



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Mapas de temas vistos en la segunda unidad
GYO.

Nombre del alumno: Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

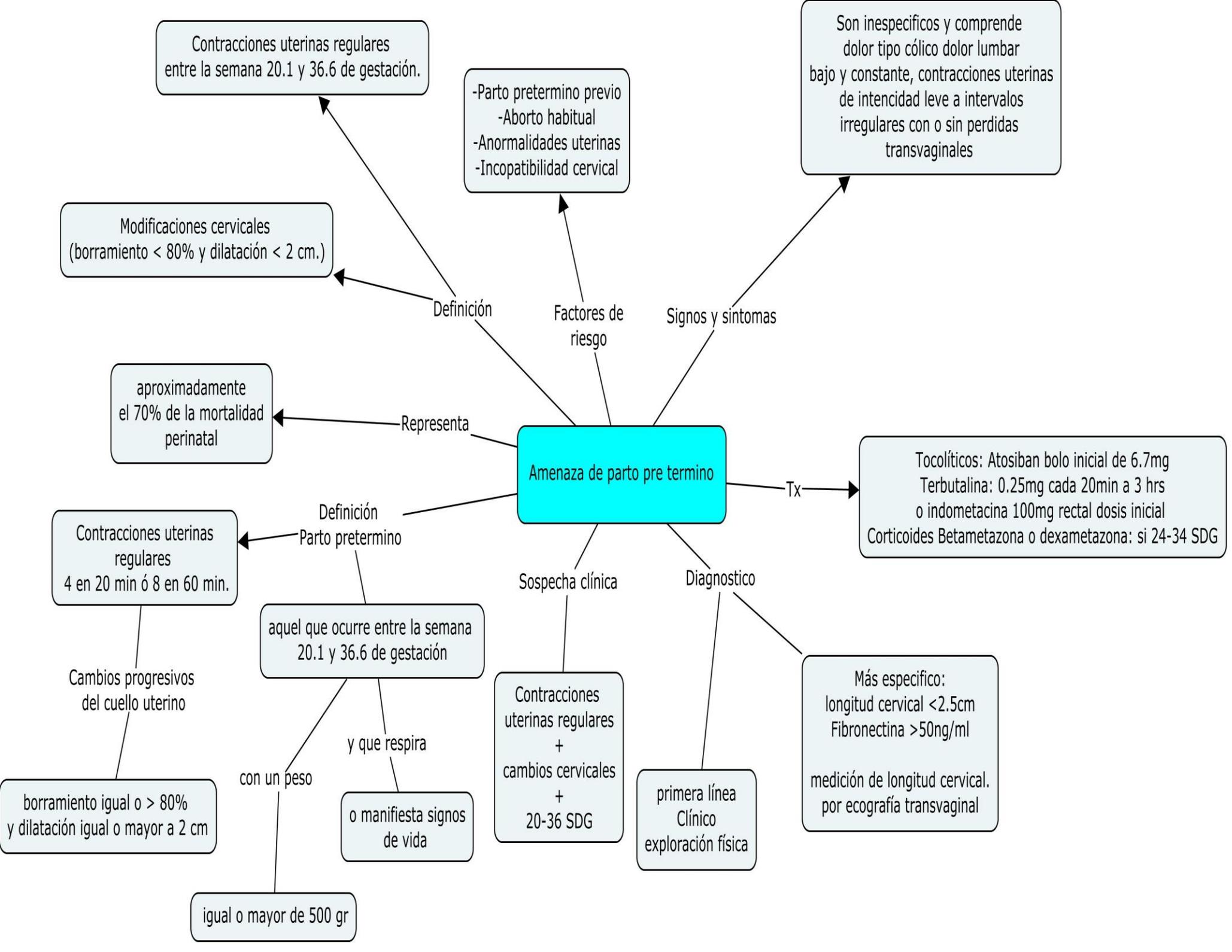
Nombre de la asignatura: Clínica de ginecología y obstetricia

Semestre y grupo: Séptimo semestre grupo A

Nombre del profesor: Dr. Suarez Martínez Romeo

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de Octubre del 2020.

Amenaza de parto pre termino



Contracciones uterinas regulares entre la semana 20.1 y 36.6 de gestación.

