PROTOCOLO "CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO"

U.G.C. Obstetricia y Ginecología

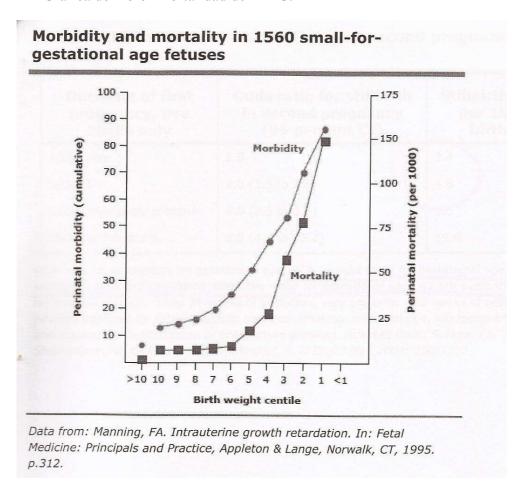
Dr Rafael Rodríguez Zarauz, mayo 2012

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Son fetos pequeños para edad gestacional (FPEG) y tienen un peor pronóstico global.

La definición de CIR se establece conforme a un límite estadístico, que varía según autores: < p10 ; < p5 ; < p3 ; < -2DE. Pero esta definición estadística se correlaciona de forma diversa con la clínica. Un límite bajo aumenta la especificidad pero a costa de bajar la sensibilidad, y viceversa. Para detectar cambios en marcadores de hipoxia y acidemia, deberemos establecer un límite por debajo del p5, tanto para circunferencia abdominal (CA) como para peso fetal estimado (PFE), sin embargo se suele optar por definir el CIR con el límite del p10.

Gráfica de morbi-mortalidad de FPEG:



Según esta gráfica, la mortalidad se incrementa con fetos por debajo del p5, mientras que la morbilidad aumenta si \leq p7. Pero la mayoría de los FPEG son sanos, (constitucionalmente pequeños), y no tienen aumentada la morbi-mortalidad perinatal.

El principal problema consiste en diferenciar entre los fetos que son constitucionalmente pequeños, pero sin patología, de aquellos con un crecimiento restringido por un aporte de nutrientes (o asimilación de los mismos) deficiente, lo que se asocia con una oxigenación crónica disminuida. Estableciendo el límite en el p10, el 80% de estos fetos CIR son constitucionalmente pequeños (CP) y no tienen un incremento de morbi-mortalidad; suelen ser simétricos. La SEGO les denomina "FPEG normales". El restante 20% son patológicos:

Un 5% se suelen asociar con problemas en la primera mitad del embarazo (antes de sem 28), y también son simétricos. SEGO les llama "FPEG anómalos":

- * Infecciones (TORCH): rubéola, CMV, varicela, VHS, sífilis, Toxoplasmosis.
- * Aneuploidías: trisomías, triploidías, Turner, y otros más raros.
- * Malformaciones: DTN, cardiopatías, hernia diafragmática, onfalocele, y displasia esquelética.

El restante 15% son asimétricos (los auténticos CIR para la SEGO). ↑ el índice CC/CA. Están producidos en el último trimestre (> 28 sem) debido a insuficiencia placentaria, identificada por DOPPLER ANÓMALO o REDUCCION DE VELOCIDAD DE CRECIMIENTO. Suponen el 1,5% del total de embarazos, y son los únicos en los que podemos mejorar el pronóstico mediante la inducción del parto.

