

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Manejo clínico del retardo de crecimiento intrauterino

*E. Oyarzún E.

El Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) puede ser considerado un indicador de la calidad de vida, su incidencia varía desde 2% a más del 10% del total de las gestaciones, dependiendo de la población analizada y de los criterios de definición operacional utilizados.

Las consecuencias derivadas del RCIU son múltiples:

- mayor morbilidad perinatal; por asfixia intra-parto y acidosis;
- mayor morbilidad neonatal; por hipoglucemia, hipocalcemia, hipotermia y policitemia;
- mayor frecuencia de anomalías genéticas, presentes en 9 a 27% de los casos;
- mayor frecuencia de parálisis cerebral;
- mayor mortalidad perinatal; riesgo que se ha confirmado a lo largo de las distintas décadas: 10 veces mayor en recién nacidos (RN) de peso menor a 2 desviaciones standard en la experiencia de Usher y McLean, 1974, en 44.256 partos; 5 a 30 veces mayor en R.N. de 1.500 a 2.500 g y mayores de 38 semanas, que en recién nacidos de pesos en percentil 10 a 50; 70 a 100 veces mayor en R.N. menores de 1.500 g y mayores de 38 semanas, en la comunicación de Williams y Creasy, 1982. Un

tercio de la mortalidad perinatal en RCIU es atribuible a malformaciones concomitantes;

- riesgo de daño intelectual y neurológico;
- probablemente mayor riesgo de muerte súbita del lactante.

Los RCIU pueden ser simétricos y asimétricos. Los primeros suponen un compromiso precoz del crecimiento, que se traduce en afectación del peso y de la talla. Ellos corresponden al grupo que Campbell definiera como de "aplanamiento precoz" del diámetro biparietal determinado ecográficamente, y a recién nacidos con índice ponderal normal (índice ponderal = peso R.N. g \times 100/talla cm³. Valor normal = 2,32 a 2,85. Enflaquecido = < 2,32). Constituyen el 30 a 40% de los casos de RCIU, si bien hay evidencias que sugieren que en países en desarrollo serían la mayoría.

Los RCIU asimétricos presentan un compromiso tardío y, por lo tanto, resulta afectado sólo el peso. Corresponden al grupo que Campbell definiera como de "aplanamiento tardío" del diámetro biparietal, y a R.N. de índice ponderal bajo. Son el 60 a 70% de los casos.

El pronóstico es diferente según cual sea el RCIU de que se trate, siendo mejor en los de tipo simétrico constitucional y peor en los simétricos no constitucionales (secundarios, por ejemplo, a infecciones virales), donde la asociación a malformaciones llega hasta el 33%. Un

*Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

grupo intermedio en cuanto a pronóstico lo constituye el tipo asimétrico, cuya frecuencia de malformaciones es semejante a la población general y cuyos factores etiológicos fundamentales se encuentran en la patología médica propia del embarazo o concomitante con él (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.).

El manejo clínico del RCIU requiere considerar los siguientes aspectos operacionales:

Definiciones

La definición más aceptada considera el percentil 10 de la curva peso-edad gestacional como valor de referencia bajo el cual se ubican los niños con RCIU. Varios países europeos utilizan el percentil 3 y en ciertas publicaciones se utilizan los percentiles 25,5 ó 2 desviaciones standard. La aplicación del percentil 10 como límite inferior, implica el conocimiento de la distribución de los pesos de nacimiento en la población general, por lo menos el 7% de los recién nacidos normales serán clasificados como RCIU y que, por lo tanto, el porcentaje de niños Pequeños para su Edad Gestacional (PEG), se incrementaría al incluir recién nacidos normales. Esta definición, por otra parte, no considera los casos de niños cuyo peso de nacimiento es mayor al percentil 10 debido a que no desarrollan su potencial genético de crecimiento.

