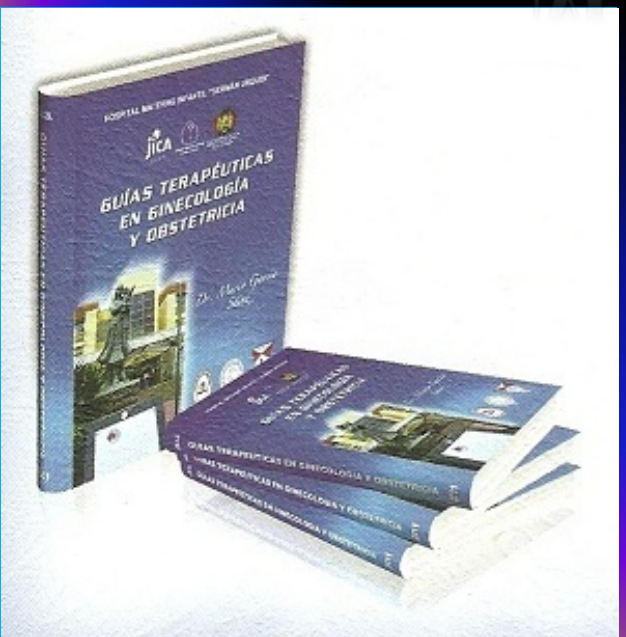
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

FACULTAD DE MEDICINA

DR. AURELIO MELEÁN

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO Y MADURACIÓN FETAL



Dr. Mario García Sáinz

Docente de la Fac. de Medicina – UMSS

What is preterm birth?

Definition of preterm birth:

Babies born alive before 37 completed weeks of pregnancy

Late and moderate preterm
32 to <37 weeks
83%

Very preterm
28 to <32 weeks
10%

Extremely preterm
< 28 weeks
5%

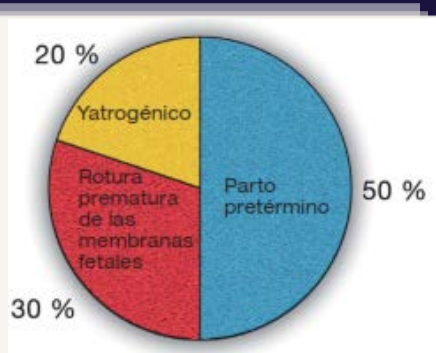
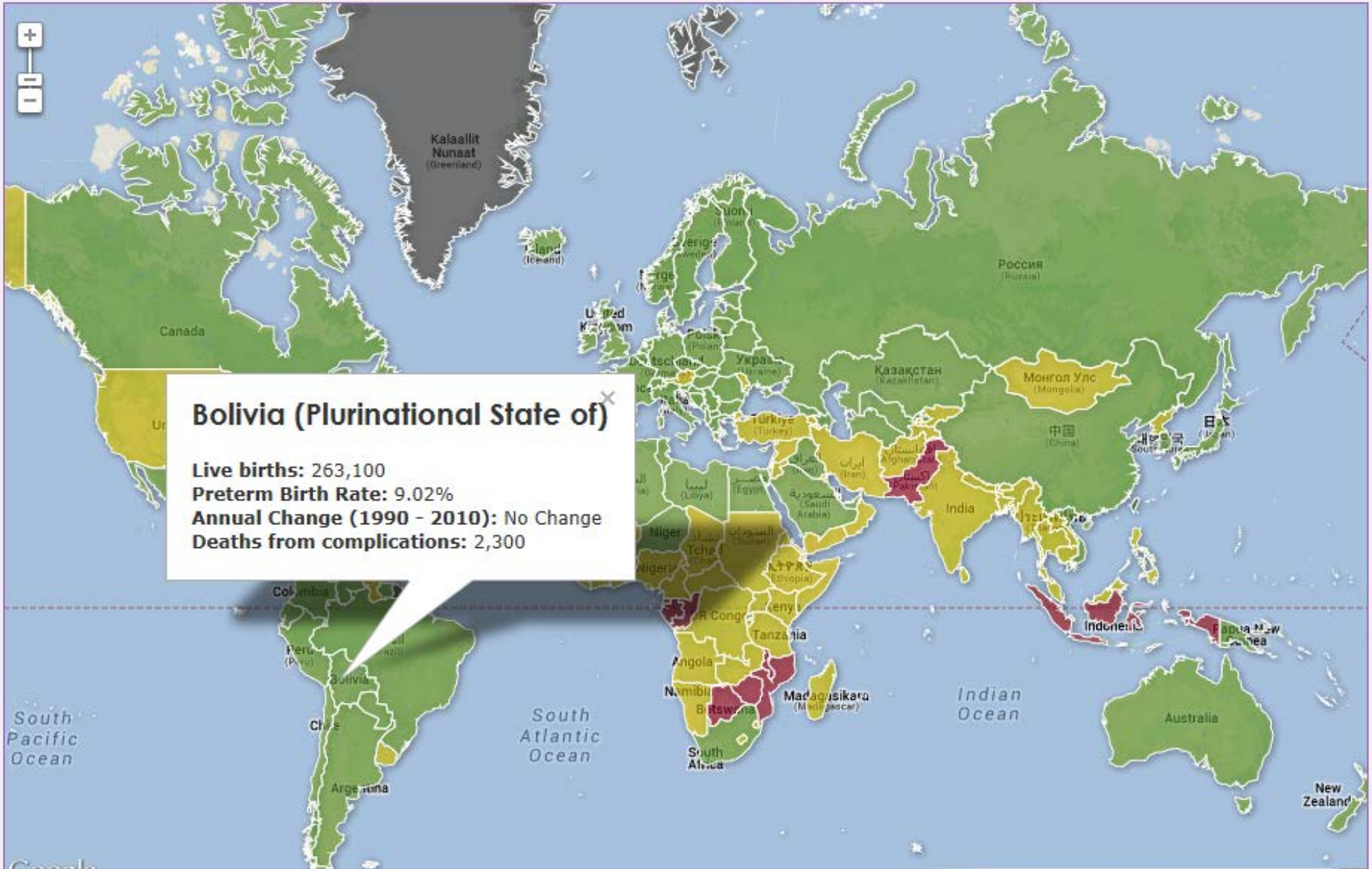


Figura 1. Distribución de las distintas formas de nacimiento prematuro.

Estimated preterm birth rate | Estimated number of preterm births | How your country ranks | How to help

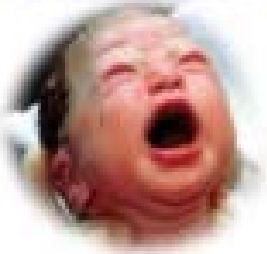
Estimated rates of preterm birth per 100 live births, 2010



The four worlds that preterm babies are born into

High-income countries
Access to full intensive care
(1.2 m preterm babies)

15 million preterm births per year



Middle-income countries
Neonatal care units
(3.8 m preterm babies)

Low-income countries
Home birth and care at home
(5.6 m preterm babies)

Low-income countries, facility care, but limited space staff and equipment
(4.4 m preterm babies)

... And over 1 million of these preterm babies die

Survival gap

10 **90**

Over 90% of extremely preterm babies (<28 weeks) born in high-income countries survive;

yet less than 10% of these babies survive in low-income settings.

Over 75% of the 1.1 million deaths due to preterm complications could be saved without intensive care

Eg Kangaroo Mother care, Antenatal steroids

PARTO PRETERMINO ES RESPONSABLE DE:

50-70% Morbi-mortalidad neonatal

50% Anormalidades neurológicas

CORTO PLAZO

- ✓Síndrome de dificultad respiratoria
- ✓Hemorragia intracraneana
- ✓Sepsis
- ✓Enterocolitis necrotizante
- ✓Ductus arterioso persistente
- ✓Displasia broncopulmonar
- ✓Fibroplasia retrolenticular

Guía de práctica clínica: Amenaza de parto pretérmino • Laterra CM et al. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(1)

LARAGO PLAZO seguimiento a 8 años

- ✓LIMITACIONES COGNOSCITIVAS SEVERAS
- ✓ALTERACIONES VISUALES
- ✓ALTERACIONES EN LA AUDICIÓN
- ✓LIMITACIONES EN LOS MOVIMIENTOS
- ✓INCREMENTO DE PARALISIS CEREBRAL
- ✓ COEFICIENTE INTELECTUAL MENOR

- LOS AUTORES ENFATIZAN QUE ES OBLIGATORIO PREVENIR LA PREMATURES.

Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

S. SAIGAL, 1994
M. HACK, 1994

PARTO PRETERMINO

etiología

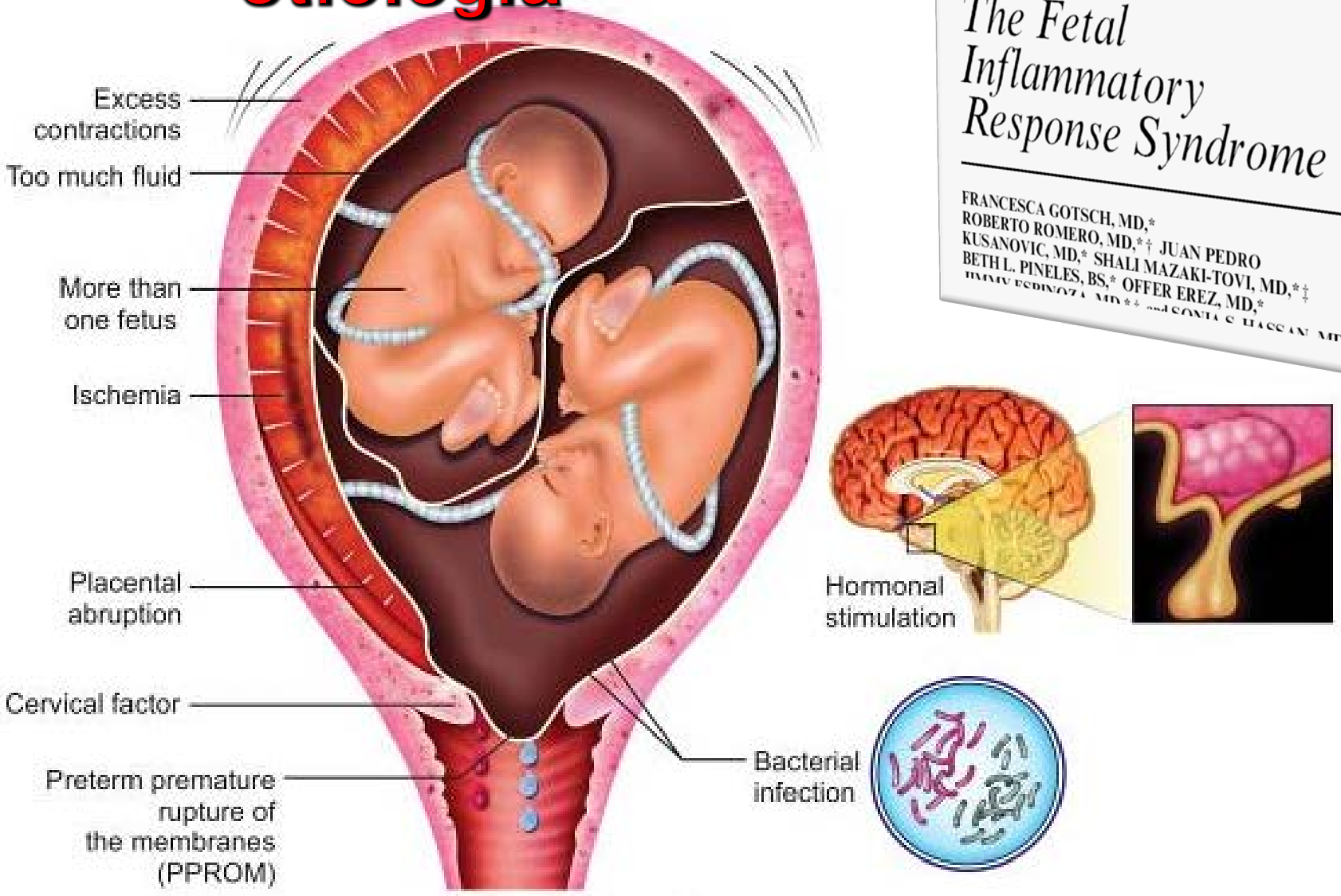
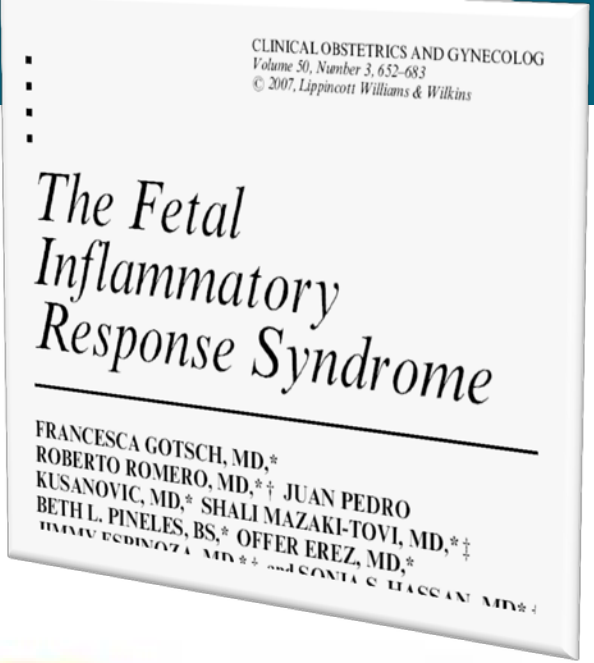


