

## PROTOCOLO 11-14 semanas AGB

### (Información para médicos tratantes)

#### Objetivos:

- Confirmación edad gestacional
- Evaluación anatómica precoz
- Cálculo riesgo fetal de aneuploidías
- Cálculo riesgo materno de preeclampsia
- Evaluación corionicidad embarazos gemelares

**Vía del examen:** abdominal y vaginal.

**Nombre del examen:** Ecotomografía con Doppler color de vasos placentarios, código 0404122

#### DESCRIPCIÓN DEL EXAMEN

**LCN:** Se ajustará edad gestacional según LCN si diferencia con edad gestacional calculada por FUR es mayor a 4 días.

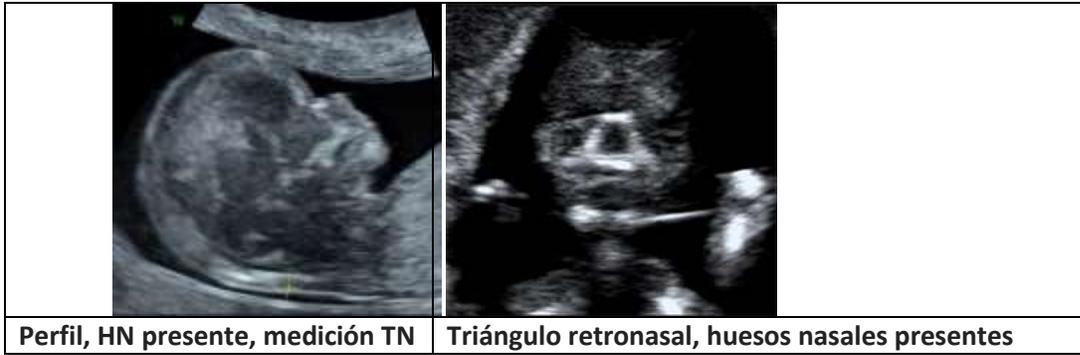


**Biometrías:** Longitud Céfalo-Nalgas, Diámetro Biparietal –Circunferencia Craneana, circunferencia abdominal, Longitud Fémur

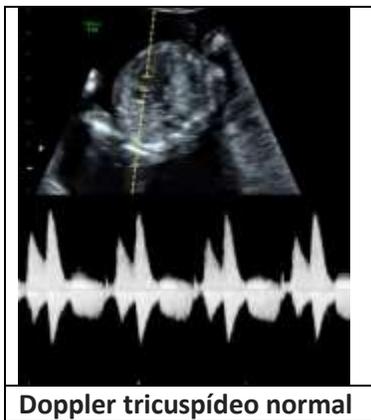
#### **Frecuencia cardiaca fetal**

**Translucencia Nucal:** Un grosor aumentado se correlaciona con mayor riesgo de aneuploidías. También se asocia a mayor riesgo de cardiopatías. Si TN > 3,5 mm (p 99), se debe indicar Ecocardiografía Fetal.

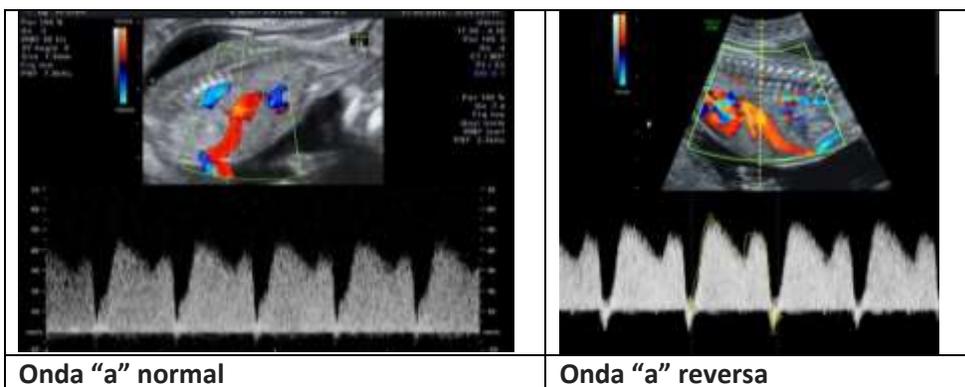
**Hueso Nasal:** Se evalúa su presencia o ausencia en el mismo plano de perfil para medición TN o alternativamente utilizando la visión del triángulo retronasal, en visión coronal. La ausencia de HN se asocia a mayor riesgo de aneuploidías.



