



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“Mapas Conceptuales”

Dr. Romeo Suarez Martínez
Grado: 7 semestre Grupo: “A”

Estudiantes:

Eduardo Ernesto Zavala Barco

18 de octubre del 2020
Comitán de Domínguez, Chiapas

Amenaza de parto pretermo

Factores de Riesgo

Aborto habitual Anomalías uterinas
Incompatibilidad Uterina
Cotización del cérvix
Longitud cervical corta.
Embarazo múltiple
Ruptura de prematura de membrana
Infecciones maternas severas

Etiología

Iatrogénico: por indicación médica se finaliza el embarazo antes del término.
Ejemplo: secundario a alguna patología materna, que impida lograr el avance de la gestación.

Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM)

-Idiopático: sin causa aparente o conocida

La amenaza de parto pre término, consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación

Modificaciones cervicales el borramiento debe ser <80% y dilatación <2cm

Contracciones uterinas regulares que pueden ir de 4 en 20 minutos ó 8 en 60 minutos

Estos llegan a tener cambios de lo que es el cuello uterino en donde ocurre el borramiento hasta más del 80% y hay una dilatación igual o mayor a 2 cm

Aquel que se ocurre en la semana 20 y 37 SDG

- Tienen un peso igual o mayor a 500gr
- Que tiene manifestaciones de signos de vida

Sospecha clínica

Contracciones uterinas + Cambios cervicales + 20-37 SDG

Diagnostico

Realizando una buena historia clínica y una buena exploración clínica

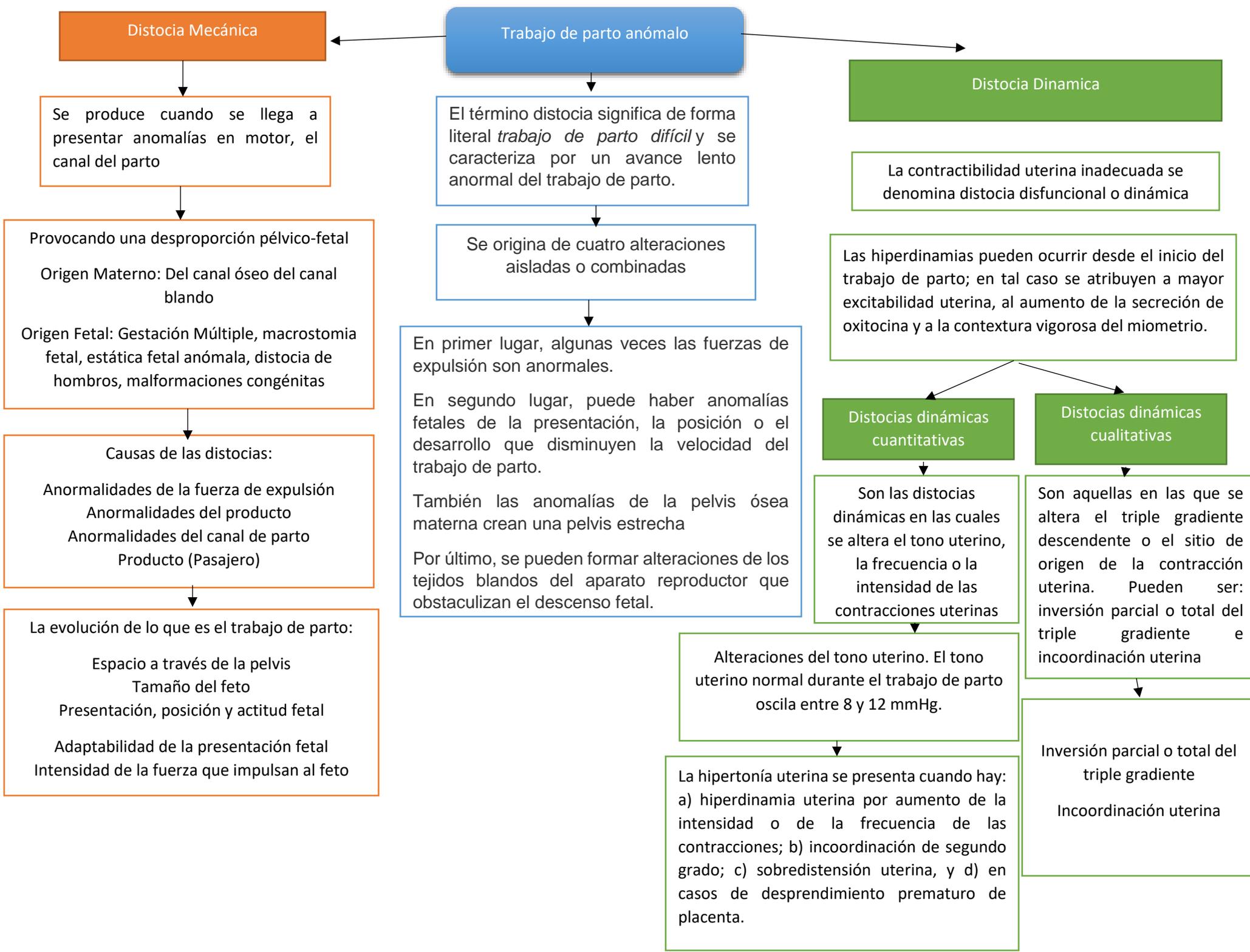
Longitud cervical < 2.5cm
Fibronectina >50%