Fig. 15.1: Risk factors for preterm labor

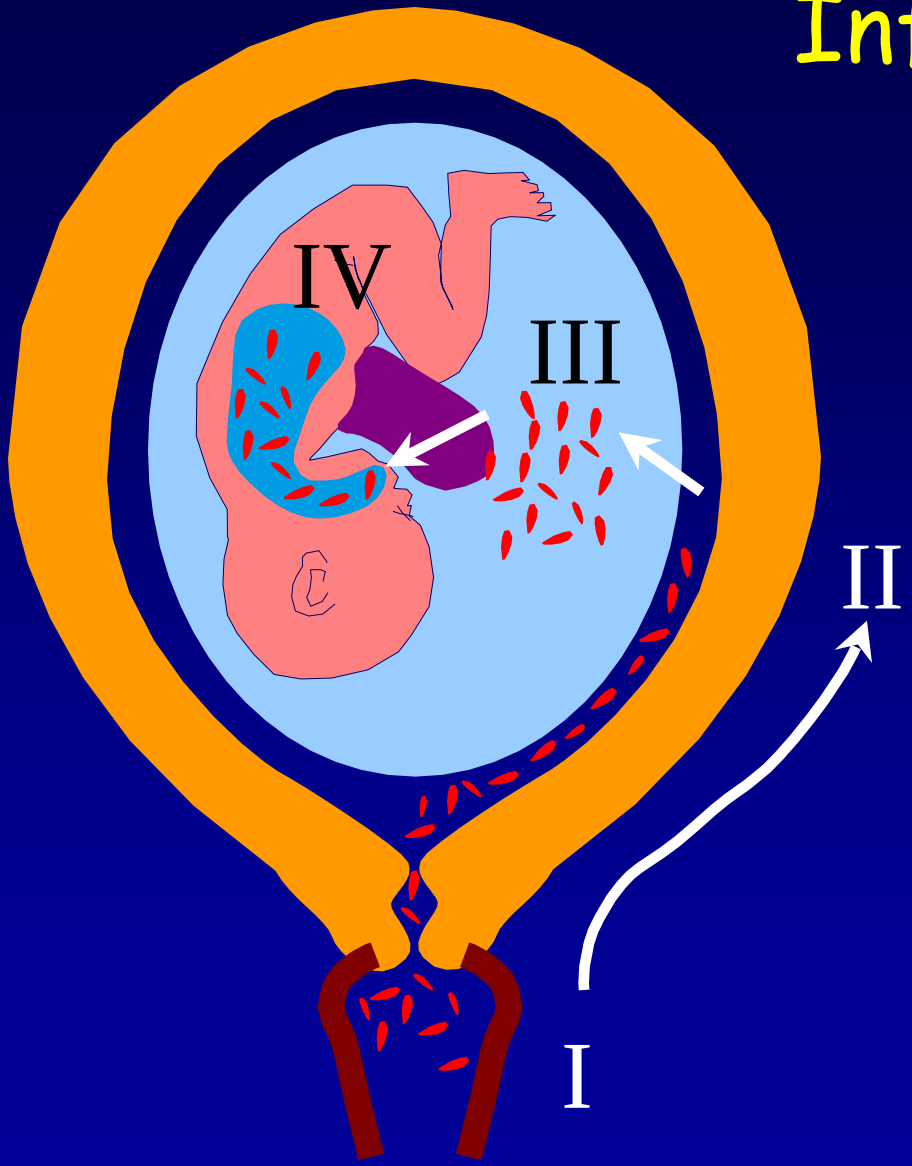

CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOG
Volume 50, Number 3, 652-683
© 2007, Lippincott Williams & Wilkins

The Fetal Inflammatory Response Syndrome

FRANCESCA GOTSCH, MD,*
ROBERTO ROMERO, MD,*† JUAN PEDRO
KUSANOVIC, MD,* SHALI MAZAKI-TOVI, MD,*‡
BETH L. PINELES, BS,* OFFER EREZ, MD,*

Fisiopatología

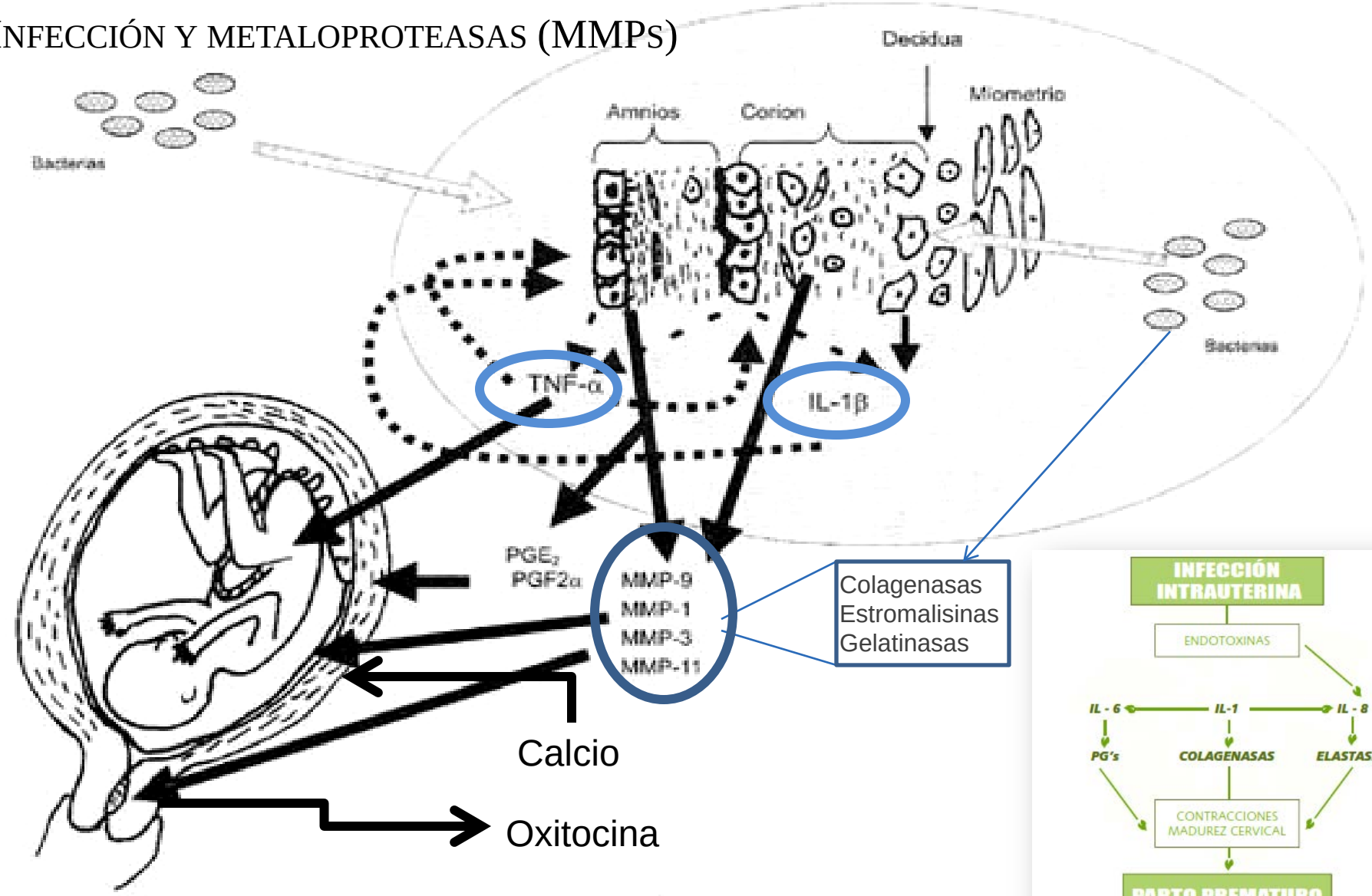
Infección
Inflamación



Romero R y Mazor M. Clin Obstet Gynecol 1988; 31: 553–584.

PARTO PRETÉRMINO Y RPM

INFECCIÓN Y METALOPROTEASAS (MMPs)



Modificado de Cifuentes R. En: Obstetricia de Alto Riesgo, 6ª edición. Ed. Distribuna, 2006

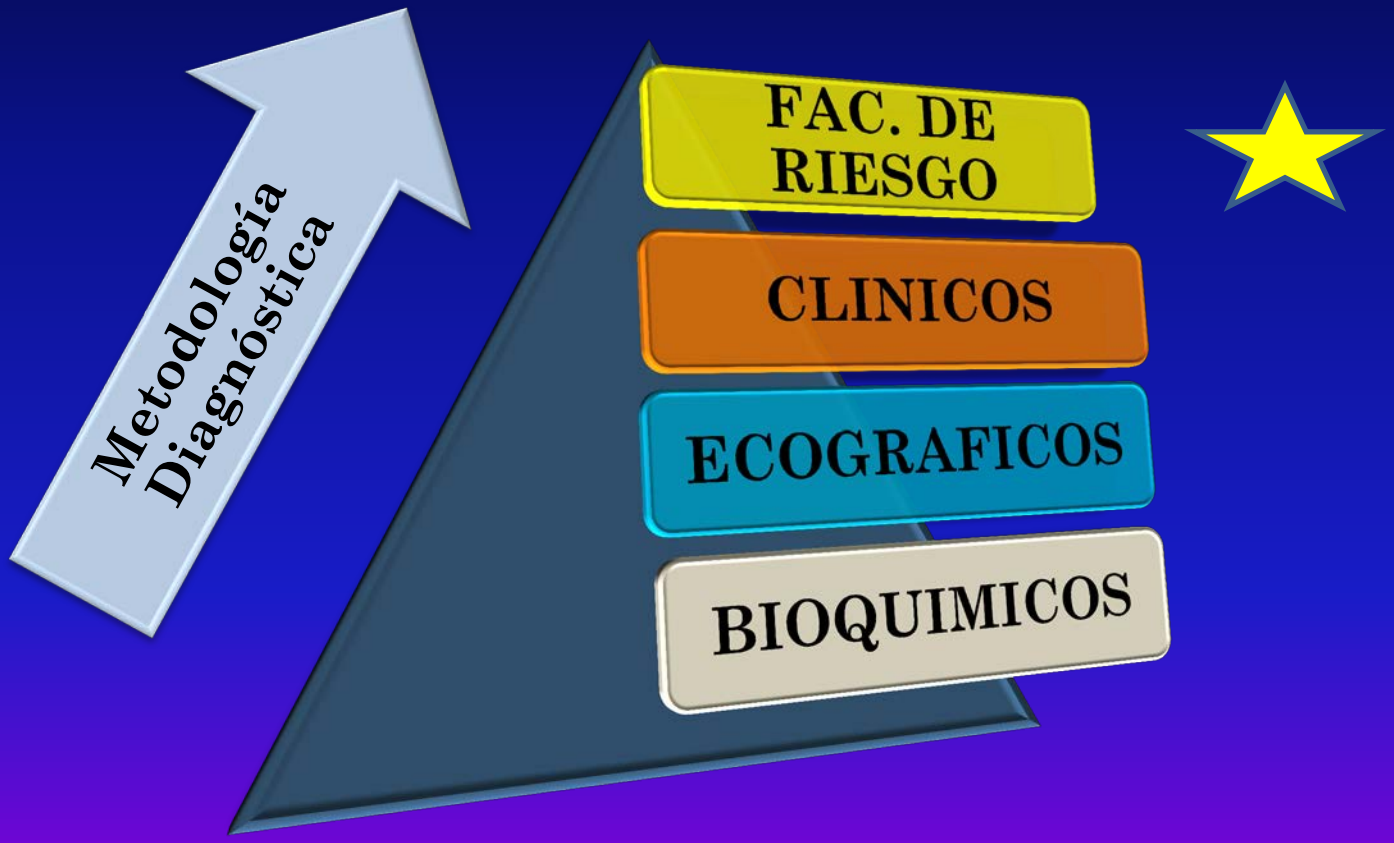
Kenyon S. Cochrane Database Syst Rev 01, Jan 2001;(4)

