

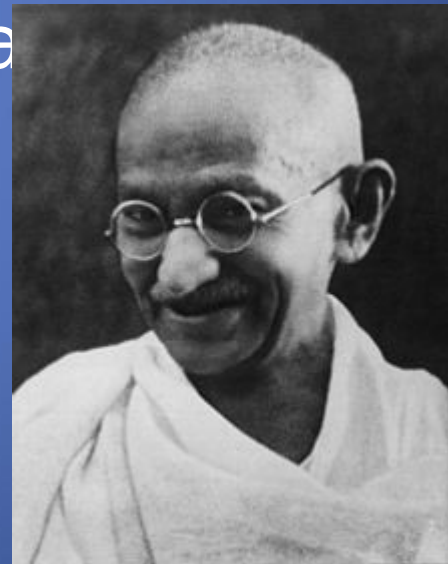
ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL



*MSc Dra. Lourdes Carrillo
Bermúdez*

Efemérides

2007 - Se celebra por primera vez **Día Internacional de la No Violencia**. El *Día Internacional de la No Violencia* se observa el 2 de octubre, aniversario del nacimiento de *Mahatma Gandhi*, líder del movimiento de la Independencia de la India de la filosofía y la estrategia de la .



ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL.

Objetivos:

1. Demostrar a escala reproductiva el enfoque de riesgo y las desviaciones de la normalidad durante el embarazo y la importancia de las mismas.
2. Conocer a escala reproductiva la clasificación, etiopatogenia, manifestaciones clínicas y las consecuencias de estas afecciones.
3. Conocer, a nivel aplicativo el diagnóstico y los exámenes complementarios a realizar.
4. Conocer, a nivel reproductivo el tratamiento y a nivel aplicativo la profilaxis a realizar y las orientaciones a dar a las pacientes con alteraciones del término de la gestación y del crecimiento fetal.

ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL

Duración normal de la gestación: 280 +/- 21 días

- ✓ Alteraciones: - Por Defecto.
- Por Exceso.
- ✓ Nacimiento a Término: de 37 a 42 semanas.
- ✓ Nacimiento Pre-término: 258 días o menos
(- de 37 semanas.)
- ✓ Nacimiento Post-término: 295 días o más.
(+ 42

DETERMINACION DE LA EDAD GESTACIONAL

- ✓ Fecha de la última menstruación segura
- ✓ Inexistencia de historia de trastornos menstruales
- ✓ Que la embarazada no haya utilizado anticoncepción hormonal al menos 3 meses antes de la FUM
- ✓ Correspondencia entre la FUM y el tamaño del útero
- ✓ El fondo uterino debe estar al nivel del ombligo a las 20 semanas de gestación
- ✓ Concordancia de LCC del embrión, o entre el DBP y LF con FUM

PARTO PRETÉRMINO

PARTO PRETERMINO

- La OMS considera prematuro a todo recién nacido cuyo peso sea inferior a 2 500 g, sin hacer referencia a la edad gestacional
- Congreso Europeo de Medicina Perinatal: niños nacidos antes de las 37 semanas completas de gestación

PARTO PRETERMINO

Importancia del problema

- ✓ Frecuencia 10%
- ✓ Contribuye al 70% de las muertes perinatales
- ✓ **Asociado a una morbilidad inmediata y a largo plazo donde se incluyen:**
 - Síndrome de dificultad respiratoria
 - Enterocolitis necrotizante
 - Hemorragia intraventricular
 - Enfermedad pulmonar crónica
 - Parálisis cerebral
 - Retardo mental

PARTO PRETERMINO

Se define como el que tiene lugar antes de la semana 37 de gestación

- **Prematuridad extrema:** parto < 28.0 semanas de gestación (5% de los partos pretérmino).
- **Prematuridad severa:** entre 28.1 y 31.6 semanas (15% de los partos pretérmino).
- **Prematuridad moderada:** entre 32.0 y 33.6 semanas (20% de los partos pretérmino).
- **Prematuridad leve:** entre les 34.0-36.6

