

# Normas y Procedimientos de Obstetricia 2021



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA**  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



# **Normas y Procedimientos de Obstetricia 2021**

"Todos los textos, fotos, ilustraciones y otros elementos contenidos en esta obra están protegidos por ley, de acuerdo con lo dispuesto en Ley Federal del Derecho de Autor, quedando expresamente prohibido, copiar, reproducir, distribuir, publicar, transmitir, difundir, o en cualquier modo, sea de forma parcial o total sin autorización expresa del INPer. "

## **CAPÍTULO 1**

### **CUIDADOS ANTENATALES**

- 1.1 Atención médica prenatal
- 1.2 Tamizaje del primer trimestre
- 1.3 Evaluación ultrasonográfica Materno-Fetal del segundo trimestre
- 1.4 Vigilancia del crecimiento por ultrasonido del tercer trimestre
- 1.5 Riesgo de pérdida de bienestar fetal

## **CAPÍTULO 2**

### **EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

- 2.1 Aborto
- 2.2 Inserción baja de placenta
- 2.3 Ruptura prematura de membranas
- 2.4 Alteraciones del líquido amniótico: polihidramnios, oligohidramnios y anhidramnios
- 2.5 Amenaza de parto pretérmino
- 2.6 Inductores de madurez pulmonar
- 2.7 Neuroprotección fetal con sulfato de magnesio

## **CAPÍTULO 3**

### **COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO**

- 3.1 Emesis e hiperemesis gravídica
- 3.2 Colestasis intrahepática del embarazo
- 3.3 Diabetes mellitus gestacional
- 3.4 Enfermedad tiroidea en el embarazo
- 3.5 Diagnóstico y tratamiento de estados hipertensivos asociados al embarazo, parto y puerperio
- 3.6 Trastornos de la coagulación durante el embarazo y puerperio
- 3.7 Sepsis en obstetricia
- 3.8 Lupus y embarazo

## **CAPÍTULO 4**

### **COMPLICACIONES INFECCIOSAS**

- 4.1 Infección urinaria en el embarazo
  - 4.2 Manejo de las infecciones en el embarazo
  - 4.3 Candidiasis en el embarazo
-

## **CAPÍTULO 5**

### **RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO**

- 5.1 Procidencia, laterocidencia, procúbito y prolapso de cordón umbilical
- 5.2 Muerte fetal
- 5.3 Anestesia y analgesia obstétricas
- 5.4 Ruptura uterina
- 5.5 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- 5.6 Inversión uterina
- 5.7 Acretismo placentario
- 5.8 Hemorragia obstétrica

## **CAPÍTULO 6**

### **PUERPERIO**

- 6.1 Puerperio fisiológico
- 6.2 Infecciones puerperales

## **CAPÍTULO 7**

### **PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA**

- 7.1 Laparoscopía durante el embarazo
  - 7.2 Legrado uterino y aspiración manual endouterina
  - 7.3 Insuficiencia cervical y colocación de cerclaje
  - 7.4 Atención de parto eutócico
  - 7.5 Operación cesárea
  - 7.6 Atención de parto pélvico
  - 7.7 Distocia de hombros
  - 7.8 Procedimiento de aplicación de fórceps
  - 7.9 Extracción manual de placenta
  - 7.10 Episiotomía y desgarros perineales
  - 7.11 Histerectomía obstétrica
  - 7.12 Ligadura de vasos pélvicos
-

Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez  
***Director General***

Dr. Manuel Cortés Bonilla  
***Director Médico***

Dra. Viridiana Gorbea Chávez  
***Directora de Educación en Ciencias de la Salud***

Dra. Guadalupe Estrada Gutiérrez  
***Directora de Investigación***

Dr. Ramón Alberto Ruiz Tapia  
***Director de Planeación***

Mtro. Isidro Hernández Díaz  
***Director de Administración y Finanzas***

---

# COLABORADORES

Dra. Sandra Acevedo Gallegos  
Dra. María del Consuelo Álvarez Cabrera  
Dra. Lidia Arce Sánchez  
Dr. Jorge Beltrán Montoya  
Dr. Héctor Jesús Borboa Olivares  
Dra. Dulce María Camarena Cabrera  
Dra. Lisbeth L. Camargo Marín  
Dr. Armando Cepeda Silva  
Dra. Lida Montserrat Cruz Gómez  
Dra. Edith del Carmen Cruz Valenzuela  
Dr. Jonathan Cueto Camara  
Dra. María Magdalena Enríquez Pérez  
Dr. Salvador Espino y Sosa  
Dr. Ricardo Figueroa Damián  
Dra. Mariana Flores Fernández  
Dra. Edith Verónica Flores Rueda  
Dr. Juan Manuel Gallardo Gaona  
Dra. Fabiola Gallardo Gómez  
Dr. Juan Luis García Benavides  
Dra. Myrna S. Godines Enriquez  
Dra. María de Lourdes Gómez Sousa  
Dra. Viridiana Gorbea Chávez  
Dra. Verónica Granados Martínez  
Dr. Alfredo Gutiérrez Marín  
Dr. Mario E. Guzmán Huerta  
Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz  
Dra. Maylin Alejandra Hidalgo Torres  
Dra. Nayeli Martínez Cruz  
Dra. Rosa Virginia Merodio Anguiano  
Dr. Osvaldo Miranda Araujo  
Dr. Roberto Ignacio Montiel Mora  
Dra. Jessica Aideé Mora Galván  
Dr. José Luis Morales González  
Dra. Fela Vanesa Morales Hernández  
Dra. Verónica Ortega Castillo  
Dr. Carlos Ortega González  
Dr. Marco Antonio Ortiz Ramírez  
Dr. Flavio Paez Serralde  
Dr. Edgar Martín Pérez Aguinaga  
Mtra. Otilia Perichart Perera  
Dr. José Antonio Ramírez Calvo  
Dr. Carlos Ramírez Isarraraz  
Dr. Víctor Hugo Ramírez Santes  
Dra. María Aurora Ramírez Torres  
Dr. Alejandro Rendón Molina  
Dra. Ana Eugenia Reséndiz Rossetti  
Dr. Gerardo de Jesús Reyes Díaz  
Dr. Enrique Reyes Muñoz

Dr. Mario Roberto Rodríguez Bosch  
Dra. Silvia Rodríguez Colorado  
Dra. María José Rodríguez Sibaja  
Dr. Jorge Antonio Romano Velazco  
Dra. Patricia Romero Vaca  
Dra. Margarita C. Ruiz Huerta  
Dra. Daniela Sánchez Cobo  
Dra. Norma Lidia Sandoval Osuna  
Dra. Alejandra Marcela Santiago Aguirre  
Dra. Alejandra Beatriz Seligson Ríos  
Dr. Alberto Soriano Mitrani  
Dr. Samuel Vargas Trujillo  
Dra. Berenice Velázquez Torres  
Dra. Areli Mariana Zúñiga Guzmán

## **DISEÑO**

Lic. Ma. de las Mercedes Bolaños Vera  
Lic. Lidia Alonso Valencia

## **CORRECCIÓN DE ESTILO**

Lic. Myrna Carmen Bustos Pichardo  
Dra. Patricia Yolanda Padilla Jasso

## **FOTOGRAFÍA DE PORTADA**

Lic. Eduardo Cadena Mendoza





# **CUIDADOS ANTENATALES**

## **CAPÍTULO 1**

# 1.1 ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL

## INTRODUCCIÓN: ABORDAJE PRECONCEPCIONAL

El control prenatal se refiere al conjunto de acciones y procedimientos que se realizan con la finalidad de llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento oportuno de las condiciones o factores de riesgo que pueden complicar el embarazo. Dichas intervenciones sistemáticas y periódicas se deben iniciar antes del embarazo con la finalidad de prevenir futuras complicaciones. El momento ideal para iniciar el estudio de toda pareja que desea buscar un embarazo, es en la etapa preconcepcional.

En la consulta de control prenatal, con enfoque de riesgo, la finalidad es identificar antecedentes heredofamiliares, personales y patológicos que pueden ser sujetos a asesoría, prevención y tratamiento. Como toda consulta, se acompaña de la historia clínica, principal instrumento diagnóstico, con especial atención en los antecedentes obstétricos de los embarazos previos, así como el estado de inmunizaciones previo al embarazo, exploración física general y ginecológica, pudiendo inclusive complementar con un ultrasonido endovaginal. Se deberán solicitar estudios clínicos relacionados con los factores de riesgo como pueden ser infecciosos, endocrinológicos, inmunológicos, anatómicos y genéticos en caso de antecedentes, en embarazos previos.

De la misma manera, se deben solicitar estudios para verificar infecciones activas por hepatitis B, hepatitis C, VIH, herpes, toxoplasmosis y/o citomegalovirus. Durante el abordaje preconcepcional se deberá solicitar perfil tiroideo y glucosa en ayuno con el fin de detectar enfermedades endocrinas metabólicas. Aquellas con antecedente de desenlaces perinatales adversos, requerirán valoración psicología y genética.

Es importante destacar que existen ciertas inmunizaciones o vacunas cuya aplicación condiciona la postergación de la gestación, siendo estas: hepatitis A (mínimo 6 meses previos al embarazo), rubéola (4 semanas previas al embarazo) y varicela (4 semanas). Actualmente, debido al brote de sarampión a nivel mundial se recomienda que la población adulta que recibió dosis única de esta vacuna, reciba 1 dosis de refuerzo (4 semanas previas al embarazo).

En cuanto a los hábitos higiénico-dietéticos se recomienda alimentación saludable y ejercicio, con la finalidad de iniciar el embarazo con un IMC ideal. El consumo de alcohol y tabaco deben ser suspendidos idealmente 3 meses antes de la gestación.

Debido a la posibilidad de defectos del tubo neural durante el desarrollo embrionario, es necesario iniciar el consumo de ácido fólico con 3 meses de anticipación y continuarlo durante el primer trimestre. En pacientes de alto riesgo para presentar este tipo de defectos (antecedente de hijo con defecto del tubo neural, consumo de anticonvulsivos) la dosis será de 4 mg/24 horas; en caso de pacientes con riesgo basal, la dosis recomendada es de 400 mcg/24 horas.

## GENERALIDADES DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL

Después de confirmar el embarazo, este deberá categorizarse de acuerdo a factores de riesgo (*Tabla 1*), con la finalidad de establecer el seguimiento que se dará a cada paciente, así como los estudios de laboratorio y gabinete a solicitar según corresponda.

En México, de acuerdo a la regulación actual se describen un mínimo de 5 consultas con un ideal de 8 a lo largo de los 3 trimestres (*Tabla 2*). La tendencia de la atención prenatal es que las consultas estén más cercanas entre ellas conforme avanza el embarazo. Sin embargo, la mayoría de las complicaciones que ocurren en el 2do y 3er trimestre tienden a evolucionar de manera insidiosa desde el primer trimestre. La propuesta actual es invertir la pirámide del control prenatal, logrando así seleccionar aquellos embarazos con alto riesgo de complicaciones en etapas tempranas (*Figura 1*).

<b>Tabla 1. Categorización de perfil de riesgo durante el embarazo de acuerdo a antecedentes y patologías previas</b>			
<b>Riesgo bajo</b>	<b>Riesgo intermedio</b>	<b>Riesgo alto</b>	<b>Riesgo muy alto</b>
Anomalías uterinas	Edad materna precoz	Obesidad mórbida	Patología asociada grave
Talla baja	Edad materna avanzada	Antecedentes de abortos	Muerte perinatal previa
IMC inadecuado	Multiparidad Periodo intergenésico corto	Antecedente de IIC Anomalía cromosómica previa	Diabetes tipo 1 y 2 Riesgo cardiovascular OMS IV
Embarazo no deseado	Antecedentes de RCIU Cirugía uterina previa/cesárea previa	Embarazo ectópico Enfermedad trofoblástica gestacional previa	Síndrome de dependencia de alcohol/drogas Malformaciones uterinas
Estado de vacunación inadecuado	Riesgo laboral Patología mental Diabetes gestacional	Parto prematuro previo Riesgo cardiovascular OMS III	Gestación múltiple RCIU Malformación fetal confirmada
Riesgo cardiovascular OMS I	Rh negativo	Diabetes gestacional no controlada Preeclampsia sin datos de severidad Infección materna	Situación anómala de la placenta Preeclampsia con datos de severidad
	Riesgo cardiovascular OMS II	Isoinmunización Patología mental grave Anemia grave Sospecha de malformación fetal	Amenaza de parto pretérmino Ruptura de membranas pretérmino

<b>Tabla 2. Número de consultas durante atención prenatal</b>	
<b>Consulta prenatal</b>	<b>Semana</b>
1ª	6 - 8
2ª	10 - 13.6
3ª	16 - 18