Diagnóstico Diferencial entre CIR simétrico, asimétrico y CP:

Evaluation and management of the IUGR fetus

	Constitutionally small fetus	Fetus with structural and/or chromosome abnormality; fetal infection	Substrate deprivation; uteroplacental insuffiency
Growth rate and pattern	Usually below but parallel to normal; symmetric	Markedly below normal; symmetric	Variable; usually asymmetric
Anatomy	Normal	Usually abnormal	Normal
Amniotic fluid volume	Normal	Normal or hydramnios; decreased in the presence of renal agenesis or urethral obstruction	Low
Additional evaluation	None	Karyotype; specific testing for viral DNA in amniotic fluid as indicated	Fetal lung maturity testing as indicated
Additional laboratory evaluation of fetal well- being	Normal BPP/UAV	BPP variable; normal UAV	BPP score decreases; UAV shows evidence of vascular resistance
Continued surveillance and timing of delivery	None; anticipate term delivery	Dependent upon etiology	BPP and UAV; delivery timing requires balance of gestational age and BPP/UAV findings; fetal lung maturity testing often helpful

IUGR: intrauterine growth restriction; BPP: biophysical profile; UAV: umbilical artery velocimetry. Reproduced with permission from: Resnik, R. Intrauterine Growth Restriction. Obstetrics & Gynecology 2002; 99:490. Copyright © 2002 American College of Obstetrics and Gynecology.

Nuestros resultados en 2011 son los siguientes: 28 CIR inducidos (2,2%), de los que el 32% estaban , 14,3% en p3-5; 25% <p10; y 28,7% > p10. Los FP parecen excesivos, sobre todo porque probablemente el uso del Doppler sea bajo. Entre los FP más destacados están dos casos con p>50 y un p30 con 36 sem. No se ha valorado, en esta muestra los FN, pero mi sensación subjetiva es que son muy pocos.

El **factor de riesgo** de CIR más importante (< p10) es un CIR en embarazo previo (29% de recurrencia) frente a un 9% si el hijo previo no es CIR. La preeclampsia también es una causa muy importante de CIR. Otras causas son otros E.H.E., diabetes pregestacional, toxicomanías (sobre todo el tabaquismo), y desnutrición materna.

FISIOPATOLOGÍA

El feto que recibe o asimila menos nutrientes también recibe menos oxigenación, y pone en marcha mecanismos defensivos ante dicha hipoxia y desnutrición:

- * Redistribución del flujo existente a territorios primordiales (cerebro, coronarias y suprarrenales), por lo que el I.R. en arterias cerebrales disminuye.
 - * Disminución del flujo renal → Oliguria → Oligoamnios.
 - * \downarrow del flujo en extremidades $\rightarrow \downarrow$ movilidad de extremidades $\rightarrow \downarrow$ PBF.
- * Glucogenolisis por excesivo gasto del glucosa → ↑ vía anaerobia → ↑ Acido láctico (acidemia y acidosis)
 - * Isquemia miocárdica > Alteraciones cardiográficas en el RCTG.

DIAGNÓSTICO

Se puede predecir alto riesgo de desarrollar CIR o preeclampsia mediante Doppler de arteria uterina, pero sólo es eficaz en población de alto riesgo, no en cribado general. Los signos de alarma son flujo telediastólico bajo o "notch" protodiastólico. Se valora el índice de resistencia medio en ambas arterias uterinas.

La medición de la altura uterina solo tiene una S del 27% para el Dº de CIR (muchos FN), con una alta (88%) especificidad, pero es mejor que nada.

El "patrón oro" es la ultrasonografía fetal. Por ello es muy importante que la primera ecografía debe ser precisa para una correcta datación de la E.G.

Por otra parte, el VPP de la ecografía para diagnosticar CIR (excluidos CP) depende de a qué grupo de riesgo de CIR pertenece la gestante (mayor VPP cuanto más riesgo o prevalencia).

La **circunferencia abdominal** es más predictiva para el Dº del CIR-II que DBP, o HC, o DBP+CA, o HC+CA. El mejor momento para dicho Dº es la semana 34. Se dice que una CA > p3 muy raramente es un CIR.

El **peso fetal estimado** (PFE) es más predictivo que la CA aislada para el D° del CIR. Para determinar el peso fetal hace falta acudir a fórmulas basadas en CA, DBP y LF. El problema es que las tablas de peso según edad gestacional varían mucho de unos centros a otros. Lo razonable sería fiarnos de las tablas españolas, pero no están introducidas en el software del ecógrafo. Otro problema es la gran variabilidad interobservador. Sólo en el 66% de los casos tendremos un error sobre el PFE inferior a ±10%, y hasta un 5% de los casos superarán el ±20% de error. También hay que valorar la variación del peso respecto del sexo fetal, y, sobre todo, la gemelaridad.