**Doppler flujo tricuspídeo:** Se examina la válvula tricúspide del corazón mediante Doppler pulsado, para detectar posible insuficiencia. En esta etapa del embarazo, su alteración es un marcador de trastornos cromosómicos y se asocia a mayor riesgo de cardiopatías fetales. Se informa como normal o regurgitación (+).

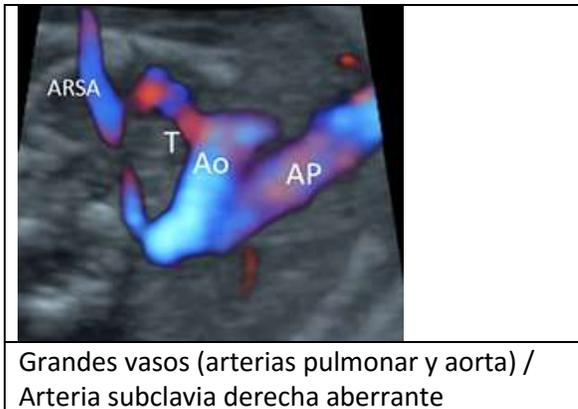


**Doppler color del ductus venoso:** Se examina la onda de flujo, con especial atención en la onda “a” (flujo durante contracción atrial). Se registra si onda “a” está normal (presente o ausente) o anormal (reversa). La onda “a” reversa en esta etapa del embarazo es un marcador de aneuploidías, y se asocia a mayor riesgo de cardiopatías fetales y de muerte fetal.



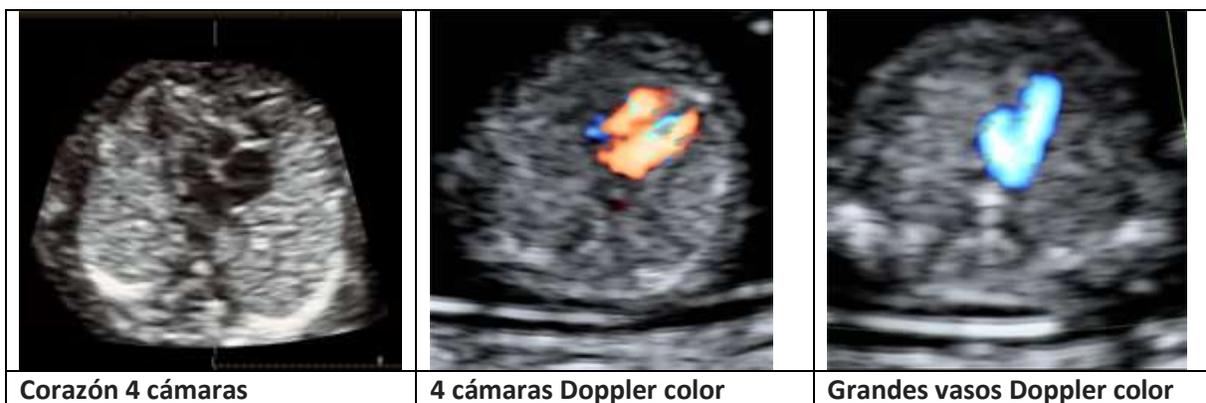
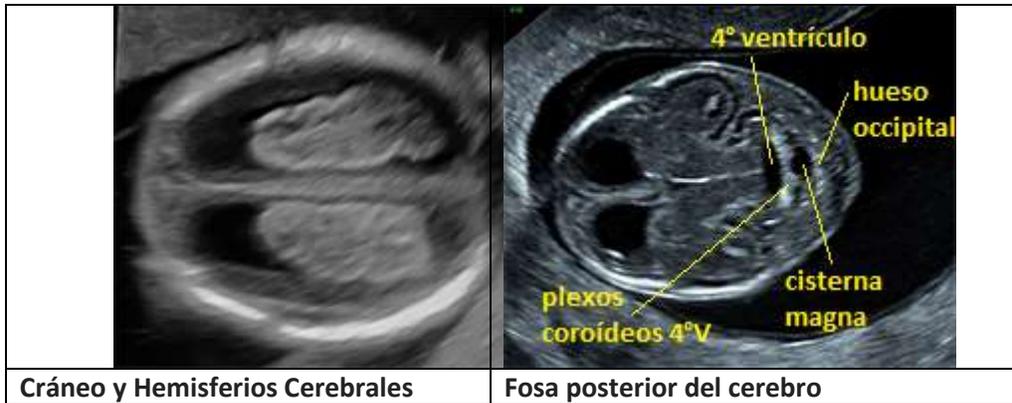
**“Marcadores adicionales de riesgo”:** presencia o ausencia

- Quistes plexo coroideo
- Foco ecogénico intracardiaco
- Intestino hiperecogénico
- Hidronefrosis (si pelvis renales  $\geq 1,5$  mm)
- Doppler color de arteria subclavia derecha (en caso de ser posible) para evaluar su posición (se informa como “curso normal” o “aberrante”).