4ª	22
5ª	28
6ª	32
7ª	36
8ª	38 - 41

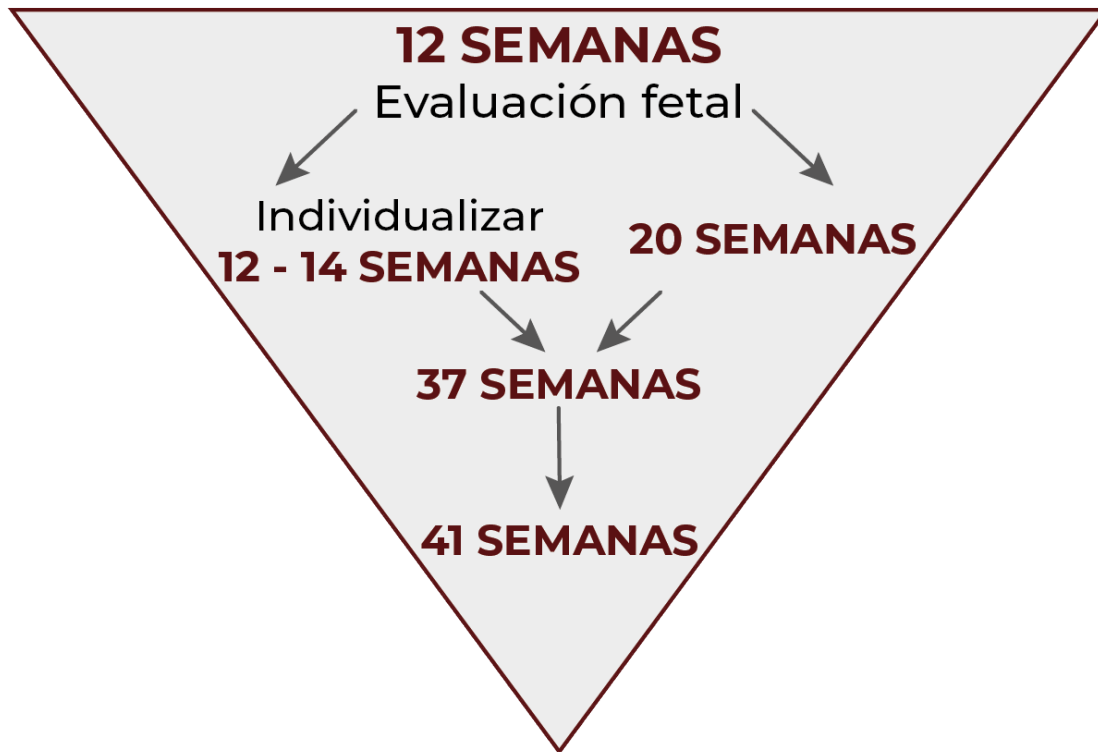


Figura 1. Propuesta de inversión de pirámide de atención prenatal

## ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL: PRIMER TRIMESTRE

El primer trimestre abarca desde el inicio del embarazo hasta las 13.6 semanas. Durante la primera visita de control prenatal se deberá realizar la historia clínica con identificación de factores de riesgo maternos, tales como: antecedente de preeclampsia, diabetes, hipertensión crónica, enfermedad renal crónica, trastornos autoinmunes o gestación múltiple. Ante una mujer con factores de riesgo para desarrollar preeclampsia se deberá de iniciar aspirina a dosis de 100-150 mg/24 horas entre la semana 12-16. Dicha medida debe de ser iniciada preferentemente antes de la semana 16, logrando así disminuir la aparición de preeclampsia temprana (RR 0.33 IC 95% 0.19-0.57), preeclampsia severa (RR 0.47 IC 95% 0.26-0.83) y restricción del crecimiento intrauterino (RR 0.56 IC 95% 0.44-0.70). En caso de iniciar la ingesta de aspirina posterior a la semana 16, se disminuye en menor medida el riesgo de preeclampsia temprana (RR 0.81 IC 95% 0.66-0.99). En la semana 36 la administración de aspirina debe de ser suspendida. Se deberá realizar exploración física completa incluyendo mamas, medición de fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal.

La exploración ginecológica debe enfocarse en reconocer alteraciones anatómicas, presencia de sangrado, dilatación (según sea el caso), lesiones genitales, cervicovaginitis, así como la realización de una citología cervicovaginal. La prevalencia de lesiones por VPH durante el embarazo se reporta en un 40% (5% - 65%), mientras que el carcinoma invasor cervicouterino complica un 0.5 - 1:1,000 de los embarazos.

Durante este trimestre los laboratorios a realizar tienen el papel de tamizar condiciones que puedan originar complicaciones en 2do y 3er trimestre. Solicitar biometría hemática (para descartar anemia, trombocitopenia), panel viral (VIH, HBsAg y VDRL), grupo sanguíneo y Rh (en caso de Rh negativo, solicitar anticuerpos irregulares, se diagnostica isoimmunización con títulos de 1:16 o bien 1:8 con historia de hijo o hija previo (a) afectado), glucosa en ayuno y examen general de orina.

En pacientes con riesgo de infecciones de transmisión sexual, se deberán solicitar cultivos para verificar infecciones genitales, incluyendo *Chlamydia*, ureaplasma y mycoplasma, estos dos últimos asociados a infección - inflamación intramniótica en el 30% y 47% respectivamente. Asimismo, realizar tamizaje para bacteriuria asintomática mediante urocultivo (2 muestras con > 100,000 UFC del mismo microorganismo) entre la semana 12 - 14. Ante cualquiera de estos cultivos positivos dar el tratamiento correspondiente.

En cuanto a la evaluación ultrasonográfica, se deberá realizar un ultrasonido inicial entre las 6 - 8 semanas para valorar la presencia de embarazo intrauterino, número de sacos gestacionales y embriones, así como la presencia de frecuencia cardíaca fetal en cada uno de ellos. La edad gestacional establecida durante el primer trimestre es la más confiable para valorar el crecimiento fetal durante el resto del embarazo.

Esta puede ser establecida por fecha de última menstruación o bien mediante ultrasonido. Si se establece por ultrasonido, debe de realizarse entre las semanas 11 - 13.6, correspondiendo a una longitud céfalo-caudal de 45 - 84 mm. Se evaluará el riesgo de aneuploidías, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino. De ser posible debe de estar acompañado de marcadores bioquímicos como lo son: gonadotropina coriónica humana (hCG) y de la proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A).

El cálculo de riesgo por edad materna, ultrasonido de primer trimestre y biomarcadores reducen el uso de pruebas de diagnóstico prenatal invasivo de 20% a menos de un 3%, aumentando la tasa de detección de síndrome de Down y de cromosomopatías desde un 50% a más del 95%.

## **LAS INMUNIZACIONES**

Es recomendable valorar el estado de inmunizaciones previas al embarazo y administrar la vacuna de influenza (únicamente en temporada) a cualquier edad gestacional. Las vacunas de toxoide tetánico, toxoide reducido diftérico, vacuna pertusis acelular (Tdap) deben administrarse entre las 27 y 36 semanas. La vacunación contra hepatitis A, hepatitis B, meningococo y neumococo deberá valorarse de acuerdo al perfil de cada paciente. No se deben aplicar vacunas para VPH, ni varicela durante el embarazo.

---

## HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS

Es importante brindar asesoría sobre los hábitos higiénico-dietéticos durante el embarazo. Se debe hacer énfasis en suspender en su totalidad el hábito tabáquico (involuntario y activo) dado que aumenta hasta 2 veces más el riesgo de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas pretérmino, entre otros. De la misma manera se debe eliminar el consumo de alcohol para disminuir el riesgo de malformaciones. El consumo de cafeína en dosis  $>300$  mg/día se ha asociado a aborto (OR: 1,32; IC 95% 1.24 - 1.40) y bajo peso al nacer (OR 1.38, IC 95%: 1,10 - 1,73), por lo que se recomienda que su consumo sea menor a dicha cantidad. En cuanto al control del aumento de peso, dieta, ejercicio y suplementación de micronutrientes, se deben de seguir recomendaciones de acuerdo al trimestre (ver más adelante). El consumo de ácido fólico durante el primer trimestre a dosis de 400 mcg/día o 4 mg/día según corresponda, es primordial para prevenir defectos del desarrollo del tubo neural.

## ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL: SEGUNDO TRIMESTRE

En cada consulta deberá continuar la evaluación materna con sintomatología específica, así como signos vitales, peso y talla, fondo uterino, movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal. Los estudios de laboratorio a realizar, son parte del tamizaje para identificar situaciones de riesgo, como ya se mencionó en primer trimestre, estos son biometría hemática (anemia y plaquetas), anticuerpos irregulares (en las semanas 10 - 24 y 34 - 36, recibiendo gammaglobulina hiperinmune anti D en las semanas 28 - 29 si se encuentra isoinmunización).

Un parámetro importante en este trimestre es el tamizaje para diabetes gestacional, el cual debe realizarse entre las semanas 24 - 28. Existen dos abordajes posibles, en el primero, denominado estrategia de un paso, se utiliza una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) de 75g y se evalúa la glucosa plasmática en ayuno, a la hora y dos horas. El diagnóstico de diabetes gestacional se hace cuando cualquiera de las tomas resulte igual o superior a los valores correspondientes (*Tabla 3*).

Ayuno	92 mg/dl
1 hora	180 mg/dl
2 horas	153 mg/dl

El segundo abordaje, denominado estrategia de dos pasos se realiza de la siguiente manera: Paso 1: Carga de glucosa con 50g, si el valor a la hora es mayor 140 mg/dl, se procede a realizar el paso 2 que consiste en: CTOG de 100g en ayuno. El diagnóstico de diabetes gestacional se realiza cuando al menos 2 de las 4 mediciones de glucosa plasmática (ayuno: 1 hora, 2 horas y 3 horas posteriores a carga de glucosa) son igualadas o excedidas a los valores que se muestran (*Tabla 4*). En el INPer realizamos el tamizaje con 75g de glucosa con los siguientes puntos de corte para el diagnóstico de diabetes gestacional: glucosa en ayuno  $>95$ mg/dl, 1 hora  $>180$ mg/dl y a las 2 horas  $>155$  mg/dl; se requieren dos valores alterados para realizar el diagnóstico.

<b>Tabla 4. Valores CTOG abordaje 2 pasos</b>	
Ayuno	95 mg/dl
1 hora	180 mg/dl
2 horas	155 mg/dl
3 horas	140 mg/dl

En este trimestre se realiza el ultrasonido estructural entre las semanas 18 - 22, cuya finalidad es la evaluación anatómica fetal sin dejar de lado la valoración de aspectos como lo son edad y peso fetal estimado, frecuencia cardíaca fetal, aspecto y ubicación placentaria, así como cantidad de líquido amniótico.

Asimismo, en este trimestre se incluye la medición de la longitud cervical la cual se realiza entre las semanas 16 - 24 en aquellas pacientes con factores de riesgo. Ante una longitud  $\leq 25$  mm se debe ofrecer terapia con progesterona e individualizar cada caso.

### **ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL: TERCER TRIMESTRE**

Durante este trimestre la periodicidad de las citas aumenta a 2 semanas a partir de la semana 28, posteriormente será semanal a partir de la 37 continuando así hasta la resolución. Se deberá continuar la evaluación materna con sintomatología específica, así como signos vitales, peso y talla, medición de fondo uterino, movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal en cada consulta. A partir de la semana 37 se deberá de hacer exploración vaginal con la finalidad de valorar cambios cervicales que constituyan el inicio del trabajo de parto. En esta recta final del embarazo los estudios de laboratorio están enfocados en la preparación de la resolución del mismo, tales como biometría hemática y tiempos de coagulación, tamizaje para infección por estreptococo del grupo B (SGB) con un cultivo ano-genital entre las semanas 35 - 37, en caso necesario dar profilaxis intraparto (*Tabla 5*).

<b>Tabla 5. Indicaciones de profilaxis intraparto para SGB</b>
<p>Recién nacido previo con infección invasiva por SGB Bacteriuria asintomática por SGB durante embarazo en curso</p> <p>Cultivo ano-genital positivo para SGB entre las semanas 35 - 37</p> <p>Estado desconocido sobre SGB al inicio del trabajo de parto con una de las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parto pretérmino</li> <li>2. Ruptura prematura de membranas &gt;18 horas</li> <li>3. Fiebre intraparto</li> <li>4. Test de amplificación de ac. nucléicos intraparto positivo para SGB</li> </ol>

Entre las semanas 32 - 36 se deberá realizar un ultrasonido de crecimiento, para conocer peso estimado fetal y poder identificar casos de restricción del crecimiento intrauterino o feto pequeño para edad gestacional.

De la misma manera se revisará la cantidad de líquido amniótico y la ubicación de la placenta, durante este trimestre se realiza el diagnóstico de placenta previa y vasa previa.

A partir de la semana 30 deberá brindar asesoría sobre métodos de planificación familiar permitidos durante la lactancia para evitar un embarazo a corto plazo. Por último, la vía de resolución del embarazo se deberá de evaluar llegando al término de este, individualizando a cada paciente, valorando si existen comorbilidades o factores de riesgo asociados que interfieran en la decisión de la vía de resolución.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

### CONTROL DE PESO

Se debe establecer el aumento de peso permitido durante el embarazo individualizando a cada paciente de acuerdo al IMC inicial (*Tabla 6*). Este aumento será paulatino y de acuerdo al trimestre en cuestión. En cuanto a la distribución de macro y micronutrientes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe de suplementar de manera estricta hierro; en las adolescentes se deberá de poner especial atención a la suplementación de calcio.

<b>Tabla 6. Aumento de peso durante el embarazo de acuerdo al IMC preconcepcional</b>		
<b>Estado preconcepcional</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Ganancia total</b>
Desnutrición	<18.5	12.5 - 18 kg
Normal	18.5 - 24.9	11.5 - 16 kg
Sobrepeso	25 - 29.9	7 - 11.5 kg
Obesidad (incluye todos los grados)	≥30	5 - 9 kg

### DISTRIBUCIÓN DE MACRO Y MICRONUTRIENTES

La distribución de la dieta diaria del embarazo se compone de: proteínas 25% (71 g/día o 1.1 g/kg/día), grasas 15 - 30% (ingesta mínima de 300 mg/día de ácido docosahexanoico), carbohidratos 45 - 65% (175 g/día con bajo índice glucémico). Las recomendaciones de ingesta de hierro durante el embarazo son de 27 mg/día de hierro elemental, con ingesta máxima permitida en 45 mg/día; sin embargo, para mujeres cursando con embarazos múltiples o con anemia desde el inicio del embarazo se administran 60 - 100 mg/día de hierro elemental. La ingesta recomendada de calcio durante el embarazo es de 1.0 - 1.3 g con ingesta máxima de 2.5 g/día (*Tabla 7*).



<b>Tabla 7. Requerimientos nutricionales durante el embarazo</b>	
<b>Proteínas</b>	<b>1.1 g/kg (10 - 35%)</b>
Hidratos de carbono	45 - 65%
Lípidos	20 - 35%
Vitamina A	770 µg/dl
Vitamina C	85 mg/d
Vitamina D	660 ul/d
Vitamina E	15 mg/dl
Folato	600 µg/dl
Hierro	27 mg/dl
Calcio	14 a 18 años: 1300 mg/d* 19 a 50 años: 1000 mg/d*

## **EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO**

La realización de ejercicio previo al embarazo se ha asociado a disminución de diabetes gestacional (OR 0.29, IC 95% 0.16 - 0.51), prevención de preeclampsia (OR=0.65, IC 95% 0.43 - 0.99) y reducción de hipertensión materna (RR 0.70 IC 95% 0.51 - 0.96).

