

INTERVENCIONES OBSTETRICAS EN LA PERIVIABILIDAD

IV CONGRESO ARGENTINO DE NEONATOLOGIA

22 – 24 DE MAYO DEL 2019

- VIABILIDAD: ESTADO DE MADUREZ FETAL QUE CONLLEVA UNA **RAZONABLE** PROBABILIDAD DE SOBREVIVIDA
- RANGO: **20.0** – 25.6 semanas
- PREVALENCIA: 0.4 – **0.5%**

DE QUE HABLAMOS CUANDO
HABLAMOS DE PERIVIABILIDAD

- ▶ EL NACIMIENTO EN ESTA ETAPA SE ASOCIA A UNA ALTA TASA DE **MORTALIDAD** PERINATAL Y DE DAÑO (NEUROLOGICO) **PERMANENTE**
- ▶ EL NACIMIENTO EN ESTA ETAPA O ES **INEVITABLE**, O ES LA MEJOR (**UNICA**) OPCION EN SITUACIONES INFRECIENTES
- ▶ A PESAR DE LOS AVANCES TANTO LA MORTALIDAD COMO LAS SECUELAS PRESENTAN UNA **ALTA PREVALENCIA**

**PORQUE IMPORTA EL NACIMIENTO EN
ESTA ETAPA**

- ▶ **39%** EPICURE STUDY. UK. Gibson AT. *Pediatr* 2000; 106: 659
- ▶ **38%** EPIPAGE STUDY. FR. Larroque B. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: F139.
- ▶ **51%** Tyson JE. USA. *N Engl J Med* 2008; 358: 1672.
- ▶ **75%** Ishi N. JAP. *Pediatrics* 2013; 132: 62.
- ▶ **64%** EXPRESS. Fellman V. SUE. *JAMA* 2009; 301: 2225.

¿CUÁL ES LA TASA DE SOBREVIVENCIA EN ESTA ETAPA?

- ▶ **EDAD GESTACIONAL**
- ▶ PESO FETAL/AL NACER
- ▶ SEXO FETAL
- ▶ NUMERO DE FETOS
- ▶ **USO DE CORTICOIDES**
- ▶ **ASISTENCIA POST NATAL**

- ▶ **¡DISEÑO DE LOS ESTUDIOS!**

- ▶ PRONOSTICO: NICHD

¿DE QUE DEPENDE LA TASA DE SOBREVIVENCIA EN LA PERIVIABILIDAD?

SEMANAS	SOBREVIDA %	NDI SEVERO A 30 MESES %	NDI SEVERO A 8 AÑOS %	VIVO Y SANO %
22				< 5
23	23 - 27	45	40	< 15
24	42 - 59	30	28	< 33
25	67 - 76	17	24	< 50

VIVO Y SANO SEGÚN EDAD
GESTACIONAL

- ▶ HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR SEVERA: 10 – 25%
- ▶ LEUCOMALACIA PERIVENTRICULAR: 3 – 10%
- ▶ ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: 3 – 30%
- ▶ DISPLASIA BRONCOPULMONAR: 33 – 73%
- ▶ RETINOPATIA SEVERA: 11 – 42%
- ▶ SEPSIS: 29 – 52%
- ▶ **PARALISIS CEREBRAL:** 13 – 24%

¿QUÉ MORBILIDAD SE PRESENTA EN
LOS NACIDOS EN ESTA ETAPA?

NICHD. 22 – 24 semanas. 2000 – 2011.

TRES PERIODOS:

- ▶ SOBREVIDA: 30 al 36%
- ▶ SOBREVIDA SIN NDI: 16 al 20%
- ▶ **SOBREVIDA CON NDI: 15 al 16%**

Younge N. N Eng J Med 2017; 376: 617

¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL PRONOSTICO?

- ▶ LM. Ingresa 26/4/19. 22.00 horas. Hospital Argerich.
- ▶ **23.4 semanas x US tardía + RPM**
- ▶ Deficiente CP. Podálica. TV: cuello posterior y formado y cerrado.

- ▶ G9 Ab 4 P3 C1(podálica). 1 FM 4500 gr.
- ▶ Serología normal. Anemia
- ▶ Antecedentes personales: s/p

CASO CLINICO 1

- ▶ Reposo
- ▶ Tocolisis: atosiban
- ▶ Maduración fetal: Dexametasona 4 mg/6 hs x 6
- ▶ Antibióticos: Azitromicina 500 mg/día + ampicilina 2 gr IV

CASO CLINICO 1

- ▶ 06.00 hs: Inicio trabajo de parto
- ▶ 08.00 hs: 5 cm: suspende Tocolisis + inicia SO4 Mg + informa Neonatología
- ▶ 10.00 hs: 7 cm
- ▶ 11.30 hs: 9 cm

- ▶ 13.05 hs: Parto Corregido
- ▶ Recién nacido: masculino, 540 gr, 22 semanas, Apgar 1/0.

