidos y Canadá).

Sin embargo, la brecha en la mortalidad perinatal entre países desarrollados y en desarrollo está aumentando, y la mortalidad perinatal en AL y el C es más alta que la mortalidad infantil.

La Figura 1 muestra la evolución de la mortalidad

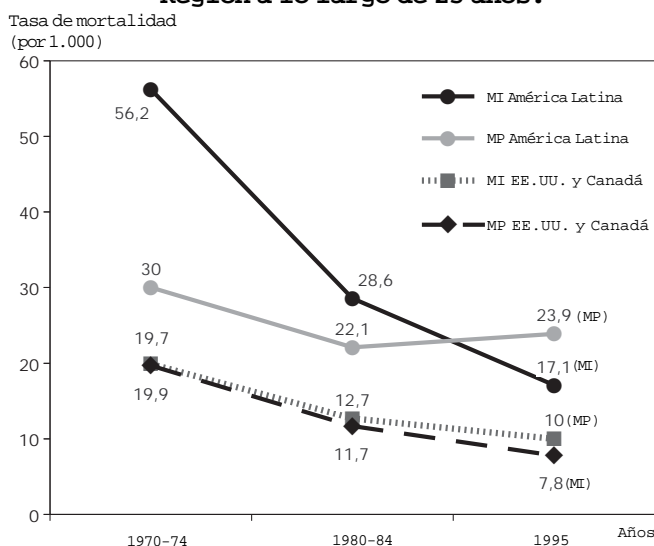
perinatal e infantil de ocho países seleccionados de la Región (Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico y Uruguay) de los cuales se contaba con información de los últimos veinticinco años. En ella se puede apreciar una importante disminución en las cifras de Mortalidad Infantil de 56,2% a 17,1%.

En estos mismos países la disminución de la mortalidad perinatal fue de 30% a 23,9%. Al comparar estas tendencias con las de los dos países más desarrollados de la Región (Estados Unidos y Canadá), se aprecia que la brecha con los mismos ha aumentado en estos veinticinco años.

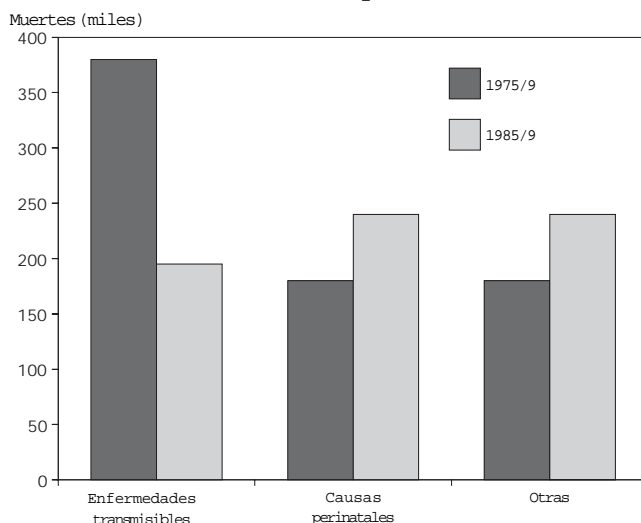
Al considerar trece países de la Región (Argentina, Barbados, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá, Puerto Rico, Uruguay, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala y México), la situación actual es que la mortali-

*Solamente el 5% total del dinero invertido en investigación en salud es asignado a la investigación de los programas de los países en desarrollo.*

**Figura 1:** Tendencias a la mortalidad en la Región a lo largo de 25 años.



**Figura 2:** Mortalidad Infantil en América Latina y el Caribe.



Fuente: Estadísticas de Salud en las Américas. Ed. 1992. Washington DC: OPS; Pub. Cient. 542.

\* Reproducido con autorización de: Salud Perinatal 2000; 18:7-9 (CLAP-OPS-OMS).

dad perinatal es más alta (39,4%) que la mortalidad infantil (31,5%), sin considerar el potencial subregistrado de Mortalidad Fetal.

Es importante señalar que hace dos décadas las enfermedades transmisibles eran las que más contribuían a la mortalidad infantil en los países de nuestra Región, mientras que diez años más tarde el principal componente en nuestros países son las causas perinatales (Figura 2).

Lo antedicho muestra la necesidad de tender medidas para disminuir la mortalidad perinatal y disminuir la brecha con los países desarrollados.

Analizaremos un problema importante y relevante en el mundo que es el bajo peso al nacer (BPN). El BPN, que se define como el peso al nacer menor a 2.500 g, es ampliamente usado como indicador dado que el peso al nacer es un dato recolectado habitualmente en muchas instituciones y que los niños con bajo peso al nacer tienen serias limitaciones en su sobrevivencia y su calidad de vida.<sup>1</sup>

En los países desarrollados, el 6,2% de los recién nacidos tienen bajo peso, mientras que en los países en desarrollo el 16,4% de los recién nacidos presentan BPN.<sup>1</sup>

La composición del BPN presenta dos posibles mecanismos: uno es nacer antes, y consecuentemente ser un niño pretérmino. El otro es sufrir durante la vida fetal un retardo en el crecimiento y consecuentemente es un niño que presenta bajo peso al nacer

pero nace al término.

