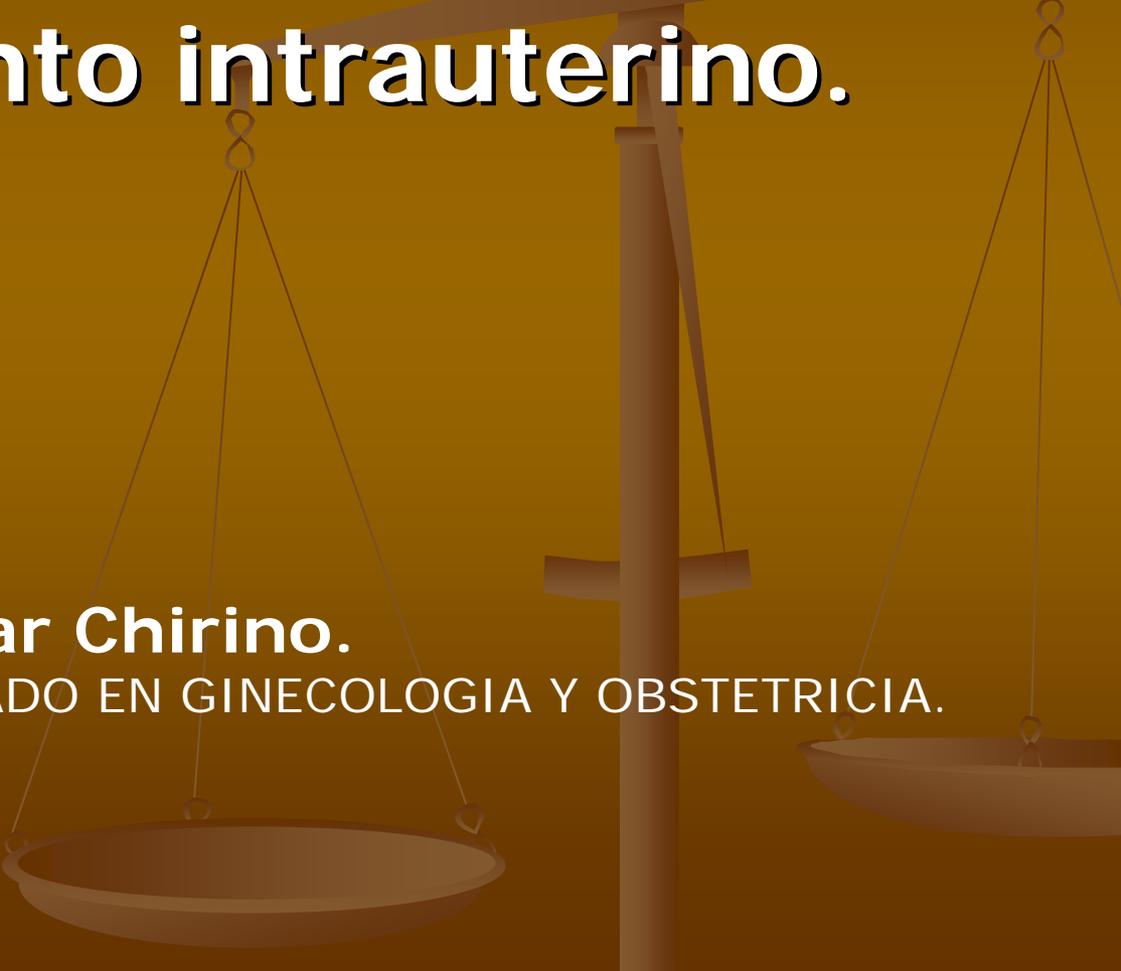


Manejo intensivo del Retardo del crecimiento intrauterino.



Dra. Ada A. Ortuzar Chirino.

ESPECIALISTA DE 1er GRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Hospital González Coro.

Manejo intensivo del RCIU.

RCIU.



No es una enfermedad específica.

Es una manifestación de diferentes posibles alteraciones Fetales y Maternas.



DONDE



Prueba de bienestar fetal

Consejo médico

Conducta clínica

Resultados prenatales

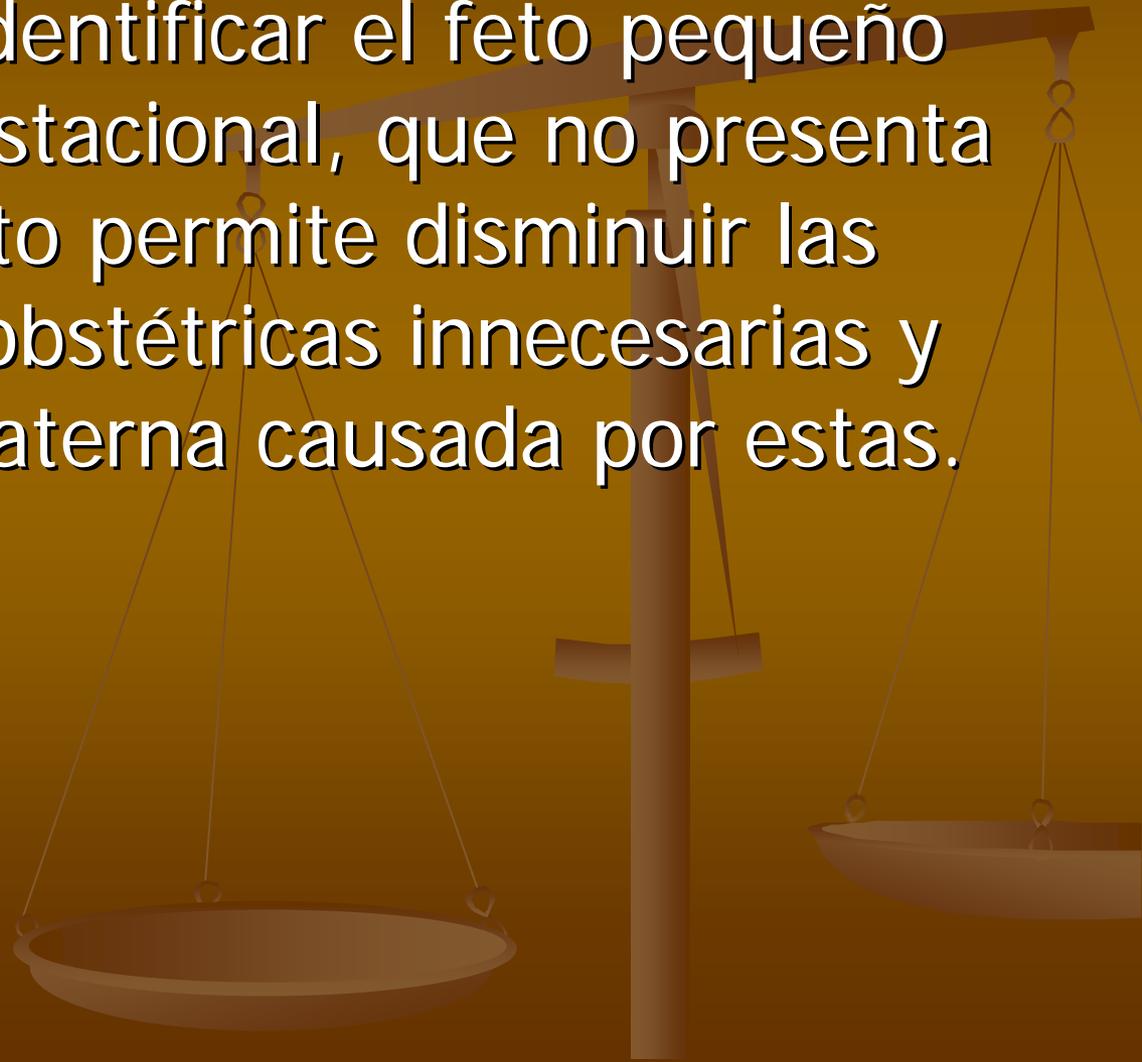


Dependen de la Etiología



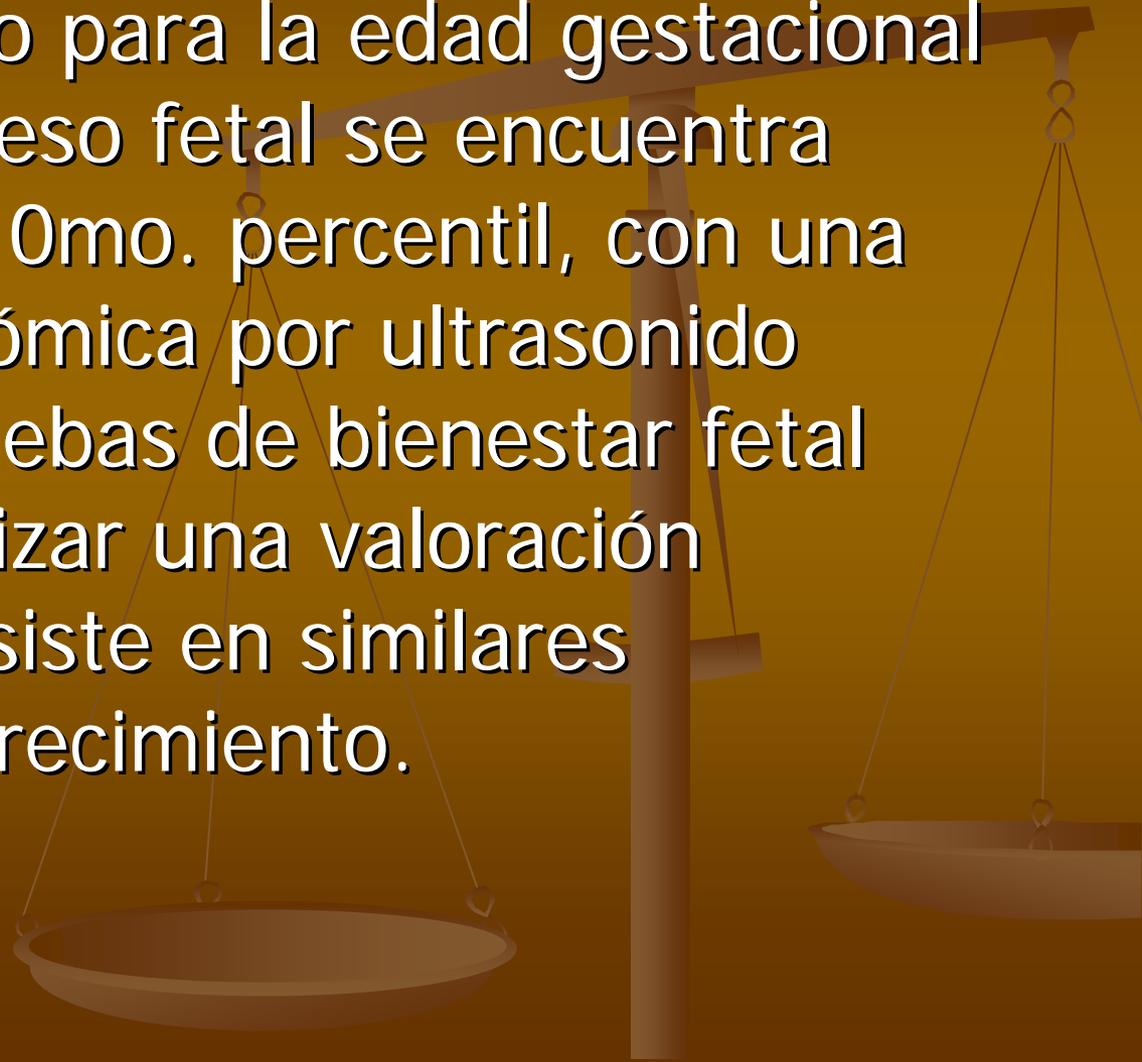
Manejo intensivo del RCIU.

