

ESTRATEGIAS PERINATALES

Dr. Fernando Urzua Vargas
Jefe de Unidad Alto Riesgo Obstétrico
Hospital de Puerto Montt

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

¿ POR QUÉ ?

¿ A QUIENES ?

¿CÓMO PODEMOS MODIFICARLO?

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

¿ POR QUÉ ?

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

El parto prematuro definido por la OMS como aquel que se produce entre las 22 y 37 semanas después del primer día de la FUR.

Síntoma de parto prematuro se define como 1 a 2 contracciones en 10 min durante 30 min + borramiento del 50% y/o dilatación de 1 cm.

Trabajo de parto prematuro se define como 2 o mas contracciones en 10 minutos durante 30 min asociadas a dilatación cervical mayor a 3 cm y/o borramiento mayor a 80%.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

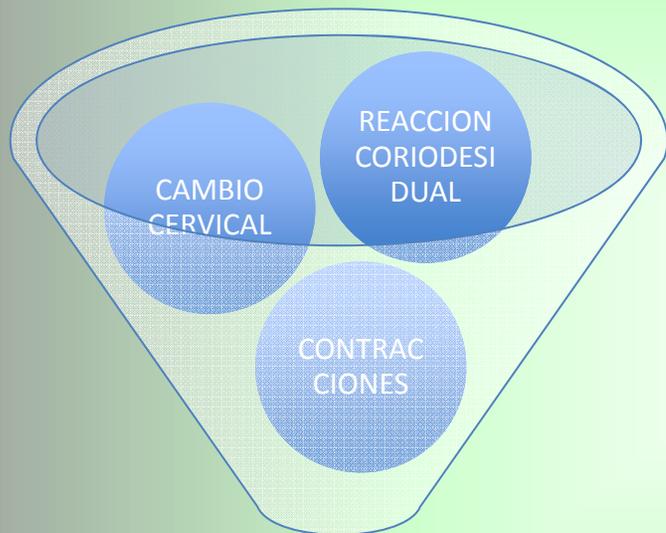
La mayoría de las veces precedido por un síndrome, EL SINDROME DE PARTO PREMATURO, caracterizado por una serie de factores que activan la vía final común del parto.

- SINDROME:

- HAY MUCHOS FACTORES DE RIESGO DE MAYOR O MENOR MAGNITUD ASOCIADOS A UNA ETIOLOGIA
- HAY VARIAS ETIOLOGIAS
- VARIOS CONGLOMERADOS DIAGNOSTICOS CON ETIOLOGIAS COMPARTIDAS
- VARIOS INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS NECESARIOS Y VARIAS TERAPIAS POSIBLES

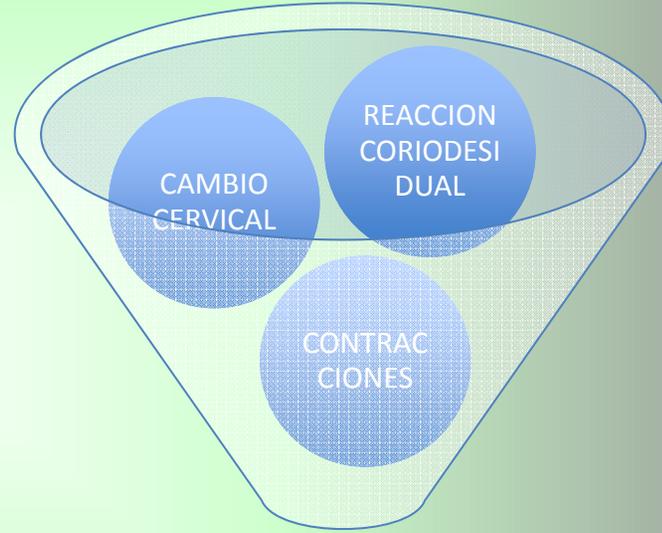
ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