Tablas de referencia

Es claro que existen diferencias atribuibles a la raza, clase social o al medio ambiente. No hay dudas que si uno construye una curva en Etiopía o India y la pretende aplicar en nuestro medio habrá un subdiagnóstico de esta patología. Respecto a la curva de Denver (Lubchenco, 1963), que es hasta hoy la más utilizada, también ha sido objetada. Dicha experiencia se realizó a 5.000 pies sobre el nivel del mar, un tercio de los niños correspondían a madres que vivían a 10.000 pies sobre el nivel del mar (el peso neonatal disminuye 100 g por cada 1.000 metros sobre el nivel del mar). De tal modo que el percentil 10 de Lubchenco corresponde al percentil 3 ó 4 de recién nacidos a nivel del mar. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la curva patrón que cada centro perinatológico

utilice sea reciente y representativa de su propia población.

Diagnóstico precoz

En circunstancias normales se diagnostican antes del parto menos del 50% de los PEG. Del mismo modo, al incorporar programas de pesquisa con estrictos criterios clínicos de selección y/o con el aporte de la ultrasonografía se incrementa notablemente el diagnóstico prenatal. Sin embargo, interesa enfatizar algunos hechos: el punto de corte para definir RCIU afecta la evolución de los tests de pesquisa utilizados, de modo que si la definición se modifica, también se modifican los resultados del test. Los cambios en la prevalencia de la patología, por otra parte, también afectan los resultados de las pruebas diagnósticas, modificando su porcentaje de falsos positivos y falsos negativos. Nos parece importante mencionar aquí que, en general, la incorporación de un examen o una medida determinada al manejo de salud exige su evaluación previa para conocer su eficacia, y que una vez demostrada su validez e incorporada a la clínica, no debe volver a evaluarse.

Evaluación del bienestar fetal

Este es un problema que en la literatura ha originado múltiples y prolongadas controversias. Muchas de las técnicas utilizadas se han desestimado posteriormente. Las técnicas de evaluación actualmente en uso son probablemente útiles como ayuda para la pesquisa de hipoxia intrauterina, pero no constituyen prueba definitiva de su existencia. Su eficacia debe ser revisada en un gran número de pacientes, en trabajos de tipo colaborativo, controlados y randomizados, y esto es lo que debe exigirse en el futuro a cualquier tecnología antes de ser incorporada al manejo clínico rutinario para evitar interrogantes y dudas posteriores. Por otra parte, las bajas tasas de mortalidad perinatal en la actualidad, producto de medidas y programas de salud desarrollados a lo largo de los años y no de una innovación técnica específica, obligan a requerir un número muy grande de pacientes para encontrar diferencias significativas en los resultados, lo que dificulta aún más las cosas.

Decisión de interrupción

No hay consenso. En un simposio realizado en Bélgica en octubre de 1980, se preguntó a 19 expertos acerca del momento de interrupción, de no mediar sufrimiento fetal; doce coincidieron en señalar madurez pulmonar (+) ó 37 semanas de gestación como indicador. Sin embargo, tres respondieron 40 semanas, y cuatro, esperar el inicio del trabajo de parto espontáneo.

Pronóstico a largo plazo del PEG

Este es un aspecto de difícil valoración, porque se necesita seguir un número importante de niños con sus respectivos controles. Sin considerar que ciertos factores etiológicos de RCIU se relacionan con daño neurológico, se debe recordar que la población a evaluar es muy heterogénea, existiendo importantes variaciones según sea la duración y severidad del RCIU, los eventos acaecidos durante el parto y de acuerdo con el medio socioeconómico y cultural en que los niños afectados se desarrollen después del nacimiento.

Teniendo en mente las consideraciones anteriores, presentaremos a continuación determinados esquemas de manejo clínico en distintos grupos de embarazadas. Ellos resumen, de algún modo, diferentes publicaciones sobre el tema, pero, naturalmente, representan también nuestro propio parecer.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA POBLACIÓN GENERAL EN RELACIÓN A RCIU

Certificar la edad gestacional

La edad gestacional cierta no sólo importa por los fenómenos sociales que despierta conocer la fecha probable de parto, sino también por el manejo de complicaciones del embarazo y toma de decisiones relacionadas eventualmente con terapia fetal y procedimientos invasivos.