- Es importante identificar el feto pequeño para la edad gestacional, que no presenta RCIU ya que esto permite disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y la morbilidad materna causada por estas.



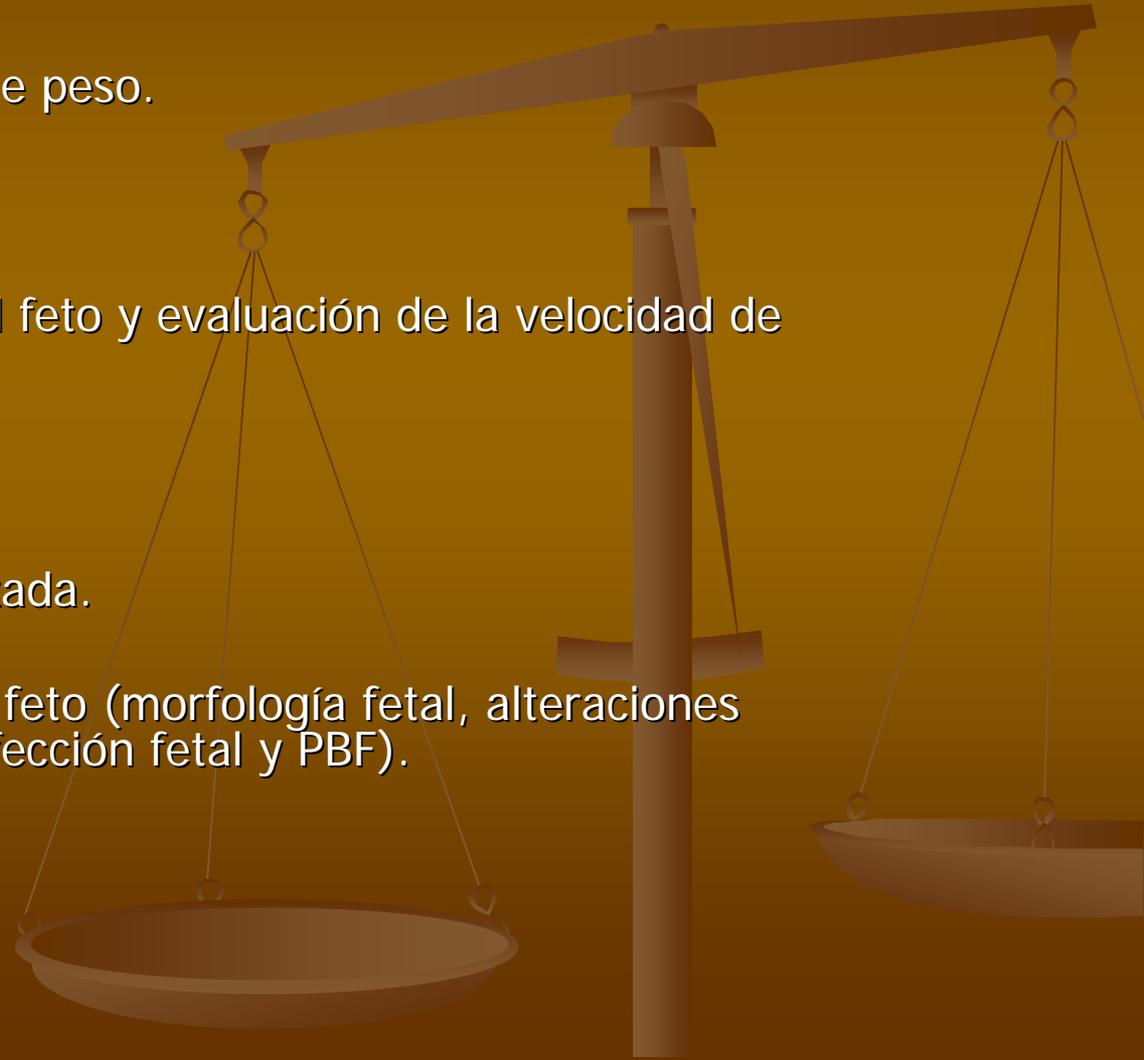
Manejo intensivo del RCIU.

- Un feto pequeño para la edad gestacional es aquel cuyo peso fetal se encuentra entre el 3er. y 10mo. percentil, con una valoración anatómica por ultrasonido normal, con pruebas de bienestar fetal normal y al realizar una valoración prospectiva persiste en similares percentiles de crecimiento.



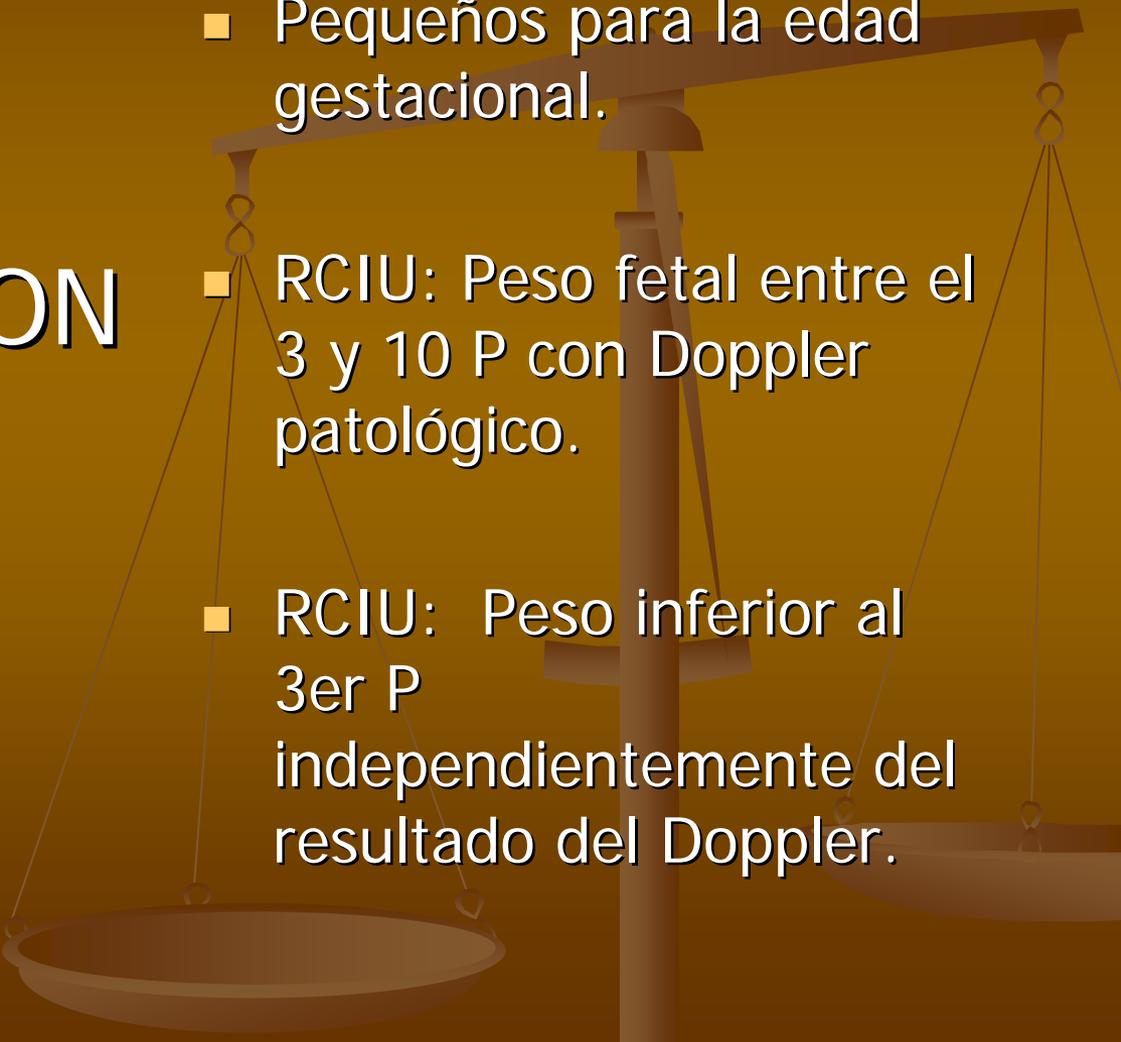
Manejo intensivo del RCIU.

- Sospecha clínica de RCIU.
- Biometría fetal y estimado de peso.
- Percentil de crecimiento.
- Seguimiento longitudinal del feto y evaluación de la velocidad de crecimiento.
- Menor del 10mo percentil.
- Remitir a consulta especializada.
- Valoración integral madre – feto (morfología fetal, alteraciones cromosómicas, signos de infección fetal y PBF).
- Etiología.
- Doppler.



Manejo intensivo del RCIU.

CLASIFICACION

- Pequeños para la edad gestacional.
 - RCIU: Peso fetal entre el 3 y 10 P con Doppler patológico.
 - RCIU: Peso inferior al 3er P independientemente del resultado del Doppler.
- 

Manejo intensivo del RCIU.

Personal
entrenado.