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

- **Parto pretérmino espontáneo.**
Representa el 31-40% de los partos pretérmino.
- **Rotura prematura de membranas:**
Aparece en un 3-5% de las gestaciones.
Representa un 30-40% de los partos pretérmino.
- **Finalización electiva por patología materna y/o fetal** (Preclampsia, RCIU).
Representa el 20-25% de los partos

PARTO PRETERMINO ETIOLOGÍA

➤ EVENTO

MULTIFACTORIAL

➤ DIFÍCIL DE PREVENIR



Existen factores que predisponen, a su ocurrencia y que pueden y deben ser identificados en la atención prenatal

COMPLICACIONES MÉDICAS Y OBSTÉTRICAS

- Preclampsia
- Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino.
- Sufrimiento fetal
- CIUR
- Hematoma Retroplacentario.
- Placenta previa
- Embarazos múltiples
- Malformaciones uterinas
- Incompetencia cervical

FACTORES RELACIONADOS CON ESTILO DE VIDA

- Tabaquismo
- Drogadicción y Alcoholismo
- Malnutrición materna
- Estrés
- Bajo nivel socio-económico.

FACTORES GENÉTICOS

ETIOLOGÍA

- **Parto pretérmino espontáneo.** Representa el 31-40% de los partos pretérmino.
 - Infección intraamniótica. Responsable del 10-12% de los casos de parto pretérmino con bolsa íntegra.
 - Causa vascular: isquemia (trombofilia hereditaria o adquirida) o hemorrágica (placenta previa, DPPNI, hemorragia 1º o 2º trimestre de causa no filiada)
 - Estrés psicológico/físico
 - Sobredistensión uterina: gestación múltiple: responsable del 15-20% de los partos pretérmino.
- **Rotura prematura de membranas:** Aparece en un 3-5% de las gestaciones. Representa un 30-40% de los partos pretérmino.
- **Finalización electiva por patología materna y/o**

PARTO PRETERMINO

- Los tratamientos actuales de la infertilidad son responsables del 30 al 60% de los embarazos múltiples
- El 15 al 20 % de los partos pretérmino son resultado de gestaciones múltiples



Prevención del parto pretérmino

- ✓ La identificación de las pacientes con riesgo de PPT constituye un reto importante para la medicina fetal
- ✓ La efectividad de las intervenciones para prevenir o detener este proceso **permanece controversial**

GRUPO DE RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO

- **Antecedente previo de parto pretérmino espontáneo o rotura prematura de membranas < 34 semanas.**
- **Historia obstétrica sugestiva de incompetencia cervical ≥ 15 semanas de gestación**
- **Episodio de amenaza de parto pretérmino en la gestación actual.**
- **Cuadro de rotura prematura de membranas < 24 semanas de gestación.**
- **Hallazgos ecográficos de acortamiento y/o modificaciones cervicales en pacientes asintomáticas**

PROFILAXIS. Identificación de la gestante de riesgo

- Infecciones cervicovaginales
- Bacteriuria asintomática
- **Historia de parto pretérmino previo**
- **3 o más abortos del II trimestre**
- **Operaciones sobre el Cérvix**
- **Malformaciones uterinas**
- Diagnóstico precoz de la preeclampsia,
gestación múltiple anomalías

DIAGNÓSTICO DEL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO

- Identificación de la gestante de riesgo
- Detección de los signos tempranos de alarma
- Diagnóstico del trabajo de parto establecido

Identificación de la gestantes de riesgo

- *Las causas del parto pretérmino varían de acuerdo con la edad gestacional.*
 - Infección sistémica e intrauterina.
 - Isquemia uteroplacentaria.
 - Sobredistensión uterina.
 - Enfermedades y Endocrinopatías.
 - Respuesta inmunitaria anormal del feto y la madre o de uno de ellos.