TABLE 15.15 Role of cytokines in the pathogenesis of preterm labor

Cytokines	*Action*	*Effect*
IL-6, IL-8, IL-1,TNF-α	Degradation of collagen fibers	Cervical ripening
IL-1, TNF-α	Induction of matrix metalloproteinases	Membrane rupture
IL-1, IL-2, IL-6, TNF-α	Increase in PGE2, PGF2α	Uterine contractions

Abbreviations: IL, interleukin; TNF, tumor necrosis factor; PGE2, prostaglandin E2; PGF2α, prostaglandin F2 alpha

PREDICTORES DE PARTO PRE- TÉRMINO



FACTORES DE RIESGO

ACOG, Practice Bulletin 130;2012
Di Renzo et al. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, May 2011; 24(5): 659–667

- Factores obstétricos (complicaciones)
  - Anomalías de inserción placentaria
  - Patología fetal
  - Sobredistención uterina
  - Anemia (Hb < 9,5 gr/dl)
- Demográficos
  - Bajo peso materno IMC <19
  - Tabaquismo
  - Edades extremas
  - Intergenesico corto < 12 meses

PARTO PRETERMINO
FACTORES DESENCADENANTES

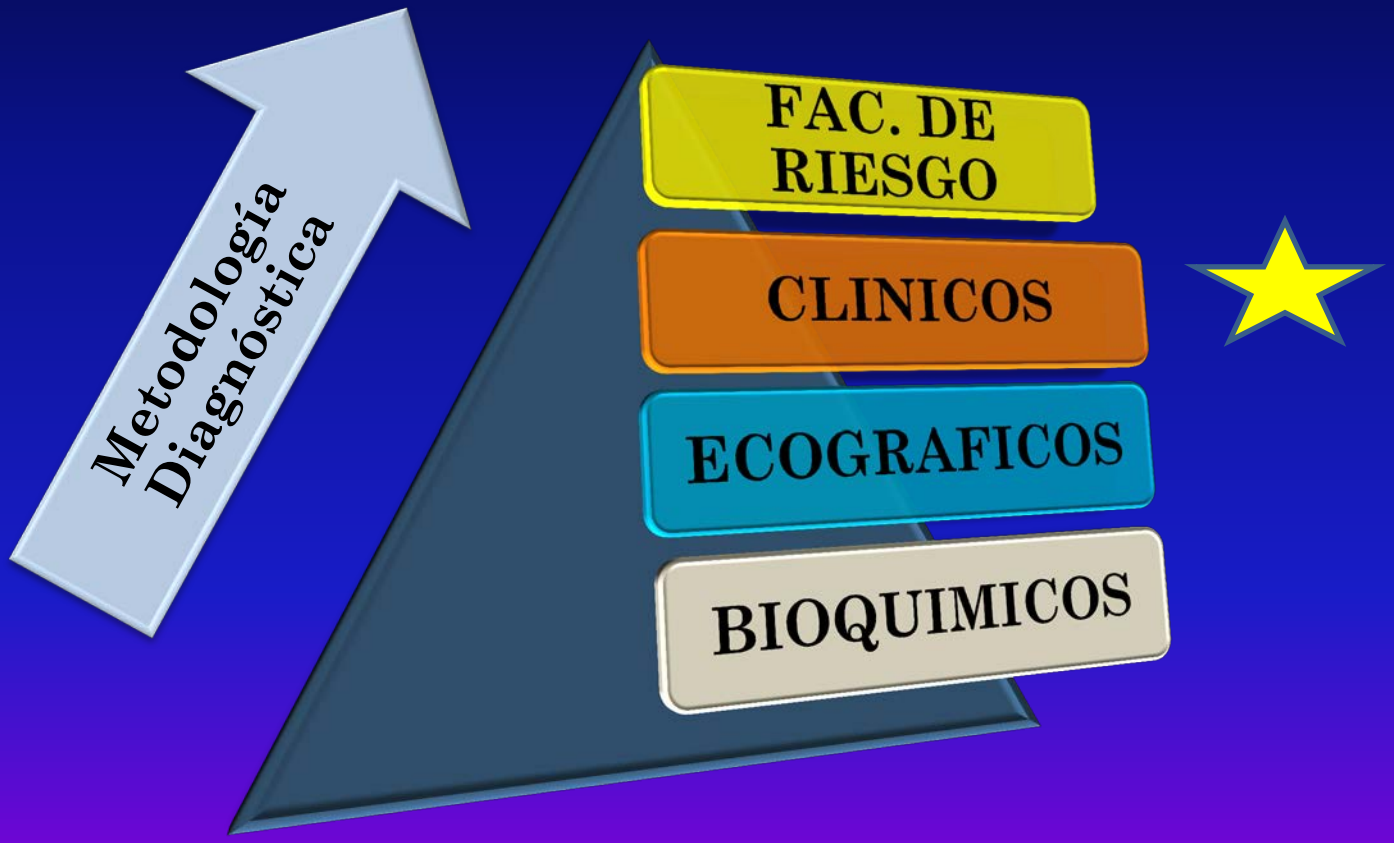
- Embarazo múltiple
- RPM
- Polihidramnios
- Metrorragia del 3º trimestre
- Infecciones urinarias
- Diabetes
- Hipertensión
- Incompetencia ístmico cervical
- Infección genital baja

TABLE 15.4 Previous pregnancies and risk of preterm delivery

First	*Second*	*Subsequent preterm deliveries*
Term		5%
Preterm		15%
Term	Preterm	24%
Preterm	Preterm	33%

Source: Kristensen J, Langhoff-Roos J, Kristensen FB. Implications of idiopathic preterm delivery for previous and subsequent pregnancies. Obstet Gynecol. 1995;86:800-4

PREDICTORES DE PARTO PRE- TÉRMINO



CLINICA : EXPLORACION OBSTETRICA

1. Comprobar frecuencia cardiaca fetal.
2. Valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal)
3. Espéculo: visualización del cérvix (descartar amniorrexis, metrorragias...)

4. Tomar muestras para cultivo:
    a. Frotis rectal y vaginal (1/3 externo de vagina) para SGB.
    b. Frotis endocervical
    c. EGO y urocultivo.
5. Laboratorio: Hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR.

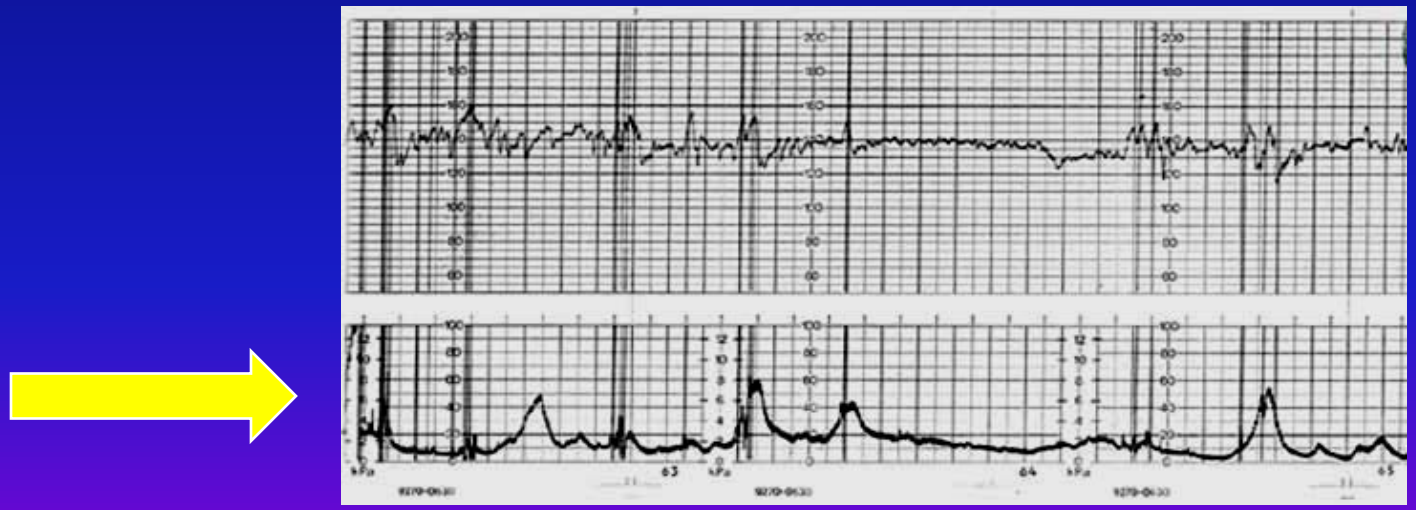
6. TV: valoración cervical mediante el **Índice de Bishop**

7. Registro cardiotocográfico

Test de Bishop, valoración clínica del cuello.

	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Consistencia	Dura	Media	Blanda	
Altura de la presenación	-3	-2	-1/0	+1/+2

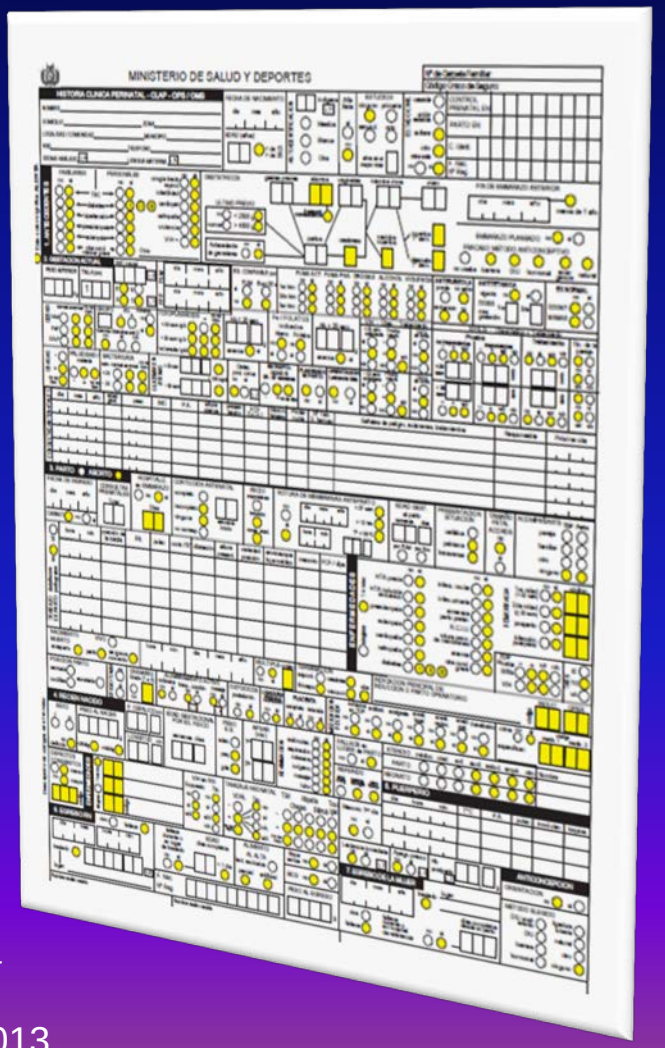
Bishop ≥ 5.