Previo a la recomendación de ejercicio se debe valorar el estado de salud de la paciente, condiciones obstétricas, así como riesgos asociados. En ausencia de contraindicaciones para llevar a cabo esfuerzo físico se debe alentar a la paciente para la realización de ejercicio regular y de moderada intensidad. El ejercicio debe ser aeróbico y de resistencia, se recomienda la realización de 30 minutos o más de actividad física moderada en la mayoría de los casos, y preferentemente todos los días de la semana. En caso de que la paciente no haya realizado ejercicio previo al embarazo, la realización de este debe ser gradual.

Se recomienda realizarlo a temperatura ambiente o tener aire acondicionado y con adecuada hidratación. Por otra parte, actividades que involucren riesgo aumentado de caídas, trauma abdominal o carga excesiva para las articulaciones, no son recomendadas durante el embarazo. Se debe evitar el buceo por el riesgo fetal de padecer enfermedad por descompresión secundaria a la formación de burbujas dentro de los pulmones.

Los buenos resultados perinatales dependen de una asesoría preconcepcional y un control prenatal adecuados.

Es importante que la paciente comprenda la importancia del seguimiento estrecho durante el embarazo para lograr resultados óptimos al nacimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo E, Poliquin V. No. 357-Immunization in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(4):478-489
  2. Centeno-Pérez M, Mata-García A, Plascencia-Ordaz M, Benítez-Salinas F, Campos-Rosas B. Modelo de autocuidado de enfermería perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2017;31(3):151-159
  3. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018. *Diabetes Care.* 2018;41:S13-S27
  4. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de Vacunación, edición 2017
  5. Tunçalp Ö, Pena-Rosas J, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo O, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience-going beyond survival. *BJOG.* 2017;124(6):860-862
  6. Moller A, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health.* 2017;5(10):e977-e983
  7. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O’Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, et al. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2017;377(7):613-622
  8. Poon L, Wright D, Rolnik D, Syngelaki A, Delgado J, Tsokaki T, et al. Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia in subgroups of women according to their characteristics and medical and obstetrical history. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(5):585.e1-585.e5
  9. Sonek JD, Kagan KO, Nicolaides KH. Inverted Pyramid of Care. *Clin Lab Med* 2016;36(2):305- 17
  10. Norma oficial mexicana. NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida
  11. Carter E, Tuuli M, Caughey A, Odibo A, Macones G, Cahill A. Number of prenatal visits and pregnancy outcomes in low-risk women. *J Perinatol.* 2016;36(3):178-181
  12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 650 Summary. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e135-42
  13. Lambertino J, Villegas S. Aloinmunización Rh en mujeres gestantes, una mirada al diagnóstico y a su aproximación terapéutica. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82:744-754
  14. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. *Rev Med Clin Condes.* 2014; 25(6) 880-886
-

15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 548: Weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;121:210–2
  16. ISUOG Practice Guidelines: performance of first trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 102-113
  17. Nicolaides KH. Turning the pyramid of prenatal care. *Fetal Diagn Ther.* 2011;29(3): 183-96
-

# 1.2 TAMIZAJE DEL PRIMER TRIMESTRE

## INTRODUCCIÓN

El ultrasonido es una tecnología no invasiva, reproducible, rápida y segura que se posiciona como la herramienta obstétrica por excelencia. Durante el primer trimestre del embarazo tiene la utilidad de confirmar embarazo intrauterino, establecer una edad gestacional y durante las 11.0 - 13.6 semanas, es crucial para el tamizaje de aneuploidías.

## INDICACIONES

Todas las mujeres embarazadas entre 11 - 13.6 semanas independientemente de sus factores de riesgo, deberán ser enviadas a la clínica de primer trimestre del Departamento de Medicina Fetal para realizar la evaluación Materno-Fetal de primer trimestre.

La lista de indicaciones fue publicada por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia/Colegio Americano de Radiología/Instituto Americano de Medicina Ultrasonográfica/ Sociedad de Radiólogos en Ultrasonido (ACOG/ACR/AIUM/SRU) la cual incluye:

- Confirmación de un embarazo intrauterino
- Evaluación de sospecha de embarazo ectópico
- Definición de la causa de sangrado transvaginal
- Evaluación de dolor pélvico
- Estimación de la edad gestacional
- Diagnóstico de embarazo múltiple y su corionicidad
- Confirmación de actividad cardíaca
- Estudio de imagen para la biopsia de vellosidades coriales
- Diagnóstico de anomalías fetales
- Medición de la translucencia nucal en embarazos de alto riesgo
- Evaluación de sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional

## CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas, sin embargo, se debe tener consideración especial en pacientes con pérdidas transvaginales, inestabilidad emocional, lesiones músculo-esqueléticas que dificulten o impidan la posición decúbito supino.

## OBJETIVOS

Corroborar número de embriones, en embarazo múltiple: diagnóstico de amnionicidad y corionicidad, identificación de latido cardíaco embrionario, estimación de la edad gestacional, detección y medida TN, observar morfología embrionaria, determinar patología uterina y de anexos.

## REQUISITOS

Contar con personal certificado, realizarse en tiempo real, con abordaje transabdominal o transvaginal.

---

Las características mínimas del equipo son: imagen en tiempo real, escala de grises, ultrasonido en dos dimensiones, transductor transabdominal y transvaginal, capacidad de congelar imagen y zoom, calliper electrónico, capacidad para imprimir o almacenar imágenes.

## LONGITUD CÉFALO-CAUDAL

Es la medición primordial para datar el embarazo, existe una alta concordancia entre las medidas ultrasonográficas y la fecha de la última menstruación en mujeres con ciclos menstruales regulares.

Es la primera medida fetal que se realiza, consiste en medir la longitud del polo cefálico al polo caudal con el feto en posición neutral (*Imagen 1*). Entre las 6.0 - 9.0 SDG la postura fetal produce poca diferencia en la medición.



1. Longitud cráneo caudal

Para realizar esta medición algunos de los requisitos son los siguientes:

- Corte sagital del feto, el cual será ampliado para que ocupe la mayor parte de la pantalla
- Evitar posición fetal en hiperflexión/hiperextensión
- La medición cuando sea posible debe ser obtenida en el plano sagital medio
- Con el tubérculo genital y la espina fetal longitudinalmente a la vista y la medición de una línea recta que incluya la longitud máxima desde el cráneo hasta la cauda fetal

## EVALUACIÓN DE LA ANATOMÍA FETAL

La evaluación anatómica más apropiada debe ser entre las 11.0 y 13.6 SDG, incluyendo la cabeza, cuello, cara, columna, tórax, corazón, abdomen y extremidades.

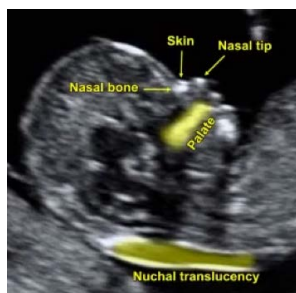
Tabla 1. Evaluación integral de la anatomía fetal en el primer trimestre	
Órgano	Presencia / normal
Cabeza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia</li> <li>• Huesos del cráneo</li> <li>• Integridad línea media</li> <li>• Plexos coroides</li> </ul>
Cuello	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apariencia normal</li> <li>• Translucencia nuchal</li> </ul>
Cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ojos</li> <li>• Hueso nasal</li> <li>• Perfil normal</li> </ul>
Columna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vértebras</li> </ul>
Tórax	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campos pulmonares simétricos</li> <li>• Masas</li> </ul>
Corazón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad cardíaca</li> <li>• Cuatro cámaras</li> </ul>
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estómago</li> <li>• Vejiga</li> <li>• Riñones</li> </ul>
Pared abdominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserción cordón umbilical</li> <li>• Defectos</li> </ul>
Extremidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro extremidades</li> </ul>
Placenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamaño y textura</li> </ul>
Cordón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres vasos</li> </ul>

## Cara

Las estructuras que pueden ser identificadas incluyen las órbitas, perfil y hueso nasal.

## Hueso nasal

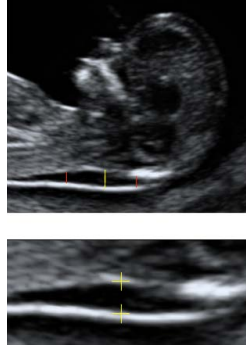
La ausencia de hueso nasal se considera como un marcador suave de aneuploidías, que está asociado, pero no es un marcador diagnóstico. En un plano medio sagital, el hueso nasal puede ser visto como una línea de mayor ecogenicidad que la piel (*Imagen 2*).



2. Hueso nasal

## Translucencia nual (TN)

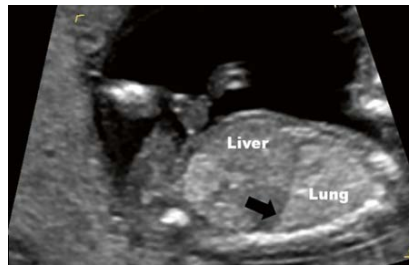
La TN es una estructura hipoecoica localizada bajo la piel de la parte posterior del cuello fetal y representa una colección de líquido en este espacio. Puede ser identificada y medida en todos los embarazos, pero se logra detectar incrementada en casos de aneuploidías o cardiopatías congénitas (*Imagen 3*).



3. Translucencia nual

## Tórax

Los pulmones se aprecian como estructuras ecogénicas y deben ser simétricos. El diafragma puede ser observado como una estructura intacta que separa los pulmones del contenido intraabdominal (*Imagen 4*).



4. Corte sagital de tórax . Tórax fetal y diafragma. USG transabdominal a las 12.2 SDG

## Corazón

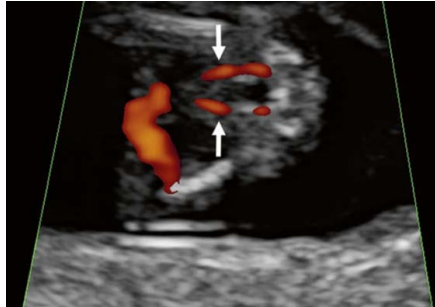
El desarrollo del corazón fetal inicia a las 4 semanas, puede ser detectado ultrasonográficamente a las 5 SDG. Las estructuras cardiacas identificables en el primer trimestre incluyen la imagen de cuatro cámaras, los tractos de salida están completamente desarrollados y pueden ser observados a finales del primer trimestre (*Imagen 5*).



5. Corte cuatro cámaras del corazón, USG transabdominal 13,0 SDG

## Riñones y vejiga

Los riñones pueden ser visualizados alrededor de las 9 SDG, la vejiga puede ser visualizada a partir de las 12.0 SDG. La identificación de estas estructuras es importante y la vejiga debe considerarse como una medición normal en un corte medio sagital de 6 mm (*Imagen 6*).

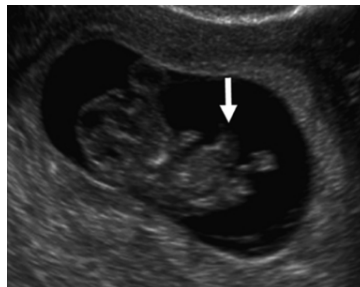


6. Vejiga fetal con dos arterias umbilicales, USG transabdominal 12.0 SDG

## Tracto gastrointestinal

En el período embrionario, al comienzo de la octava semana el intestino medio se hernia en el cordón umbilical y, después de una rotación de 90°, regresa a la cavidad abdominal para el final de semana 12.

La ausencia del estómago también puede ser observada en el caso de atresia esofágica, sin embargo, requiere de múltiples estudios con persistencia de los hallazgos (*Imagen 7*).



7. Herniación fisiológica, masa ecogénica protruyendo por el cordón umbilical. USG 9.3 SDG transvaginal

## Pared abdominal y cordón umbilical

La inserción normal del cordón umbilical puede ser observado a las 12.0 SDG. El número de vasos del cordón puede ser observado en un corte en escala de grises o usando Doppler color para mostrar las arterias adyacentes a la vejiga urinaria.



## CÁLCULO DEL RIESGO PARA SÍNDROME DE DOWN

### RIESGO INICIAL O RIESGO A PRIORI

Todas las embarazadas tienen riesgo de tener un feto con defectos cromosómicos, pero el riesgo individual de cada mujer depende del riesgo inicial (basado en la edad materna y la edad gestacional) multiplicado por una serie de cocientes de probabilidad (likelihood ratios), que a su vez dependen del resultado de las pruebas de cribado que se realicen durante la gestación (*Tabla 1*).

Tabla 1. Riesgo para trisomía 21 por edad materna									
Edad Materna	Edad Gestacional				Edad Materna	Edad Gestacional			
	12	16	20	40		12	16	20	40
20	898	1053	1175	1527	32	388	455	507	659
21	887	1040	1159	1597	33	322	378	421	547
22	872	1022	1140	1482	34	262	307	343	446
23	852	999	1114	1448	35	210	246	274	356
24	827	969	1081	1406	36	165	193	216	280
25	795	933	1040	1352	37	128	150	168	218
26	756	887	989	1286	38	98	115	129	167
27	710	832	928	1206	39	75	88	98	128
28	655	768	856	1113	40	57	67	74	97
29	593	695	776	1008	41	43	50	56	73
30	526	617	688	895	42	32	38	42	55
31	457	536	597	776					

### MEDIDA DE LA TRANSLUCENCIA NUCAL

#### EM + translucencia nucal

En el cribado de defectos cromosómicos, cada medida de TN para una determinada longitud craneocaudal representa un cociente de probabilidad que será multiplicado por el riesgo a priori para calcular el riesgo final. Cuanto mayor es la medida de la TN, mayor será el cociente de probabilidad y, por lo tanto, mayor será el riesgo calculado.

