

Protocol

Maneig de fetus gran per edat gestacional / macrosoma (en gestacions sense diabetis gestacional)

Servei de Ginecologia i Obstetrícia Vall d'Hebron

Codi | Versió 1.0 | Data 17.02.2023

1. Justificació

Actualment no existeix un clar consens en la conducta obstètrica recomanada respecte els fetus grans per edat gestacional a nivell local ni tampoc estatal.

2. Objectiu

Definir el maneig de les gestants no diabètiques amb fetus grans per edat gestacional en l'ecografia de tercer trimestre en el nostre centre.

3. Professionals implicats

Metges/ses adjunts i residents de Ginecologia i Obstetrícia a nivell ambulatori i hospitalari, llevadors/es, infermeria i personal auxiliar d'infermeria de les consultes externes d'Alt risc obstètric.

4. Població diana (si procedeix)

Gestants no diabètiques amb fetus grans per edat gestacional a la ecografia de tercer trimestre.

5. Descripció del protocol

Els fetus grans per edat gestacional són aquells que presenten un pes fetal estimat superior al percentil 90 en la ecografia de tercer trimestre. Té una prevalença entre el 8-10% i està relacionada amb complicacions maternes i morbiditat fetal.

Cal diferenciar el terme de macrosomia fetal, que inclou aquells nounats amb un pes superior al néixer a 4000g (independentment de la seva edat gestacional).

En un 80% aproximadament estan relacionats amb causes diferents a la diabetis materna, com per exemple la constitució materna, el sobrepès o obesitat materna, el guany de pes gestacional, la gestació cronològicament prolongada, macrosomia en gestació prèvia o la multiparitat (superior a 4), i en rares ocasions síndromes genètics (com per exemple el síndrome de Beckwith-Wiedeman). Hi ha altres factors no causals també relacionats com per exemple el sexe fetal masculí, la ètnia africana o llatina, edat materna inferior als 17 anys o la obesitat paterna.

El diagnòstic es realitza en la ecografia obstètrica rutinària de seguiment del tercer trimestre, mitjançant l'estimació del percentil de pes fetal estimat.

En les gestants en general i en aquestes en particular, es recomana un estil de vida saludable en relació a l'alimentació i pràctica d'exercici físic.

Protocol	Versió

Com a complicacions maternes destaquen un augment d'instrumentació en el part i de cesària (fins al doble), lesions perineals, hemorràgia postpart i ruptura uterina. Com a complicacions fetals, distòcia d'espatlles, lesió de plexe braquial (fins a 20 vegades superior), fractures (especialment claviculars, fins a 10 vegades superior), hipoglucèmia, policitèmia, hiperbilirrubinèmia, asfíxia perinatal, major ingrés i estada a unitat de cures intensives neonatal i mortalitat (sobre tot en aquells amb pes superior a 500g).¹

Segons una revisió Cochrane de l'any 2016² que va comparar el part vaginal espontani respecte la inducció de part vaginal a partir de les 39 setmanes a aquells fetus amb un pes fetal estimat superior al percentil 97 (que equival a 4000g), no va augmentar la taxa de cesàries ni parts instrumentats, va disminuir la distòcia d'espatlles, no va augmentar la paràlisi de plexe braquial, va augmentar el nombre de lesions perineals de 3-4º grau (tot i que aquest resultat es va considerar no concloent), va disminuir el risc de fractures i no va empitjorar el resultat neonatal (tenint en compte l'Apgar i el pH al néixer).

Segons l'American College of Obstetricians and Gynaecologists es recomana no finalitzar la gestació abans de les 39+0 setmanes ja que és a partir d'aquest moment quan el risc de distòcia d'espatlles sobrepassa el risc derivat de la immaduresa fetal prèvia a aquestes setmanes de gestació.³

Segons la recomanació de l'American College of Obstetricians and Gynaecologists una cesària electiva en pes fetal estimat superior a 5000g en gestants no diabètiques redueix el risc de trauma en el naixement i de paràlisi de plexe braquial, tot i que remarquen l'absència d'assaigs clínics randomitzats en relació a aquesta temàtica.

Com a proposta de maneig i finalització de la gestació, i basat en l'evidència actual, en aquells fetus amb pes fetal estimat superior al percentil 97 a partir de les 34 setmanes de gestació en primer lloc cal sol·licitar una glucèmia i una hemoglobina glicosilada, a més d'un estudi morfològic detallat.