PBF

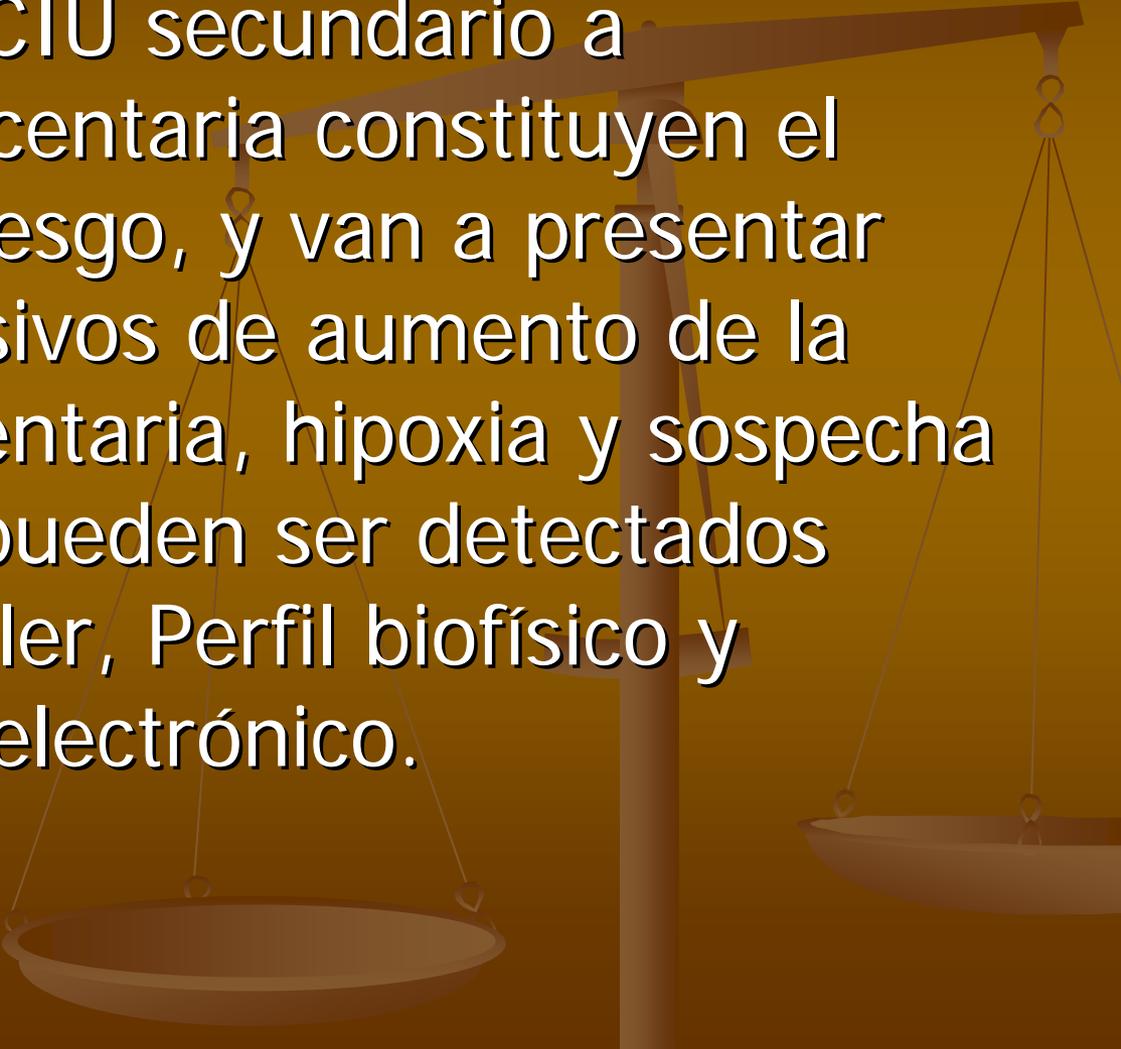
- Doppler
- Perfil biofísico.
- TNS



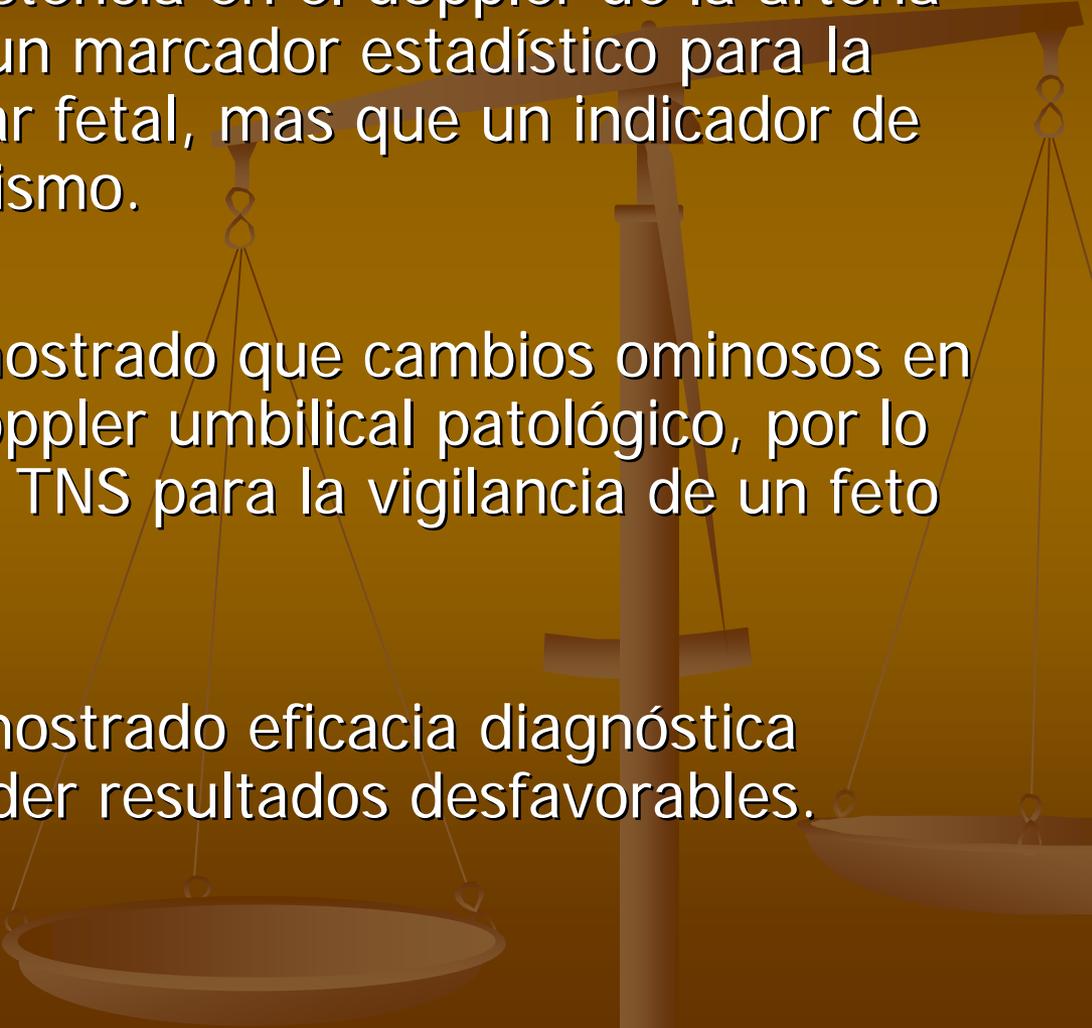
Momento optimo de
interrupción de la
gestación.

Manejo intensivo del RCIU.

Los fetos con RCIU secundario a insuficiencia placentaria constituyen el grupo de mas riesgo, y van a presentar cambios progresivos de aumento de la resistencia placentaria, hipoxia y sospecha de asfixia, que pueden ser detectados mediante: Doppler, Perfil biofísico y Monitoreo fetal electrónico.



Manejo intensivo del RCIU.

- El aumento de la resistencia en el doppler de la arteria umbilical representa un marcador estadístico para la vigilancia del bienestar fetal, mas que un indicador de intervención por el mismo.
 - Investigadores han mostrado que cambios ominosos en la FCF siguen a un doppler umbilical patológico, por lo que se recomienda el TNS para la vigilancia de un feto con RCIU.
 - El perfil biofísico ha mostrado eficacia diagnóstica significativa en preceder resultados desfavorables.
- 

Manejo intensivo del RCIU.

SECUENCIA DE LA VELOCIMETRIA DOPPLER EN FETOS AFECTADOS POR RCIU.

- Cambios iniciales en el doppler:
Aumento en el IP del arteria umbilical (superior al 95 P para la edad gestacional) con presencia de diástole y sin cambios en la circulación cerebral.

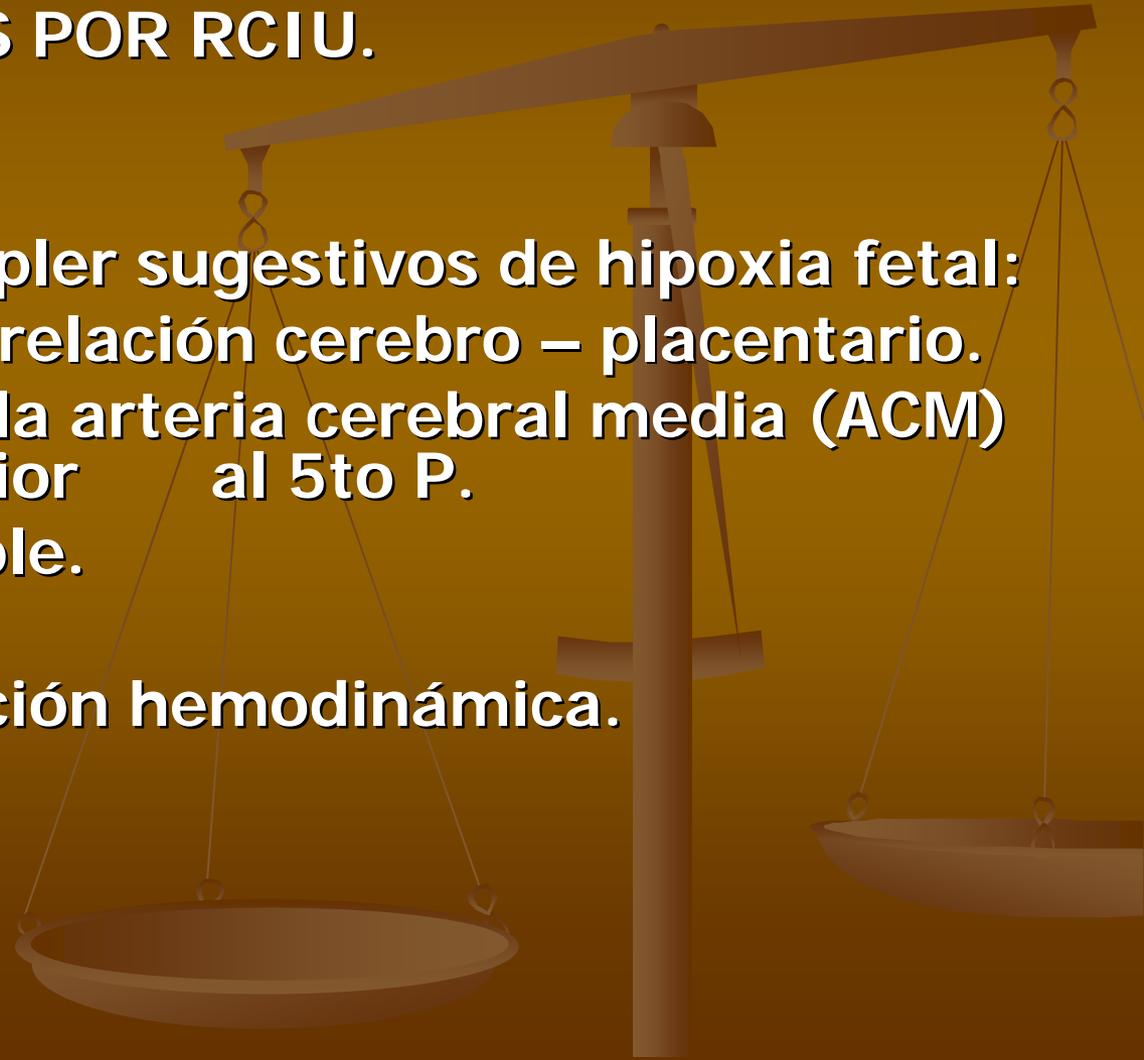
No hay redistribución hemodinámica.

