

DOCUMENT DE RESUM-CONCLUSIONS A PARTIR DE LES PONÈNCIES DEL CURS DE FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA DE LA SCOG

SECCIÓ D'ECOGRAFIA (amb el consens de la SECCIÓ DE MEDICINA MATERNO-FETAL)

Sessió del dia 29-11-11: **Cribratge de resultat perinatal advers**

Moderador: Dra. Silvia Arévalo

Ponències: *Cribratge de part prematur.*
Dr. Miquel Juan. Dra. Silvia Arévalo.
Cribratge de preeclàmpsia.
Dr. Raúl de Diego.
Predicció de risc d'avortament i òbit fetal.
Dra. Olga Gómez.

Discussors: Dr. Juan Parra
Dra. María Goya
Dra. Carme Comas

Ponències consultables a: <http://webs.academia.cat/societats/ginecol/sessions.php>

Una de les finalitats de la medicina actual és buscar factors pronòstics i mètodes de cribratge i així fer tractaments preventius per millorar el resultat perinatològic. Així s'han escollit 3 àrees de rellevància clínica amb novetats per presentar: el part prematur, la preeclàmpsia i el risc d'avortament i èxitus fetal.

Cribratge de part prematur.

La medicació de la Longitud Cervical (LC) és una eina útil de cribratge de Part Prematur (PP), tant en gestants úniques com bessons i en l'amenaça de part prematur (APP). Hi ha evidència de cost-efectivitat de la medicació de LC entre la setmana 18 i 24 en gestacions úniques, però s'hauria de valorar l'aplicabilitat clínica al nostre entorn.

OPCIÓ TERAPEÚTIQUES ACTUALS:

Progesterona: estudis han demostrat la seva utilitat en gestacions úniques amb LC \leq 20 mm.

Pesari Cervical: estudis han demostrat la seva utilitat en gestacions úniques sense antecedents de PP amb LC \leq 25 mm.

Cerclatge amb antecedents de PP (>3 gestacions) o 1 precedent + LC \leq 25 mm.

Altres punts a resoldre:

- Efectivitat del pesari en bessons i APP.
- Efectivitat de Progesterona en bessons i post APP.
- Efectivitat conjunta Pesari + Progesterona.
- Tractament útil en bessons.



Conclusions - Recomanacions:

- La mesura de la LC és el mètode de cribratge del part prematur.
-
- S'ha de valorar l'aplicabilitat clínica en el nostre entorn.
- Tant la progesterona com el pesari cervical s'estàn demostrant ser útils.

Cribatge de preeclàmpsia.

La preeclàmpsia afecta del 2-8% de les gestacions en els països desenvolupats.
Necessitat de desenvolupar tècniques de cribatge en el primer trimestre per orientar les pacients i introduir tractaments preventius (AAS).

Eines de cribatge actuals fàcils i accessibles:

- **Paràmetres clínics (Història clínica materna i familiar i Tensió Arterial Materna).**
- **Paràmetres ecogràfics: Doppler artèries uterines en 1r i 2n trimestre.**
- Futur immediat: Paràmetres sèrics i urinaris (biomarcadors).

Hi ha evidència de l'efectivitat del tractament preventiu de la preeclàmpsia en dones d'alt risc amb àcid acetilsalicílic (AAS) si es comença abans de la setmana 16 de gestació.

Punts a resoldre:

- Múltiples marcadors bioquímics.
- Manca d'homogeneïtzació dels càlculs de risc.
- Necessitat d'integrar les tècniques en les proves rutinàries de primer trimestre.

Table 2 Reference intervals for mean uterine artery pulsatility index

GA (weeks)	5 th centile	50 th centile	95 th centile
11	1.18	1.79	2.70
12	1.11	1.68	2.53
13	1.05	1.58	2.38
14	0.99	1.49	2.24
15	0.94	1.41	2.11
16	0.89	1.33	1.99
17	0.85	1.27	1.88
18	0.81	1.20	1.79
19	0.78	1.15	1.70
20	0.74	1.10	1.61
21	0.71	1.05	1.54
22	0.69	1.00	1.47
23	0.66	0.96	1.41
24	0.64	0.93	1.35
25	0.62	0.89	1.30
26	0.60	0.86	1.25
27	0.58	0.84	1.21
28	0.56	0.81	1.17
29	0.55	0.79	1.13
30	0.54	0.77	1.10
31	0.52	0.75	1.06
32	0.51	0.73	1.04
33	0.50	0.71	1.01
34	0.50	0.70	0.99
35	0.49	0.69	0.97
36	0.48	0.68	0.95
37	0.48	0.67	0.94
38	0.47	0.66	0.92
39	0.47	0.65	0.91
40	0.47	0.65	0.90
41	0.47	0.65	0.89

Transvaginal and transabdominal ultrasound examinations were performed on pregnancies at 11–14 weeks and 15–41 weeks, respectively. GA, gestational age.

Reference ranges for uterine artery mean pulsatility index at 11–41 weeks of gestation. O. Gomez et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2008; 32: 128–132.

Conclusions - Recomanacions:

- **Hi ha eines de cribatge al nostre abast (paràmetres clínics i ecogràfics (Doppler artèries uterines)).**
- **Hi ha evidència de tractament preventiu en dones de risc amb AAS abans de la setmana 16.**

Predicció del risc d'avortament i òbit fetal.

Una proporció important d'avortaments i èxits fetals tenen un mecanisme subjacent comú basat en una disfunció placentària precoç. Les gestants amb antecedents d'avortaments i èxits fetals comparteixen un perfil epidemiològic similar i presenten un major risc de recidiva futura així com de preeclàmpsia i restricció de creixement intrauterí.

El cribratge actual es basaria en:

1- La correcta identificació dels factors de risc amb correcció d'aquells potencialment modificables.

2- La correcta estratificació del risc ajustant el control prenatal i finalització de la gestació.

Punts a resoldre:

- **Actualment no existeix una mesura profilàctica efectiva.**
- Els diferents test de predicció d'avortament i èxitus fetal presenten una capacitat predictiva moderada i no específica (variables epidemiològiques ± ± marcadors bioquímics fetoplacentaris ± estudi Doppler uterí). Pel moment no són aplicables a la pràctica clínica diària.

Conclusions - Recomanacions:

- **El cribratge es basa en la correcta identificació i estratificació dels factors de risc i valorar la modificacions dels modificables o la finalització de la gestació.**
- **No existeix cap estratègia profilàctica.**