

PROTOCOLO:
MANEJO DE LA GESTACIÓN \geq 41 SEMANAS

Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

La gestación cronológicamente prolongada (GCP) se define como aquella que sobrepasa de las 42.0 semanas de duración (294 días), situación que ocurre en un 5-10% de las gestaciones. Esta condición se ha asociado a un incremento en la morbi-mortalidad perinatal (síndrome de aspiración meconial, oligoamnios, macrosomía, acidosis neonatal, bajo Apgar...) así como a un incremento también en la morbilidad materna (parto instrumentado, desgarros en canal del parto...). Este aumento de riesgo a partir de la semana 42 es el motivo por el cual se inician controles a partir de la semana 41.

2. DATACIÓN DE LA GESTACIÓN

El error en la datación de la gestación ha sido identificado a lo largo de la literatura como un factor confusor en la GCP, por lo que lo primero que se realizará es datar la gestación según la primera exploración ecográfica disponible, según lo que se expone a continuación:

- a. Si la LCC $<$ 84mm: datación por CRL (Robinson HP BJOG 1975;82:702)
- b. Si la LCC \geq 84mm y DBP $<$ 60mm: datación por DBP (Mul T UOG 1996;8:397)

Sin embargo, si la primera ecografía disponible muestra un DBP $>$ 60mm y la gestante refiere una Fecha de última regla (FUR) cierta, se datará por ésta (FUR). Si la FUR es incierta, se datará por PC (Mongelli M, UOG 2005;26:129).

Se debe calcular la edad gestacional a partir de la nueva fecha de última regla mediante un método exacto (evitar uso de las ruedas de gestación). La aplicación de la "Calculadora Gestacional" permite estos cálculos de manera automática (<file:///F:/GINEOBST/Calculadora v9.3>).

3. MANEJO CLÍNICO \geq 41 semanas

En términos generales, existen dos opciones una vez llegadas las 41 semanas: Finalización de la gestación a las 41 semanas *versus* Conducta expectante con controles materno-fetales en espera del inicio espontáneo de parto.

Aunque existe mucha controversia al respecto, estudios recientes parecen indicar que la inducción médica del parto a las 41 semanas no aumenta el número de partos instrumentados (fórceps y cesáreas), incluso lo podría disminuir, en comparación con la conducta expectante.

Además, finalizar el embarazo a las 41 semanas parecería estar relacionado con un porcentaje menor de complicaciones perinatales como: síndrome de aspiración meconial, macrosomía y trauma neonatal. Lo que sí queda bastante claro es que la finalización electiva a las 41 semanas no disminuye la mortalidad perinatal comparada con la conducta expectante, siempre que ésta incluya la monitorización materno-fetal. A la luz de la información reciente, podemos considerar que el efecto protector de la Finalización electiva a las 41 semanas muy probablemente es marginal, sobretodo en gestantes de bajo riesgo. Sin embargo, de existir un efecto protector, éste tendría mayor impacto en las gestaciones de alto riesgo. De esta manera los riesgos y beneficios de ambas estrategias se discutirán con la paciente entre las 41-42 semanas; ofreciendo de entrada la finalización de la gestación a las 41 semanas como primera opción únicamente a las gestante con factores de riesgo añadidos.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN A LAS 41.0 ±2 SEMANAS:

- Gestaciones de riesgo alto y muy alto (“Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya, 2005”). (Anexo 1). La presencia de 2 o más factores de riesgo intermedio también constituyen criterio de alto riesgo.
- Antecedentes de ≥2 consultas por disminución de movimientos fetales (ver protocolo específico).
- Edad materna >40 años
- Obesidad (IMC al inicio de la gestación > 30 kg/m²).
- Bishop ≥ 6
- No aceptación de la conducta expectante después de la información (anexo 2).

CONDUCTA EXPECTANTE HASTA 41.6 - 42.1 SEMANAS:

- Gestaciones de riesgo bajo (“Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya, 2005”) sin otros factores de riesgo (edad materna avanzada, obesidad, disminución de movimientos fetales) y con Bishop inferior a 6.
- Gestaciones de riesgo alto/muy alto o factores de riesgo adicionales (edad materna avanzada, obesidad, disminución de movimientos fetales) que de manera informada (anexo 2) prefieren una conducta expectante. Requiere firma de denegación de consentimiento.
(http://www.intra.csc.es/comissio_sihc/consen_informats/documents/general/catala/Denegacio_consentiment.pdf)

- ❖ En ambos casos se puede ofrecer el despegamiento de las membranas amnióticas si presentan dilatación suficiente y no presentan contraindicaciones (presenta las mismas que el parto vaginal) al haberse relacionado con un inicio espontáneo de trabajo de parto en los días siguientes y una reducción de la necesidad de otros métodos de inducción.

