



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“MAPAS CONCEPTUALES”**

**Brian Martin Morales López**

**Clínica de Ginecología y Obstetricia**

**Semestre: 7°**

**Grupo: “B”**

**Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Comitán de Domínguez; Chiapas, a 18 de Octubre del 2020.**



### **MAPAS CONCEPTUALES:**

- **AMENAZA DE PARTO PRE TERMINO.**
- **TRABAJO DE PARTO ANÓMALO.**
- **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS.**
- **DIABETES GESTACIONAL.**

### **ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO:**

- **PREECLAMPSIA.**
- **ECLAMPSIA.**
- **SÍNDROME DE HELLP.**



# AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 SDG o con un peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.

Factores de riesgo:

- Parto pre termino previo.
- Aborto habitual.
- Anomalías uterinas.
- Incompetencia cervical.
- Ruptura prematura de membranas.

Cuadro clínico:

Los signos y síntomas de parto pre termino no son específicos y la exploración clínica del cérvix es subietiva e inexacta.

Consideraciones de amenaza de parto:

- a).- Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10 min, 4/20 min o 6/60 min o más).
- b).- Dilatación cervical igual o mayor de 2 cm.
- c).- Borramiento cervical igual o mayor de 80%.

Pruebas diagnósticas:

Evaluación USG de la longitud cervical (en la 20.1 a 34 SDG) y prueba de fibronectina fetal (en la 24 a 34 SDG) → Determina qué tipo de pacientes no requerirán tocolisis.  
Amniocentesis → Valora la madurez pulmonar fetal e infección intraamniotica.

Tratamiento:

Antibióticos solo para profilaxis del estreptococo del grupo B en pacientes en las cuales el parto es inminente.  
Drogas tocoliticas → Puede prolongar el embarazo de 2 a 7 días permitiendo la administración de esteroides para mejorar la madurez pulmonar fetal y considerar la referencia de la madre a un tercer nivel.  
Terbutalina 0.25 mg subcutánea cada 20 min a 3 horas → Controlando PA Y FC de la madre en conjunto con control de líquidos.  
Indometacina 100 mg rectal de dosis inicial, con 25 a 50 mg VO o VR cada 4 a 6 horas por un máximo de 48 horas → En embarazos < 32 SDG.

Prevención primaria:  
En presencia de un parto pretermino → Buscar la presencia de infección a través de un urocultivo y cultivo de secreción vaginal con el objetivo de especificar el uso de ATB.  
Corroborar por USG la edad gestacional.

TX. NO FARMACOLOGICO  
El internamiento prenatal para guardar reposo no ha demostrado ser efectivo en disminuir el parto pretermino y la morbilidad perinatal, por lo cual se recomienda individualizar cada caso.

# TRABAJO DE PARTO ANOMALO

¿Distocia?

No progresión del trabajo de parto por desarmonía entre el feto, la pelvis y la contractibilidad uterina.

Se produce cuando existe problemas entre:

Parto difícil → Generalmente de tipo mecánico.

Por desproporción cefalo-pelvica.

La pelvis.

El feto.

Las partes blandas.

Tipos:

Distocias  
pélvicas:

Alteraciones fetales:

Malposiciones → Cara y frente.

Malpresentaciones → Nalgas, hombro.

Ginecoide.

Androide.

Antropoide.

Platipeloide.

Pelvis falsa → Se encuentra por encima de las líneas innominadas.

Pelvis verdadera → Se encuentra por debajo de las líneas innominadas.

Alteraciones fetales:

Vulva (rigideces, tumores).

Vagina (tabiques vaginales extensos).

Cérvix (neoplasias, sinequias extensas).

Útero (mioma previo).

Valoración clínica:

Distocias fetales:

Estrecho superior:

- Palpación del promontorio.
- Evaluación del conjugado diagonal.

Estrecho medio:

- Palpación simultanea de las espinas ciáticas.
- La concavidad del sacro.

Estrecho inferior:

- Evaluar la movilidad del cóccix.
  - Maniobra del puño.
- Valorar diámetro bituberoso y el ángulo subpubico.

Absolutas:

- Aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal.
- Se encuentra la situación transversa, macrosomia fetal, hidrocefalia y los gemelos unidos.

Relativas:

- Puesto que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal.
- Presentación de pelvis, malas posiciones fetales, distocia de hombros y las distocias corporales.

Diagnostico:

Maniobras de Leopold.

Tacto vaginal.

Ecografía.

# RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definida como la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo del trabajo de parto.

< 37 SDG se denomina pretermino.

Edad gestacional

“Cercana del término”

De la 32 y 36 SDG.

“Lejos del término”

Entre el límite de viabilidad fetal hasta las 32 semanas de edad gestacional.

“Previaible” o del “segundo trimestre”

Cuando ocurre antes del límite de viabilidad, en donde la interrupción del embarazo conlleva a morbilidad fetal muy alta.

Dx. de ruptura prematura de membranas:

Interrupción inmediata → Riesgo alto de morbilidad perinatal, misma que disminuye conforme avanza la edad gestacional.