Manejo intensivo del RCIU.

SECUENCIA DE LA VELOCIMETRIA DOPPLER EN FETOS AFECTADOS POR RCIU.

- Cambios en el doppler sugestivos de hipoxia fetal:
Alteraciones de la relación cerebro – placentario.
Vasodilatación de la arteria cerebral media (ACM)
con un IP inferior al 5to P.
Ausencia de diástole.

Signos de redistribución hemodinámica.

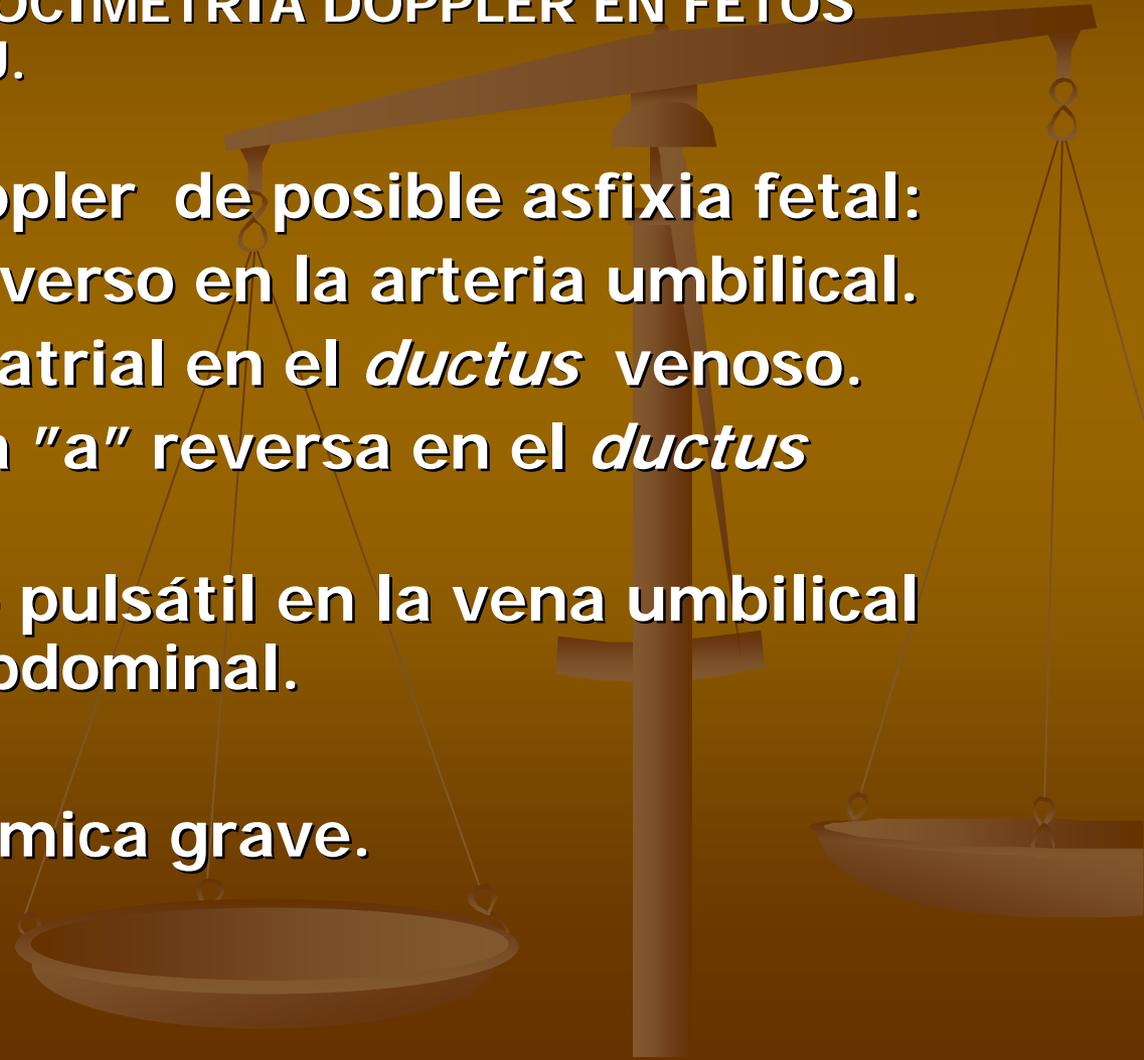


Manejo intensivo del RCIU.

SECUENCIA DE LA VELOCIMETRIA DOPPLER EN FETOS AFECTADOS POR RCIU.

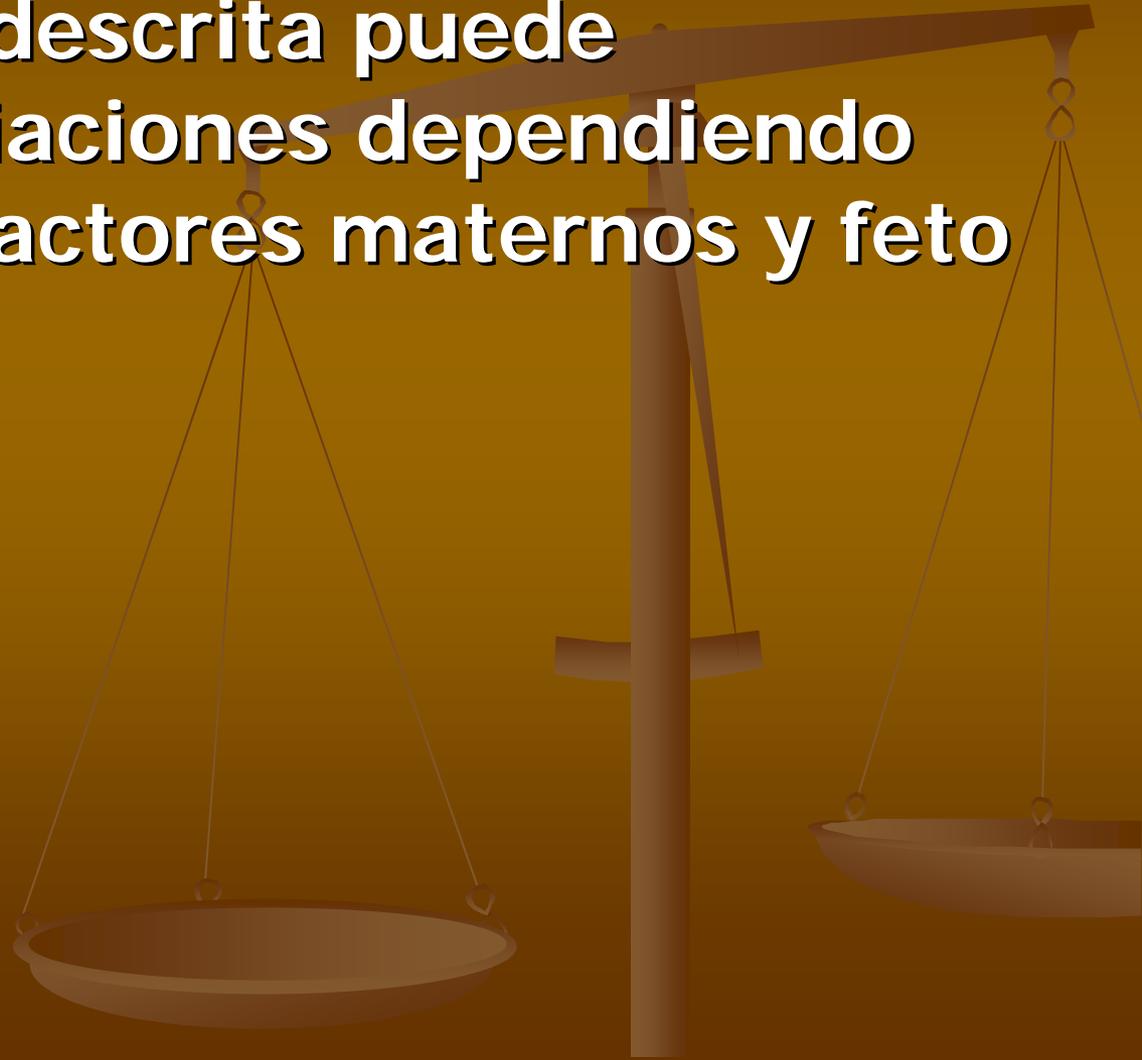
- Cambios en el doppler de posible asfixia fetal:
Flujo diastólico reverso en la arteria umbilical.
Ausencia de flujo atrial en el *ductus* venoso.
Presencia de onda "a" reversa en el *ductus* venoso.
Presencia de flujo pulsátil en la vena umbilical periférica o intraabdominal.

Alteración hemodinámica grave.



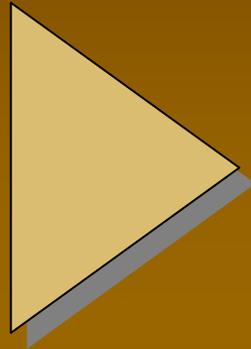
Manejo intensivo del RCIU.

La secuencia descrita puede presentar variaciones dependiendo de múltiples factores maternos y feto placentarios.



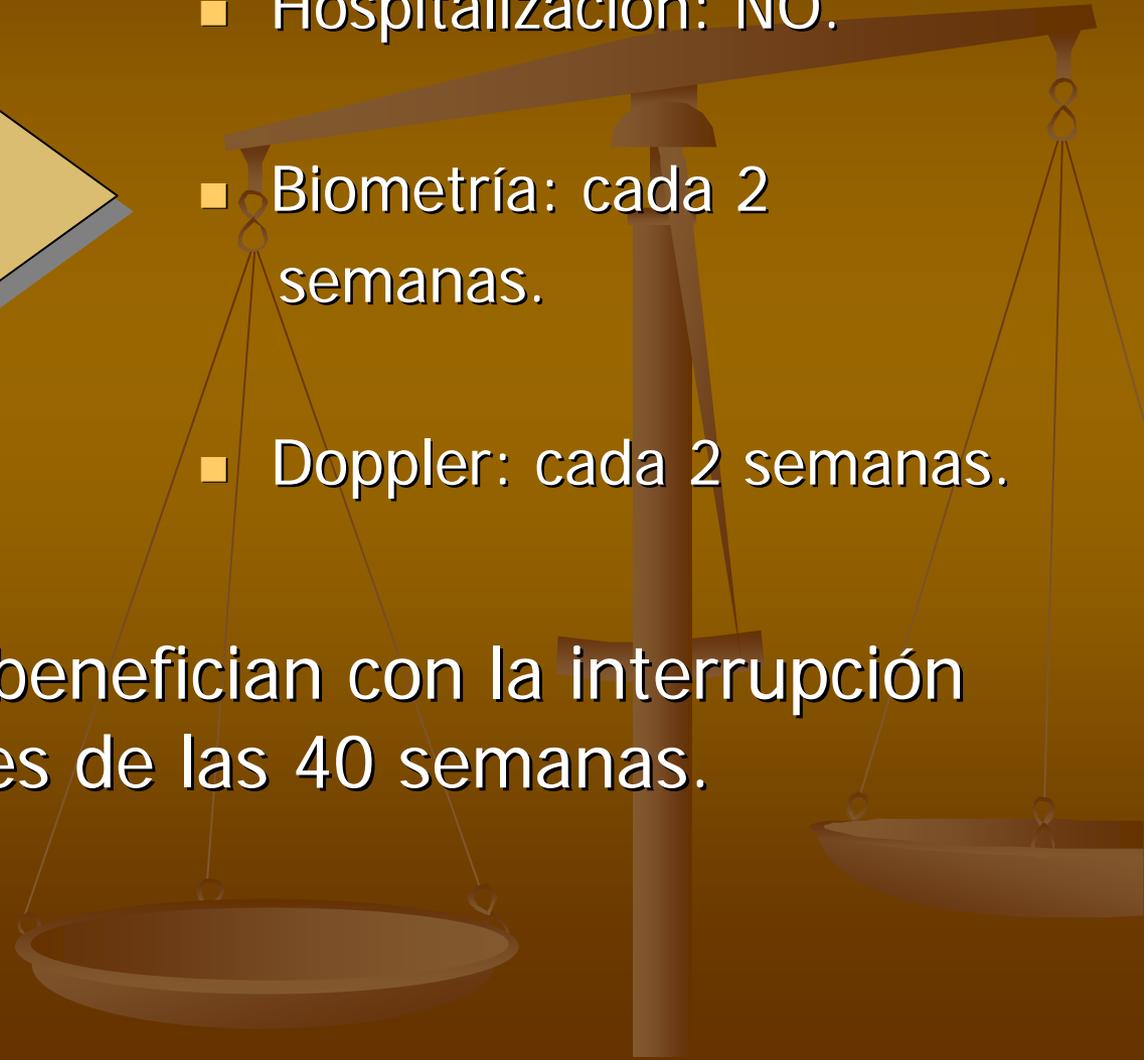
Manejo intensivo del RCIU.

