

REDUCCIÓN E INTERRUPCIÓN FETAL SELECTIVA

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

Las gestaciones múltiples tienen un riesgo aumentado de anomalías cromosómicas y / o estructurales respecto a las gestaciones únicas. Este riesgo está condicionado por la corionicidad.

- gestaciones monocoriales: Existe un aumento de riesgo de anomalías estructurales 3-4 veces superior que en la gestación única. El riesgo de aneuploidías es similar a la gestación única.
- gestaciones dicoriales: Al tratarse de fetos independientes, el riesgo de anomalías estructurales y cromosómicas está incrementado (x2 aproximadamente) respecto a la gestación única.

En más del 80% de casos se trata de anomalías estructurales y / o cromosómicas discordantes, afectando de forma selectiva sólo a uno de los fetos.

En algunos casos, cuando los padres lo soliciten, se contempla la posibilidad de realizar una reducción o una interrupción fetal selectiva.

Las conexiones vasculares interfetales, características de la gestación monocorial, condicionan que la interrupción selectiva de un feto de una **gestación monocorial** no pueda realizarse mediante instilación de sustancias en la circulación fetal que produzcan la asistolia ya que pasarían al otro feto a través de las comunicaciones entre ellos. En estos casos la interrupción selectiva requiere la realización de una oclusión del cordón del feto afecto mediante fetoscopia o pinza bipolar (ver protocolo específico).

En esta guía se tratará la reducción y la interrupción fetal selectiva en gestaciones multicoriales.

REDUCCIÓN FETAL

Definición

Se entiende como reducción fetal aquel procedimiento que tiene como objetivo reducir el número de fetos evolutivos para disminuir los riesgos maternos y / o fetales asociados a una gestación múltiple de rango superior.

PROTOCOLO: REDUCCIÓN E INTERRUPCIÓN FETAL SELECTIVA

Indicación:

Gestaciones múltiples (de ≥ 3 fetos) en que los padres, conociendo los riesgos asociados a la gestación múltiple y al procedimiento, soliciten la reducción de uno o varios fetos.

Gestación tricorial triamniótica-reducción a gestación gemelar: La mayoría de reducciones embrionarias se realizan en gestaciones triples tricoriales. Actualmente la reducción de 3 a 2 fetos entre las 10-14 semanas aumenta un 2-3% el riesgo de pérdida fetal (antes de las 24 semanas) y reduce el riesgo de parto pretérmino antes de las 32 semanas (OR 0.3) y antes de las 28 semanas (OR 0.4), respecto a gestaciones no reducidas.

Gestación bicorial triamniótica-reducción a gestación única: La reducción a gestación única aumenta aproximadamente un 3-5% el riesgo de pérdida fetal, reduciendo aproximadamente un 25% el riesgo de parto prematuro antes de la semana 32.

Edad gestacional: La reducción fetal se realizará a partir de las 11 semanas, preferiblemente a las 12 semanas. Los objetivos de hacer la reducción a partir de las 11 semanas son:

- Posibilidad de pérdida espontánea de uno de los fetos.
- Realizar screening de aneuploidia ecográfico (gestaciones de ≥ 3 fetos)
- Estudio anatómico precoz para descartar malformaciones de alguno de los fetos.

El feto reducido de forma electiva será el que esté más distante del canal cervical. En caso de que se detecten anomalías morfológicas o ante la presencia de marcadores de aneuploidía, se escogerá el feto afecto.

Metodología:

La técnica de elección es la instilación percutánea de sustancias que producen asistolia en la circulación fetal.

Control Previo al procedimiento:

Comprobación de grupo sanguíneo y Rh

Valoración de serologías recientes: VIH, VHC, HBsAg

Procedimiento:

Se realizará mediante punción ecoguiada con aguja 20G, bajo medidas de asepsia y cobertura antibiótica: Ceftriaxona 1 g i.m. En caso de alergia a Penicilina se administrará Clindamicina 900 mg i.v. + Gentamicina 240 mg i.v.

PROTOCOLO: REDUCCIÓN E INTERRUPCIÓN FETAL SELECTIVA

Control Postprocedimiento:

- Ingreso 3-4 horas en régimen de cirugía mayor ambulatoria
- Administración de gammaglobulina anti-D (1500mcg/750UI) si Rh negativo y ésta no se ha administrado en las 4 últimas semanas.
- Reposo relativo 24-48 horas
- Control en 1 semana por el médico de referencia

INTERRUPCIÓN FETAL SELECTIVA EN GESTACIÓN BICORIAL

Definición: Se entiende como Interrupción fetal selectiva aquel procedimiento que tiene como objetivo reducir uno o varios fetos con anomalías estructurales y / o cromosómicas, para evitar su nacimiento vivo.

Indicación:

Gestaciones múltiples en que se ha diagnosticado una anomalía fetal y los padres, conociendo el diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas de la anomalía diagnosticada, soliciten la interrupción selectiva del feto afecto. Se deberá informar a la paciente de la probabilidad de muerte espontánea durante la gestación en función de la anomalía detectada, así como los riesgos del procedimiento comparado con mantener una conducta expectante. En general el riesgo de un mal resultado perinatal después de una interrupción selectiva en una gestación bicorial es aproximadamente del 10-15%, distribuido en:

- 5-10% de riesgo de pérdida gestacional
- 5-10% de riesgo de prematuridad extrema <28 semanas

Edad gestacional:

La edad gestacional del procedimiento dependerá del momento del diagnóstico, la anomalía detectada y del deseo de los padres.

Aunque existe controversia sobre el momento óptimo para realizar el procedimiento, se considera que el riesgo global es superior en aquellos procedimientos realizados a partir de las 18 semanas, comparado con los realizados más precozmente. Es por ello que la tendencia es a realizarlo lo antes posible, preferentemente antes de las 18 semanas.

En diagnósticos a partir de las 18 semanas se consensuará con los padres el momento óptimo para realizar el procedimiento en función de la anomalía detectada, la edad gestacional y el deseo de los padres. En aquellos casos que cumplan los criterios de aceptación de ILE tardía (artículo 15c) se informará a la paciente de la posibilidad de diferir la interrupción a tercer trimestre para reducir el riesgo de pérdida fetal y de prematuridad

PROTOCOLO: REDUCCIÓN E INTERRUPCIÓN FETAL SELECTIVA

extrema, en beneficio del feto sano. En estos casos se hará un seguimiento estricto de la gestación, valorando la longitud cervical cada 2 semanas y se administrará maduración pulmonar 48 horas antes del procedimiento. En nuestro medio, los riesgos y resultados en función de la edad gestacional en que se realice el procedimiento se resumen en la siguiente tabla:

EG procedimiento ¶	<18	18-23	>23*
Pérdida gestacional (%)	4.6	14.1	0
Parto prematuro (%)			
<28s	6.1	6.1	8.3
28-31+6s	3	8.2	20.8
32-36+6	12.1	14.3	41.7
EG parto¶	37	37+5	33+4

EG: edad gestacional; ¶: mediana; *: preferentemente 30-32 semanas previa maduración pulmonar

Metodología y control post procedimiento:

La técnica y el control post procedimiento es igual que en la reducción fetal

Responsables del protocolo:	M Bennasar, JM Martínez, A Borrell
Fecha del protocolo y actualizaciones:	12/3/2013
Última actualización:	01/07/2020
Próxima actualización:	01/07/2024
Código Hospital Clínic:	MMF-105-2013
Código Sant Joan de Deu:	