

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-500-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA FAMILIA



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

(O30-O48) Complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre
 (O36) Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos
 (O36.5) Atención Materna por Déficit del Crecimiento Fetal
 (PO5-PO8) Desordenes relacionados con el embarazo
 (PO5) Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal
 (PO5.9) Retardo del crecimiento fetal, no especificado

GPC

Diagnóstico y tratamiento de la Restricción en el Crecimiento Intrauterino

ISBN en trámite

DIAGNÓSTICO

Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno. Se establece el diagnóstico cuando el peso fetal estimado se encuentra por debajo del percentil 10 para la edad gestacional.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El ultrasonido del primer trimestre, específicamente la medición de la longitud cráneo-cauda es el parámetro más exacto para estimar la edad gestacional y su fecha probable de parto. El fondo uterino para realizar el diagnóstico tiene una sensibilidad y especificidad del 27% y 88% respectivamente. Las curvas de fondo uterino personalizadas ajustadas a variables epidemiológicas de cada madre resultan en una mejora de la sensibilidad para la detección de trastornos del crecimiento. Una evaluación por debajo del percentil 10 para la edad gestacional de la circunferencia abdominal y de la estimación del peso fetal mediante ultrasonido obstétrico, tienen mejor sensibilidad y especificidad. La medición de la impedancia al flujo sanguíneo mediante ultrasonido Doppler de las arterias uterinas y de la arteria umbilical permite discriminar la causa del trastorno del crecimiento entre un origen placentario o no placentario. La secuencia de eventos fetales adaptativos a la hipoxia que pueden ser valorados mediante diversas pruebas (Ultrasonido Doppler, registro cardiotocográfico y perfil biofísico) permiten al clínico establecer el momento oportuno de la finalización del embarazo para disminuir al máximo posible la morbilidad y mortalidad neonatal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las intervenciones medicamentosas para el manejo del padecimiento son limitadas, aunque será de gran importancia el inicio de un esquema de inducción de madurez pulmonar en el momento oportuno. Por otro lado, la identificación de los grupos de riesgo permite utilizar medicamentos desde el inicio del segundo trimestre con fines preventivos del padecimiento. Los esteroides antenatales reducen significativamente la incidencia de síndrome de dificultad respiratoria. El tratamiento con Acido Acetilsalícilico (ASA) a dosis bajas iniciando entre las 12 y 16 semanas pueden reducir la incidencia de preeclampsia y de RCIU en población con factores de riesgo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Aunque se han implementado terapéuticas no farmacológicas y medidas de soporte tales como reposo en cama, administración de oxígeno, dieta rica en proteínas, etc. ninguna ha demostrado ser eficaz.

El tratamiento definitivo del padecimiento es el nacimiento. En aquellos fetos de término o que se encuentren muy cercanos a este punto la percepción del problema y la forma de resolverlo por parte del clínico puede ser clara. Sin embargo, en aquellos fetos pretérmino o que se encuentran en un periodo remoto al término del embarazo, el clínico se enfrenta al siguiente dilema: Finalizar la gestación para apartar al feto de un ambiente hostil, aunque con las consecuencias que conlleva la prematuridad; ó prolongar el embarazo con el objetivo de continuar con el proceso de madurez, pero con el riesgo de muerte o lesión neurológica dadas las condiciones de hipoxia.

Una vez diagnosticado un caso de RCIU, se explica a los padres la naturaleza de la enfermedad, la secuencia de eventos, las posibles repercusiones para la vida fetal y post natal y las posibilidades de seguimiento.

Los padres que aceptan el manejo y seguimiento propuesto deben contar con un consentimiento informado. La finalización del embarazo será basada en consenso entre el equipo multidisciplinario que interviene en el manejo (Obstetra, Perinatólogo, Médico Materno-Fetal, Pediatra, Neonatólogo y Anestesiólogo) con los Padres.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Toda paciente en que se detecte falta de crecimiento en el fondo uterino entre una cita y otra, debe solicitarse un ultrasonido para evaluar fetometría (primer nivel al segundo nivel de atención).

Toda paciente con confirmación de trastornos en el crecimiento (peso por debajo del percentil 10 para su edad) debe referirse a un centro especializado para una evaluación hemodinámica materna y fetal con ultrasonido Doppler (segundo al tercer nivel de atención).

INCAPACIDAD

Es conveniente individualizar cada caso, dependiendo de la causa que esté originando la restricción del crecimiento intrauterino, dado que algunos autores han encontrado que no hay evidencia que el reposo mejore la restricción ya que incluso pueden complicarse con tromboembolia, estreñimiento y es causa de estrés para la mujer. Se sugiere proceder según la normatividad vigente y tomando en consideración la patología preexistente.