ACTIVACION PATOLOGICA



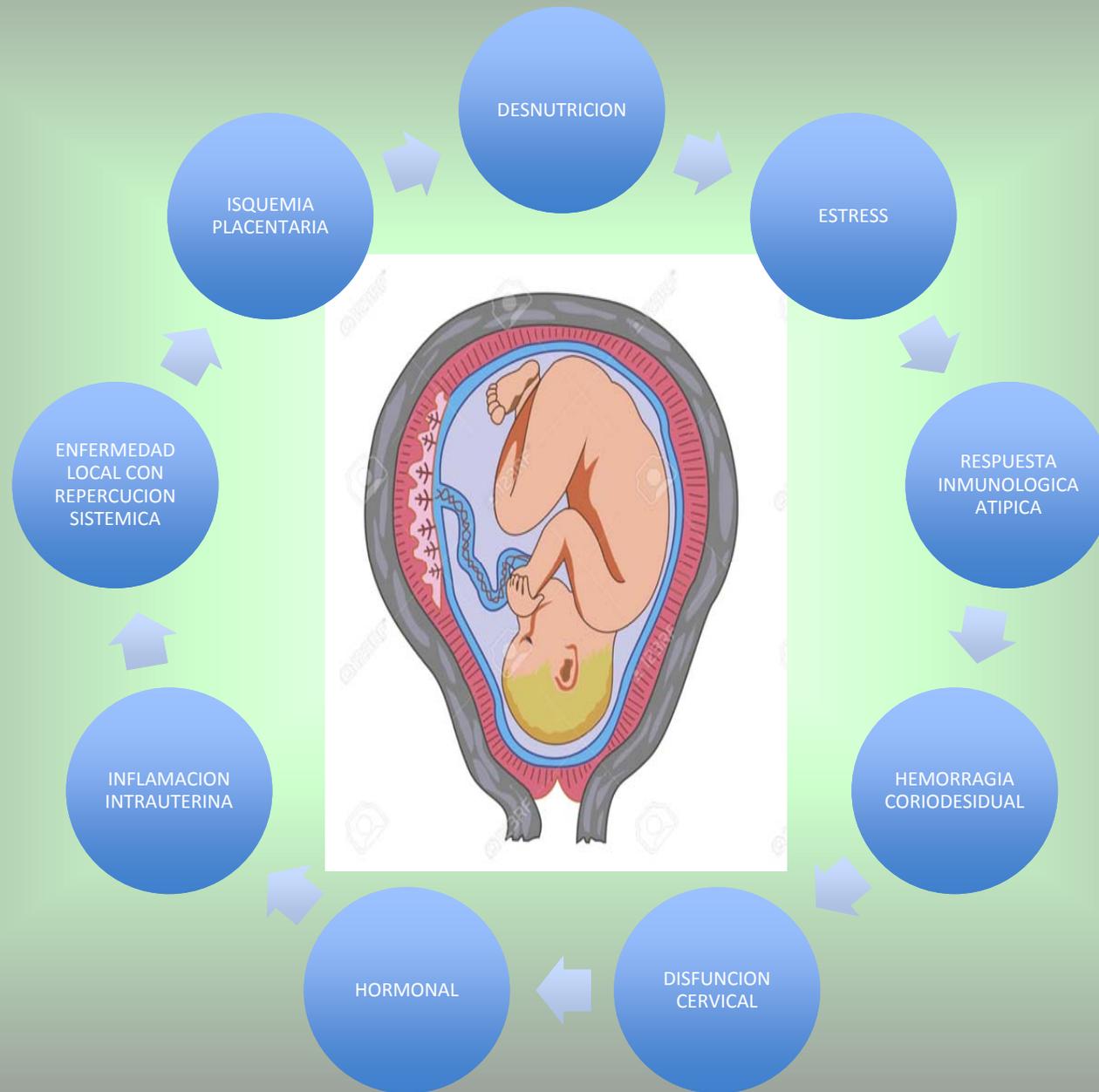
PARTO
PREMATURO

ACTIVACION FISIOLOGICA



PARTO
TERMINO

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO



ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **INFECCION INFLAMACION**
 - ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE PARTO PREMATURO
 - SALVO EN LISTERIOSIS Y SALMONELOSIS LA VIA DE INFECCION DE LAS MEMBRANAS OVULARES ES LA ASCENDENTE
 - PROVOCAN RPM O FIRS (COMPROMISO FETAL SISTEMICO) LIBERANDO MEDIADORES INFLAMATORIOS QUE DETERMINAN VIA ACIDO ARAQUIDONICO, CICLO OXIGENASA Y PROSTAGLANDINAS (REACCION CORIODESIDUAL) LA OCURRENCIA DEL PARTO.
 - LOS GERMENES INVOLUCRADOS UREAPLASMA, MICOPLASMA, GADNERELLA VAGINALIS, ANAEROBIOS, STREPTOCOCO, GRAM NEGATIVOS, HONGOS ETC.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **ISQUEMIA UTERO PLACENTARIA**

