TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

DÉCIMO SEMESTRE

Dra. Biviana Luna

TRATARE DE LLEGAR A TÉRMINO

PARTO PRETERMINO	• **Nacimiento de un infante desde las 22 a las 37 semanas cumplidas de gestación. Ocurre en 5-10% de embarazos**
TRABAJO DE PARTO PRETERMINO	• **Contracciones uterinas (3 en 30 minutos), acompañadas de cambios cervicales: borramiento (50%) o** dilatación (igual o mayor a 3 cm), antes de las 37 semanas
AMENZA DE PARTO PRETERMINO	• Contracciones uterinas (3 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm antes de las 37 semanas

ETIOLOGIA

MATERNOS

- Edad materna
- Infecciones (5-10%)
- Enfermedades endocrinas y metabólicas
- Malformaciones uterinas (1-3%)
- Incompetencia istmo cervical
- Traumas
- Operaciones Quirúrgicas
- Tabaco, alcohol, drogas

OVULARES

- Embarazo múltiple
- Malformaciones congénitas
- Rotura prematura de membranas (20-30%)
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Insuficiencia placentaria
- Polihidramnios

AMBIENTALES

- Malas condiciones socioeconómicas
- Estado nutricional
- Asistencia prenatal

EPIDEMIOLOGÍA

- Representa el 50-70% de la morbi-mortalidad neonatal
- Ocupa una de las primeras cinco causas de mortalidad en población general
- Representa el mayor problema clínico asociado con la mortalidad perinatal

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

Dolor abdominal tipo contracción

Presión Pélvica o dolor lumbar

Embarazo igual o menor a 37 semanas

Antecedentes clínicos y obstétricos

- Edad <15 0 >35
- Nivel socioeconómico bajo
- Ruptura prematura de membranas pretermino
- Sobre distensión uterina (gemelos, polihidramnios, mal formaciones)
- Trauma materno
- **Incompetencia cervical**
- Bacteriuria asintomática
- Vaginosis
- Neumonía, Paludismo, Apendicitis

EXAMEN FISICO

CONTRACCIONES UTERINAS
- Mínimo 3 en 30 minutos

Aumento y cambio de secreción vaginal

Sangrado genital

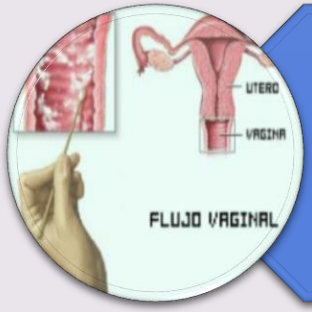
Salida de tapón mucoso cervical

Borramiento 50% o dilatación menor a 3cm

EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA

EMO/UROCULTIVO



CRISTALOGRAFIA / GRAM Y FRESCO DE SECRECIÓN VAGINAL

ECOGRAFIA ABDOMINAL

MONITOREO FETAL

MEDICION ECOGRAFICA DE LA LONGITUD DEL CERVIX.

El cérvix uterino tiene una longitud media en el segundo trimestre de 3,5 cm y comienza a borrarse desde el orificio cervical interno hacia el externo.

- Un cérvix con una longitud **>30 mm** tiene alto valor predictivo negativo, lo que ayuda a evitar muchos tratamientos que podrían ser innecesarios dado que estas pacientes tienen un bajo riesgo de desarrollar un parto pretérmino.

- Se considerará como anormal un cérvix **<20 mm** y presencia de Funneling (fenómeno de embudo o insinuación de las membranas en el canal cervical).

Bajo Arenas, Melchor Marcos. Fundamentos de Obstetricia de la SEGO. Madrid 2007

Semana 26 dias 4
Weeks 26 days 4
Cuello uterino
Cabeza fetal
Fetal head
Cervix
Cuña de liquido amniotico
Amniotic fl

TRATAMIENTO

OBJETIVOS

- TOCOLISIS (para prolongar al menos 72 horas el embarazo).
- MADURACION PULMONAR FETAL (embarazos < de 34 semanas).
- DETERMINAR ETIOLOGIA
- TRANSFERENCIA A UNIDAD DE NEONATOLOGIA

PROTOCOLO DE MANEJO DE TRABAJO DE PARTO

Evaluación obstétrica

Evaluación clínica

Historia clínica Perinatal y Carnet Perinatal

Menor a 20mm

Ecografía verificar condición de ILA, peso y edad gestacional

Realizar el primer examen o tacto vaginal

Solicitar exámenes que no consten en la Historia Clínica

Registre la existencia en el control prenatal

SI EL EMBARAZO ES >37 SEMANAS PROBABLEMENTE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN FASE LATENTE DE LABOR DE PARTO.

Finalización del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea.

SI EL EMBARAZO ES <37 SEMANAS REALICE MANEJO TOCOLITICO:

Nifedipino 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20 mg cada 4- 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.