¿Con qué elementos contamos para precisar la edad de gestación? Cuando la referencia es segura, la amenorrea constituye el mejor parámetro. Su rango de certeza respecto a la fecha probable de parto es \pm de 3 semanas. El examen ginecológico precoz (antes de las 12 ó 14 sema-

nas) es también un elemento clínico de fundamental importancia. Finalmente, y como elemento coadyuvante de la clínica cuando la amenorrea es desconocida o imprecisa, o cuando la paciente ingresa a control tardíamente, la ecografía antes de las 20 semanas otorga una mayor confiabilidad. Antes de las 14 semanas de gestación la longitud cefalonalgas tiene un rango de error de \pm 2,7-4,7 días, posteriormente y hasta las 20 semanas, el diámetro biparietal tiene un margen de error de \pm 7 días. Entre las 20 y 30 semanas la misma medición ofrece un margen de \pm 14 días, y entre las 30 y 40 semanas, \pm 21 días.

Pesquisar factores de riesgo

Dos tercios de los RCIU ocurren en el grupo de embarazadas con los siguientes factores de riesgo que pueden estar presentes:

FACTORES MATERNOS

- Madre pequeña, con un peso pregestacional menor de 50 kg y una talla menor de 150 cm.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Escasa ganancia de peso en la gestación y desnutrición materna previa. La experiencia de la hambruna de Holanda en 1944-1945, con restricción calórica severa durante la gestación, señaló disminución de 240 g en el peso de los recién nacidos. Por otro lado, el ejemplo clásico del sitio de Leningrado en 1942, en el que hubo restricción severa antes de la concepción, mostró una disminución de 530 g en el peso de nacimiento y una incidencia de 49% de R.N. de bajo peso de nacimiento.
- Enfermedad vascular materna: hipertensión, diabetes mesenquimopatías.
- Enfermedad renal crónica.
- Hipoxia crónica: madres que viven en grandes alturas o pacientes con insuficiencia respiratoria crónica o cardiopatía cianótica.
- Tabaquismo: disminuye el peso de nacimiento en 175-200 g. El consumo de más de 10 cigarrillos diarios, se asocia con disminución del diámetro biparietal, tal como ha sido observado ecográficamente a partir de la semana 21.

Manejo del retardo de crecimiento intrauterino

- Drogas: alcohol, heroína, metadona.
- Infecciones: TORCH (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus).
- Anomalías uterinas: miomas, séptum, útero bicornes.

FACTORES FETALES

- Gemelaridad: 25 a 30% de RCIU.
- RCIU previo: recurrencia cuando no hay causa obvia en el embarazo precedente, aproximadamente en el 25% de los casos.
- Malformaciones: Potter, agenesia páncreas.
- Anomalías cromosómicas: trisomías 13, 18 y 21. Cuando coexisten RCIU y retardo mental, el 20% de los casos corresponde a alteraciones cromosómicas.
- Embarazo extrauterino.
- Embarazo prolongado.

FACTORES OVULARES

- Anomalías placentarias: desprendimiento crónico, corioangioma, placenta previa, acreta o circunvalada.
- Anomalías del cordón: inserción velamentosa, arteria umbilical única.

El riesgo de morir de los recién nacidos PEG es mayor cuando existen los factores de riesgo mencionados.

Control prenatal adecuado

El 1° de diciembre de 1979, el Lancet publicó un artículo titulado "Mejor salud perinatal", que se pregunta por qué Suecia tiene una Mortalidad Perinatal (MPN) tan baja (9,4‰ en 1978). El análisis que sigue presenta como factores fundamentales los siguientes: control prenatal (12 visitas prenatales, de las cuales 2 son realizadas por médico), registro de las actividades médicas (que contribuye a uniformar las conductas médicas), y regionalización para permitir la referencia sistemática.

La importancia de un control prenatal adecuado quedó también de manifiesto a raíz de una experiencia también sueca: la del gravidograma de Westin en el Hospital Danderyd, el que consiste en una curva de referencia de altura uterina versus edad gestacional, que permi-

tió diagnosticar los recién nacidos PEG (75% de sensibilidad), los GEG (65% de sensibilidad), y los casos de gemelos (86% de sensibilidad). La utilización de esta técnica en forma rutinaria permitió lograr un descenso de la mortalidad perinatal de 16‰ a 8‰, en el hospital donde se aplicó por primera vez. Dicho descenso superó incluso los niveles ya bajos de la población general y determinó que esta "tecnología apropiada" fuera incorporada a todo el país (Westin, 1977).

