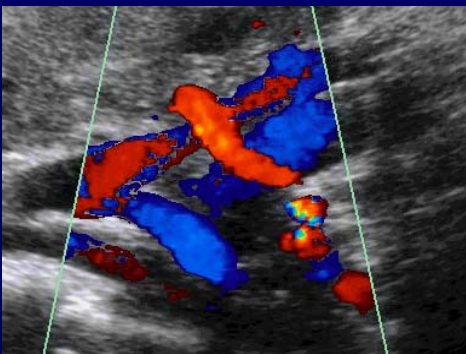


# LA ECOGRAFIA DE SEGON TRIMESTRE: MÉS ENLLÀ DE LA MORFOLOGIA



**Elisa Lurba**

# La ecografía de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## Ecografía morfológica de las 18-21 semanas

1. El objetivo principal de la ecografía morfológica de 18-21 semanas es el estudio de la anatomía fetal, aunque también se realiza una biometría fetal y se pueden valorar los marcadores de cromosomopatía.
2. El estudio de la biometría fetal para poder evaluar el crecimiento y la concordancia con la edad gestacional, así como el estudio anatómico de cada uno de los órganos y sistemas fetales, se llevará a cabo siguiendo las recomendaciones de la sección de ecografía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SESEGO).
3. El descubrimiento de una anomalía estructural, a causa de su posible asociación con alteraciones cromosómicas, hará que sea recomendable la obtención de un cariotipo fetal, mediante amniocentesis o cordocentesis.
4. Los marcadores de cromosomopatías de segundo trimestre a considerar serán los siguientes:
  - edema nucal igual o superior a 6 mm
  - hiperrefringencia intestinal (refringencia igual o superior a la de la columna)
  - fémur corto (< percentil 5)
  - ectasia piélica
  - foco ecogénico intracardíaco
5. Estos marcadores ecográficos en presentación aislada no constituyen indicación de estudio citogenético, sino que se recomienda modificar el riesgo estimado previamente (cribado de primer o segundo trimestre o de la edad materna) mediante las *likelihood ratios* o razones de probabilidad positivas y negativas correspondientes a los marcadores presentes y ausentes respectivamente.

# La ecografía de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## 1.- Doppler de les arteries uterines.

## 2.- Medició de la longitud cervical.

### Test de CRIBATGE:

- Patologia prevalent e important
- Test segur i ben acceptat
- Tècnica descrita i reproducible
- Malaltia en fase asimptomàtica
- Alta sensibilitat, alt VPN
- Intervenció preventiva efectiva

# La ecografía de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## 1.- Doppler de les arteries uterines.

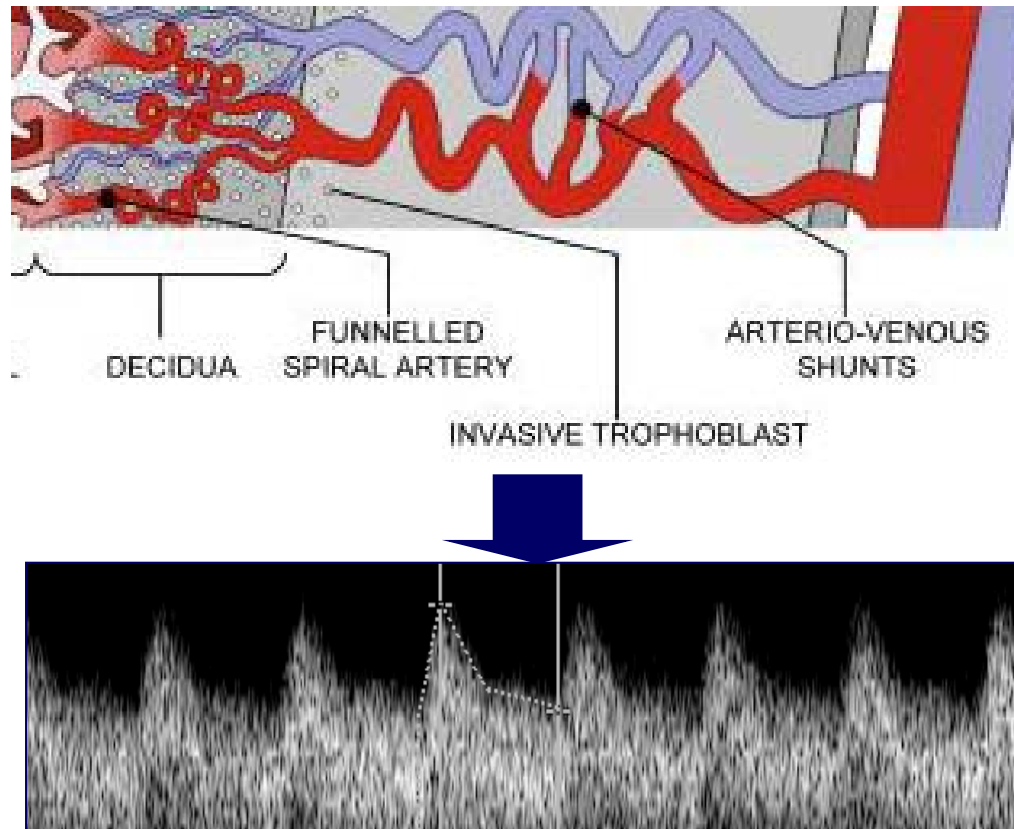
## 2.- Medició de la longitud cervical.

### Test de CRIBATGE :

- Patologia prevalent e important
- Test segur i ben acceptat
- Tècnica descrita i reproducible
- Malaltia en fase asimptomàtica
- Alta sensibilitat, alt VPN
- Intervenció preventiva efectiva

# Doppler de les arteries uterines

Mètode no invasiu que reflexa la circulació placentària

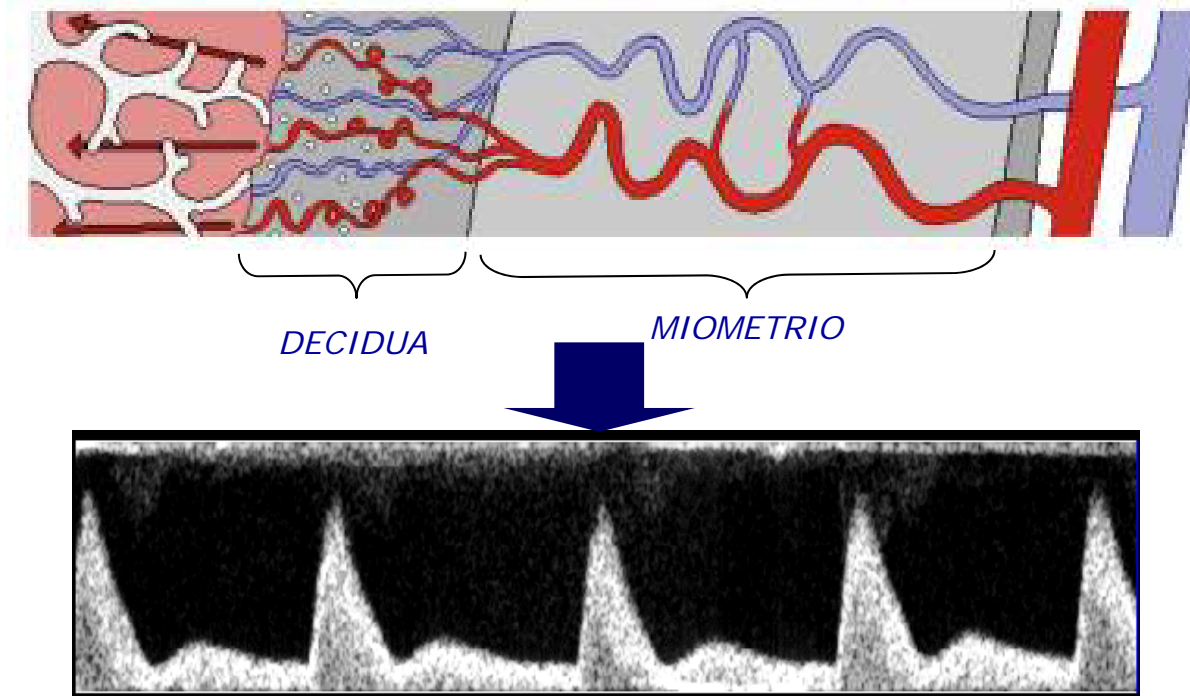


*Campbell et al, Obst Gynecol 1986*

*Burton GJ, Placenta, 2009*

# Doppler de les arteries uterines

Doppler de art. uterines amb augment resistència:  
alteració remodelació arteries espirals