Durante la conducta expectante se aplicará una monitorización materno-fetal cada 2-3 días. Si las pruebas complementarias aplicadas son normales se flexibilizará el ingreso, no siendo superior a las 41.6 – 42.1 semanas. La presencia de alguna alteración en una o más pruebas complementarias se ingresará a la gestante en \pm 24 horas para finalizar.

4. MONITORIZACIÓN FETAL ANTEPARTO \geq 41.0 \pm 2 SEMANAS

VALORACIÓN DE LA CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

La presencia de un oligoamnios (ILA <5 cm) se ha relacionado con peores resultados perinatales en las gestaciones de alto riesgo (incluyendo la GCP).

Índice de líquido amniótico (ILA): El ILA ha demostrado ser más sensible en la predicción de resultados perinatales adversos en la GCP comparado con la medida de máxima columna de líquido amniótico.

PESO FETAL ESTIMADO

- La presencia de Retraso de Crecimiento intrauterino (percentil de crecimiento <10) en la gestación posttérmino está asociada a complicaciones neonatales, tales como muerte fetal anteparto y acidosis neonatal.
- La presencia de macrosomía (>4000 g) incrementa el riesgo de complicaciones maternas derivadas del parto (parto instrumentado, desgarros canal del parto...) así como un incremento del riesgo de parto traumático (distocia de hombros).

DOPPLER FETAL

El único parámetro que ha sido capaz de predecir peores resultados en la GCP (incremento de riesgo de meconio y de menor pO₂ en pH AU en cordón) ha sido el índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (IPACM). Se usaran las curvas propias de GCP (Palacio M 2004 UOG), adjuntas en el anexo 3.

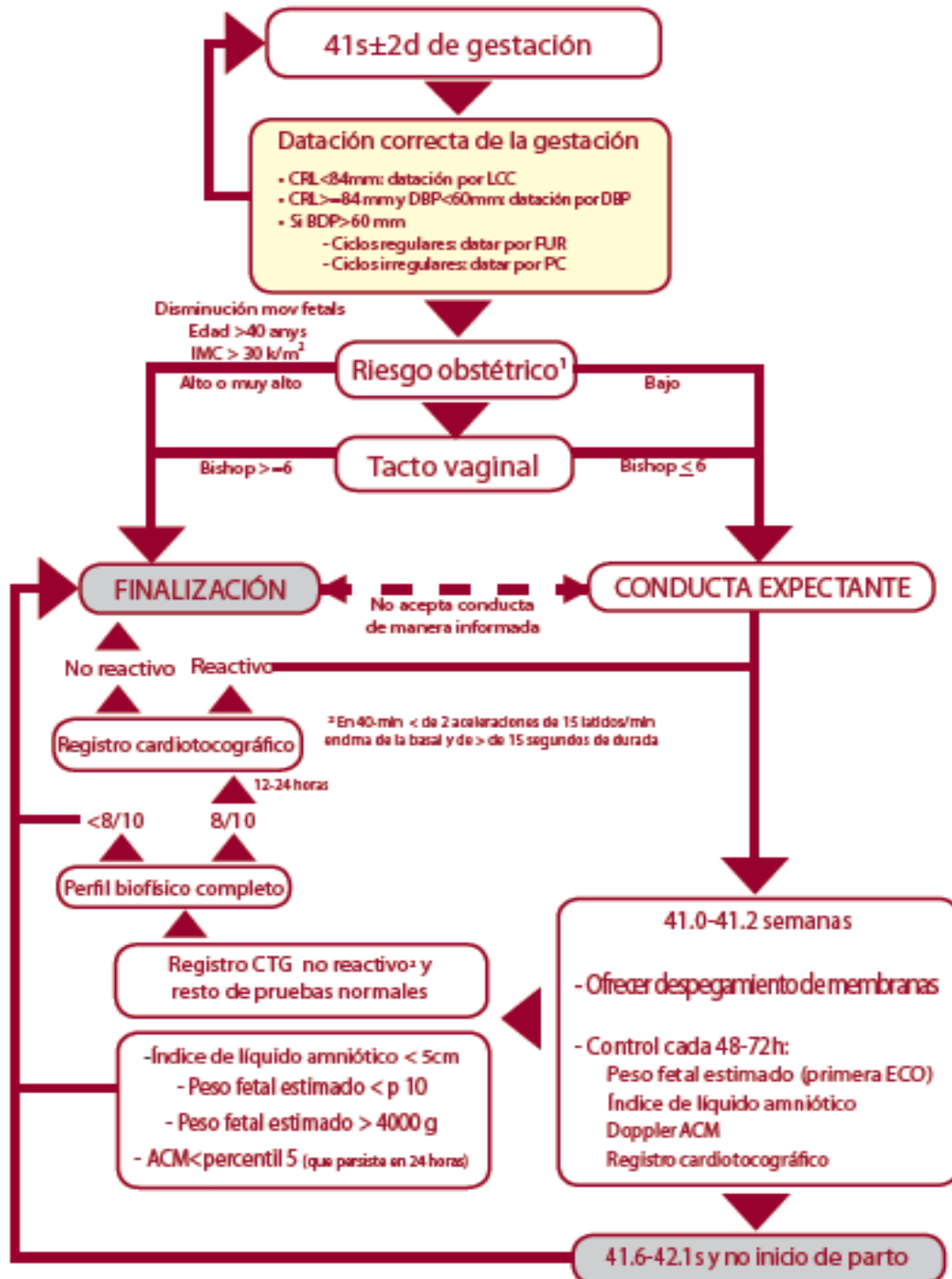
REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO

Constituye el primer escalón en la detección de la hipoxia fetal (elevado VPN). Tendrá una duración de 20 minutos con la paciente en ligero decúbito lateral izquierdo y se valorará tanto criterios de normalidad como de reactividad. Criterios de reactividad: \geq 2 aceleraciones transitorias de > 15 lpm por encima de la basal de > 15 segundos en 40 minutos.

PERFIL BIOFÍSICO

Por su bajo valor predictivo positivo solamente se usará en el contexto de la GCP como back-up de un patrón no reactivo con el resto de pruebas normales.

5. ALGORITMO CLÍNICO



¹Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Anexo 1:

Factores de riesgo (*Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 2005'*)

Riesgo alto	Riesgo muy alto
<input type="checkbox"/> Anemia grave (Hb < 9 g/dl o Hto < 25%)	<input type="checkbox"/> Gestación múltiple (≥ 3) o gemelos monoamnióticos
<input type="checkbox"/> Gemelos	<input type="checkbox"/> Malformación uterina
<input type="checkbox"/> Historia obstétrica desfavorable: 2 o más abortos anteriores . . .	<input type="checkbox"/> Enfermedad hereditaria con riesgo de afectación al recién nac:
<input type="checkbox"/> Patología médica no grave	<input type="checkbox"/> Antecedente de hijo con afectación neurológica o retraso ment:
<input type="checkbox"/> Cirugía uterina previa (cirugía que lleza hasta la cavidad endor	<input type="checkbox"/> Antecedente de muerte perinatal (fetal, perinatal o neonatal)
<input type="checkbox"/> Cardiopatía grave II NYHA (insuficiencia cardíaca a grandes es:	<input type="checkbox"/> Patología asociada grave (enfermedades sistémicas o mentale
<input type="checkbox"/> Endocrinopatía (hipofísis, tiroides, suprarrenales, etc...)	<input type="checkbox"/> Drogadicción/alcoholismo (aprox. 400 ml cerveza, 150 ml vino.
<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Isoinmunización (Coombs indirecto positivo)
<input type="checkbox"/> Sospecha malformación fetal	<input type="checkbox"/> Cardiopatía III v IV (insuficiencia cardíaca a pequeños esfuerz:
<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida: IMC (kg/m ²) >40	<input type="checkbox"/> Diabetes pregestacionales
<input type="checkbox"/> Preeclampsia grave / Transtornos hipertensivos leves	<input type="checkbox"/> Incompetencia cervical uterina
<input type="checkbox"/> Infección materna (Pielonefritis, Hepatitis B/C, Toxo, Rubeola	<input type="checkbox"/> Malformación fetal confirmada
<input type="checkbox"/> Embarazo prolongado (≥ 42 semanas)	<input type="checkbox"/> RCIU = Crecimiento Intrauterino Retardado
<input type="checkbox"/> Sospecha de macrosoma >> 4500 g	<input type="checkbox"/> Placenta previa
<input type="checkbox"/> Desprendimiento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/> Preeclampsia grave
<input type="checkbox"/> Oligoamnio o polihidramnio	<input type="checkbox"/> Amenaza de parto prematuro (antes de las 37 semanas)
<input type="checkbox"/> Parto pretérmino de > 32 semanas	<input type="checkbox"/> RPM pretérmino < 32 semanas
<input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas de > 12 horas	<input type="checkbox"/> Riesgo tromboembolismo
	<input type="checkbox"/> Parto pretérmino de < 32 semanas

Anexo 2:

Información escrita sobre la gestación >41.0 semanas

GESTACIÓN PROLONGADA

¿Qué significa que una gestación es prolongada? Se considera que una gestación es prolongada a partir de las 42 semanas de duración calculada a partir de la primera ecografía del embarazo. No obstante, a partir de las 41 semanas ya se inician los controles.