En el grupo de madres sin factores de riesgo, la predicción del RCIU depende casi exclusivamente de la evaluación seriada de la altura uterina. Por otra parte, no tenemos dudas de que los datos del examen clínico deben constituir el prerrequisito básico en la orientación de cuáles pruebas o procedimientos corresponde indicar y en la interpretación de los resultados. Así, la información adicional se traduce en mayor seguridad y en un mejor conocimiento clínico, sin sustituirlo.

A este respecto, parece importante hacer mención a algo que ha despertado polémica en los últimos años. Nos referimos a la necesidad de realizar ecografía en forma rutinaria a toda embarazada. Aceptando el hecho de que la presión social en la actualidad hace que la mayoría de las pacientes solicita a su médico al menos un examen ecográfico durante su embarazo, y que dicho examen es, muy probablemente, del todo inocuo, la opinión del autor es que es un procedimiento muchas veces innecesario. El National Institute of Health, en Estados Unidos, convocó en 1984 un comité de expertos para responder a esta interrogante. Sus conclusiones, por consenso, fueron que si bien no hay evidencias de daño materno o fetal con la ecografía, su uso no debe recomendarse de modo rutinario, y definieron 28 indicaciones que tampoco deben considerarse obligatorias sino que como situaciones en las que dicho examen puede ayudar al clínico. Es posible que no todos compartan esas indicaciones, pero consideramos que ese ha sido el intento más serio para responder racionalmente a la interrogante planteada.

Evaluada una población de gestantes en la forma aquí presentada, pensamos que ella pue-

de dividirse en subgrupos, cada uno de los cuales determinará un manejo específico:

- Con factores de riesgo ausentes y clínica concordante con edad gestacional → control habitual.
- Con factores de riesgo ausentes y clínica discordante o sospechosa → ver "manejo sospecha RCIU".
- Con factores de riesgo presentes y clínica concordante con edad gestacional → ver "manejo de factores de riesgo (+)".
- Con factores de riesgo presentes y clínica sospechosa → ver "manejo sospecha RCIU".

PACIENTES CON EMBARAZO DE EDAD GESTACIONAL DUDOSA Y ESTIMACIÓN DE PESO FETAL ≤ 2.500 g

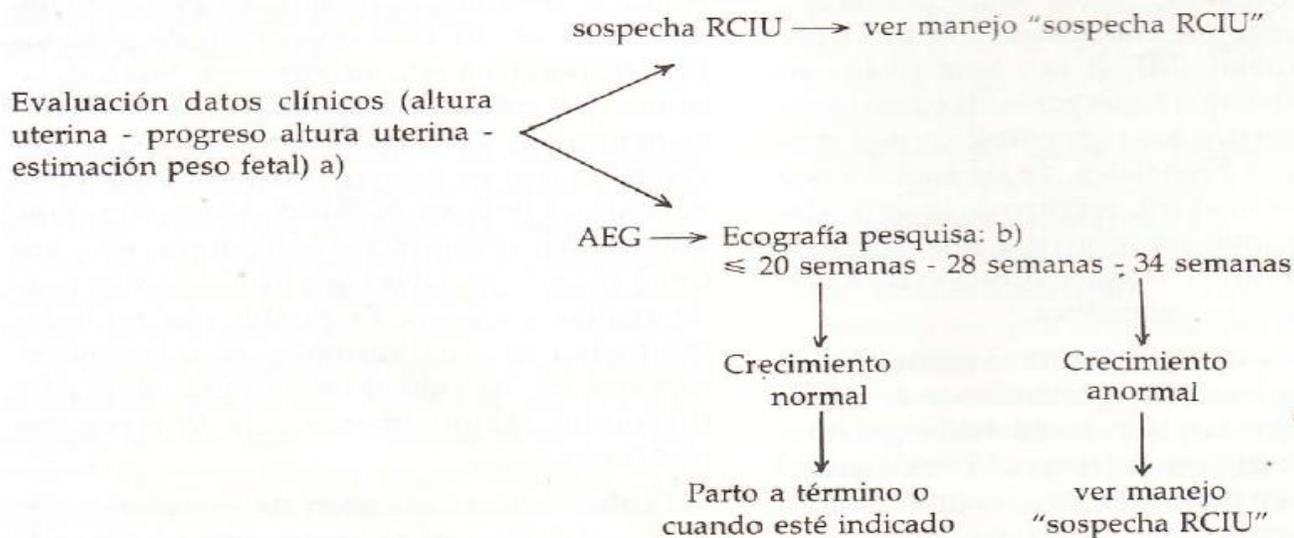
En estos casos puede tratarse de un niño prematuro AEG, o de término y PEG. La respuesta la dará la visualización y estudio del líquido amniótico obtenido a través de amniocentesis. Scher, en 1983 señaló que un feto con Diámetro Biparietal (DBP) menor de 8,5 cm y Clements (+), tiene 84% de posibilidades de

