

Mecanismo de Acción Tocolíticos

- Afectando concentración de Ca intracelular en miometrio
- Promoviendo extracción de Ca de la célula
- Despolarizando el Ca (Sulfato de Mg)
- Inhibiendo síntesis de prostaglandinas
- Como beta-agonistas que se combinan con los receptores de la membrana celular y activan la adenilciclase

TOCOLISIS

Nifedipina: *Inhibidor de los canales del Ca*

30 mg por vía oral inicial, seguidos de 20 mg cada 8 horas, o 10 mg por vía sublingual al inicio, y cada 20 min. hasta 4 dosis. Si se detiene la dinámica uterina, a las 6 horas se debe continuar con 20 mg por vía oral cada 4 a 6 horas.

Contraindicado en pacientes con:

- Disfunción renal, hepática o cardíaca
- Uso concurrente de medicación antihipertensiva, MgSO_4^{2+} , o nitroglicerina transdérmica, betamiméticos
- Alergia a la nifedipina
- Hipotensión clínica en circunstancias basales.

TOCOLISIS

Fenoterol: *Betaadrenérgico*

Ámpulas de 0,5 mg e.v. infusión endovenosa continua de 1 a 4 mg/min.

Contraindicado en pacientes con:

- Enfermedades cardíacas sintomáticas
- Alteraciones de conducción o del ritmo cardíaco sintomáticos
- Hipertiroidismo
- Sicklemia
- Diabetes.
- Corioamnionitis
- Preeclampsia grave
- Hipotensión materna

EMPLEO DE LOS GLUCOCORTICOIDES

Betametasona:

- ✓ Se emplean 8 mg cada 8 horas, hasta un total de 24 mg (3 dosis).
- ✓ Se administran 12 mg cada 12 horas hasta un total de 24 mg (2 dosis).
- ✓ Se administran 12 mg diarios durante 2 días.

Hidrocortisona:

- ✓ *500 mg en dextrosa al 5 %; esta dosis se puede repetir a las 12 horas.*

ANTIBIOTICOTERAPIA

Profilaxis de la Infección por Estreptococo del grupo B en pacientes con Amenaza de Parto Pretérmino:

Penicilina Cristalina (bbo 1 millón):
5 millones EV de entrada, seguida
de 2.4 millones cada 6 horas por 48
horas.

Si alergia a la Penicilina: Cefazolina 2g
EV de entrada y después continuar
1g EV cada 8 horas por 48 horas.

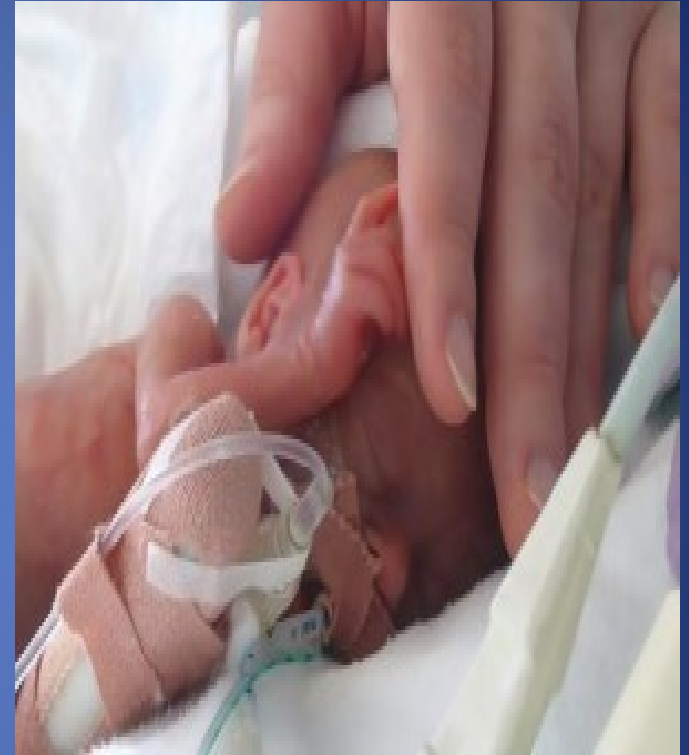
Profilaxis de la Infección por Estreptococo del grupo B en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP):

