

Guías de abordaje y seguimiento

Defectos del crecimiento fetal.

Restricción del crecimiento intrauterino

Coordinación científica y Salud Pública SURA / Octubre XX de 2020. V1

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

IMPORTANCIA DEL TEMA

Los defectos del crecimiento fetal durante la gestación afectan entre el 4-17 % de los embarazos y se asocian a mayor morbilidad perinatal, no solo como consecuencia directa de los cambios fisiopatológicos que ocurren sino de la **prematuridad asociada**. Adicionalmente, existe evidencia que asocia la restricción de crecimiento intrauterino con alteraciones metabólicas, cardiovasculares y neurológicas a largo plazo (adultez).

Un diagnóstico oportuno y la vigilancia estrecha en el control prenatal, son fundamentales para disminuir el impacto perinatal.

FACTORES DE RIESGO

Fetales:

- Genéticos, Anomalías cromosómicas
- Malformaciones congénitas
- Gestación múltiple
- Infección fetal del grupo TORCHS
- Placentarios (Lesiones macroscópicas e histológicas, mosaicismo de placenta): insuficiencia placentaria, patología del cordón umbilical

Maternos:

- Insuficiencia útero-placentaria, trastorno hipertensivo
- Disminución en ingesta calórica
- Hipoxemia
- Trastornos hematológicos e inmunológicos como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y las trombofilias hereditarias
- Tabaquismo, sustancias psicoactivas, alcohol
- Tóxicos ambientales
- Técnicas reproductivas

