

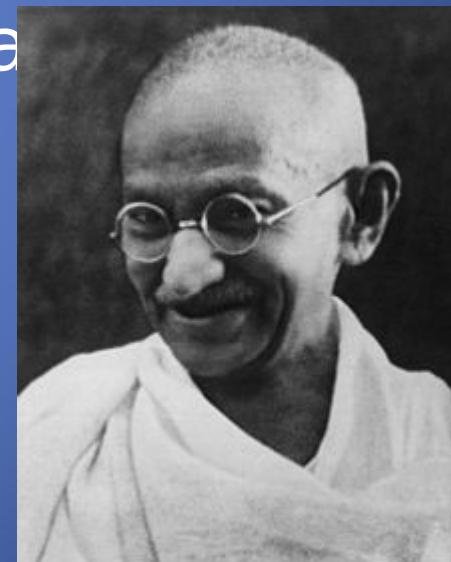
# ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL



*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 y 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 las 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  $\geq 15$  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 Cervix**
- **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 infección urinaria.**

# Detección de los signos tempranos de alarma

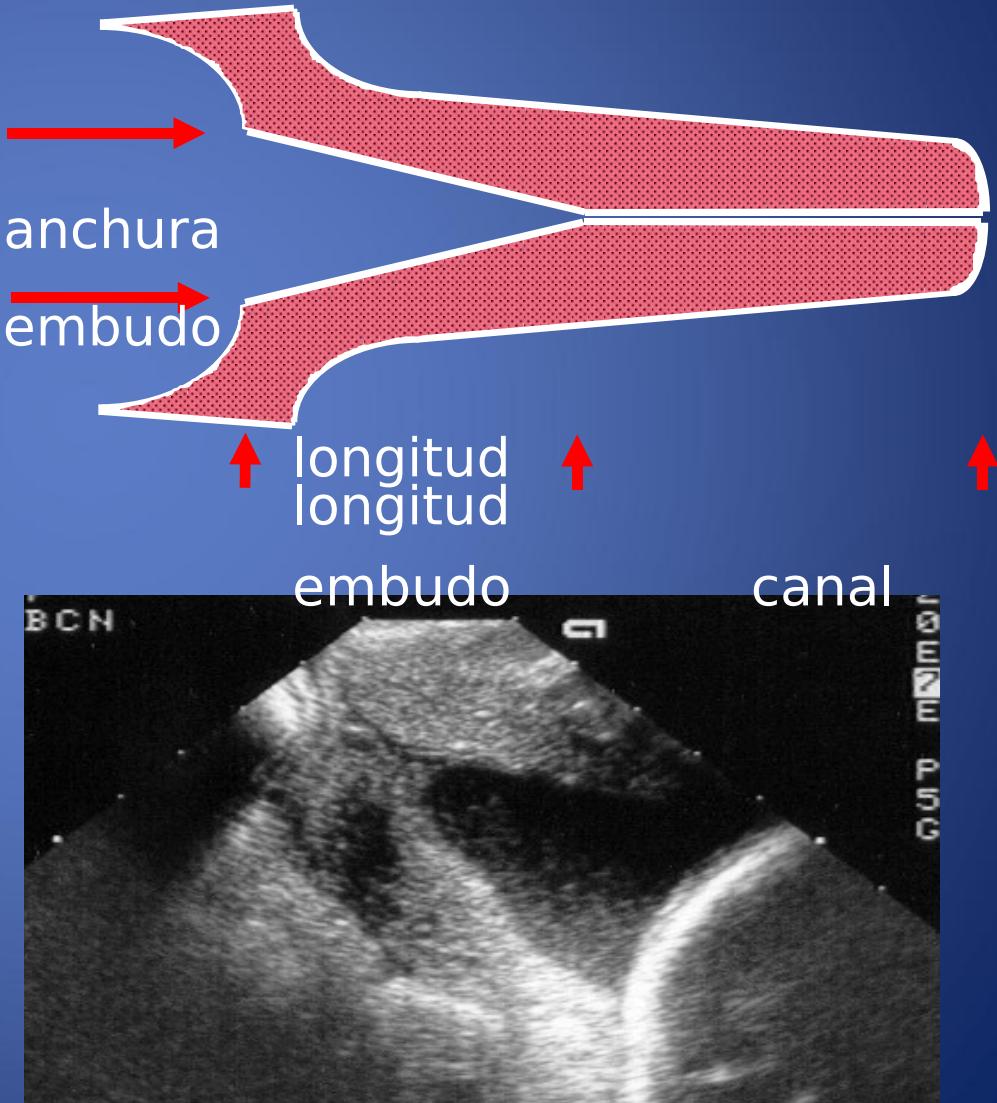
## EXÁMENES ULTRASONOGRÁFICOS

- ✓ Cérvix menor que 25 mm
- ✓ Dilatación del OCI mayor que 5 mm (antes de las 30 semanas)
- ✓ Tunelización 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**