- En aquelles gestants amb una glucèmia i/o hemoglobina glicosilada positiva cal derivar a la Unitat de Diabetis i Gestació conformada per infermeria especialitzada en educació sobre diabetis, endocrinologia i alt risc obstètric
- En aquelles gestants amb una glucèmia i/o hemoglobina glicosilada negativa es derivarà a control per llevador/a amb una ecografia de seguiment a les 3-4 setmanes a partir del moment del diagnòstic:
 - En cas de que presentin un pes fetal estimat en percentil inferior a 97 es realitzarà control en llevador/a sense data de finalització
 - En cas de que presentin un pes fetal estimat en percentil igual o superior a 97 es realitzarà control en llevador/a fins data de finalització:
 - Inducció de part vaginal a les 39 setmanes de gestació
 - Cesària electiva en pesos fetals estimats superiors a 5000g a partir de les 39 setmanes de gestació

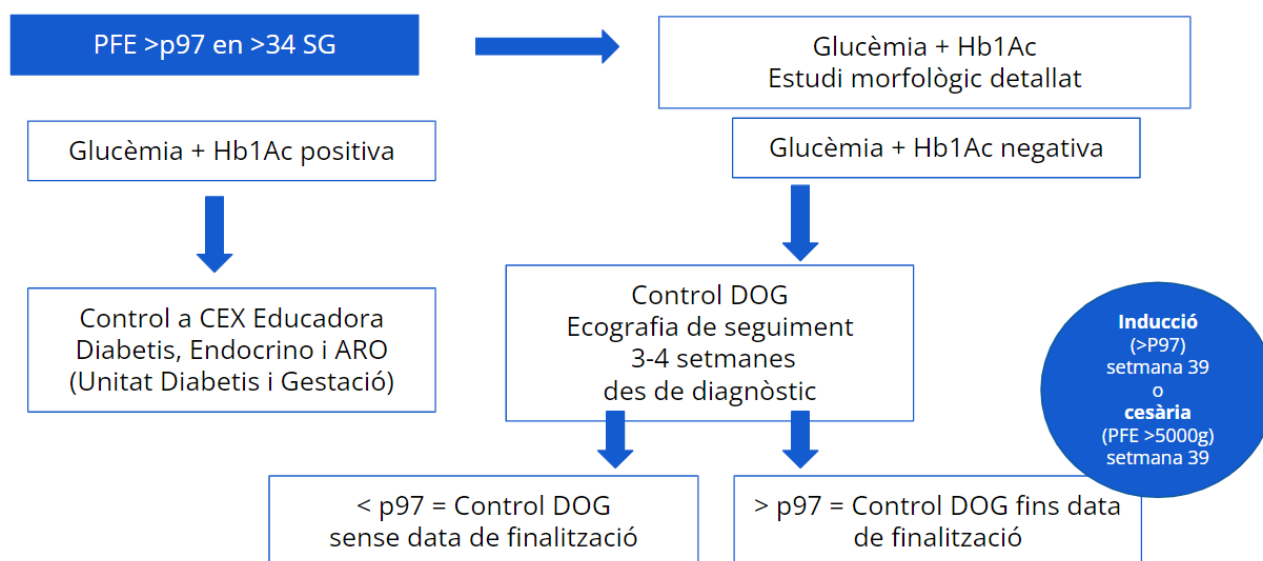
6. Algoritme (sí aplica, inserir una representació gràfica de l'algoritme)

¹ Fetal macrosomia. UptoDate. 2021.

² Induction of labour at or near the end of pregnancy for babies suspected of being very large (macrosomia). Cochrane. 2016.

³ Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. 2020.

Maneig i finalització de la gestació: proposta



7. Mètode d'avaluació (indicadors, instruments, altres)

Comparar els resultats de la sèrie de casos al nostre centre revisada l'any 2022 (exposada en l'apartat Annex 1) amb els fetus amb pes fetal estimat amb percentil superior al 97 l'any següent a la implantació d'aquest protocol.

8. Documents relacionats (protocols, procediments i altres documents amb els que es vincula)

Títol document	Codi

9. Resum d'aspectes claus i recomanacions (i altres especificacions útils per a la millor comprensió del protocol)

Els fetus grans per edat gestacional suposen un 8-10% de les gestacions i presenten un major risc de morbimortalitat fetal i morbiditat materna. Es defineixen per un pes fetal estimat superior al percentil 90 en la ecografia de tercer trimestre.

En aquest protocol es proposa la realització d'un estudi glucèmic (glucèmia i hemoglobina glicosilada) així com un estudi morfològic detallat en aquells fetus amb un pes fetal estimat superior al percentil 97 en més de 34 setmanes de gestació.

En cas d'estudi glucèmic positiu cal realitzar derivació a unitat de Diabetis i Gestació del nostre centre.

En cas d'estudi glucèmic negatiu, cal realitzar una ecografia obstètrica de seguiment a les 3-4 setmanes. Si el percentil fetal estimat és inferior al percentil 97 es podrà fer seguiment per part de la llevadora sense data concreta de finalització. En cas de pes fetal estimat superior al percentil 97 es podrà fer seguiment per part de la llevadora amb finalització mitjançant inducció de part vaginal no inferior a la setmana 39, o mitjançant cesària electiva en cas de pes fetal estimat superior a 5000g no inferior a la setmana 39.