Medición de lo que es la longitud cervical a través de una ecografía tranvaginal

Tratamiento

Progesterona: debe ser usada para la prevención del parto pretérmino en pacientes con antecedente de dicha entidad. Su función es mantener la quiescencia uterina mediante la supresión de los efectos proinflamatorios de los estrógenos

Medidas generales: se ha demostrado que el reposo en cama y la hidratación no disminuyen la frecuencia de nacimientos pretérmino, por lo cual no deben recomendarse rutinariamente



Distocia Mecánica

Trabajo de parto anómalo

Distocia Dinámica

Se produce cuando se llega a presentar anomalías en motor, el canal del parto

El término distocia significa de forma literal *trabajo de parto difícil* y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto.

La contractibilidad uterina inadecuada se denomina distocia disfuncional o dinámica

Provocando una desproporción pélvico-fetal
 Origen Materno: Del canal óseo del canal blando
 Origen Fetal: Gestación Múltiple, macrostomia fetal, estática fetal anómala, distocia de hombros, malformaciones congénitas

Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas

Las hiperdinamias pueden ocurrir desde el inicio del trabajo de parto; en tal caso se atribuyen a mayor excitabilidad uterina, al aumento de la secreción de oxitocina y a la contextura vigorosa del miometrio.

Causas de las distocias:
 Anormalidades de la fuerza de expulsión
 Anormalidades del producto
 Anormalidades del canal de parto
 Producto (Pasajero)

En primer lugar, algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales.
 En segundo lugar, puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del trabajo de parto.
 También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha
 Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal.

Distocias dinámicas cuantitativas

Distocias dinámicas cualitativas

La evolución de lo que es el trabajo de parto:
 Espacio a través de la pelvis
 Tamaño del feto
 Presentación, posición y actitud fetal
 Adaptabilidad de la presentación fetal
 Intensidad de la fuerza que impulsan al feto

Son las distocias dinámicas en las cuales se altera el tono uterino, la frecuencia o la intensidad de las contracciones uterinas

Son aquellas en las que se altera el triple gradiente descendente o el sitio de origen de la contracción uterina. Pueden ser: inversión parcial o total del triple gradiente e incoordinación uterina

Alteraciones del tono uterino. El tono uterino normal durante el trabajo de parto oscila entre 8 y 12 mmHg.

La hipertonía uterina se presenta cuando hay:
 a) hiperdinamia uterina por aumento de la intensidad o de la frecuencia de las contracciones; b) incoordinación de segundo grado; c) sobredistensión uterina, y d) en casos de desprendimiento prematuro de placenta.

Inversión parcial o total del triple gradiente
 Incoordinación uterina

Ruptura prematura de membrana y corioamnionitis

Signos y síntomas

Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la RPM, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina.

La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis.

Diagnostico

Historia Clínica

Acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérnix o meconio

Evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina

A veces amniocentesis bajo guía ecográfica para confirmarlo

El diagnóstico de la RPM se sospecha si uno de los siguientes elementos está presente:

- El líquido amniótico parece estar saliendo del cuello uterino.
- El vérnix o el meconio es visible.

Tratamiento

Extracción del feto si hay compromiso fetal, infección o la edad gestacional es ≥ 34 semanas

De otro modo, reposo pelviano, monitorización estricta, antibióticos y, a veces, corticoides

La inducción del trabajo de parto se recomienda cuando la edad gestacional es ≥ 34 semanas.

Los corticosteroides también deben considerarse a una edad gestacional de 34 semanas 0 días a 36 semanas 6 días si las mujeres corren el riesgo de dar a luz dentro de los 7 días y no se han administrado corticosteroides en forma previa

La rotura prematura de membranas puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre < 37 semanas).

La RPM en cualquier momento aumenta el riesgo de los siguientes:

Infección en la mujer (corioamnionitis [infección intraamniótica]), en el recién nacido (sepsis), o ambos

Presentación fetal anormal

Desprendimiento prematuro de placenta

Cerca del termino entre 32 y 36 SDG

Lejos de término: Hasta las 32 SDG

Pre viable: Segundo trimestre

Fisiopatología

Las infecciones es un factor en el 50% de los casos

Las membranas se rompen por una zona defecto

Ureaplasma urealyticum
Fusobacterium Species
Mycoplasma ominis

Diabetes Gestacional

Manifestaciones Clínicas

Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Visión Borrosa, Emesis, Náuseas, IVU recurrentes y infecciones cutáneas

Criterios Diagnósticos

Glucosa plasmática en ayunos: >92mg/dl
Glucosa plasmática 1 hora pos carga: >180mg/dl
Glucosa plasmática 2 horas pos carga: >150mg/dl

Realizar tamiz con 50 mg a todas las mujeres (Semana 24 a 28 de gestación)

Tener glucemia en ayuno <95mg/dl y menor de 120mg/dl pos alimentos

La diabetes gestacional es un padecimiento de la mujer caracterizado por intolerancia a los carbohidratos, que resulta en hiperglucemia de severidad variable, que se inicia y reconoce durante el embarazo. La diabetes gestacional se asocia con incremento de las complicaciones para la madre durante el embarazo y en la vida posterior del feto, neonato, joven y adulto.