PEG



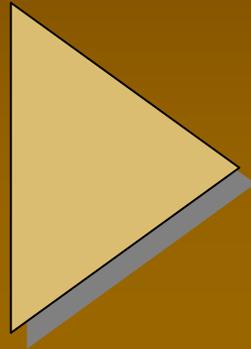
- Hospitalización: NO.
- Biometría: cada 2 semanas.
- Doppler: cada 2 semanas.

Estos fetos no se benefician con la interrupción del embarazo antes de las 40 semanas.



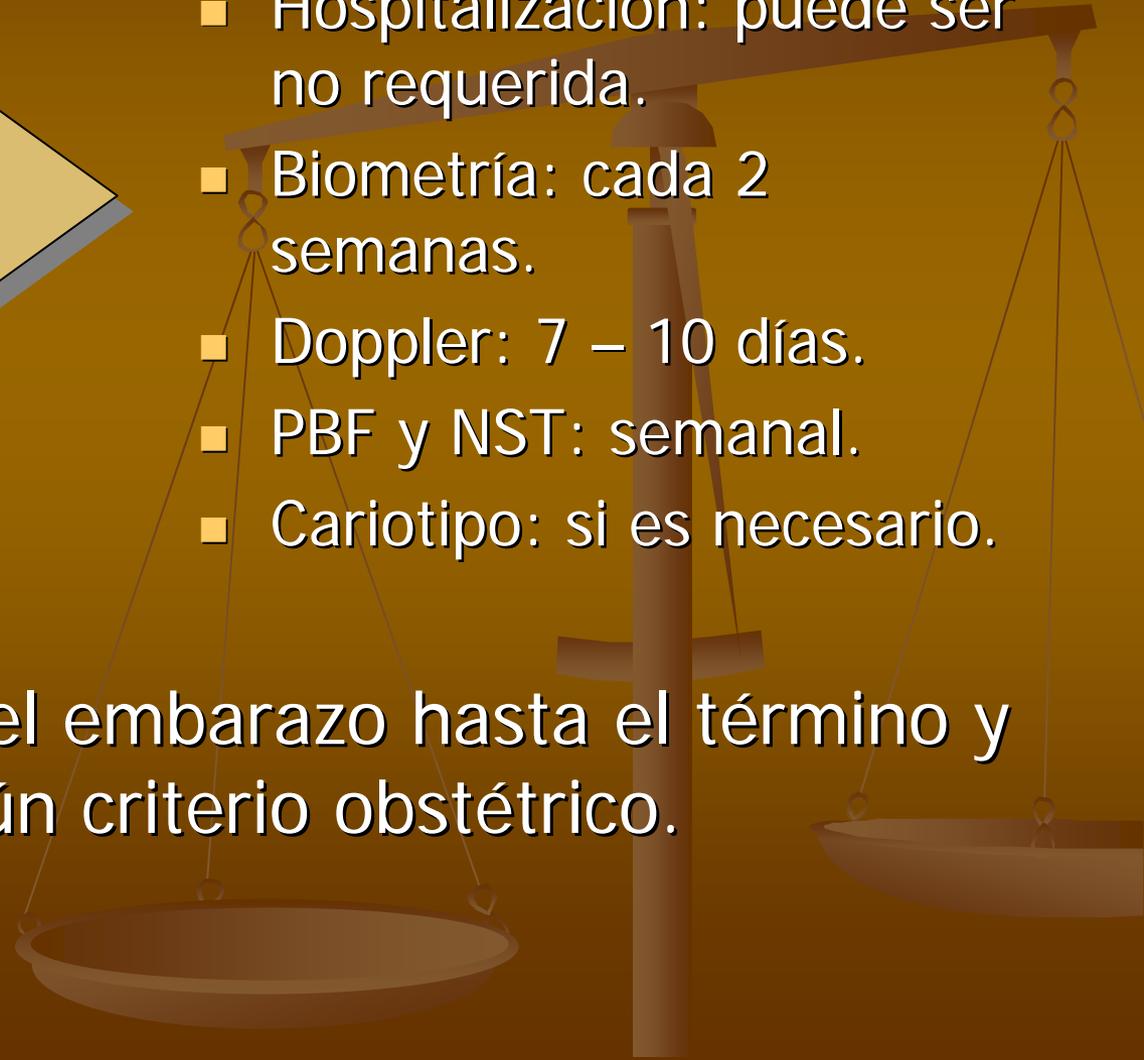
Manejo intensivo del RCIU.

RCIU con doppler normal



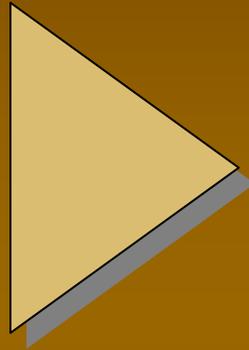
- Hospitalización: puede ser no requerida.
- Biometría: cada 2 semanas.
- Doppler: 7 – 10 días.
- PBF y NST: semanal.
- Cariotipo: si es necesario.

Puede prolongarse el embarazo hasta el término y la vía del parto según criterio obstétrico.



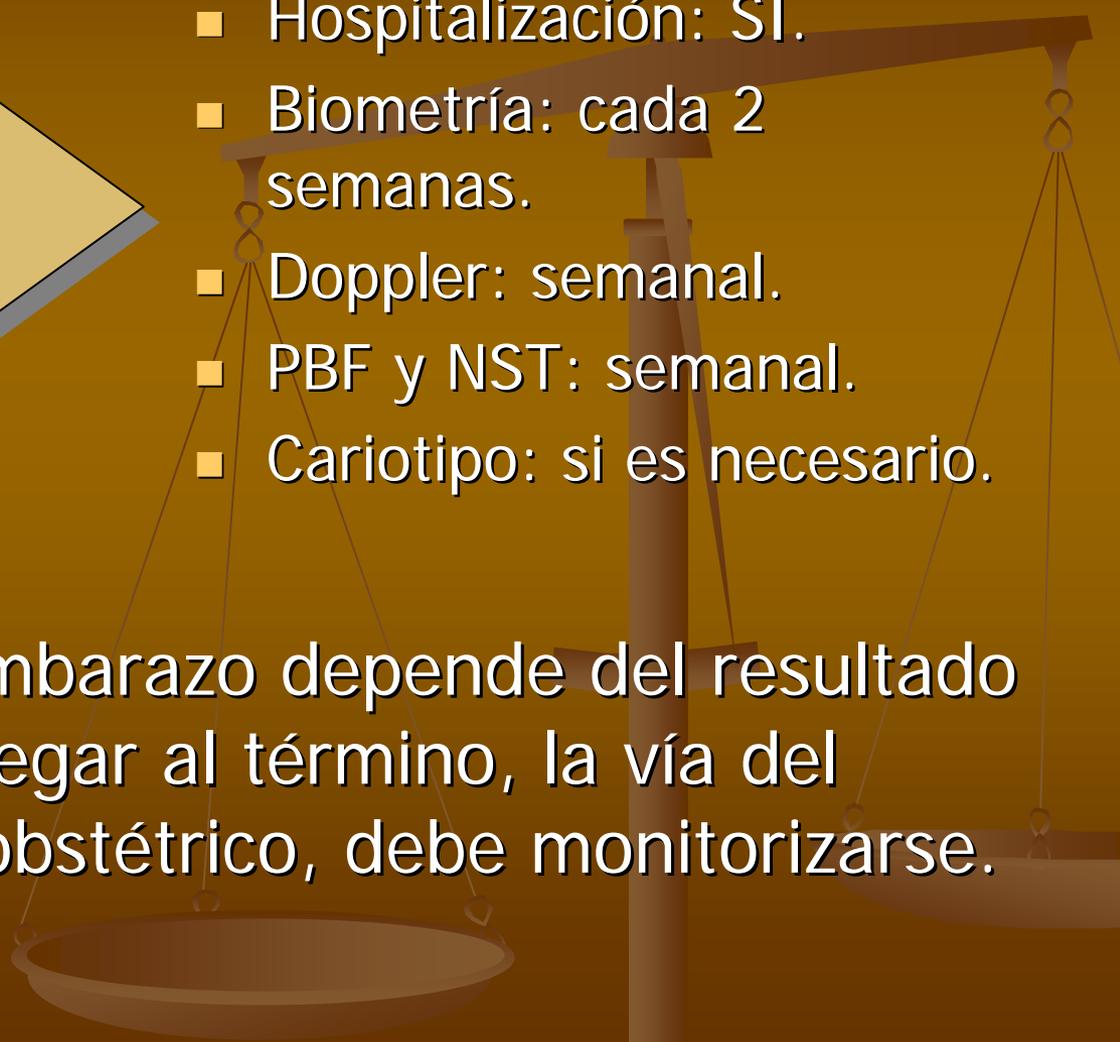
Manejo intensivo del RCIU.

RCIU con aumento de la resistencia sin redistribución.



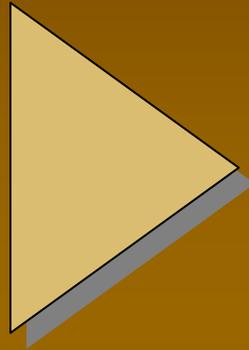
- Hospitalización: SI.
- Biometría: cada 2 semanas.
- Doppler: semanal.
- PBF y NST: semanal.
- Cariotipo: si es necesario.