*Gerretsen G, BJOG, 1981*

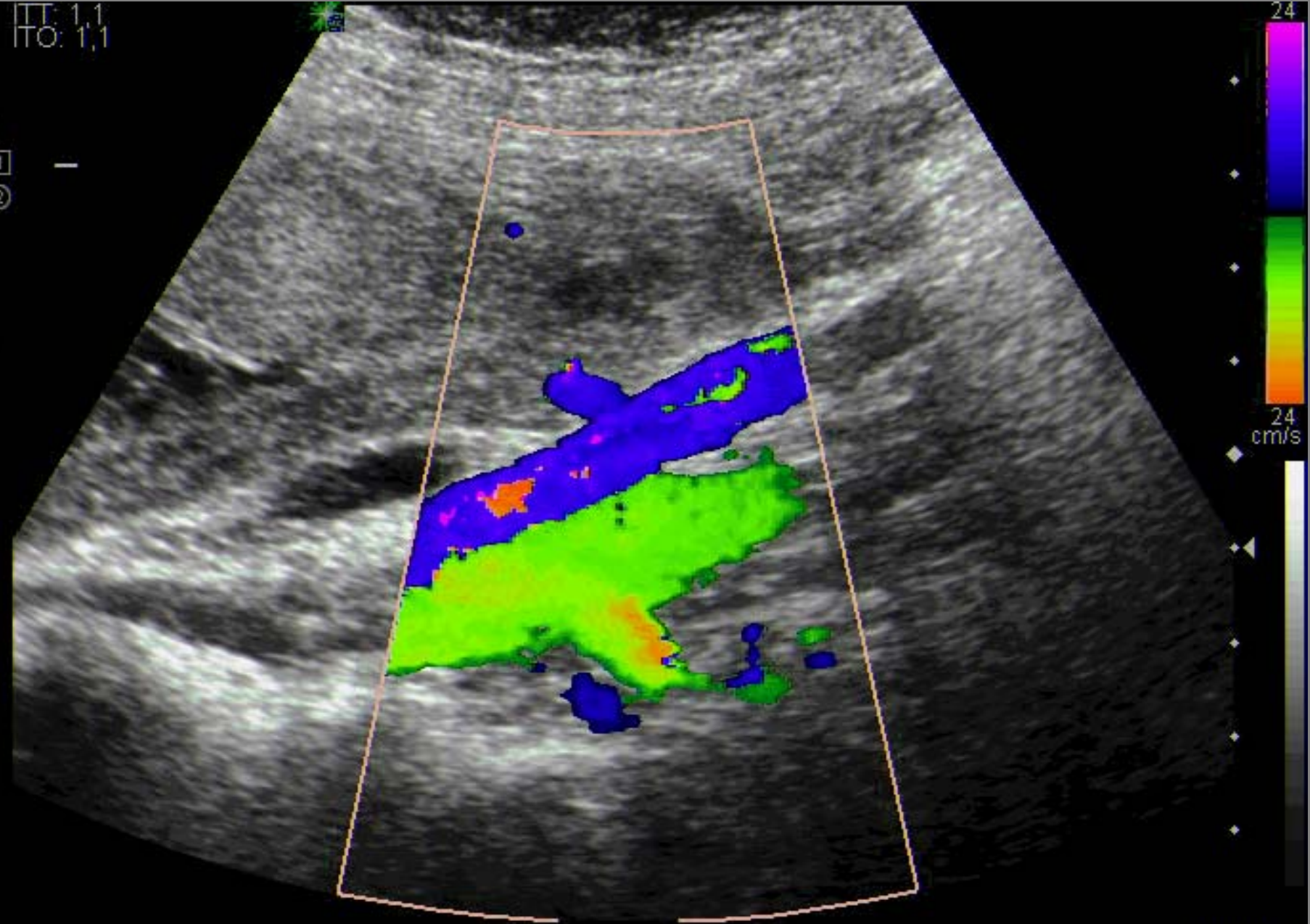
*Brosens SS, Am J Obstet Gynecol, 2002*

*Pijnenborg R, Placenta, 2006*

*Burton GJ, Placenta, 2009*

PT: 1,1  
TO: 1,1

②

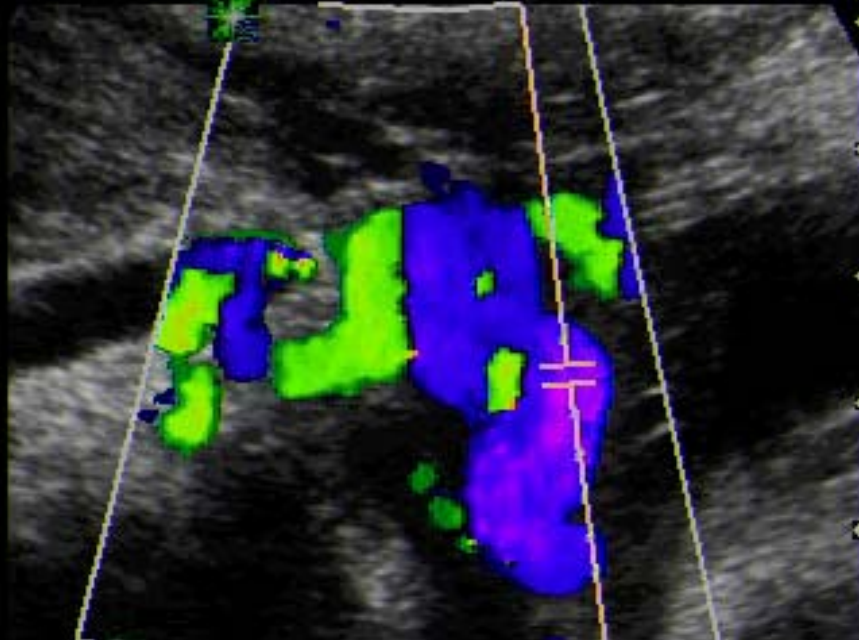


24  
cm/s

10cm Z  
12cps

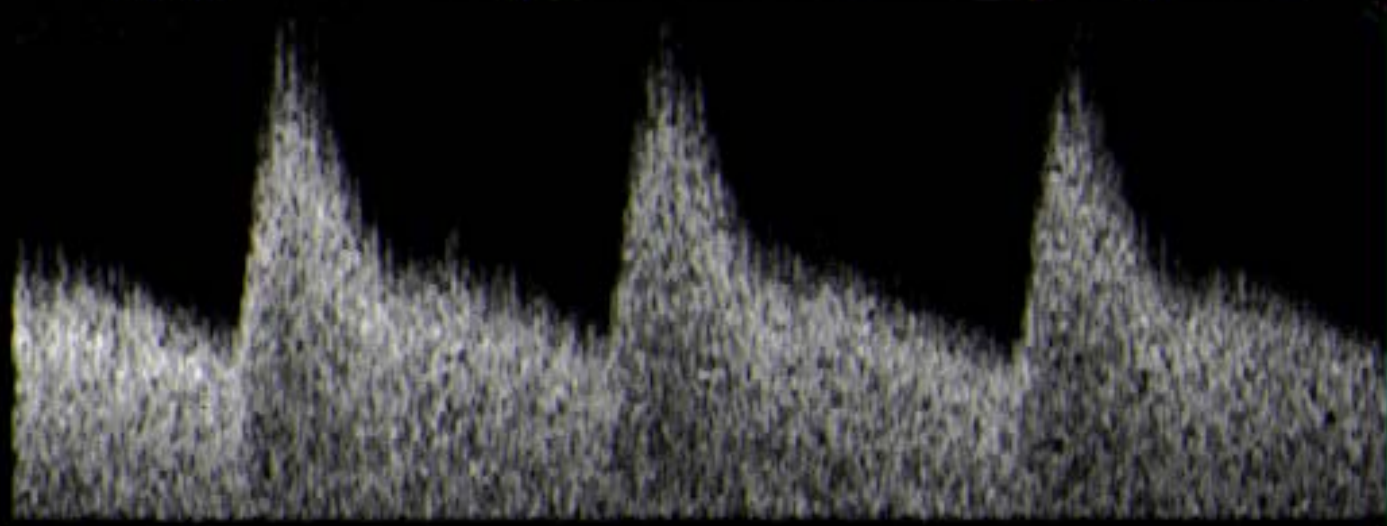
IT: 1,1  
ITO: 3,4

①  
②



38mm

49  
cm/s



100

50

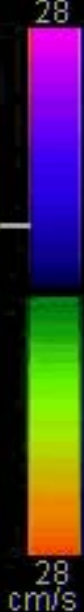
cm/s

10cm Z  
13cps

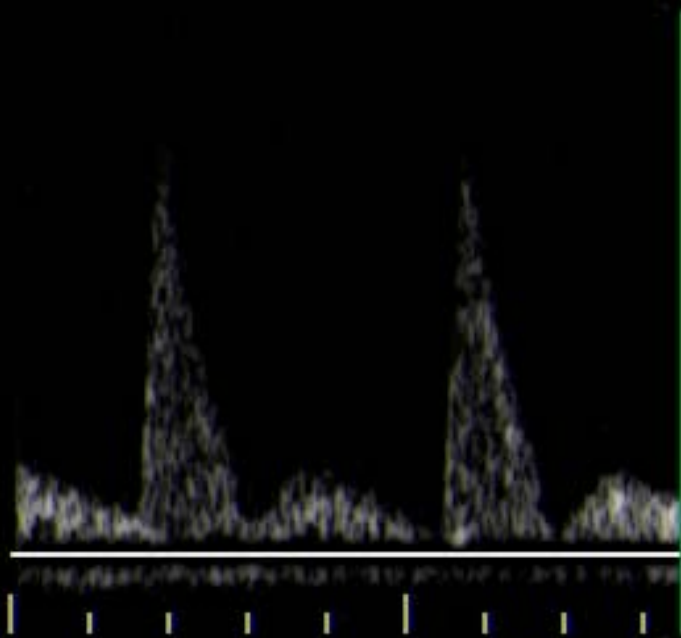


ITT: 1,7  
ITO: 3,2

①  
②

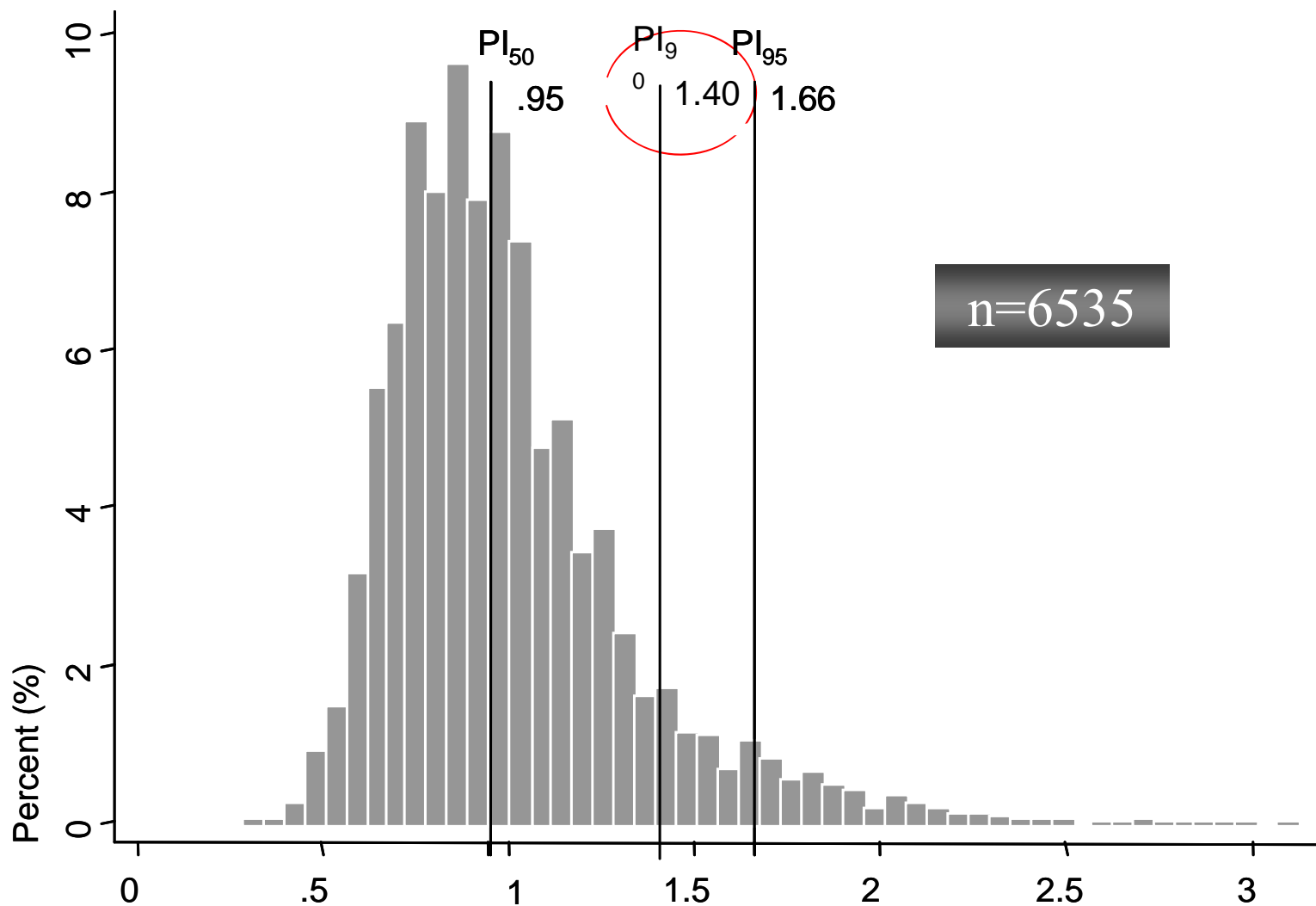


70mm



12cm Z  
13cps

# Corbes de normalitat del IP de las artèries uterines 20s població Catalunya i Balears



# Resultats perinatals segons el Doppler de les arteries uterines

Resultat perinatal	Població total	Doppler AUt Normal	Doppler AUt Anormal	p
SG al part (s)	39.2 <small>(1940)</small>	39.06 <small>(210)</small>	38.15 <small>(131)</small>	0.000
Pes al néixer (gr)	3425 <small>(587)</small>	3232 <small>(227)</small>	2835 <small>(187)</small>	0.000
PE (n (%))	75 (1.2)	39 (0.7)	36 (6.5)	0.000
PE < 32s (n (%))	50 (0.8)	8 (0.1)	21 (3.8)	0.000
IUGR (n (%))	69 (1.1)	33 (0.6)	36 (6.5)	0.000
PE i/o IUGR (n (%))	23 (0.4)	64 (1.2)	57 (10.2)	0.000
PE i/o IUGR < 32s (n (%))	74 (1.2)	17 (0.3)	57 (6.3)	0.000
Òbit fetal (n (%))	18 (0.3)	13 (0.2)	5 (0.9)	0.021
DPPNI (n (%))	7 (0.1)	5 (0.1)	2 (0.4)	0.131