- CONSTITUYE LA SEGUNDA EN FRECUENCIA COMO GATILLANTE DE PARTO PREMATURO
- DESARROLLA ISQUEMIA PLACENTARIA A TRAVES DE UNA INACECUADA PLACENTACION COMPARTIENDO SU GENESIS CON RCF Y PREECLAMPSIA
- DETERMINA LA GENERACION DE ANGIOTENSIN II Y EN FORMA DIRECTA O VIA PROSTAGLANDINAS ESTIMULA LA CONTRACTILIDAD UTERINA
- TRES META-ANALISIS RECIENTES MUESTRAN QUE LA INGESTA DE ASPIRINA EN DOSIS MEDIAS A BAJAS ADMINISTRADAS ANTES DE LAS 16 SEMANAS EN POBLACION DE RIESGO DE DISFUNCION PLACENTARIA DISMINUYEN SIGNIFICATIVAMENTE LA FRECUENCIA DE PARTO PREMATURO

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- PROCESOS TROMBOTICOS

- DPPNI

- AUNQUE SU PRESENTACION ES MUY DRAMATICA, SU INCUBACION FISIOPATOLOGICA SUELE ESTABLECERSE EN UN LECHO PLACENTARIO ISQUEMICO E INFLAMADO LO QUE EXPLICA SU ASOCIACION CON PE, HTA, SAAF, TABAQUISMO, ADICCION A COCAINA Y RPM DE PRETERMINO.
 - SU GENESIS NO DIFIERE DE LA EXPUESTA EN LA CAUSA ISQUEMICA, CON LA DIFERENCIA DEL COAGULO RETROPLACENTARIO QUE ES UN POTENTE UTERO TONICO POR SU CONTENIDO ALTO DE TROMBINA

- METRORRAGIAS (procesos hemorrágicos)

- FRECUENTEMENTE CONSIDERADAS COMO AISLADAS E IDIOPATICAS.
 - LA ISQUEMIA DEL LECHO PLACENTARIO ASOCIADA A MICROTROMBOS DE LA ARTERIA ESPIRALES O DEL ESPACIO INTERVELLOSO Y/O HEMORRAGIAS DEL ESPACIO CORIODESIDUAL CONTIENEN UNA ALTA CONCENTRACION DE TROMBINA QUE ADEMAS DE SER UN POTENTE UTERO TONICO ACTUA VIA MMPs DEGRADANDO MATRIZ EXTRACELULAR Y PREDISPONIENDO A LA RPM.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **INSUFICIENCIA CERVICAL**

- CAUSA DE UN NO DESPRESIABLE NUMERO DE PARTOS PREMATUROS Y DE ABORTOS TADIOS.

- **MALNUTRICION**

- PACIENTES OBESAS PRESENTAN RIESGO CONTROVERSIAL DE PARTO PREMATURO YA QUE EXISTE ASOCIACION ESTRECHA CON PATOLOGIAS QUE DETERMINAN UN PARTO PREMATURO IATROGENICO
- PACIENTES CON IMC < DE 19 PRESENTAN MAYOR RIESGO DE PARTO PREMATURO POR MAYOR RIESGO DE TENER DEFICIT EN LA INGESTA DE VITAMINAS Y MINERALES ASOCIADOS A RIESGO DE PP (ZINC, CALCIO, AC. FOLICO, OMEGA 3)

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **SOBREDISTENCION UTERINA**
 - SE DESCONOCE SU FISIOPATOLOGIA, SE TEORIZA SOBRE AUMENTO DE PROSTAGLANDINAS, IL8 Y AUMENTO DEL NUMERO DE RECEPTORES DE OCITOCINA ASOCIADOS AL BLOQUEO DE RECEPTORES A DE PROGESTERONA (que mantendrían la quiescencia uterina).
 - PARADOGICO ES QUE LA UTILIZACION DE PROGESTERONA LOGRA EN EMBARAZOS UNICOS Y CUELLO CORTO FRENAR LA PROGRESION DEL PARTO PREMATURO Y QUE NO TIENE NINGUN BENEFICIO EN EMBARAZOS GEMELARES(donde se utiliza pesarios no medicados con resultado estadísticamente significativo)