García M. y col. Guías Terapéuticas en Ginecología y Obstetricia – Amenaza de Parto Prematuro Pág.; 41-48 Cochabamba Junio 2011

PARTO PRETERMINO
intervención

- CONTROL PRENATAL
  - CONSULTAS FRECUENTES
  - MANEJO ADECUADO DE INFECCIONES
  - ENFERMEDAD PERIODONTAL
  - CAMBIAR CONDICIONES DE TRABAJO



Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

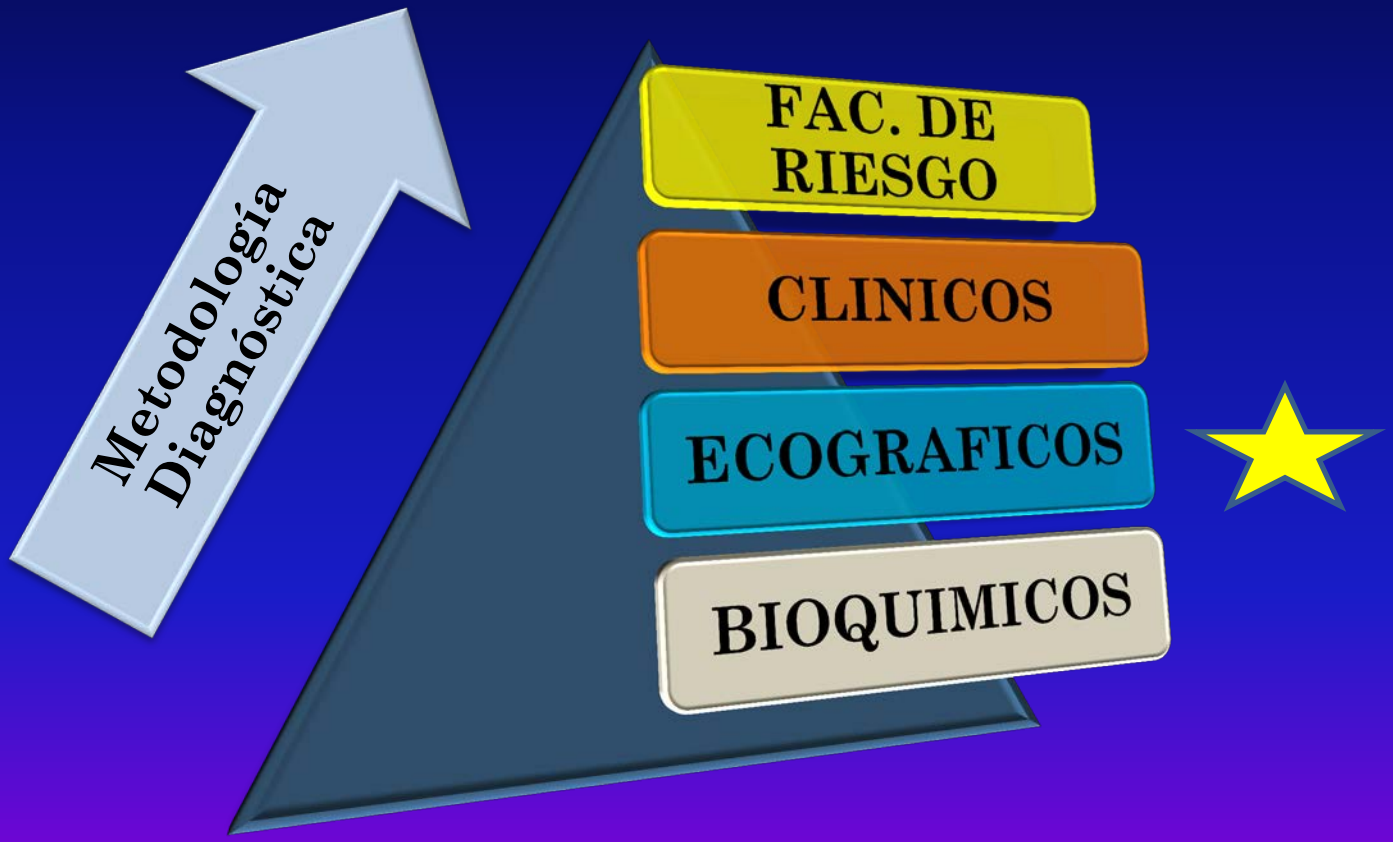
PARTO PRETERMINO
manifestaciones clínicas

- DOLOR
  - ABDOMINAL
  - LUMBAR
  - PELVICO
  - COLICO
- SANGRADO
- LEUCORREA
- SINT. URINARIOS

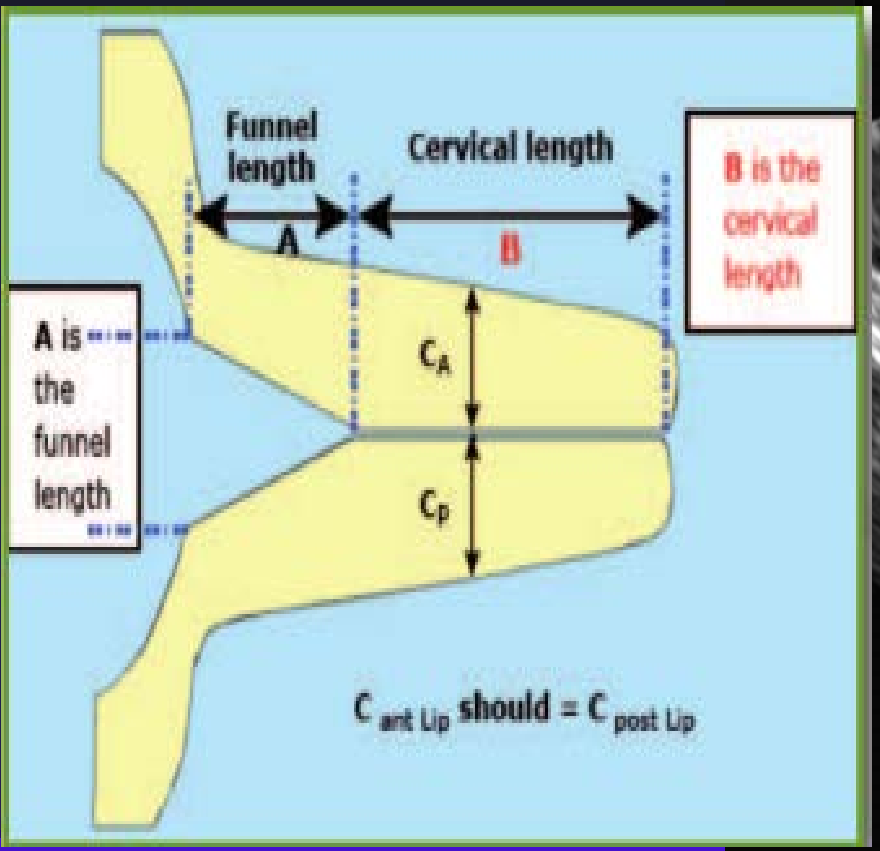
- 40 A 60% NO REFIEREN SINTOMATOLOGIA

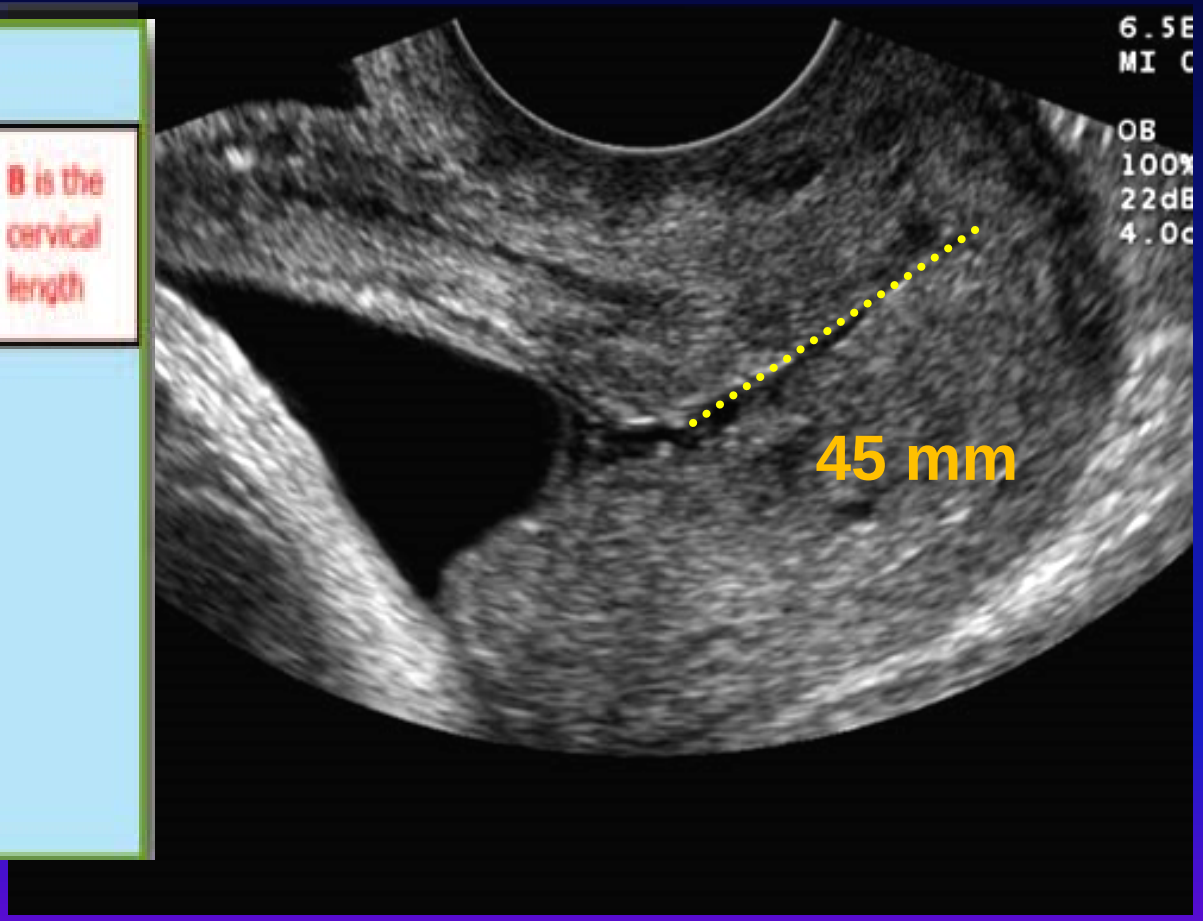
Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