CASO CLINICO 1

- ▶ Retención placentaria: alumbramiento manual.
- ▶ Hemorragia post parto
- ▶ Laparotomía
- ▶ Acretismo focal.
- ▶ Shock hipovolémico: reposición 10 UI sangre + 8 UI plasma + 2000 ml cristaloides + 1000 ml coloides.
- ▶ Histerectomía subtotal. Packing abdominopelviano.
- ▶ UTI 5 días.
- ▶ Alta Hospitalaria 5/5/19

CASO CLINICO 1

- ▶ CY. 06/03/19. Hospital Argerich
- ▶ **22.2 semanas. Bolsa en reloj de arena. Doble Cesárea anterior.** Deficiente control prenatal.
- ▶ G4 Ab 1 C2. 1850 y 1350 gr. HIE. RPM
- ▶ Antecedentes familiares: diabetes.
- ▶ Antecedentes personales: 32 años. Anemia

CASO CLINICO 2

- ▶ Reposo en Trendelemburg
- ▶ Dexametasona 4 mg c/8 horas x 6
- ▶ Tocolisis con isoxsuprina x 48 horas
- ▶ Azitromicina 500 mg/día x 2
- ▶ Ampicilina 2gr IV y luego 1 gr IV c/ 4 hs x 2
- ▶ CI para ligadura tubaria
- ▶ Cefalexina 2 gr/ día por Infección urinaria
- ▶ Trombo profilaxis Enoxaparina 0.4 mg día SC

CASO CLINICO 2

- ▶ 14/03/19 02.30 horas: Dinámica uterina regular. TV: 4 cm. Dolor en cicatriz
- ▶ Cesárea por Inicio de T de P. Doble cesárea anterior. Dolor en cicatriz.
- ▶ Recién Nacido: femenino, 520 gramos, 24 semanas. Apgar 2/4
- ▶ Fallece a las 02 horas
- ▶ Alta materna el 17/3/19.

CASO CLINICO 2

- ▶ EN MATERNIDADES **III B** CON PERSONAL CON **EXPERIENCIA**.
TRANSPORTE INTRAUTERO.
- ▶ EQUIPO **MULTIDISCIPLINARIO**: OBSTETRA Y NEONATOLOGO:
OBLIGACIONES: INFORMAR CON **DATOS Y PRONOSTICO**
- ▶ CONSENSUAR CON LOS **PADRES**: **DERECHO** A LA INFORMACION
- ▶ **DERECHO DEL RECIEN NACIDO** (O DEL POR NACER): TRATAMIENTO

PROTOCOLO: NICHD + SMMF + AAP + ACOG. MSN

+ **INDIVIDUALIZACION**: **PLAN**

NACIMIENTO EN LA PERIVIABILIDAD

CONSIDERACIONES GENERALES

- ▶ LA ESPERA EN POS DE UNA MAYOR EDAD GESTACIONAL PUEDE AGRAVAR UNA CONDICION CLINICA PREEXISTENTE
- ▶ LAS CESAREAS SE ASOCIAN A CICATRICES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE TRASTORNOS ADHERENCIALES Y/O COMPLICACIONES QUIRURGICAS
- ▶ SALUD MENTAL

**NACIMIENTO EN LA PERIVIABILIDAD
¿CÓMO AFECTA LA SALUD MATERNA?**

- ▶ CORTICOIDES PARA MADURACION FETAL
- ▶ TOCOLISIS PARA CORTICOIDEOTERAPIA
- ▶ SO₄ Mg PARA NEUROPROTECCION FETAL
- ▶ ANTIBIOTICOS PARA PROLONGAR LATENCIA EN RPM
- ▶ ANTIBIOTICOS INTRAPARTO PARA PROFILAXIS EGB
- ▶ CERCLAJE CERVICAL PARA PROLONGAR EL EMBARAZO
- ▶ CESAREA PARA EVITAR EL PARTO

INTERVENCIONES OBSTETRICAS EN LA PERIVIABILIDAD

- ▶ **REDUCE LA MORTALIDAD PERINATAL:** OR **0.65** IC 95% (0.5-0.86)
- ▶ **REDUCE LA MORBILIDAD PERINATAL: SDR:** OR **0.77** IC 95% (0.6-0.98).
IVH SEVERA OR **0.49** IC 95% (0.36-0.67) Mori R. J Pediatr 2011; 159: 110-14
- ▶ **MORTALIDAD O NDI CON/SIN CORTICOIDES:**

