

GESTACIÓ DE CURS PERLLONGAT

Eva Meler
Secció de Medicina Fetal
Departament de Obstetrícia, Ginecologia i Reproducció
INSTITUT UNIVERSITARI DEXEUS



Generalitats

Definició: Gestació més enllà de les 42 set.

Epidemiologia:

- Tendència a la baixa.
- Incidència variable (0.4-8.1% a Europa)¹.
- Diferents estratègies de maneig.

Factors de risc:

- IMC elevat²
- Nul.liparitat²
- GCP prèvia²
- Predisposició genètica² (MZ >> DZ)

Impacte de la GCP

Clàssicament infravaloració de la morbimortalitat:

- **Infradiagnòstic de les gestacions perllongades** per mala datació ecogràfica → Morbilitat associada a gestacions a terme i no a les post-terme.



- **Mortalitat en base als parts i no a les gestacions en curs:**

Morts intraúter/ N^o total de parts << Morts intraúter/N^o gestacions en curs

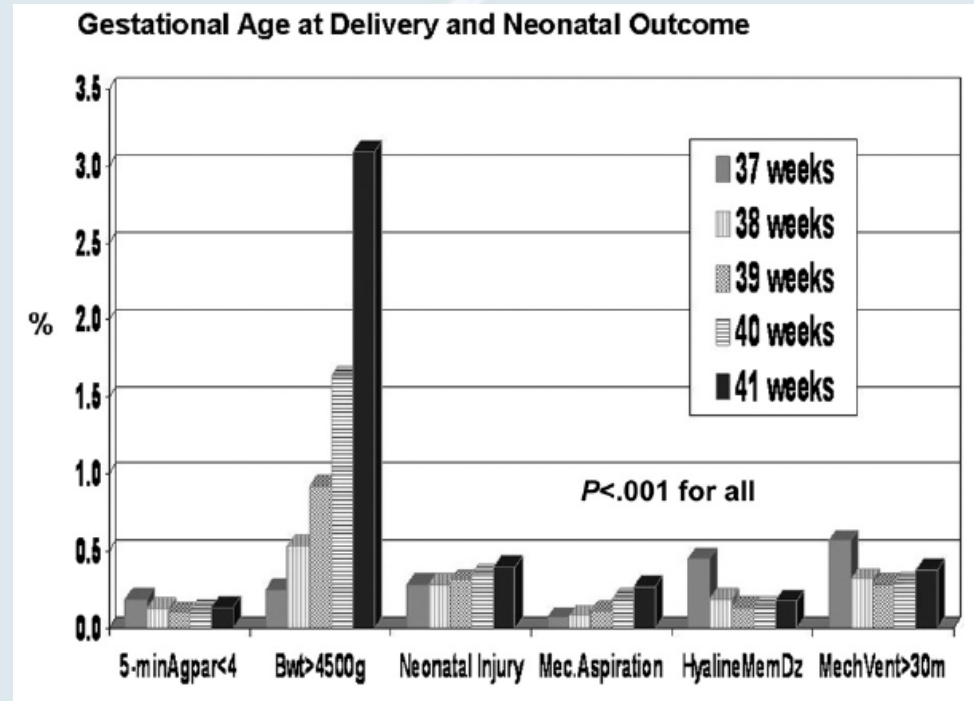
Impacte de la GCP

INSUFICIÈNCIA PLACENTÀRIA



Morbimortalitat perinatal:

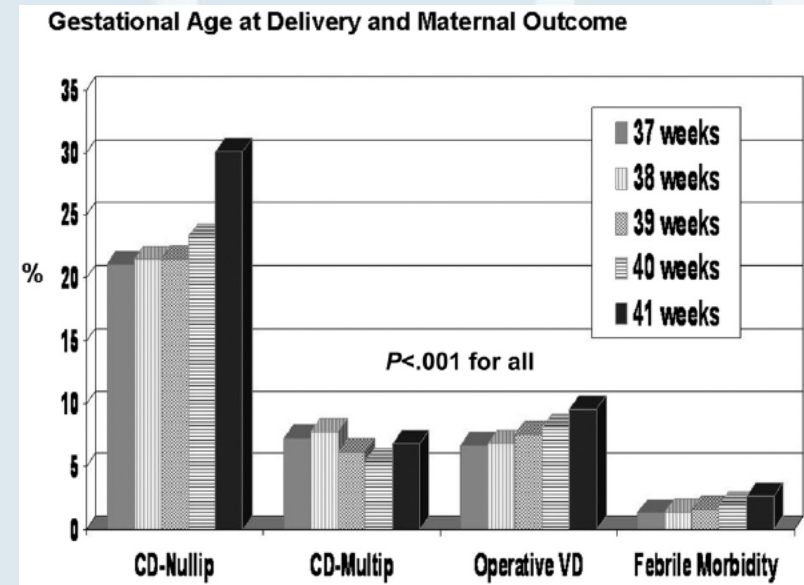
- Mortalitat intraúter
- Macrosomia
- Sd. Aspiració meconial
- Patiment fetal intrapart
- “Fetal dismaturity syndrome”



