

Parto pretérmino

Recién nacido pretérmino que nace entre la semana 22-36.6 SDG

- Extremo <28 sdg
- Muy temprano 28 - 31.6 sdg
- Moderado 32 -33.6 sdg
- Tardío 34 - 36.6 sdg



Etiología

- Parto pretérmino espontáneo / idiopático (50%).
- Parto pretérmino asociado a ruptura de membranas (25%).
- Parto pretérmino iatrogénico o patología materna (25%).

Factores de riesgo mayores

- Antecedente de parto pretérmino
- 3 pérdidas antes de la semana 34
- Gemelar o múltiple
- Longitud cervical disminuida

Factores de riesgo menores

- Sobrepeso y obesidad
- Adolescentes
- Enf periodontal
- Periodo intergenésico corto

Segunda causa de muerte en < 5 años

75% de las muertes neonatales

Tamizaje en pacientes con factores de riesgo

Medición de longitud cervical con USG trasvaginal

- En la semana 18-22
 - **SDG 20 - 22 >>>> LC < 25 mm**
 - SDG 14 -15 >>>> LC < 15 mm

LC < 25 mm

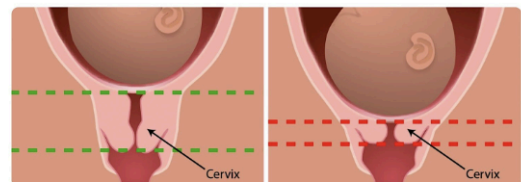
- Dar PROGESTERONA 200 mg c/24 hrs vía vaginal desde el dx antes de la semana 24 hasta la semana 24 -36
- Se logra reducir en 40% de parto prematuro

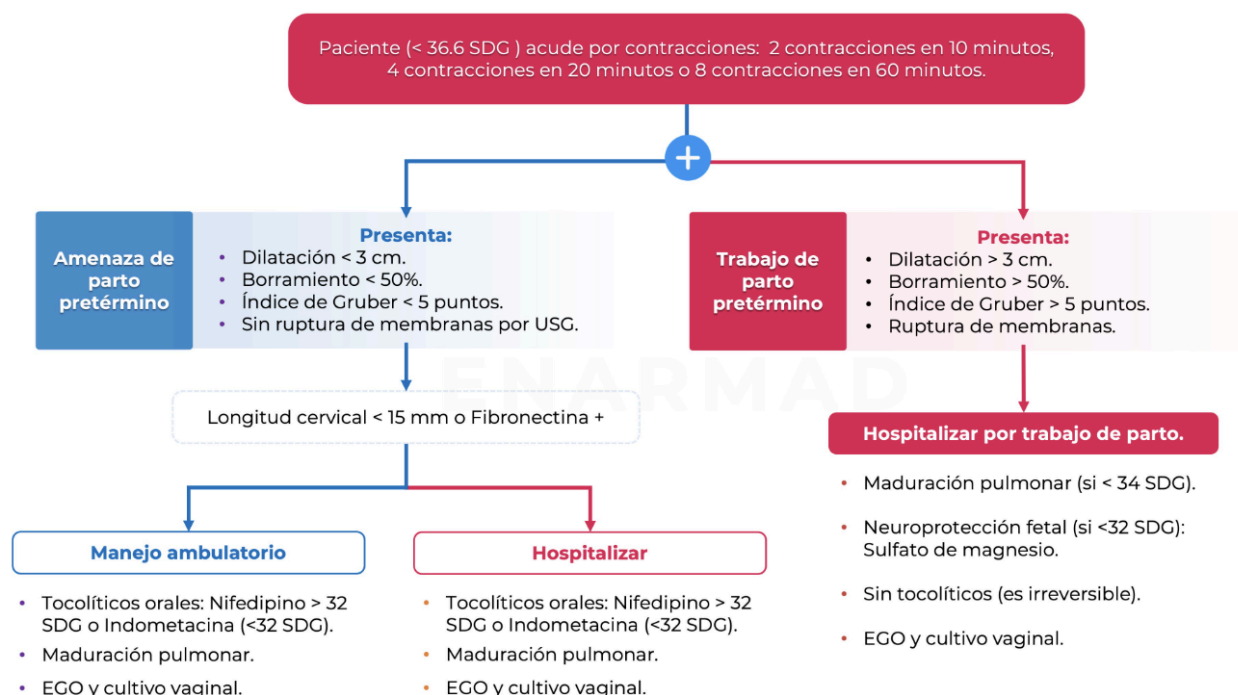
CERCLAJE CERVICAL >> retirar hasta la semana 34

- LC < 15 mm a la semana 14-15
- Antecedente de 3 abortos tardíos o
- Pretérminos
- Dilatación cervical > 1 cm

Cuadro 4. Probabilidad de nacimiento a 7 días en relación a la medición de longitud cervical.

