



Jueves 13 de octubre de 2005

Mesa Redonda:
“Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU): retos para el pediatra de Atención Primaria”

Moderador:

Ramón Ugarte Libano

Servicio Vasco de Salud-Osakidetza,
CS Aranzakarra I, Vitoria-Gasteiz

■ **Indicación del tratamiento con hormona de crecimiento en el RCIU**

Jesús Argente

Profesor Titular de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de Servicio de Pediatría y Director de la Unidad de Investigación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Gabriel Ángel Martos Moreno

Médico especialista en Pediatría. Investigador asociado. Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

■ **Síndrome metabólico y RCIU**

Lourdes Ibáñez y Ángela Ferrer

Sección de Endocrinología, Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona

■ **Seguimiento psicoevolutivo del niño con RCIU**

María José Álvarez Gómez

CS de Mendillorri, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Ugarte Libano R. Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU): retos para el pediatra de Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 9-10.

Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU): retos para el pediatra de Atención Primaria

Ramón Ugarte Libano

Servicio Vasco de Salud-Osakidetza
CS Aranzakarra I, Vitoria-Gasteiz
rugarte@apar.osakidetza.net

El retraso del crecimiento intrauterino, también llamado crecimiento intrauterino retardado o restringido (CIR), es una entidad polémica ya en su definición. Estrictamente habría que definirlo como la disminución de la velocidad de crecimiento del feto observada al menos en dos valoraciones y, por tanto, como una incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento. Desde un punto de vista práctico y epidemiológico se considera el RCIU como el recién nacido pequeño para su edad gestacional. Es decir, aquel que se encuentra a menos de dos desviaciones estándar de las referencias obtenidas de los estudios de población adecuados a su raza y entorno, que en nuestro país se corresponden con las tablas de P. Delgado Beltrán^{1,2}. En gestantes sanas la prevalencia de RCIU es de un 3-5% y hasta un 25% en gestantes pertenecientes a grupos de riesgo, estimándose en un 10% la prevalencia global de RCIU. En cualquier caso, a los pediatras de Atención Primaria nos interesa conocer las consecuencias que durante la infancia y la vida adulta va a tener esta condición.

Hace doce años Barker³ propuso la hipótesis del origen fetal de las enfermedades, vinculando alteraciones cardiovasculares de la vida adulta y el llamado síndrome X o síndrome metabólico (obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2) con el RCIU y los hábitos postnatales, especialmente los relacionados con la nutrición. Esta hipótesis ha sido defendida reiteradas veces desde planteamientos científicos y rigurosos, no sin alguna duda sobre su consistencia⁴, y a la vez ha dado origen a la constatación de que muchos procesos patológicos que se observan en la edad pediátrica están asociados a las condiciones relativas al crecimiento intrauterino. En esta Mesa Redonda no vamos a poder tratar todos los aspectos pediátricos que afectan a los niños con RCIU sino a

sólo tres de enorme interés como son el crecimiento somático, la repercusión endocrino-metabólica y reproductiva, y el desarrollo psicoevolutivo de estos niños.

El crecimiento somático de los niños con RCIU es una preocupación permanente para las familias y los pediatras. La impresión de que una recuperación rápida de peso, y en ocasiones de talla, generalmente mediante la implantación de una dieta hipercalórica pudiera ser la solución a estos problemas no es más que una falsa impresión. Esta actitud puede ser responsable de consecuencias indeseables a largo plazo y no debería ser vista como un eventual tratamiento de la talla baja. Actualmente el tratamiento con hormona de crecimiento es una alternativa aceptada por la Administración Sanitaria⁵ y la eficacia de esta medida ha sido ampliamente estudiada⁶. Los pediatras de Atención Primaria, mediante evaluación auxológica, seremos los responsables de derivar a estos niños a las unidades de en-

docrinología pediátrica y colaborar en el seguimiento de los mismos.

Las repercusiones endocrinometabólicas son varias pero las relativas a la aparición de características sexuales secundarias e hiperandrogenismo precoz han sido estudiadas ampliamente^{7,8,9} y constituyen un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria.

Pero si algo preocupa a las familias de niños con RCIU no son sólo los problemas de crecimiento sino todos aquéllos relacionados con su desarrollo psicológico y cognitivo. Los niños con RCIU presentan un mayor riesgo de lesiones que comprometan funcionalmente sus capacidades individuales¹⁰ y en muchos casos van a ser subsidiarios de Atención Temprana. En este cometido los pediatras de Atención Primaria debemos tener un papel importante en la detección, coordinación, seguimiento y participación de las familias en el abordaje terapéutico de estos niños.

Bibliografía

1. Delgado Beltrán P, Melchor Marcos JC, Rodríguez-Alarcón Gómez J, y cols. Curvas de desarrollo fetal de los recién nacidos en el Hospital de Cruces (Vizcaya). I. Peso. *An Esp Pediatr*. 1996;44:50-54.
2. Delgado Beltrán P, Melchor Marcos JC, Rodríguez-Alarcón Gómez J, y cols. Curvas de desarrollo fetal de los recién nacidos en el Hospital de Cruces (Vizcaya). II. Longitud, perímetro cefálico e índice ponderal. *An Esp Pediatr*. 1996;44:55-59.
3. Barker DJP. Fetal and infant origins of adult disease. London: British Medical Journal; 1993.
4. Gluckman PD, Hanson MA. Developmental origins of disease paradigm: a mechanistic and evolutionary perspective. *Pediatr Res*. 2004;56(3):311-317.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios para la utilización racional de la hormona de crecimiento en niño. Octubre de 2003. [Fecha de acceso 5 jun 2005]. Disponible en: www.msc.es/profesional/farmacia/pdf/criteriosHCNiños200904.pdf
6. Johnston LB, Savage MO. Should recombinant human growth hormone therapy be used in short small for gestational age children? *Arch Dis Child*. 2004;89:740-744.
7. Neville KA, Walker JL. Precocious pubarche is associated with SGA, prematurity, weight gain, and obesity. *Arch Dis Child*. 2005;90(3):258-261.
8. Ibáñez L, Potau N, Francois I, et al. Precocious pubarche, hyperinsulinism and ovarian hyperandrogenism in girls: relation to reduced fetal growth. *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83:3558-3562.
9. Ibáñez L, Ferrer A, Marcos MV, Rodríguez Hierro F, de Zegher F. Early puberty: rapid progression and reduced final height in girls with low birthweight. *Pediatrics*. 2000; 106:e72.
10. Jarvis S, Glinianaia SV, Arnaud C, et al. Case gender and severity in cerebral palsy varies with intrauterine growth. *Arch Dis Child*. 2005;90:474-479.