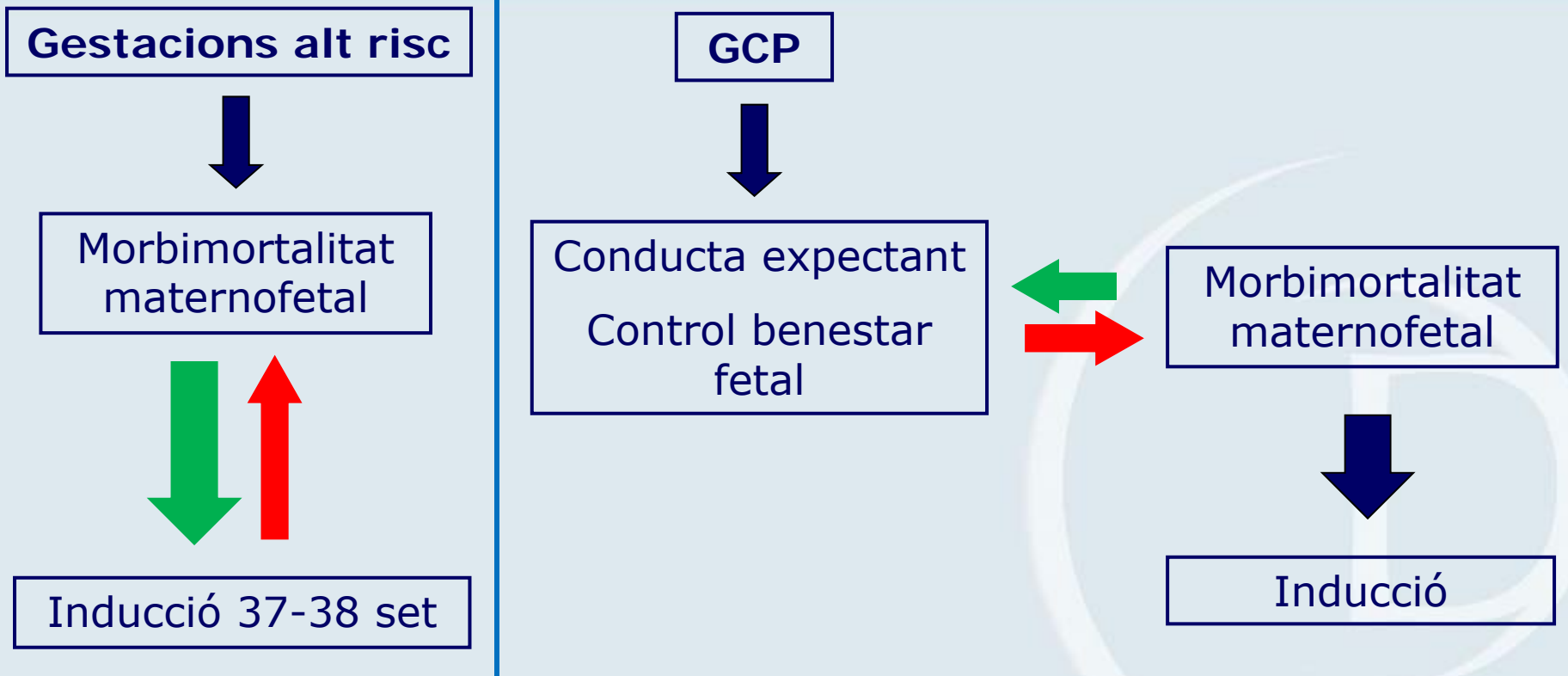
Impacte de la GCP

Morbimortalitat materna:

- Part perllongat
- Part instrumentat
- Lesions perineals de III i IV grau
- Infecció materna (corioamnionitis, endometritis)
- Cessària
- Impacte emocional¹



Què fer?



Maneig? Signes d'alarma?
Quan induir en cas de controls normals?

Maneig de la GCP

1- DATACIÓ de la GESTACIÓ

Datació ecogràfica: a ser possible, 1er T: CRL¹.

→ Reducció de la taxa de GCP².