En el caso de edades gestacionales inciertas (falta de ECO de primera mitad de embarazo), el **diámetro transverso del cerebelo** (DTC, en mm) se corresponde con la edad gestacional (en semanas) independientemente de si el feto es CIR o no (existen tablas al respecto). También se puede utilizar para diagnosticar CIR, así, un índice DTC/CA > 0,16 muestra unos valores de S y VPP de 71 y 79%, respect., aunque este parámetro ha mostrado que tiene algunos FN muy severos, por lo que hoy permanece controvertido.

Como curiosidad, un estudio muestra altos valores de S y VPP (78 y 85%) midiendo la circunferencia del muslo (< 2 DE). También, el peso fetal estimado midiendo el volumen del muslo con Eco-3D fue más preciso que el clásico basado en CA+DBP+LF con Eco-2D.

Los falsos positivos cuando se realiza una segunda ecografía aumentan al disminuir el período entre dichas sonogramas:

Período \rightarrow FP 1 sem \rightarrow 31% 2 sem \rightarrow 17% 4 sem \rightarrow 3%

Por ello, la SEGO recomienda **no realizar biometrías antes de dos semanas**. UpToDate recomienda controles cada 2-4 semanas. Diagnosticaremos CIR si la CA no aumenta, al menos, 10 mm en 2 semanas (S=85% y E=74%).

La **velocimetría Doppler cerebro-umbilical** se ha mostrado eficaz para disminuir la mortalidad perinatal (\$\sqrt{30\%}\$) en gestantes con E.H.E. y/o CIR (no en el resto), así como reduce inducciones pretérmino innecesarias.

El índice de resistencia [(A-B)/A] o de pulsatilidad [(A-B)/Vm] se miden con feto en apnea, 5 ondas similares consecutivas, y FCF= 120-160 lpm. El ángulo de insonación debe ser inferior a 30°. Es preferible el índice de pulsatilidad.

El locus donde colocar la muestra del Doppler es:

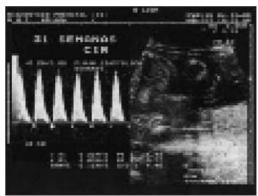
- * Art uterina: justo tras el cruce con la hipogástrica.
- * Art Umbilical: a la salida del abdomen fetal.
- * Art Cerebral Media: en parte proximal al polígono de Willis.
- * Ductus Venoso: zona de aliasing a continuación de vena umbilical.

La cronología del CIR por disfunción placentaria es: ↑ IRAU → ↓ IRACM → ICP<1 → IRAU=1 → AU Flujo Reverso → Doppler Venoso Patológ.

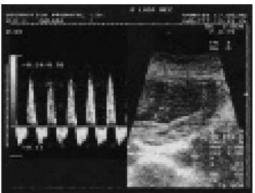
La ↓ del Doppler en la cerebral media antecede en 1-3 semanas al deterioro biofísico fetal. El Doppler venoso patológico incluye una onda-a ausente o reversa en el ductus venoso y/o una onda pulsátil en la vena umbilical, y es signo de muy mal pronóstico. Las 2 últimas situaciones deben plantearnos la extracción fetal inmediata, salvo extrema prematuridad, y se suelen asociar a cambios en el RCTG, siendo situaciones premortem.

Veamos las ondas de velocidad de flujo patológicas más representativas:

Doppler de arteria umbilical:

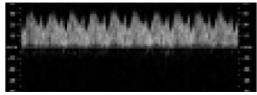


Ausencia de flujo telediastólico



Flujo telediastólico reverso

Doppler del ductus venoso:

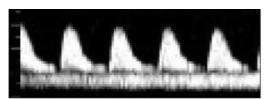


Onda normal



Onda a reversa.