Existe una composición diferente del BPN entre los países en desarrollo y los desarrollados (Figura 3).

En los países desarrollados, del 6,2% de los BPN, 4,2% nacen antes del término y el 2% son nacidos al término.

En los países en desarrollo, del 16,4% de BPN, 5,4% son pretérminos y el resto, un 11% son nacidos de término, lo que implica que durante la vida fetal tienen un importante retardo en el crecimiento.

Por este motivo, los países desarrollados han visto como un problema importante el nacimiento pretérmino y han enfocado sus esfuerzos en la investigación para prevenir el parto pretérmino y en el tratamiento de los recién nacidos pretérmino.

Lo que es realmente sorprendente, es que en los países en desarrollo la proporción de niños pretérmino de BPN es similar a la de los países desarrollados, y que la diferencia en la incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacer se explica por los niños que son de término y que han sufrido retardo en el crecimiento intrauterino.

Además, mirando las diferencias, en los países desarrollados la mayoría de los recién nacidos con retardo en el crecimiento son asimétricos, mientras que en los países en desarrollo la mayoría son simétricos. Los niños con retardo del crecimiento simétrico son niños que sufrieron retardo fetal crónico y consecuentemente tienen bajo peso, pero también baja talla y circunferencia cefálica menor. También sabemos que los niños con retardo de crecimiento simétrico tienen mayor deterioro en su calidad de vida futura.

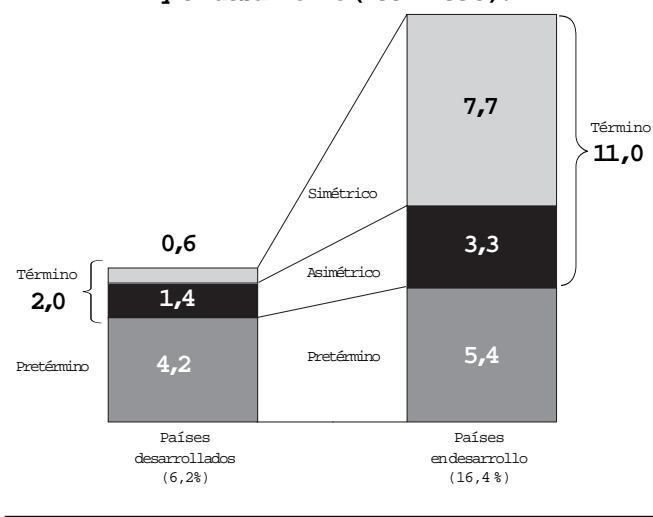
En el mundo en desarrollo, cada año nacen 20 millones de niños con BPN, alrededor de 14 millones de estos niños nacen al término, o sea con retardo en el crecimiento, y usando la mejor clasificación de retardo del crecimiento que es debajo del percentilo 10 para la edad gestacional, existen alrededor de 30 millones de niños que nacen todos los años en el mundo en desarrollo en estas condiciones.<sup>2</sup>

La Tabla 1 muestra cuáles son los riesgos de presentar resultados de morbilidad en los recién nacidos con RCIU en comparación con aquéllos que nacen con peso adecuado (los números que mostramos sobre el riesgo relativo de estos resultados son un conglomerado de diferentes publicaciones y muchos de ellos son sacados de la cohorte de Pelotas, Brasil).<sup>3</sup>

Los niños con RCIU tienen 5 veces más probabilidad de morir durante el período neonatal, 4 veces más probabilidad durante el período post neonatal y 4,7 veces más de morir durante el primer año de vida,

**La situación actual es que la mortalidad perinatal es más alta (39,4%) que la mortalidad infantil (31,5%), sin considerar el potencial subregistrado de Mortalidad Fetal.**

**Figura 3: Incidencia y composición de bajo peso al nacer (< 2.500 g) en países desarrollados y en desarrollo (1992-1995).**



cuando se los compara con los niños nacidos con peso adecuado.

Estimamos que todos los años existen 2 millones de niños que mueren en el mundo en desarrollo durante el primer año de vida, por causas asociadas a la condición de haber nacido con RCIU.

Si los países de América Latina tuvieran las mismas condiciones que los desarrollados y alcanzaran el 6,2% de RCIU de estos países, podrían evitarse más de 51.000 muertes infantiles por año.

En lo que respecta a la morbilidad, los niños con RCIU tiene 2 veces más probabilidades de ser hospitalizados durante los 2 primeros años de vida por diarrea o neumonía. Esto representa 488.000 hospitalizaciones debido a cada

**Los niños con RCIU tienen 5 veces más probabilidad de morir durante el período neonatal, 4 veces más probabilidad durante el período post neonatal y 4,7 veces más de morir durante el primer año de vida.**

una de estas causas por año en los países latinoamericanos. Alrededor de 129.000 hospitalizaciones debido a cada una de estas patologías podrían evitarse si América Latina alcanzara la situación de los países desarrollados.

