



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

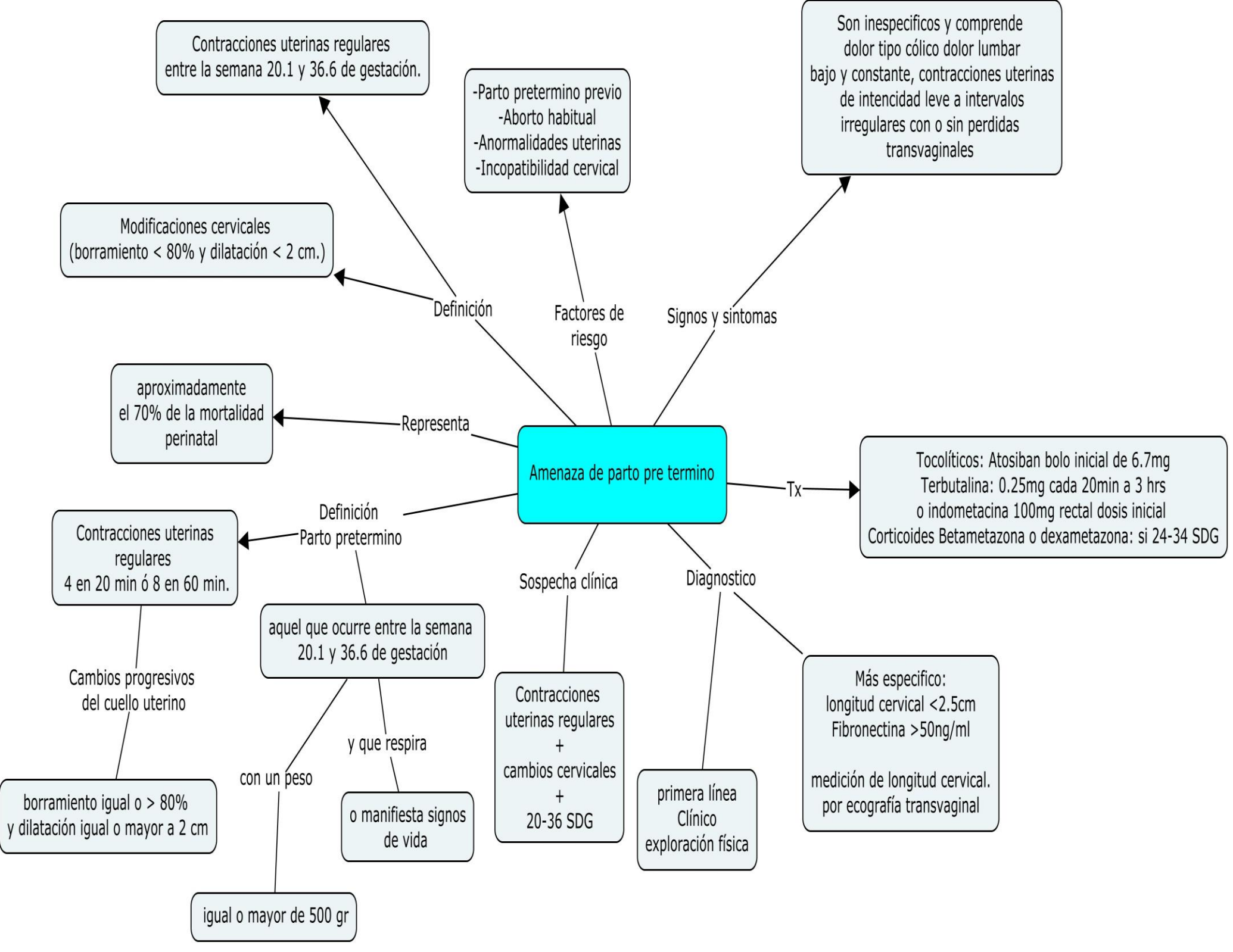
Nombre de la asignatura: Clínica de ginecología y obstetricia