PREDICTORES DE PARTO PRE- TÉRMINO



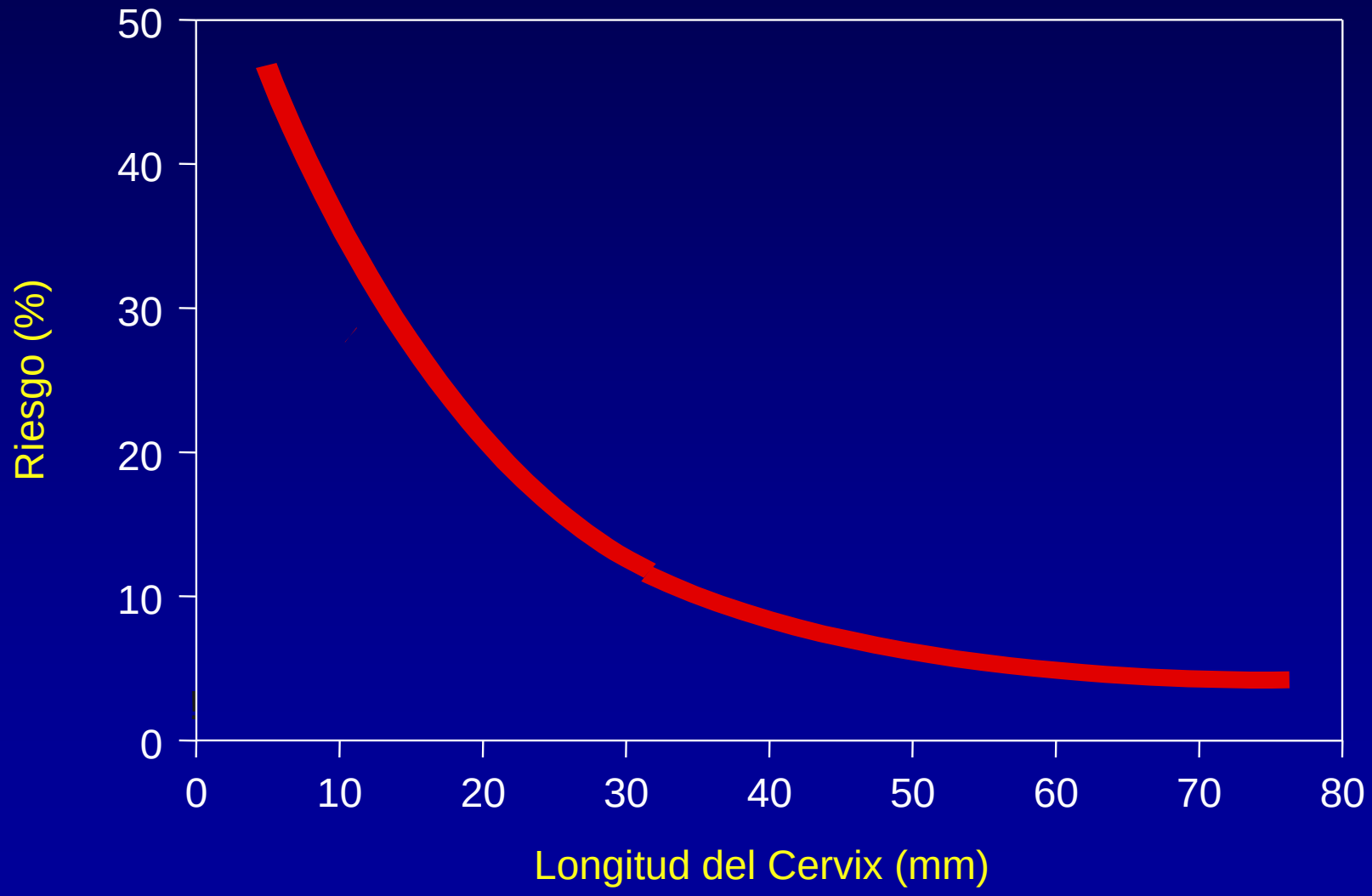
PREDICTORES ECOGRÁFICOS DE PARTO PRETÉRMINO
CERVICOMETRÍA



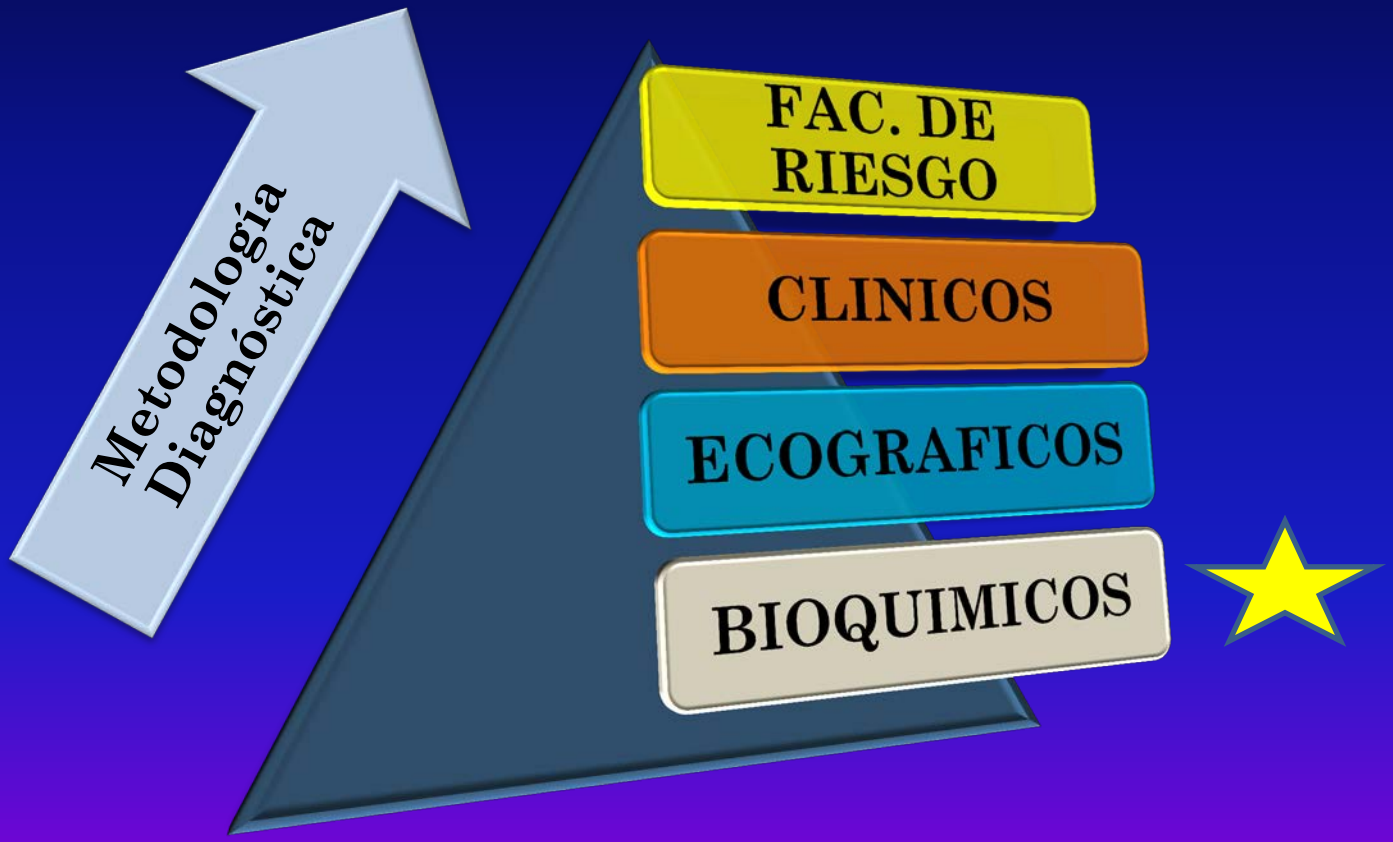


El diagnóstico de parto prematuro puede ser mejorado por el uso de ecografía transvaginal para **medición de longitud del cérvix uterino**.

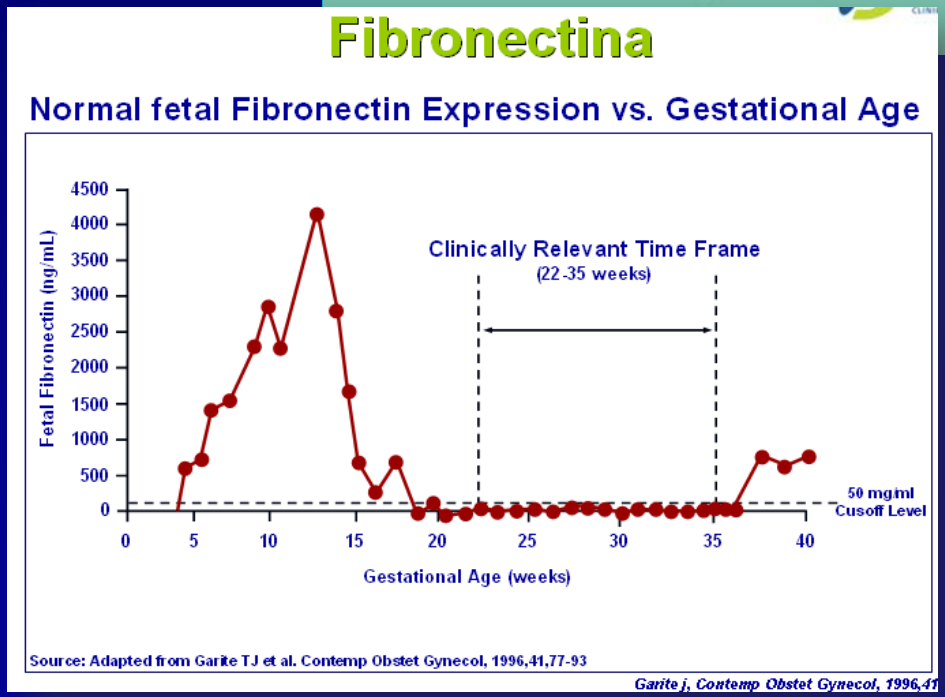
Probabilidad de Nacimiento Pretérmino Espontaneo <32 Semanas según la Longitud del Cervix



PREDICTORES DE PARTO PRE- TÉRMINO



PREDICTORES BIOQUÍMICOS DE PARTO PRE- TÉRMINO FIBRONECTINA



- Proteína de la matriz extracelular
- Ausente en secreción vaginal 22 - 37
- Marcador disrupción interfase corio-decidual
- → **>50ng/ml**

. Goldenberg Robert L American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192, S36–46

MANEJO DE LA AMENZA DE PARTO PRETERMINO

FASE PRODROMICA	FASE ACTIVA
Cervix borrado < 70%	Cervix borrado =
Dilatación < 2 cm	Dilatación 2 –
Contracciones 4/20 min . 8/60 min	Contracciones > 8/60 min

TABLE 15.5 Management strategies in case of preterm labor

- Treatment with corticosteroids to promote lung maturity
- Tocolysis
- Antibiotics in cases of preterm premature rupture of membranes
- Judicious use of magnesium sulfate for neuroprotection of the newborn.

The American College of Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 127, JUNE 2012 *(Replaces Practice Bulletin Number 43, May 2003)*

Management of Preterm Labor

GESTACION MENOR A 37 SEMANAS

FASE PRODROMICA	FASE ACTIVA	PARTO PRETERMINO
Cervix borrado < 70%	Cervix borrado > 80%	Cervix borrado
Dilatación < 2 cm	Dilatación 2 – 5 cm	Dilatación ≥ 5 cm
Contracciones 4/20 min . 8/60 min	Contracciones > 4/20 min . 8/60 min	Contracciones 3/10 min
Longitud cervical >25 mm	Longitud cervical < 25 mm	

Modificado de: García M. y col. Guías Terapéuticas en Ginecología y Obstetricia – Amenaza de Parto Prematuro Pág.; 41-48 Cochabamba Junio 2011

TOCOLITICOS

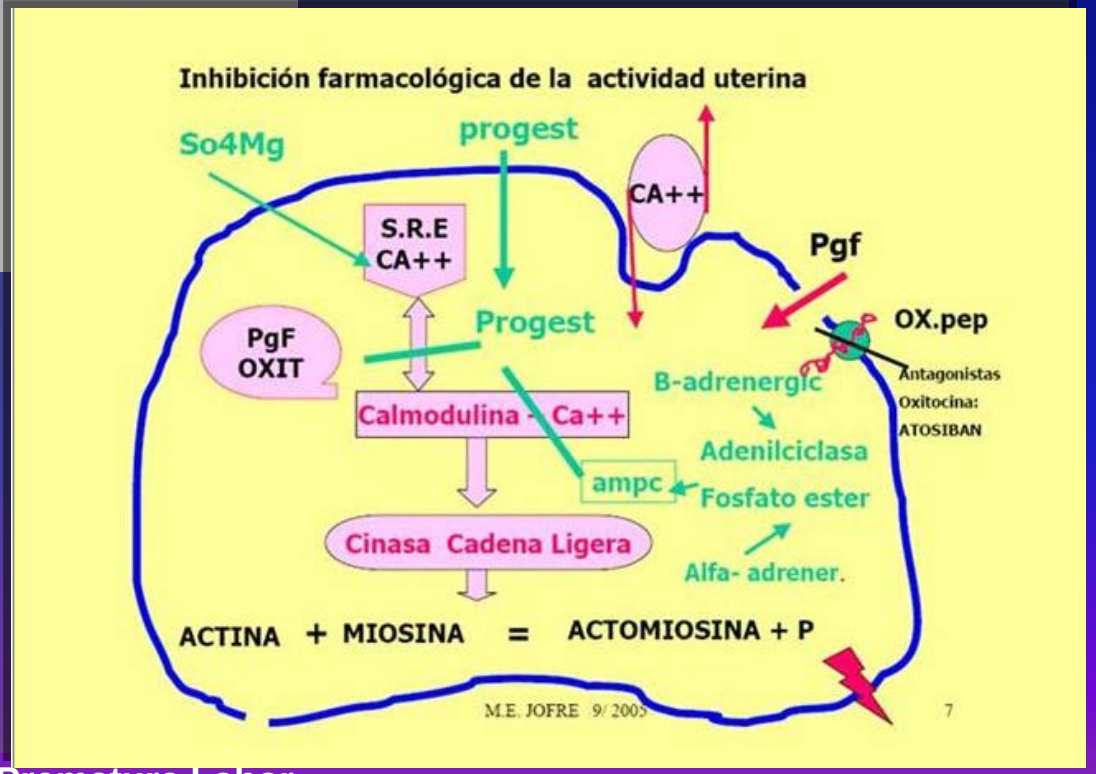
ÍNDICE TOCOLÍTICO DE GRUBER

	0	1	2
ALTURA DE LA PRESENTACION	LIBRE	ABOCADO	ENCAJADO
BORRAMIENTO CERVICAL	FORMADO	BORRANDOSE	BORRADO
CONTRACTILIDAD UTERINA	NO	1-2/ 10	> 3 / 10
DILATACION	NO	1 – 2 CM	> 3
EXPULSION DEL TAPON MUCOSO	NO	EXPULSADO CON SANGRE	EXPULSADO SIN SANGRE

0 - 1 = DOMICILIO
> - 2 = INTERNACION
PROBABILIAD DE CONTROLAR EL TRABAJO DE PARTO PREMATURO POR UNA SEMANA

PUNTOS:

1 – 100 %	PROBABILIDAD
2 - 90 %	
3 - 84 %	
4 - 58 %	
5 - 11 %	
6 - 7 %	
7 - 0 %	



The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor
Ekkehard Schleußner Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2013; 110(13): 227−36

TOCOLISIS

Ha demostrado prolongar el embarazo por 2-7 días. **(NO ADM. EN RPMP)**

Cuando utilizar??