En los niños evaluados a los 15 años en la cohorte de Brasil (cohorte de Pelotas, Río Grande do Sul), aquéllos que habían nacido con RCIU tenían 3,5 veces más probabilidad de ser hipertensos, lo que significa que existen cerca de 264.000 adolescentes con hipertensión que podría ser atribuida al haber nacido con RCIU en América Latina cada año.

El RCIU está asociado con deterioro en el Coeficiente Intelectual (CI), y en esta cohorte se demostró que los niños

con RCIU tienen 1,6 más probabilidades de tener un CI bajo, lo que representa alrededor de 176.000 niños que nacen en América Latina con este deterioro, asociado al hecho de tener un retraso en el crecimiento fetal.

Los niños con RCIU mostraron 5 veces más probabilidad de tener una talla baja en la vida adulta.

Un estudio realizado en EE.UU. en el Instituto Nacional para la Salud y el Desarrollo del Niño (NICHD) por el Dr. Mark Klebanoff y colaboradores, mostró que aquellas mujeres nacidas con RCIU, cuando son madres, tienen 2,2 veces más probabilidad de tener hijos con RCIU y diabetes gestacional.

Los números nos muestran las serias consecuencias de nacer con retardo del crecimiento ya que no solamente representa un aumento en la mortalidad sino un aumento de la morbilidad en aquéllos que sobreviven, una peor calidad de vida y la perpetuación de esta condición a la próxima generación. Esto representa un círculo vicioso de subdesarrollo.

Si bien estamos convencidos de la importancia y gravedad de la situación, analizaremos cuál es el interés de este problema en lo que respecta a la investi-

**Tabla 1:** Resultados adversos asociados con retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) a lo largo de la vida. Países latinoamericanos (n= 1.673.000 niños con RCIU, 1997).

	RCIU		PA para EG		Casos evitados Tasa RCIU de 6,2% N x 1.000 por año
	Tasa x 1.000	N x 1.000 por año	Tasa x 1.000	Riesgo relativo	
Mortalidad neonatal	36	60	7	5,1	
Mortalidad postneonatal	31	52	8	3,9	
Mortalidad infantil	67	112	15	4,7	51
Hospitalización debida a diarrea durante los 2 primeros años de vida	140	234	70	2,2	68
Hospitalización debida a neumonía durante los 2 primeros años de vida	152	254	90	1,8	61
Presión sanguínea a la edad de 15 años	169	264	55	3,5	102
Coef. Intelectual - 70 a la edad de 15 años	113	176	73	1,6	33
Baja estatura a la edad de 21 años	89	139	18	4,9	64
Madres que dan a luz un niño con RCIU	235	184	122	2,2	49

PA: Peso Adecuado.

gación científica a nivel mundial.

Para mostrar esto, hicimos una revisión de los estudios focalizados a la investigación perinatal registrados en la base de datos de la Biblioteca Cochrane. Los coordinadores de esta base están realizando un gran esfuerzo para registrar todos los estudios realizados y en realización en el mundo.

Existen más de 8 mil investigaciones clínicas aleatorizadas sobre temas perinatales en el mundo. De estas investigaciones solamente el 4,5% consideran el crecimiento fetal como un resultado primario.

Por lo tanto, solamente pocos estudios y pocos investigadores en nuestra especialidad están interesados en este problema. Es más, de estos 103 estudios, 47 están focalizados al manejo de embarazo y parto, y solamente 56 son estudios que tratan de buscar intervenciones que puedan mejorar el crecimiento fetal.

Esto significa que, de la contribución total de la investigación en salud perinatal, solamente el 0,7% de los estudios se han ocupado de buscar soluciones

***Existen más de  
ocho mil  
investigaciones  
clínicas  
aleatorizadas sobre  
temas perinatales  
en el mundo.  
De estas  
investigaciones  
solamente el 4,5%  
consideran el  
crecimiento fetal  
como un resultado  
primario.***

para mejorar el crecimiento fetal.

El retardo del crecimiento intrauterino es un grave problema, quizás el problema de salud más serio que presentan los países en desarrollo, y recibe una pobre atención de los investigadores para la búsqueda de soluciones.

Creemos que los epidemiólogos y los investigadores deben identificar las prioridades y que la comunidad científica que se dedica a la investigación, debería unir esfuerzos para proveer evidencias para la solución de estos problemas.

### **Bibliografía**

- 1 de Onis N, Blösner N, Villar J. Levels and Patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition* 1998; 52: S5-S15.
- 2 Barros FC, Victoria CG. Increased blood pressure adolescents who were small for gestational age at birth: a cohort study in Brazil. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 676-81.

***Lo mejor que le podría pasar a la lengua española es que se convierta en lengua de las ciencias, porque si es cierto que la cultura de cada época es la ciencia de su tiempo ¿dónde quedamos nosotros, que seguimos escribiendo en inglés cuando queremos ser leídos por la comunidad científica?***

**VIOLETA DEMONTE, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, ESPAÑA**