La terminación del embarazo depende del resultado de las PBF y puede llegar al término, la vía del parto según criterio obstétrico, debe monitorizarse.



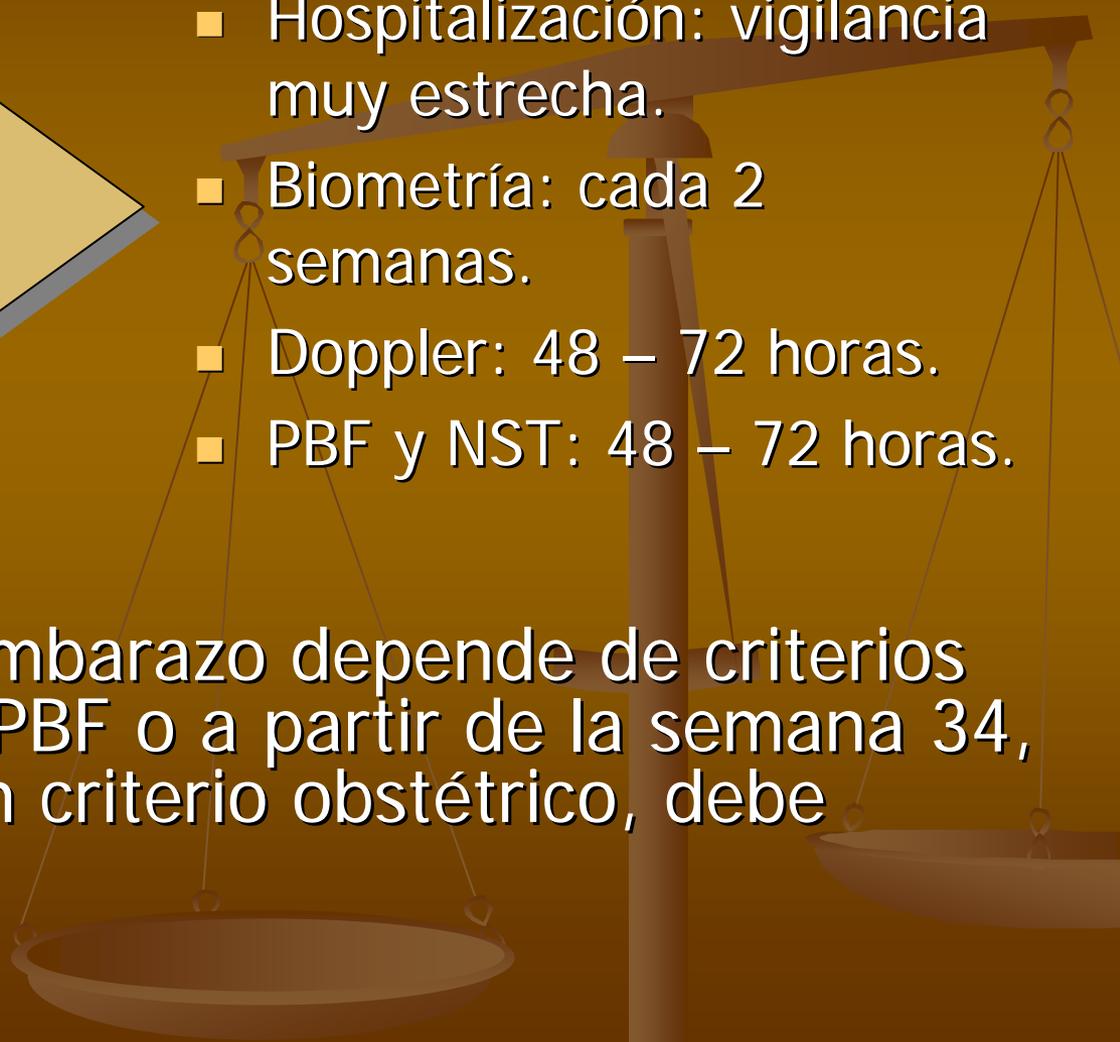
Manejo intensivo del RCIU.

RCIU con aumento de la resistencia y con redistribución.



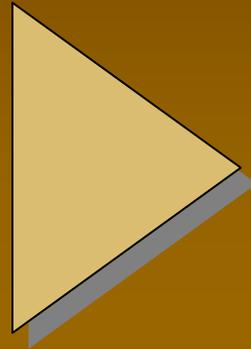
- Hospitalización: vigilancia muy estrecha.
- Biometría: cada 2 semanas.
- Doppler: 48 – 72 horas.
- PBF y NST: 48 – 72 horas.

La terminación del embarazo depende de criterios de severidad, de las PBF o a partir de la semana 34, la vía del parto según criterio obstétrico, debe monitorizarse.



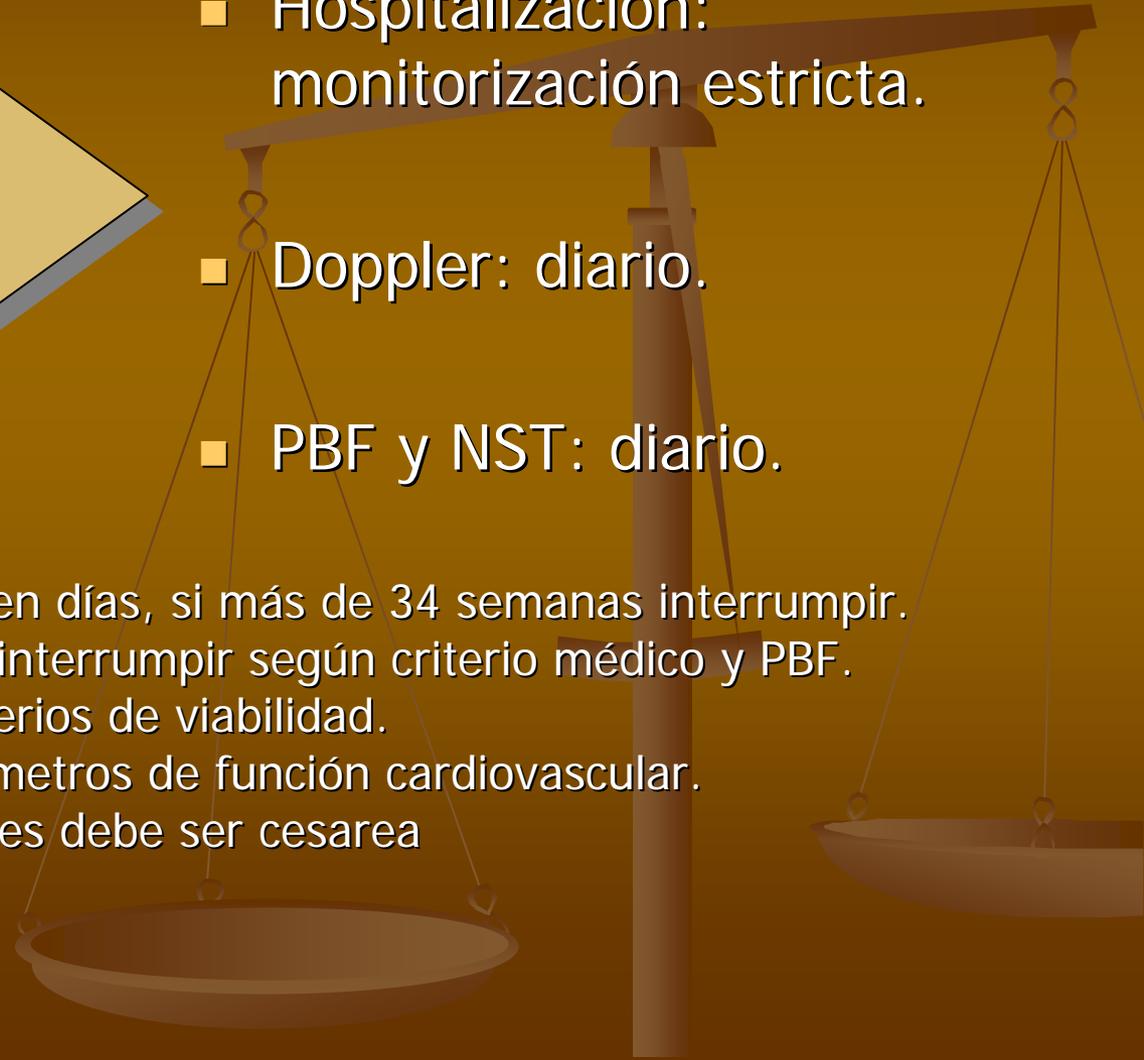
Manejo intensivo del RCIU.

RCIU con aumento de la resistencia y alteración hemodinámica grave.



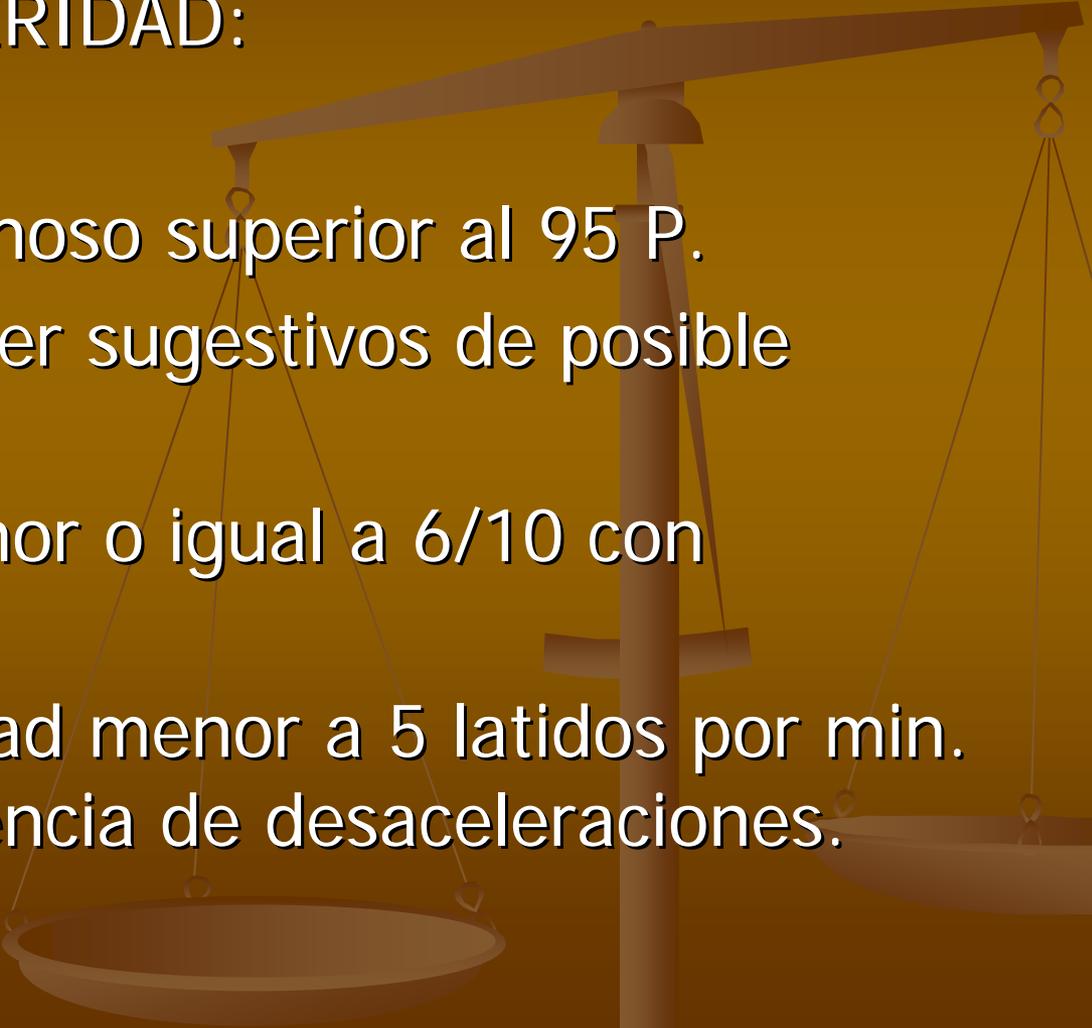
- Hospitalización: monitorización estricta.
- Doppler: diario.
- PBF y NST: diario.