- Penicilina Cristalina (bbo 1millón): 5millones EV de entrada, seguida de 2.5millones EV cada 6 horas por 48 horas.
- En paciente alérgica a la Penicilina se emplea: Cefazolina 2g EV dosis única.
- Después de cumplido el esquema de antibiótico por vía parenteral, se continúa con: Eritromicina tab. (250mg) 1 tab. cada 8 horas por 10 días.

✓ Amenaza de parto pretérmino (APP) es el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas completas de gestación.

✓ Es un síndrome de etiología compleja en el que casi siempre intervienen de forma simultánea varios factores por lo que su prevención es difícil.

✓ El tratamiento de la APP constituye el último eslabón en la prevención de la prematuridad

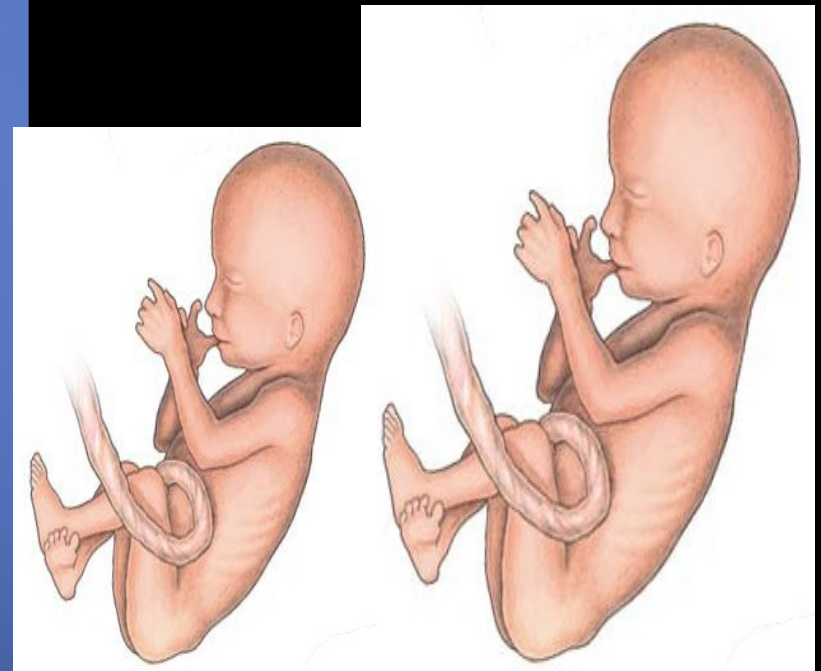


RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO



RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del 10mo. percentil de una curva preestablecida, que relaciona peso y edad gestacional



Importancia del problema

3 Y EL 10% DE
LOS RECIÉN
NACIDOS TIENE
RESTRICCIÓN DE
CRECIMIENTO

- Hipoxia y muerte intraútero
- Sufrimiento fetal
- Mortalidad infantil
- Secuelas neurológicas
- Enfermedad coronaria
- Diabetes del adulto

CLASIFICACIÓN DEL CIUR

CIUR SIMÉTRICO

- Se presenta en la fase de hiperplasia celular, que ocurre en las primeras 16 semanas de la vida fetal, se produce un daño con disminución del número total de células.
- Crecimiento simétrico proporcional de la cabeza, el abdomen y los huesos largos.
- Aparece antes de las 28 semanas.
- Causas: Anomalías congénitas, genéticas, infecciosas por agentes TORCHS, teratógenos.

CIUR ASIMÉTRICO

- En la tercera fase, o de hipertrofia celular, que se presenta a partir de la semana 32 y dura 8 semanas (con el mayor incremento del peso fetal), la insuficiencia útero placentaria es la responsable de la alteración del crecimiento fetal, que da lugar al CIUR asimétrico.
- **Esto se caracteriza por un crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal.**
- Causas: Hipertensión arterial, Enfermedades del tejido conectivo, Anemia, Cardiopatías cianóticas.