corresponder a un RCIU. Hemos considerado un peso inferior de 2.500 g como referencia por relacionarse este grupo con una mayor morbilidad y, por otra parte, porque en la práctica clínica rara vez se plantea el diagnóstico presuntivo de RCIU cuando la estimación de peso fetal es mayor.

Se han utilizado diferentes tests bioquímicos en el diagnóstico de RCIU. El estriol urinario ha sido uno de los más usados, pero éste, así como su equivalente plasmático, presenta grandes variaciones individuales, y contradictoriamente se pueden observar valores en rango normal en más del 50% de los casos de pequeños para la edad gestacional. Otros exámenes son: determinaciones de hormona lactógeno placentario; de 3 metil histidina/creatinina en líquido amniótico; niveles de aminopéptido C; ocitocinasa; Schwangerschafts protein 1 ó PSB, G (o PAPP-c), y el test de tolerancia a la glucosa.

Como ya dijimos, frente a la ausencia de datos maternos, el diagnóstico puede consolidarse mediante los índices de madurez pulmonar, que de ser positivos con DBP $\leq 8,5$ u $8,7$ ó Estimación de Peso Fetal (EPF) ≤ 2.500 g predicen RCIU con sensibilidad $>$ de 80%, especificidad de alrededor de 80% y valor predictivo de $\pm 50\%$.

PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO (+)



a) La sensibilidad aportada por las determinaciones de la altura uterina en distintas publicaciones varía de 46 a 86% ($\bar{x} = 67\%$), con 7% de falsos negativos. Belizan (1978) registró la altura uterina en 298 mujeres entre 20 y 41 semanas de gestación, normales, y con recién nacidos normales. Evaluó luego 139 embarazos con riesgo de RCIU e identificó correctamente 38 de 44 casos utilizando una altura uterina menor al percentil 10 determinado previamente. De 95 RN-AEG, 85 fueron identificados correctamente (86% sensibilidad; 90% especificidad; 79% valor predictivo prueba positiva). En general, una altura uterina inferior a 4 cm bajo la edad gestacional en semanas (hasta las 29-32 semanas),

obliga a descartar RCIU. La sensibilidad comunicada para distintas pruebas endocrinas es de 63%, con 21% de falsos negativos. La sensibilidad comunicada para distintos parámetros ecográficos es de 67% (rango 7 a 100%), con 5% de falsos negativos.

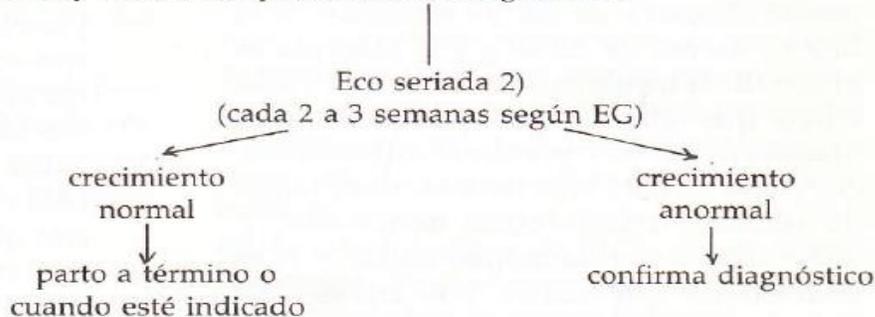
b) Las tres edades gestacionales señaladas en la pesquisa ecográfica del RCIU se justifican, porque la primera certifica la edad gestacional, la segunda coincide con el momento en que se produce la caída en el perfil de crecimiento de los RCIU simétricos y la tercera coincide con el momento óptimo para pesquisar RCIU, teniendo una sensibilidad de $\pm 70\%$ y un valor predictivo de prueba positiva de $\pm 50\%$ (Warsof y Campbell, 1986).

