

 <p>Ministerio de Salud</p> <p>Gobierno de Chile</p> <p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR</p>	<p>UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL</p> <p>SERVICIO CLINICO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA</p> <p>CABLT</p>	<p>Agosto 2017</p>
--	---	--------------------

PROTOCOLO DE MANEJO EDAD GESTACIONAL
SUBÓPTIMA

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Dra. Norma Lorca Pino. MPF Obstetricia- Ginecología U. de Chile Dr. Gustavo Caro Díaz. Residente UMMF</p>	<p>Dr. Eduardo Cuéllar Jaramillo. Médico Jefe UMMF</p>	<p>Dr. Alejandro Barra Tapia. Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia. CABLT.</p>

OBJETIVO: Uniformar determinación de la edad gestacional en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Barros Luco.

ALCANCE: Médicos y Matronas del servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Asistencial Barros Luco y APS correspondiente.

RESPONSABLES: Equipo Médico de la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Barros Luco.

INTRODUCCIÓN

La determinación de la mejor edad gestacional es un antecedente fundamental para el control de la embarazada, ya que mejora los resultados perinatales. Su conocimiento es necesario en el control prenatal para definir momento de exámenes prenatales, evaluación adecuada de co-morbilidades maternas, evaluar el crecimiento fetal, y determinar intervenciones tanto en pretérmino como postérmino.

La ausencia de una evaluación ecográfica previa a las 22+0 semanas, se considera un grupo de embarazo de alto riesgo perinatal, por lo que debe tener un seguimiento continuo en la Unidad de Medicina Materno Fetal desde su diagnóstico.

Los principales riesgos en este grupo están determinados por la imposibilidad de datar en forma segura el embarazo, y por ello la toma de decisiones en situaciones específicas.

CALCULO DE EDAD GESTACIONAL.

La Fecha de Ultima Regla (FUR) ha sido usada históricamente para el cálculo de la fecha probable de parto a las 40 semanas, equivalente a 280 días, siempre considerando ciclos regulares de 28 días.

En la actualidad, la ecografía del primer trimestre es el método más preciso para determinar la edad gestacional (1). De igual modo, a medida que se avanza en la gestación la biometría pierde precisión (2) por lo que diferentes guías internacionales recomiendan no utilizar la fecha aportada por la paciente para definir la edad gestacional, sino que guiarse por la estimada en la primera evaluación ecográfica (8).

De acuerdo a lo anterior, se considerará cómo la FUR para el cálculo de EDAD GESTACIONAL, la estimada según la biometría en la primera ecografía disponible. *Esta FUR no deberá modificarse con ecografías posteriores.* (ver PROTOCOLO DETERMINACION DE EDAD GESTACIONAL)

Se registrará en carnet Prenatal la FUR CAROP calculada, indicándose el médico responsable de su cálculo.

EDAD GESTACIONAL SUBOPTIMA

Se define como edad gestacional subóptima, a aquella gestación en que la primera ecografía se realiza **desde las 22+0 semanas en adelante** (3). En la recomendación de la ACOG (3), se determina esta edad gestacional basándose en que la evaluación hasta las 21+6 semanas, nos permite determinar una edad gestacional segura, con una dispersión de 10 días y evaluar la anatomía fetal.

Toda paciente sin evaluación ecográfica fetal precoz (antes de las 21+6 semanas) deberá ser derivada a CAROP para evaluación y manejo (P4). Si se sospecha un embarazo de término, deberá enviarse en el momento del diagnóstico (P2).

MANEJO EDAD GESTACIONAL SUBÓPTIMA.

Al ingreso al Servicio de Obstetricia y Ginecología (CAROP o Urgencia) deberá estimarse la edad gestacional según primera ecografía disponible. En caso de ausencia de ecografía previa, se solicitará evaluación ecográfica por médico del Servicio SCOG-CABL para definir edad gestacional y evaluar anatomía fetal.

SEGUIMIENTO

Toda embarazada con diagnóstico EDAD GESTACIONAL SUBÓPTIMA debe continuar controles prenatales en su CESFAM y en CAROP, en forma simultánea.

Durante los controles, se evaluará el crecimiento fetal con una ecografía obstétrica a las 30 - 32 semanas y otra a las 34-36 semanas, con el objetivo de realizar una curva de crecimiento fetal que se espera, esté cercana a 30 gr +/- 10gr/día.

En ausencia de otra patología perinatal, se realizará evaluación ecográfica a las 38 semanas, para evaluar peso fetal y líquido amniótico.

Si a las 38 semanas no se ha producido el parto, se realizarán controles semanales de líquido amniótico (en CAROP) y TNS hasta las 40 semanas, momento en que se programará interrupción del embarazo, según sus condiciones obstétricas (6).

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN EDAD GESTACIONAL SUBÓPTIMA.

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL.