- Parto pretermino previo
- Aborto habitual
- Anormalidades uterinas
- Incompatibilidad cervical

Son inespecificos y comprende dolor tipo cólico dolor lumbar bajo y constante, contracciones uterinas de intensidad leve a intervalos irregulares con o sin pérdidas transvaginales

Modificaciones cervicales (borramiento < 80% y dilatación < 2 cm.)

Definición

Factores de riesgo

Signos y síntomas

aproximadamente el 70% de la mortalidad perinatal

Representa

Tx

Tocolíticos: Atosiban bolo inicial de 6.7mg
Terbutalina: 0.25mg cada 20min a 3 hrs o indometacina 100mg rectal dosis inicial
Corticoides Betametazona o dexametazona: si 24-34 SDG

Definición

Parto pretermino

Sospecha clínica

Diagnostico

Contracciones uterinas regulares 4 en 20 min ó 8 en 60 min.

aquel que ocurre entre la semana 20.1 y 36.6 de gestación

Contracciones uterinas regulares + cambios cervicales + 20-36 SDG

Más específico: longitud cervical <2.5cm
Fibronectina >50ng/ml
medición de longitud cervical. por ecografía transvaginal

Cambios progresivos del cuello uterino

borramiento igual o > 80% y dilatación igual o mayor a 2 cm

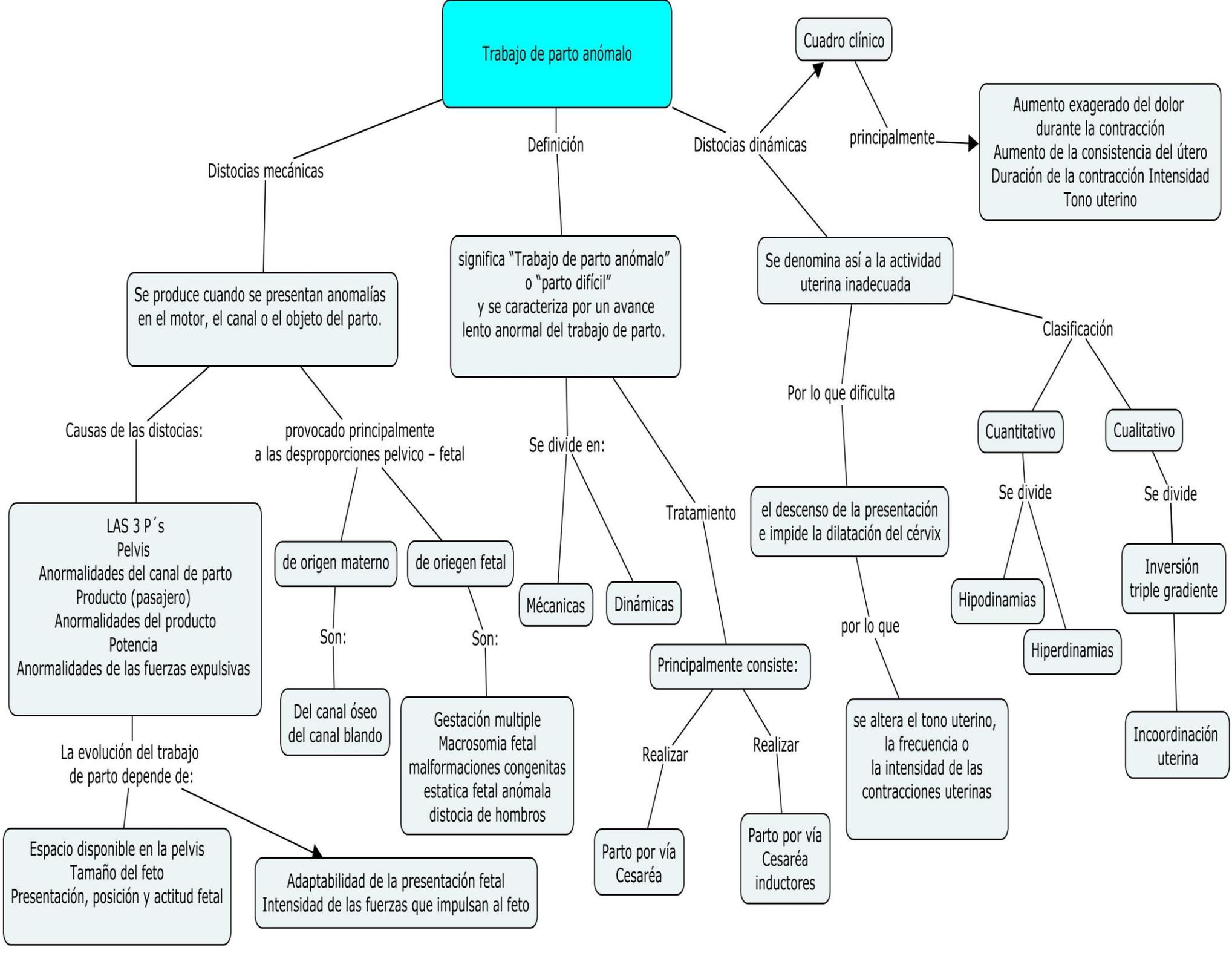
con un peso

igual o mayor de 500 gr

y que respira

o manifiesta signos de vida

primera línea Clínico exploración física



Ruptura prematura de membranas y corioamnionitis

Definición

Solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto

de igual forma

Antes de la semana 37 se denomina: pretermino

Factores de riesgo

se subdivide de estas formas:

Cerca del termino: entre 32 y 36 SDG
lejos del termino: Hacia las 32 SDG
Previa: segundo trimestre

- Infecciones de transmisión sexual
- Infección vías urinarias
- Parto pretérmino previo
- polihidramnios o embarazo múltiple
- Nivel socioeconómico bajo
- Amniocentesis
- Sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo

Fisiopatología

las membranas se rompen por una zona de defecto

La infección es factor de RPM en el 50% de los casos

agentes

Ureaplasma urealyticum
Fusobacterium species
Mycoplasma omnis

Diagnostico

- Historia clínica
- Observación de salida liquido a través de canal cervical (especuloscopia)