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

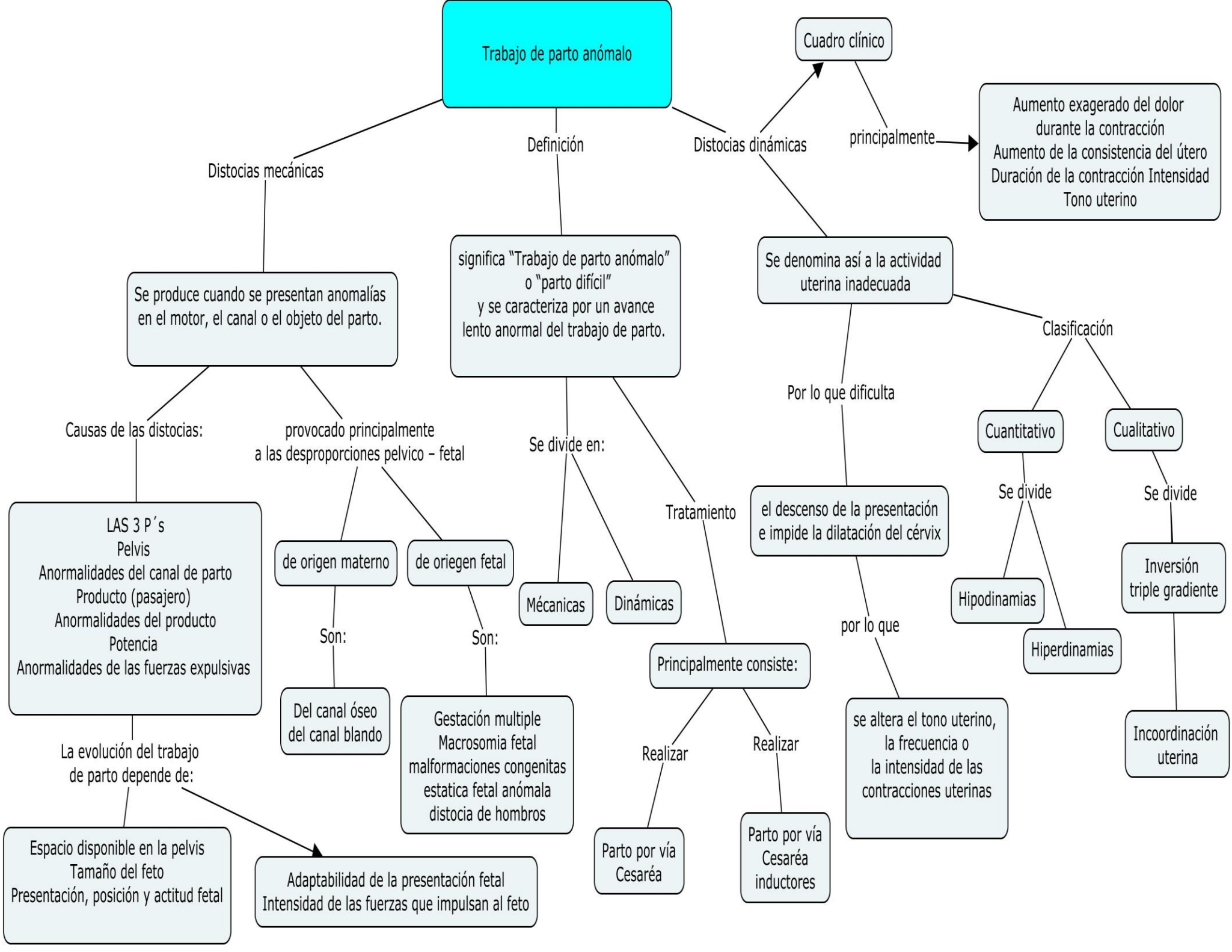
con un peso

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

TX

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 lactógeno placentaria

cortisol materno

elevación de los ácidos grasos libres

Aumento de la resistencia insulínica

traslocación de los GLUT 4

El cortisol y la hormona lactógeno 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

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

## 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 eclampsia  
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

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

Sintomatología

- Dolor abdominal
- náuseas
- vómitos
- malestar general

Tratamiento:

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

Antihipertensivos:  
Labetalol  
Hidralazina  
Nifedipino  
casos severos:  
Nitroprusiato de Na

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 antifosfolipido.
- 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

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

## 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