1. Laughna P. BMUS August 2010.
2. Savitz DA. Am J obstet Gynecol 2002;187: 1660-1666.

2- CONFIRMAR EL BENESTAR FETAL

- Quan?

A partir de les 41 set.

- Com? 2.1 Pes fetal estimat

2.2 Valoració del líquid amniòtic

2.3 Estudi Doppler fetal

2.4 Perfil biofísic fetal

Maneig de la GCP (Benestar fetal)

2.1. *Pes fetal estimat*

* CIR → major associació a oligoamnis i mort prenatal.

* Macrosomia → DPF → major % cessàries i lesions traumàtiques intrapart.

Però ECO té ↓S en el Dx de macrosomia (60%).

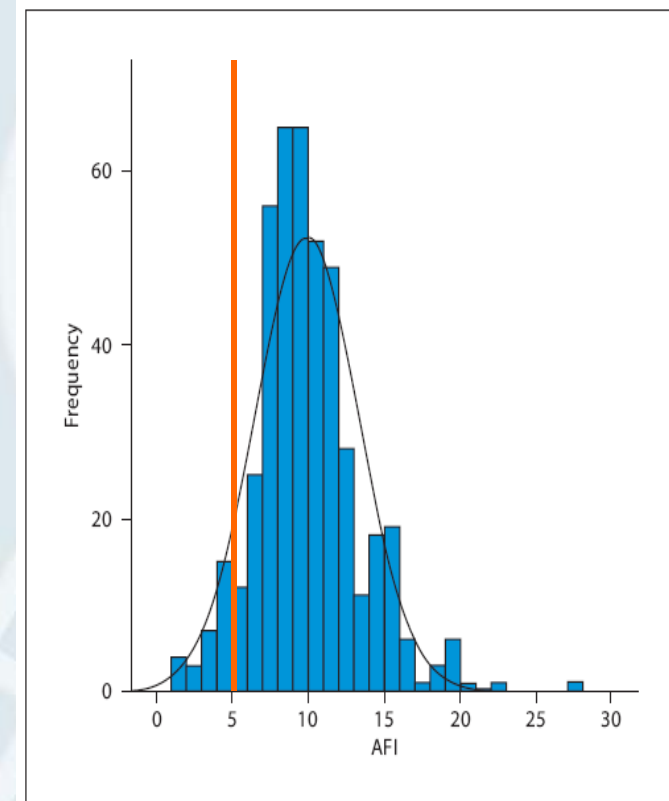
Noves estratègies aporten millor correlació entre PFE i Pes naixement (85-90%)

Maneig de la GCP (Benestar fetal)

2.2. Valoració del líquid amniòtic

- * LA disminueix a major EG.
- * Oligoamnis → pitjors resultats perinatals.
- * Columna màxima com a cribatge. No estudis en GCP.
- * Estudis ILA-GCP: > Sensibilitat per resultats adversos.

➔ Oligoamnis definit com $ILA < 4.7-5$



Maneig de la GCP (Benestar fetal)

ILA <5

Outcome	Sensitivity	Specificity	Likelihood ratio
Caesarean section for fetal distress	12 (8.3–17)	92.5 (90.1–93.8)	1.6
Neonatal unit admission	11.5 (6.3–21.8)	92.0 (90.6–93.3)	1.4
Meconium stained amniotic fluid	9.4 (7.9–13.6)	92.4 (90.1–93.9)	1.2
5 minute Apgar <8	15 (4.5–37.1)	91.9 (90.5–93.2)	1.85
Birth asphyxia	28.6 (16.1–75)	92.0 (90.8–93.5)	3.55

CMàx <2

Outcome	Sensitivity	Specificity	Likelihood ratio
Caesarean section for fetal distress	4 (2.3–7.2)	98.9 (98.8–99.8)	1.8
Neonatal unit admission	1.3 (0–7.6)	98.6 (97.9–99.1)	3.7
Meconium stained amniotic fluid	2 (1–3.7)	98.9 (98.1–99.4)	1.8
5 minute Apgar <8	4 (0–25.7)	99 (98.0–99.1)	4.2
Birth asphyxia	0		



Oligoamnis → morbiditat neonatal
ILA té > S però > FP
Necessitat d'altres paràmetres

Maneig de la GCP (Benestar fetal)

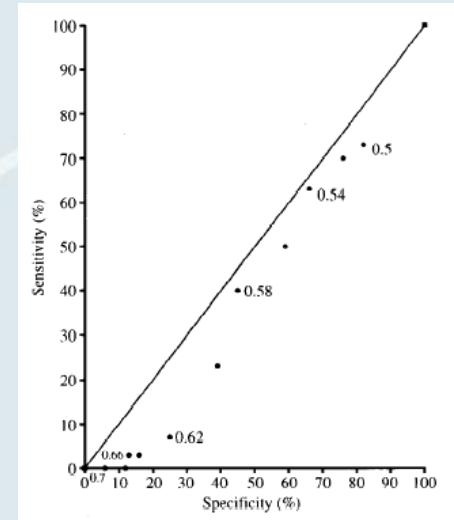
2.3. Estudi Doppler

AU (IPAUA > p95 de forma aïllada):

No correlació amb l'envelliment placentari

No correlació amb mals resultats perinatals

Zimmermann P. Ultrasound Obstet Gynecol. 1995 Mar;5(3):189-97.