PACIENTES CON SOSPECHA DE RCIU ACTUAL

(supone embarazo ≥ 28 semanas)

ECOGRAFÍA

- Confirman diagnóstico (o fuerte sospecha): 1)
 - a) fetometría $< p. 10$ para curvas de referencia en uso.
 - b) radio circunferencia craneana/circunferencia abdominal > 1 después de las 34 semanas.
 - c) oligoamnios absoluto.
 - d) EPF $< p. 10$ para peso esperado.
- No hay elementos que confirmen diagnóstico.



1) El DBP como medición única ha presentado 48,6% de sensibilidad en la experiencia de Kurjac, utilizando el percentil 10. Campbell, usando el percentil 5 señaló una sensibilidad de 68%. Se acepta hoy que el DBP puede sufrir distorsiones que alteran su capacidad diagnóstica. Ellas están dadas por dolicocefalia, edad gestacional dudosa y los casos de

RCIU asimétrico en que se altera preferentemente la fetometría abdominal.

- la circunferencia abdominal es el mejor predictor único de las mediciones ecográficas (sensibilidad de 56 a 84%);
- la relación circunferencia craneana/circunferencia abdominal normalmente es igual a 1 a las 34-36 semanas. Luego es

menor de 1, y cuando es mayor puede detectar el 70% de los RCIU asimétricos (53% del total);

— denominando oligoamnios absoluto a la presencia de un "bolsillo" de líquido amniótico menor de 1 cam. en su diámetro mayor, se obtiene 84% de sensibilidad, 97% de especificidad y 90% de valor predictivo positivo para el diagnóstico de RCIU, en la experiencia de algunos autores;

— respecto a la Estimación de Peso Fetal (EPF) ecográfica, existen diferentes fórmulas para obtenerla. Una de las más conocidas es la de Warsof, 1977, cuyo error es de 106 g/Kg (1 D.S.) para pesos menores de 3.000 g. En nuestro servicio se desarrolló recientemente una fórmula distinta, con 70 g de error por Kg de peso fetal verdadero, en una primera evaluación ($\text{Peso} = \text{diámetro biparietal (25,7)} + \text{fémur (48,5)} + \text{circunferencia craneana (5,9)} + \text{circunferencia abdominal (8,6)} - 7212,6$);

— otros elementos ecográficos se han evaluado en cuanto a su utilidad diagnóstica. Ellos han sido el volumen intrauterino total; la producción urinaria fetal; el grado de madurez placentaria (59% RCIU) se asocia a grado III; 20% la presenta normalmente después de las 37 semanas. Si la EPF es menor de 2.700 g y la placenta es grado III, la incidencia de RCIU es 4 veces mayor que igual EPF con placenta menos madura); el índice ponderal intrauterino, cuyo uso no está suficientemente evaluado ($\text{fémur/circunferencia abdominal} \times 100 - 22 \pm 2$ normalmente. $\text{Radio} > 24$ se relacionaría con RCIU), y el análisis del flujo de arteria umbilical medido con "velocimetría Doppler" que constituye una técnica en pleno desarrollo.

2) El DBP aumenta 3 mm por semana hasta la semana 30; 1,5 mm semanales entre la semana 30 y 36, y 1 mm semanal más tarde. El error standard en la medición del DBP es ± 2 mm. A base de estos antecedentes, es que la ecografía seriada para determinar detención del crecimiento o crecimiento anormal debe

realizarse cada 2 a 3 semanas, dependiendo de la edad gestacional.

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE RCIU CONFIRMADO

Evaluación de la unidad fetoplacentaria:

- Registro basal no estresante y/o test de tolerancia a las contracciones (desde la semana 30 más o menos).
- ECO seriada (para evaluar fetometría, líquido amniótico y perfil biofísico).
- Amnioscopía (cuando las condiciones cervicales lo permiten).
- Curva de excreción de estriol urinario.
- Amniocentesis (cuando se desea confirmar madurez pulmonar para planificar interrupción y/o cuando la evaluación del líquido amniótico podría contribuir al diagnóstico).

