

ALTERACIONES DEL TÉRMINO DE LA GESTACIÓN Y DEL CRECIMIENTO FETAL



MSc Dra. Lourdes Carrillo Bermúdez

Parte I

Efemérides



8 Día Internacional de la
MUJER

de marzo

...Este fenómeno de las mujeres
en la Revolución es una revolución
dentro de otra revolución

Fidel Castro

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 la clasificación, etiopatogenia, manifestaciones clínicas y las consecuencias de estas afecciones.
3. Conocer diagnóstico y los exámenes complementarios a realizar.
4. Conocer, el tratamiento y 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 semanas.)

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 semanas (60% de los partos pretérmino).

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

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

- ***Parto pretérmino espontáneo.*** 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, CIUR). Representa el 20-25% de los partos pretérmino.

ETIOLOGÍA

Parto pretérmino espontáneo

- 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)
- Estrés psicológico/físico
- Sobredistensión uterina: **Gestación múltiple**, responsable del 15-20% de los partos pretérmino.

ETIOLOGIA

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

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 RPM < 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.
- Factores uterinos

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 placentarias

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

DetECCIÓN DE LOS SIGNOS TEMPRANOS DE ALARMA

MODIFICACIONES CERVICALES

Principales características del cérvix entre 20 y 34 semanas:

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 vaginosis bacteriana en el 2º trimestre.**

Detección de los signos tempranos de alarma

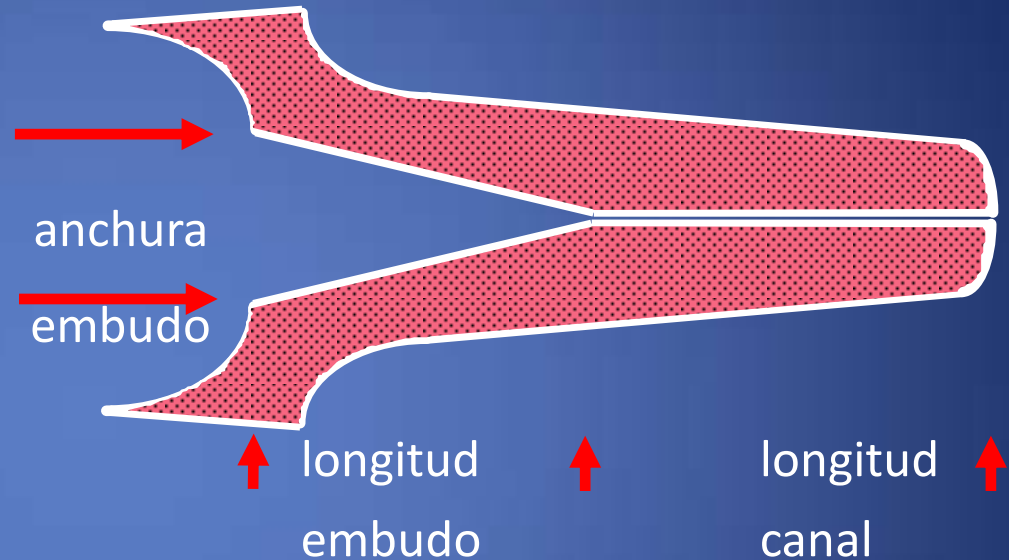
EXÁMENES ULTRASONOGRÁFICOS

- ✓ 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

- 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

Examen ultrasonográfico:

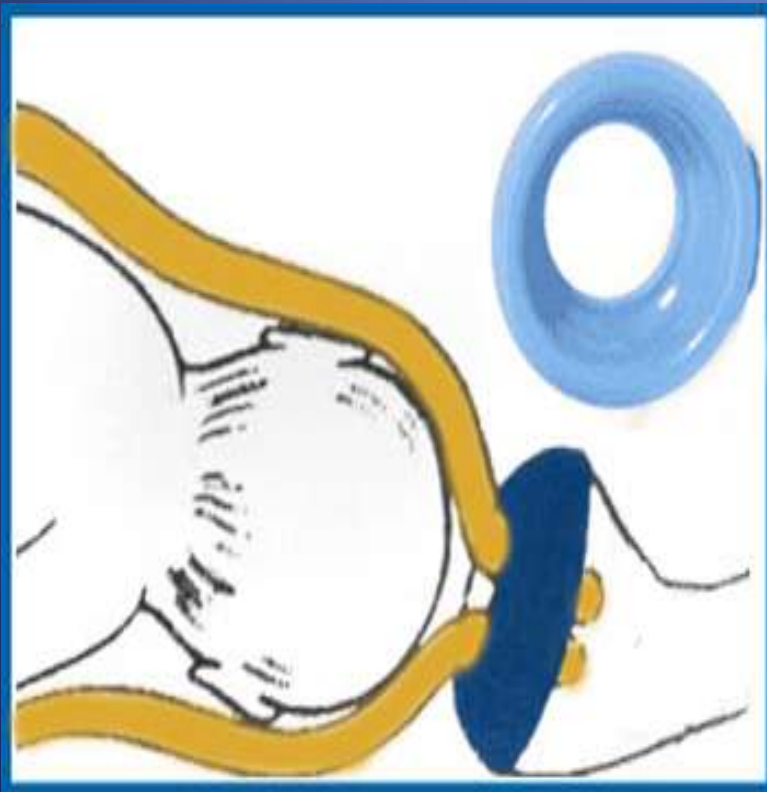
- a) Biometría fetal.
- b) Examen de cérvix

Diagnóstico precoz de la preeclampsia, gestación múltiple, sangramientos del tercer trimestre modificaciones precoces del cuello uterino.

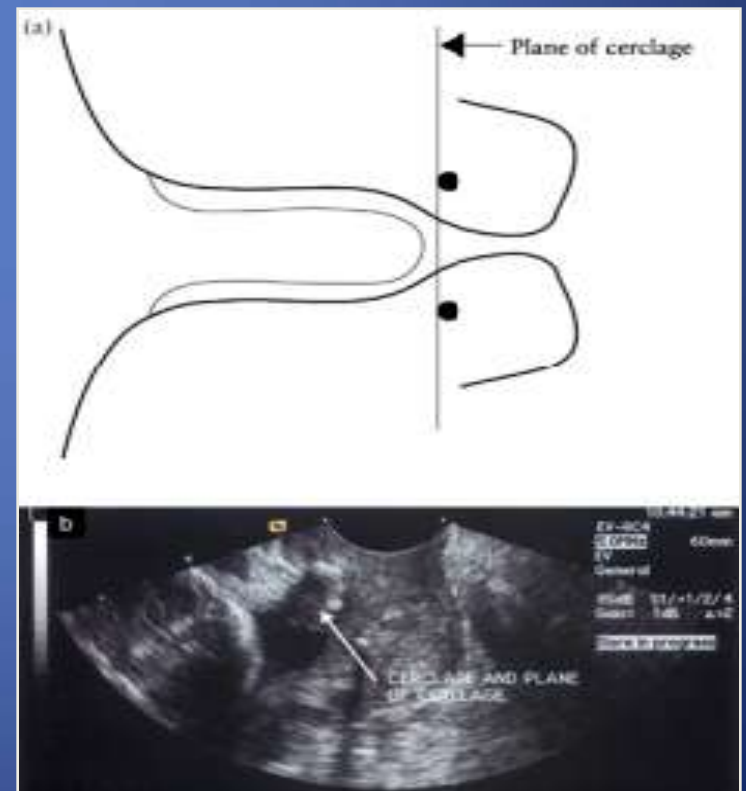
El diagnóstico precoz de la incompetencia cervical.

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.

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

TOCOLISIS

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