ACM (IPACM < p5 de forma aïllada):

Major risc de Sd. Meconial intrapart: RR 6.14 (95% CI 1.6-24.1)

Associació a menor pO_2 en AU ($p < 0.05$)

Oligoamnis → associació a Vasodilatació ($p < 0.05$)

Maneig de la GCP (Benestar fetal)

2.4. Perfil biofísic fetal

- * **PBF**: No útil en gestacions de risc.
En GCP, recomanat 2cops/setm.
Risc hipòxia i cessària.

FN 0.8/1000
FP 40%

- * **PBF modificat (RCTG+LA)²**:
RCTG reactiu VPN 99.8%


FN 0.8/1000
FP 60%

- * **RCGT computeritzat**: milloraria resultats³
- * **PBF complert**: VPN 99.9%

Johnson JM. Am J Obstet Gynecol. 1986 Feb;154(2):269-73.
2.Miller DA. Am J Obstet Gynecol 174:812-817,1996
3.Weiner Z. Am J Obstet Gynecol. 1994 Oct;171(4):1132-8.

Maneig de la GCP

Com podem integrar aquests paràmetres en el maneig de la GCP?



Maneig de la GCP

FINS ARA:

- Es creia que inducció a les 41 set augmentava la taxa de cessàries. Basat en:
 - Estudis retrospectius^{1,2}
 - Comparen Parts induïts vs Parts espontanis
- Protocol SEGO (2004): *“a partir de la 41 semana, tras una evaluación minuciosa y eventual redatación de la gestación, se practicará un estudio de bienestar fetal cada 3-4 días hasta la 42 semana, momento en que se procede al ingreso para terminación de la gestación”*

PERÒ...

1. Vahratian A. Obstet Gynecol 2005; 105: 698-704
2. Seyb ST. Obstet Gynecol 1999 ; 94: 600-604

Maneig GCP

- Estudi prospectiu randomitzat en 3407 pacients ≥ 41 set.
- GRUP 1: Inducció amb PGE2 intracervicals
- GRUP 2: Maneig expectant: PBF modificat + Moviments fetals
- En el grup 1:
 - Menor taxa de cessàries 21.4% vs 24.5% ($p < 0.05$) a expenses de menor taxa de cessàries per sospita de pèrdua del benestar fetal INDEPENDENTMENT del Bishop i Paritat.
 - Menor mortalitat 0 vs 2 casos ($p < 0.05$)
 - No diferències en morbiditat

Maneig GCP

- 16 estudis randomitzats
- Gestacions > 41 setm: inducció vs maneig expectant.
- En aquelles gestacions induïdes a les 41 set:
 - Menor taxa de cessàries: OR 0.88 (95% CI, 0.78-0.99)
INDEPENDENTMENT del BISHOP.
 - Menor mortalitat perinatal: 0.09% vs 0.33% (p>0.05)

Table 3. Pooled Estimates of Maternal Outcomes

	References	Induction group	Expectant group	Odds ratio	95% CI	Heterogeneity
Cesarean delivery	3, 4, 6-18	661/3292 (20.1)	709/3216 (22.0)	0.88	0.78, 0.99	.11
Cesarean delivery for FHR abnormalities	4, 9, 13, 15-18	143/2295 (6.2)	183/2301 (8.0)	0.77	0.61, 0.96	.22
FHR abnormalities during labor	4, 6, 9, 11, 12, 15-17	286/2413 (11.9)	330/2453 (13.5)	0.86	0.72, 1.02	.60
Meconium-stained amniotic fluid	4, 6-10, 12-15, 17	655/2923 (22.4)	785/2835 (27.7)	0.75 0.66*	0.66, 0.84 0.49, 0.88	.002