Detección de los signos tempranos de alarma

MODIFICACIONES CERVICALES

Principales características del cérvix entre 20 y 34s:

1. Nulípara:

- Posterior.**
- Longitud mayor de 2 cm.**
- Consistencia dura.**
- Cerrado.**

2. Multíparas: Pueden presentar modificaciones del cérvix.

MARCADORES PREDICTORES

- **Valoración cervical ecográfica:** Hay evidencia de que en ausencia de contracciones uterinas, la medición ecográfica de la longitud cervical es un método eficaz para detectar la población de riesgo de parto pretérmino
- **Fibronectina fetal:** es una proteína de la matriz extracelular que se localiza entre el corion y la decidua y es marcador de disrupción coriodecidual
- **Screening y tratamiento de la bacteriuria asintomática.**
- **Detección y tratamiento de la**

Detección de los signos tempranos de alarma

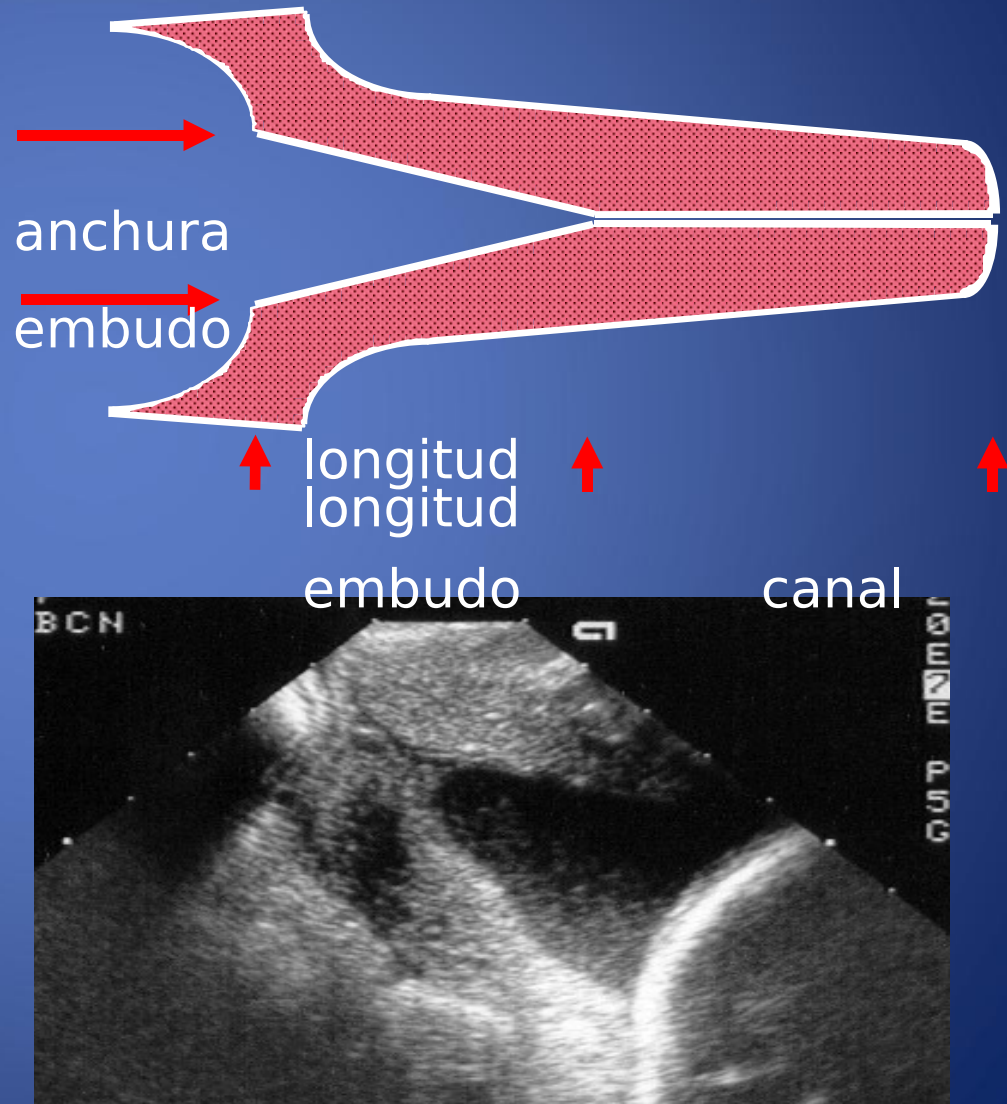