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **ESTRÉS**

- EL ESTRÉS, LA DEPRESIÓN, LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y EL EXCESO DE CARGA FISICA MATERNAS ESTAN ASOCIADOS A UN PP TARDIO
- SE CREE QUE INTERVIENEN LOS NIVELES DE CORTICOTROPINA MATERNA, FETAL Y PLACENTARIA, ESTAS ULTIMAS GATILLAN ELEVACIONES DEL CORTISOL Y PROSTAGLANDINAS QUE DETERMINAN EL AUMENTO DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA Y EL PP.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **PROGESTERONA Y PP**
 - CENTRAL EN LA QUIESCENCIA UTERINA Y EN LA MANTENCION DE LA INTEGRIDAD BIOQUIMICA DEL CUELLO UTERINO, SU ACCION ESTA DETERMINADA GENOMICAMENTE POR A LO MENOS 2 RECEPTORES INTRACELULARES(PR A Y PR B), UNO AGONISTA Y OTRO ANTAGONISTA DE PROCESOS QUE DETERMINAN EL REPOSO UTERINO MEDIANTE LA EXPRESION DE ELLOS.
 - EFECTOS INHIBITORIOS DE PROCESOS INFLAMATORIOS PRINCIPALMENTE IL-8
 - ETC.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **FENOMENOS INMUNOLOGICOS Y ALERGICOS**
 - NO CABE DUDA QUE LA IMPLANTACION DEL FETO EN EL UTERO CORRESPONDE A UNO DE LOS INJERTOS PARCIALES NATURALES DE MAYOR ÉXITO
 - HOY SABEMOS QUE ANORMALIDADES EN EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO Y ADAPTACION DE LOS ANTIGENOS FETO-PLACENTARIOS PUEDEN SER RESPONSABLES DE UN NUMERO DE ABORTOS HABITUALES, RCF, PE, MUERTE FETAL Y PARTO PREMATURO COMO LO INDICA LA VELLOCITIS CORIONICA IDIOPATICA QUE ES EL MARCADOR QUE QUEDA EN LA PLACENTA AL SER RECHAZADA REGIONALMENTE POR LA MADRE (se encuentra en un numero de placentas después de producido un PP)

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

¿ A QUIENES ?

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

ALGUNAS ASOCIACIONES QUE ACOMPAÑAN AL PARTO PREMATURO

MATERNOS

SOLTERA

BAJO PESO

TABAQUISMO

EDAD (< DE 20 Y > DE 40 AÑOS)

ETC.

GESTACIONALES

ENFERMEDAD SISTEMICA

ALTERACIONES ENDOCRINAS

METRORRAGIA ANTES 20 SEMANAS

TRAUMA

FALTA DE CONTROL PRENATAL

ESFUERZO FISICO, JORNADA LABORAL EXTENSA

NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO

PARTO PREMATURO PREVIO

CERVICOMETRIA MENOR A 25 MM ENTRE 18-22 SEM

INFECCIONES GENITALES

ETC.

FETALES

ANOMALIAS CONGENITAS

MACROSOMIA FETAL

EMBARAZO MULTIPLE

ETC.

PLACENTARIOS

DPPNI

PLACENTA PREVIA

TUMORES DEL CORDON UMBILICAL

ETC.