Table 4. Pooled Estimates of Perinatal Outcomes

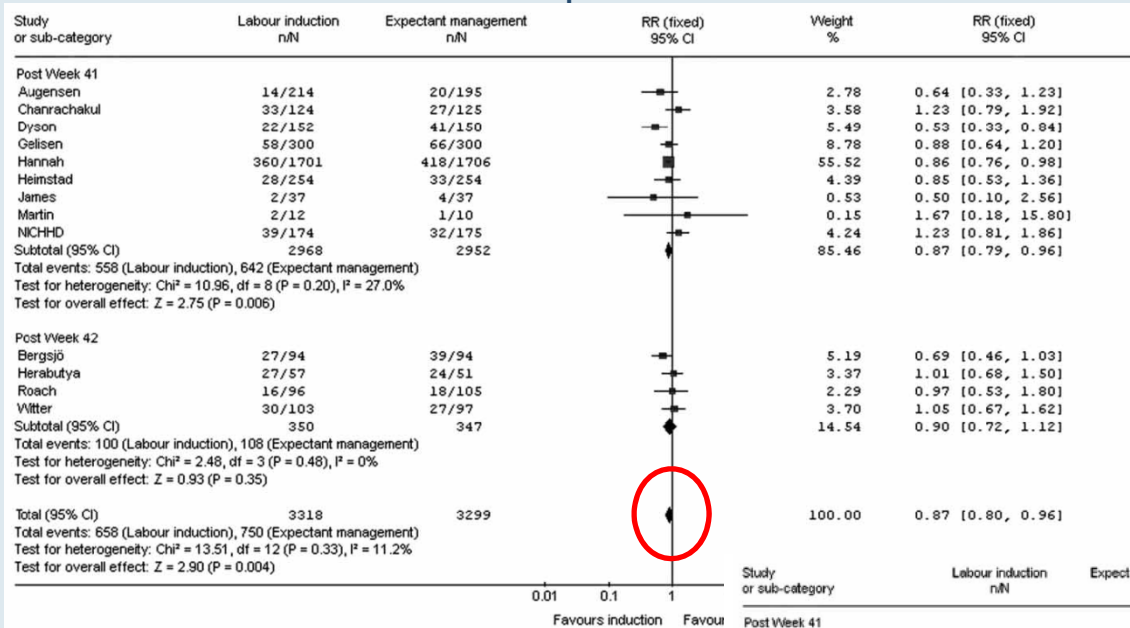
	References	Induction group	Expectant group	Odds ratio	95% CI	Heterogeneity
Meconium aspiration	6, 7, 9, 14, 17	6/752 (0.8)	12/666 (1.8)	0.46	0.18, 1.21	.50
Apgar scores < 7 at 5 min	4, 6, 7, 9, 12, 13, 15-18	30/2651 (1.1)	37/2677 (1.4)	0.82	0.51, 1.32	.65
NICU admissions	6, 8, 12, 13, 15, 16, 18	291/2495 (11.7)	313/2510 (12.5)	0.92	0.78, 1.10	.42
Perinatal mortality	3-8, 11-15, 17, 18	3/3159 (0.09)	10/3067 (0.33)	0.41	0.14, 1.18	.97
Meconium below cords	6, 15, 16	129/1991 (6.5)	132/2010 (6.6)	0.99	0.77, 1.28	.30

Maneig GCP

- Revisió sistemàtica 36 articles
- Els casos de conducta expectant:
 - Major taxa de cessàries: OR 1.22 (95% CI 1.07-1.39) (Diferències a USA però no en la resta de països) ↓20%
 - Major taxa de Sd. Meconial: OR 2.04 (95% CI: 1.34-3.09) ↓50%
 - Pitjors resultats materns i neonatals valorats en escala de qualitat ajustat als anys de vida (QALYs)
 - Pitjors resultats perinatals com distòcia d'esptalles, Sd. Aspiració meconial
 - Semblaria que pitjor resultats cost-eficàcia
- Més èxit en la inducció si:
 - Menor EG
 - Bishop elevat
 - Multiparitat