#### Translucencia nucal fetal y bioquímica del suero materno

En las gestaciones con fetos con trisomía 21, la concentración de  $\beta$ -gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG) libre en suero materno es más alta que en fetos normales, mientras que proteína plasmática A, asociada al embarazo (PAPP-A) es menor (aproximadamente 2 múltiplos de la mediana [MoM] y 0,5 MoM, respectivamente). Sin embargo, en la trisomía 21, la desviación de la PAPP-A es menor y de la  $\beta$ -HCG libre es mayor a medida que la gestación avanza.

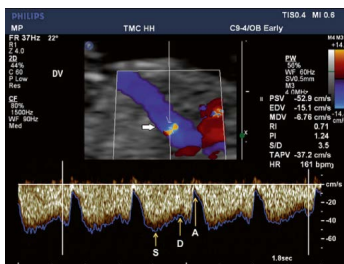
Por lo tanto, es necesario tener en cuenta estos cambios temporales para el cálculo del riesgo (*Tabla 2*).

<b>Tabla 2. Riesgos y marcadores bioquímicos</b>			
<b>Anomalía</b>	<b>B-hCG</b>	<b>PAPP-A</b>	<b>TN (MN)</b>
Euploidía	1.0	1.0	1.8
T21	2.0	0.5	3.5
T18	0.2	0.2	5.1
T13	0.3	0.4	3.9
45,X	1.2	0.5	40

## MARCADORES EMERGENTES

### Ducto venoso

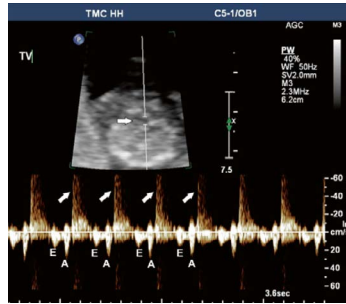
El conducto venoso es una derivación única en el feto de la porción hepática de la vena umbilical a la vena cava inferior que dirige casi el 50% del flujo sanguíneo oxigenado proveniente de la placenta. El flujo anormal en el conducto venoso en el primer trimestre se asocia con defectos cromosómicos, anomalías cardíacas y mal pronóstico perinatal. El flujo de sangre en el conducto tiene una forma de onda típica. Normalmente se produce un flujo de alta velocidad durante la sístole ventricular (onda S) y la diástole ventricular (onda D) y un flujo positivo de menor velocidad durante la contracción auricular (onda A) (*Imagen 8*).



8. Ducto venoso con onda A presente

### MEDICIÓN REGURGITACIÓN TRICUSPÍDEA

El flujo normal a través de la válvula tricúspide durante la diástole es bifásico; el primero se debe al aumento en el flujo en el inicio de la diástole ventricular y el segundo aumento se debe a la contracción auricular. Cualquier flujo a través de la válvula tricúspide durante la sístole representa una regurgitación tricuspídea anormal (*Imagen 9*).



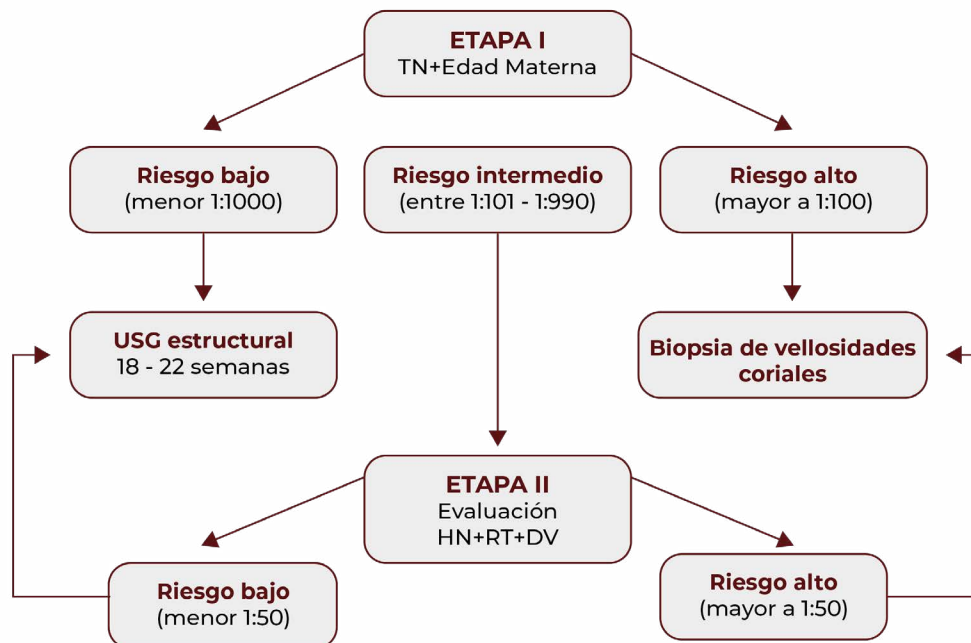
9. Regurgitación tricuspídea

Los resultados del tamizaje para aneuploidías que en la primera fase incluye edad+ translucencia y ubica a la paciente en uno de los 3 grupos siguientes:

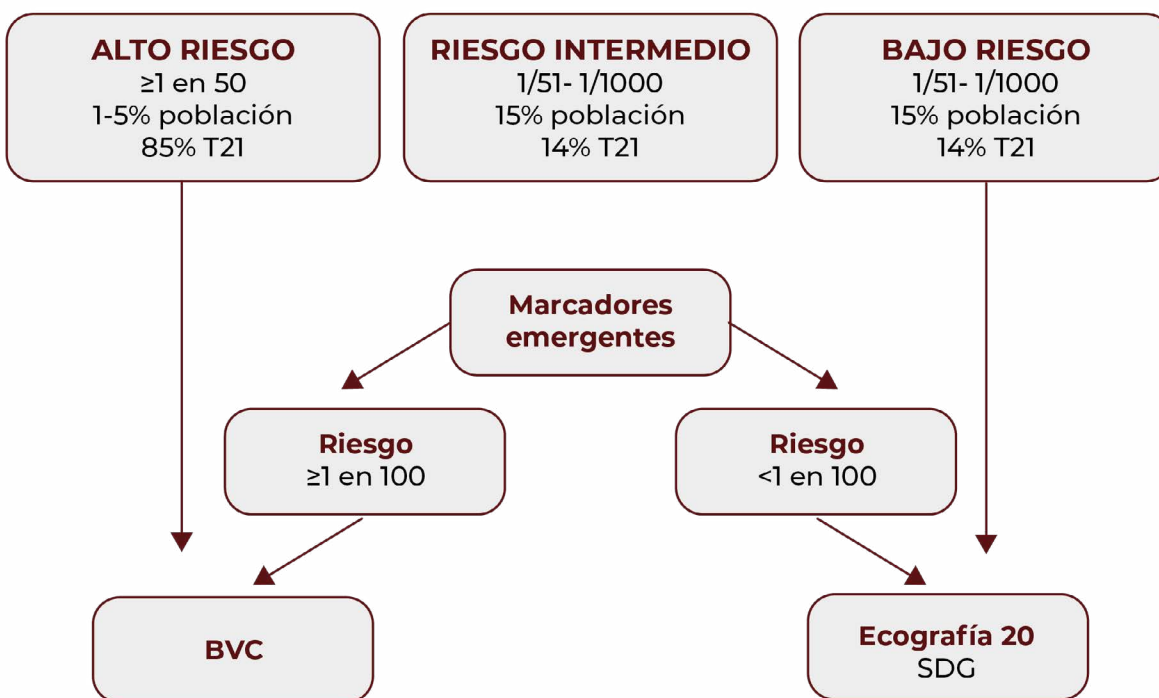
- 1. Riesgo de cromosopatías bajo:** probabilidad menor a 1:999 se sugiere ultrasonido estructural entre las 18 - 22 semanas de gestación
- 2. Riesgo de cromosopatías intermedio:** probabilidad menor de 1:101 y mayor o igual a 1:999, se sugiere utilizar los marcadores emergentes como son hueso nasal, ducto venoso y regurgitación tricuspídea y marcadores bioquímicos para disminuir la tasa de falsos positivos y ubicar a la paciente en los grupos de bajo o alto riesgo
- 3. Riesgo de cromosopatías alta:** probabilidad mayor o igual 1:100 se sugiere un método de diagnóstico definitivo como el cariotipo con bandeado G o micro-arreglos

En el Departamento de Medicina Fetal del INPer se realiza el tamizaje de primer trimestre.

### TAMIZAJE INTEGRAL DE PRIMER TRIMESTRE



## PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN EL PRIMER TRIMESTRE



## TAMIZAJE DE PREECLAMPSIA / RCIU

Solo con el interrogatorio de factores de riesgo para preeclampsia se puede predecir hasta un 33%, a la fecha se ha sugerido que los algoritmos que combinan las características maternas, la presión arterial media (PAM), el Doppler de las arterias uterinas (IPm Ut) y las pruebas bioquímicas dentro de las 11 a las 13.6 semanas podrían identificar potencialmente alrededor del 77% de preeclampsia pretérmino <37 semanas de gestación y 47% de preeclampsia post término >37 semanas con una tasa de falsos positivos del 10%. Aunque la tasa de detección no sea muy alta se ha demostrado que la administración de dosis bajas de aspirina antes de las 16 semanas de gestación reduce el riesgo de presentar preeclampsia pretérmino (RR 0.11, 95% CI 0.04 – 0.33), pero no postérmino (RR 0.98, 95% CI 0.42 – 2.33) (Tabla 3).

**Tabla 3. Requisitos para la medición de arterias uterinas**

<b>Requisitos para la medición de arterias uterinas</b>	Corte para-sagital del útero a nivel del orificio cervical interno (OC)
	Mediante Doppler pulsado con volumen muestra 2 - 3 mm, ángulo de isonación menor a 30 grados, velocidad de barrido 2 - 3 cm/seg

<b>Tabla 4. Tasa de detección por medio de tamizaje</b>		
Preeclampsia temprana		Preeclampsia tardía
FP 5%		FP 5%
FR	33% (24.6 - 42.7)	24.5% (17.1 - 33.8)
FR+ IPm Ut	49.7% (40.1 - 59.3)	33.1% (24.7 - 42.8)
FR+PAM	53.5 (43.8 - 63.0)	27.0 (19.3 - 36.4)
FR+ IPm Ut +PAM	66.5% (56.8 - 75)	34.3% (25.7 - 44.0)
FR+ IPm Ut +PAM +PAPP-A y PLGF	77.8% (68.7 - 84.8)	35.2% (26.6 - 45)

## **NACIMIENTO PRETÉRMINO**

Mediante el interrogatorio de factores de riesgo se puede detectar hasta un 30% de las pacientes que tendrán nacimiento pretérmino antes de la semana 34, con factores de riesgo maternos más la medición de longitud cervical vía abdominal con un valor menor a 0.89 MoM (0.82 - 0.94) solo puede predecir el 54.8% (44.7 - 64.6) de los nacimientos pretérmino antes de la semana 34, por lo que es necesario realizar la medición de la longitud cervical vía vaginal entre las semanas 18 - 24 para mejorar la tasa de predicción (Tabla 5).

<b>Tabla 5. Requisitos para medir longitud cervical</b>	
<b>Longitud cervical semana 18 - 21</b>	Vejiga vacía
	Transductor transvaginal de 5MHz
	Coloque suavemente la sonda en el fónix vaginal anterior para asegurarse de obtener una vista sagital del cuello uterino (identificar el orificio cervical interno, el orificio cervical externo, el canal cervical y la mucosa endocervical)
	La imagen para que el cuello uterino ocupe al menos 75% de la imagen
	Medir la distancia entre orificio cervical interno y externo
	Tomar 3 mediciones (y fotografías) y registrar la medición más corta de la longitud

## BIBLIOGRAFÍA

1. Akolekar R, Syngelaki A, Sarquis R, Zvanca M, Nicolaides KH. Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks. *Prenat Diag* 2011;31:66-74
  2. Greco E, Gupta R, Syngelaki A, Poon LC, Nicolaides KH. First-trimester screening for spontaneous preterm delivery with maternal characteristics and cervical length. *Fetal Diagn Ther* 2012;31:154-61
  3. Nicolaides KH. Screening for chromosomal defects. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:313-21
  4. Salomon LJ, Alfi revic Z, Bilardo CM, Chalouhi GE, Ghi T, Kagan KO, et al. ISUOG practice guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;41(1):102-13
  5. Bromley B, Shipp TD, Lyons J, Navathe RS, Groszmann Y, Benacerraf BR. Detection of fetal structural anomalies in a basic first-trimester screening program for aneuploidy. *J Ultrasound Med*. 2014; 33(10):1737-45
  6. Iliescu D, Tudorache S, Comanescu A, et al. Improved detection rate of structural abnormalities in the first trimester using an extended examination protocol. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42:300-9
  7. J. Sonek, MD, RDMS, K. Nicolaides Additional First-Trimester Ultrasound Markers *Clin Lab Med* 30 (2010) 573-592
  8. O’Gorman N, Wright D, Syngelaki A, et al., Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11--13 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(1):103 e1--103 e12
  9. Roberge S, Villa P, Nicolaides KH, et al. Early administration of low dose aspirin for the prevention of preterm and term pre--eclampsia: a systematic review and meta--analysis. *Fetal Diagn Ther* 2012;31:141--6
  10. Sananès N, Schuller E, Gaudineau A, Kohler M, Guerra F, Weingertner AS, Fritz G, Viville B, Langer B, Nisand I, Favre R., What is predictive of preterm delivery in the first trimester: isthmus or cervical length? *Prenat Diagn*. 2013 Sep;33(9):894--8
  11. Liao Y, Wen H, Ouyang S, Yuan Y, Bi J, Guan Y, Fu Q, Yang X, Guo W, Huang Y, Zeng Q, Qin Y, Xiang H, Li S. Routine first-trimester ultrasound screening using a standardized anatomical protocol. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Oct 27:S0002-9378(20)31267-9. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.037. Epub ahead of print. PMID: 33127430
-

## 1.3 EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA MATERNO-FETAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

### DEFINICIÓN

La ultrasonografía es ampliamente utilizada para la evaluación prenatal del crecimiento, anatomía fetal y su entorno (características placentarias y de líquido amniótico). La evaluación de segundo trimestre también es ideal para la realización de pruebas predictivas que se mencionan posteriormente.

