

**CONSENSO N° 002-2018 SERVICIO DE MEDICINA FETAL (SMF)  
REQUERIMIENTO DE CONSENSO 03 DE AGOSTO 2018. APROBADO  
SMF 05/09/2018**

**ANTEPONER RUTINARIAMENTE LA EDAD GESTACIONAL REAL  
Y PRECISAR EL PERCENTIL DE PESO EN LA CONCLUSIÓN DEL  
INFORME ECOGRÁFICO**

***PREVENTING THE REAL GESTATIONAL AGE INTO ROUTE AND DETERMINING THE  
PERCENT OF WEIGHT IN THE CONCLUSION OF THE ECOGRAPHIC REPORT***

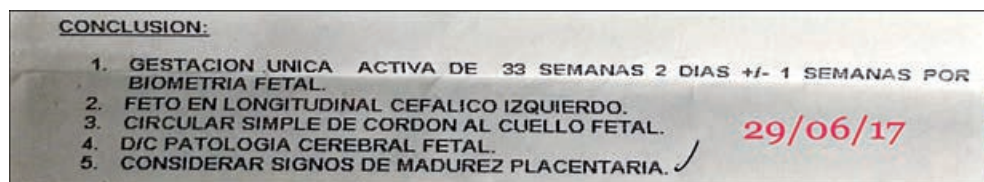
Walter Castillo Urquiaga<sup>1a</sup>, Walter Ventura Laveriano<sup>1a</sup>, Antonio Limay Rios<sup>1a</sup>, Mario Zárate Girao<sup>1a</sup>,  
Raul Sugajara Rosario<sup>1a</sup>, Hugo Ingar Pinedo<sup>1a</sup>, Erasmo Huertas Tacchino<sup>1a</sup>.

**FUNDAMENTACIÓN DE LA NECESIDAD DE CONSENSO**

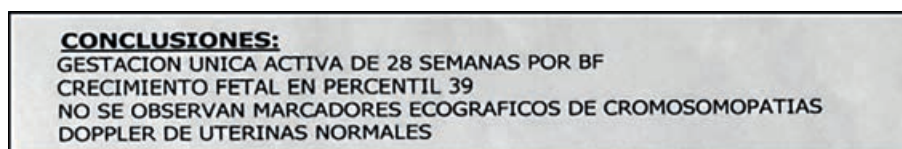
**REALIDAD 1**

Las bajas tasas de detección de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) se explican en parte porque no hay un consenso en anteponer la edad gestacional real en el informe ecográfico. Muy pocos lo hacen y la mayoría sólo informa dando una edad por el promedio biométrico. Tampoco es rutina determinar e informar el percentil del peso estimado fetal.

- La siguiente conclusión fue realizada dos días antes del parto:



- 2 días después aplicando el Algoritmo diagnóstico multiparámetro se concluye: Gestación de 35 semanas 0 días por ecografía precoz con RCIU severo, PBF 8/8, diástole umbilical ausente más vasodilatación de arteria cerebral media e Istmo aórtico reverso. Pasó a cesárea: RN masculino, 1726 g en percentil 1 según Hadlock, 35 semanas Capurro, Apgar 8/9 y líquido claro normal.
- Algunos reportan el percentil de peso, pero no la edad real bajo la asunción que como realizamos ecografía no debe considerarse la edad real que da la FUR o eco precoz pues no son datos que resulten de la ecografía actual.



<sup>1</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Gineco Obstetra. Servicio de Medicina Fetal. Lima-Perú.

Citar como: Castillo W, Ventura W, Limay A, Zárate M, Sugajara R, Ingar H, Huertas E. Anteponer rutinariamente la edad gestacional real y precisar el percentil de peso en la conclusión del informe ecográfico. Rev Peru Investig Matern Perinat 2018; 7(2):57-60.

<https://doi.org/10.33421/inmp.2018120>

Estas conclusiones con información limitada ratifican lo siguiente:

- Determinar la edad gestacional real es el Paso 1 en el proceso diagnóstico de la restricción del crecimiento intrauterino (Algoritmo RCIU).
- Solo conociendo la edad gestacional real podremos determinar el percentil de peso (Paso 3) y evaluar el crecimiento intrauterino.

**ALGORITMO DIAGNÓSTICO MULTIPARÁMETRO PARA RCIU**

Modificado al 29 julio 2018 de: Castillo W. Identificación de restricción del crecimiento intrauterino tardío con Doppler umbilical normal mediante algoritmo diagnóstico multiparámetro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2013;2(1):19-22

**PASO 1: DETERMINACIÓN DE EDAD GESTACIONAL**

**PASO 2: CÁLCULO DEL PESO FETAL:**

**PASO 3: DETERMINACIÓN DEL PERCENTIL DE PESO PARA LA EDAD:**

- La edad promedio biométrica o la que brinda el peso fetal no son la edad gestacional real. Si la fecha de última regla (FUR) es validada con una ecografía temprana, esa edad obtenida es la real. Continuar basándose sólo en la edad biométrica es limitar el método científico de búsqueda de la verdad.