Maneig GCP

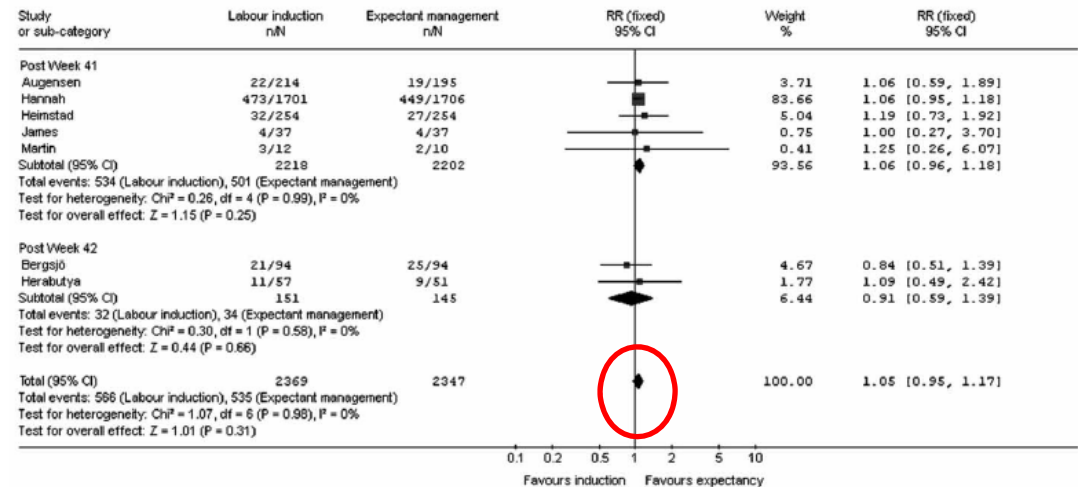
- 13 revisions sistemàtiques + RCT



Poca n?
Poca validesa en R. perinatals?
Maneig heterogeni?

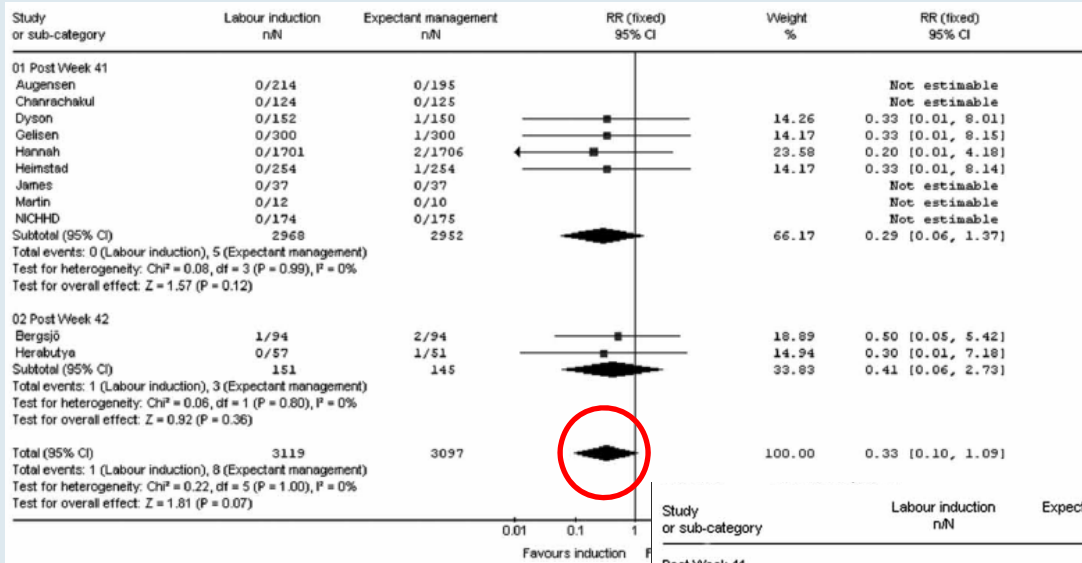
Menor taxa de cessàries
(p<0.05)

