



EDITORIAL

NUEVAS TECNOLOGÍAS, GUÍAS DE MANEJO Y SU APLICACIÓN EN LA OBSTETRICIA MODERNA: EL EJEMPLO DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

La medicina perinatal ha evolucionado en los últimos 25 años de una manera significativa; sin embargo, en temas como el parto prematuro se han obtenido resultados pobres en comparación con los esfuerzos económicos, tecnológicos y humanos. En el campo del crecimiento fetal anormal, la generalización en el uso de los medios tecnológicos derivados del ultrasonido ha revolucionado irreversiblemente el curso clínico de una enfermedad que hasta hace 2 décadas era de valoración subjetiva e indirecta por medio de mediciones de la altura uterina o ganancia ponderal y confirmación posnatal o post mórtem, con mínimos conocimientos relativos a la historia natural.¹ De hecho, no hay consistencia entre los resultados de trabajos presentados en los años ochenta con los obtenidos actualmente con referencia a fetos con crecimiento anormal. Da la impresión de que se hablara de dos entidades diferentes.

En ese entonces, se agrupaban en la misma categoría problemas tales como: aneuploidías, infecciones e insuficiencia placentaria; asimismo, se desconocía la secuencia de cambios adaptativos asociados con la hipoxia y no se consideraban de manera conjunta los múltiples factores asociados con los resultados. Un ejemplo de lo anterior se observa en estudios que presentaban alteración en el *Doppler* de arteria umbilical sin haber descartado fetos con cardiopatía fetal o falla diastólica o sin considerar la circulación cerebral.

La correcta utilización del ultrasonido y del *Doppler* a color en la aproximación a la etiología y la valoración de la adaptación fisiopatológica fetal al estrés en diferentes niveles ha sido de gran importancia para el diagnóstico adecuado de las causas del crecimiento fetal anormal,

el cual actualmente se basa en mediciones biométricas objetivas y evolutivas. Por ejemplo, en el presente, la adaptación fetal se establece conociendo la función placentaria y los más sutiles cambios en el comportamiento fetal, la función diastólica, la perfusión vascular renal, coronaria y/o cerebral. Igualmente, es posible diferenciar con gran precisión cuáles fetos no crecen adecuadamente por defectos genéticos o morfológicos, por infecciones o por compromiso placentario. Además, es posible conocer la secuencia natural de la adaptación fetal a la hipoxia en los fetos con placenta anómala. Gracias a esto, se puede individualizar el seguimiento en cada paciente para elegir el momento, el lugar y la vía de nacimiento preferibles.²⁻⁴

No obstante, pese a los enormes adelantos en el diagnóstico y manejo de la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) así como al gran volumen de publicaciones relacionadas con el tema, quedan preguntas por responder en lo que respecta a mejores procedimientos y formas de seguimiento. Además, aún persisten limitaciones derivadas de la falta de universalidad en el rastreo de la enfermedad y de la poca estandarización que todavía existe con relación a la clasificación y al seguimiento de los fetos con RCIU. Por otra parte, se deberán evaluar posibles opciones terapéuticas eficientes para superar o prevenir la insuficiencia placentaria y otros tratamientos para esta entidad.

La amplia variabilidad en la práctica clínica y la búsqueda de la optimización del uso de los recursos para lograr un diagnóstico y manejo adecuados han llevado a proponer el empleo de algoritmos racionales basados en la mejor evidencia disponible, particularmente cuando

se busca crear políticas de salud pública para prevenir esta enfermedad y sus secuelas.

En este número de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología se presenta el documento final del consenso: “Diagnóstico y seguimiento del feto con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y del feto pequeño para la edad gestacional (PEG). Consenso Colombiano” el cual intenta clarificar y homogeneizar la aplicación y la evaluación de las nuevas tecnologías para el estudio del feto con RCIU en el contexto de la realidad Colombiana. La inquietud nació en febrero de 2007 en una reunión sostenida entre los autores de este editorial y el grupo del Dr. Ahmed Baschat en la ciudad de San Francisco (EE.UU.), la cual se tradujo en un esfuerzo de 2 años apoyado por la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN) y Medicina Fetal S.A. (Medellín), con el objetivo de intentar establecer puntos de acuerdo entre los médicos que lideran la perinatología en Colombia, buscando hablar el mismo idioma respecto a la definición de la entidad, la manera de realizar su seguimiento y la edad gestacional y vía de la finalización del embarazo. Finalmente, el consenso nacional de expertos logró precisar los puntos en común e identificar los asuntos de discusión no clarificados, y así, a partir de un trabajo metodológico, riguroso y sistemático de revisión de las publicaciones disponibles sobre el tema, poder proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia y acordes a nuestra realidad médica.

Dentro de los puntos identificados como prioridad para futuras investigaciones, está en primer lugar la creación de tablas de crecimiento fetal obtenidas de nuestra población mediante métodos válidos y confiables,⁵ enfocados en un adecuado diligenciamiento del certificado de nacimiento DANE y en los datos de la historia clínica perinatal del CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP/OPS-OMS) (CLAP). Otra de las consideraciones prácticas a futuro es la universalización del control prenatal de calidad, optimizando la referencia a niveles de complejidad basados en guías y

protocolos racionales.⁶ Además, las políticas de salud pública deben considerar las enfermedades del feto como prioritarias para el sistema, ya que en la actualidad se piensa que muchas de éstas, como la RCIU, son precursoras de enfermedades de gran impacto en el adulto, como es el caso del síndrome metabólico y del riesgo cardiovascular y coronario.^{7,8}

Para finalizar, los autores agradecen y reconocen la labor de todo el grupo humano que de una u otra manera ha contribuido con la creación de estas guías.

José Enrique Sanín-Blair, M.D.

Editor invitado

Jorge Hernán Gutiérrez-Marín, M.D.

Editor invitado

REFERENCIAS

1. Pritchard J, Mac Donald P, Gant N. Feto de crecimiento retardado. En: Pritchard J, Mac Donald P, Gant N. Williams Obstetricia. 3ª ed. México: Salvat editores; 1986. p. 735-38.
2. Baschat A. Fetal growth disorders. En: James K, Steer E, Weiner C, Gonik B. High Risk Obstetrics. 3ª ed. Elsevier editorial; 2005. p. 240-72.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Utility of antepartum umbilical artery Doppler velocimetry in intrauterine growth restriction. ACOG Technical bulletin 188. Washington DC: ACOG; 1997.
4. Harman CR, Baschat AA. Comprehensive assessment of fetal wellbeing: which Doppler tests should be performed? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:147-57.
5. Montoya-Restrepo N, Correa-Morales J. Curvas de peso al nacer. *Rev Salud Publica* 2007;9:1-10.
6. Fouron JC, Gosselin J, Amiel-Tison C, Infante-Rivard C, Fouron C, Skoll A, Veilleux A. Correlation between prenatal velocity waveforms in the aortic isthmus and neurodevelopmental outcome between the ages of 2 and 4 years. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:630-6.
7. Singhal A, Lucas A. Early origins of cardiovascular disease: is there a unifying hypothesis? *Lancet* 2004;363:1642-5.
8. Hofman PL, Regan F, Jackson WE, Jefferies C, Knight DB, Robinson EM, et al. Premature birth and later insulin resistance. *N Engl J Med* 2004;351:2179-86.