

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE \geq 41 SEMANAS

MANEJO DE LA GESTACIÓN \geq 41 SEMANAS

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat 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 alrededor de un 10% de las gestaciones.
- Esta condición se ha asociado a un incremento en la morbi-mortalidad perinatal (síndrome de aspiración meconial, oligoamnios, macrosomía, distocia de hombros, 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 se inicia ya a partir de la semana 41, situación a la que denominaremos como gestación a término avanzada (“late term”).
- Aunque la etiología tanto de la gestación prolongada como de la gestación a término avanzada se desconocen, factores como el antecedente de GCP previo, obesidad materna, aumento excesivo del peso durante gestación, primiparidad y la edad materna avanzada se han identificado como los principales factores de riesgo asociados a la GCP. Otros factores que también se han relacionado con la GCP son la raza Caucásica, feto masculino, anencefalia, así como determinados trastornos endocrinos placentarios.

2. PREVENCIÓN DE LA GCP

2.1- Datación de la gestación:

El error en la datación de la gestación comporta frecuentemente un falso diagnóstico 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, modificado BUMS 2010)
- 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 http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/clinica/informacion/calculadora-gestacional_es.html).

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

2.2- Despegamiento de las membranas amnióticas:

Una de las pocas estrategias que han demostrado disminuir la incidencia de la GCP ha sido el despegamiento de las membranas amnióticas, al haberse relacionado con un inicio espontáneo de trabajo de parto en los días siguientes. Ésta se podrá ofrecer una vez llegadas a las 40.0 semanas de gestación, siempre que presenten una dilatación suficiente y no presenten contraindicaciones (presenta las mismas que el parto vaginal). Antes de su realización se debe informar de los riesgos potenciales de dicha estrategia, como son el sangrado y molestias durante su realización. El estado de ser portadora de SGB no contraindicaría la realización de esta maniobra.

3. MANEJO CLÍNICO ≥ 41.0 semanas

- En términos generales, existen dos opciones una vez llegadas las 41 semanas: i) finalización de la gestación llegadas a las 41 semanas *versus*; ii) conducta expectante con controles antenatales en espera del inicio espontáneo de parto o hasta semana 42. La evidencia más reciente indica que la finalización de la gestación a partir de las 41 semanas se asocia a una mejoría en los resultados perinatales al haberse relacionado con una disminución en la morbi-mortalidad perinatal (menor incidencia de síndrome de aspiración meconial), sin aumentar el porcentaje de cesáreas.
- Por este motivo, a todas las gestantes de **40 semanas** se entregará el documento informativo (Anexo 1), donde se explican las diferentes opciones. Asimismo, se indicará que nuestra recomendación es la de finalizar la gestación entre las 41.0 – 41.3 semanas. En el caso de pacientes con el antecedente de cesárea previa, se discutirá acerca del beneficio de finalizar la gestación a partir de las 41 semanas vs. el potencial riesgo de rotura uterina relacionado con la inducción médica del parto (1% con oxitocina y 1.25% con prostaglandina E2 vaginal; vs. 0.5% en el parto espontáneo).
- Si después de informar a la paciente la paciente prefiere optar por una conducta expectante, se recomendará monitorización fetal y finalización a las 41.5-42.1. Se dejará anotado en la historia clínica que después de explicar los riesgos-beneficios de ambas estrategias y recomendándose la finalización electiva de la gestación a partir de las 41 semanas, la paciente prefiere optar por una conducta expectante.
- En el momento de inicio de la inducción médica del parto se requerirá la firma del consentimiento “Inducció del part / Maduració cervical” (disponible en <https://intranet.clinic.cat/> para HCM y en la carpeta “comú ginecologia i obstetricia” para HSJD) en el que se explican también los riesgos asociados a la inducción en caso de una cesárea anterior.
- De forma específica, en pacientes con edad materna avanzada (≥ 40 años) o obesidad (IMC ≥ 30) dada la evidencia que el riesgo empieza a ser significativo incluso antes de la semana 41 se recomendará la finalización de la gestación ≥ 40 semanas.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