Los objetivos principales de la ecografía de rutina del segundo trimestre son:

- Determinar la vitalidad del feto
- Determinar el número de fetos y la corionicidad en las gestaciones múltiples
- Determinar la edad gestacional
- Revisar la anatomía fetal
- Determinar la ubicación y características placentarias
- Evaluar el líquido amniótico
- Evaluar los marcadores ultrasonográficos de segundo trimestre para alteraciones cromosómicas
- Realizar la evaluación Doppler de arterias uterinas como tamizaje para preeclampsia y restricción en el crecimiento intrauterino
- Medir la longitud cervical para tamizaje de parto pretérmino

La evaluación ultrasonográfica Materno-Fetal de segundo trimestre se debe realizar entre las 18 y 22 semanas de gestación. En este periodo se tienen las condiciones ideales (tamaño fetal y cantidad de líquido amniótico) para hacer una evaluación integral de los puntos antes mencionados, en caso de requerir evaluación estructural en un embarazo fuera de esta edad gestacional se debe comentar el caso específico con el Departamento de Medicina Fetal.

### Requisitos para la realización del procedimiento:

1. La evaluación ultrasonográfica Materno-Fetal de segundo trimestre debe realizarse a todas las mujeres embarazadas que lleven control prenatal en el Instituto
2. Idealmente la paciente debe tener entre 18 - 22 semanas de gestación. Se debe explicar a la paciente previo a la realización del estudio, los alcances y limitaciones del mismo, así como los posibles resultados que se podrán obtener
3. Podrá reportarse como normal, incompleto o patológico
4. En caso de un hallazgo no concluyente que requiera de seguimiento la paciente será citada a la clínica correspondiente
5. Se debe contar con un equipo de ultrasonido de alta resolución

### Contraindicaciones

No existe una contraindicación absoluta para la realización de evaluación ultrasonográfica Materno-Fetal de segundo trimestre, sin embargo, se deben considerar casos particulares en pacientes con dinámica uterina y hospitalizadas en terapia intensiva.

Exploración ultrasonográfica:

**Evaluación anatómica fetal:** Se tiene que realizar la medición de estructuras fetales (DBP), perímetro cefálico (PC), perímetro abdominal (PA), longitud del fémur (LF) así como evaluación de los huesos tubulares.

**1. Cabeza:** Comprobar tamaño, forma, integridad y densidad ósea. Identificación de las estructuras intracraneales a partir de los 3 cortes básicos: transventricular, transtalámico y transcerebelar

- **Transtalámico:** se identifican las astas frontales de los ventrículos laterales, el tálamo y el giro hipocampal. En este corte se realiza la medición del BDP y PC (Diámetro Biparietal y Perímetro Cefálico)
- **Transventricular:** incluye la visualización de las astas frontales, el cávum del septum pellucidum y las astas posteriores del ventrículo con los plexos coroideos en su interior
- **Transcerebelar:** es un corte más inferior, obtenido por una discreta oblicuación del transductor hacia la parte posterior de la cabeza en relación a los cortes transventricular y transtalámico. Incluye el cavum del septum pellucidum, las astas anteriores de los VL, los tálamos, el cerebelo y la cisterna magna con una correcta visualización del hueso occipital. Medición del diámetro transversal del cerebelo y del anteroposterior de la fosa posterior

**2. Cara:** identificación y visualización del labio superior, incluir perfil medio facial, las órbitas, la nariz y las fosas nasales

**3. Cuello:** evaluación del contorno y disposición de las estructuras del cuello, buscar protuberancias, masas o colecciones

**4. Tórax:** comprobación de la integridad del contorno, evaluación de la estructura y ecogenicidad pulmonar. La interfaz diafragmática se puede visualizar como una línea hipoeoica divisoria entre el contenido torácico y abdominal

**5. Corazón:** ecocardiografía básica mediante ecografía bidimensional y aplicación del Doppler color. Comprobar la situación y estimación subjetiva del tamaño del corazón en relación al del tórax. Análisis de los 5 cortes básicos. Estimación subjetiva de los diámetros y el cruce de la aorta y la arteria pulmonar y su relación con la tráquea. Comprobar el adecuado ritmo cardíaco con frecuencia esperada de 120 hasta 160 lpm

**6. Abdomen:** confirmación del situs visceral. Identificación de las características de la cámara gástrica, hígado y disposición de los vasos intrahepáticos, disposición y ecogenicidad de las asas intestinales e integridad de la pared abdominal. Identificación de la inserción fetal del cordón umbilical. Evaluación subjetiva de la estructura de la corteza y del parénquima renal y estimación del diámetro anteroposterior de la pelvis renal. Identificación de la vejiga urinaria y del trayecto intrapélvico de las arterias umbilicales

**7. Columna vertebral:** identificación de la disposición, osificación e integridad de los diferentes segmentos vertebrales en los 3 planos

---



**8. Genitales externos:** evaluar la correcta morfología. El informe del género debe ser considerado solo con el consentimiento de la madre y/o el padre.

**9. Extremidades:** confirmar la integridad y disposición de los 3 segmentos de cada una de las 4 extremidades; extremidades superiores, apreciar la apertura de la mano y la presencia de los 5 dedos, extremidades inferiores, comprobar las características de la planta del pie, la presencia de los 5 dedos, de los talones y la orientación del pie con la pierna

**10. Placenta y cordón umbilical:** estructura y grosor. Evaluación del polo inferior de la placenta y su relación con el orificio cervical interno por ecografía transabdominal y transvaginal

**11. Líquido amniótico:** evaluación cualitativa. Evaluación cuantitativa (bolsillo máximo 2 - 8cm)

**12. Doppler de arterias uterinas:** se evalúa el índice de pulsatilidad de ambas arterias uterinas y se compara con los puntos de corte de acuerdo a la edad gestacional

## **EVALUACIÓN DE MARCADORES ECOGRÁFICOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE PARA ALTERACIONES CROMOSÓMICAS**

Las alteraciones cromosómicas más frecuentes son las trisomías 21, 18, 13 y síndrome de Turner (monosomía del X). Existen algunos hallazgos ultrasonográficos que pueden orientar hacia el diagnóstico de alguna de estas patologías:

### **Presencia de malformaciones mayores**

- Pliegue nuchal mayor de 6mm
- Intestino hiperecogénico
- Fémur corto
- Húmero corto
- Foco ecogénico intracardiaco
- Quiste de plexo coroide
- Dilatación de pelvículas renales
- Ventriculomegalia leve

La evaluación y cálculo del nuevo riesgo se obtiene aplicando los coeficientes de probabilidad (LR) para anomalías aisladas o combinadas y se tiene una tasa de detección de entre el 60 - 70%.

## **RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES**

Manteniendo índices térmicos y mecánicos menores a 1, no se tienen riesgos potenciales. Se debe seguir el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

Este tipo de ultrasonido es también llamado ecografía estructural ya que estudia a detalle la anatomía fetal y la irrigación uterina placentaria. Pueden ser diagnosticadas la mayor parte de las alteraciones anatómicas severas, como también el crecimiento fetal

---

y el índice de pulsabilidad de las arterias uterinas, características de la placenta, entre otros. Otra utilidad en el estudio de segundo trimestre es determinar también el riesgo de un parto prematuro, mediante la medición del cuello uterino por vía transvaginal.

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gynaecol Can 2009;31(3):272–275 2.- Grandjean H, Larroque D, Levi S. The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study. Am J Obstet Gynecol 1999;181:446-54
  2. Guía Práctica para la realización de una ecografía de rutina del segundo trimestre. Inter Soc Ultrasound Obstet Gynecol, 2012
  3. Pilu G, Nicolaides K, Ximenes R, Jeanty P. Diagnosis of fetal abnormalities, the 18-23 weeks scan, Fetal Medicine Foundation Online Education, 2002
  4. Protocolo screening ecográfico de segundo trimestre, guías clínicas medicina materno-fetal, Hospital Universitari Clinic Barcelona, 2008
  5. World Health Organization. Report on the Regional Consultation Towards the Development of a Strategy for Optimizing Fetal Growth and Development. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean: Cairo, 2005
  6. Diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities on routine ultrasound examination at 11-13 weeks' gestation
  7. Syngelaki A. Chelemen T. Dagklis T. Allan L. Nicolaides K.H. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019; 54: 468-476
-

# 1.4 VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO POR ULTRASONIDO DEL TERCER TRIMESTRE

## ANTECEDENTES

El crecimiento fetal es uno de los indicadores más importantes de la salud de un embarazo. Las alteraciones del crecimiento fetal representan un marcador de resultados perinatales adversos y en años recientes se han identificado también como un marcador de salud y enfermedad en la vida adulta.

La vigilancia del crecimiento fetal mejora la identificación de aquellos fetos con alteraciones en la curva de crecimiento con el objetivo de implementar intervenciones oportunas destinadas a disminuir la morbi-mortalidad asociada a estas patologías. Actualmente, la estrategia más utilizada para la evaluación del crecimiento fetal es la estimación de la biometría fetal por ultrasonido en algún punto del tercer trimestre, sin embargo, se ha reportado que hasta el 50% de los casos de alteraciones del crecimiento no son detectados prenatalmente con esta estrategia.

## OBJETIVO

El algoritmo de vigilancia del crecimiento fetal en el tercer trimestre está diseñado para optimizar las evaluaciones ultrasonográficas de seguimiento, monitorizando el crecimiento fetal de una manera clínicamente estructurada, con el objetivo de mejorar la identificación de fetos con alteraciones del crecimiento y por lo tanto en riesgo de resultados perinatales adversos.

## ALGORITMO DE VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO

La vigilancia del crecimiento fetal por ultrasonido en el tercer trimestre en el Instituto se realizará de manera individualizada según la presentación de factores de riesgo asociados a alteraciones de crecimiento fetal.

En todas las pacientes se realizará un ultrasonido de segundo nivel para la evaluación del crecimiento fetal entre las semanas 34 - 36 de gestación. En esta evaluación se realizará la biometría fetal (diámetro biparietal [DBP], circunferencia cefálica [CC], circunferencia abdominal [CA], longitud femoral [LF]) se determinará el peso estimado fetal (PEF) y el percentil de crecimiento para la edad gestacional y se realizará evaluación Doppler de las arterias uterinas (Aut); se reportarán además la presentación fetal, localización placentaria y medición de líquido amniótico.

Además de esta evaluación, en algunas mujeres se realizarán otras evaluaciones a las 28 y 32 semanas de gestación de acuerdo con la estratificación de riesgo basada en antecedentes clínicos y obstétricos, así como hallazgos en el ultrasonido de segundo trimestre, en el que estará indicada la ruta de vigilancia de crecimiento (*Figura 1*).

Aquellas mujeres que no presenten factores de riesgo para alteraciones del crecimiento y en las que la evaluación Doppler de las AUt en segundo trimestre sea normal, se asignarán a la ruta A de vigilancia de crecimiento fetal, en la que posterior al ultrasonido estructural de segundo trimestre se realizará una evaluación de la curva de crecimiento entre las 34 - 36 semanas de gestación. Las mujeres con evaluación normal del Doppler de las AUt en segundo trimestre, que presenten alguno de los factores considerados como

de riesgo intermedio para la presentación de alteraciones de crecimiento (a-d) serán asignadas a la ruta B de vigilancia de crecimiento fetal, en la que realizará evaluación de la curva de crecimiento a las 32 y 36 semanas de gestación. Finalmente, todas las mujeres con evaluación anormal del Doppler de las Aut en segundo trimestre, definida como un índice de pulsatilidad medio mayor al percentil 95 y aquellas que presenten alguno de los factores considerados como del alto riesgo para la presentación de alteraciones de crecimiento (g-m) serán asignadas a la ruta B de vigilancia de crecimiento fetal y se harán 3 evaluaciones de la curva de crecimiento en las semanas 28, 32 y 36 de gestación.

La vigilancia del crecimiento en las pacientes con diagnóstico de diabetes pregestacional o gestacional, así como en embarazos gemelares se realizará de acuerdo con los lineamientos de la clínica de diabetes y embarazos gemelares respectivamente.

Evaluaciones adicionales del crecimiento fetal podrán ser programadas según criterios más complejos: diagnóstico de preeclampsia, identificación de aplanamiento de la curva de crecimiento en ultrasonido de primer nivel, etc.

## MANEJO

### 1. Crecimiento fetal normal

Se considerará una curva de crecimiento fetal adecuada cuando el PEF para la edad gestacional se encuentre entre los percentiles 20 y 80 para la edad gestacional. Estos fetos se encuentran dentro del grupo de bajo riesgo para resultados perinatales adversos, por lo que, una vez realizadas las evaluaciones establecidas según la ruta de crecimiento asignada, se concluirá su seguimiento en segundo nivel.

### 2. Crecimiento fetal anormal

Los percentiles 10 y 90 del PEF para la edad gestacional se utilizarán como puntos de corte para identificar a aquellos fetos pequeños y grandes para la edad gestacional respectivamente. El PEF menor al percentil 3 para la edad gestacional o entre el percentil 3 - 10 para la edad gestacional con alteraciones en la evaluación hemodinámica, serán los criterios utilizados para el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. Este grupo de fetos presenta un mayor riesgo de resultados perinatales adversos y se les dará seguimiento individualizado en la Clínica de Crecimiento Fetal (cubículo 6).

### 3. Crecimiento fetal menor al percentil 20 o mayor al percentil 80

Esta situación puede explicarse por una variación normal o un aplanamiento de la curva de crecimiento, por lo que estas pacientes serán referidas a la Clínica de Crecimiento Fetal para evaluación de parámetros adicionales que determinarán el seguimiento.