**Anatomía fetal:** La capacidad diagnóstica del examen dependerá del LCN fetal. Es más probable lograr la evaluación correcta de los siguientes parámetros a las 13 semanas versus a las 11 semanas. Por otra parte, la visualización de las estructuras suele ser inversamente proporcional al IMC materno.

- Cráneo: se observa osificación cráneo completo
- Cerebro: imagen de “mariposa” hemisferios cerebrales, cisterna magna visible en fosa posterior
- Translucencia intracraneana (IT): Esta evaluación se realiza como alternativa al corte axial inferior de cerebro. Su alteración se ha correlacionado con espina bífida abierta.
- Columna
- Perfil
- Cara: 2 órbitas y si la resolución lo permite, boca
- Tórax: descartar presencia de estómago en tórax, visualizar corazón
- Corazón: Visión de 4 cámaras. Se complementa con Doppler color. Si las condiciones lo permiten, se observa tractos de salida y curso de arteria subclavia derecha, aplicando Doppler color
- Estómago
- Pared abdominal cerrada
- Inserción cordón umbilical (lado fetal)
- Vejiga
- Riñones
- Extremidades: 2 EESS y 2 EEII, c/u con 3 partes
- Cordón umbilical: presencia de 3 vasos utilizando Doppler color de arterias vesicales, una a cada lado de la vejiga



**Placenta:** Se evalúa vía vaginal. Se describe las oclusivas, marginales y bajas que no ocluyen (se mide a cuántos mm está el OCI del margen placentario inferior). Atención especial a placentas bajas y cicatriz uterina de cesárea.

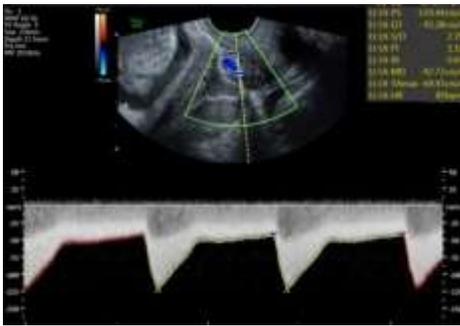
**Líquido amniótico:** Se evalúa subjetivamente si la cantidad de LA es normal o anormal.

**Longitud cuello uterino:** Se evalúa vía vaginal. Se considerará patológico  $\leq 25$  mm.

#### Evaluación Corionicidad Embarazos Gemelares:

- Bicornal Biamniótico: signo “*Lambda*”
- Monocorial Biamniótico: signo “*T*”.

**Doppler Arterias Uterinas:** Se examinan las arterias uterinas derecha e izquierda, vía vaginal, utilizando Doppler color y Doppler pulsado. Se calcula el Índice de Pulsatilidad promedio de ambas, correlacionando con edad gestacional, según curvas Hospital Clinic Barcelona. **Valores de IP promedio sobre Percentil 95 se considerarán patológicos.**



**Toma de Presión Arterial:** Se registra PAS y PAD de cada brazo.

**Cálculo de riesgo fetal de aneuploidías:** Se calcula en base a 5 marcadores: FCF, TN, HN, DV, RT, más “marcadores adicionales de riesgo”.

**Cálculo de riesgo materno de preeclampsia:** Se calcula en base a:

- Antecedentes maternos (antecedente materno de HTA crónica, historia de PE en la madre de la paciente embarazada, paridad, antecedente de PE en embarazo anterior, embarazo espontáneo v/s FIV, antecedente tabaquismo materno, IMC materno)
- Presión arterial materna
- IP arterias uterinas

**Un riesgo combinado mayor o igual a 1,3% de preeclampsia precoz se considerará “alto riesgo”, y se recomendará iniciar terapia preventiva con Aspirina 100 mg/día vía oral, por la noche, hasta las 34 semanas.**

Fecha: Agosto 2016

Autores: Dr Fernando Viñals, Dra Constanza Saint-Jean