UTERINOS

SOBREDISTENCION

MALFORMACIONES

INFECCION (TORCH), LISTERIOSIS, SALMONELOSIS

INCOMPETENCIA CERVICAL

MIOMAS

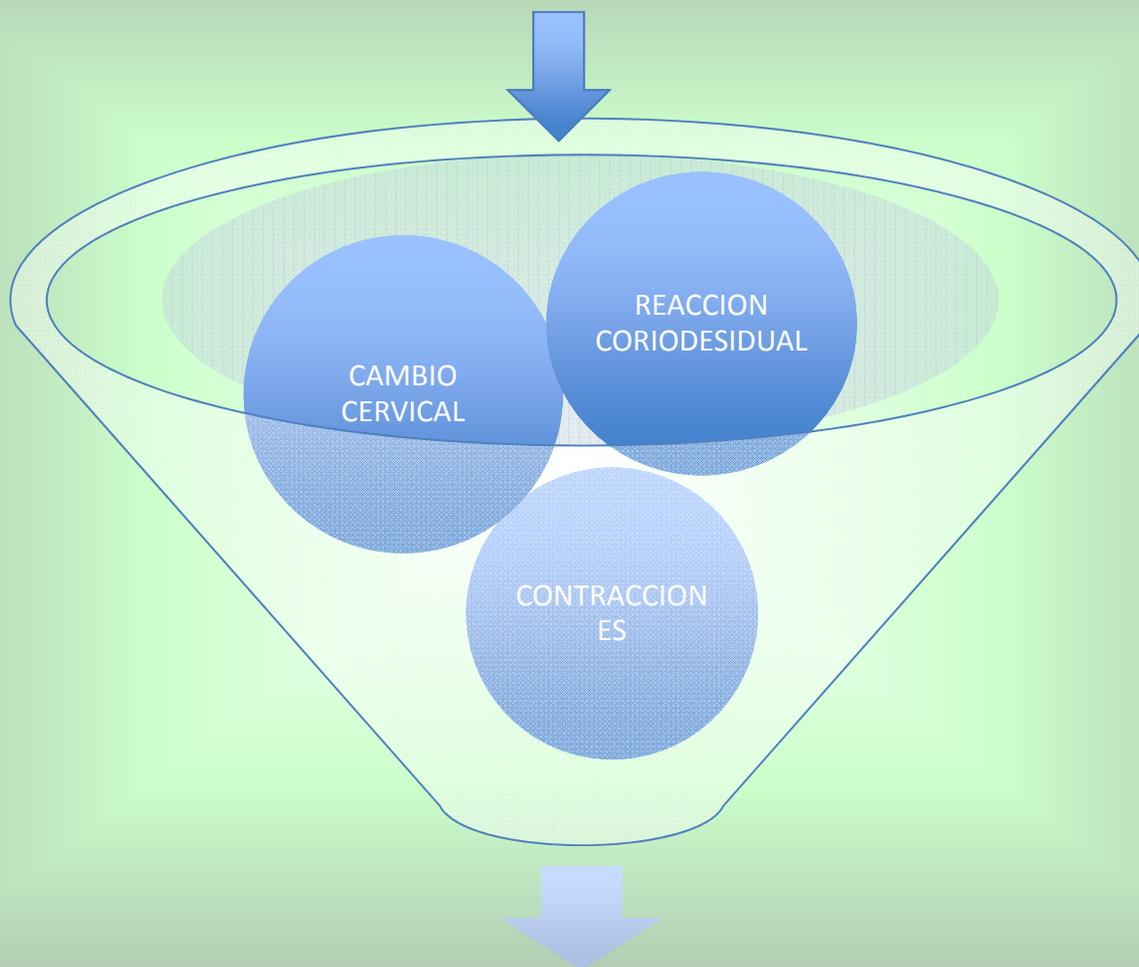
CUERPO EXTRAÑO (DIU)

TRAUMA CERVICAL

ETC.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

ACTIVACION PATOLOGICA



PARTO PREMATURO

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- CAMBIOS CERVICALES
 - CERVICOMETRIA: UNA LONGITUD CERVICAL ENTRE LAS 22 A 24 SEMANAS DE GESTACION MENOR A 25 MM SE ENCUENTRA PRESENTE EN EL 6 A 8% DE LA POBLACION, LOGRANDO IDENTIFICAR AL 40% DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARAN PARTO PREMATURO.



ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

HISTORIA OBSTETRICA	RIESGO DE PARTO PREMATURO (%)
DOS PARTOS PREMATUROS PREVIOS	42
+ AMBOS ENTRE LAS 32 Y 36 SEMANAS	33
+ AMBOS BAJO LAS 32 SEMANAS	57
PARTO DE TERMINO SEGUIDO DE PARTO PREMATURO	21
PARTO PREMATURO SEGUIDO DE PARTO DE TERMINO	13
DOS PARTOS DE TERMINO PREVIO	5

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

FRECUENCIA DE INFECCION INTRA-AMNIOTICA EN DIFERENTES CONDICIONES OBSTETRICAS	PORCENTAJE
SINTOMAS DE PARTO PREMATURO	7 – 12 %
- CON CANAL CERVICAL > 30 MM	1%
- CON CANAL CERVICAL < DE 15 MM Y EG < A 30 SEMANAS	43%
PARTO PREMATURO (MB INTEGRAS AL INICIO Y TERMINA PP)	25%
RPM PRETERMINO	25 – 50 %
INSUFICIENCIA CERVICAL	20 – 50%
METRORRAGIA AISLADA DE SEGUNDO TRIMESTRE	14%
DIU IN UTERO + ALGUNO DE LOS ANTERIORES	60%

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

¿CÓMO PODEMOS MODIFICARLO?