- EVITAR TACTO VAGINAL
- Cristalografía : sensibilidad 96%

también se DX con:

Prueba de la nitrazina: sensibilidad de esta prueba es del 93%

USG

Puede ser util en algunos casos para confirmar RPM

Manejo de RPM

Antes de la 24 SDG

Manejo:

34 SDG o más: inducción del trabajo de parto profilaxis contra streptococos grupo B

31 a 33 SDG

- Observación a menos que se confirme maduración pulmonar
- Profilaxis contra estreptococos grupo B
- Corticosteroides
- Antimicrobianos para prolongar latencia

24 a 31 SDG

- Observación
- Profilaxis contra estreptococos grupo B
- Corticosteroides: un solo ciclo
- Tocoliticos
- Antimicrobianos para prolongar latencia

Corticosteroides: Betametasona 2 dosis 12mg im, cada 24 horas ó Dexametasona 4 dosis de 6mg im cada 12 horas

TOCOLITICOS:

No se recomienda en mujeres con RPM sin actividad uterina

Antibióticos: ampicilina

- Eritromicina iv durante 48 horas seguido de amoxicilina Eritromicina vía oral durante 5 días

Complicación corioamnionitis

una de las complicaciones mas graves y frecuentes tras la ruptura

afecta al feto y a la madre

Madre: trombos septicos
feto: otitis, conjuntivitis, onfalitis
neumonia y sepsis

Diabetes gestacional

Definición

padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste.

Diabetes pregestacional

o preexistente se refiere a pacientes conocidas con diabetes tipo 1 ó 2 que se embarazan

Fisiopatología

ineficiente acoplamiento del receptor de insulina

Aumento de hormona lactógena placentaria

cortisol materno

elevación de los ácidos grasos libres

Aumento de la resistencia insulínica

traslocación de los GLUT 4

El cortisol y la hormona lactógena placentaria son diabetogénicos

Factores de riesgo

- Edad materna mayor a 30 años.
- Historia obstétrica pasada
- Uso de medicamentos (corticoides)
- Obesidad central IMC >30.7
- Historia familiar de diabetes de 1º grado

Efectos en la madre y el producto

- Mayor riesgo de macrosomía
- Polihidramnios
- incrementa el riesgo de -prematurez
- preeclampsia-eclampsia
- trauma obstétrico
- cesárea y mortalidad perinatal.