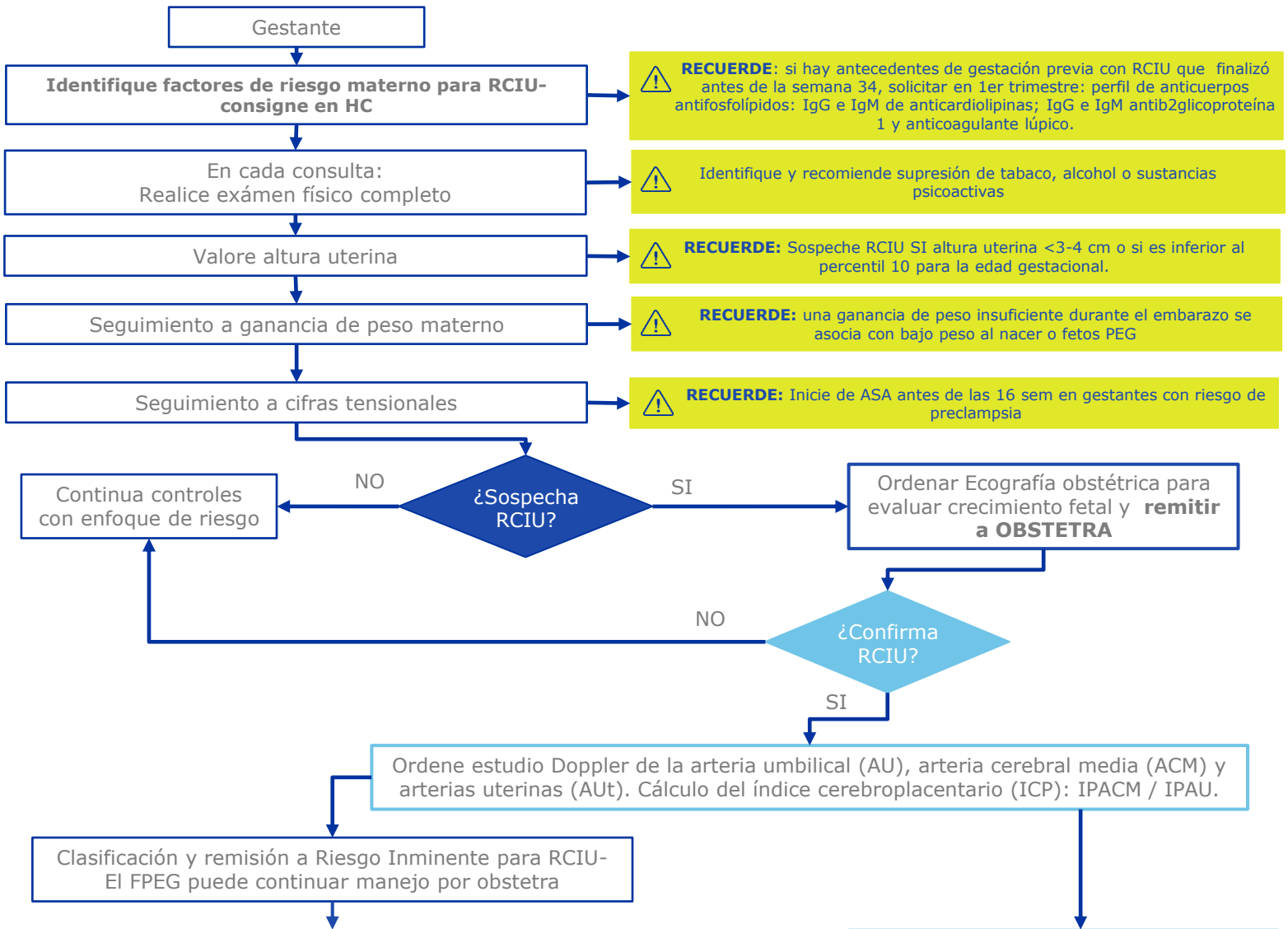
COMPLICACIONES

- Prematuridad.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Hemorragia intraventricular.
- Aspiración de meconio.
- Policitemia.
- Hipoglicemia.
- Complicaciones metabólicas

DEFINICIONES

- **Feto pequeño para edad gestacional (PEG):** Se considera un feto pequeño para edad gestacional (PEG) el que tiene un peso menor al percentil 10 y mayor al percentil 3 para edad gestacional **con doppler normal**.
- **Restricción del crecimiento intrauterino RCIU:** se confirma RCIU cuando se presenta alguno de los siguientes escenarios:
 - Presencia de un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 3
 - Presencia de un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 con alteración del flujo cerebro-umbilical o de las arterias uterinas.

Enfoque de riesgo en control prenatal



CLASIFICACION	CRITERIOS	SEGUIMIENTO	TERMINACION DEL EMBARAZO
Feto pequeño para la edad gestacional (FPEG)	-PFE < 10 + Doppler normal	Doppler fetal cada 2-3 semanas	40 semanas. No se contraindica parto vaginal
RCIU TIPO I	-PFE < 3 + Doppler normal. -PFE < 10 + IP uterinas P > 95 -RCP P < 5 - ACMP < 5 (2 ocasiones > 12 h)	Doppler fetal cada 1-2 semanas	37 semanas. No se contraindica parto vaginal (Si IP ACM < p5 el riesgo de cesárea urgente es del 50%)
RCIU TIPO II	-PFE < 10 + AU con flujo diastólico ausente (+ 50% ciclos en ambas arterias, 2 ocasiones > 12h)	Doppler fetal cada 2-4 días	34 semanas. Cesárea electiva
RCIU TIPO III	-PFE < 10 + AU con flujo diastólico reverso (+ 50% ciclos en ambas arterias, 2 ocasiones > 6-12h) -IP DV > 95 en 2 ocasiones > 6-12h	Doppler fetal cada 24-48 horas	30 semanas. Cesárea electiva
RCIU TIPO IV	-Desaceleraciones espontáneas. -Variabilidad a corto plazo reducida. (<5ms en CTG). -Doppler con onda a reversa en DV	Doppler fetal cada 12 a 48 horas	26 semanas. Cesárea electiva

- ### OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- **Ecografía de detalle anatómico entre las 20-22 semanas**
 - Considerar **estudio genético si:**
 - Edad gestacional menor de 24 semanas y peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 3.
 - Edad gestacional menor de 28 semanas y alteración morfológica (diferente a oligoamnios o alteración estructural menor o biometrías (LF o PC) < -3 desviaciones estándar
 - peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 acompañado de alguna anomalía estructural mayor.
 - **Estudio para TORCHS.**
 - IgG rubéola, Si en primer trimestre fue negativa o no se realizó
 - VDRL o RPR
 - Gota gruesa para malaria en zona endémicas o si hay antecedentes de exposición.
 - IgG e IgM para citomegalovirus (CMV)

*PFE: peso fetal estimado, IP: Índice Pulsatilidad, AU: Arteria Umbilical, DV: Ductus Venoso

Referencias bibliográficas

1. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Defectos del crecimiento fetal. Protocolos. Mayo, 2019
2. Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología y Medicina materno fetal. Consenso de la Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología y medicina materno fetal (FECOPEN). Enfoque y manejo de la restricción del crecimiento fetal. Bogotá, 2018
3. Lees C, Stampalija T, Baschat A, Silva Costa F, Ferrazzi E, Figueras F et al. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2020;56(2):298-312.
4. American College of Obstetricians and Gynecologist. Fetal Growth Restriction. Practice Bulletin. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 133, no. 2, February 2019.