Doppler de arteria y vena umbilical:



Ondas normales



Pulsatilidad venosa e IRAU ≤ 1

Como se ha dicho, el VPP de la US para detectar CIR depende de su prevalencia en el grupo de población estudiada, por lo que los hallazgos ecográficos deberán hacernos tomar decisiones teniendo en cuenta el grupo de riesgo de CIR (bajo, medio o alto) al que pertenece la gestante.

El **oligoamnios** (SDP < 2) tiene aceptable VPP (78%) pero muy baja sensibilidad (16%), porque es un parámetro tardío del CIR.

Se aconseja **cariotipo** si el CIR es: simétrico en 2º trimestre; severo (< p3); se asocia a polihidramnios (descartar T-18); o se acompaña de malformaciones (10-40% de aneuploidías).

El **Perfil Biofísico Fetal** (PBF): score de 0, 1 ó 2 en tono fetal; movimientos corporales y de extremidades; movimientos respiratorios; líquido amniótico; y TNS. Este método es útil pero impracticable en nuestro medio por el tiempo que requiere (media de 20 minutos). El PBF modificado (TNS y ILA) es una alternativa válida, con similares resultados al PBF completo.

Variable biofísica	2 puntos	1 punto	0 puntos
MFNE	5 o más aceleraciones de la FCF de al menos 15 latidos y 15 seg. de duración, asociadas a movim fetales en 20 minutos	De 2 a 4 aceleraciones de iguales características	1 aceleración de iguales características o aceleraciones de menos de 15 laridos
Movimientos respiratorios	1 o más movimientos respiratorios de 60 seg en un período de 30 minutos	1 movimiento respiratorio de 30 a 60 seg en un período de 30 minutos	Ausencia de movimientos respiratorios
Movimientos corporales	3 o más movimientos en 30 minutos	1 o 2 movimientos en 30 minutos	Ausencia de movimientos
Tono fetal	Al menos 1 movimiento de flexoextensión de extremidades y otro de columna	1 movimiento de flexoextensión de extremidades o 1 de columna	Extremidades en extensión
Volumen de LA	Diámetro de la mayor bolsa de LA mayor de 2 cm en sentido vertical	Diámetro de la mayor bolsa de LA entre 1 y 2 cm, en sentido vertical	Diámetro de la mayor bolsa de LA menor de 1 cm en sentido vertical

El PBF de Manning no contempla la columna de "1 punto".

Los **CONTROLES** serán:

- * Si PFE<p3-10, IPAU<p95 e IPACM>p5: control cada 2 sem si EG<37 SA. Si crecimiento correcto o PFE>p10 en sem ≥ 36, recitar según riesgo previo a CIR.
 - * Si PFE<p10 a término o PFE<p3: 1 vez por semana.
- * En casos medio-graves (oligoamnios, preeclampsia, IPAU>p95, IPACM<p5, crecimiento lento): controles dos veces por semana.
 - * Los casos muy severos se finalizan si \geq 34 sem o se trasladan a CHT si \leq 34 s.

PRUEBAS a realizar:

- * Biometría cada 2 semanas.
- \ast PBF modificado (TNS + ILA) en cada visita. Si alterado, realizar prueba de Pose o PBF completo.
 - * Doppler (IPAU y IPACM) en cada visita.

NOTAS sobre los controles:

PFE con decalaje de 2 sem< en sem 33 ó 34 corresponde al p15-20. SEGO no incluye biometría fetal en los controles.

TRATAMIENTO

Todo tipo de tratamientos han sido **ineficaces** hasta la fecha: reposo en cama; incremento calórico, protéico, y/o vitamínico; folatos; ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga; antagonistas del calcio; beta-miméticos; AAS 100 mg; heparina; donantes de óxido nítrico; oxigenoterapia materna; plasmaféresis; o sildenafilo. Se sigue recomendando dejar el tabaco (u otros tóxicos).