1. Actividad uterina regular
2. Cambios cervicales
3. Cérvix dilatado desde el inicio
4. LC<25mm
5. FN F Positiva

RCOG Guideline. Tocolysis for Women in Preterm Labour. Feb 2011

CONTRAINDICACIONES PARA LA INHIBICIÓN DE LA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Cuando NO utilizar

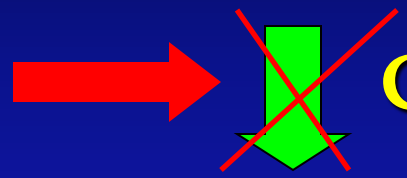
Absolutas	**Relativas**
Infección ovular	Metrorragia
Muerte fetal	RCIU
Malformación fetal incompatible con la vida (ej.: anencefalia)	Madurez pulmonar fetal comprobada
Sufrimiento fetal	Cuadro de HTA severa

Guía de práctica clínica: Amenaza de parto pretérmino • Laterra CM et al. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012;31(1)

Inhibores de la ciclooxigenasa

Ácido araquidónico

Inhibidores de la COX – (Indometacina)



Se inhibe la formación de Prostaglandinas

- **DOSIS**
  100 mg VR X 12 HRS x 2 dias

García M. y col. Guías Terapéuticas en Ginecología y Obstetricia Amenaza de Parto Prematuro – Pág.; 41-48 Cochabamba Junio 2011

PARTO PRETERMINO
INDOMETACINA

- **EFECTIVO**
- **FACIL ADMINISTRACION**
- **BUENA TOLERANCIA**

- **NO ADMINISTRAR DESPUES DE LAS 32 SEM.**

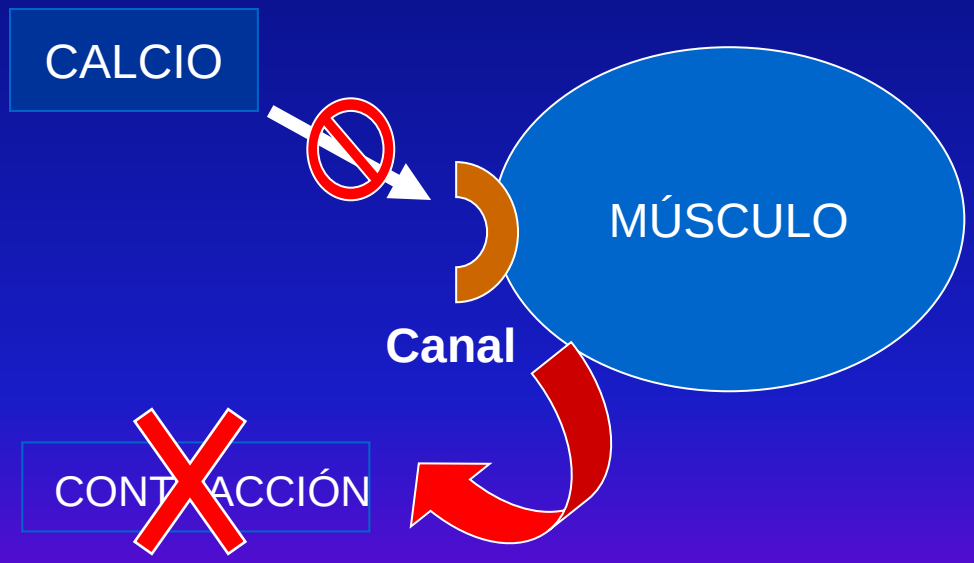
- EFECTOS EN FETO
  - OLIGURIA
  - CIERRE COND. ARTERIOSO

Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

PARTO PRETERMINO

NIFEDIPINA (de uso en nuestro medio)

Bloquean los canales de calcio

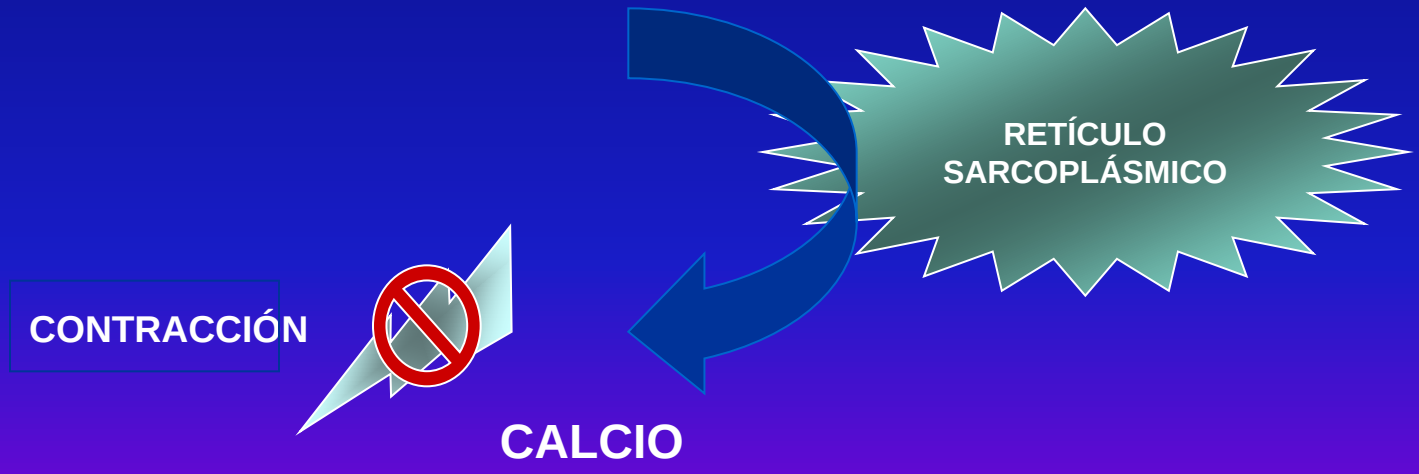


HMIGU
Administrar VO
20 mg. cada 20 minutos x 3 dosis (max 60 mg)
Continuar 20 mg cada 8 hr.

P.A. estable

Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

SULFATO DE MAGNESIO



SULFATO DE MAGNESIO

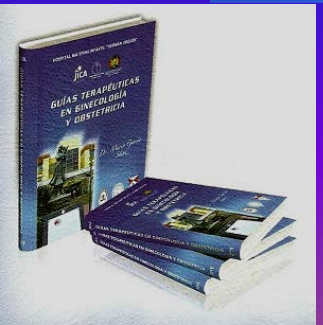
Esquema de Tx
(Esquema "Zuspan"):

Ataque:
Dsa 5% - 250 ml
+ SO_4 Mg 4 g IV

Pasar en 20 minutos.

Mantenimiento:
Dsa 5% - 1000 ml
+ SO_4 Mg 10 g IV

30 gotas x min (1 g/ h)



García M. y col Guías Terapéuticas en Ginecología y Obstetricia. Amenaza de Parto Prematuro – Pág.; 41-48 Cochabamba Junio 2011

PARTO PRETERMINO
SULFATO DE MAGNESIO

Función renal estable

- Efectos BENEFICOS en el feto:

  Neuroprotector

- Efectos colaterales maternos (*con niveles tóxicos*):

  pérdida de los reflejos osteotendinosos,

  depresión respiratoria y paro cardíaco.

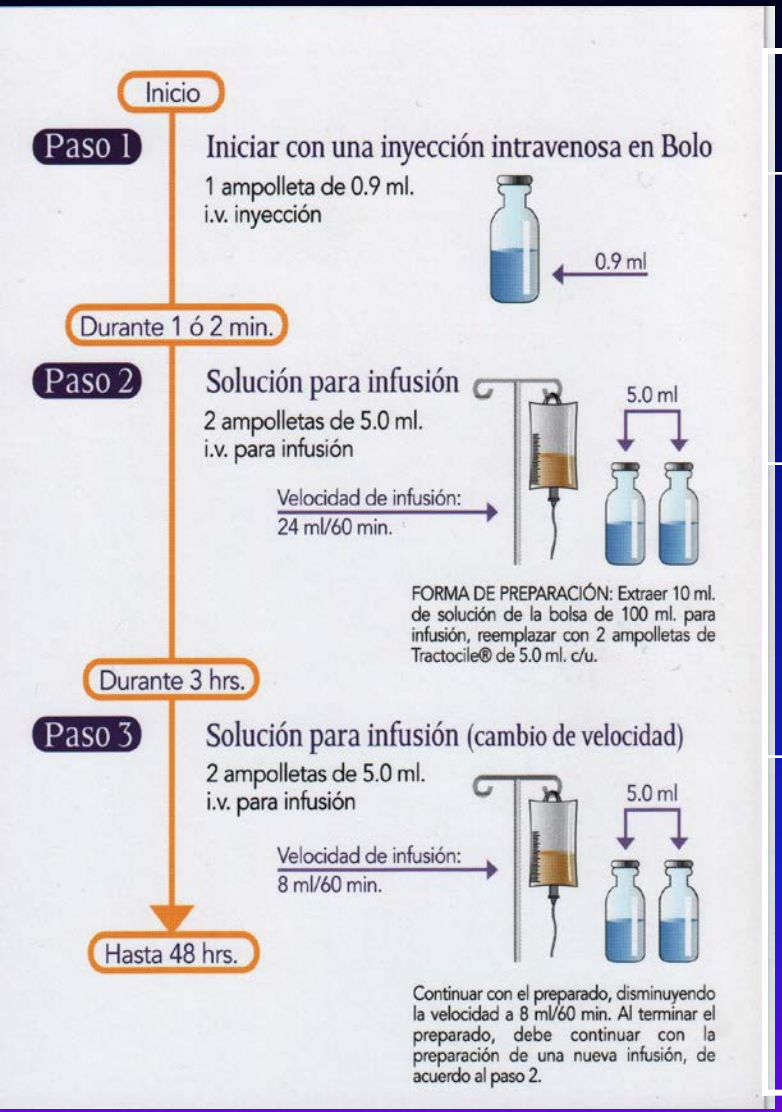
PARTO PRETERMINO
ATOSIBAN

- **OCUPA LOS RECEPTORES DE OXCITOCINA**
- **INHIBE SEGUNDO MENSAJERO**

- ADMINISTRACION
  - IV
  - SUBCUTANEA
  - BOMBA

Costo elevado, se utilizó en el HMIGU para investigación

ATOSIBAN



Etapa	Régimen	Dosis	Tasa	Duración
1	0.9 ml IV	6.75 mg	Bolo	1 min
2	Infusión IV	180 mg/hr	24 ml/hr	3 h.
3	Infusión IV	6 mg/hr	8 ml/hr	Hasta 45 h.

Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

PROGESTERONA

UTILIZADA EN EL HMIGU

Vaginal progesterone vs cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison metaanalysis

Agustin Conde-Agudelo, MD, MPH, Roberto Romero, MD, DMedSci, Kypros Nicolaides, MD, Tinnakorn Chaiworapongsa, MD, John M. O'Brien, MD, Elcin Cetingoz, MD, Eduardo da Fonseca, MD, George Creasy, MD, Priya Soma-Pillay, MD, Shalini Fusey, MD, Cetin Cam, MD, Zarko Alfirevic, MD and Sonia S. Hassan, MD

American Journal of Obstetrics & Gynecology
Volume 208, Issue 1, Pages 42.e1-42.e18 (January 2013)
DOI: 10.1016/j.ajog.2012.10.877

ELSEVIER
Copyright © 2013 Terms and Conditions

- Progesterona 200mg VV
  - *LC<20 - 25 mm*
  - *Riesgo alto*

NIH Public Access
Author Manuscript
Am J Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2012 September 10.

Published in final edited form as:
Am J Obstet Gynecol. 2012 February ; 206(2): 124.e1–124.19. doi:10.1016/j.ajog.2011.12.003.

NIH-PA Author Manuscript

VAGINAL PROGESTERONE IN WOMEN WITH AN ASYMPTOMATIC SONOGRAPHIC SHORT CERVIX IN THE MIDTRIMESTER DECREASES PRETERM DELIVERY AND NEONATAL MORBIDITY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF INDIVIDUAL PATIENT DATA

Roberto ROMERO, MD[1], Kypros NICOLAIDES, MD[2], Agustin CONDE-AGUDELO, MD, MPH[1], Ann TABOR, MD[3,4], John M. O'BRIEN[5], Elcin CETINGOZ, MD[6], Eduardo DA FONSECA, MD[7], George CREASY, MD[8], Katharina KLEIN, MD[9], Line RODE, MD[3], Priya SOMA-PILLAY, MD[10], Shalini FUSEY, MD[11], Cetin CAM, MD[6], Zarko ALFIREVIC, MD[12], and Sonia S. HASSAN, MD[1,13]