EXÁMENES ULTRASONOGRÁFICOS

- ✓ Cérvix menor que 25 mm
- ✓ Dilatación del OCI mayor que 5 mm (antes de las 30 semanas)
- ✓ Tunnelización del OCI
- ✓ Segmento fino

Vigilancia de la actividad uterina en el hogar tiene un modesto efecto sobre la frecuencia del parto pretérmino

En gestantes asintomáticas el riesgo de PPT aumenta a:

- 4% con longitud del cérvix entre 11 Y 20 mm
- 10% con longitud de 10 mm o menos
- 50% cuando es de 5mm o menos



MANEJO

CONDUCTA ANTE GESTANTES CON FACTORES DE RIESGOS DE PARTO PRETÉRMINO

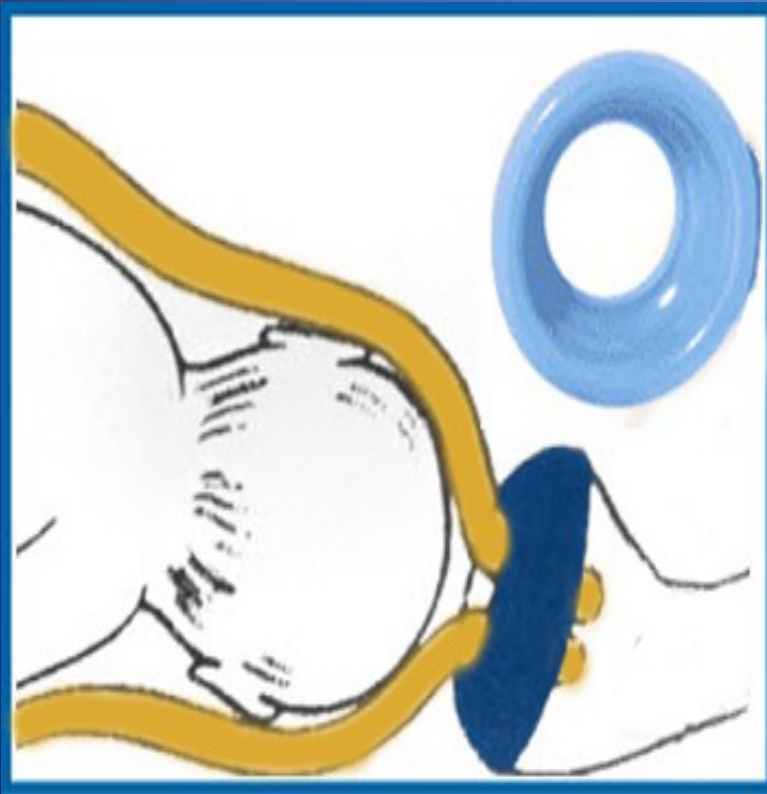
1. Educación sanitaria, enfatizando en la importancia de los primeros síntomas y signos de alarma.
2. Tratamiento adecuado de las infecciones cérvico-vaginales, tractus genito-urinario.
3. Limitación de las relaciones sexuales.
4. Limitación parcial o total de actividades físicas.