4. MONITORIZACIÓN FETAL ANTEPARTO EN EL GRUPO DE CONDUCTA EXPECTANTE

- ❖ Durante la conducta expectante se aplicará una **monitorización del bienestar fetal cada 48-72 horas** desde las 41.0 – 41.3 semanas hasta la 41.5 – 42.1 semanas.
- ❖ En cada una de las visitas se ofrecerá el **despegamiento de las membranas amnióticas** si presentan dilatación suficiente y no presentan contraindicaciones (máximo cada 48 horas).
- ❖ **La monitorización fetal incluirá:**
 - Estimación del peso fetal:
 - Ésta se realizará en la primera ecografía de control que se realice siempre y cuando la última estimación del peso fetal haya sido en un periodo de tiempo $>$ a los 15 días.
 - Valoración de la cantidad de líquido amniótico:
 - La técnica Máxima columna de líquido amniótico (MCL) parece ser la técnica recomendada en la GCP, ya que el ILA comparado con el MCL se ha relacionado con un mayor número de intervenciones obstétricas sin mejorar los resultados perinatales. La evaluación de la cantidad de líquido amniótico se realizará en cada ecografía.
 - Evaluación Doppler del Índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (IPACM):
 - El único parámetro Doppler 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 IPACM. Esta determinación se realizará en cada ecografía de control.
 - 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 valorarán tanto criterios de normalidad como de reactividad. Criterios de reactividad: ≥ 2 aceleraciones transitorias de > 15 lpm por encima de la basal de > 15 segundos en 40 minutos. Éste se realizará en cada control.
 - Perfil biofísico completo:
 - Por su bajo valor predictivo positivo, solamente se usará en el contexto de la GCP como back-up de una patrón no reactivo con el resto de pruebas normales.
 - Información de los movimientos fetales:
 - Si no se ha entregado anteriormente, se entregará la hoja informativa de movimientos fetales.
- ❖ **Finalización de la gestación:**
 - La presencia de alguna alteración en una o más pruebas complementarias indicará el ingreso de la gestante en ± 24 horas para finalizar. Los criterios para finalizar:
 - Alteración en el crecimiento fetal:
 - Retraso de Crecimiento intrauterino/feto pequeño para edad gestacional (percentil de crecimiento <10), ya que éste se ha asociado a