No diferència en la taxa de parts instrumentats



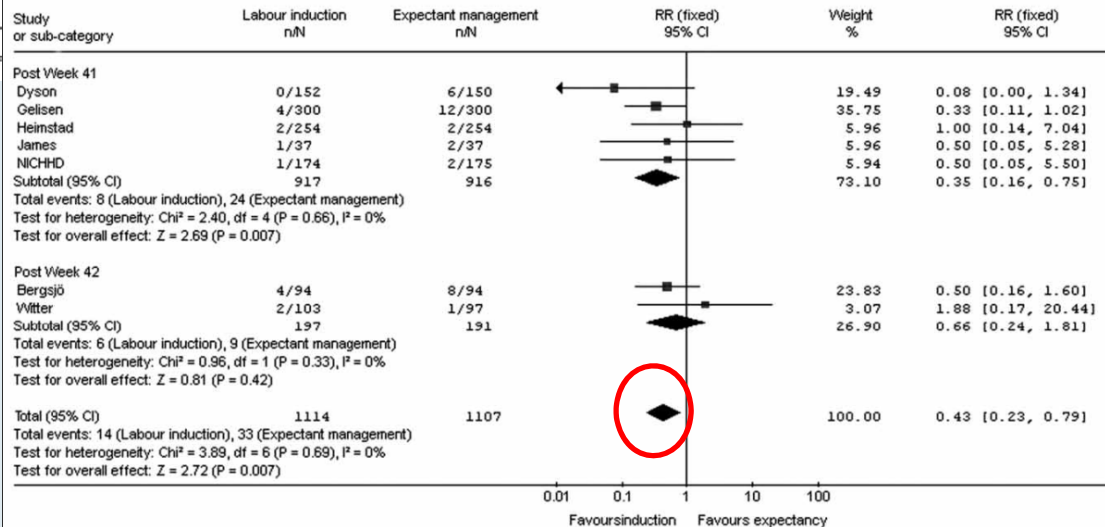
Maneig GCP

- 13 revisions sistemàtiques + RCT



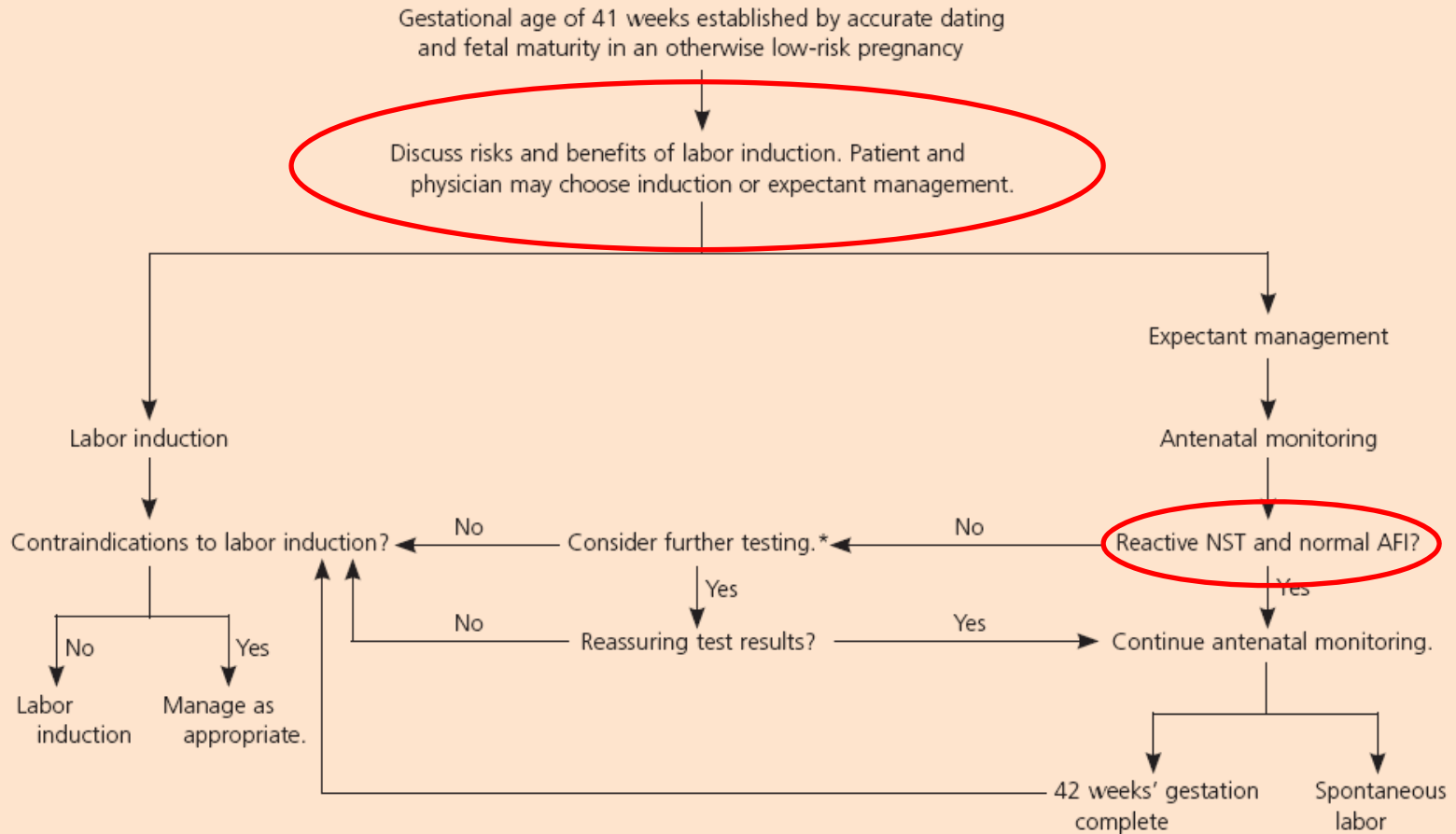
Tendència a menor mortalitat perinatal en inducció electiva (n.s.)