Criterios Diagnosticos

- Glucosa plasmática en ayuno: >92mg/dl
- Glucosa plasmática 1 hora pos carga: >180 mg/dl
- Glucosa plasmática 2 horas pos carga: >153mg/dl

Realizar tamiz con 50g a toda mujer embarazada

En pacientes con varios FR en cualquier momento del EB A toda mujer a la semana 24 a 28 de gestación

Meta terapéutica

tener glucemia en ayuno <95mg/dl y menor de 120mg/dl 2hrs pot alimentos

Manifetsaciones clínicas

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Visión borrosa
- Emesis
- Nauseas
- IVU recurrentes
- Infecciones cutáneas.

Insulina Rápida: inicio de acción 30-60 min

Paso 1: Dosis de Inicio 0.2 UI/kg de peso actual por día.

Paso 2: Dividir la dosis total en 2/3 matutino y 1/3 vespertino.

Paso 3: Dividir la dosis matutina en tercios, combinar 2/3 de insulina NPH y 1/3 de insulina rápida. Está seaplicará previo al desayuno.

Tratamiento

Dieta y ejercicio: recreativo de brazos, caminata rapida

Tx farmacológico

Se debe considerar cuando el anterior no logra la meta <95mg en ayuno y 140mg 1hr postpandrial en un período de 2 semanas

Iniciar uso de Insulina y mantener dieta y ejercicio

Insulina NPH: inicio de acción 60-120 min

Paso 4: Dividir la dosis vespertina en medios y aplicar la mitad de NPH y la otra mitad de insulina rápida.

Enfermedades hipertensivas del embarazo

Preeclampsia

se define como cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90

asociado

a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas.

Factores de Riesgo

- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia preeclampsia en madre o hermanas.
- Síndrome antifosfolípido.
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
- Embarazo múltiple.
- Obesidad.
- Infecciones en el embarazo.
- Menores de 20 años o mayores de 35 años

Se Clasifica

Con datos de severidad

Sin datos de severidad

Síntomas de gravedad:

Principalmente

- cefalea persistente
- alteraciones visuales
- epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho
- disnea, edema
- agudo pulmonar
- sospecha de desprendimiento placentario.
- TA: >160/110

Preeclampsia tríada

TA: >140/90
+
Edad gestacional: >20SDG
+
Proteinuria: >300mg I+ en tira

Tratamiento

Sin datos de severidad:
-Metildopa
-Labetalol
-Hidralazina
-otros: B-bloqueadores calcioantagonistas

Con datos de severidad:
-Labetalol 20mg I.V
-Nifedipino 10 mg V.O
-Hiadralazina bolo inicial de 5mg I.V

Eclampsia

Preeclampsia + Convulsiones

Crisis convulsivas generalizadas

Nota: Vigilar (FMO, DPP, RPM, RCIU, SFA)

Tratamiento

Sulfato de Magnesio

Benzodiacepinas: convulsión aguda
INTERRUPCION del embarazo

Prevención de eclamsia
Sulfato de Magnesio 4g I.V diluidos en 250ml Sol.Glucosa pasar en 20 min

Síndrome de HELLP

Se desarrolla en aprox 10-20% de los casos de Preeclampsia/eclampsia severa

Cracterizado por:

H: hemolisis esquitpocito/células en casco
E: elevación de enzimas hepaticas
L: AST: >2 veces el límite superior (>70UI/L)
Bilirrubina total >1.2 mg/dl
P: palquetopenia <100,000 cel/microL

Tratamiento:

Antihipertensivos:
Labetalol
Hidralazina
Nifedipino
casos severos:
Nitroprusiato de Na

(Hemólisis, Enzimas hepáticas elevadas y Plaquetas bajas)
Es una presentación particular de la preeclampsia severa.

Sintomatología

- Dolor abdominal
- náuseas
- vómitos
- malestar general

El unico TX curativo: es la terminación del embarazo se recomienda post estabilización

Fuentes bibliográficas:

Obstetricia, Williams, Edición 23ª, capítulo 52 diabetes, página 1104-1113.

Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo, Guía de referencia rápida, GPC IMSS- 320-10

WILLIAMS OBSTETRICIA ED 23 SECCION 7, PAG 392, 812, 818-821

Guía de Práctica Clínica IMSS "Diagnóstico y Tratamiento Ruptura Prematura de Membranas" 2009

"MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PRETERMINO" Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. 2010