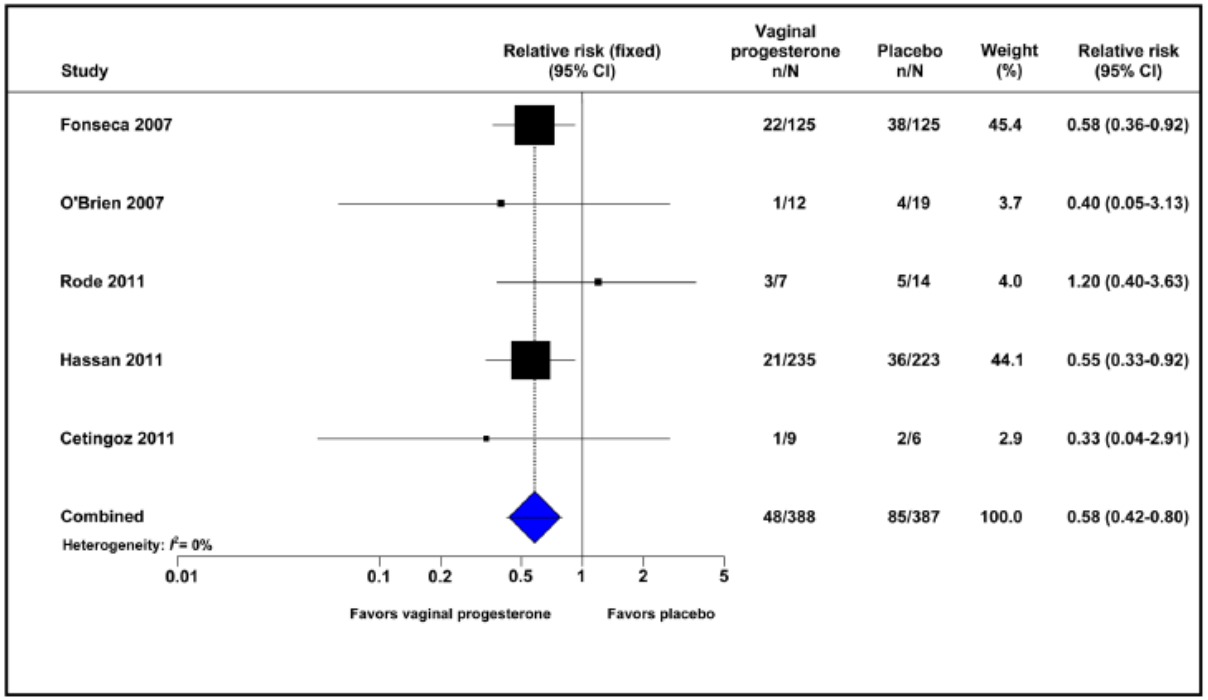


Figure 3.
Effect of vaginal progesterone on preterm birth before 33 weeks of gestation

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA "Dr. Aurelio Melean"
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

PROGESTERONA VAGINAL EN LA PREVENCION DE PARTO PRETERMINO EN GESTANTES CON CERVIX CORTO

HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI
ABRIL – DICIEMBRE 2016

(TRABAJO DE GRADO PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA)
(TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE MEDICO RESIDENTE R3 EN LA ESPECIALIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI)

Autor (a): Marilyn Camacho Cruz
Medico Residente de 3º año
Tutor (a): Dr. Mario García Sainz
Ginecólogo Obstetra H.M.I.G.U.
Docente de la Facultad de Medicina-UMSS

MARZO 2017
Cochabamba – Bolivia

PARTO PREMATURO y PROGESTERONA

1. MECANISMO DE ACCION A NIVEL DEL CERVIX:

- ✓ Recientes estudios sugieren que la progesterona previene el parto prematuro en mujeres con cérvix corto
- ✓ El mecanismo estaría directamente relacionado con cambios a nivel cervical
- ✓ La progesterona modula la expresión del gen de la proteína CLAUDINA, quien regula la presencia de las gap junctions
- ✓ La proteína CLAUDINA está disminuida en presencia de inflamación, la cual es prevenida por la progesterona

Preventing cervical ripening: the primary mechanism by which progestational agents prevent preterm birth Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 314 - 8

PARTO PREMATURO y PROGESTERONA

RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS:

1. **Para mujeres con antecedente de P: administrar progesterona natural en dosis intravaginal de 100 mg/día desde las 24 sem**

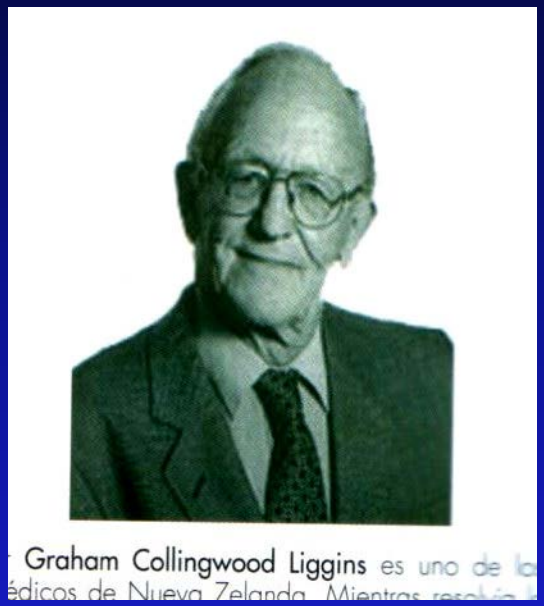
2. **Para mujeres con cérvix corto (<15 mm): administrar 200 mg /día de progesterona natural, vía intravaginal**

3. **En el embarazo múltiple el uso rutinario NO está indicado; aunque podría justificarse en casos de antecedente de PP o cérvix corto**

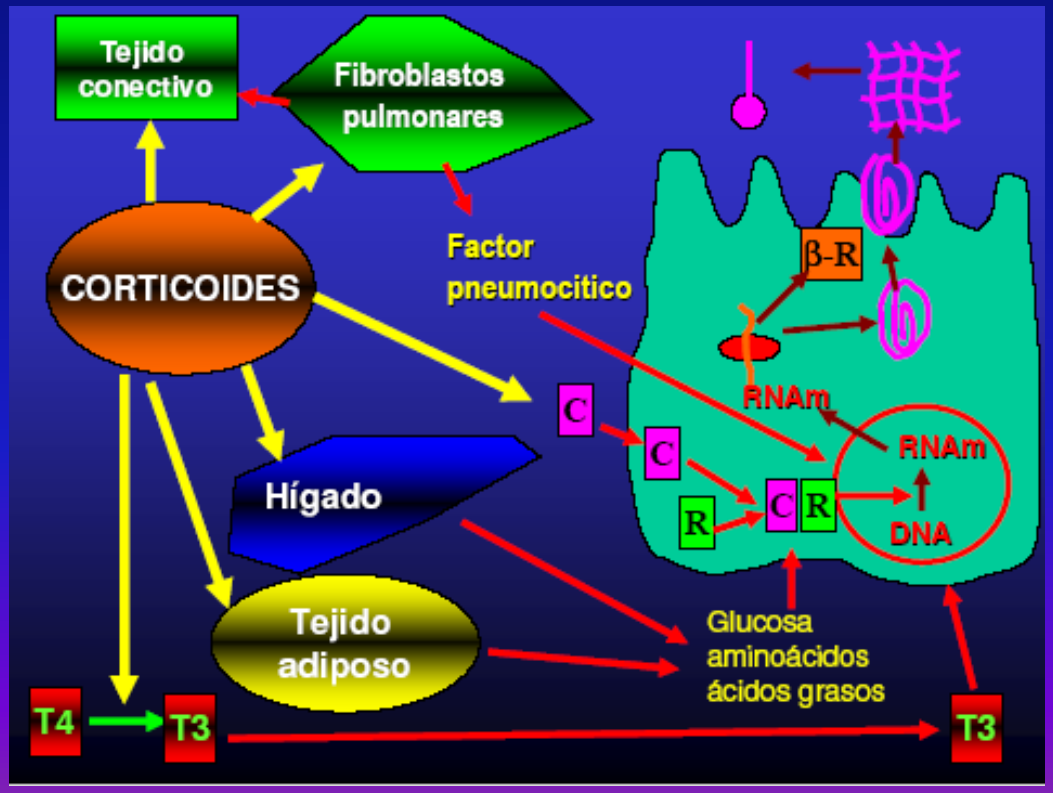
4. **En Amenaza de Parto Prematuro la progesterona puede ser usada en dosis de: 400 mg/día vía vaginal**

Progesterone for preterm birth prevention: a envolving intervention
Am J Obstet Gynecol, Marzo 2009; 219 - 5

CORTICOIDES



Graham Collingwood Liggins es uno de lo
ádicos de Nueva Zelanda. Mientras resolvía l



A

0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52

Semanas

B

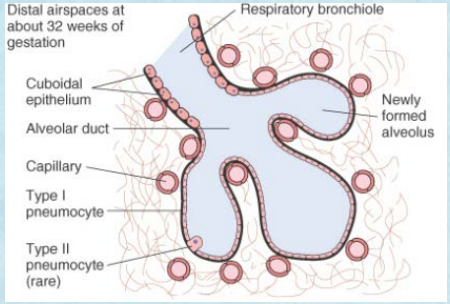
Embrionaria

Pseudoglandular

Canalicular

Sacular

Alveolar



MADURACIÓN PULMONAR FETAL.

Dr. Carlos Briceño Perez y col. Amolca - 2008

Rosas A. Efecto de inductores de madurez pulmonar fetal.
Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008;13(4):181-5

Corticoides

	BETAMETASONA	DEXAMETASONA
Relación con la hidrocortisona	> Efecto 4-6 veces	> Efe[illegible]s
Unión a proteínas plasmáticas	90%	[illegible]%
Metabolismo	Hepático	Hepático
Vida media plasmática **Vida media biológica**	5h 36-54h	4h 36-54h
Excreción	R[illegible]	Renal
Efectos	↑Secreció[illegible]tante pulmonar en el neumocito tipo II ↑D[illegible]idad y el volumen pulmonar máximo. [illegible]bilidad vascular. [illegible]puesta al surfactante.	
	Favorecen desarrollo estructural pulmonar, producción de elastina y colágena, y el adelgazamiento de tabiques alveolares que facilita el intercambio de gases.	
Dósis: 24mg IM	**12mg IM día x dos dósis**	**6mg IM c/12h x 4 dósis**

Betametasona 12 mg IM/día por 2 dosis

INICIAR TRATAMIENTO CON CORTICOIDES (ENTRE 24 Y 34 SEMANAS) (NUEVOS ESTUDIOS RECOMIENDAN HASTA LAS 36 SEMANAS)

- Administrar **12 mg de Betametazona** por vía intramuscular.
- **R**epetir una sola vez a las 24 horas (no adelantar dosis, para evitar efectos secundarios maternos.
- Si hay **Rotura Prematura de Membranas después** de las 32 semanas, **no dar tocoliticos ni corticoides ??**
- El beneficio inicial de la terapia con corticoides ocurre a las 18 h de la 1ª dosis y el máximo beneficio 48 h después de la 1ª dosis

ACTUALIZACIÓN DEL
PROTOCOLO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO
Servicio de Ginecología (Dra. L. González) y Servicio de Farmacia (Dr. F. Puigventós).
Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.
Protocolo 2012

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Antenatal Betamethasone for Women at Risk for Late Preterm Delivery

C. Gyamfi-Bannerman, E.A. Thom, S.C. Blackwell, A.T.N. Tita, U.M. Reddy, G.R. Saade, D.J. Rouse, D.S. McKenna, E.A.S. Clark, J.M. Thorp, Jr., E.K. Chien, A.M. Peaceman, R.S. Gibbs, G.K. Swamy, M.E. Norton, B.M. Casey, S.N. Caritis, J.E. Tolosa, Y. Sorokin, J.P. VanDorsten, and L. Jain, for the NICHD Maternal–Fetal Medicine Units Network*

CONCLUSIONS

Administration of betamethasone to women at risk for late preterm delivery significantly reduced the rate of neonatal respiratory complications. (Funded by the National Heart, Lung, and Blood Institute and the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development; ClinicalTrials.gov number, NCT01222247.)

The New England Journal of Medicine
Downloaded from nejm.org on February 8, 2016. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.

Parto Pretérmino
Glucocorticoides BENEFICIO EVIDENTE

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR

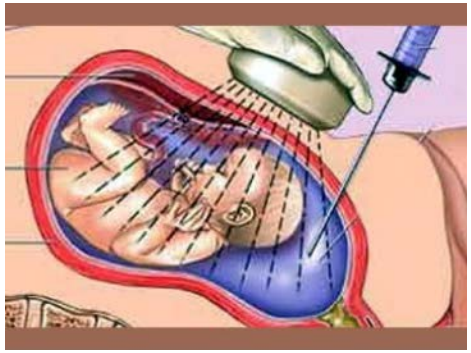
ENTEROCOLITIS NECROZANTE

SEPSIS NEONATAL

Prof. Sergio Rosales Ortiz UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
Luis Castelazo Ayala Ciudad de México, D.F
Jornada Medicina Materno-Fetal SBOG Cochabamba -Junio 2013

Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Committee Opinion No. 475. Obstet Gynecol 2011;117:422–4.

PRUEBAS PARA DETERMINAR MPF



LIQUIDO AMNIOTICO

ASPECTO

Claro

Contaminado ①

PRUEBA de AGITACION

RESULTADO

Positiva

NEGATIVA o DUDOSA

INDICE L/E + FOSFATIDILGLICEROL

RESULTADO

L/E ≥ 2 ó FG presente

L/E < 2 y FG ausente

INMADURO

FOSFATIDILGLICEROL

RESULTADO

Ausente

Presente

MADURO

EQUIPO de SALUD

LABORATORIO

① MECONIO - SANGRE - SECRECIONES VAGINALES

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE LA MADUREZ PULMONAR FETAL

Irene Vico Zúñiga, Mª Mar Sánchez Gila, Francisca Hurtado Sánchez

Análisis computarizado de la textura de las imágenes de ultrasonido de pulmón fetal es capaz de identificar patrones de características que se correlacionan fuertemente con la edad gestacional, o con los resultados de las pruebas tradicionales de madurez pulmonar fetal en líquido amniótico.