Para pesquisar alteraciones de crecimiento fetal, se realizará evaluación ecográfica al ingreso, a las 30-32 semanas y a las 34-36 semanas, de modo de realizar una curva de crecimiento. Se asignará percentil de crecimiento según la mejor edad gestacional disponible (de acuerdo a su primera ecografía, independiente de la EG a la cual fue realizada).

Si se sospecha Restricción de Crecimiento Fetal, el manejo debe ser según mejor edad gestacional disponible. (ver PROTOCOLO RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL).

PRETÉRMINO

Se considera gestación de pretérmino aquella entre las 23+0 a las 36+6 semanas (4). Considerar la mejor edad gestacional disponible para tomar decisiones sobre diagnóstico de parto prematuro e inducción de madurez pulmonar. (ver PROTOCOLO DE PARTO PREMATURO).

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA (RPM)

La RPM es una situación especial, que nos enfrenta a un eventual feto sano con una condición de riesgo. El protocolo actual de RPM promueve la interrupción de embarazos por sobre 34 – 35 semanas, lo cual en un caso de EG Subóptima nos expone a extraer posibles Recién Nacidos sanos aún más prematuros.

Recientemente ha surgido evidencia en el sentido, que prolongar estos embarazos con RPM hasta las 37 +0 semanas, no se asocian a mayor morbi-mortalidad materna y/o fetal (9). Con este argumento, se recomienda posponer la interrupción de embarazos con EG Subóptima asociados con RPM, hasta las 37 +0 semanas, manteniendo la vigilancia que sugiere su protocolo específico y siempre que no exista sospecha de infección intraamniótica.

MORBILIDAD MATERNA y/o MORBILIDAD FETAL

Evaluar de acuerdo a la mejor edad gestacional disponible. Se manejará según protocolo vigente por patología.

INTERRUPCIÓN PROGRAMADA DEL EMBARAZO.

Se define como embarazo de postérmino a aquella gestación que se prolonga más allá de las 42 semanas de edad gestacional (4).

Estudios epidemiológicos han demostrado que posterior a las 41+0 semanas aumentan las tasas de complicaciones fetales, maternas y neonatales. Cuando se interrumpe el embarazo a las 41 semanas, según una revisión Cochrane (5), los riesgos relativos de presentar Síndrome Aspirativo Meconial (RR 0,29) y Apgar Bajo (RR 0,85) son inferiores, en comparación a la interrupción a las 42 semanas.

En relación a muerte perinatal, por cualquier causa, el RR fue de 0,3. Las otras complicaciones descritas son macrosomía, OHA, Síndrome de Post madurez y óbito fetal. Este último en relación a embarazos con factores de alto riesgo perinatal.

En relación al parto sobre las 42 +0 semanas, se describe mayor porcentaje de distocia de hombros y fractura clavicular, en relación a fetos macrosómicos.

Hoy se sugiere que, en ausencia de patología, la conducta debiera ser la interrupción a las 41 semanas, versus el manejo expectante hasta las 42 semanas, no presentándose por ello aumento en la tasa de cesáreas, parto instrumental, alteración del Monitoreo fetal intraparto (MEFI) o convulsiones neonatales (4,5). El NNT (número necesario a tratar) para prevenir una muerte perinatal es 1 en 527 (7).

La recomendación de ACOG para población general, es considerar la mejor edad gestacional disponible para definir las 41 semanas, que es el límite acordado para interrupción del embarazo (3).

En las pacientes con edad gestacional subóptima se debe programar la interrupción del embarazo a las 40 semanas, según la mejor edad gestacional disponible, con la vigilancia descrita, por considerarse un grupo de alto riesgo perinatal como se expuso anteriormente. (Seguimiento EDAD GESTACIONAL SUBOPTIMA).

VIA DEL PARTO

Se realizará según indicación obstétrica habitual. En antecedente de cicatriz de cesárea o antecedente de cirugía uterina la indicación será según protocolo de MANEJO DE CICATRIZ DE CESAREA, y la mejor edad gestacional disponible.

La inducción debe realizarse según el PROTOCOLO DE INDUCCION DEL PARTO vigente.

Referencias

1. Savitz DA, Terry JW Jr, Dole N, Thorp JM Jr, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1660–6.
2. Kalish RB, Thaler HT, Chasen ST, Gupta M, Berman SJ, Rosenwaks Z, et al. First-and second-trimester ultrasound assessment of gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 975-8.
3. Management of suboptimally dated pregnancies. Committee Opinion No. 688. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e29–32.
4. GUIA PERINATAL. MINSAL. (2015).
5. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
6. Delaney M, Roggensack A. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. SOGC Clinical Practice Guideline N 214, september 2008.
7. Mandruzzato, Giampaolo, et al. "Guidelines for the management of postterm pregnancy." *Journal of perinatal medicine* 38.2 (2010): 111-119.
8. Methods for estimating the due date. Committee Opinion No. 700. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:e150–4.
9. Bond, Diana M., et al. "Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome." *The Cochrane Library* (2017).