## Característiques test de criatge

IP>1.40 a les 20s						
	S (%)	E (%)	VPP(%)	VPN(%)	LR+	LR-
<b>PE</b>	<b>46</b>	<b>90</b>	<b>5.2</b>	<b>99.3</b>	<b>4.74</b>	<b>0.21</b>
<b>PE&lt;32s</b>	<b>71.4</b>	<b>90</b>	<b>2</b>	<b>99.9</b>	<b>7.2</b>	<b>0.14</b>
<b>RCIU</b>	<b>57.1</b>	<b>90.3</b>	<b>5.9</b>	<b>99.5</b>	<b>6</b>	<b>0.17</b>
<b>RCIU&lt;32s</b>	<b>71.3</b>	<b>90.1</b>	<b>3.6</b>	<b>99.9</b>	<b>7.42</b>	<b>0.13</b>
<b>PE i/o RCIU</b>	<b>48.7</b>	<b>90.5</b>	<b>9.0</b>	<b>98.9</b>	<b>5.15</b>	<b>0.19</b>
<b>PE i/o RCIU&gt;32</b>	<b>39.0</b>	<b>90.2</b>	<b>4.9</b>	<b>99.1</b>	<b>4</b>	<b>0.25</b>
<b>PE i/o RCIU&lt;32</b>	<b>71.4</b>	<b>90.2</b>	<b>4.1</b>	<b>99.8</b>	<b>7.26</b>	<b>0.14</b>

## Característiques del cribatge segons la definició de anormalitat

---

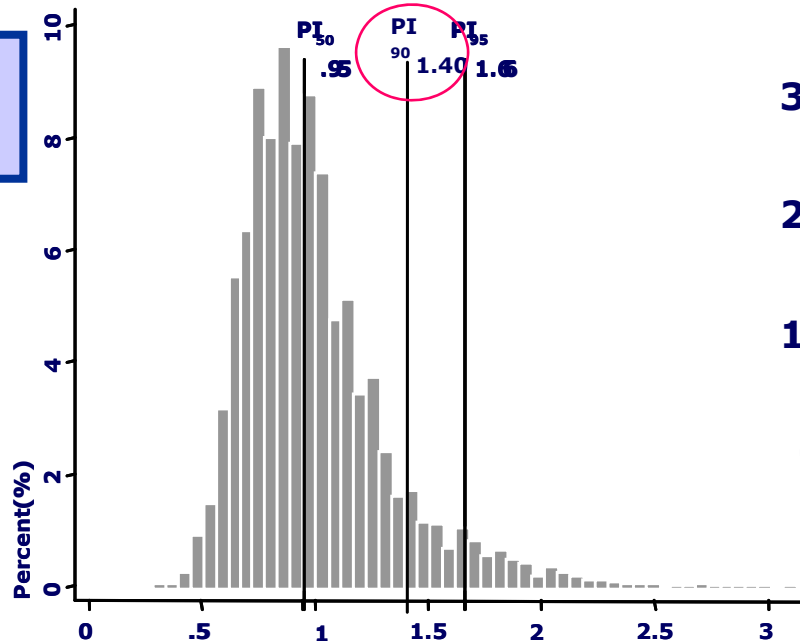
	<b>mPI&gt;1.6 i/o notch bilateral</b>	<b>mPI &gt;1.40</b>
Cribatge positiu, n(%)	558/6035 (9.2)	603/6035 (10.0)
Tasa de detecció, n (%)	28/38 (73.7)	25/35 (71.4)
LR- test positiu	8.35	7.26
LR- test negatiu	0.12	0.14

# Combinació de historia materna i del Doppler de les arteries uterines

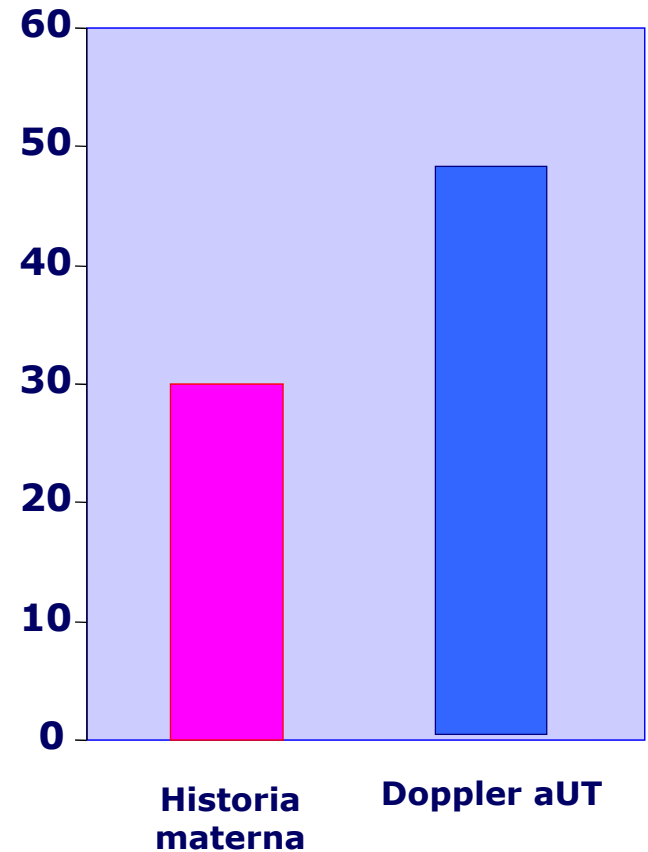
**Qüestionari  
clínic**

**Paritat**  
**Ètnia**  
**Hipertensió crònica**  
**Mals antecedents obst.**  
**IMC>30**  
**Diabetis I/II**

**Doppler de les  
art uterines 20s**



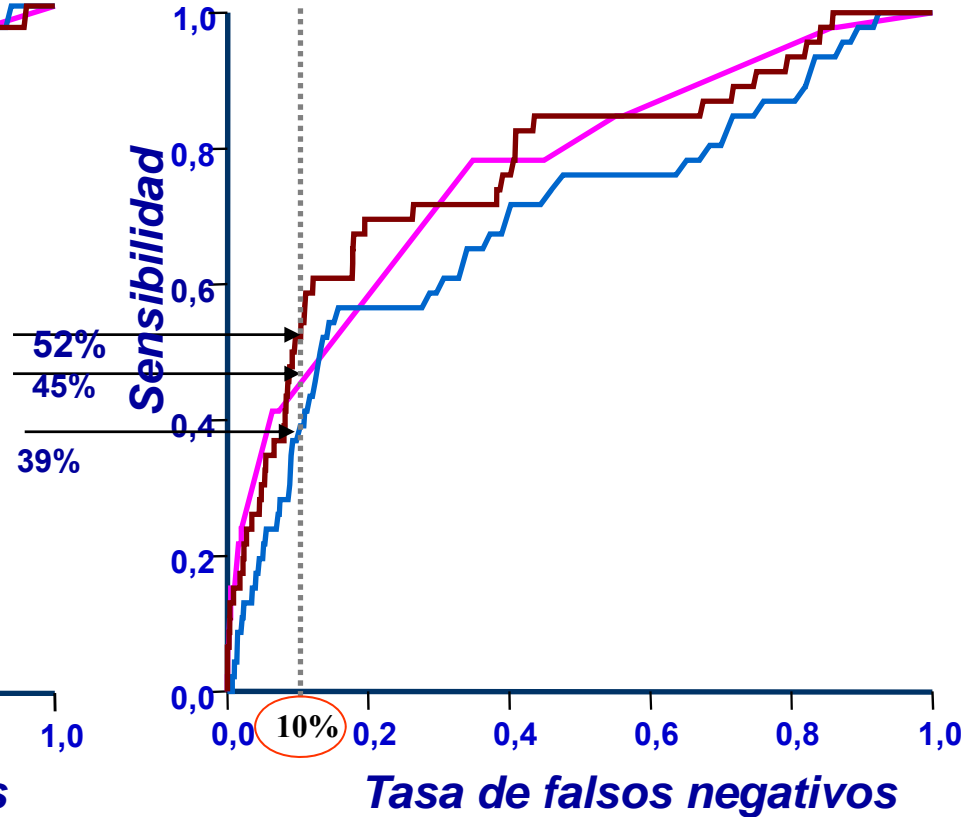
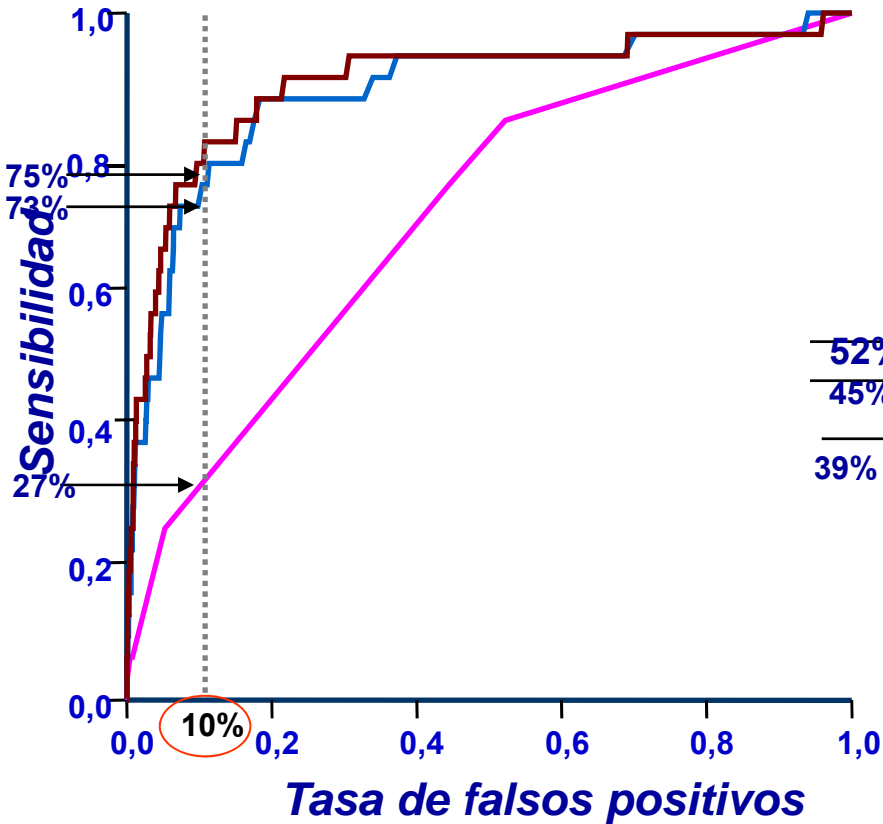
**Tassa de detecció  
PE(10% FPR)**