NO REALICE MAS DE DOS CICLOS DE TOCOLISIS

CONTRAINDICACIONES DE TOCOLISIS:

- **Dilatación > 4cm.**
- **Corioamionitis.**
- **Preeclampsia, eclampsia, síndrome Hellp.**
- **Compromiso del bienestar fetal o muerte fetal.**
- **Malformaciones fetales.**
- **DPNI**

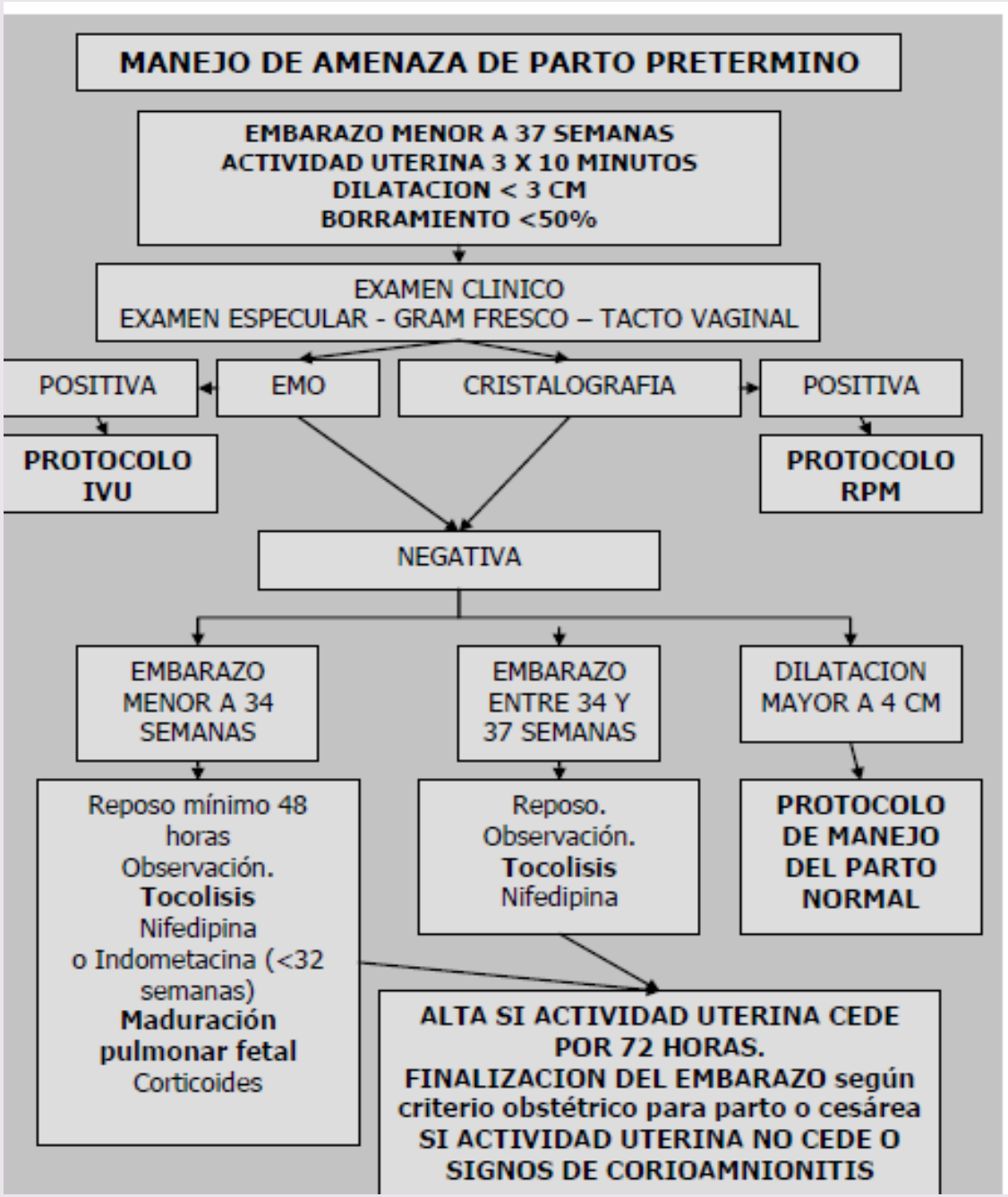
MADURACIÓN PULMONAR FETAL.

SI EMBARAZO > 24 y < 34 SEMANAS:

- **Betametasona** → 12 mg IM y a las 24 horas (2 dosis).
- **Dexametasona** → 6 mg IM y cada 12 horas (4 dosis).

SI CORIOAMIONITIS:

- Ampicilina 2 g IV cada 6 horas
- Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día.
- Clindamicina 900 mg IV cada 8


MANEJO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
EMBARAZO MENOR A 37 SEMANAS
ACTIVIDAD UTERINA 3 X 10 MINUTOS
DILATACION < 3 CM
BORRAMIENTO <50%
EXAMEN CLINICO
EXAMEN ESPECULAR - GRAM FRESCO – TACTO VAGINAL
POSITIVA
EMO
CRISTALOGRAFIA
POSITIVA
PROTOCOLO IVU
PROTOCOLO RPM
NEGATIVA
EMBARAZO MENOR A 34 SEMANAS
EMBARAZO ENTRE 34 Y 37 SEMANAS
DILATACION MAYOR A 4 CM
Reposo mínimo 48 horas
Observación.
Tocolisis
Nifedipina
o Indometacina (<32 semanas)
Maduración pulmonar fetal
Corticoides
Reposo.
Observación.
Tocolisis
Nifedipina
PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO NORMAL
ALTA SI ACTIVIDAD UTERINA CEDE POR 72 HORAS.
FINALIZACION DEL EMBARAZO según criterio obstétrico para parto o cesárea
SI ACTIVIDAD UTERINA NO CEDE O SIGNOS DE CORIOAMNIONITIS

SABIA QUE LLEGARIA.

https://cedia.zoom.us/rec/share/xiOLGBUaorAiozhaRRxI-bBOj3v7-MMz5QsqXZ6brDuPOPyKZARjkU-k0syp6Gg2.w7isisunDdAOn3H9?startTime=1748373817000