Lista de cotejo para alteraciones del crecimiento		
	Sí	No
a) Mayor de 40 años de edad		
b) Antecedente de hijo <2.5 Kg o preeclampsia >34 SDG		
c) Tabaquismo durante el embarazo		
d) Fertilización in vitro		

Lista de cotejo para alteraciones del crecimiento		
	Sí	No
f) Diabetes pregestacional / gestacional		
g) Hipertensión crónica		
h) Enfermedad renal crónica		
i) Lupus eritematoso sistémico		
j) Síndrome de anticuerpos antifosfolípido		
k) Antecedente de óbito		
l) Antecedente de RCIU o preeclampsia < 34 SDG		
m) Alto riesgo para RCIU por tamizaje de primer trimestre		

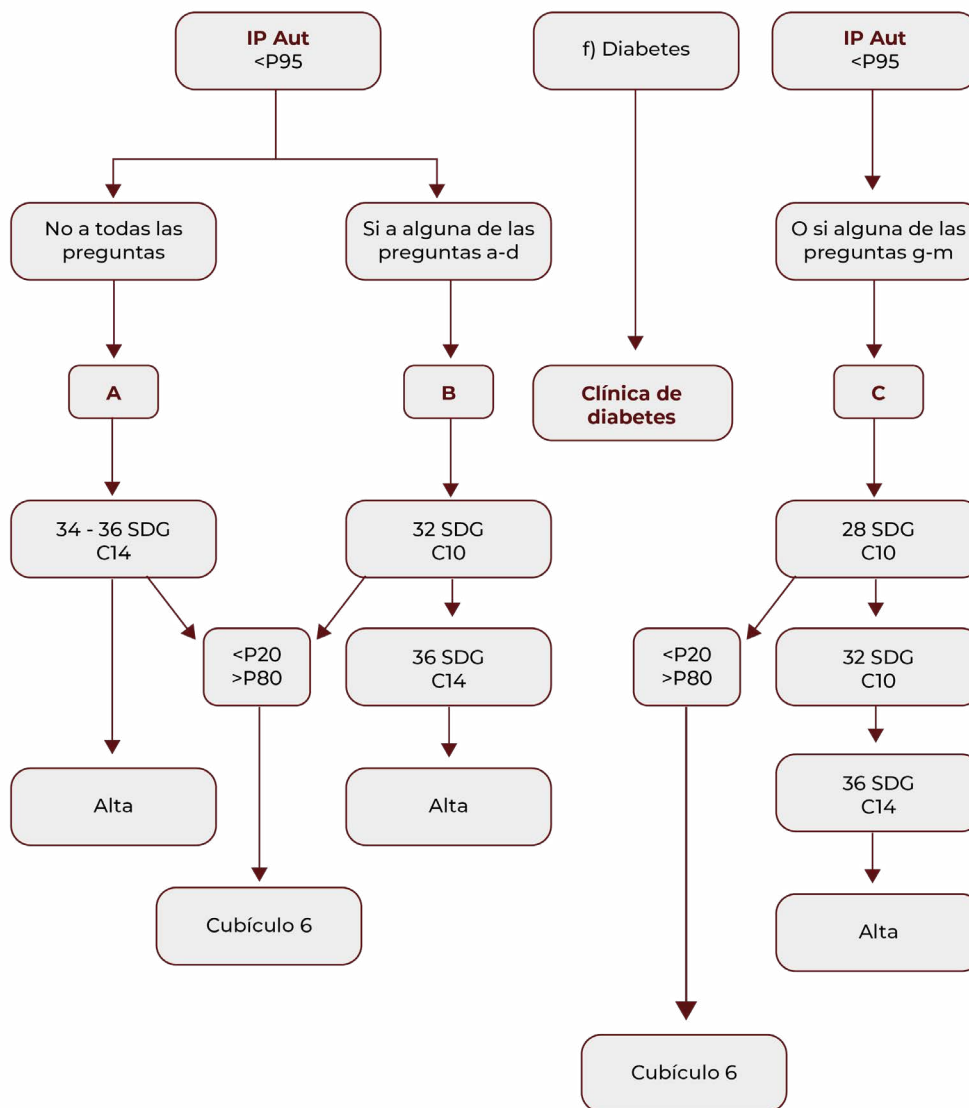


Figura 1. Algoritmo de vigilancia del crecimiento fetal en el tercer trimestre de acuerdo a la estratificación de riesgo por antecedentes clínicos, obstétricos y evaluación de las arterias uterinas (Aut) en segundo trimestre

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lindqvist PG, Molin J. Does antenatal identification of small-for-gestational age fetuses significantly improve their outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25(3):258–64
  2. Barker DJP. Adult consequences of fetal growth restriction. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(2):270–83
  3. Villar J, Papageorgiou AT, Pang R, Salomon LJ, Langer A, Victora C, et al. Monitoring human growth and development: A continuum from the womb to the classroom. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(4):494–9
  4. Ganzevoort W, Thilaganathan B, Baschat A, Gordijn S. Fetal growth and risk assessment: is there an impasse? POINT. *Am J Obstet Gynecol [Internet].* 2018;(January):74–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.10.007>
  5. Hanson M, Kiserud T, Visser GHA, Brocklehurst P, Schneider EB. Optimal fetal growth: A misconception? *Am J Obstet Gynecol [Internet].* 2015;213(3):332.e1-332.e4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.027>
  6. O’Gorman N, Salomon LJ. Fetal biometry to assess the size and growth of the fetus. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet].* 2018;49:3–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.02.005>
  7. Sovio U, White IR, Dacey A, Pasupathy D, Smith GCS. Screening for fetal growth restriction with universal third trimester ultrasonography in nulliparous women in the Pregnancy Outcome Prediction (POP) study: A prospective cohort study. *Lancet.* 2015;386(10008):2089–97
  8. Williams M, Turner S, Butler E, Gardosi J. Fetal growth surveillance – Current guidelines, practices and challenges. *Ultrasound.* 2018;26(2):69–79
  9. Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. *Fetal Diagn Ther.* 2014;36(2):86–98
  10. Figueras F, Gratacos E. Stage-based approach to the management of fetal growth restriction. *Prenat Diagn.* 2014;34(7):655–9
-

# 1.5 RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL

## INTRODUCCIÓN

Es de consenso internacional que el uso del término “**sufrimiento fetal**” es inapropiado e impreciso y poco específico. Como diagnóstico tiene un valor predictivo positivo muy bajo, tal es el caso que muchos de los recién nacidos diagnosticados nacerán clínicamente en buen estado, con un Apgar y/o gasometría de cordón umbilical dentro de límites normales.

Basados en esto se ha propuesto cambiar el término por el de “**riesgo de pérdida del bienestar fetal**” que deberá estar basado en situaciones clínicas graves (como desprendimiento de placenta normoinserta, prolapso de cordón etc.) o bien en alteraciones de las distintas pruebas que se empleen, en cada momento, para el control del bienestar fetal.

Podríamos incurrir nuevamente en un abuso y mal uso de este término, por tal motivo debemos ser cuidadosos y tener un amplio conocimiento de las condiciones normales (fisiología) y la patología hipóxico isquémica (fisiopatología), así como de las pruebas diagnósticas que tenemos disponibles para evaluar el estado fetal.

## DEFINICIONES

**Riesgo de pérdida del bienestar fetal:** es la interpretación que el clínico hace del estado fetal y en la cual no se puede asegurar su bienestar. Debe estar sustentado por signos clínicos o resultados de pruebas de evaluación del estado fetal.

**Asfixia fetal:** es un estado crítico secundario a una alteración en el intercambio en el espacio intervelloso que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas, que conducen a hipoxia, hipercapnia y el consiguiente desequilibrio ácido-base provocando diversas manifestaciones en el feto.

## ESTADÍSTICAS

Anualmente nacen aproximadamente 130 millones de niños y niñas en el mundo; casi 3.3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Según los datos proporcionados el 25% de estas muertes tuvieron el diagnóstico de asfixia sobre todo en el período neonatal temprano. La OMS señala que más de un millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan secuelas como parálisis cerebral, problemas de aprendizaje diversos y otros problemas del neurodesarrollo.

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo pueden dividirse en:

### Condiciones maternas previas al embarazo

- Síndrome antifosfolípidos y otras trombofilias
- Hipertiroidismo ya sea por descontrol o por los medicamentos utilizados
- Cardiopatía



- Lupus eritematoso sistémico u otras colagenopatías
- Insuficiencia renal crónica
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial sistémica
- Anemia y malnutrición

### Condiciones relacionadas con el embarazo

- Hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia)
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Aloinmunización (enfermedad hemolítica fetal)
- Alteraciones en el líquido amniótico (oligohidramnios-algunos casos de polihidramnios)
- Embarazo post-término
- Patología en gemelos (transfusión feto-feto, crecimiento discordante, gemelo óbito, etc.)
- Antecedente de óbito por causa desconocida
- Hipomotilidad corroborada

### AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

De acuerdo a cada caso se aplicará alguna de las siguientes pruebas.

#### ANTEPARTO

**Cardiotocografía (PSS y PEVA).** Es un método no invasivo que permite evaluar el riesgo de pérdida del bienestar fetal mediante registro y observación de las características de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), en condiciones basales (PSS) o con un estímulo vibroacústico (PEVA).

Las pruebas se realizarán a partir de la semana 32 de gestación, a edades más tempranas únicamente en situaciones especiales, para búsqueda de datos ominosos y previa discusión del caso. Se interpreta como reactiva y no reactiva.

Criterios de reactividad:

- FCF normal (110 - 160 latidos por minuto)
- Variabilidad normal (tipo I o II)
- Ascensos al menos 2 en 10 minutos de 15 latidos de amplitud y 15 segundos de duración
- Movimientos fetales presentes
- Actividad uterina ausente (o contracciones aisladas)

**PEVA.** Se realiza posterior a una PSS no reactiva en la cual no hay datos ominosos. Evalúa los cambios de la FCF, en respuesta a un estímulo vibroacústico, con la finalidad de disminuir los falsos positivos (FP) de la prueba sin estrés, ya que la PSS puede resultar no reactiva simplemente por encontrarse el feto en un momento fisiológico de sueño o reposo.

---

**Perfil biofísico.** Es una de las pruebas de bienestar fetal que evalúa la presencia o ausencia de diversas variables biofísicas en el feto mediante ultrasonido y cardiotocografía.

Las variables estudiadas son:

- Frecuencia cardíaca, analizada mediante cardiotocografía
- Movimientos respiratorios
- Movimientos corporales
- Tono muscular
- Líquido amniótico

Las últimas cuatro variables son analizadas mediante ultrasonido, cada variable tiene un valor de 0 o 2 dando un total de 10, como máximo. La toma de decisiones se realiza tomando siempre en cuenta el contexto clínico y no solo el puntaje del perfil biofísico.

**Flujometría Doppler.** En los casos de sospecha de restricción del crecimiento intrauterino, para establecer su diagnóstico correcto, clasificar al feto y su seguimiento. Los vasos que se evalúan, según el caso, son:

- Fetales: arteria umbilical, arteria cerebral media, ducto venoso, vena umbilical, incluyendo el cálculo del índice cerebro placentario
- Maternos: arterias uterinas

## PRUEBAS INTRAPARTO

**Registro cardiotocográfico intraparto.** La monitorización electrónica fetal intraparto es quizás la forma más usada de vigilancia del estado fetal.

Se identifican tres patrones de trazos:

**CATEGORÍA I.** El trazo es normal y tiene las siguientes características:

- La frecuencia cardíaca fetal basal está entre 110 - 160 lpm, adecuada variabilidad, no tiene desaceleraciones tempranas, tardías, o variables y puede o no tener aceleraciones.
- Con este tipo de trazo, la mayor probabilidad es que se encuentre con un estado ácido-base normal al momento del estudio. No requiere ninguna intervención específica.

**CATEGORÍA II.** Se considera un trazo indeterminado (no tranquilizador).

- Este tipo de trazo no necesariamente predice un estado ácido-base alterado, sin embargo, no cumple los requisitos para clasificarlo en las categorías I o III.
- Algunas de las características que puede presentar son las siguientes: bradicardia no acompañada de ausencia de variabilidad, taquicardia, mínima variabilidad, ausencia de variabilidad no acompañada de desaceleraciones, desaceleraciones variables recurrentes o con regreso lento a la basal.
- Este tipo de trazo requiere estrecha vigilancia y evaluaciones constantes, tomando en cuenta a cada momento las circunstancias clínicas. Dependiendo del entorno clínico podrían utilizarse maniobras de resucitación intrauterina.

**CATEGORÍA III.** Los trazos son anormales. Este tipo de trazo se asocia con alteraciones del estado ácido-base al momento del estudio. Las características de estos trazos incluyen:

- Ausencia de variabilidad junto con alguna de las siguientes características:
-

- Desaceleraciones tardías recurrentes
- Desaceleraciones variables recurrentes
- Bradycardia
- Patrón sinusoidal

En esta categoría están indicadas las maniobras de resucitación:

- Identificar el factor etiológico e instalar medidas correctivas para cada caso en particular
- Verificar actividad uterina en búsqueda de taquisistolia. En caso de detección positiva
  - Suspender oxitócicos
  - Aplicación de tocolíticos
- Cambio de posición a decúbito lateral izquierdo
- Valorar la suplementación con O2 a la madre
- Explorar el estado de hidratación y de acuerdo a la valoración clínica, corrección con cargas de 250 cc de solución Hartmann
- Verificar ausencia de hipotensión, en caso de presentarla realizar medidas correctivas
- Exploración vaginal para establecer condiciones obstétricas de nacimiento
- Investigar procidencia o procúbito de cordón, en caso de ser positivo, colocar en posición Trendelenburg o Genupectoral y rechazar la presentación con nacimiento inmediato vía abdominal
- Buscar datos de sangrado vaginal y sus características, para integrar diagnóstico y establecer conducta de acuerdo al mismo

Si las alteraciones persisten, deberá realizarse el nacimiento de inmediato.

Al igual que en todas las pruebas de vigilancia fetal, debemos considerar que pueden ser una herramienta útil, cuando están bien indicadas y cuando quien las interpreta está bien capacitado no solo para la interpretación del trazo, sino para la interpretación completa del contexto clínico tanto en la madre como en el feto.