# Combinació de historia materna y del Doppler de las arteries uterines segons el tipus de PE

PE < 32s

PE ≥ 32s



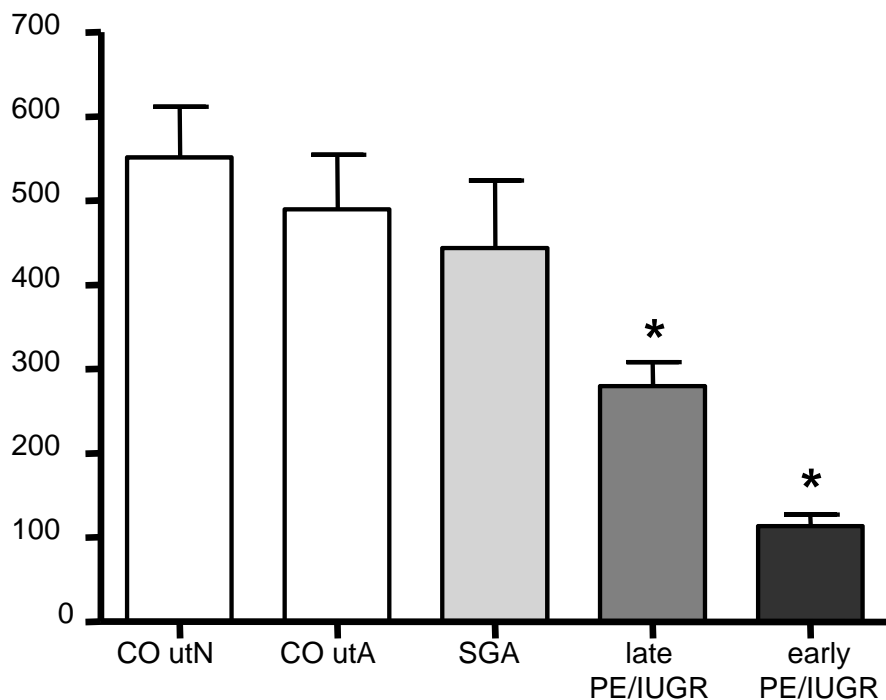
■ Historia Materna

■ Doppler aUT

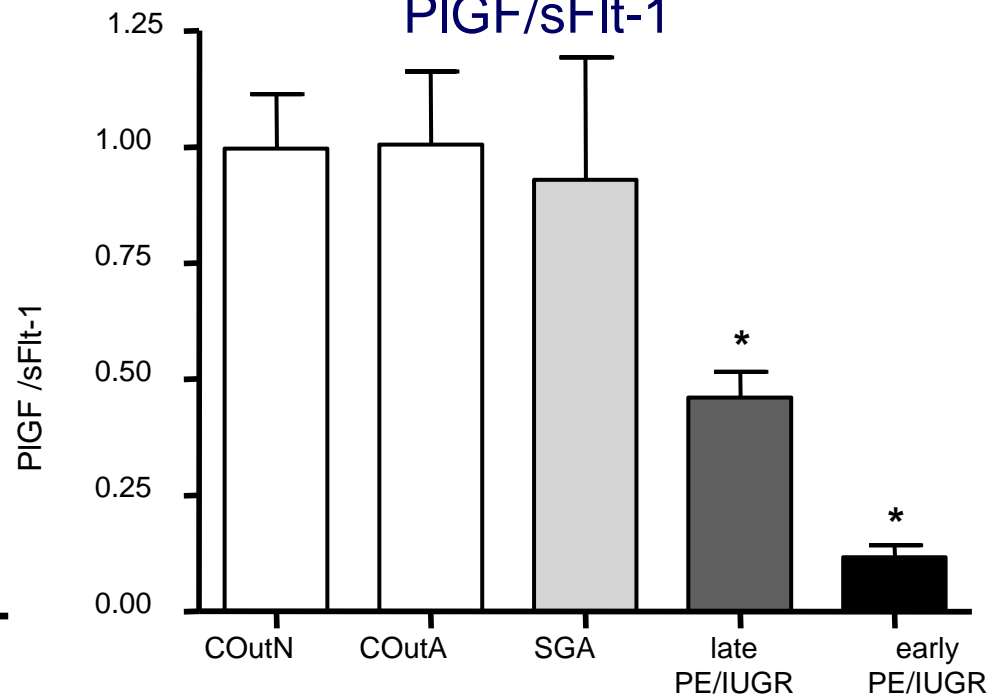
■ Combinación

# Combinació del Doppler de les arteries uterines i factors angiogènics ( PIGF y sFlt1) a les 20s

## PIGF (pg/mL)



## PIGF/sFlt-1

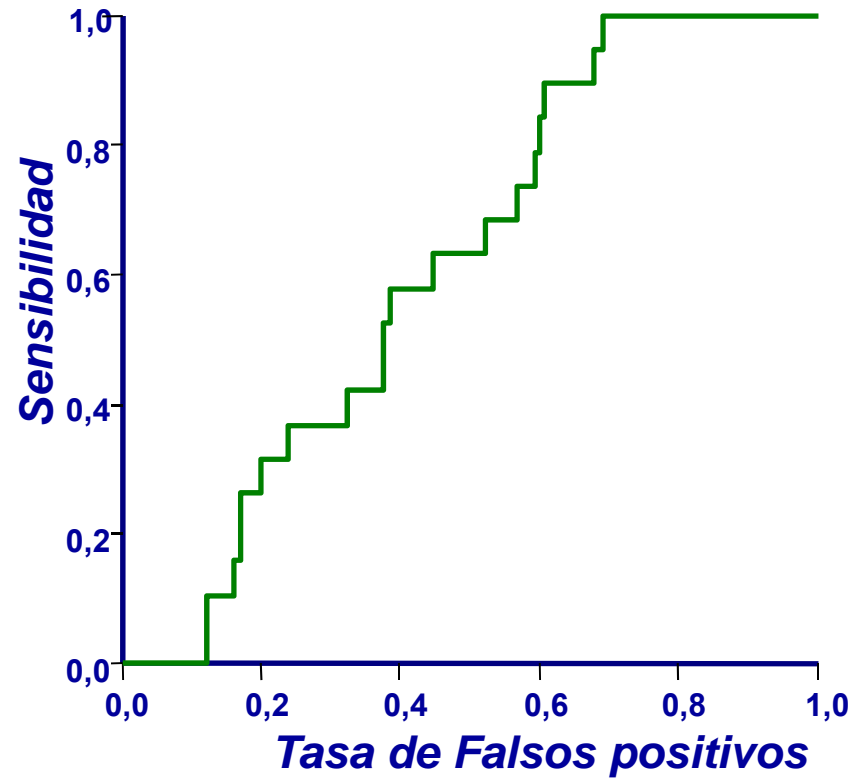
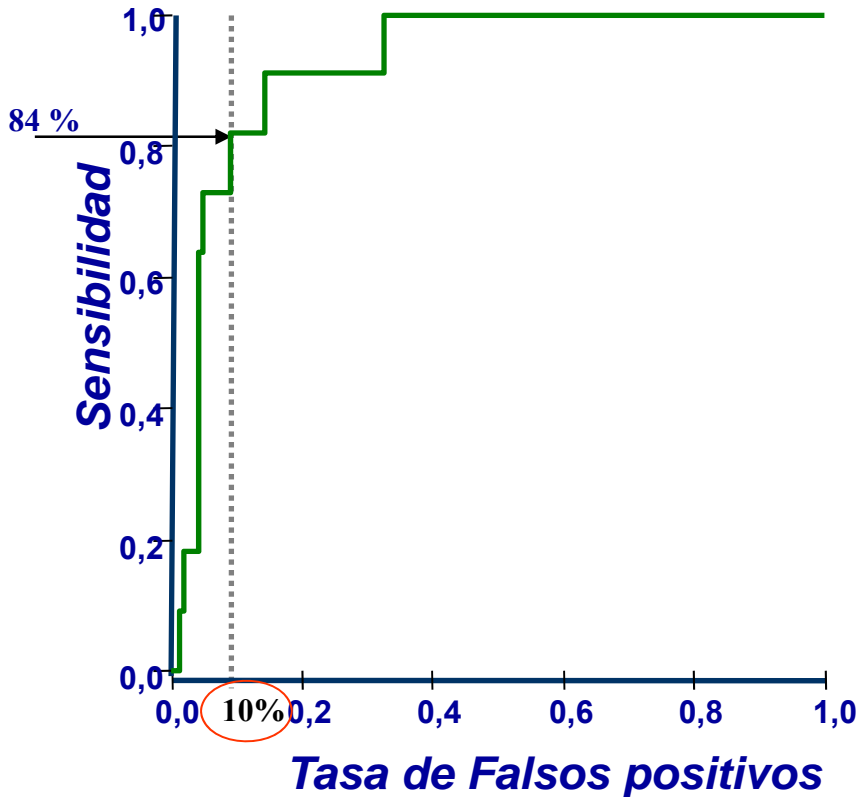




# Combinació del Doppler de les arteries uterines i factors angiogènics ( PIGF y sFlt1)

PE < 32s

PE ≥ 32s



■ Doppler aUT +PIGF/sFlt-1

# La ecografia de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## 1.- Doppler de les arteries uterines.

- ✓ Patologia prevalent e important
- ✓ Test segur i ben acceptat
- ✓ Tècnica descrita i reproducible
- ✓ Malaltia en fase asimptomàtica
- ✓ Alta sensibilitat, alt VPN

Intervenció preventiva efectiva?