El feto está grave y puede morir en días, si más de 34 semanas interrumpir. Entre 28-34 semanas madurar e interrumpir según criterio médico y PBF. Menos de 28 semanas según criterios de viabilidad. Debe tenerse en cuenta los parámetros de función cardiovascular. La vía del parto en los fetos viables debe ser cesarea



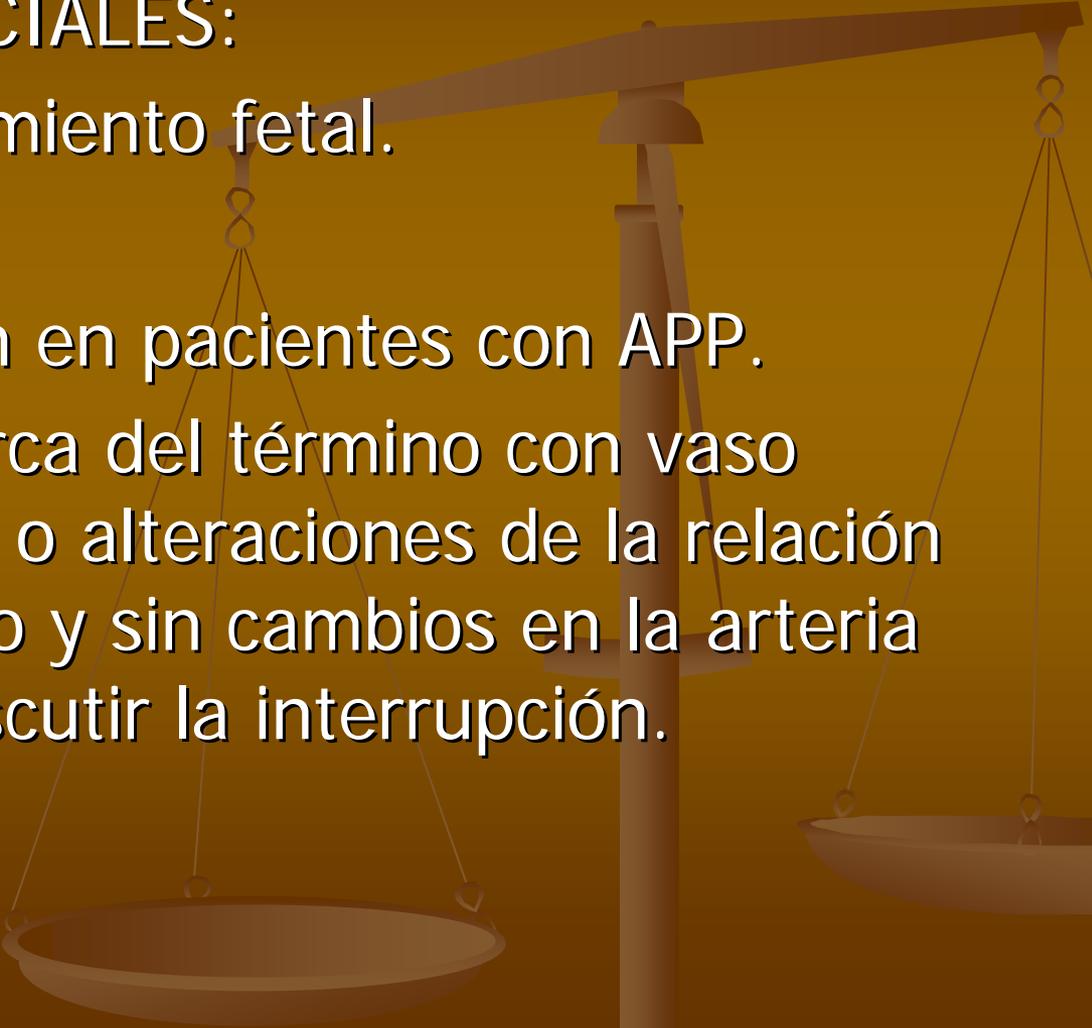
Manejo intensivo del RCIU.

CRITERIOS DE SEVERIDAD:

- IP en el *ductus* venoso superior al 95 P.
 - Signos en el doppler sugestivos de posible "asfixia fetal" .
 - Perfil biofísico menor o igual a 6/10 con oligoamnios.
 - NST con variabilidad menor a 5 latidos por min. mantenida y presencia de desaceleraciones.
- 

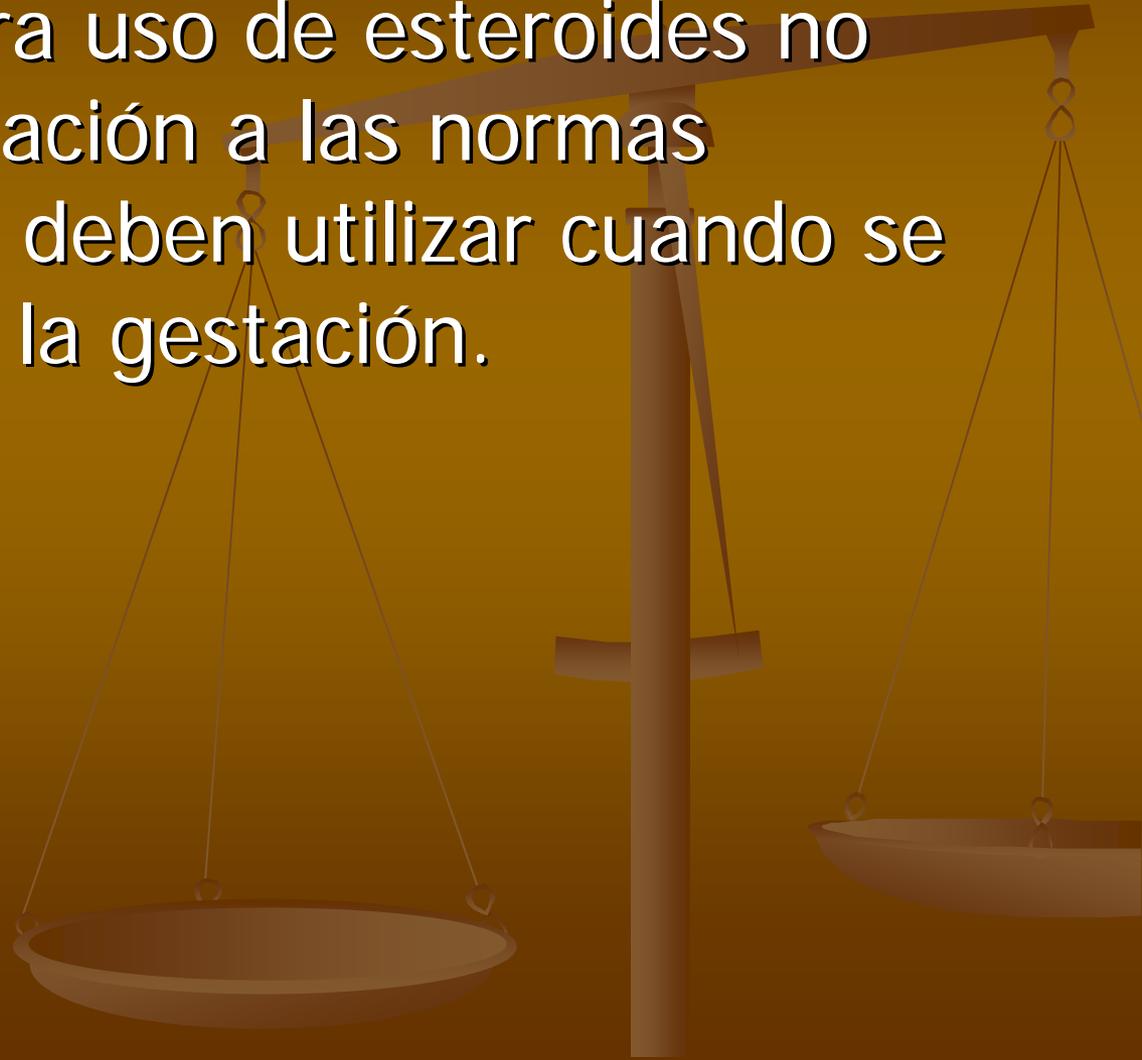
Manejo intensivo del RCIU.

SITUACIONES ESPECIALES:

- Ausencia del crecimiento fetal.
 - Preeclampsia.
 - No útero inhibición en pacientes con APP.
 - En gestaciones cerca del término con vaso dilatación cerebral o alteraciones de la relación cerebro placentario y sin cambios en la arteria umbilical ↔ discutir la interrupción.
 - La gemelaridad.
- 

Manejo intensivo del RCIU.