Longitud Cervical (mm)	Probabilidad de nacimiento a 7 días (%)
> 20	0
20 - 16	5.0
15 - 11	6.7
10 - 6	46.2
5 - 1	91.7





Los tocolíticos se recomiendan por 2 – 14 días en pacientes con < 28 SDG y < 48 horas a pacientes de 29 – 34 SDG.

Cuadro 8. Índice tocolítico de Gruber-Baumgarten

Factor	0		1	2	3	4	
Actividad uterina			Irregular	Regular			
Ruptura de membranas				Alta o sospecha			
Hemorragia			Escasa o moderada	Severa			
Dilatación cervical			1	2	3	4 o más	
Puntaje	1	2	3	4	5	6	7
Probabilidad	100%	90%	84%	38%	11%	7%	Ninguna

Referir a segundo nivel

TRATAMIENTO DE INFECCIONES

- Ampicilina
- Cefazolina (alérgico a ampicilina)

CONTRAINDICACIONES DE TX TOCOLÍTICO

- Embarazo > 37 SDG
- Preeclampsia con datos de severidad
- Dilatación ≥ 5 cm
- Membranas amnióticas prominentes
- RPM



Maduración pulmonar

Profilaxis con corticoides

- Se aplican a las 24 - 34 SDG de manera general en pacientes con estabilidad materno - fetal.
- Casos especiales: Pacientes de 34 a 36.6 SDG que presente riesgo de parto pretérmino en los próximos 7 días y que no cuente con una profilaxis previa.

Dosis de rescate

- Dosis de rescate no es lo mismo que profilaxis.
- Aplicar a mujeres de 34 - 36.6 SDG con riesgo de parto pretérmino en próximos 7 días que **hayan recibido profilaxis hace más de 14 días**.
- Dosis de rescate: Betametasona 12 mg IM dosis única.

Cuadro 10. Indicaciones para terapia antenatal con corticoesteroides para la maduración pulmonar

Indicaciones
Mujeres con embarazo entre 24 a 34 semanas que presenten: Parto pretérmino Embarazo múltiple Ruptura prematura de membranas
Mujeres con embarazo de 34 a 36.6 semanas que presenten: Riesgo de parto pretérmino en los próximos 7 días y que no hayan recibido previamente terapia antenatal con corticoesteroides

Los glucocorticoides reducen mortalidad y incidencia de SDR tipo 1 y HIV en neonato.

Fármaco	Dosis	Vía de Administración
Betametasona	2 dosis: cada una de 12 miligramos cada 24 horas	Intramuscular
Dexametasona	4 dosis: cada una de 6 miligramos cada 12 horas	Intramuscular

Indicación de dosis de Rescate (Ciclo único: 12 miligramos de betametasona)
Mujeres con embarazo de 34 a 36.6 semanas que presenten: Riesgo de parto pretérmino en los próximos 7 días y que hayan recibido terapia antenatal con corticoesteroides en más de 14 días.
Contraindicaciones
La administración tardía de la terapia antenatal con corticoesteroides no está indicada en mujeres con diagnóstico de infección intrauterina (corioamniotitis).

ENARM 2023

GESTACIÓN CRONOLÓGICAMENTE PROLONGADA

Embarazo > 42 SDG >>> inducir después de la semana 41

Etiología

- 10% de los casos
- Error en la estimación de edad gestacional
- Fallo en factores hormonales

TX

- Terminar gestación en todo embaraz > 41 SDG

Embarazo múltiple

Embarazo múltiple es la presencia de 2 o más fetos dentro del útero; de acuerdo con el número de cigotos puede ser monocigótico, dicigótico, etc. Los gemelos monocigóticos o idénticos son los que provienen de la duplicación de un solo cigoto.



Epidemiología

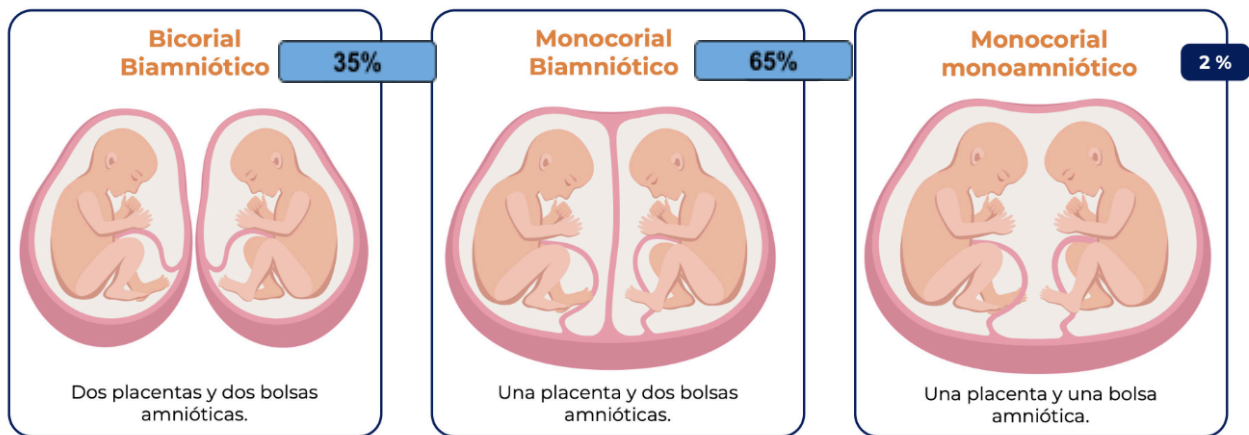
- Aproximadamente 1:80 embarazos es gemelar, 1:6400 es triple y 1:51200 es cuádruple.
- Los nacimientos múltiples representan en la actualidad el 3% del total de los recién nacidos.