# Antioxidants

	Vitamin C and vitamin E (n=1196)	Placebo (n=1199)	Risk ratio (95% CI)	p*
<b>Hypertensive disorders</b>				
Pre-eclampsia	181 (15%)	187 (16%)	0.97 (0.80-1.17)	0.754
Severe pre-eclampsia	62 (5%)	53 (4%)	1.17 (0.82-1.68)	
Gestational hypertension	84 (7%)	55 (5%)	1.53 (1.10-2.13)	
Severe gestational hypertension	7 (1%)	5 (0.4%)	1.40 (0.45-4.41)	
Antenatal onset of pre-eclampsia	170 (14%)	173 (14%)	0.99 (0.81-1.20)	
Postpartum onset of pre-eclampsia	11 (1%)	14 (1%)	0.79 (0.36-1.73)	
Delivery for pre-eclampsia before 37 weeks' gestation	96 (8%)	86 (7%)	1.12 (0.85-1.48)	
Delivery for pre-eclampsia before 34 weeks' gestation	17 (1%)	27 (2%)	0.52 (0.22-1.21)	
HELLP syndrome	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1.00 (0.03-30.00)	
Eclampsia	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1.00 (0.03-30.00)	
Severe proteinuria (>5 g in 24 h)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1.00 (0.03-30.00)	
Magnesium sulphate for pre-eclampsia	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1.00 (0.03-30.00)	
Intravenous antihypertensive therapy	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1.00 (0.03-30.00)	
<b>Other outcomes</b>				
Antenatal steroids	180 (15%)	134 (11%)	1.35 (1.09 to 1.66)	
Maternal death	1 (0.1%)	1 (0.1%)	NA	
Antenatal inpatient nights (mean, SD)	7 (8)	6 (6)	0.80 (0.22-1.37)	

Òbit fetal: 2.70(1.02-7.14)

Baix pes (<2.5Kg): 1.15 (1.02-1.30)

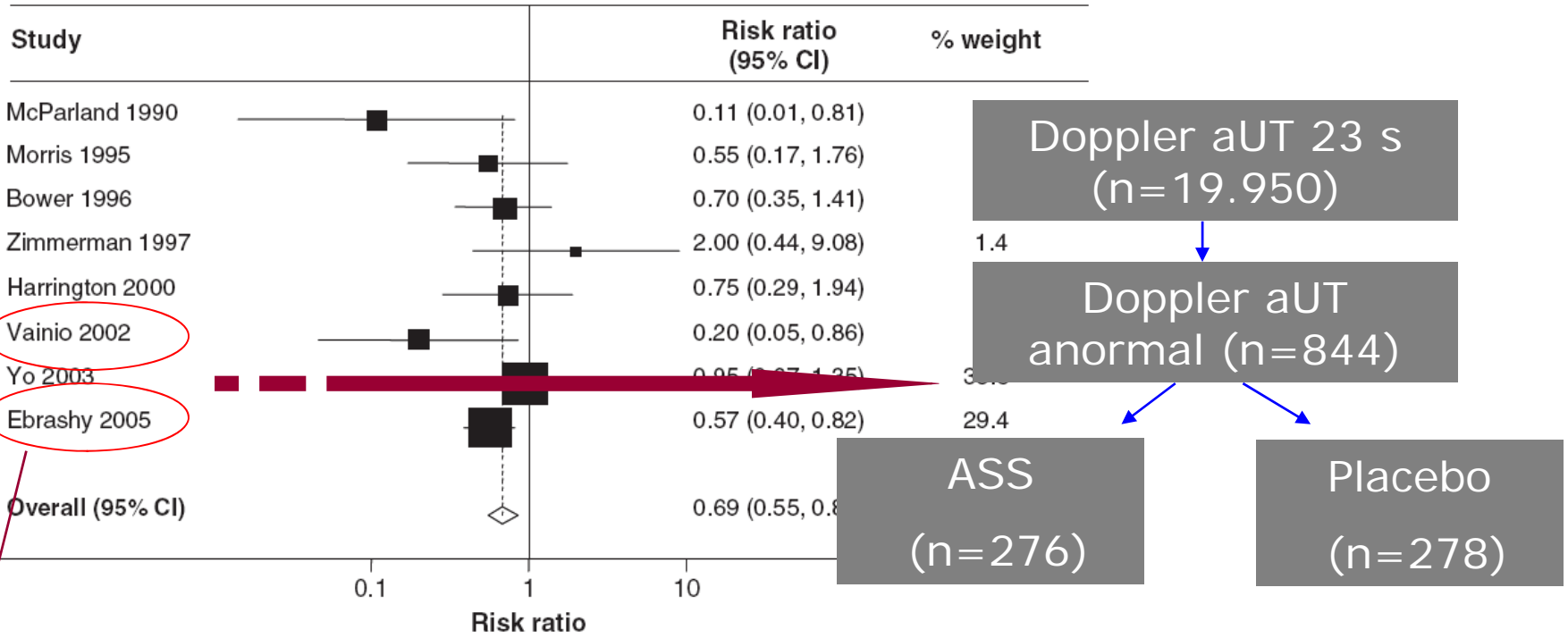
Data are number (%) unless otherwise indicated. \*p value presented only for primary outcome.

**Table 2: Maternal pregnancy outcomes by treatment allocation**

*Poston et al, Lancet, 2006*

➤ **8% incloses segons Doppler de les arteries uterines**

# AAS (75-150mg)



Vainio 2002

Yo 2003

Ebrashy 2005

Overall (95% CI)

**12-15 s**

PE	0.88 (0.56-1.40)
PE < 34s	0.72 (0.35-1.46)

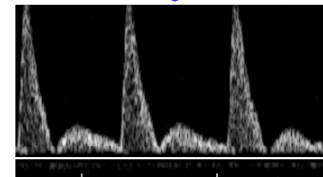
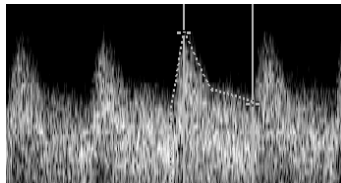
*Yu, CK; Ultrasound Obstet Gynecol 2003*

*Fox et al, BJOG, 2010*

# Doppler de les arteries uterines: prevenció?

---

**DOPPLER ART. UTERINES  
12-20**



**CONTROLS  
HABITUALS**



**NO TRACTAMENT  
PREVENTIU**



**TA+Prot bisetmanal**

**Control de creixement mensual**

\*NICE(National Institute Clinical Excellence), 2003

# UTOPIA

## Uterine Test to improve Outcome in Preeclampsia and IUGR Assessment

**Coordinadors: H Universitari Vall d'Hebron**

**Centros colaboradores:**

- H Universitario de Canarias
- H Son Llatçer de Mallorca
- H Sant Joan de Dèu de Barceloan

**PROYECTO FIS 06/1213**

***ClinicalTrials.gov***  
*Protocol Registration System*



Red  
SAMID

# UTOPIA

## Uterine Test to improve Outcome in Preeclampsia and IUGR Assessment

---

### HIPÓTESIS

Pot el Doppler de arteries uterines (Dut) identificar un subgrup de pacients d'alt risc de desenvolupar preeclampsia i/o RCIU en el que l'aplicació d'un programa de control exhaustiu de la gestació redueixi les complicacions materno-fetales?

# UTOPIA

## Uterine Test to improve Outcome in Preeclampsia and IUGR Assessment

**Consentiment i randomització**

ECOGRAFIA 20 S

NO DOPPLER UTERINES

DOPPLER UTERINES

IP < 1.40

IP > 1.40

CONTROL NORMAL

CONTROL EXHAUSTIU

Eco c/ 4 s  
Labstix c/ 2 s  
TA c/ 2 s

**RESULTATS PERINATALS**



# UTOPIA

Uterine Test to improve Outcome in Preeclampsia and IUGR Assessment

DADES PRELIMINARS

5.900  
HUVH

10.055  
HUC

1.500  
HSLL

680  
HSJD

18.135

No consentimient

3%

17.590

50.5%

49.5%

8.882  
NO DOPPLER UTERINES

8.707  
DOPPLER UTERINES

90.7%

IP < 1.40

7897

CONTROL NORMAL

9.3%

IP > 1.40

810

CONTROL EXHAUSTIU

# La ecografia de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## 1.- Doppler de les arteries uterines.

- ✓ Patologia prevalent e important
- ✓ Test segur i ben acceptat
- ✓ Tècnica descrita i reproducible
- ✓ Malaltia en fase asimptomàtica
- ✓ Alta sensibilitat, alt VPN

Intervenció preventiva efectiva?

12S + AAS?

# La ecografia de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

**1.- Doppler de les arteries uterines.**

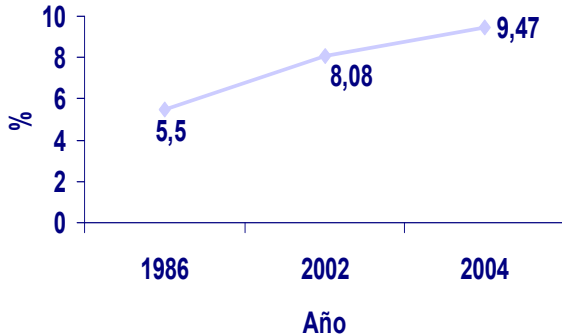
**2.- Medició de la longitud cervical.**

Test de cribatge:

- Patologia prevalent e important
- Test segur i ben acceptat
- Tècnica descrita i reproducible
- Malaltia en fase asimptomàtica
- Alta sensibilitat, alt VPN
- Intervenció preventiva efectiva

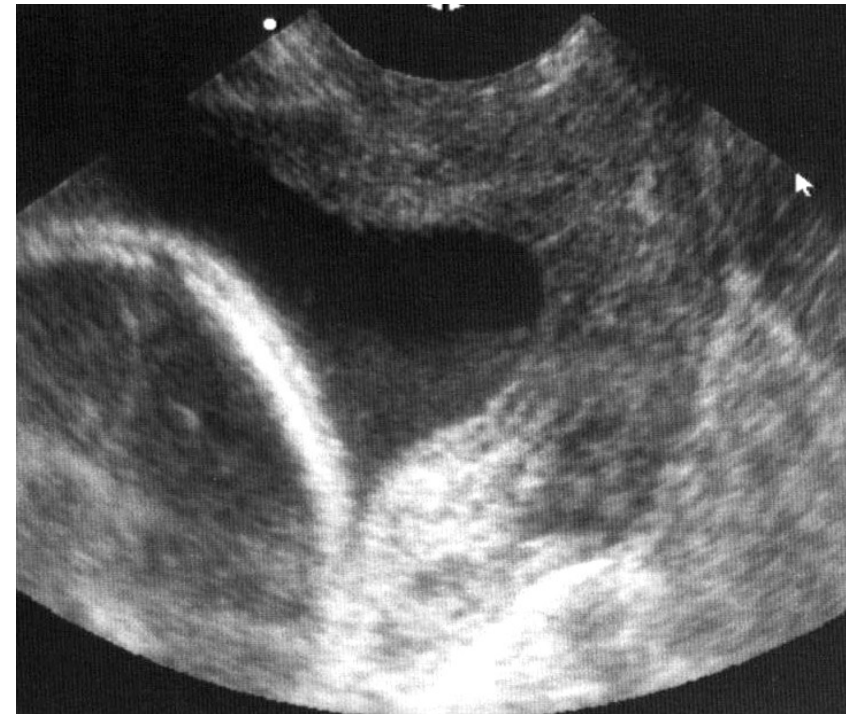
# Medició de la longitud cervical

TASA DE PREMATURIDAD  
en España

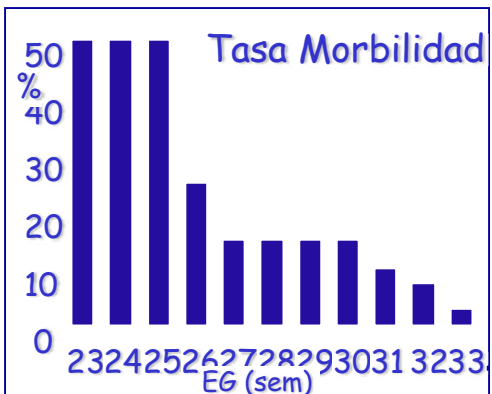
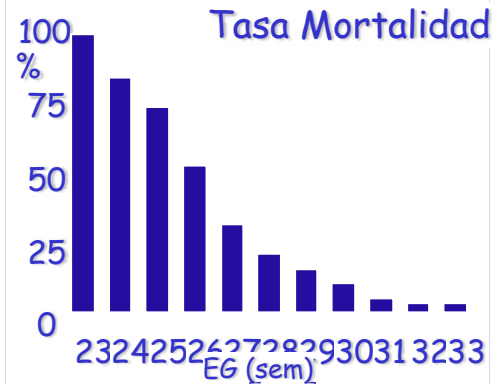


Cèrvix s'escurça de forma asimptomàtica a partir de les 16 setmanes en les dones que pateixen un episodi de PP.