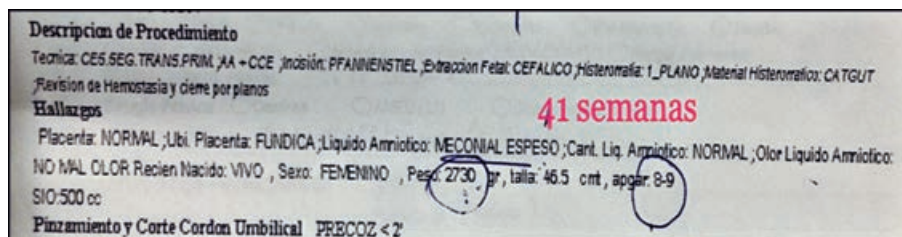
Indicación		Edad por FUR		Ref. Méd.		Téc.		
FUR	10.02.2014	EG(FUR)	33w3d	FEP(FUR)	17.11.2014	G	Ab	
<b>Edad por Biometría</b>		EG(AUA)	30w2d	FEP(AUA)	09.12.2014	P	Ec	
EFW (Hadlock)	Valor	Ámbito	Edad	Ámbito	GP	Hadlock		
AC/BPD/FL/HC	1469g	± 214g	29w4d				<3.0%	
<b>Edad por peso</b>								
Mediciones 2D	AUA	Valor	m1	m2	m3	Med.	GP	Edad
BPD (Hadlock)	✓	8.11 cm	8.11			med.	21.5%	32w4d
OFD (HC)		8.76 cm	8.76			med.		
HC (Hadlock)	✓	26.98 cm	26.98			med.	<2.3%	29w3d
AC (Hadlock)	✓	25.63 cm	25.95	25.30		med.	<2.3%	29w6d
FL (Hadlock)	✓	5.61 cm	5.61			med.	<2.3%	29w4d

**REALIDAD 2**

El siguiente caso, acude a emergencia por contracciones. Le realizan una ecografía donde informan lo siguiente, incluso con normalidad del doppler de la arteria umbilical y al no estar en trabajo de parto le dan de alta y le dicen que aún le faltan 3 semanas.

**13/06/17**

**CONCLUSIONES:**  
 GESTACION UNICA ACTIVA DE37SS 1 DIA: POR BF  
 CIRCULAR SIMPLE AL CUELLO  
 DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL NORMAL



A las 12 horas regresa por disminución de movimientos fetales y al tacto vaginal le evidencian rotura de membranas con líquido meconial. Pasa a SOP de emergencia. Tenía 41 semanas por ecografía precoz y era un RCIU.

Muchas complicaciones del embarazo que repercuten en la salud fetal y materna se generan por desconocimiento de la edad gestacional o por asumir una edad errónea. La ausencia de la edad gestacional en los informes ecográficos refleja una realidad: Muchas gestantes desconocen su FUR, no es rutina que se estime una FUR con las primeras ecografías o incluso no se les ha realizado, las primeras ecografías son mal realizadas o las fechas no constan en el carnet prenatal ni en la solicitud de ecografía.

- En numerosas gestantes que acuden con ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, Hemorragias, u otras complicaciones obstétricas se produjeron desenlaces adversos por optar madurar el pulmón fetal al asumir una edad menor en base a una FUR o ecografía temprana errónea.
- Numerosos fetos mueren dentro del útero o asfixian al nacer porque en el informe ecográfico último se concluyó en base a la biometría y no se enfatizó que ya tenía 41 semanas a más.
- Numerosas gestantes se operan porque por la FUR sale 37 semanas y en realidad solo tenían 34 semanas pues la FUR era errónea.
- Numerosos embarazos múltiples se rotulan con la edad biométrica mayor o el promedio de los fetos y no se revisa la primera ecografía o la confiabilidad de la FUR y ambos pueden estar en déficit de crecimiento.
- Numerosas gestantes son mal manejadas porque en el examen ecográfico de screening, predictivo o doppler se compararon los valores con la edad biométrica y no la real.

Los casos presentados para fundamentar el consenso son solo algunos de los miles de casos en el país y por tanto resultará de impacto la estrategia de anteponer rutinariamente la verdadera edad gestacional y la precisión del percentil de peso a toda gestante pues muchos asfixiados y muertos han sido erróneamente manejados en base a la edad biométrica.

## CONSENSO DEL SERVICIO DE MEDICINA FETAL

- Anteponer en la conclusión del informe ecográfico la edad gestacional real (según FUR/FPP validada o estimada por una ecografía lo más precoz).
- No reportar en edad según el promedio biométrico; excepto no haya ninguna información y no pueda estimarse por otros parámetros.
- Informar rutinariamente el percentil de peso en relación a la edad real comparada a la tabla de crecimiento de Hadlock.