F. de riesgo

En los últimos años se ha incrementado la incidencia a consecuencia de medicamentos inductores de ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA), una edad materna mayor y la obesidad. Otros factores son la predisposición familiar, la raza negra y la multiparidad.

Clasificación por separación en monocigóticos



División

día 1-3

día 4-8

día 8-13



> 13 días siameses

Consecuencias de embarazo múltiple



Está asociado a un mayor riesgo para la integridad de la madre y el recién nacido. La mortalidad materna es 2.5 veces mayor.



El riesgo de preeclampsia es casi 3 veces mayor en embarazos gemelares y hasta 9 veces en triples.



Los embarazos múltiples tienen casi 6 veces más probabilidades de ser hospitalizadas por complicaciones.



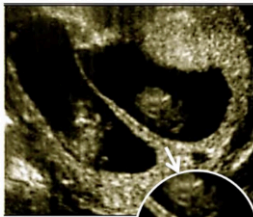
El riesgo de parto pretérmino es considerablemente mayor; se presenta en el 50% de los embarazos gemelares.



Diagnóstico

- Elección: Ultrasonido: Los embarazos gemelares tienen un mayor riesgo de parto pretérmino, lo que hace esencial determinar la edad gestacional.
- Corionicidad: Al momento de detección gemelar, generalmente es en el primer ultrasonido del control prenatal (11 y 13.6 SDG).

El conocimiento preciso de la edad gestacional es la herramienta más valiosa permite evitar partos pretérminos, planear el parto o realizar intervenciones.



Signo lambda

Bicorial



Signo "T"

Monocorial

R

Determinar la corionicidad en el momento de la detección del embarazo gemelar o triple por ultrasonido, utilizando el número de masas placentarias, tras la búsqueda sistemática de los signos: "lambda" o "de la T". (Figura 2)

Muy importante aprender signos, fueron pregunta en ENARM 2022.

✓/R

El mejor momento para determinar la corionicidad es entre las 11 y 13,6 semanas. Después de este momento, conforme avanza el embarazo disminuye la precisión para establecer el número de placentas. Los signos clásicos (lambda y T) podrían no ser adecuados para determinar la corionicidad después de las 16 semanas.



Abordaje

Ofrecer parto electivo en:

- **Embarazo bicorial:** Inducir a partir de las 37 semanas de gestación.
- **Embarazo monocorial:** A partir de las 36 semanas de gestación, después de un ciclo de corticosteroides.

R

Ofrecer parto electivo a las gestaciones múltiples sin complicaciones:

- En gemelares monocoriales a partir de las 36 semanas, después de haber recibido un ciclo de corticosteroides prenatal.
- En gemelares bicoriales a partir de las 37 semanas.

Cesárea electiva en:

- **Embarazo monoamniótico:** Interrumpir a las 32 SDG por riesgo de entrecruzamiento de cordones.
- Si son gemelos unidos o siameses.
- En el parto el primer feto es de presentación no cefálica.

R

En las siguientes situaciones se recomienda practicar una cesárea electiva para resolver un embarazo gemelar:

- Primer feto presentación no-cefálica, segunda feto cualquier presentación.
- Embarazo monoamniótico.
- Gemelos unidos.

La complicación más frecuente es el recién nacido pretérmino (17%) y el más grave síndrome transfusión feto-fetal.

COMPLICACIONES - SX DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL

Transfusión crónica de sangre de un feto hacia el otro a través de anastomosis vascular placentaria.

- 90% de mortalidad si NO se trata
- Solo se presenta en gemelos monocoriales

DIAGNÓSTICO

- Discordancia de líquido amniótico y medición de bolsillo mayor vertical
 - G1 < 2 cm >>> RCIU, hipovolemia, oligohidramnios
 - G2 > 8 cm >>> Sobrecarga de volumen, IC, Poligohidramnios
- USG cada 2 semanas a partir de la 16 SDG

TRATAMIENTO

- Fetoscopia con coagulación láser de anastomosis vasculares