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- ABORDAR EL PROBLEMA EN RED CON SUPERVICION DEL PROGRAMA DE LA MUJER
- COMPROMETER A LOS DIFERENTES PUNTOS DE LA RED ASISTENCIAL BAJO LA SUPERVICION DEL SERVICIO DE SALUD
- GENERAR INDICADORES DE CUMPLIMIENTO PARA LOS DIFERENTES CENTROS INVOLUCRADOS EN LA PROBLEMÁTICA
- INSTAURAR EN EL SERVICIO DE SALUD RELONCAVI EL SCREENING DE MEDICION DE CUELLO UTERINO UNIVERSAL
- CONTAR CON LOS RECURSOS PARA PODER CUMPLIR LAS ESPECTATIVAS DE NUESTRAS EMBARAZADAS.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **NIVEL PRIMARIO**

- PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 12 SEMANAS
- REALIZAR CERVICOMETRIA ENTRE LAS 20 A 24 SEMANAS A LA TOTALIDAD DE LAS PACIENTES EN CONTROL
- DERIVAR AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO TODA PACIENTE CON CERVICOMETRIA MENOR A 30 MM
- DERIVAR A NIVEL SECUNDARIO EN PRIMER CONTROL
 - PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO
 - PACIENTE CON ANTECEDENTES DE INSUFICIENCIA CERVICAL
 - EMBARAZOS GEMELARES O MULTIPLES
 - EMBARAZOS CON DIU

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO NIVEL SECUNDARIO Y TERCARIO DE ATENCION

- DEBERIAMOS CONTAR CON UN ARSENAL FARMACOLOGICO ADECUADO PARA EL MANEJO DE LAS EMBARAZADAS PESQUISADAS
 - ASPIRINA 100 MG
 - PROGESTERONA 200 MG
 - SULFATO DE MAGNESIO
 - CORTICOIDES
 - TOCOLITICOS DE PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA LINEA
 - NIFEDIPINO 10 MG
 - FENOTEROL AMPOLLAS
 - INDOMETACINA
 - ATOSIBAN

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- DEBERIAMOS CONTAR CON DISPONIBILIDAD DE ESTUDIO DE LIQUIDO AMNIOTICO, CULTIVOS PARA LOS AGENTES INFECCIOSOS MAS FRECUENTES Y CITOQUIMICO DURANTE LAS 24 HORAS.
- DEBERIAMOS CONTAR CON ESTUDIO ETIOLOGICO A NIVEL CERVICAL A PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO Y SELECCIONADAS
- DEBERIAMOS CONTAR CON PESARIOS NO MEDICADOS
- DEBERIAMOS PODER CONTAR CON LA POSIBILIDAD DE REALIZAR CERVICOMETRIA A LAS PACIENTES DERIVADAS DE ATENCION PRIMARIA

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO

- **ACCIONES A REALIZAR NIVEL SECUNDARIO Y Terciario**
 - CERVICOMETRIA EN POBLACION SELECCIONADA, SEGUIMIENTO
 - USO DE ASPIRINA ANTES DE LAS 16 SEMANAS DE GESTACION EN POBLACION EN RIESGO DE PP DE ORIGEN ISQUEMICO.
 - CERVICOMETRIA BAJO 25 MM ESTUDIO INFECCIOSO DE CUELLO UTERINO(CULTIVOS CERVICALES, VAGINOSIS BACTERIANA, UROCULTIVOS, INFECCION INTRA-AMNIOTICA)
 - DOPPLER MATERNO Y SEGUIMIENTO (ENTRE 20 – 24 SEMANAS)
 - AMNIOCENTESIS Y ESTUDIO DEL LIQUIDO AMNIOTICO (GRAM, RECUENTO DE LEUCOCITOS, GLUCOSA, LDH). CULTIVOS DE LOS GERMENES MAS PREVALENTES, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO
 - PROGESTERONA EN CUELLOS BAJO 15 MM HASTA TERMINO DEL EMBARAZO.

ESTRATEGIAS EN PARTO PREMATURO



MUCHAS GRACIAS