Tabla 1.
Sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas para la madurez pulmonar fetal

	QuantusFLM®	Lecitina/ Esfingomielina	Cuerpos Lamelares	Fosfatidilglicerol
Sensibilidad	91% (77-98%)	74% (48-96%)	86% (71-100%)	91% (86-94%)
Especificidad	86% (82-90%)	98% (81-100%)	86% (60-100%)	72% (67-79%)

“quantitative ultrasound fetal lung maturity analysis”

Bonet-Carne E, Palacio M, Cobo T, Perez-Moreno A, Lopez M, PiraquiveJP, Ramirez JC et al. Quantitative ultrasound texture analysis of fetal lungs to predict neonatal respiratory morbidity. Ultrasound Obstet Gynecol.
2015;45(4):427-33.

ANTIBIOTERAPIA

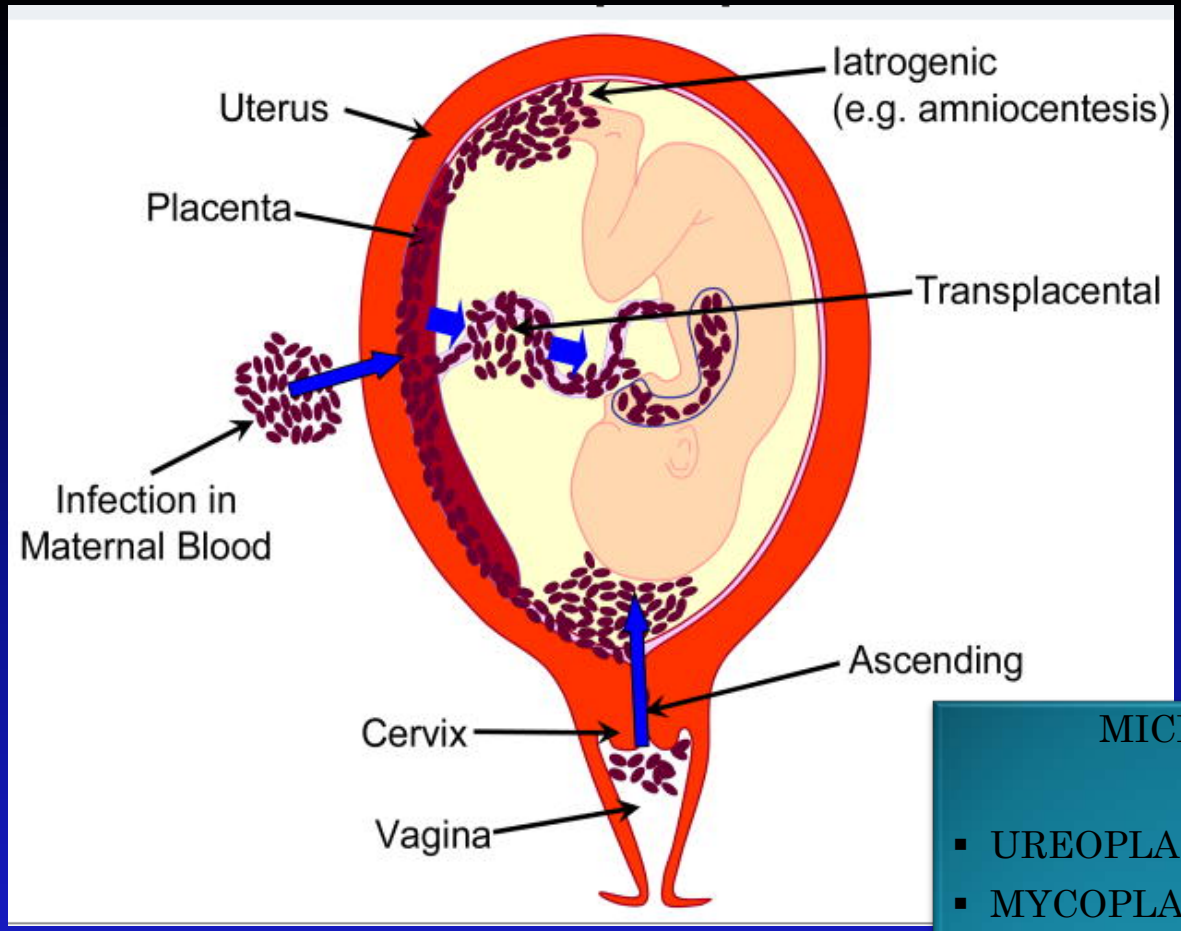
Tratar la infección de manera especifica

Ronald S. Gibbs, M.D.

Dr. Ronald Gibbs has been Chair of the Department of Obstetrics and Gynecology at the University of Colorado for over 15 years. He holds the E. Stewart Taylor endowed chair in Obstetrics and Gynecology, which is in honor of the first full-time chairman of the department. Dr. Gibbs received his MD degree at the University of Pennsylvania and was a Resident in Obstetrics and Gynecology at the Hospital of the University of Pennsylvania. After completing military service at Walter Reed Army Medical Center in Washington, D.C., he joined the faculty at the University of Texas from 1976 to 1989, when he became Chair at CU. .

Dr. Gibbs is certified in basic obstetrics and gynecology and maternal fetal medicine.

Dr. Gibbs is nationally known for his expertise in genital tract infections and high risk pregnancies. His professional activities include:



- Ampicilina 1 gr cada 6 hrs E.V.
- Eritromicina 500 mg cada 8 hrs VO
- Gentamicina 160 mg cada 24 hrs E.V.
- Azitromicina 1 gr VO D.U.

MICROORGANISMOS AISLADOS

UREOPLASMA	68%
MYCOPLASMA	15%
ESTREPTOCOCO B	10%
GARDNERELLA VAG.	10%
PEPTOESTREPT0COCOS	10%
HEMOF. INFLUENZA	8%
GRAN (-)	8%
FLORA MIXTA	42%

NIH Public Access
Author Manuscript
Minerva Ginecol. Author manuscript; available in PMC 2015 March 01.

Published in final edited form as:
Minerva Ginecol. 2015 February ; 67(1): 35–46.

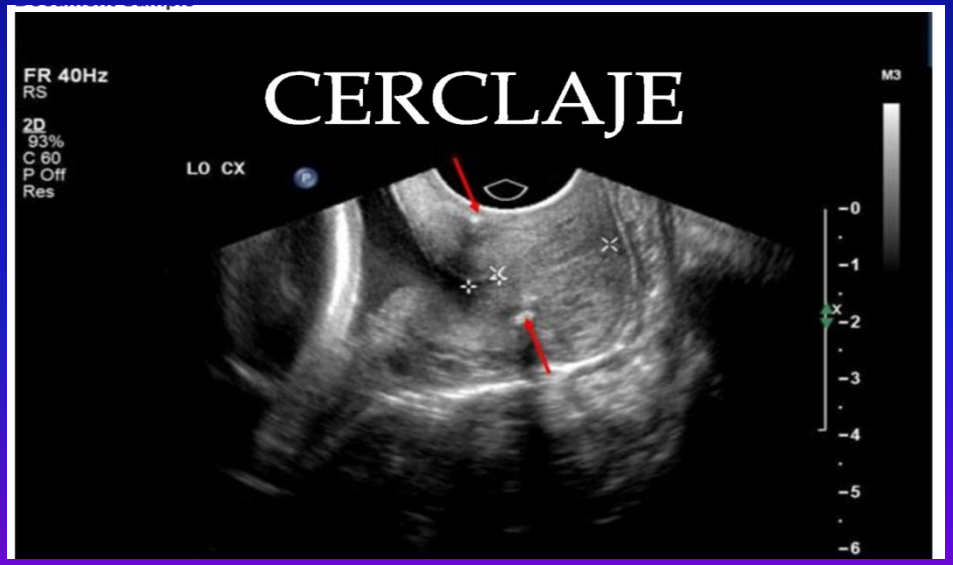
Prematurity: present and future

M. E. Tsimis, **N. Abu Al-Hamayel**, **H. Germaine**, and **I. Burd**
Integrated Research Center, for Fetal Medicine Division, of Maternal-Fetal Medicine Department, of Gynecology and Obstetrics, Johns Hopkins University School of Medicine

PREVENCION

Prevención

- Cerclaje… 25%
  - ***Electivo***
    - ***Antecedente de PP + USG normal 11-13***
    - ***Antecedente de PP + USG cada 2 semanas <25 mm***



Incidentally detected short cervical length. Committee Opinion No. 522. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012;119:879–82.

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 3 • Julio-Septiembre 2014 • (215-227)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

SULFATO DE MAGNESIO PARA NEUROPROTECCIÓN FETAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA

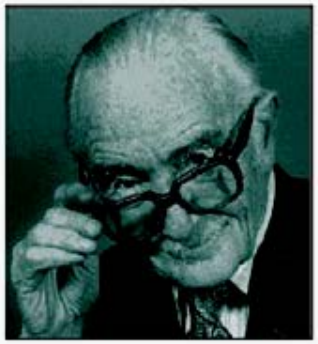
Magnesium sulphate for foetal neuroprotection: review of the literature

Camilo Muñoz-Martínez, MD[1]; Mario Orlando Parra-Pineda, MD[2]

Recibido: diciembre 5/13 – Aceptado: septiembre 12/14

THE COCHRANE COLLABORATION®

Neuroprotección



Professor Archibald Leman Cochrane, CBE FRCP FFCM, (1909-1988)

Archie Cochrane, epidemiólogo británico, contribuyó a una aceptación cada vez mayor de la medicina basada en pruebas, sobre todo tras la publicación en 1972 de su libro Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Service. Su labor fue reconocida dando nombre a centros de investigación médica basada en evidencia y a la organización internacional que lleva su nombre: la Colaboración Cochrane.

1992: **Kuban** et al.: **$MgSO_4$** prenatal se asocia con una **reducción del riesgo de hemorragia intraventricular** de un 18,9% a un 4,4% en RN < 1500 g.

1995: **Nelson**. California Cerebral Palsy project (estudio de caso-control): $MgSO_4$ administrado a madres durante el T de P se asoció con una marcada **reducción del riesgo de parálisis cerebral** (OR 0,14; IC 95%) en RN < 1500 g.

Reducción PC (Hauth 1995; Schendel 1996)
Disminución de la mortalidad perinatal (Fimesmith 1997)

Otros estudios observacionales no muestran beneficios

POSIBLES MECANISMOS DE ACCIÓN

Bloqueo de Rc N-methyl-D-aspartate (NMDA) de glutamato

↓ de estimulo exitatorio

↓ Entrada de calcio intracelular

Boqueo de potencial de acción,
este bloqueo puede ser uno de los principales mecanismos involucrados con la neuroprotección

Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2010

POSIBLES MECANISMOS DE ACCIÓN

Efecto hemodinámico

Efecto vasodilatador

↑ Flujo vascular cerebral

Minimizando daño hipóxico-isquémico

Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2010

SULFATO DE MAGNESIO PARA NEUROPROTECCION DEL FETO EN MUJERES EN RIESGO DE PARTO PREMATURO

(Magee L SOGC,2011)

Recomienda administrar sulfato de magnesio a mujeres con rotura prematura de membranas o el parto prematuro, que tienen una alta probabilidad de parto inminente, o antes de un parto prematuro programado por indicación médica

Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2010

SULFATO DE MAGNESIO PARA NEUROPROTECCION DEL FETO EN MUJERES EN RIESGO DE PARTO PREMATURO

- Se utiliza una dosis de 4 gramos de carga por vía intravenosa seguido de una infusión de 1 gramo/hora. Esta terapia se suspende 24 horas después del inicio si el parto no se ha producido.

Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2010

Técnicas simples y económicas salvan vidas

www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html

- "Se asocian los nacimientos prematuros con servicios de cuidados intensivos de alto costo; pero hay un menu de servicios eficaces y económicos para salvar la mayoría de estas vidas" Incluyen:
- Inyecciones de esteroides prenatales para madres en parto prematuro. Sólo esta intervención podría salvar casi 400.000 vidas de bebés al año.

Técnicas simples y económicas salvan vidas

www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.htm
l

"Cuidado de madre canguro" donde el bebé es mantenido en contacto con la piel de la madre, a fin de brindarle calor. Esta intervención podría salvar 450.000 vidas al año.

Sulfato de magnesio como neuroprotección fetal. Esta intervención mejoraría el pronostico neurológico a mediano y largo plazo

Antibióticos para prevenir y combatir infecciones, una importante causa de muerte neonatal.

Quieren internado no??

Similitud o coincidencia??

FICHA METACOGNITIVA

Cuál la principal etiología del parto pretermino?

Índice Tocolitico de Gruber

Cuales son los pilares de manejo de la APP?

Qué dosis se recomienda para la corticoterapia?

Principal factor predictivo de parto pretermino?