

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%).

Segunda causa de muerte en < 5 años

75% de las muertes neonatales

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

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

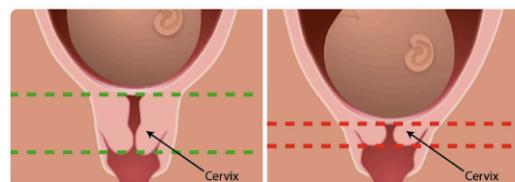
- Dar PROGESTERONA 200 mg c/24 hrs vía vaginal desde el dx antes de la semana 24 hasta la semana 24 -36
- Se logra reducir en 40% de parto prematuro

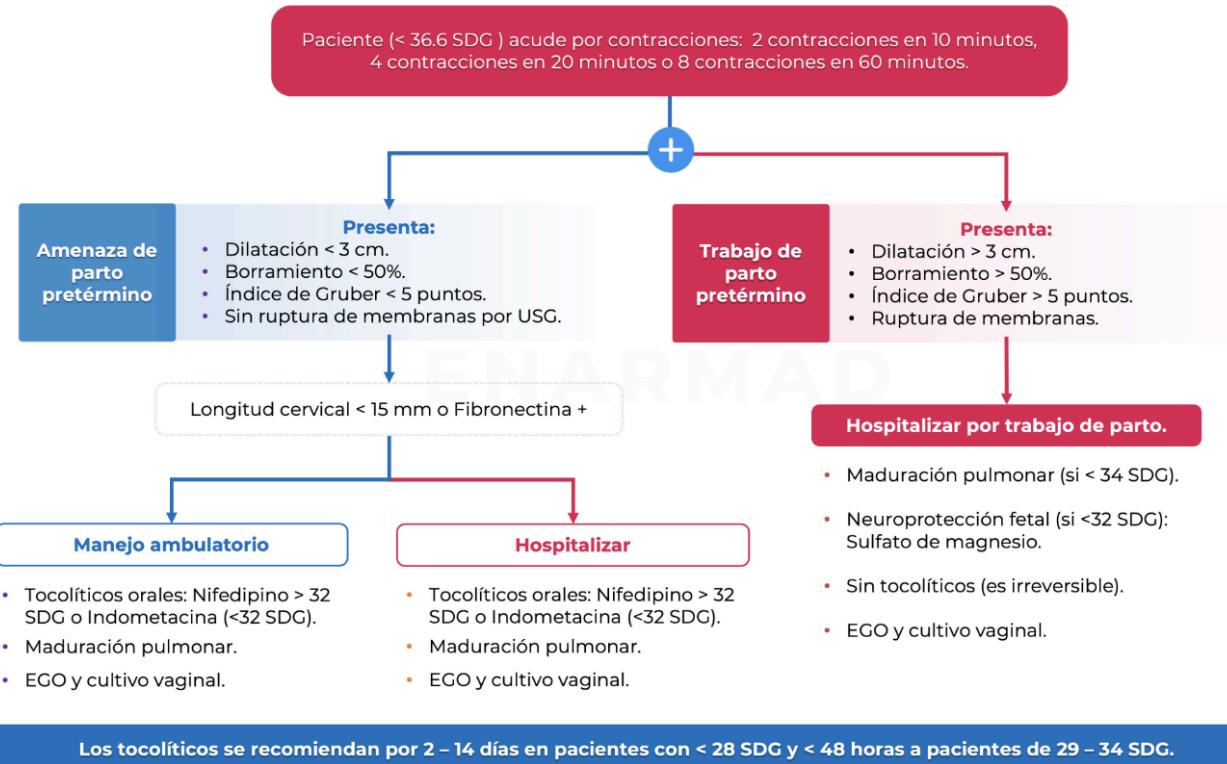
CERCLAJE CERVICAL >> retirar hasta la semana 34

- 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

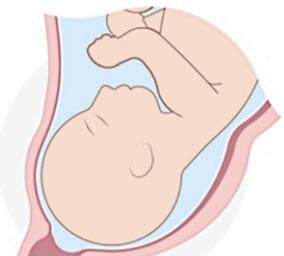




Los tocolíticos se recomiendan por 2 – 14 días en pacientes con < 28 SDG y < 48 horas a pacientes de 29 – 34 SDG.

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
Probabilidad	100%	90%	84%	38%	11%
				6	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

**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 I 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 (corioamnioitis).

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 embarazo > 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

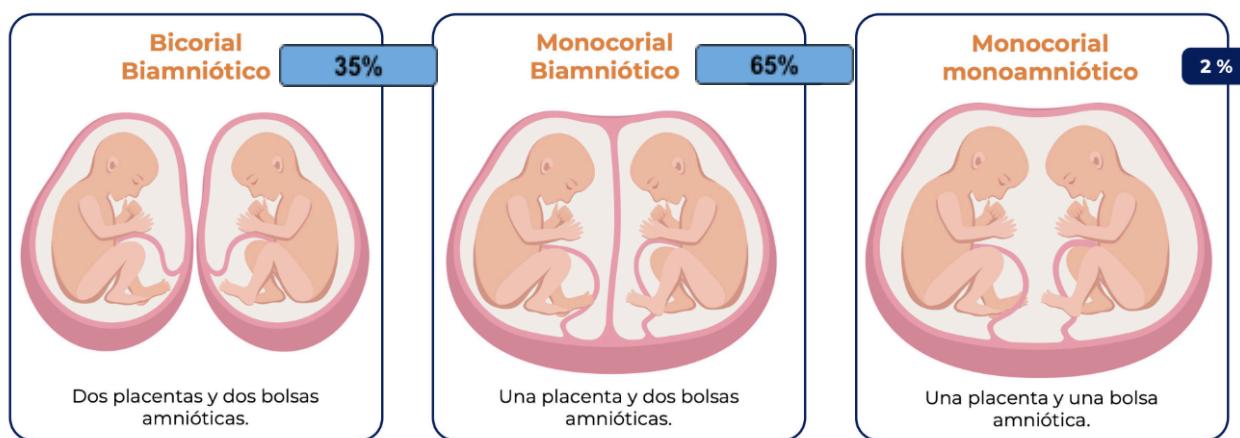
- Aproximadamente 1:80 embarazos es gemelar, 1:6400 es triple y 1:51200 es cuádruple.
- Los nacimientos múltiples representan en la actualidad el 3% del total de los recién nacidos.



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

dia 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.



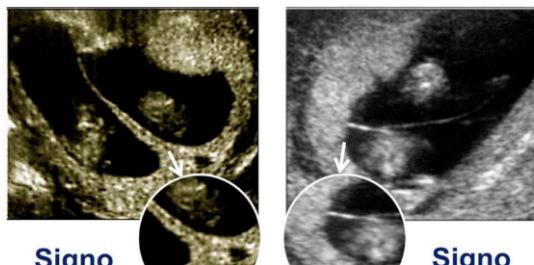
El riesgo de parto pretérmino es considerablemente mayor; se presenta en el 50% de los embarazos gemelares.



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 para permitir evitar partos pretérminos, planear el parto o realizar intervenciones.



Signo lambda
Bicorial

Signo "T"
Monocorial

R

✓ / 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.

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 placetas. 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, Polihidramnios
- USG cada 2 semanas a partir de la 16 SDG

TRATAMIENTO

- Fetoscopia con coagulación láser de anastomosis vasculares