Interrupción embarazo:

Criterios de interrupción

- Feto de término: ≥ 37 semanas.
- Feto de pretérmino:

- detención de crecimiento (en 2-3 semanas) con feto pulmonarmente maduro (Clements positivo; lecitina/esfingomiolina (L/E) > 2 ó fosfatidilglicerol (FDG) positivo). Si existiese inmadurez pulmonar, se plantea inducción de madurez pulmonar con corticoides e interrupción a las 48 horas de la primera dosis (con Registro Basal No Estresante (RBNE) diario, en el intervalo).

Esta conducta se fundamenta con evidencias que sugieren que prolongar la gestación cuando existe RCIU no disminuye su mortalidad sino que, por el contrario, es aconsejable la interrupción aun cuando el niño sea pretérmino (Creasy: 78 Ross Conference en Pediatric Research, San Diego, May 30, 1979). Se ha señalado, asimismo, aumento de la mortalidad perinatal cuando el feto está bajo el percentil 10, la gestación avanza y su peso no progresa (Williams y Creasy, Obst. Gynec. 59:624, 1982);

- Test de Tolerancia a las Contracciones

(TTC) positivo con pulmón fetal maduro. Si es inmaduro se plantea maduración pulmonar e interrupción a las 48 horas siguientes (con tocolisis y RBNE diario);

- oligoamnios absoluto;
- patología materna que condiciona interrupción.

Manejo intraparto

- Cuando no existen contraindicaciones para intentar el parto vaginal realizamos inducción ocitócica monitorizada, e intentamos hasta 3 goteos ocitócicos iterativos en días sucesivos, ya que la cesárea electiva no disminuye necesariamente la morbimortalidad (Hutchins, 1980).
- La monitorización electrónica de la FCF es importante porque excluidas las malformaciones, es la asfixia la mayor causa de muerte. Por otra parte, las evidencias señalan incidencia de 30% de desaceleraciones tardías en RCIU versus 7% en niños AEG. En ausencia de desaceleraciones los casos con RCIU no muestran diferencias acidobásicas respecto a los AEG, pero cuando las desaceleraciones tardías están presentes, la concentración de lactato en los RCIU es significativamente mayor que en los AEG y la posibilidad de depresión es menor si la interrupción o extracción fetal es precoz. La monitorización estricta es indispensable (Chin-Chu Lin, Rosenow, 1980).
- Rotura artificial de membranas precoz: para registro interno, visualización de líquido amniótico y aceleración del trabajo de parto (disminuyendo la eventual iatrogenia de excesivas dosis de ocitocina).
- Forceps profiláctico.

Otras medidas terapéuticas

- Reposo: aumenta el flujo sanguíneo uterino en 10%.
- Tratamiento de los factores de riesgo.
- Betamiméticos: La Ritodrina mejoraría el flujo uteroplacentario y el peso de los recién nacidos.

Nuestros resultados en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Uni-

versidad Católica de Chile, en 149 casos de RCIU evaluados en 1985 y pareados con un grupo control, señalan 40% de cesáreas en el grupo de RCIU versus 20% en el grupo control y 4 muertes perinatales (incluyendo un caso de anencefalia) en el grupo estudiado versus ninguna en el grupo control.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

En suma, el retardo de crecimiento intrauterino es una patología para la cual se justifica establecer programas de pesquisa, porque constituye un problema perinatal importante y porque puede ser identificado antes de que se manifieste clínicamente, ya que existen factores de riesgo conocidos y metódicas de detección más o menos adecuadas. Esto permitiría dar atención prenatal especial a los fetos con riesgo.

Si se nos pregunta qué debemos hacer cuando enfrentamos una población obstétrica desde este punto de vista, pensamos que lo primero es realizar una evaluación retrospectiva. Ella nos permitirá conocer los factores epidemiológicos asociados, la prevalencia del problema en nuestra población y el tipo de RCIU predominante. A continuación, deberíamos iniciar una evaluación prospectiva que incluya un programa de pesquisa (evaluando factores de riesgo, altura uterina seriada y ecografía según un plan semejante al que hemos presentado); un manejo estandarizado de los casos diagnosticados, y la evaluación siguiente de los resultados perinatales. Esta evaluación prospectiva debe incluir un grupo control y debe pretender responder: a) si el procedimiento utilizado en la pesquisa, diagnostica más casos que los detectados en la práctica rutinaria; b) si la morbimortalidad de los casos de RCIU diagnosticados y manejados de modo especial es menor que la de los controlados en forma habitual.