ESCALAS

CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

CLASIFICACION Y MANEJO

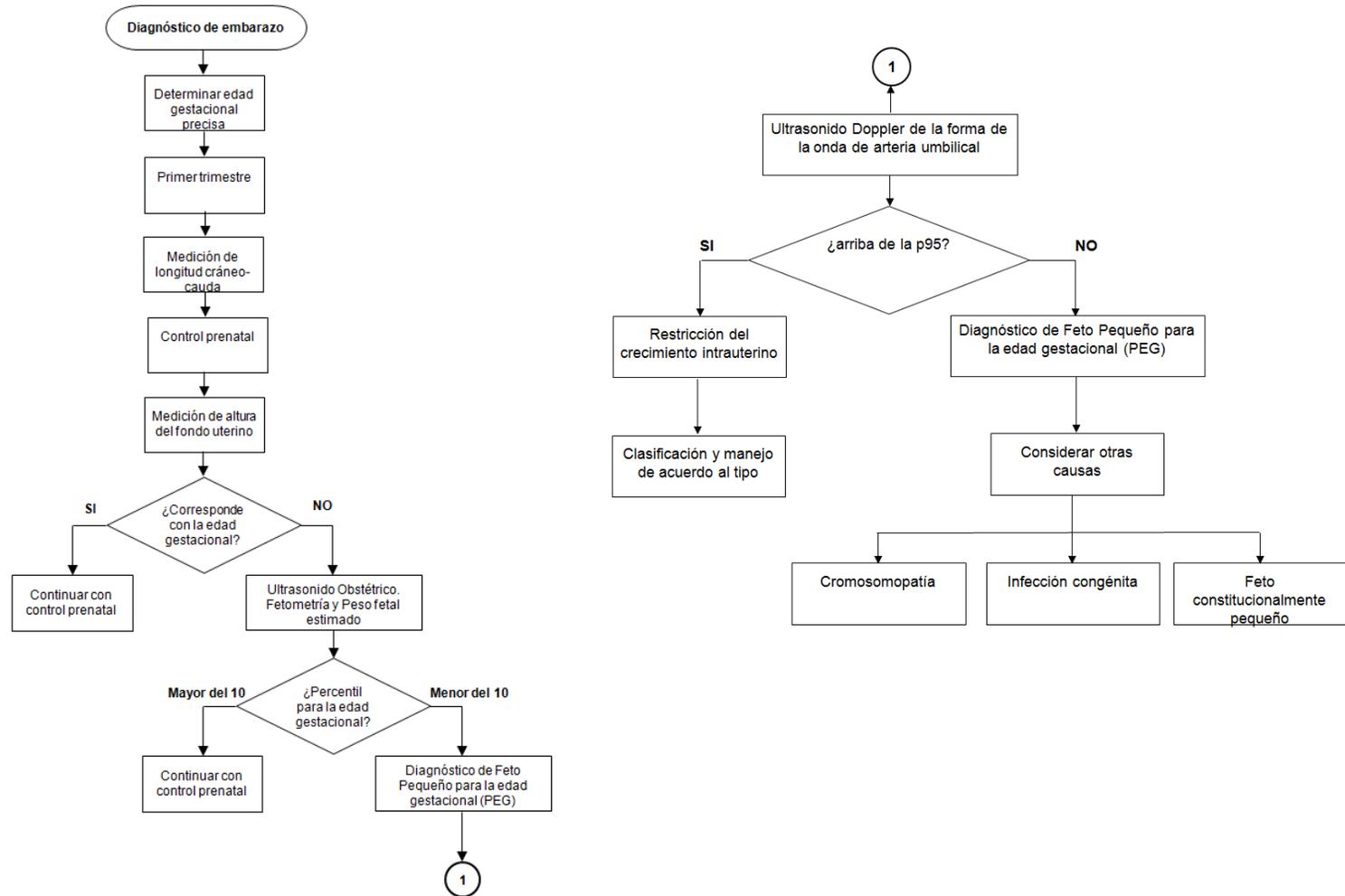
Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	Tipo V
<ul style="list-style-type: none"> ✓ PFE menor p3. ✓ RCP normal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PFE menor p10. ✓ RCP anormal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PFE menor p10. ✓ A. umb ausencia de diástole 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PFE menor p10. ✓ ACM inferior al p5. (2) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ PFE menor p10. • PBF anormal. • AU diás. rev. • RCTG silente o desaceler. • Alt. Venas.
<p>Finalizar 37 semanas. Razonable intentar vía vaginal</p>	<p>Finalizar 37 semanas. Razonable intentar vía vaginal</p>	<p>Finalizar 34 semanas. Se aconseja cesárea electiva.</p>	<p>Finalizar 34 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • FD umb presente: vaginal. • FD umb reverso: cesárea 32 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> - FD reverso umb: Cesárea 28 semanas. - MENOS 28 semanas: CA ausente DV CTG desaceler. PBF menor 4

*PFE: peso fetal estimado.
RCP: Razón cerebro - placentario.*

Abreviaturas: p10: percentil 10; A. Umb: arteria umbilical; ACM: Arteria cerebral media; p5: percentil 5; (2): en dos ocasiones con diferencia de 12 horas; FD umb: Flujo diastólico arteria umbilical; PBF: perfil biofísico; AU diás. rev: Arteria umbilical con flujo diastólico reverso; RCTG: registro cardiotocográfico; desaceler: desaceleraciones; Alt: alteraciones; CA: contracción atrial; DV: ducto venoso.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Detección y manejo de fetos con déficit en el crecimiento intrauterino.



Algoritmo 2. Manejo de la Restricción del Crecimiento Intrauterino de acuerdo a la edad gestacional.