## TRATAMIENTO

No existe un consenso para la toma de decisiones cuando estamos ante un caso de riesgo de pérdida del bienestar fetal, algunas de las asociaciones científicas como la American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia (SCGO), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) entre otras, han emitido recomendaciones basadas en la evidencia disponible, y con base en ello hacemos las siguientes consideraciones:

En la primera medida fetal que se realiza, medimos la longitud del polo cefálico al polo caudal con el feto en posición neutral.

Entre las 6 - 9 SDG la postura fetal produce poca diferencia en la medición.

- Las mujeres con factores de riesgo para presentar algún resultado adverso perinatal deben ser sometidas a vigilancia estrecha anteparto (PSS, perfil biofísico, perfil biofísico modificado, Doppler etc.) según sea el caso; así como

intraparto si se decide que esta es la mejor opción para la interrupción de la gestación

- El inicio de la vigilancia es a las 32 semanas para la mayoría de los casos, sin embargo, de acuerdo a cada situación se deberá considerar iniciar la vigilancia en las semanas 26 a 28 de gestación (esto en consideración de los límites de viabilidad de cada institución)
- Cuando el factor de riesgo continúa presente la vigilancia con la prueba más adecuada deberá realizarse semanalmente, cada 72 horas, o incluso diariamente de acuerdo al estado fetal, siempre y cuando estas pruebas sean fundamentales para la toma de decisiones
- El oligohidramnios (con la técnica de bolsillo vertical menor de 2cm, o con el índice de líquido amniótico menor a 5cm) no es por sí solo una indicación de interrupción del embarazo. Se tendrá que considerar la edad gestacional, condiciones maternas y condiciones fetales en general y analizar cada caso en particular para tomar la mejor decisión, auxiliándose con todas las pruebas disponibles y aplicables a cada situación
- La flujometría Doppler hasta ahora ha demostrado su utilidad principalmente en los fetos con restricción del crecimiento intrauterino, considerando la evaluación de los diferentes vasos que nos orientan en relación al deterioro fetal
- En los casos de anemia fetal la evaluación del pico sistólico de la arteria cerebral media ha demostrado su utilidad como método indirecto para conocer el grado de anemia, sin embargo, deben considerarse sus limitaciones

Para la decisión del momento y la vía de nacimiento se deben considerar los siguientes factores:

- Condición materna que permite o no un trabajo de parto
- Alteraciones presentadas en las pruebas de vigilancia aplicadas que nos traducen el estado fetal (en caso de datos ominosos la vía de elección es la abdominal)
- Condiciones cervicales favorables para decidir la vía vaginal
- Beneficio del nacimiento inmediato

Será importante considerar que el principal motivo por el cual se prolonga una gestación con riesgo inminente es para que el feto pueda ganar peso o madurez que mejoren su pronóstico sin incrementar los riesgos para la madre.

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. ACOG clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: Nomenclature, Interpretation, and general management principles. ACOG practice bulletin no. 106, July 2009
  2. Canada; British Columbia Perinatal Health Program. J Obstet Gynaecol Can 2007;29 (suppl 4):S3-56
  3. Liston R, Sawchuck D, Young D, Society of Obstetrics and Gynaecologist of Canada. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Nov;29(11):909
  4. Vintzileos AM. Antenatal assessment for the detection of fetal asphyxia. An evidence-base approach using indication-specific testing. Ann NY Acad Sci 2000;900:137-50
  5. Vogel JP, Souza JP, Mori R. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG 2014;121 (Suppl 1):76-88
  6. Walton JR, Peaceman AM. Identification, assessment and management of fetal compromise. Clin Perinatol. 2012;39:753-68
  7. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. WHO Library Cataloguing- in- Publication data 2006
-



# EMBARAZO DE ALTO RIESGO

## CAPÍTULO 2

### DEFINICIÓN

Se refiere a la culminación de la gestación con o sin expulsión del producto de la concepción de manera espontánea antes de las 20 semanas de gestación. De esta entidad, se desprenden algunas definiciones de acuerdo a la variedad de aborto (*Tabla 1*).

<b>Tabla 1. Variedades de aborto</b>	
<b>Amenaza de aborto</b>	Presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina. Sin modificaciones cervicales
<b>Aborto incompleto</b>	Cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del producto de la concepción y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina
<b>Aborto completo</b>	La expulsión del producto de la concepción ha sido total
<b>Aborto diferido</b>	Se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad supone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico
<b>Aborto en evolución</b>	Es el que se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación) incompatibles con la continuidad de la gestación
<b>Aborto inevitable</b>	Variedad que hace imposible la continuación de la gestación, generalmente por la existencia de hemorragia genital o ruptura de membranas, aun sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible
<b>Aborto séptico</b>	Cualquiera de las variedades anteriores en las que se agrega infección intrauterina

Aunada a las definiciones previas, es importante identificar el concepto de pérdida temprana del embarazo el cual se refiere a un embarazo no viable, intrauterino, con saco gestacional presente con o sin embrión en su interior, el cual no presenta latido cardíaco, con edad gestacional menor a 13 semanas.

### EPIDEMIOLOGÍA

El sangrado durante el primer trimestre se presenta hasta en el 25% de las pacientes. El aborto espontáneo es la causa más común de pérdida de la gestación, teniendo una prevalencia entre el 10 - 25% de todos los embarazos. Del 50 - 75% de los abortos ocurren en el contexto de embarazos bioquímicos. Teniendo una frecuencia de hasta el 80% de los casos antes de las 12 semanas.

### FACTORES DE RIESGO, FISIOPATOGENIA Y ETIOLOGÍA

Los factores de riesgo descritos con mayor importancia acorde a la edad son los siguientes: las pacientes entre 20 - 30 años de edad tienen una probabilidad de pérdida del embarazo entre 9 - 17%, la cual se incrementa notablemente a partir de los 35 años



con un 20% de riesgo, mujeres de 40 años cursan con 40% de probabilidades, mientras que las mayores a 45 años tienen hasta el 80% de riesgo de cursar con un aborto. De la misma manera, la probabilidad de cursar con un aborto subsecuente se incrementa de acuerdo al número de pérdidas previas.

En general, las mujeres durante su primer embarazo tienen un 15% de probabilidades de cursar con un aborto, en caso de tener 1 pérdida previa el riesgo no se incrementa; mientras que, con dos pérdidas previas se aumenta a un 25%. Se ha descrito que las mujeres con 4 abortos previos tienen hasta el 54% de posibilidades de cursar con uno subsecuente durante el siguiente embarazo.

Aproximadamente el 50% de los abortos de primer trimestre son atribuidos a anomalías cromosómicas. Dentro de este grupo las más comunes son las trisomías (13, 16, 18, 21 y 22); de las monosomías la más común es la asociada al cromosoma X.

Otras causas comúnmente asociadas a aborto son anatómicas, infecciosas, autoinmunes, hormonales o metabólicas, ambientes y ocupacionales. Se ha atribuido que las alteraciones endócrinas, representadas por enfermedad tiroidea o diabetes en descontrol aumentan el riesgo de aborto con OR 8.3 (IC 2.65 - 26.1).

## DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal suprapúbico y/o sangrado transvaginal; sin embargo, en algunos casos como en el aborto diferido, puede haber un curso asintomático y diagnosticarse en ultrasonidos de rutina. Como abordaje inicial se debe de hacer uso de historia clínica y de la exploración física, respecto a los estudios auxiliares para el diagnóstico se utilizan la gonadotropina coriónica (hCG) y el ultrasonido transvaginal.

Se define como zona de discriminación el nivel sérico de hCG por encima del cual se espera ver embarazo intrauterino mediante ultrasonido transvaginal. Actualmente dicha zona se encuentra entre 1,500 a 3,000 mIU/ml, se acepta que a niveles de >3,500 mIU/ml, la probabilidad de observar saco gestacional intrauterino es del 99%, en caso contrario podríamos considerar un embarazo ectópico.

Por su parte, el uso del ultrasonido transvaginal contribuye a verificar la variedad de aborto. Se deben de conocer conceptos y mediciones fundamentales, para el uso adecuado de esta herramienta (*Tabla 2*). En caso de criterios sospechosos o duda ante los hallazgos ultrasonográficos, se recomienda realizar un segundo ultrasonido con un intervalo de 7 - 14 días.

Tabla 2. Criterios diagnósticos y sospechas de aborto mediante ultrasonido	
Criterios diagnósticos	Criterios de sospecha
LCC $\geq$ 7mm SIN FCF	LCC $<$ 7mm y no FCF
SG $\geq$ 25mm y SIN embrión	SG de 16 - 24 mm sin embrión
Ausencia de embrión con FCF $\geq$ 2 semanas de USG con SG sin saco de Yolk	Ausencia de embrión con FCF 7-13 días después de observar el SG sin saco de Yolk
	Ausencia de embrión con FCF 7-10 días después de observar SG con saco de Yolk
Ausencia de embrión con FCF $\geq$ 11 días de USG con SG con saco de Yolk	Ausencia de embrión $>$ 6 SDG post FUM
	Amnios vacío
	Saco de Yolk alargado ( $>$ 7mm)
	Saco gestacional pequeño en relación a tamaño de embrión ( $<$ 5mm)

Durante la evaluación de la paciente, se debe poner especial atención en la presencia de aborto en cualquiera de sus variedades aunado a síndrome febril ( $>$ 37.5°C), hipersensibilidad a la movilización de útero y anexos y leucorrea con o sin evidencia de choque (hipotensión, taquicardia, taquipnea). Ante este escenario, se trata de un aborto séptico el cual requiere manejo antibiótico y evacuación intrauterina en cuanto sea posible.

## TRATAMIENTO

Puede ser dividido en expectante, médico y quirúrgico. El manejo expectante puede ser otorgado a pacientes con embarazos menores a 8 semanas, se ha descrito que se logra expulsión completa en aproximadamente 80% de estas pacientes. Este tipo de manejo, puede ser más efectivo en aquellas mujeres con aborto incompleto.

En cuanto al tratamiento médico, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), postulan que debe ser utilizado idealmente en embarazos menores de 10 semanas sin condiciones de comorbilidad como infección o anomalías genéticas fetales. De manera general, se indica el uso de misoprostol 800mcg vía vaginal con opción de una dosis extra en caso de ser necesario con un intervalo no menor a 3 horas y no mayor a 7 días posterior a la primera dosis. De la misma manera, en caso de tener disponible la administración de mifepristona 24 horas previas al misoprostol debe de utilizarse. Los diferentes esquemas de administración de misoprostol con mifepristona se observan en la (Tabla 3).

<b>Tabla 3. Diferentes esquemas de administración de misoprostol con mifepristona</b>			
<b>Régimen</b>	<b>Tasa de éxito (%)</b>	<b>Ventajas o desventajas</b>	<b>Edad gestacional</b>
Mifepristona 600mg VO seguido de misoprostol 400mcg VO a las 48 horas (FDA)	92	Debe regresar para la administración del misoprostol	>49 días
Mifepristona 200mg VO, seguido de misoprostol 800mcg VV, VB O SL 24-48 horas después (ACOG)	95 - 99	Más efectivo, Menor tiempo para la expulsión menores efectos adversos, Menor costo, Más conveniente	>63 días

Asimismo, en caso de no contar con mifepristona, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), establece un esquema de administración para el manejo médico de aborto en embarazos menores a 13 semanas (*Tabla 4*). Se han reportado tasas de éxito, con expulsión completa, bajo el régimen de misoprostol 71 - 84%, mientras que con uso de mifepristona + misoprostol se aumenta el éxito del tratamiento RR 1.25 (IC 95% 1.09 - 1.43).

<b>Tabla 4. Esquema de administración para el manejo médico de aborto en embarazos menores a 13 semanas</b>	
<b>&lt; 13 semanas de gestación</b>	<b>13-20 semanas de gestación</b>
<b>Aborto diferido</b> 800mcg VV cada 3 horas (2 dosis) o 600mcg VSI cada 3 horas (2 dosis)	<b>Aborto diferido</b> 200mcg VV/VSI/VB cada 4 a 6 horas
<b>Aborto incompleto</b> 600mcg VO dosis única o 400mcg VSI dosis única o 400 - 800mcg VV dosis única	<b>Aborto inevitable</b> 200mcg VV/VSI/VB cada 6 horas
Preparación cervical para aborto quirúrgico 400mcg VSI 1 hora antes del procedimiento o VV 3 horas antes del procedimiento	Preparación cervical para aborto quirúrgico 13 a 19 semanas: 400 µg VV 3 a 4 horas antes del procedimiento >19 semanas: es necesario combinar con otra modalidad terapéutica

Bajo la legislación que rige actualmente en México (NOM 007 SSA2-2016), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, en las gestaciones mayores de 10 semanas se debe realizar manejo intrahospitalario bajo las siguientes recomendaciones:

- Aborto espontáneo (1er trimestre): iniciar 600 - 800mcg (vaginal o sublingual), repetir a las 3 horas previa valoración, máximo 2 dosis
- Aborto incompleto (1er trimestre): 400 - 600mcg (vía vaginal o sublingual)

- a. Maduración cervical previo a la instrumentación: 400mcg vaginal 2 - 3 horas previas al procedimiento
- Muerte fetal (2do trimestre o 13 - 17 semanas): 200mcg vaginal cada 6 horas máximo 4 dosis (total 800mcg)

Para el seguimiento de tratamiento médico de aborto, se recomienda la realización de ultrasonido transvaginal 7 - 14 días posteriores al tratamiento con la finalidad de observar la ausencia de saco gestacional intrauterino.

En caso de aborto séptico se debe de iniciar esquema antibiótico con PGSC (penicilina G sódica cristalina) 3 millones de unidades cada 4 horas y gentamicina 80mg cada 8 horas vía intravenosa. Una vez obtenido el resultado de los cultivos con el antibiograma deberá revalorarse el esquema antimicrobiano.

Se acepta el uso de hidrocortisona 3g vía intravenosa dosis como impregnación, y posteriormente 1g IV cada 8 horas por 24 horas.