CLASIFICACIÓN DEL CIUR

SIMETRICO

Antes de las 28 sem

Causas genéticas

Causas infecciosas

Crecimiento simétrico de la cabeza, el abdomen y los huesos largos

ASIMETRICO

Después de las 32 sem

Insuficiencia uteroplacentaria

Crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal

DIAGNÓSTICO DEL RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Evaluar factores de riesgo

- ✓ CIUR previo
- ✓ Enfermedades concomitantes, sobre todo relacionadas con HTA
- ✓ Peso de la gestante al nacimiento
- ✓ Valoración ponderal a la captación
- ✓ Ganancia de peso materno según la valoración ponderal

DIAGNOSTICO DEL RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

CLINICO

- Establecer criterio de acuerdo a la AU, descenso de la presentación, ganancia de peso y palpación clínica
- ✓ Signo de menos
 - ✓ Ganancia de peso materno inadecuada

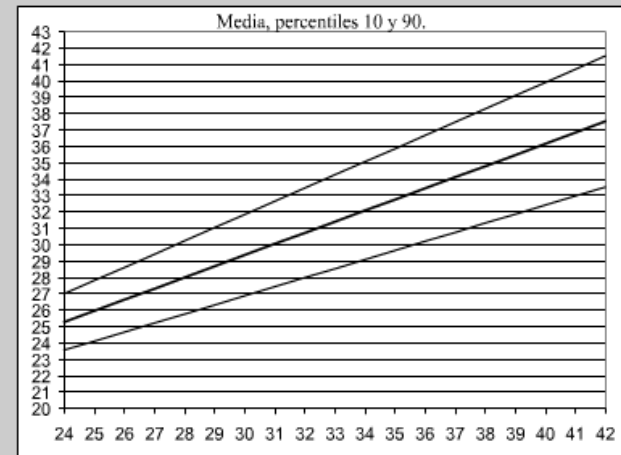
ECOGRAFICO

- ✓ Biometría fetal y cálculo de peso fetal.
- ✓ Emplear las curvas de Campbell o Hadlock.
- ✓ CIUR simétrico. Estudio de la morfología fetal en busca de malformaciones.
- ✓ Si CIUR antes de las 24,5 marcadores ecográficos de

Correcta Metodología



Curvas Adecuadas



Meler E, Peralta S, Figueras F, Elxarch E, Coll O, Puerto B, Cararach V.
Altura uterina: curvas de normalidad y valor diagnóstico para bajo peso neonatal.
Prog Obs Ginecol 2005.



Sensibilidad 40%

Especificidad 88%

DIAGNÓSTICO ECOGRAFICO

CIRCUNFERENCIA **ABDOMINAL**

Mejor parámetro para el diagnóstico

- ✓ Disminución de la reserva hepática de glucógeno
- ✓ Menor volumen de la masa del hígado



DIAGNÓSTICO DE LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

- **Clasificación morfológica del retardo del crecimiento intrauterino.**
- **Identificación de la embarazada con peligro del retardo del crecimiento.**
- **Valoración precisa de la edad gestacional.**
- **Valoración clínica y ultrasonográfica seriada del crecimiento en función de la edad gestacional y estudio doppler.**

Diagnóstico



Malformación?
Infección?
Cromosmopatía?