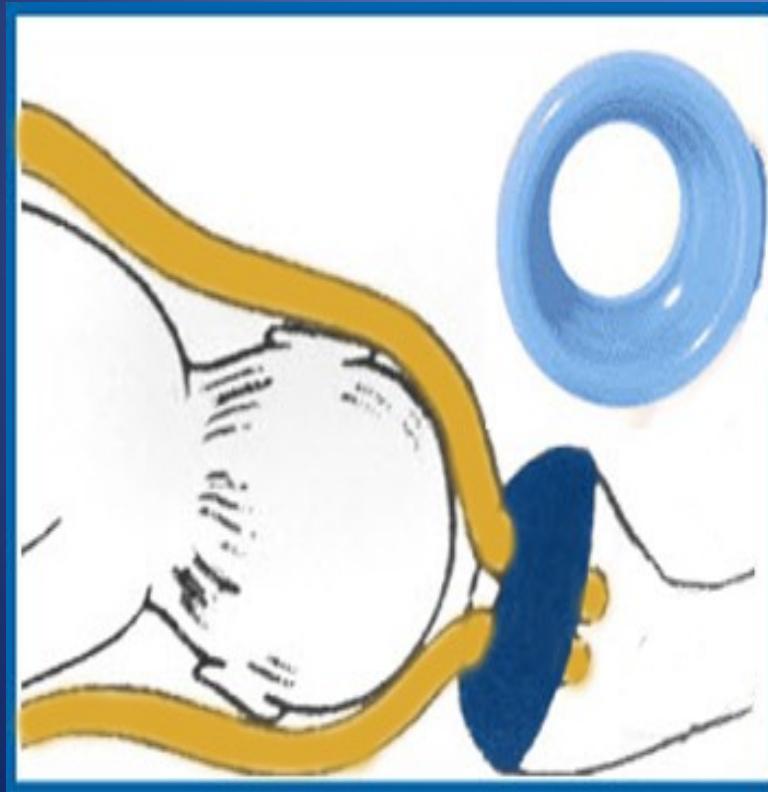
1. Educación sanitaria, enfatizando en la importancia de los primeros síntomas y signos de alarma.
2. Tratamiento adecuado de las infecciones cérvico-vaginales, tractus genito-urinario.
3. Limitación de las relaciones sexuales.
4. Limitación parcial o total de actividades físicas.

# PROFILAXIS

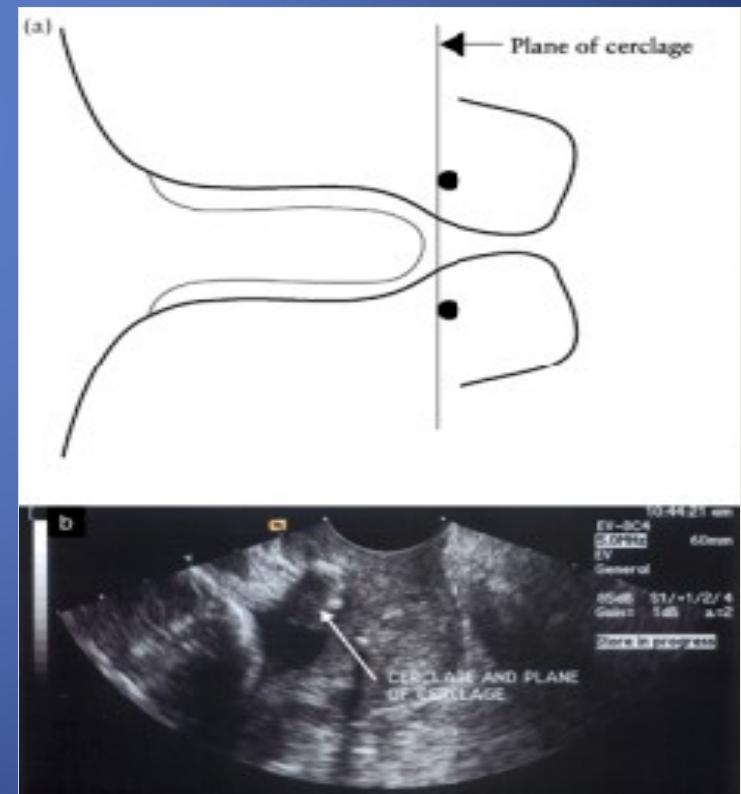
5. Examen ultrasonográfico:
  - a) Biometría fetal.
  - b) Examen de cérvix.
6. Diagnóstico precoz de la preeclampsia, gestación múltiple, sangramientos del tercer trimestre modificaciones precoces del cuello uterino.
7. El diagnóstico precoz de la incompetencia cervical.

# 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.**