El único tratamiento del CIR es la **prevención** del nacimiento de neonatos con **mal pronóstico psico-motor** mediante la **FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN**. Los CIR precoces se deben a causas que no mejoran con el adelantamiento del parto por lo que no deben ser motivo de inducción por CIR. Por ello, salvo detención franca del crecimiento, debe existir Doppler patológico (demostrando una etiología fluxométrica) para decidir la finalización del embarazo. Así, un feto pequeño para edad gestacional sin malformaciones, con LA normal, y buen crecimiento, no tiene incrementado el riesgo de morbi-mortalidad. Concluimos que **el Dº de CIR, sin más, no implica inducción necesariamente**.

La decisión de finalizar el embarazo depende del estado fetal y de la edad gestacional, siendo tanto más restrictiva cuanto más prematuro sea el feto. La extracción fetal se indica cuando el riesgo fetal supera al riesgo neonatal, esto es fácil de decir pero difícil de determinar.

El estudio DIGITAT (Disproportionale Intrauterine Growth Intervention Trial At Term): ECA multicéntrico holandés con 650 CIR a término (≥ 36+0 sem), randomizados a inducción vs controles. No hay peor pronóstico en el grupo de controles (5,3 vs 6,1%: nds). Tampoco se detectaron diferencias en la tasa de cesáreas (14 vs 13,7%). Concluyen que cualquier decisión es correcta.

El estudio GRIT (Growth Restriction Intervention Trial) aleatoriza 587 gestantes de 24-36 sem con CIR severo (el 40% con flujo umbilical telediastólico ausente o reverso), y no hay diferencias de mortalidad perinatal entre inducción directa (mayor mortalidad neonatal) o esperar (media de 5 días; mayor mortalidad fetal). Este estudio analiza el resultado cognitivo y psico-motor de los supervivientes 13 años después, sin encontrar diferencias entre ambos grupos.

Algoritmo SEGO para el manejo del CIR según Doppler:

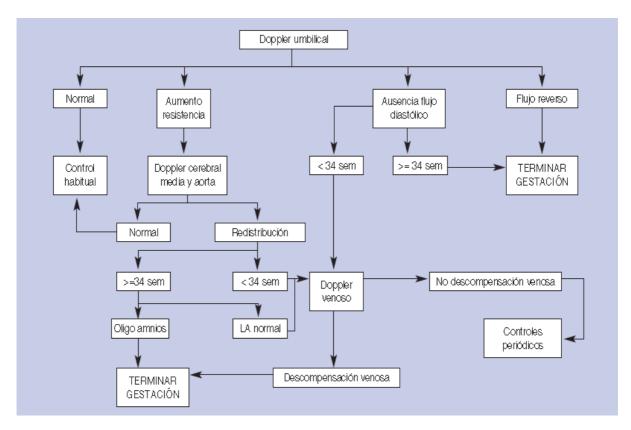


Tabla 1. Algoritmo de seguimiento del feto con CIR (modificado de Baschat ¹⁰)					
CIR con resistencias de arteria umbilical aumentadas					
Doppler AU y/o ACM/AU anómalo. Resto pruebas normales	 Parto por factores obstétricos o maternos. Doppler cada 2 semanas. CTG semanal. 				
Redistribución sanguínea					
CIR con criterios anteriores. Resistencias ACM bajas. Resto pruebas normales	 Parto por factores obstétricos o maternos. Doppler semanal. CTG dos veces a la semana. 				
Redistribución sanguínea significativa					
AU con diástole ausente o reversa. Doppler venoso normal CTG normal, oligoamnios	≥ 34 semanas: parto.< 34 semanas: corticoides y repetir pruebas diarias				
Compromiso fetal objetivado					
Redistribución significativa. Aumento de la pulsatilidad ductus venoso CTG normal, oligoamnios	 ≥ 32 semanas: parto < 32 semanas: ingreso, corticoides, individualizar las pruebas diaria ó cada 12 horas 				
Descompensación fetal					
Compromiso por los criterios anteriores. Ductus venoso nadir atrial ausente o reverso. Pulsatilidad de la vena umbilical CTG anormal, oligoamnios	Parto en centro terciario con UCI neonatal				

