

Reunión científica SOGBA 2009- Chascomus
6 y 7 de noviembre.

Consenso mesa n°1: "RCIU"

coord.: Dr. Ángel Betular

Secretario: Dr. Ezequiel Martínez

Panelistas: Dra. Estela Acosta

Dra. Lucia Di Biase

Dra. Silvia Giraldez

Dra. Marcela Calcoprieto

Dr. Ricardo Julio

Dra. Silvia Romero Meyer

Dra. Raquel Wallach

Dra. Patricia Sánchez

Dra. Graciela Diodati

Dr. Daniel Fernández Ayala

Dr. Miguel Sena

1-Concepto: ¿Todos hablamos el mismo idioma?

El consenso definió al RCIU como aquel feto que crece por debajo del percentilo 10 o dos desvíos estándares para su edad gestacional y/ o aquel feto con peso menor a 2.500 gr. que no sea pretérmino.

2- Factores de riesgo pregestacional.

A- Bajon nivel socio-económico y cultural

B- Edad materna menor de 18 o mayor de 40 años.

C- Antecedente patología materna:

Diabetes

Nefropatías

Hipertensión

Cardiopatías

Trombofilia

Lupus

Otras

D- Intervalo intergenésico menor a un año o de seis meses de finalizada la lactancia.

3-Factores de riesgo intragestacionales:

Infecciones: C M V, Rubéola, Toxoplasmosis

Adicciones

Hipertensión inducida por el embarazo

Embarazo múltiple

Ganancia de peso materno menor a 7 Kgrs.

4- Diagnostico

se basa en:

A: sospecha clínica:

1- altura uterina

2- ganancia de peso materno

3- FUM confiable

B: Valoración ecográfica:

Velocimetría doppler

Antropometría fetal:

1. crecimiento asimétrico (crecimiento de la longitud femoral mayor a la circunferencia abdominal)
2. crecimiento del abdominal por debajo del percentilo 10

Valoración cuali cuantitativa del líquido amniótico.

5. Tratamiento: es fundamental el tratamiento de la causa si ésta fuere identificada (estados hipertensivos).

Recomendaciones terapéuticas tales como el reposo en decúbito lateral izquierdo o el uso de ácido acetil salicílico a partir de las 12 semanas requieren verificación científica.

6. Conducta:

1. seguimiento estricto de la vitalidad fetal
2. maduración pulmonar en fetos menores a 34 semanas de gestación
3. antes de interrumpir el embarazo considerar la complejidad del servicio de neonatología.

4. interrumpir el embarazo :

A. doppler patológico con disminución del flujo, ausencia de diástole, y flujo reverso

B. embarazos mayores a 37 semanas con doppler normal pero de tensión del crecimiento fetal en los últimos 15 días detectado clínica y ecográficamente

7. Vía de finalización del embarazo:

Dado que nada afecta más a un feto en situación de hipoxia que el estrés de la contractividad uterina de indicarse la inducción ésta debe ser monitorizada en un ambiente obstétrico que permita resolver de modo urgente una situación de mala adaptación fetal a la dinámica del trabajo de parto