¿Por qué no me pongo de parto? La gran mayoría de gestaciones (aproximadamente 9 de cada 10) inicia el trabajo de parto o rompe las membranas amnióticas antes de la semana 41. El resto de las gestaciones alcanzan las 41.0 semanas sin presentar ningún síntoma de inicio del parto. Los factores que favorecen esta situación son desconocidos, aunque es más frecuente en primerizas, en mujeres de edad avanzada o con sobrepeso/obesidad.

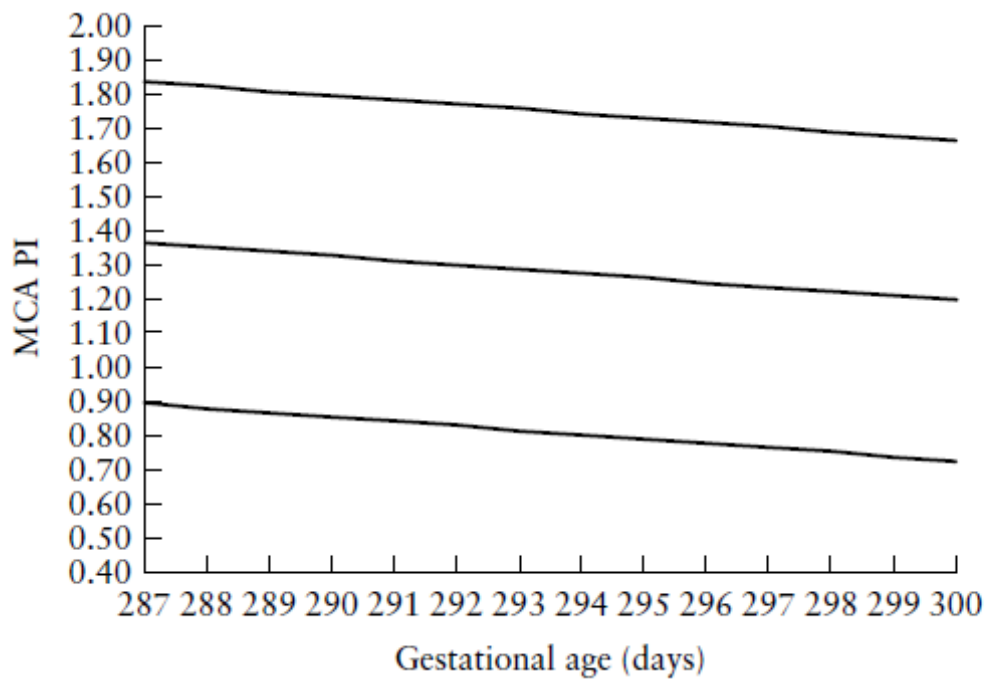
¿Puedo hacer alguna cosa para iniciar el parto? El despegamiento de las membranas durante el tacto vaginal ha demostrado provocar el parto. Para poder efectuarlo se necesita una dilatación cervical suficiente. El médico o comadrona introduce un dedo a través del cuello dilatado durante la exploración vaginal que se realiza de rutina e intenta despegar las membranas amnióticas de la parte inferior del útero. Esta maniobra no aumenta el riesgo de infección aunque puede provocar en algunos casos una pequeña pérdida de sangre o malestar durante la realización del mismo, sin implicar ningún riesgo para el feto ni la madre. Ninguna otra medida que pueda hacer ha demostrado ser de utilidad para provocar el parto.

¿Qué opciones existen? Alrededor de las 41 semanas se proponen dos opciones en función de su riesgo. En mujeres de bajo riesgo se recomienda realizar controles ecográficos cada 2-3 días y en caso de no haberse puesto de parto antes, provocar el parto a las 42 semanas. En mujeres con embarazos de riesgo alto se recomienda directamente provocar el parto a partir de las 41 semanas. Su médico o comadrona le podrán informar del grupo de riesgo al cual pertenece. No obstante, conociendo la información usted puede preferir un opción diferente a la recomendada y bajo criterio médico se le aceptará.

¿Existe riesgo para mi bebé y/o para mí? En caso de gestaciones de bajo riesgo y siguiendo los controles adecuados la opción de esperar es segura y es menos intervencionista. Sin embargo, finalizar el embarazo a las 41 semanas en gestaciones de alto riesgo parece la opción más adecuada ya que disminuirían probablemente riesgos añadidos a su problema de base como es el de gestación prolongada. Además la finalización electiva a las 41 semanas no parece aumentar el número de cesáreas, en contraposición a lo que se pensaba anteriormente.

Anexo 3:

Normalidad del índice de pulsatilidad de la ACM a partir de las 41 semanas



Creación: 17/04/2005
Última actualización: 07/02/2011
Responsables del protocolo: M. Illa, M. Palacio, F.Figueras