Medició de la longitud cervical per ecografia?



Iams JD, N Engl J Med; 1996



# Medició de la longitud cervical: Tècnica

LONGITUD CERVICAL RIC 6-9H/OB MI 1.2 H. MATERNO INF. V.HEBRON  
13582-07-05-22-1 5.4cm / 25Hz TIs 0.1 22.05.2007 09:02:26

1.Trim.Rout.  
Har-Alto  
Pot 100 %  
Gn 1  
C7 / M5  
P5 / E3  
SRI II 3

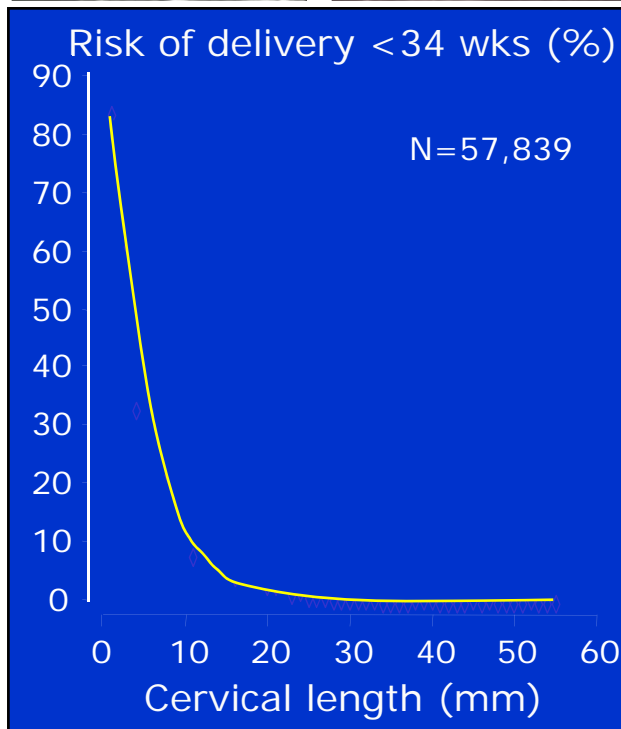


# Medició de la longitud cervical: Tècnica



# Medició de la longitud cervical

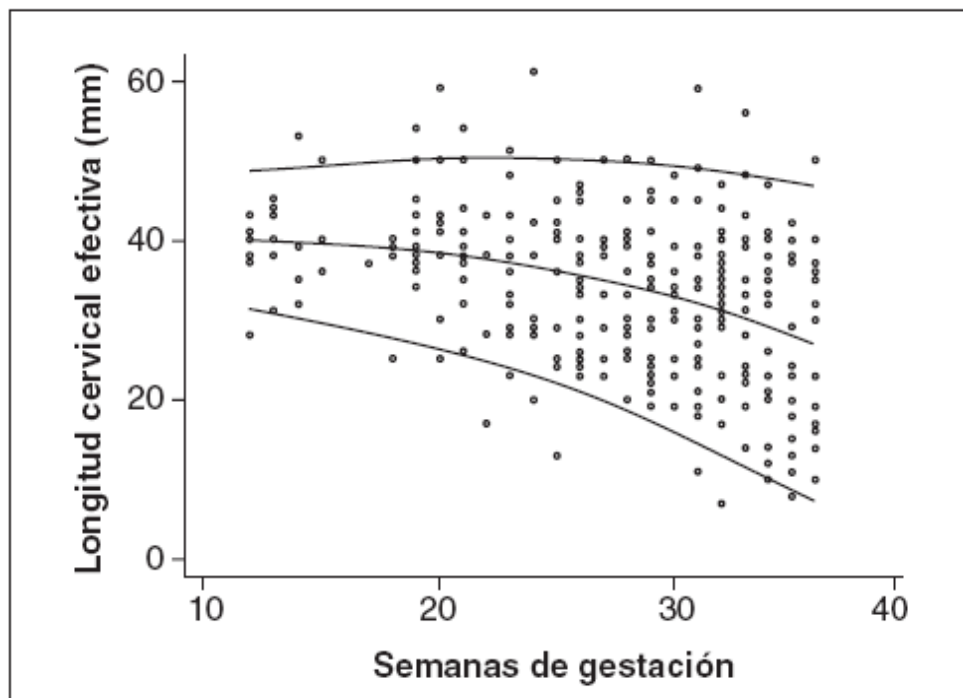
Medició de la longitud cervical a les 22s  
i risc de PP < 34s



Cervix	% total	PP < 34w
1-5 mm	0.2	70%
6-10 mm	0.4	22%
11-15 mm	0.5	16%
16-25 mm	7.0	4%
26-30 mm	16.6	1.3%
31-35 mm	27.4	0.8%
36-40 mm	26.9	0.6%
>40 mm	21.0	0.4%

# Medició de la longitud cervical: corbes de normalitat

## Gestacions Úniques



20 s

25 mm

30-34 s

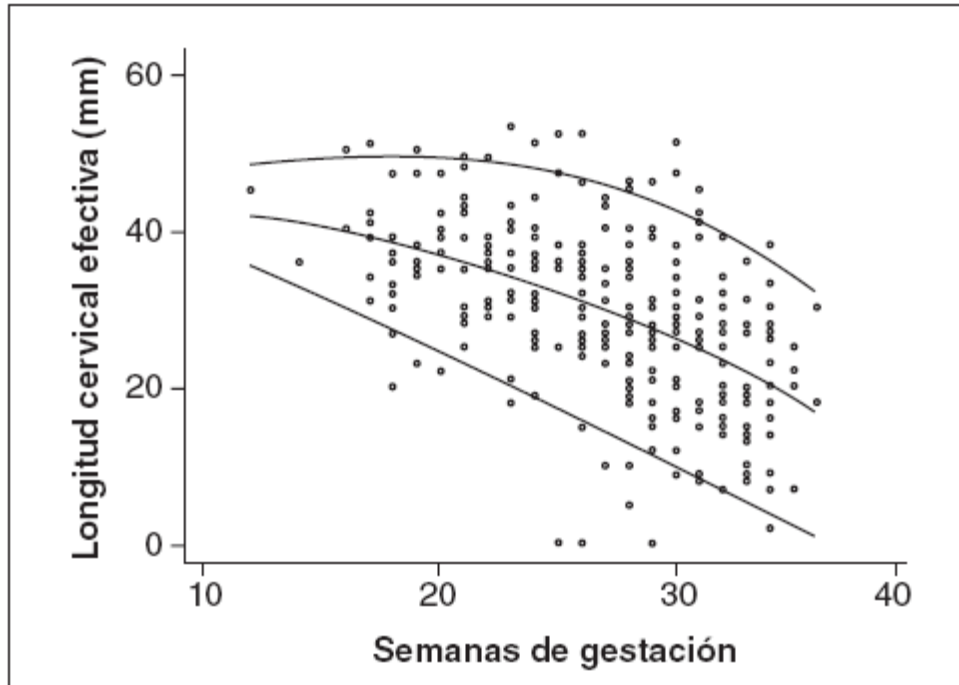
15 mm

<i>Semana de gestación</i>	<i>Percentil 5</i>	<i>Media</i>	<i>Percentil 95</i>
12	31,1	39,8	48,4
13	30,7	39,6	48,6
14	30,2	39,5	48,8
15	29,6	39,3	49,1
16	28,8	39,1	49,3
17	28,4	38,9	49,4
18	27,8	38,7	49,6
19	27,1	38,4	49,7
20	26,3	38,1	49,9
21	25,5	37,7	50
22	24,7	37,3	50
23	23,8	36,9	50
24	22,8	36,4	50
25	21,8	35,9	50
26	20,8	35,4	49,9
27	19,7	34,8	49,8
28	18,7	34,1	49,6
29	17,3	33,4	49,4
30	16,1	32,6	49,2
31	14,8	31,8	48,9
32	13,4	30,9	48,5
33	11,9	30	48,1
34	10,4	29	47,6
35	8,9	28	47,1
36	7,2	26,9	46,5



# Medició de la longitud cervical: corbes de normalitat

## Gestacions múltiples



20 s

20 mm

30-34 s

10 mm

Tabla 5 Media y percentiles 5 y 95 de la longitud cervical efectiva en gestaciones gemelares según semana de gestación (medidas en mm)

Semana de gestación	Percentil 5	Media	Percentil 95
12	35,6	41,9	48,1
13	34,1	41,3	48,5
14	32,9	40,8	49,7
15	31,6	39,9	49,3
16	30,1	39,6	49
17	28,7	38,9	49,1
18	27,3	38,2	49,2
19	25,8	37,5	49,1
20	24,4	36,7	49
21	22,9	35,9	48,8
22	21,5	35	48,5
23	20	34,1	48,1
24	18,6	33,1	47,7
25	17,1	32,1	47,1
26	15,6	31	46,4
27	14,2	29,9	45,5
28	12,7	28,6	44,6
29	11,2	27,4	43,5
30	9,7	26	42,3
31	8,3	24,6	41
32	6,8	23,2	39,5
33	5,3	21,6	37,9
34	3,8	20	36,1
35	2,4	18,3	34,2
36	0,9	16,5	32,2

# Medició de la longitud cervical

GESTACIONS ÚNIQUES						BAIX RISC			
<i>n</i>	PP (%)	Resultat	EG	LC	S	E	VPP	VPN	RR
2915	4.3	< 35	22-25	25	47	84	35	90	3.4
2567		< 32	22-24	15	58				2.7
3694	0.8	< 35	18-22	25	29				3.6
6877	2.9	< 32	14-24	25	15				13.4
760	3.6	< 32							

*Iam et al. N Eng J Med 1996; 334: 567-572*  
*Heath et al. Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 12: 312-317*  
*Taipale et al. Obstet Gynecol 1998; 92: 902-907.*  
*Hassan et al. Am J Obstet Gynecol 2000; 182: 1458-1467*  
*Hibbard et al. Obstet Gynecol 2000; 96: 972-978*

**CRIBATGE: BAIXA SENSIBILITAT**

Intervenció preventiva efectiva?