PROFILAXIS

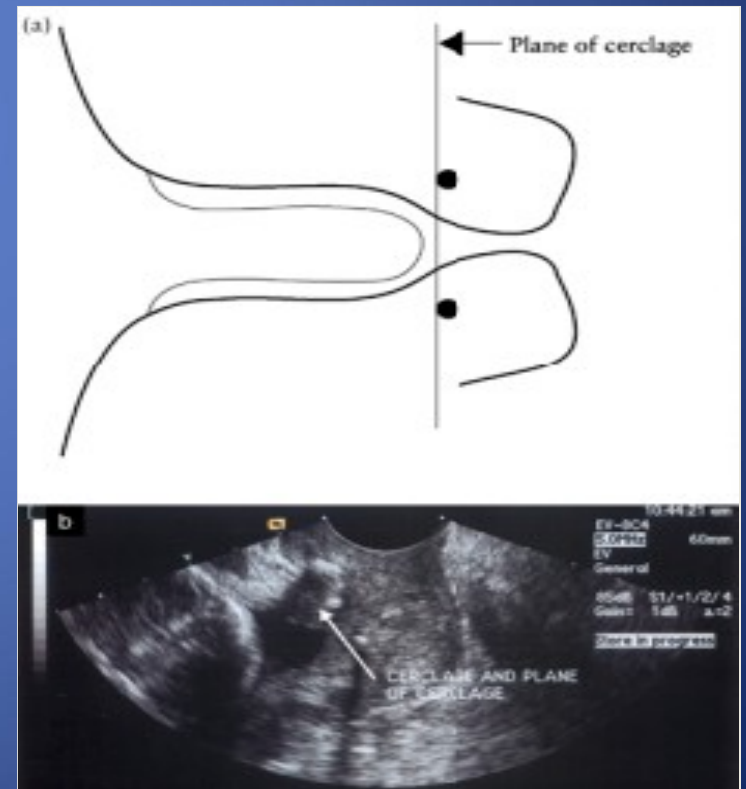
5. Examen ultrasonográfico:
 - a) Biometría fetal.
 - b) Examen de cérvix.
6. Diagnóstico precoz de la preeclampsia, gestación múltiple, sangramientos del tercer trimestre modificaciones precoces del cuello uterino.
7. El diagnóstico precoz de la incompetencia cervical.

INCOMPETENCIA CERVICAL

PESARIO



CERCLAJE



Amenaza de parto pretérmino

- ✓ Dos o más contracciones regulares en 10 minutos por al menos 30 minutos y/o modificaciones cervicales progresivas
- ✓ Ruptura prematura de membranas

TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

- **Traslado inmediato al hospital correspondiente.**
- **En el hospital:**
 - Ingreso en el Servicio de Cuidados Perinatales.
 - Medidas generales. (Evaluación de los parámetros vitales, canalizar vena periférica, complementarios)
 - CTG para comprobar patrón de dinámica uterina.

TRATAMIENTO DE LA APP

**-Evaluación del patrón contráctil:
Expansión volumétrica con solución
hidroelectrolítica.**

**-Si dinámica uterina: Valorar uso de
tocolíticos.**

-Uso de glucocorticoides antenatales.

**-Profilaxis con antibiótico para la
prevención de la infección por
estreptococo del grupo B.**

**-Repetir CTG a la hora de iniciada la
tocólisis valorar en dependencia del
resultado el cambio en la vía de
administración.**

TRATAMIENTO DE LA APP.

-Ultrasonido obstétrico: biometría fetal, perfil biofísico y características del cérvix de ser posible al ingreso y conducta terapéutica según resultados.

TOCÓLISIS

Principios que se deben cumplir para su empleo:

- Los tocolíticos no deben causar efectos secundarios graves.
- Detener el parto el tiempo suficiente para usar los glucocorticoides.

TOCÓLISIS

TIPOS DE TOCOLÍTICOS:

- **Betadrenérgicos.**
- **Anticálcicos.**
- **Sulfato de Magnesio.**
- **Inhibidores de Prostaglandinas.**
- **Inhibidores competitivos de la Oxitocina.**