

<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR</p>	<p>UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL SERVICIO CLINICO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA CABLT</p>	<p>Diciembre 2019</p>
--	---	---------------------------

# PROTOCOLO DE PARTO

## PREMATURO:

### ANEXO 1

## MANEJO DE GESTACIONES

## PERIVIABLES

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Dr. Eduardo Cuéllar Jaramillo  Médico Jefe Unidad Medicina Materno Fetal (UMMF)</p>	<p>Dr. Alejandro Barra Tapia  Médico Jefe Servicio Clínico de Obstetricia y Ginecología</p>	<p>Dra . Gisela Castiglione  Directora Hospital Barros Luco Trudeau</p>

**OBJETIVO:** Crear una guía estandarizada sobre el manejo clínico de las gestaciones periviables

**ALCANCE:** Toda usuaria en riesgo mediano o inmediato de parto con gestaciones periviables del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Asistencial Barros Luco(CABL).

**RESPONSABLES:** Equipo Médico de la Unidad de Medicina Materno Fetal y Residencia Urgencia Maternidad CABL

## I. INTRODUCCIÓN

La identificación de subgrupos de riesgo con características propias y manejos clínico-éticos particulares determina la necesidad de caracterizarlos de manera adecuada y lograr un enfoque multidisciplinario que permita ofrecer un manejo correspondiente a las condiciones técnicas actuales y locales.

El colegio Americano de Obstetricia y Ginecología(ACOG) describe una nueva clasificación de los recién nacidos prematuros, determinando un grupo de fetos que están en el **límite de la viabilidad o “periviables”**, criterio determinado únicamente por **edad gestacional** y que considera recién nacidos entre las **20+0- 25+6 semanas**.(1). Características propias de este grupo son su sobrevida y su morbilidad en relación a los recién nacidos prematuros en general.

La sobrevida según edad gestacional obtenido de diversas fuentes demuestra que las tasas son similares en los grupos de EE.UU, Inglaterra y Australia, con las siguientes tasas de sobrevida: 23 semanas: 23%-27%, 24 semanas: 42%-59% y 25 semanas: 67%-76%.

Por otra parte, en cuanto a la morbilidad, se ha visto que los sobrevivientes, especialmente en caso de los RN periviables, tienen una alta tasa de secuelas neurológicas moderadas-severas a los 4-8 años de vida, que se han reportado según edad gestacional: 22 semanas 42%, 23 semanas 43%, 24 semanas 28% y 25 semanas 24%(2).

El objetivo de este protocolo es caracterizar las conductas clínicas de prevención de la morbimortalidad del recién nacido periviable de acuerdo a las guías clínicas actuales y la mejor evidencia disponible.

## II. DEFINICIÓN OPERATIVA

Perivable o Recién Nacido prematuro en el límite de la viabilidad, se define como el niño nacido entre las 23+0 y 23+6 semanas. El cálculo de la edad gestacional se realizará de acuerdo al Protocolo de cálculo de Edad Gestacional CABL(3)

### **Exclusiones:**

Feto con malformaciones incompatible con la vida. Ley IVE.

Feto con parcialidad o totalidad de extremidades y/o cordón en vagina.

Obito

Corioamnionitis

## Consideraciones LEY IVE(5)

En relación a patologías obstétricas o accidentes del embarazo bajo 22 semanas de gestación (con feto vivo):

Infección intrauterina. Preeclampsia severa con compromiso de sistemas, órganos blanco o eclampsia. Síndrome de HELLP

RPM antes de la viabilidad fetal asociada a signos de infección

**RPM sin signos de infección:** se indica constituir la causal cuando:

**Bajo 18 semanas** el oligoamnios severo (bolsillo único <1cm) se haya mantenido 1 semana o más.

**Entre 18-22 semanas:** se haya realizado evaluación semanal de infección (parámetros clínicos, recuento globular, PCR) y alguno de éstos aparezca alterado.

Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante y que sea debidamente fundamentada.

### III. PREVENCIÓN TERCIARIA PARTO PREMATURO:

De acuerdo al protocolo de parto prematuro CABL, se consideran en riesgo de parto prematuro inminente y se aplicarán las siguientes intervenciones:

1. **Corticoides:** 23+0-23+6 semanas
2. **Sulfato Magnesio:** 23+0-23+6 semanas.
3. **Tocolisis** 24+0-25+6 semanas discutir con la paciente la conducta(nifedipino o atosiban, no betamiméticos)
4. **Antibióticos** para Rotura Prematura de Membranas o Streptococo grupo B: considerar desde las 23+0 semana. Recomendado desde las 24+0 semanas.
5. **Monitorización:** No se recomienda monitorización fetal bajo las 24+0 semanas. Discutir caso a caso la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal en embarazos entre 24+0 y 25+6 semanas. No existe evidencia que respalde el uso y la interpretación del registro cardiotocográfico antes de las 28 semanas.