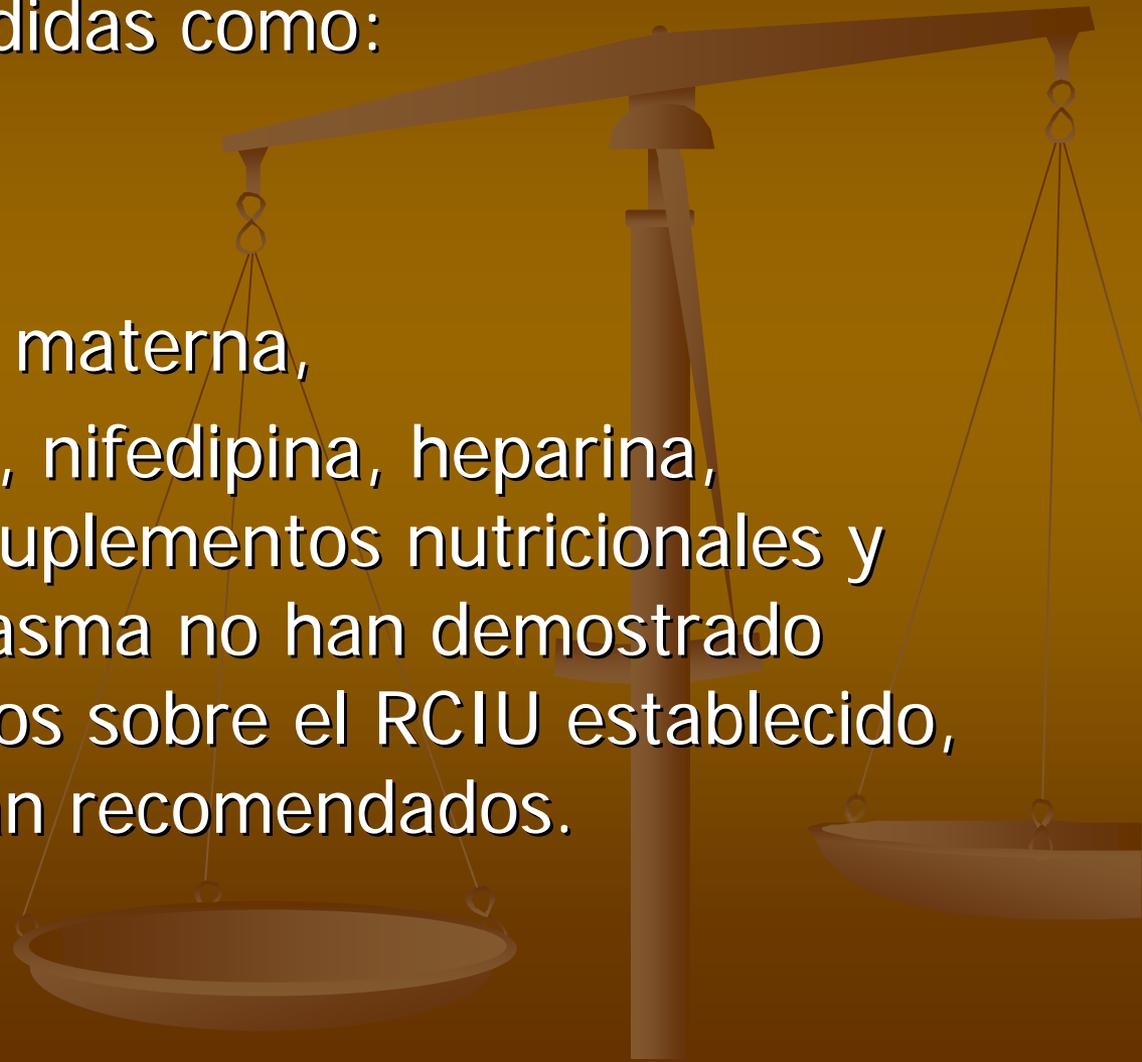
Los criterios para uso de esteroides no cambian con relación a las normas establecidas, se deben utilizar cuando se piensa terminar la gestación.



Manejo intensivo del RCIU.

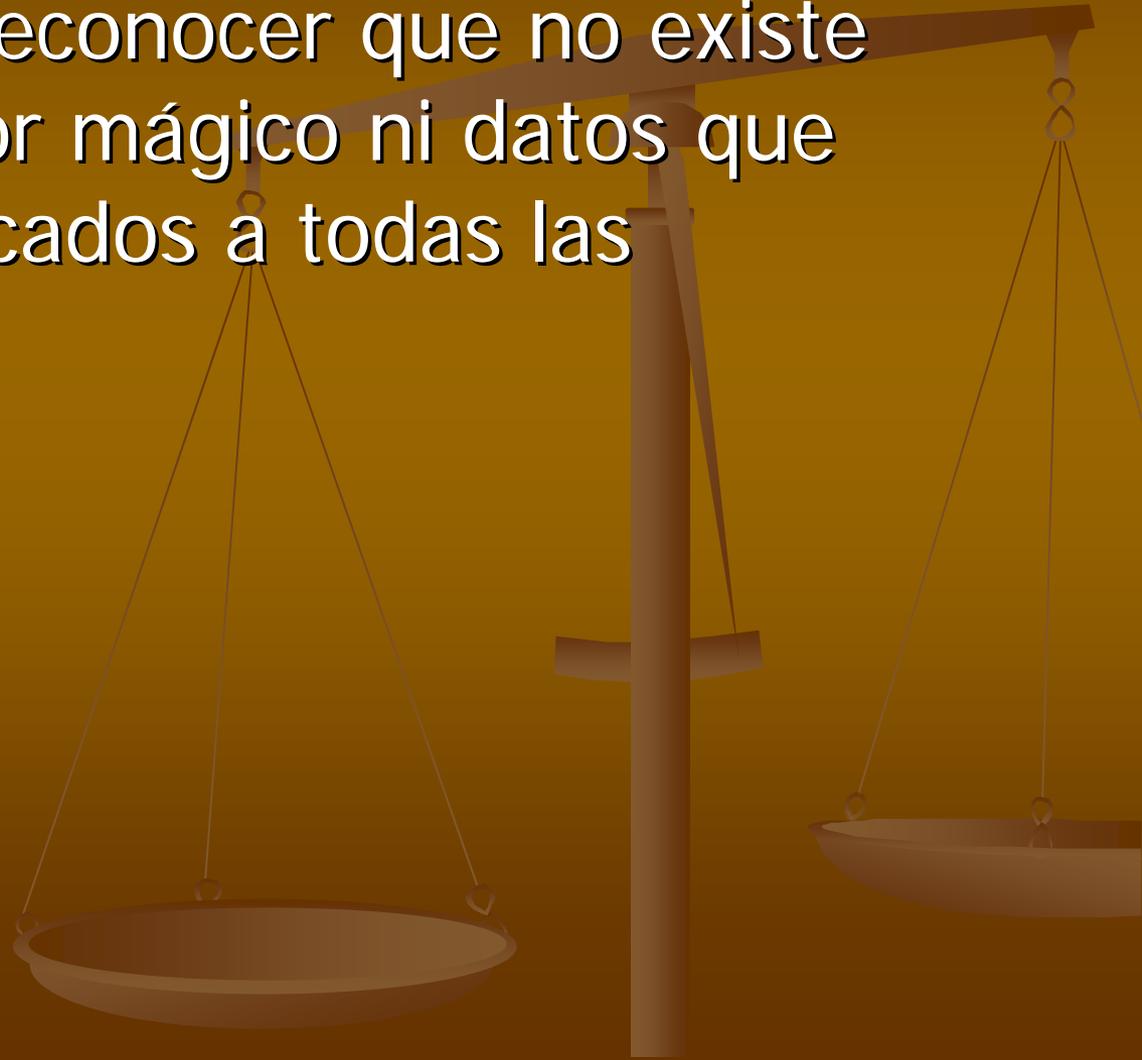
La utilización de medidas como:

- Reposo,
- Hiper oxigenación materna,
- Beta adrenérgicos, nifedipina, heparina, anticoagulantes, suplementos nutricionales y expansores del plasma no han demostrado efectos beneficiosos sobre el RCIU establecido, por lo que no están recomendados.



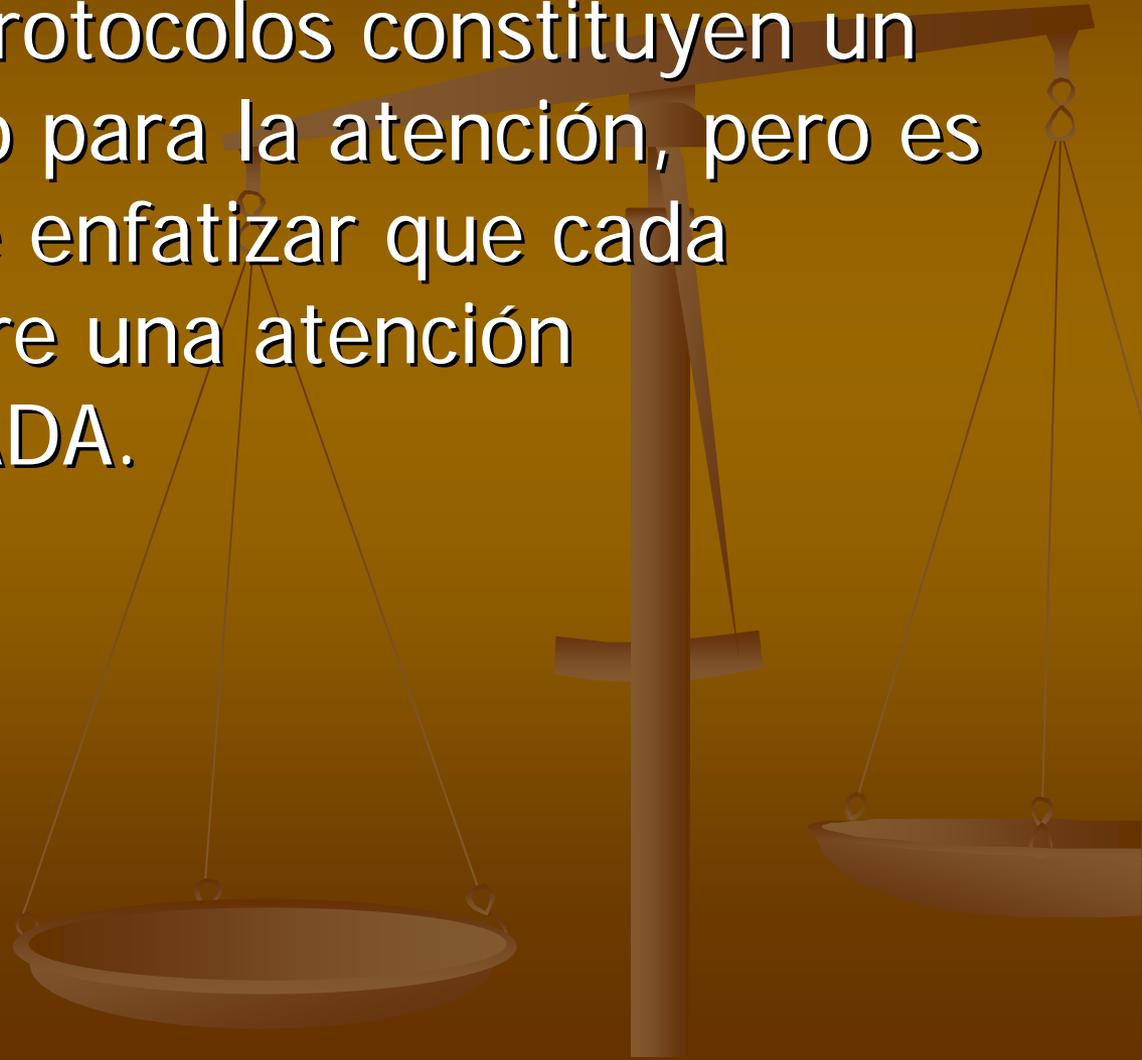
Manejo intensivo del RCIU.

Es importante reconocer que no existe ningún marcador mágico ni datos que pueden ser aplicados a todas las situaciones.



Manejo intensivo del RCIU.

Las guías, los protocolos constituyen un elemento básico para la atención, pero es muy importante enfatizar que cada paciente requiere una atención **INDIVIDUALIZADA**.



MUCHAS GRACIAS