10. Nivells d'evidència i graus de recomanació

En relació als nivells d'evidència segons escala de GRADE en la revisió "Induction of labour at or near the end of pregnancy for babies suspected of being very large (macrosomia). Cochrane. 2016.":

- Qualitat d'evidència moderada en relació a la manca d'efecte en taxa de cesàries en comparar maneig expectant VS inducció de part
- Qualitat d'evidència baixa en relació a la manca d'efecte en taxa de parts instrumentats en comparar maneig expectant VS inducció de part
- Qualitat d'evidència moderada en relació a la disminució de distòcia d'espatlles en el grup inducció
- Qualitat d'evidència alta en relació a la disminució de fractures de tot tipus en el grup inducció
- Qualitat d'evidència baixa en relació a la manca de diferències en taxa de lesió de plexe braquial en comparar maneig expectant VS inducció de part
- Qualitat d'evidència baixa-moderada (segons l'assaig clínic) en relació als resultats neonatals en comparar maneig expectant VS inducció de part
- Heterogeneïtat entre els estudis al comparar la mitjana de pes al néixer

En relació als nivells d'evidència de "Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. 2020", classificats en nivell A (evidència científica consistent), B (evidència limitada o inconsistent) i C (evidència basada en consens d'experts):

- A) Promoció de reducció de pes pregestacional en pacients amb obesitat mòrbida (mitjançant dieta o cirurgia)
- B) No es recomana inducció per pes fetal per edat gestacional elevat en menys de 39/0 setmanes de gestació perquè no hi ha suficient evidència de que els beneficis de disminució de risc de distòcia d'espatlles superin els danys derivats d'un part a aquestes setmanes
- C) Cesària programada podria ser beneficiosa en gestants no diabètiques amb PFE >5000g i gestants diabètiques amb PFE >4500g
El pes fetal elevat per edat gestacional no és una contraindicació per la possibilitat de part vaginal posterior a cesària anterior.

En relació als nivells d'evidència segons escala de GRADE de "NICE guidelines. Inducing labour: evidence review for induction for suspected fetal macrosomia FINAL (November 2021)":

- Qualitat d'evidència baixa en relació a:
 - Desgarraments perineals de 3r i 4t grau
 - Distòcia d'espatlles
 - Naixement per cesària
- Qualitat d'evidència moderada en relació a:
 - Mort perinatal
 - Lesió de plexe braquial

11. Referències

Induction of labour at or near the end of pregnancy for babies suspected of being very large (macrosomia). Cochrane. 2016.

Fetal macrosomia UptoDate. 2021.

Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. 2020.

NICE guidelines. Inducing labour: evidence review for induction for suspected fetal macrosomia FINAL (November 2021)

Recién nacido de peso elevado. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Aeped. 2008.

Protocol	Versió

12. Annexos

Annex 1. Estudi sobre resultats obstètrics en fetus amb pes fetal estimat superior a percentil 97 en la ecografia de tercer trimestre realitzat a l'Hospital Vall d'Hebron l'any 2022

Es va realitzar un estudi observacional retrospectiu l'any 2022 al nostre centre que va revisar els resultats obstètrics en pes fetal estimat superior a percentil 97 en ecografia de tercer trimestre entre els anys 2009 i 2021. Les dades es van obtenir de la història clínica. Es van comparar les taxes de part instrumentat i de cesària, la distòcia d'espatlles, la lesió de plexe braquial, la fractura de clavícula, els resultats neonatals, els estrips perineals i l'hemorràgia post-part.

Es van recuperar dades perinatals de 176 pacients i 40 es van excloure per ser sotmesos a cesària electiva. Es van incloure 132 pacients, de les quals, en 46 s'havia realitzat un maneig expectant (inici de part espontani) i en 86 una inducció. No es van observar diferències estadísticament significatives entre grups, en referència a les característiques basals. En els resultats obstètrics, no es van observar diferències significatives entre grups per cap resultat advers analitzat, excepte en la taxa d'estrips perineals (54.3% en el grup expectant vs. 34.9% en el grup inducció, $p=0.04$) i en la taxa de cesàries (19.6% en el grup expectant vs. 48.8% en el grup inducció, $p=0.01$).

Les conclusions obtingudes van ser que tant la conducta expectant com la inducció del part en casos de macrosomia fetal a terme, tenen avantatges i inconvenients que hauran de ser informats a les gestants. Calen més estudis que analitzin el risc-benefici en situacions concretes i en funció de la paritat.

Traçabilitat

Elaborat	Revisat	Validat
Nom/càrrec: Marta Dalmau Artal	Nom/càrrec: María Goya	Nom/càrrec:
Servei/comissió: Ginecologia i Obstetrícia Vall d'Hebron	Servei/comissió: Ginecologia i Obstetrícia Vall d'Hebron	Servei/comissió:
Direcció de referència: marta.dalmau@vall.hebron.cat	Direcció de referència: maria.goya@vallhebron.cat	Direcció de referència:
Data: 17/02/2023	Data: 17/02/2023	Data:

No es garanteix la validesa d'aquest document un cop imprès. La versió vigent està disponible en format electrònic al servidor.

Històric d'actualitzacions

Freqüència d'actualització programada cada anys <i>Indicar la freqüència prevista, per exemple, cada 4 anys.</i>		Propera actualització	
Versió	Motiu de l'actualització <i>Especificar. Ex: Protocol de nova creació / Actualització programada / Canvi de criteris / Noves normatives, etc.</i>	Responsable d'aprovació de la versió	Data de tancament de la versió
1			
2			
3			

Protocol	Versió

4			
---	--	--	--