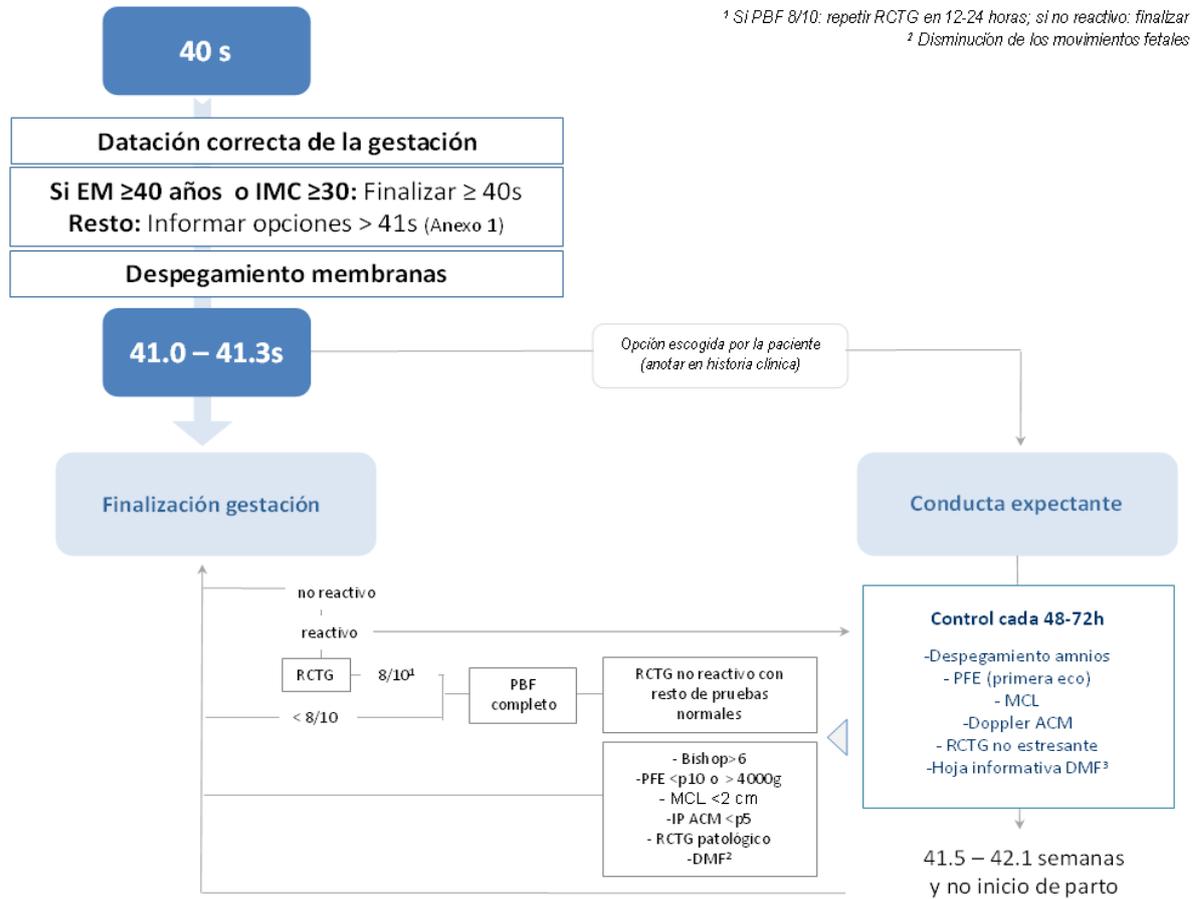
PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE \geq 41 SEMANAS

complicaciones neonatales, tales como muerte fetal anteparto y acidosis neonatal.

- Macrosomía (>4000 g) ya que 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).
- Oligoamnios (MCL < 2cm): la presencia de un oligoamnios se ha relacionado con peores resultados perinatales en las gestaciones de alto riesgo (incluyendo la GCP).
- Vasodilatación cerebral (IPACM <p5) según curvas propias de GCP (Palacio M 2004 UOG), adjuntas en el anexo 2. El hallazgo de IPACM<p5 no requerirá su confirmación para indicar la finalización de la gestación por este motivo.
- RCTG:
 - RCTG patológico
 - RCTG no reactivo y que después de realizar un PBF se obtiene un resultado de < 8/10
 - RCTG que persiste no reactivo a las 12-24 horas aun habiendo obtenido un PBF de 8/10
- Percepción de disminución de los movimientos fetales
- Si las pruebas complementarias aplicadas son normales se flexibilizará el ingreso que se programará entre las 41.5 – 42.1 semanas.
- En el momento de inicio de la inducción médica del parto se requerirá la firma del consentimiento “Inducció del part / Maduració cervical” (disponible en <https://intranet.clinic.cat/> para HCM y en la carpeta “comú ginecologia i obstetricia” para HSJD) en el que se explican también los riesgos asociados a la inducción en caso de una cesárea anterior.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

5. ALGORITMO CLÍNICO



Anexo 1:

Información sobre 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 (corregida por la ecografía).

¿Qué riesgos tiene? A medida que aumenta las semanas, el riesgo de complicaciones aumenta, sobre todo a partir de la semana 41 o incluso antes si la edad materna es superior a los 40 años o presenta un exceso de peso. Se han descrito riesgos tanto para usted (desgarros vaginales, cesárea, partos vaginales que requieren fórceps o vacuum, etc...) como para su bebé (peso fetal excesivo, falta de líquido amniótico, aspiración de meconio, y, de manera muy infrecuente, muerte del bebé).

¿Por qué no me pongo de parto? La gran mayoría de mujeres (aproximadamente 8 de cada 10) inicia el parto o rompe la bolsa antes de la semana 41. El resto alcanzan las 41 semanas sin presentar 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. También es mucho más frecuente si ya se ha presentado una gestación prolongada en un embarazo previo.