## RECOMENDACIONES DE CONSENSO

1. La edad gestacional real debe ser rutinariamente precisada en la conclusión de la evaluación ecográfica y en el control del embarazo pues es de importancia en investigación y salud pública. Esta se obtiene por la FUR validada o estimada por una ecografía lo más temprana y debe ser precisada al primer contacto con el establecimiento de salud, analizando la información que brinde la paciente y revisando/auditando las primeras ecografías. Esta primera acción es de vital importancia pues dichas fechas deberán ser usadas de ahí en adelante y la edad no deberá ser modificada por los hallazgos biométricos de las ecografías ni por una valoración clínica subjetiva al nacimiento (Capurro).
2. Durante el 1er trimestre: En consulta, valide la FUR o estímela según la primera ecografía confiable. En sala de ecografía, valide la FUR o estímela según ecografía previa o la que está realizando; o sugiera revisar ecografías previas. La medida del saco gestacional no debe ser usado para la determinación de la edad y que la longitud corono nalga (LCN) al menos de 10 mm (7 semanas) es la medida más confiable. Entre las 12 a 14 semanas, aunque las medidas de LCN y DBP brindan resultados semejantes para estimación de la edad, el mayor movimiento y posiciones de flexión o extensión del feto puede generar medidas erróneas de LCN por lo que debe considerarse el DBP/CC si la LCN no es confiable.

3. Desde las 20 semanas: Determine rutinariamente el percentil de crecimiento fetal. Solo ingresando los datos para edad gestacional la máquina estimará el percentil de peso. Considere auditar la calidad de las evaluaciones antes de basarse en ellas.
4. Sugerimos el registro de las fechas FUR/FPP validadas en la solicitud de ecografía para que sean usadas durante la evaluación ecográfica y no se asuma que la edad gestacional es la que brinda el promedio biométrico o ponderal.
5. Fortalecer el registro de FUR/FPP en el carnet prenatal según la información brindada por la gestante consignando dicha información como confiable **solo** si es validada con la primera ecografía. Use la “Guía para nueva datación basada en ultrasonografía” para el cambio de fechas **solo** si hay discrepancia significativa.

La siguiente tabla permite cambiar la edad gestacional si hubiera diferencia entre la edad obtenida por la biometría promedio con la FUR. Enfatizando que la ecografía en la cual nos basemos tiene que ser auditada para determinar su confiabilidad. La realidad muestra que si nos basamos rígidamente en las conclusiones de una ecografía sin auditarla podríamos estar asumiendo una edad errónea y un mal manejo con un desenlace adverso.

A partir de las 13 semanas se generan errores cuando se mide la LCN por el mayor movimiento y posiciones de flexión o extensión. Considere auditar las medidas; más aún cuando hay discrepancia significativa entre edad obtenida por ese LCN y el DBP/CC.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Methods for estimating the due date. Committee Opinion N° 700. *Obstet Gynecol.* 2017; 129:e150–4.
2. Fredericton K et al. Determination of Gestational Age by Ultrasound. SOGC clinical practice guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(2):171–181.
3. Castillo W. Identificación de restricción de crecimiento intrauterino tardío con doppler umbilical normal mediante algoritmo diagnóstico multiparámetro en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2013;2(1):19-22.
4. Sousa-Santos RF, Mendes-Castro A, Ferreira D, Miguelote RF, Cruz-Correia RJ, Bernardes JF. Gestational age and fetal growth assessment among obstetricians, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2015; 28(17): 2034-2039.
5. Bottomley C. Dating and growth in the first trimester. *Best Pract Research Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23:439–52.

GUÍA PARA NUEVA DATACIÓN BASADA EN ULTRASONOGRAFÍA		
Method for estimating due date Committee Opinion 700 May 2017 ACOG AIUM SMFM		
RANGO DE EDAD GESTACIONAL por FUR	MÉTODO DE MEDICIÓN	DISCREPANCIA ENTRE EDAD POR ECO Y FUR QUE REQUIERE NUEVA DATACIÓN
<13 6/7 semanas	LCN	
≤ 8 6/7 sem		Más de 5 días
9 0/7 sem a 13 6/7 sem		Más de 7 días
14 0/7 sem a 15 6/7 sem	DBP, CC, CA, LF	Más de 7 días
16 0/7 sem a 21 6/7 sem	DBP, CC, CA, LF	Más de 10 días
22 0/7 sem a 27 6/7 sem	DBP, CC, CA, LF	Más de 14 días
*28 0/7 sem a más	DBP, CC, CA, LF	Más de 21 días
* Precaución al corregir la edad basados en eco del 3er trimestre, podría ser un RCIU.		
WCU: Debe auditarse las ecos para determinar si está técnicamente bien realizada. Precaución incluso en ecos mayores de 20 semanas ya pueden haber déficit de peso inicial.		
El diámetro cerebelar transverso en ausencia de ecos referentes, considerando técnica de medición correcta y que en RCIU severo podría estar también disminuido.		