#### 6. Manejo Neonatal

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón en la población prematura extrema. Cuando esto no sea factible, se debe considerar el ordeño del cordón Resucitación: considerar desde las 22+0 semanas. Recomendada desde las 24+0.

	20+0- 21+6 sem	22+0- 22+6 sem	23+0- 23+6 sem		
<b>Maniobras Resucitación Neonatal</b>	No Recomendado(1A)	Considerar(2B)	Considerar(2B)		
<b>Uso Corticoides</b>	No Recomendado(1A)	No Recomendado(1A)	Recomendado(2B)		
<b>Uso Tocolíticos</b>	No Recomendado(1A)	No Recomendado(1A)	No recomendado		
<b>Uso Sulfato de Magnesio</b>	No Recomendado(1A)	No Recomendado(1A)	Considerar(2B)		
<b>Antibióticos RPM</b>	No Recomendado	Considerar(2C)	Recomendado (2B)		
<b>Antibióticos Strepto</b>	No Recomendado(1A)	No Recomendado(1A)	Considerar(2B)		

#### IV. VÍA DEL PARTO

Será indicación de cesárea cualquier condición urgente que determine riesgo vital para la madre. La determinación de cesárea en cualquier condición no urgente se discutirá caso a caso en conjunto con el equipo de la Unidad de Medicina Materno Fetal. No hay evidencia suficiente que respalde la cesárea por indicaciones fetales en fetos periviables. Se debe considerar circunstancias individuales que incluyen (pero no se limitan a): Potencial de riesgo y beneficio fetal y materno, preferencias y deseos familiares(?), circunstancias clínicas individuales (por ejemplo, presentación fetal).

Recomendaciones de consenso del grupo de trabajo sobre cesárea para indicaciones fetales:

No recomendado en menos de 24 + 0 semanas de gestación

No suele recomendarse entre las 24 + 0 y 24 + 6 semanas de gestación o Puede recomendarse a partir de las 25 + 0 semanas de gestación dependiendo de circunstancias individuales

Se sugiere que en condiciones de presentación podálica la interrupción por cesárea sea a partir de las 24+0 semanas.

En caso de doble cicatriz de cesárea, antecedente de cesárea corporal o cicatriz uterina se sugiere parto vaginal hasta las 25+6 semanas.(6)

#### V. CONSEJERIA

El asesoramiento prenatal y posnatal con respecto a los resultados neonatales anticipados a corto y largo plazo deben tener en cuenta la edad gestacional al momento del parto, así como otras variables que puede alterar la probabilidad de supervivencia y los resultados adversos del recién nacido (p. ej., sexo fetal, gestación múltiple, la presencia de malformaciones fetales importantes, la administración prenatal de corticosteroides, peso de nacimiento y respuesta a la reanimación inicial del recién nacido).

La asesoría familiar debe ser provista por un equipo multidisciplinario que incluya obstetra: especialistas en medicina materno-fetal, si están disponibles, y neonatólogos que pueden abordar sus consideraciones y perspectivas individuales y compartidas. Se debe proporcionar asesoramiento de seguimiento cuando haya nueva información relevante sobre el estado materno y fetal o la condición evolutiva del recién nacido.

Un plan previo a la entrega, hecho con los padres, la familia o ambos, debe reconocerse como un plan general de enfoque, que puede modificarse a medida que los proveedores neonatales evalúen la condición y la respuesta del recién nacido. Una recomendación con respecto a la evaluación para la reanimación no pretende indicar que la reanimación siempre debe llevarse a cabo o diferirse, o que todas las posibles intervenciones deben ofrecerse. Es apropiado un enfoque gradual acorde con las circunstancias y condiciones neonatales y con los deseos de los padres. La atención debe reevaluarse regularmente y potencialmente redirigirse en función de la evolución de la situación clínica.(5)

## Referencias

1. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine (November 2015) Obstetric Care Consensus No. 3: Periviable Birth.
2. Chauhan S, Van den Berghe H. Periviable births: Epidemiology and obstetrical antecedents. *Seminars in Perinatology* 2013; 37: 382-8.
3. Protocolo de Cálculo Edad Gestacional CABL.
4. GUIA MINSAL
5. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(9):781e791
6. Queensland Clinical Guideline: Perinatal care at the threshold of viability
7. Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaría de Redes Asistenciales
8. División de Prevención y Control de Enfermedades. Gestión de Redes Asistenciales. CIRCULAR C2 No SANTIAGO, 05 MAR 2019. INSTRUYE SOBRE DIRECTRICES PARA LA CONSTITUCIÓN DE LAS CAUSALES CONTEMPLADAS EN LA LEY 21.030