INDICACIONES DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO POR CIR:

Resumen de todos los protocolos analizados:

FINALIZAR	≥ 28 SA	≥ 32 SA	≥ 34 SA	≥ 37 SA	≥ 40 SA
PFE: p3-p10					HC-SMF
PFE < p3				HC-FO	
PFE > p10 + IPAU > p95				HC-SMF	SG-UTD
PFE < p10 + IPAU > p95 +			HC-SG`03		SG`09
IPACM < p5					
PFE < p5-10 + HTA				UTD	
$PBF \le 6/10$				TODOS	
Oligoamnios (SDP < 2)				TODOS	
No ↑ PFE o CA en 3-4 sem			UTD-FO		
IRAU = 1			TODOS		
Telediástole reversa AU	HC-FO	UTD-SMF	SG		
$PBF \le 4/10$	HC	SG-FO			
Doppler venoso patológ.	TODOS	SG*			
RCTG patológico	TODOS				

SG: SEGO. UTD: UpToDate. FO: Fundamentos Obstetricia. HC: Hosp Clínico Granada SMF: Sociedad de Medicina Materno-Fetal

SG*: Ductus venoso reverso.

Propuesta para nuestra UGC de Tocoginecología:

FINALIZAR	≥ 28 SA	≥ 32 SA	≥ 34 SA	≥ 37 SA	≥ 38-40
PFE < p10 + IPAU > p95					*
PFE < p5					*
PFE < p5 + IPAU > p95				*	
PFE < p3				*	
PFE < p10 + IPAU > p95 +				*	
IPACM < p5					
PFE < p5-10 + HTA				*	
$PBF \le 6/10$				*	
Oligoamnios (SDP $\leq 2 \times 1$)				*	
No ↑ PFE o CA en 3-4 sem			*		
Ausencia diástole AU			*		
Telediástole reversa AU		*			
PBF ≤ 4/10		*			
Doppler venoso patológ.	*				
RCTG ominoso	*				

UpToDate desaconseja finalizar por CIR si existe flujo diastólico umbilical en <37 SA. SEGO: el FPEG constitucional no debe inducirse.

No olvidemos administrar corticoides durante la semana previa al día del nacimiento en gestantes \leq 34 sem, y SO₄Mg₂ (4 g IV) si finalización \leq 32 sem.

La finalización de la gestación será mediante inducción del parto siempre que el RCTG sea reactivo y no haya contraindicación de vía vaginal. Algunos aconsejan realizar cesárea electiva si flujo diastólico umbilical ausente o reverso.

PRONÓSTICO

La mortalidad fetal se duplica (2,4 vs 4,8‰) en fetos a término. Suponen el 40% de los mortinatos de causa desconocida, el 30% de las muertes súbitas del lactante, y el riesgo de mortalidad infantil se multiplica por 8.

Para idéntica edad gestacional (E.G.) los CIR tienen mayor mortalidad neonatal que los no CIR, mientras que para igual peso al nacer, tienen la misma MN.

En período neonatal, secundariamente a la hipoxia crónica y la prematuridad, aumenta la incidencia de hipoglucemia, poliglobulia, hipocalcemia, alteraciones de la termorregulación, infección, acidemia, hemorragia intraventricular, distress respiratorio, y enterocolitis necrotizante.

A largo plazo, está descrito un descenso del I.Q. sin repercusión clínica (*), disminución de algunas funciones cognitivas, y aumento de la parálisis cerebral.

(*) Un estudio de cohorte de 13.000 jóvenes de 17 años, nacidos a término en Nueva York, demuestra que los CIR no consiguen peores resultados académicos que los no CIR. Aunque un estudio israelí caso-control (123 CIR y 63 controles) sí encontró diferencias significativas en talla, cociente intelectual (I.Q.) y logros académicos.

En la edad adulta se observa un incremento del síndrome metabólico con aumento en la incidencia de HTA, hipercolesterolemia, DM y cardiopatía isquémica.