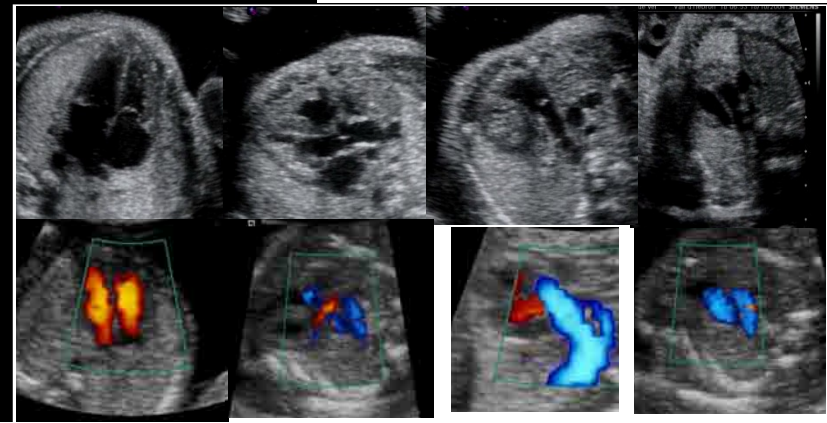
Ecografía anatómica detallada

Serología (CMV)

**Tóxicos en orina / Ac.
Antifosfolípido**

Cariotipo

TA+Proteinuria+Perfil Hepático



CONDUCTA QUE SE DEBE SEGUIR ANTE UN CIUR

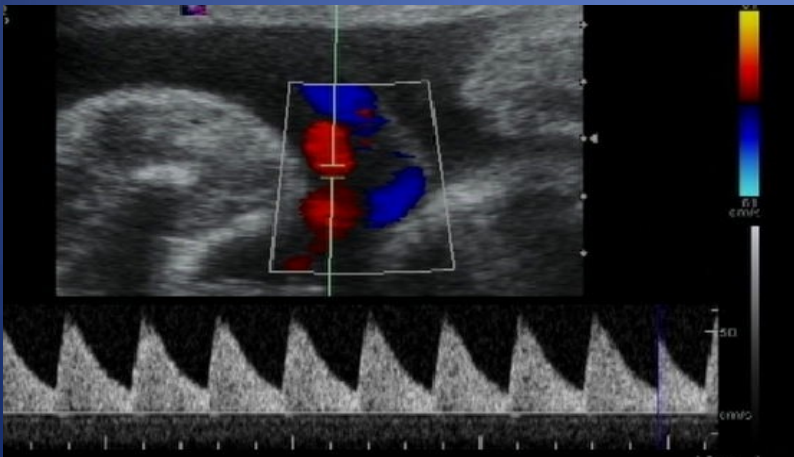
Detección temprana
del compromiso
fetal



Intervención oportuna

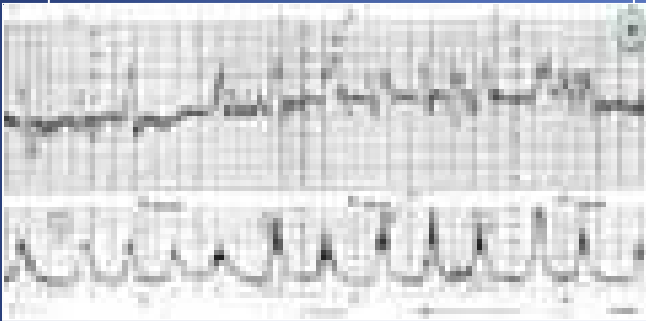


Prevención del daño
Perinatal y a largo plazo



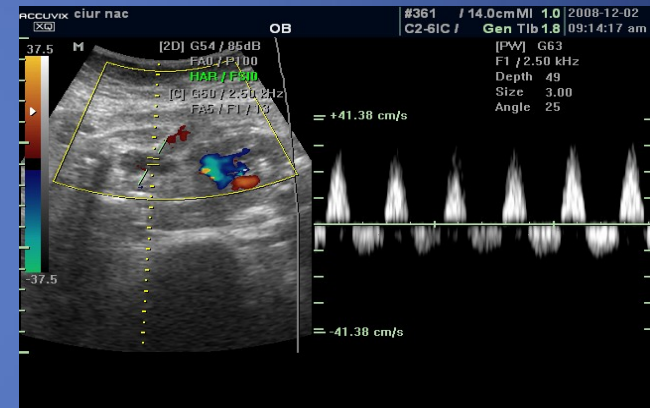
Pruebas de Bienestar Fetal

Cardiotocografía



Perfil biofísico

USG Doppler



Cordocentesis

Consideraciones del Manejo

CIUR (entre 3ro y 10mo P) con Doppler Normal.