# Medició de la longitud cervical

## GESTACIONS ÚNIQUES

Fonseca et al, 2007

POBLACIÓ: LC  $\leq$  15 mm

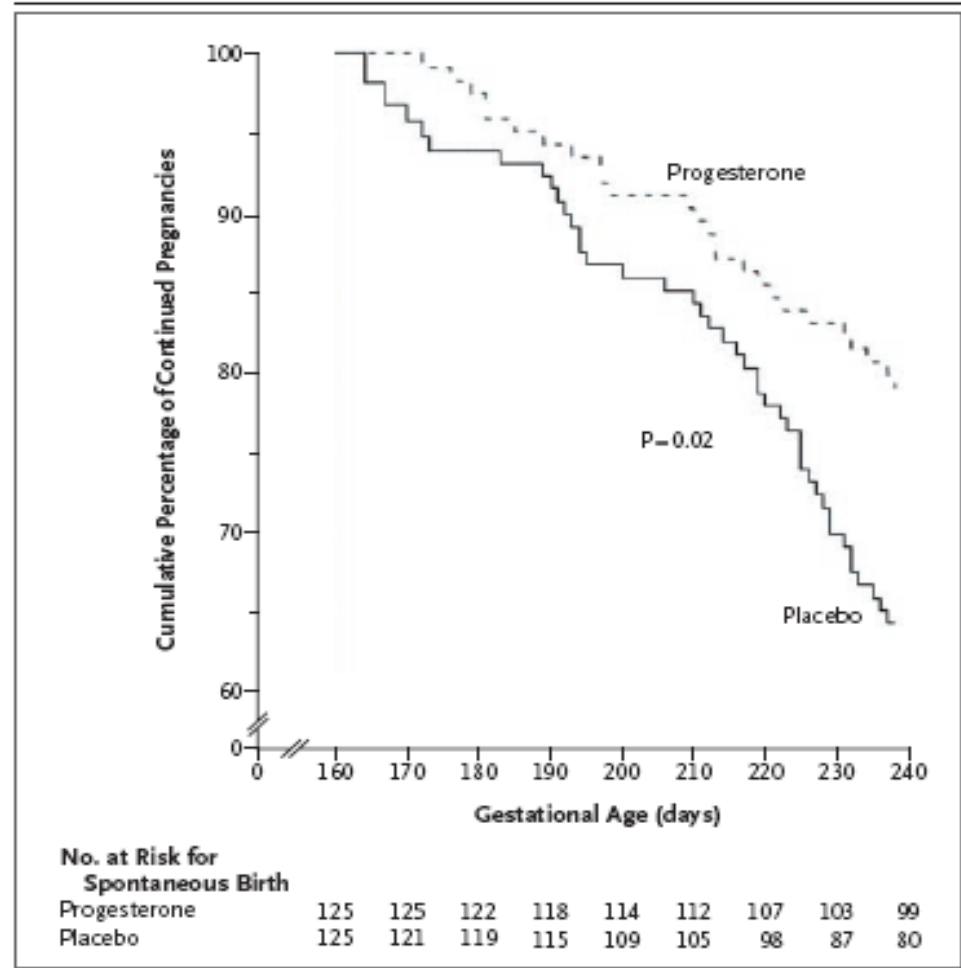
200 mg PG vaginal diària 24-34s

OBJETIU:  $\downarrow$  tasa de PP ( $\leq$  34s)

n = 250 (125 PG; 125 Placebo)

TPP < 34s: 19.2 % - 34.4 %

$\downarrow$  TASA PP  
NO CANVIS MORBI-MORTALITAT



# Medició de la longitud cervical

## GESTACIONS ÚNIQUES

## ALT RISC

<i>n</i>	PP (%)	Resultat	EG	LC	S	E	VPP	VPN	RR
120	20	< 34	20-24	25					
469		< 34	15-24	25	76			96	
183	26	< 35	16-24	25	69	80	55	88	4.5

*Cook et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 15: 109-113.  
Guzman et al; Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18: 204-210  
Owen et al; JAMA 2001; 286; 1340-1348.*

**CRIBATGE: ↑ SENSIBILITAT / ↑ VPP**

Intervenció preventiva efectiva?

# Medició de la longitud cervical

**GESTACIONS ÚNIQUES**

**ALT RISC**

Fonseca et al, 2003

**POBLACIÓ: PP,  
Cerclatge, Malf. uterina**

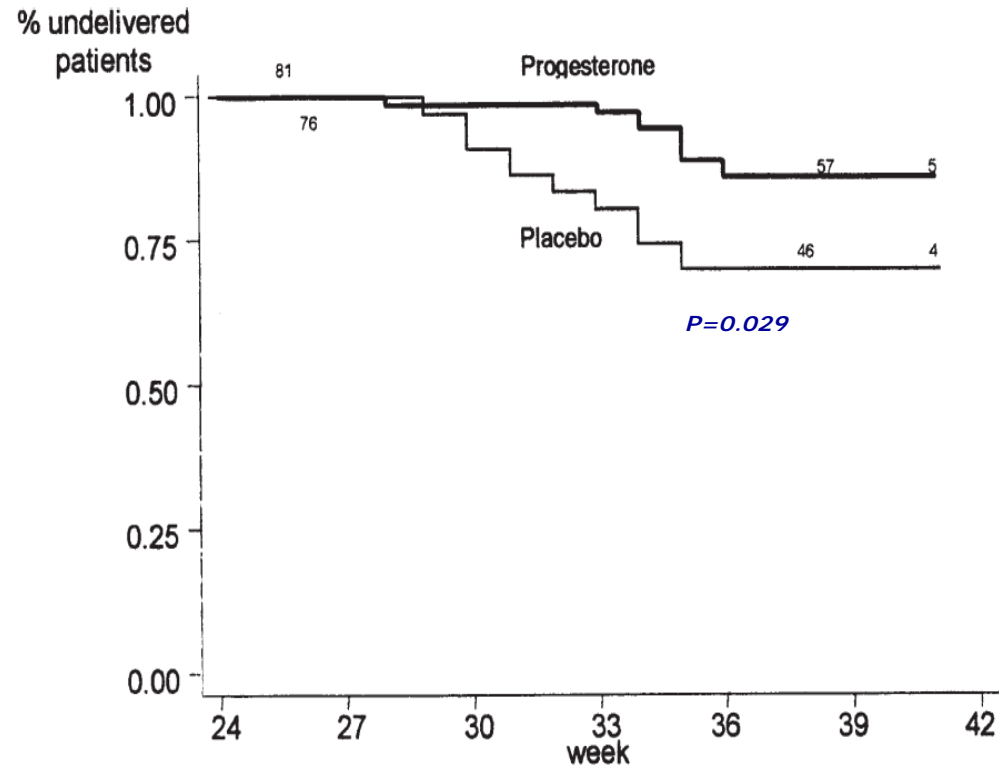
**100 mg PG vaginal diaries 24-34s**

**OBJETIVO: ↓ tasa de PP ( $\leq 37s$ )**

**n = 142 (70 PG; 70 Placebo)**

**TPP < 37s: 13.8% - 28.5 %  
TPP < 34s: 2.8% - 18.6 %**

**↓ TASA PP  
NO CANVIS MORBI-MORTALITAT**



# Medició de la longitud cervical

## GESTACIONS MÚLTIPLES

<i>n</i>	PP (%)	Resultat	EG	LC	S	E	VPP	VPN	RR
147	32	< 35	22-24	25	30	88	54	74	3.2
47	34	< 32	15-20	25	25	100	100	72	N/A

Goldenberg et al. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1047-1053.  
Guzman et al. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1108-1113.

## CRIBATGE: ↓ BAIXA SENSIBILITAT / ↑ VPP

250 mg  $\alpha$ hidroxiPG caproato i.m.  
setmanal 16/20-35s

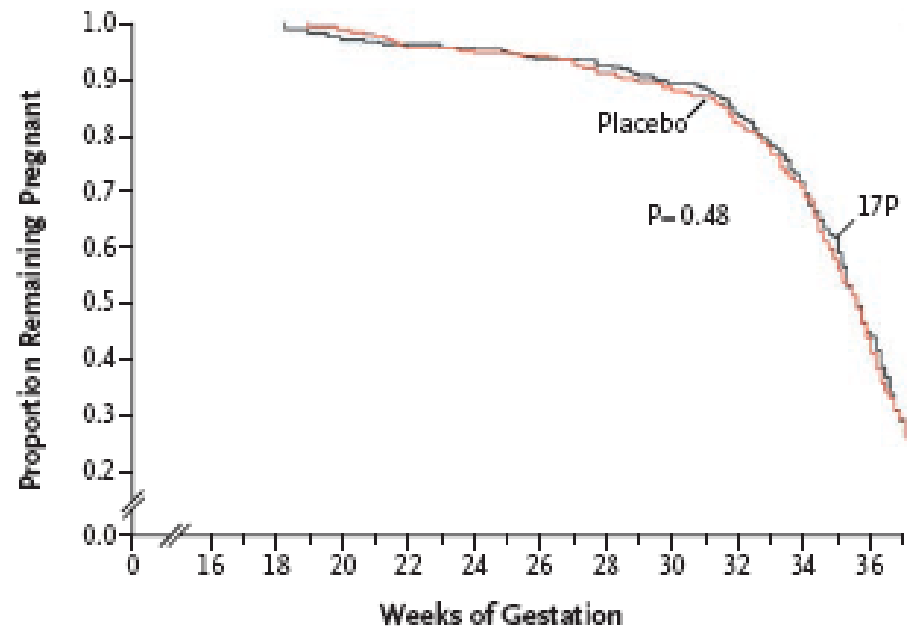
OBJETIVO: ↓ tasa de PP ( $\leq 35s$ )

*n* = 661 (327 PG; 334 Placebo)

TPP < 37s: 69.5 % - 70.3 %

TPP < 32s: 16.9 % - 14.5 %

TPP < 28s: 8.0 % - 6.1 %



**NO CANVIS TASA PP**  
**NO CANVIS MORBI-MORTALITAT**

Rouse et al, 2007

# Medició de la longitud cervical

## ESTUDI COST-EFECTIVITAT

RESEARCH

www.AJOG.org

### OBSTETRICS

## Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth: a decision and economic analysis

Alison G. Cahill, MD, MSCI; Anthony O. Odibo, MD, MSCE; Aaron B. Caughey, MD, PhD; David M. Stamilio, MD, MSCE; Sonia S. Hassan, MD; George A. Macones, MD, MSCE; Roberto Romero, MD

TABLE 4

Number of preterm births at <34 weeks' gestation and cases of severe morbidity that were prevented per dollar spent by strategy, with the use of base-case estimates and an estimated annual delivery rate of 4 million in the United States

Strategy	Preterm births, n	Cases significant morbidity, n	Total cost (\$100 million)	Preterm births prevented, n	Cases significant morbidity prevented, n	Total cost saved (\$100 million)
No screening or treatment (reference)	170,920	47,810	462.4	Reference	Reference	Reference
Universal screening	75,000	34,220	333.0	95,920	13,590	129.4
High-risk screening	142,160	43,740	423.1	28,760	4070	39.3
Standard of care: 17-hydroxyprogesterone acetate	114,880	39,860	386.6	56,040	7950	79.3

Cahill. Preterm birth prevention. Am J Obstet Gynecol 2010.