El pronóstico psico-motor es mejor cuando se produce "catch-up" o recuperación estato-ponderal en los primeros años.

No olvidemos que los resultados globales de los CIR están contaminados dependiendo de dónde coloquemos el punto de corte: si se sitúa por debajo del p10, los resultados aparecerán falsamente mejorados, por incluir el 80% de FPEG normales (CP); mientras que si se sitúan en < p3, tal vez aparezcan excesivamente perjudicados por la influencia de los FPEG precoces y simétricos, cuya etiología es, a menudo, peor que el bajo peso al nacer.

CONCLUSIONES

- * Pedir cariotipo en los casos con alto riesgo de aneuploidías.
- * El peso fetal estimado es el mejor método para diagnosticar peso bajo para edad gestacional.
 - * Lo ideal es tener en cuenta el sexo fetal y la gemelaridad para establecer percentiles.
- * Si 1ª eco tardía y sospecha de CIR según amenorrea, determinar E.G. según diámetro transverso del cerebelo.
- * No realizar biometrías en intervalos inferiores a 2 semanas. Controles intermedios para Doppler cerebro-umbilical, ILA y TNS.
 - * Finalizar embarazo según tabla correspondiente.
- * La finalización de la gestación será mediante inducción del parto, salvo feto muy comprometido (IRAU=1 o peor) en que se practicará cesárea.

"CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO"

U.G.C. Obstetricia y Ginecología – A.G.S.N.A. - 2012

CONTROLES:

- * Si PFE<p3-10, IPAU<p95 e IPACM>p5: control cada 2 sem si EG<37 SA. Si crecimiento correcto o PFE>p10 en sem ≥ 36, recitar según riesgo previo a CIR.
- * Si PFE<p10 a término o PFE<p3: 1 vez por semana.
- * En casos medio-graves (oligoamnios, preeclampsia, IPAU>p95, IPACM<p5, crecimiento lento): controles dos veces por semana.
- * Los casos muy severos se finalizan si \geq 34 sem o se trasladan a CHT si < 34 s.

PRUEBAS a realizar:

- * Biometría cada 2 semanas.
- * PBF modificado (TNS + ILA) en cada visita. Si alterado, realizar prueba de Pose o PBF completo.
- * Doppler (IPAU y IPACM) en cada visita.

INDICACIONES DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO POR CIR:

FINALIZAR	≥ 28 SA	≥ 32 SA	≥ 34 SA	≥ 37 SA	≥ 38-40
PFE < p10 + IPAU > p95					*
PFE < p5					*
PFE < p5 + IPAU > p95				*	
PFE < p3				*	
PFE < p10 + IPAU > p95 +				*	
IPACM < p5			•		
PFE < p5-10 + HTA				*	
$PBF \le 6/10$				*	
Oligoamnios (SDP $\leq 2 \times 1$)				*	
No ↑ PFE o CA en 3-4 sem			*		
Ausencia diástole AU			*		
Telediástole reversa AU		*			
$PBF \le 4/10$		*			
Doppler venoso patológ.	*				
RCTG ominoso	*				

UpToDate desaconseja finalizar por CIR si existe flujo diastólico umbilical en <37 SA. SEGO: el FPEG constitucional no debe inducirse.

CONCLUSIONES

- a) Pedir cariotipo en los casos con alto riesgo de aneuploidías.
- b) El peso fetal estimado es el mejor método para diagnosticar peso bajo para edad gestacional.
- c) Lo ideal es tener en cuenta el sexo fetal y la gemelaridad para establecer percentiles.
- d) Si 1ª eco tardía y sospecha de CIR según amenorrea, determinar E.G. según diámetro transverso del cerebelo.
- e) No realizar biometrías en intervalos inferiores a 2 semanas. Controles intermedios para Doppler cerebro-umbilical, ILA y TNS.
- f) Finalizar embarazo según tabla correspondiente.
- g) La finalización de la gestación será mediante inducción del parto, salvo feto muy comprometido (IRAU=1 o peor) en que se practicará cesárea.