Es probable que se necesiten grandes grupos de embarazadas para obtener diferencias significativas en los resultados de los subgrupos analizados, y ello en relación a que la mortalidad perinatal es en la actualidad muy baja.

Creemos, sin embargo, que los planteamientos expuestos pueden contribuir a que el quehacer de nuestra especialidad sea más racional y objetivo. □

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Main, E.K.: Intrauterine growth retardation. In High-Risk pregnancy and delivery. Fernando Arias. The C.V. Mosby Company, 1984.
 - *Revisión que incluye un análisis epidemiológico, algo sobre el diagnóstico y flujogramas de manejo clínico más algunas consideraciones neonatales. Las referencias citadas, son anteriores a 1979. Destaca la síntesis epidemiológica y el atractivo planteamiento del manejo clínico.*
2. Creasy, R.K.; Resnik, R.: Intrauterine growth retardation. In Maternal-Fetal Medicine. Principles and practice. Creasy, R.K.; Resnik, R.W.B. Saunders Company, 1984.
 - *Excelente revisión que trata preferentemente los aspectos epidemiológicos del problema, complementado ello con los datos obtenidos por los propios autores en el análisis de un gran número de nacimientos en California (Williams, R.L.; Creasy, R.K. et al.: Fetal growth and perinatal viability in California. Obst. Gynec. 59:624, 1982).*
3. Deter, R.L.; Hadlock, F.P.; Harrist, R.B.: Evaluación del crecimiento fetal normal y detección del retardo en el crecimiento intrauterino. En ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología. Peter W. Callen. Editorial Médica Panamericana, 1985.
 - *Acabada y actualizada revisión del problema en la visión de ecografistas que han publicado gran número de contribuciones sobre el tema. Se analizan los distintos parámetros ecográficos que permiten evaluar el crecimiento fetal, la forma de determinarlos y los resultados que se han obtenido con cada uno de ellos.*
4. Lockwood, Ch. J.; Weiner, S.: Assessment of fetal growth. Clinics in Perinatology 13(1):3-35, March 1986.
 - *La más reciente revisión del tema. Contiene 233 referencias. Analiza las características normales del crecimiento fetal; los tipos de RCIU, las formas de reconocerlo y sus consecuencias; sus causas; una acabada síntesis de los medios diagnósticos y algo sobre el manejo clínico.*
5. Varma, T.R.: Low birth weight babies. The small for gestational age. A review of current management. Obst. Gynec. Survey 39: 616, 1984. Seeds, J.W.: Impaired fetal growth: definition and clinical diagnosis. Obst. Gynec. 64:303, 1984.
 - Seed, J.W.: Impaired fetal growth: ultrasonic evaluation and clinical management. Obst. Gynec. 64:577, 1984.
 - *Lecturas todas con carácter de revisión que complementan las ya señaladas y que son de las más recientes en la literatura de la especialidad.*
6. Villar, J.; Belizan, J.M.: The evaluation of the methods used in the diagnosis of intrauterine growth retardation. Obst. Gynec. Survey 41:187, 1986.
 - *A partir del análisis de 86 comunicaciones en relación al diagnóstico de RCIU, publicadas entre 1975 y 1983, los autores evalúan el valor estadístico de las diferentes técnicas diagnósticas. Se discuten los resultados perinatales obtenidos en los escasos estudios controlados y randomizados que evalúan un programa de pesquisa y manejo especial de los casos diagnosticados. Se plantea finalmente un esquema diagnóstico a seguir y se definen los problemas que futuros estudios deben resolver.*
7. Westin, B.: Gravidogram and fetal growth. Acta. Obst. Gynec. Scand. 56:273-282, 1977.
 - *Publicación importante porque objetiva y fundamenta el valor de la clínica en un control prenatal adecuado, a través de la utilización de una curva de altura uterina como se señalara en el texto. Se discuten los logros en cuanto a mortalidad perinatal con la introducción de esta tecnología simple.*