Diabetes pregestacional o preexistente se refiere a paciente conocida con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan

Factores De Riesgo

1. Diabetes gestacional en embarazo previo
2. Macrosomía en embarazo previo
3. Conocida con intolerancia a la glucosa
4. Sobrepeso y obesidad
5. Síndrome de ovarios poliquísticos
6. Padres diabéticos

Efecto en la madre y el producto:
Mayor riesgo de macrosomía
Polhidramnios
Incrementa el riesgo de prematuras
Preclamsia y eclampsia

Tratamiento

La meta de la terapia nutricional es: alcanzar valores normales de glucemia, prevenir la cetosis, que la ganancia de peso sea la adecuada y mantener el bienestar fetal.

Además, el ejercicio físico ha demostrado, en pacientes diabéticos, mejorar la sensibilidad a la insulina en los tejidos, lo que se traduce en mejores índices de glucemia

Tratamiento farmacológico

La insulina y los hipoglucemiantes orales son la primera línea de tratamiento de pacientes con diabetes gestacional. La insulina es el patrón de referencia del tratamiento en casos resistentes a las medidas no farmacológicas, con ella se alcanzan las metas de valores adecuados de glucemia.

Enfermedades Hipertensivas Del Embarazo

Preclamsia

Síndrome que se presenta desde la vigésima semana del embarazo en adelante, durante el parto y puerperio, caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria. Puede presentarse síntomas y signos, así como alteraciones de laboratorio

Frecuencia. Es variable, probablemente debido a factores genéticos, ambientales y especialmente a la nutrición, siendo relativamente baja en Mexico entre 1 -2%, comparada

Etiopatogenia. La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNÓSTICO El diagnóstico se establece cuando existe hipertensión (TA>140/90) y proteinuria (>300mg/24 horas), después de las 20 semanas en una gestante anteriormente sana, aparezcan o no edemas. El incremento de proteinuria y de hipertensión en una paciente nefrópata o hipertensa previa se denomina preeclampsia sobreañadida y el manejo clínico.

Tratamiento: Los mejores resultados actuales se deben a la posibilidad de terminar la gestación en los casos graves a partir de la semana 32 o antes en caso necesario, con buenos resultados perinatales gracias a la posibilidad de madurar los fetos con corticoides (no contraindicados con buen control en la preeclampsia)

Eclampsia

Se denominan así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.

Preclamsia + Convulsiones

Tratamiento:

- 1- Soporte vital (vía aérea, constantes, vía intravenosa...)
- 2- Tratamiento de la hipertensión como en la preeclampsia grave por vía iv.
- 3- Tratamiento anticonvulsivante con SO4Mg (4-6 g iv en 5-20 mm., y 1,5- 2g/hora de mantenimiento para prevenir nuevas convulsiones)
- 4- Acabar la gestación en cuanto la situación clínica materna esté estabilizada y lo permita

Síndrome De Hellp

El nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en ingles de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP).

Los límites analíticos para el diagnóstico fueron establecidos por Sibai en: 1) plaquetas < 100.000, 2) GOT >70 UI, 3) LDH >600UI, 4) Bilirrubina >1,2 mg/dL o esquistocitos en el frotis sanguíneo

El tratamiento consiste en acabar la gestación, como en toda preeclampsia, pero no antes de estabilizar el cuadro materno con:

1. hipotensor iv como hemos descrito
2. Tratamiento anticonvulsivante ya que suele existir hiperreflexia, y para prevenir las complicaciones neurológicas y la eclampsia.
3. Tratamiento con corticoides a altas dosis (betametasona 12mg/12 h, dexametasona 10 mg/12 horas durante 48 horas si es preciso madurar el pulmón fetal, seguidos de metil-prednisolona (40mg/12 horas) si se debe prolongar el tratamiento con corticoides para evitar los peligros de las dosis repetidas

Bibliografía

Revista clínica de la escuela de medicina ucr – hsjd - “amenaza de parto pretérmino”

Obstetricia, williams, edición 23ª, capítulo 52 diabetes, página 1104-1113.

Guía de práctica clínica imss “diagnóstico y tratamiento ruptura prematura de membranas” 2009

Obstetricia integral – distocias (manuel esteban mercado pedroza)

Rotura prematura de membranas (rpm)- por julie s. Moldenhauer, md, children's hospital of philadelphia

Artículo de revisión ginecol obstet mex. 2017 junio;85(6):380-390 - diabetes gestacional: conceptos actuales

Preeclampsia. Eclampsia y síndrome hellp v. Cararach ramoneda y f. Botet mussons. Institut clínic de ginecologia, obstetrícia i neonatologia

“manejo de ruptura prematura de membranas en pretermino” colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia, a.c. 2010