NICHD Jama 2011; 306:2348-58

Seman	Con %	Sin %	p	OR	IC 95%
22	90.2	93.1	NS	0.80	(0.29 – 2.21)
23	83.4	90.5	P < 0.005	0.58	(0.42 – 0.80)
24	68.4	80.3	P < 0.005	0.62	(0.49 – 0.78)
25	52.7	67.9	P < 0.005	0.61	(0.50 – 0.74)

CORTICOIDES PARA MADURACION FETAL

- ▶ *NO HAY EVIDENCIA A ESTA EDAD GESTACIONAL*
- ▶ *NIFEDIPINA/ INDOMETACINA POR SOBRE ATOSIBAN*
- ▶ *ATOSIBAN: < 28 s: > MPN CH 2014. n: 2485: RR **3.11** (IC 95% 1.02 – 9.51)*

- ▶ **PARALISIS CEREBRAL** OR **0.68** IC 95% (0.54 – 0.87)
- ▶ **DISFUNCION MOTORA SEVERA** OR **0.61** IC 95% (0.44 – 0.85)
- ▶ **MORTALIDAD PERINATAL** OR **1.04** IC 95% (0.92 – 1.14)

Doyle LW. CD 2009 004661

TOCOLISIS PARA CORTICOIDEOTERAPIA

SO4 MG PARA NEUROPROTECCION FETAL

- ▶ INDICADOS PARA PROLONGAR LA LATENCIA CON MEMBRANAS ROTAS
- ▶ INDICADO PARA PROFILAXIS DE EGB
- ▶ AZITROMICINA / AMPICILINA
- ▶ NO HAY EVIDENCIA A ESTA EDAD GESTACIONAL

ANTIBIOTICOS

- ▶ Primeras 48 horas:
- ▶ Azitromicina 500 mg (1 comprimido) vía oral cada 24 horas, dos dosis en total.
- ▶ Ampicilina 2 gramos IV, segunda dosis 1 gramo IV a las 4 horas y luego 1 gramo IV cada 6 horas por 48 horas.
- ▶ Sin hisopado para EGB o con hisopado positivo para EGB: continuar con Amoxicilina 500 mg, 1 comprimido vía oral cada 8 horas hasta completar 7 días.
- ▶ Con hisopado para EGB negativo: se suspende el antibiótico.

ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁCTICA

- ▶ EMERGENCIA O RESCATE
- ▶ INDICADO CUANDO PROTRUYEN MEMBRANAS EN AUSENCIA DE TRABAJO DE PARTO Y/O RPM
- ▶ EN MENOS DE 24 SEMANAS
- ▶ PROLONGA EL EMBARAZO PERO NO MODIFICA EL PRONOSTICO

CERCLAJE CERVICAL

- ▶ NO HAY DATOS A ESTA EDAD GESTACIONAL
- ▶ ES MAYOR POR QUE ES MAYOR LA DISTOCIA DE PRESENTACION FETAL: PELVIANA, TRANSVERSA
- ▶ DEBE EVITARSE EN < DE 22 SEMANAS
- ▶ LA CAUSA DEBE SER FETAL

CESAREA ABDOMINAL

semanas	20.0/21.6	22.0 /6	23.0 /6	24.0 /6	25.0 /6
CORTICOIDES	NO 1 A	NO 1 A	CONSIDERAR	SI 1 B	SI 1 B
TOCOLISIS	NO 1 A	NO 1 A	CONSIDERAR	SI 1 B	SI 1 B
SO4 Mg	NO 1 A	NO 1 A	CONSIDERAR	SI 1 B	SI 1 B
ATB LATENCIA	CONSIDERAR	CONSIDER	CONSIDERAR	SI 1 B	SI 1 B
ATB EGB	NO 1 A	NO 1 A	CONSIDERAR	SI 1 B	SI 1 B
CESAREA	NO 1 A	NO 1 A	CONSIDERAR	CONSID.	SI 1 B

INTERVENCIONES OBSTETRICAS EN LA PERIVIABILIDAD: RECOMENDACIONES SMMF

▶ “Estoy verde, no me dejan salir”

GARCIA CARLOS Y COL.
REVISTA DE LA SAP, 1980



▶ "DEJALO SER"

LENNON, MC CARTNEY Y COL
NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 1970.



▶ "Crónica de una muerte anunciada"

GARCÍA MARQUEZ, G. Y COL.
REV. LATINOAM. DE PERINATOLOGÍA, 1981



GRACIAS POR SU INVITACION

The image features a solid green background. In the bottom right corner, there are several white, parallel diagonal lines that create a sense of motion or a modern design element.