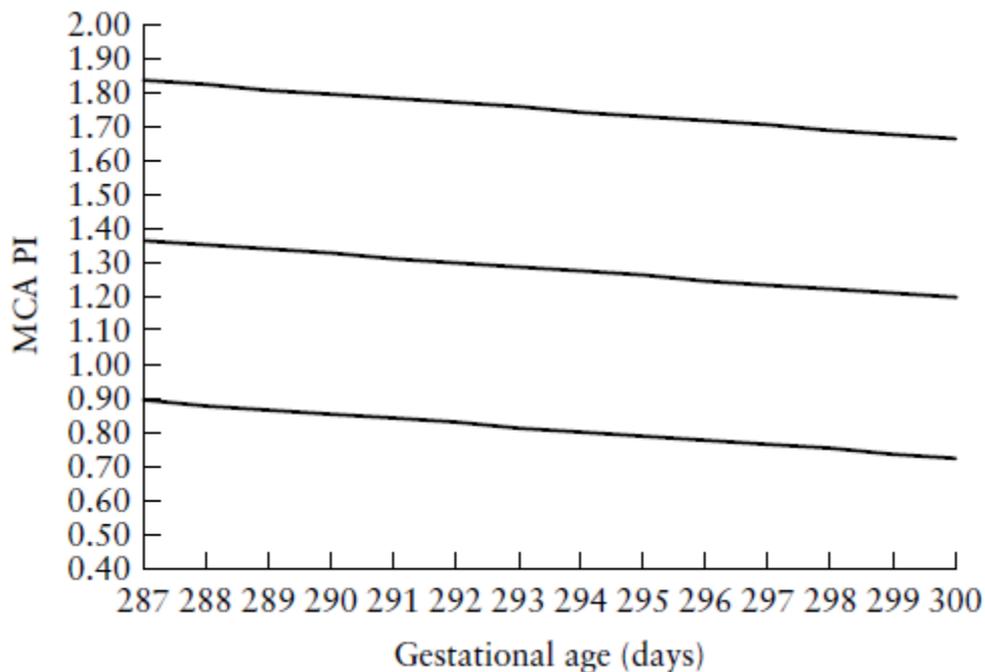
¿Puedo hacer alguna cosa para iniciar el parto? El despegamiento de las membranas durante el tacto vaginal ha demostrado provocar el parto. Para poder efectuarlo se necesita una dilatación cervical suficiente. El médico o comadrona introduce un dedo a través del cuello dilatado durante la exploración 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? A partir de la semana 41, o incluso antes en pacientes con edad materna avanzada o presencia de exceso de peso, el riesgo de complicaciones relacionadas con la gestación aumenta. Por este motivo, le recomendaremos finalizar la gestación (provocar el parto) una vez se llega a esta edad gestacional (a partir de las 40 semanas en pacientes con edad materna avanzada o exceso de peso o a partir de las 41 semanas en el resto de pacientes). Existen medicamentos que se utilizan para provocar contracciones uterinas y con ello conseguir que se desencadene el parto. Aunque el procedimiento de inducción es bastante utilizado y sus riesgos no son elevados, alguna vez pueden aparecer complicaciones que habitualmente conllevan que se tenga que hacer una cesárea. Otra opción es la de esperar a que se inicie el parto hasta la semana 42, siempre y cuando se realicen controles ecográficos cada 2-3 días y en caso de no haberse puesto de parto antes, provocar el parto a las 42 semanas. Conociendo la información, usted puede preferir esta segunda opción que bajo criterio médico se le aceptará. Su médico o comadrona le podrá aclarar cualquier duda que le surja al respecto.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA GESTACIÓN DE ≥ 41 SEMANAS

Anexo 2:

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



Responsables del protocolo:	M Illa, JM Bongunyà, F Figueras, MD Gómez-Roig
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/01/2007, 17/01/2019
Última actualización:	17/01/2019
Próxima actualización:	17/01/2013
Código Hospital Clínic:	MMF-29-2007
Código Sant Joan de Deu:	A-OBS-GC-0013-02