# Medició de la longitud cervical: prevenció

## PROGESTERONA

POBLACIÓ GENERAL

NO

*Keirse et al, 1990; Dodd et al, 2006*

MÚLTIPLES

NO

*Fonseca et al, 2007; Rouse et al, 2007, Norman JE, 2009*

ANTECEDENT PP

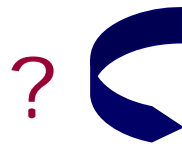
SI

*Fonseca et al, 2003 y 2007; O'Brien et al, 2007; Berghella et al, 2010; Cetingoz E, 2010*

CÈRVIX CURT

SI

*Fonseca et al, 2007; DeFranco et al, 2007, Rode I, 2009*



15-25 mm

<15 mm

Cerclatge

*Keeler et al, 2009*

Epidemiology/Health Services Research  
ORIGINAL ARTICLE

### Increased Incidence of Gestational Diabetes in Women Receiving Prophylactic 17 $\alpha$ -Hydroxyprogesterone Caproate for Prevention of Recurrent Preterm Delivery



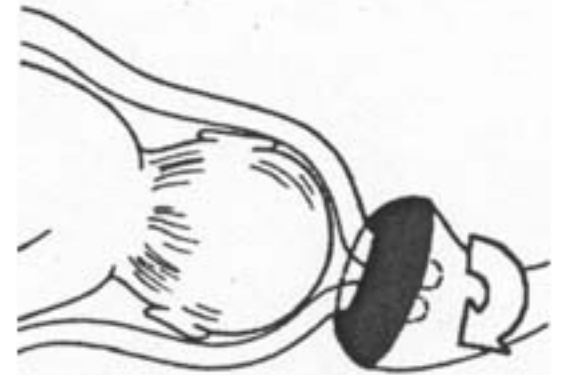
## PECEP TRIAL

*“PEsario Cervical para Evitar Prematuridad”*

**Coordinadors: H Universitari Vall d'Hebron**

**Centros colaboradores:**

- H Universitario de Canarias
- H Son Llatçer de Mallorca
- H Universitari Dexeus
- H de Terrassa
- H Sant Joan de Reus
- H de Fuenlabrada



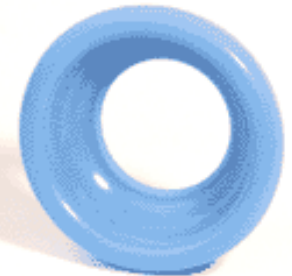
**PROYECTO FIS 07/1086**

***ClinicalTrials.gov***  
*Protocol Registration System*

Prevention of Preterm Birth Using Cervical Pessary in Pregnant Women With Short Cervix (PECEP)

**This study is currently recruiting participants.**  
Verified by Maternal-Infantil Vall d'Hebron Hospital, October 2008

Sponsored by:	Maternal-Infantil Vall d'Hebron Hospital
Information provided by:	Maternal-Infantil Vall d'Hebron Hospital
ClinicalTrials.gov Identifier:	NCT00706264



Red  
SAMID

## HIPÓTESIS

**Pesari cervical redueix risc de PART PREMATUR**

**En gestants asimptomàtiques amb LC  $\leq$  25 mm.**

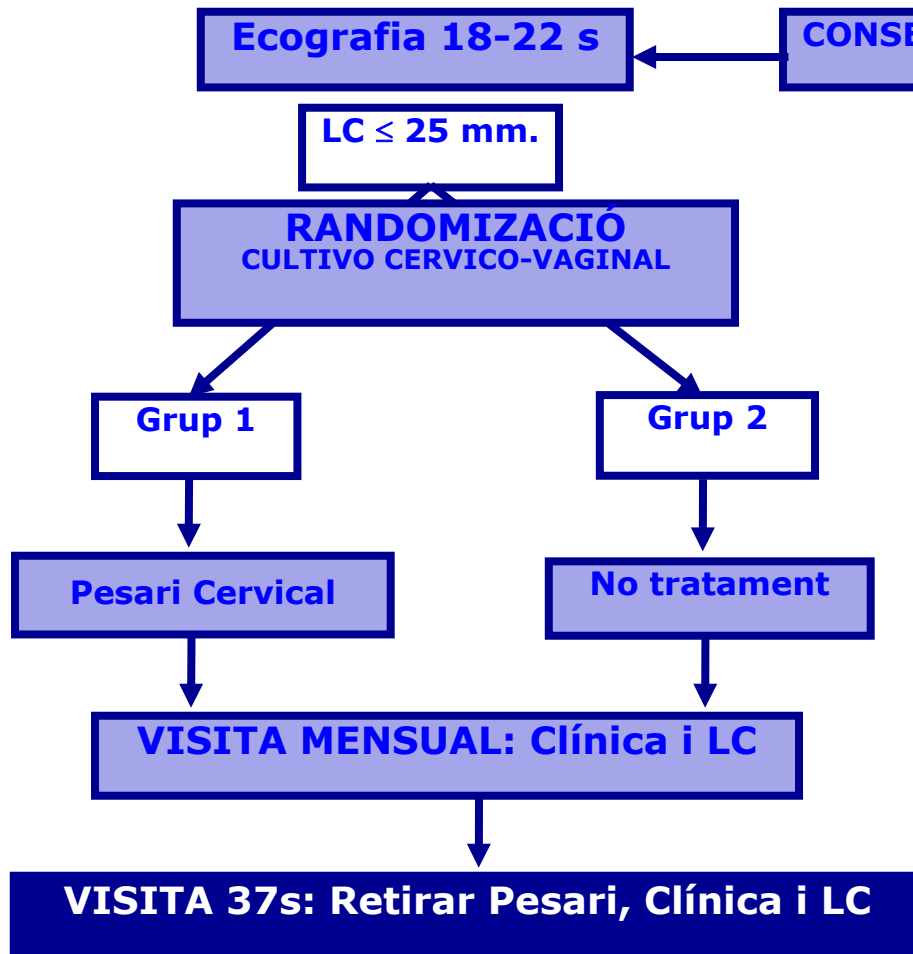
**Entre 18 y 22 s de gestació**

## **criteris Exclusió:**

- **Cirurgia cervical prèvia**
- **Malformacions Uterina**
- **Cerclatge en gestació actual**
- **Incompetència Cervical**

# PECEP TRIAL: Pesario cervical para evitar prematuridad

## MÉTODES



**Tamany Mostra:**  
**190 casos en cada grup**

- Diferència 50%
- Error tipus  $\alpha$  5%
- Potència 90%
- Pèrdues 10%

**RESULTATS PRELIMINARS**

**1553 ECOGRAFIAS**

**101  $\leq$  25 MM**

**SG AL PART**

**51 PESARIO: GA 38.3 (35-39.5)**

**50 SIN PESARIO: GA 32.2 (29.6-37.1)**

**NO DIFERENCIAS EN ELS RESULTATS PERINATALS**

# La ecografia de segon trimestre: més enllà de la morfologia

---

## 2.- Medició de la longitud cervical 20s

- ✓ Patologia prevalent e important
- ✓ Test segur i ben acceptat
- ✓ Tècnica descrita i reproducible
- ✓ Malaltia en fase asimptomàtica
- ✓ Alta sensibilitat, alt VPN

Intervenció preventiva efectiva?

Cerclatge

Progesterona

Pesari



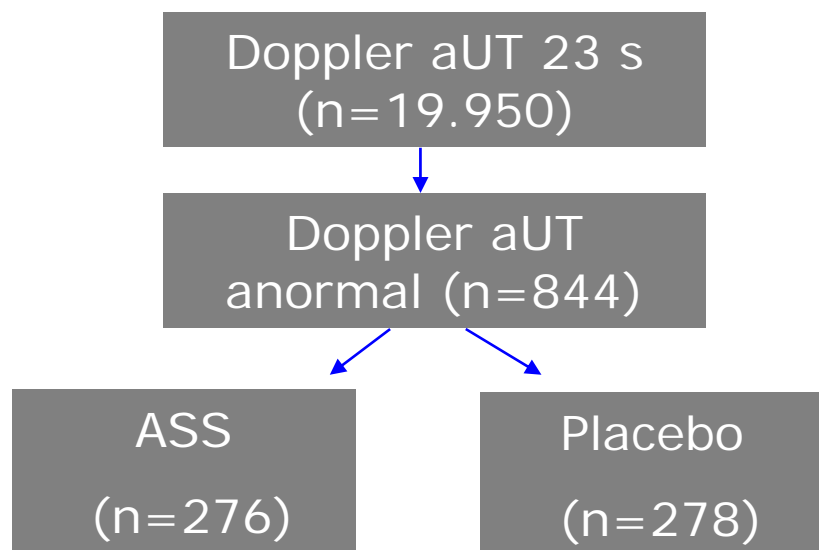
# Vall d'Hebron Hospital

[www.fetalmed.org](http://www.fetalmed.org)

[ellurba@vhebron.net](mailto:ellurba@vhebron.net)

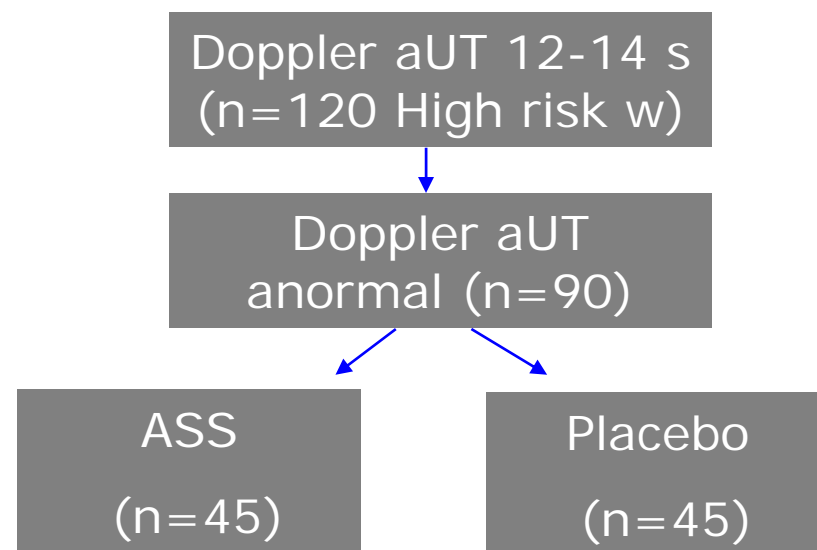
# AAS Bajas dosis (75-150mg)

## ESTUDIOS EN PACIENTES CON AUMENTO DE RESISTENCIA aUT



PE	0.88 (0.56-1.40)
PE < 34s	0.72 (0.35-1.46)

*Yu, CK; Ultrasound Obstet Gynecol 2003*



PE	0.22(0.05-0.86)
----	-----------------

*Vainio; BJOG, 2002*