- Ingreso definitivo en la semana 39 para vigilancia del bienestar fetal anteparto.
- Interrupción en la semana 41 si todas las Pruebas de Bienestar Fetal son normales.
- Si Patología Crónica o Asociada del embarazo evaluar la interrupción en la semana 40

Consideraciones del Manejo

CIUR (3er Percentil)

Ingreso en sala de Cuidados Perinatales.

- **Medidas generales.**
- **USG Doppler de inicio y repetir en dependencia de los resultados.**
- **Maduración pulmonar en gestaciones menores de 34 semanas.**
- **Pruebas de Bienestar Fetal diarias.**
- **Prolongar la gestación de ser posible en dependencia de la condición fetal y posibilidades del Servicio de Neonatología.**

CRITERIOS DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN EN EL RCIU

- Ausencia de crecimiento fetal
- Alteración de las pruebas de bienestar fetal
- Oligohidramnios
- Presencia de madurez fetal con feto viable

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

- ✓ Prolongar la edad gestacional con la finalidad de obtener mejores resultados perinatales al entregar al neonatólogo un recién nacido con mayor madurez y en mejores condiciones al nacimiento y sin afectar el estado materno
- ✓ La interrupción de la gestación estará también condicionada al estado materno.

Consideraciones del Manejo

- ✓ EXISTEN MULTIPLES PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DEL CIUR QUE EMPLEAN LA INFORMACION QUE BRINDAN LOS ESTUDIOS DOPPLER, PARA DEFINIR LA EXTENSION DEL GRADO DE AFECTACION FETAL Y ASI DECIDIR EL MOMENTO DEL PARTO
- ✓ SIN EMBARGO A PESAR DE ESTA EVALUACION SOFISTICADA SOLO EXISTE HASTA EL MOMENTO ACTUAL UNA ESTRATEGIA DE MANEJO ACEPTADA POR TODOS

Consideraciones del Manejo

Si probable CIUR (3er P)

Ingreso en sala de Cuidados Perinatales

- USG Doppler de inicio y repetir en dependencia de los resultados
- Maduración pulmonar en embarazos menores de 34 semanas
- Pruebas de Bienestar Fetal diarias
- Prolongar la gestación lo más cerca del término

SI OLIGOAMNIOS INTERRUMPIR

EMBARAZO POSTÉRMINO

Se define como la gestación que alcanza las 42 semanas o 294 días desde el primer día de la última menstruación

ETIOLOGÍA

- Desconocida se presenta en mujeres saludables con gestaciones normales
- Edad materna, paridad y el reposo prolongado durante la gestación pueden contribuir a la prolongación de la gestación
- Malformaciones fetales como la anencefalia, la hidroencefalia y la osteogénesis imperfecta

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO POSTÉRMINO

- *Sufrimiento fetal ante e intraparto*
- *Macrosomía fetal.*
- *Trauma fetal*
- *Síndrome de posmadurez*
- *Síndrome de aspiración meconial*



CONTROL PERINATOLÓGICO DE LAS GESTANTES CON EMBARAZO POSTÉRMINO

- Ingreso en el Servicio de Cuidados Perinatales.
- Medidas generales.
- Pruebas para el control del bienestar fetal: test de movimientos fetales, cardiotocografía no estresada, perfil biofísico fetal y CTG estresado.
- Momento de la interrupción dependiendo de: condiciones cervicales, alteración de las pruebas de bienestar fetal y/o oligoamnios.

ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía Básica:

-Libro de texto de Obstetricia y Ginecología. Dr. O. Rigol.
Editorial de Ciencias Médicas. 2004.

Bibliografía complementaria.

-Temas de Obstetricia y Ginecología. Dr. José A. Oliva.
Editorial de Ciencias Médicas.