Menor risc de macrosomia ($p < 0.05$)



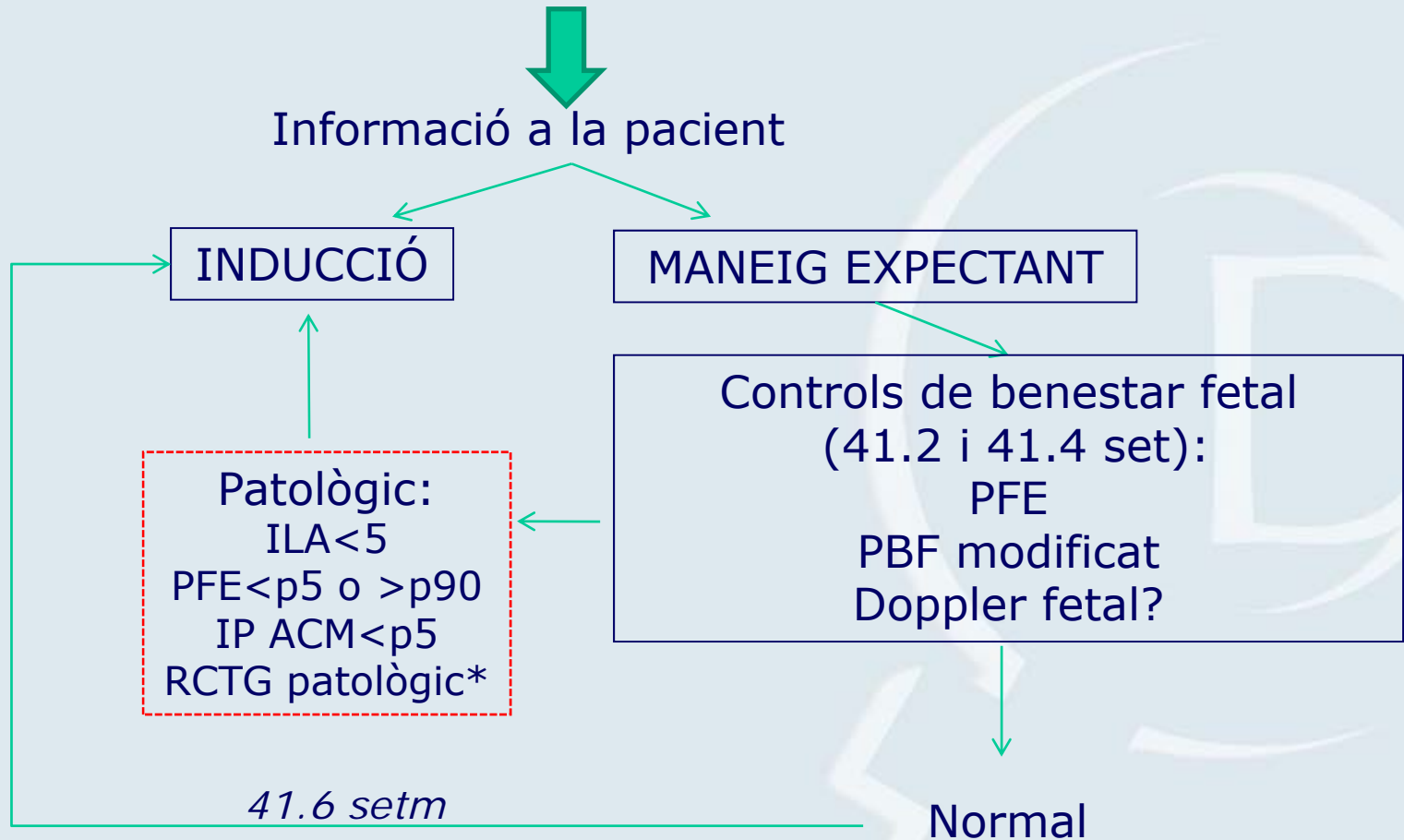
Maneig GCP

Management of Post-term Pregnancy



Proposta d'algoritme

Gestació baix risc: 41 set confirmades per ecografia



* Un RCTG no reactiu → PBF + ILA → Control RCTG en 24 hores

Conclusions

- La GCP associa major morbimortalitat perinatal i materna.
- La inducció del part a les 41 setmanes sembla disminuir la taxa de cessàries, sense evidència en la disminució dels resultats perinatals adversos.
- La pacient ha de ser informada i tenir un paper actiu en la presa de decisions.
- Caldrien més estudis per definir com s'hauria de dur a terme el control de benestar fetal.

Agraiments.

evamel@dexeus.com

INSTITUT UNIVERSITARI DEXEUS