La evacuación uterina deberá llevarse a cabo a la brevedad posible y cuando las condiciones de estabilidad hemodinámica así lo indiquen; además que haya transcurrido un periodo de 6 a 8 horas de impregnación con antibióticos. Se prefiere realizar un procedimiento de aspiración manual endouterina (ver tratamiento quirúrgico).

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Se recomienda el uso de tratamiento quirúrgico en las siguientes condiciones: sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional. Se puede realizar legrado uterino instrumentado (LUI) o bien aspiración manual endouterina (AMEU), siendo preferida esta última en los siguientes casos:

- Altura uterina menores de 11cm y dilatación cervical menor o igual 1cm
- Aborto séptico
- Abortos diferidos mayores de 10 semanas, posterior a la maduración cervical

La aspiración manual endouterina posee una tasa de aborto completo del 99.2%, puede realizarse en embarazos entre 6 - 16 SDG, con la ventaja de menor pérdida de sangre y dolor en comparación con el LUI.

Dentro de las complicaciones del procedimiento quirúrgico se encuentran: hemorragia, retención de productos de la concepción, atonía uterina, laceración cervical, perforación o ruptura uterina, coagulación intravascular diseminada e infección.

Se ha propuesto por algunos expertos el uso de profilaxis antibiótica, administrando 1 hora previa al procedimiento doxiciclina 200mg en dosis única, sin embargo, su beneficio no ha sido comprobado.

En caso de que la paciente sea Rh negativo, la aplicación de la inmunoglobulina anti-D es recomendada 72 horas posterior al procedimiento (300mcg intramuscular), especialmente en embarazos con edad gestacional mayor a 10 semanas.



## PRONÓSTICO

El tratamiento médico ambulatorio tiene un pronóstico bueno cuando el abordaje diagnóstico ha sido el adecuado, así como el tratamiento combinado médico y quirúrgico en embarazos mayores de 10 semanas de gestación. En caso de 2 o más abortos, debe de iniciarse el protocolo de estudio para pérdida gestacional recurrente.

## PREVENCIÓN

La consulta pregestacional es parte fundamental cuando la pareja cursa con pérdida gestacional recurrente ya que el identificar factores en específico con su posterior tratamiento previo al embarazo puede mejorar el pronóstico. En caso de infecciones como *Chlamydia*, *Neisseria*, *Ureaplasma* y *Mycoplasma*, el tratamiento pertinente es mandatorio.

La anticoncepción post-aborto es importante cuando la sospecha y confirmación diagnóstica de patologías adicionales al embarazo han sido diagnosticadas, con la finalidad de lograr un tratamiento específico adecuado, en estos casos tanto la aplicación de DIU o implante subdérmico de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS.



## BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2019;133(76):168–86
  2. Hendriks E, Macnaughton H, Mackenzie MC. First trimester bleeding: Evaluation and management. *Am Fam Physician.* 2019;99(3):166–74
  3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management | NICE guideline [NG126]. NICE Guidel [Internet]. 2019;(December 2012). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/informationforpublic>
  4. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. Recomendaciones Actualizadas De Figo Para El Uso De Misoprostol Solo En Ginecología Y Obstetricia Autores. 2017; 145(85):157-65
  5. Ceja Kelly GA, Salas Gutiérrez M de L, Rios Castillo B. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente. *Cat Maest Guías Práctica Clínica IMSS-088-08.* 2009;1–50
  6. National Abortion Federation. 2020 Clinical Policy Guidelines for Abortion Care. 2020; Available from: <https://prochoice.org/education-and-advocacy/cpg/>
  7. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception [Internet].* 2019;99(2):77–86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.002>
-

## 2.2 INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA

### DEFINICIÓN

De acuerdo al consenso del American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) se recomienda utilizar el término placenta previa para aquella que cubre directamente el orificio cervical interno (OCI) y se asignará el término de placenta de inserción baja cuando el borde placentario se encuentra a menos de 20mm del orificio cervical interno. Placenta ubicada normalmente cuando el borde se localiza a >20mm del orificio cervical.

### EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de la placenta de implantación baja es de aproximadamente 3 en cada 1000 gestaciones, mientras que el de placenta previa puede llegar a complicar hasta aproximadamente 1 de cada 200 nacimientos. La incidencia anual de esta, en los Estados Unidos es de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos en embarazos únicos y de 3.9 por cada 1000 en embarazos múltiples, comparado con una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos.

### FACTORES DE RIESGO

Dentro de los principales factores de riesgo para su presencia encontramos:

- Placenta previa anterior
- Cesáreas previas: una cesárea RR 4.5 (IC 95% 3.6 – 5.5), dos cesáreas RR 7.4 (IC 95% 7.1 - 7.7), tres cesáreas RR 6.5 (IC 95% 3.6 – 11.6) y para 4 o más RR 44.9 (IC 95% 13.5 - 149.5)
- Tabaquismo OR 1.42 ( IC 95% 1.3 - 1.5)
- Uso materno de cocaína
- Edad materna mayor a 40 años OR 1.08 (IC 95% 1.07 - 1.09)
- Antecedentes de aborto espontáneo o inducido
- Multiparidad

### FISIOPATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

El mecanismo al que se atribuye el daño endometrial que se genera es una cicatriz previa o el daño al segmento uterino inferior que puede incitar al crecimiento placentario, en el segmento sin cicatrizar, además de una menor perfusión útero placentaria, aumentando la superficie requerida para la inserción placentaria y puede causar que la placenta invada el segmento uterino inferior.

El término de migración placentaria se ha utilizado para explicar una “resolución” de la placenta de inserción baja ya que a medida que avanza el embarazo, el borde placentario inferior estacionario se traslada lejos del orificio cervical con el desarrollo del segmento uterino inferior. De hecho se ha observado que el segmento uterino aumenta de 0.5cm a más de 5cm al término. En segundo lugar, se piensa que la placenta sufre un proceso denominado trofotropismo creciendo hacia la zona del útero con el mejor suministro de sangre (típicamente el fondo), a su vez, la porción de la placenta más cercana al cuello uterino retrocede y se atrofia.

La aparente 'migración' placentaria después del desarrollo del segmento uterino inferior durante el tercer trimestre del embarazo da como resultado la resolución de la placenta baja en el 90% de los casos antes del término, sin embargo se debe tomar en cuenta que esto es menos probable en mujeres con una cesárea anterior.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de placenta previa o placenta baja no debe realizarse antes de 18 a 20 semanas de gestación y el diagnóstico provisional debe confirmarse después de 32 semanas de gestación o antes si la situación clínica lo justifica.

### 1. Manifestaciones clínicas

Se puede presentar sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre. Se cree que el sangrado ocurre por la interrupción de los vasos sanguíneos de la placenta en asociación con el desarrollo y adelgazamiento del segmento uterino inferior, así como por la separación de la placenta de la decidua subyacente resultante por contracciones, borramiento cervical y dilatación cervical.

Entre el 70% y el 80% de las pacientes con placenta previa tendrá al menos un episodio de sangrado, alrededor del 20% presentará actividad uterina antes del sangrado y menos del 10% permanecen asintomáticos hasta el término.

Es importante mencionar que la hemorragia obstétrica por placenta de inserción baja se manifiesta en un 30% de los casos en el segundo trimestre.

La presentación de una hemorragia de inicio temprano (menor a 30 semanas) lleva consigo un mayor riesgo de transfusión sanguínea y una alta asociación a morbilidad y mortalidad perinatal.

### 2. Gabinete

La ecografía puede descartar una placenta previa y de inserción baja con un alto valor predictivo negativo en cualquier edad gestacional, si el borde placentario está a 2cm o más del orificio cervical interno la localización placentaria debe ser reportada como normal.

Si el borde placentario está a menos de 2cm del orificio cervical interno, pero sin cubrirlo la placenta debe ser etiquetada como placenta de inserción baja.

El ultrasonido transabdominal y transvaginal proporcionan los mejores medios para el diagnóstico. Aunque la ecografía transabdominal puede detectar al menos el 95% de la placenta previa, la ecografía transvaginal tiene una exactitud diagnóstica cercana al 100%.

El ultrasonido transvaginal tiene un VPP de 93.3% y VPN de 97.6% con una tasa de falsos negativos de 2.3% en la predicción de placenta previa en mujeres que habían sido clasificadas como inserción baja en una evaluación abdominal en segundo trimestre, con una sensibilidad de 87.5% y especificidad de 98.8%.

---



El diagnóstico de placenta previa obtenido en el segundo trimestre persistirá en el tercer trimestre en el 26% de los casos, mientras que una placenta baja lo hará sólo en el 2.5% de los casos. Es recomendable que cuando se realiza el diagnóstico se deben incluir ecografías seriadas para evaluar la localización de la placenta y el crecimiento fetal, evitar los exámenes vaginales y brindar el asesoramiento en datos de alarma.

Es importante que dentro de la evaluación ultrasonográfica se describa claramente la ubicación placentaria (incluida la lateralidad), las características del borde placentario (contemplando el grosor, la presencia de una seno) y hallazgos asociados (lóbulo succenturiado, inserción del cordón cerca del cuello uterino).

La longitud cervical se ha usado como predictor de sangrado. Comparado con mujeres con una longitud cervical normal aquellas con cérvix corto (menor de 25mm) tienen un RR de 7.2 (IC 95% 2.3 - 22.3) para hemorragia masiva por placenta previa.

## **TRATAMIENTO**

En pacientes con persistencia de inserción baja o placenta previa a las 32 SDG que cursan asintomáticas, se recomienda una evaluación transvaginal a las 36 SDG a fin de planear el momento de finalización del embarazo.

Una cobertura del OCI de 2cm o más en cualquier momento del tercer trimestre es altamente predictivo de la necesidad de cesárea y en general, cualquier grado de cobertura del OCI después de las 35 semanas es indicación de cesárea.

Cuando el borde placentario se encuentra a más de 2cm del OCI, se puede ofrecer una prueba de trabajo parto con alta probabilidad de un parto vaginal seguro, sin requerir ningún cambio en el manejo obstétrico regular.

En pacientes con inserción baja de placenta la vía de finalización se planeará de acuerdo a la evolución en el embarazo, los hallazgos ecográficos y la distancia entre el borde placentario. Si la distancia del borde placentario y el OCI se encuentra entre 0 y 2cm, la probabilidad de cesárea por placenta previa es alta, oscilando entre el 40 a 90% aunque el parto vaginal puede ser una posibilidad.

De acuerdo con algunos estudios en mujeres con bordes placentarios entre los 11 - 20mm de distancia del OCI y las cuales fueron llevadas a trabajo de parto, más del 90% tuvieron un parto vaginal sin sangrado intraparto importante, confirmando que no todas las mujeres con un borde placentario a menos de 2cm del OCI requieren cesárea.

Si la distancia del borde placentario al OCI es de 11 a 20mm el manejo es expectante, la prueba de parto está indicada siempre y cuando se cuente con una unidad de alto riesgo obstétrico y reservándose la cesárea solamente para los casos que desarrollen una indicación intraparto.

Si el borde placentario está a menos de 10 mm del orificio cervical interno se indica el parto por cesárea electiva, ya que el riesgo de hemorragia obstétrica es alto.

Se puede considerar un ciclo de esquema de madurez pulmonar antes de las 34 SDG en aquellas pacientes con alto riesgo.

En la planificación de la cesárea se deberá integrar un equipo interdisciplinario donde se cuente con la participación de anestesiología, neonatología y banco de sangre ante la necesidad de utilizar productos sanguíneos.

## **PRONÓSTICO**

La probabilidad de sangrado es mayor en el tercer trimestre cuando el borde placentario está dentro de 2cm del orificio cervical interno. Asimismo se ha documentado una mayor asociación de la mala representación fetal, trabajo de parto prematuro, anomalías congénitas y embolia de líquido amniótico con placenta previa.

Las pacientes con placenta previa tienen un incremento en el riesgo de hemorragia durante una cesárea en comparación de pacientes sometidas a este procedimiento por cualquier otra indicación RR 3.97 ( IC 95% 3.24 – 4.85) siendo la placenta anterior la más relacionada a hemorragia.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bhide A, Prefumo F, Moore J et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG*. 2003; 110: 860-864
  2. Taga A, Sato Y, Sakae C et al. Planned vaginal delivery versus planned cesarean delivery in cases of low-lying placenta. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30: 618-6223
  3. Vintzileos, A., Ananth, C. and Smulian, J. (2015). Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(4), pp.S70-S77
  4. Al Wadi K, Schneider C, Burym C. Evaluación de la seguridad del trabajo de parto en mujeres con un borde placentario de 11 a 20 mm del interior del cuerpo cervical. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Canadá*. 2014; 36 (8): 674-677
  5. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dornan S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* 2018
-





# 2021

Las primeras Normas y Procedimientos de Obstetricia se publicaron en 1984, en el transcurso del tiempo han existido diversas actualizaciones siendo la última publicación en el año 2003.

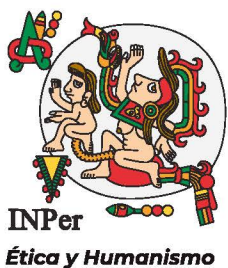
El *lanzamiento* de las Normas edición 2021 representa un gran esfuerzo, que tiene como finalidad compartir información actualizada y nuestra experiencia institucional en el ámbito de la salud perinatal.

El contenido de las normas está dividido en secciones para facilitar su comprensión, así mismo para favorecer el abordaje integral de la mujer embarazada y las complicaciones que pudieran derivar del mismo.

Los temas que se incluyen son los siguientes: cuidados antenatales, embarazo de alto riesgo, complicaciones médicas del embarazo, complicaciones infecciosas, resolución del embarazo, puerperio y procedimientos en obstetricia.

El Instituto agradece a todos los colaboradores que participaron en la elaboración de estas Normas, reconociendo el enorme esfuerzo brindado a este trabajo.

Esperamos que su contenido sea un apoyo y guía para su práctica clínica.



**INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA**  
Isidro Espinosa de los Reyes