

CUIDADOS DE LA MATRONA EN UNA MUJER EMBARAZADA CON DIAGNÓSTICO DE CIR

AUTORES: JIMÉNEZ SILES, SARA; OROPESA ROPERO, JUAN (HCU LOZANO BLESA)

INTRODUCCIÓN

OBJETIVO

El crecimiento intrauterino retardado (CIR) se define como la condición de un feto que tiene una biometría igual o inferior al percentil 10, con una incidencia del 10%.

La etiología del CIR es desconocida en un 60-70% de los casos, aunque se relaciona con:



Conocer el proceso de seguimiento asistencial así como el abordaje y toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios en una embarazada con diagnóstico de Crecimiento intrauterino retardado.

Debemos distinguir entre **PEG**, fetos con biometría o peso entre los percentiles 3 y 10 y Doppler normal, y **CIR**, donde los fetos tienen biometrías por debajo del percentil 10 con alteraciones en el Doppler.

Clasificación CIR:

- TIPO 1 o temprano: crecimiento simétrico disminuido, ocurre en la primera mitad del embarazo
- TIPO 2 o tardío: crecimiento asimétrico, ocurre después de la semana 28.

Se realiza diagnóstico mediante ECO y estudio Doppler. Las intervenciones pueden variar según la severidad del CIR. Si es necesario se valora finalizar el embarazo.



MÉTODO

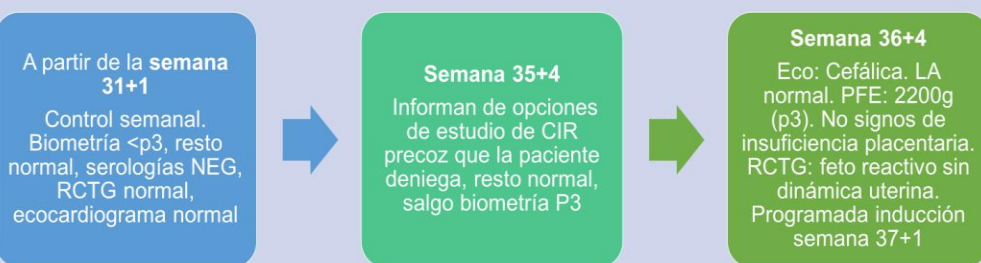
Gestante de 35 años que es diagnosticada en un hospital comarcal de **CIR** en semana **28+1**, tras ser derivada desde la consulta de seguimiento de su matrona al presentar discordancia entre las semanas de gestación y la **altura uterina** medida en consulta.

Antecedentes obstétricos: G2C1 (Inducción por embarazo prolongado con resultado de Cesárea por DPPNI)

Hasta dicha consulta había mantenido un control de embarazo correcto con aparente normalidad en las pruebas. IMC normal, ningún antecedente de interés, salvo cesárea previa, no alergias.

FUR: 26/08/18. Grupo B+, Coombs indirecto + en AS del 1er trimestre, en seguimiento por hematólogo. Resto normal. Cribado cromosomopatías del 1er trimestre: BAJO RIESGO.

Eco: Cefálica, **biometría en percentil 3**, LA normal, PFE: 850g. RCTG normal. TA: 109/59 mmHg. Se establece diagnóstico de CIR estadio I con recomendación de Control semanal, aconsejado estudio TORCH y cita en 3 semanas en hospital de referencia.



RESULTADOS

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Semana 37+1:

La gestante ingresa para inducción y se coloca balón de Cook. Tras primer día sin inicio de parto ingresa en paritorio para inducción oxitócica y amniorrexis artificial. Tras 10 horas de trabajo de parto nace varón de 2270g con Apgar 9/10 mediante parto instrumental y evolución materno-fetal normales.

El papel de la matrona es fundamental en la detección temprana de diferentes patologías obstétricas. Las matronas están en una posición única para ofrecer cuidados continuos y personalizados durante el embarazo debido a su cercanía y seguimiento continuo durante el embarazo.

El manejo del CIR debe ser altamente individualizado y basarse en una evaluación continua del riesgo-beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

Lees CC, Romero R, Stampalija T, Dall'Asta A, DeVore GA, Prefumo F, Frusca T, Visser GHA, Hobbins JC, Baschat AA, Bilardo CM, Galan HL, Campbell S, Maulik D, Figueras F, Lee W, Unterscheider J, Valensise H, Da Silva Costa F, Salomon LJ, Poon LC, Ferrazzi E, Mari G, Rizzo G, Kingdom JC, Kiserud T, Hecher K. Clinical Opinion: The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach. Am J Obstet Gynecol. 2022 Mar;226(3):366-378. doi: 10.1016/j.ajog.2021.11.1357. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35026129; PMCID: PMC9125563.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; Martins JG, Biggio JR, Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012). Am J Obstet Gynecol. 2020 Oct;223(4):B2-B17. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.010. Epub 2020 May 12. PMID: 32407785.

Obstetricia. González-Merlío J, Lailla JM, Fabre E, González E. Masson. 2006; 625-35.