Corticoesteroides en el manejo de la RPMP

El empleo de corticoesteroides antenatales reduce el riesgo de Sx. de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular.

La presencia de USG de oligohidramnios → Gran ayuda para diagnóstico de ruptura espontanea de membranas.

Pruebas de vigilancia fetal en RPMP

T° > 37.8 °C

Secreción vaginal fétida.

Taquicardia fetal (FC >160 LPM → Indica corioamnionitis clínica en pacientes con ruptura de membranas).

Tiene el potencial de detectar infecciones subclínicas antes de que se presenten datos clínicos maternos de corioamnionitis y antes del inicio de la sepsis.

Antibióticos en la RPMP

Está asociado con una reducción estadísticamente significativamente de corioamnionitis.

Amniocentesis en ruptura de membranas.

36 % de los pacientes con RPM cursan con infección intrauterina la mayoría de ellas sin datos de clínicos de corioamnionitis.

Fibrinas en manejo de RPMP

El empleo de “selladores” de membranas a base de crio precipitados, plaquetas o gel-foam, no han demostrado eficacia y existe insuficiente información para su recomendación.

Tocolíticos en el manejo de la RPMP

El empleo de tocolisis profiláctica en pacientes con RPMP, no incrementa el intervalo entre la ruptura y el parto.

# CORIOAMNIONITIS

Presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto.

Inflamación o infección de la placenta, corion y el amnios (membranas fetales) puede ser definida clínica o histológicamente.

Etiopatogenia:

- 1.- Vía ascendente.
- 2.- Vía hematógena.
- 3.- Vía retrograda.
- 4.- Complicaciones de procedimientos.

Clasificación:

Se clasifica en subclínica o clínica y a su vez con o sin ruptura prematura de membranas.

Subclínica:

Infiltración de las membranas fetales por leucocitosis polimorfonucleares en ausencia de datos clínicos.

Clínica:

Presenta datos clínicos de infección maternos fetales, además de infiltración de las membranas fetales por leucocitos polimorfonucleares.

Tratamiento

- Se basa en la interrupción del embarazo y administración de antibióticos de amplio espectro.
  - Aporte de líquidos.
- ATB más aceptados:
- Ampicilina 1 g IV c/6 hrs + Gentamicina 3-5 mg/kg/día en 2 dosis.
  - Clindamicina 600 mg-900 mg c/8 hrs IV + Amikacina 500 mg IV c/12 hrs.
  - Metronidazol 500 mg c/8 hrs + Amikacina 500 mg IV c/8 hrs.
  - Eritromicina 500 mg – 1 gr VO c/6-8 hrs.

Estudios de laboratorio y gabinete.

- A pesar de estudios histológicos se debe considerar:
- BH con diferencial.
  - Velocidad de sedimentación globular.
  - > PCR.
  - Hemocultivo.
  - Cultivo de LA.
  - Reacción en cadena de polimerasa.

Cuando el embarazo es por cesárea se recomienda prolongar el antibiótico por un periodo mayor.

Manifestaciones clínicas:

- Fiebre mayor o igual a 38 °C.
- Hipersensibilidad uterina.
- Taquicardia materna > 100 LPM.
- Taquicardia fetal > 160 LPM.
- Líquido amniótico fétido o purulento.
- Descarga vaginal fétida o purulenta.

En caso de contar con el recurso:

- Cordiotocografía.
- Perfil biofísico.

# DIABETES GESTACIONAL

Pregestacional o preexistente:

Pacientes conocidas con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan.

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

Gestacional: Riesgo de abortos, malformaciones congénitas y restricción del crecimiento uterino.

Pregestacional: Riesgo de macrosomia y polihidramnios.

Ambas: Prematurez, preeclampsia-eclampsia, trauma obstétrica, cesárea y mortalidad perinatal.

Efectos de la diabetes en la madre y el producto:

Síntomas:

En caso de hipoglucemia:

- Poliuria.
- Polifagia.
- Polidipsia.
- Pérdida de peso.

Factores de riesgo:

Diagnostico:

Riesgo bajo

Riesgo intermedio

Riesgo alto

Sin diabetes conocida en familiares de primer grado.

Edad menor de 25 años.

IMC normal antes del embarazo.

Peso normal al nacer.

Si antecedentes de alteración del metabolismo de glucosa.

Mujeres que no cumplen criterios ni de bajo ni alto riesgo.

Obesidad severa.

Diabetes conocida en familiares de primer grado.

Antecedente de alteración en el metabolismo de glucosa en embarazo previo.

Diagnóstico previo de síndrome de ovario poliquístico.

1.- Glucemia en ayuno mayor o igual a 126 mg/dl en 2 ocasiones.

2.- Glucemia casual > 200 mg/dl.

3.- Prueba de tamiz con 50 g con resultado mayor o igual a 180 mg/dl.

4.- Curva de tolerancia a la glucosa con 100 g o 75 g.

Tratamiento:

Dieta y ejercicio.

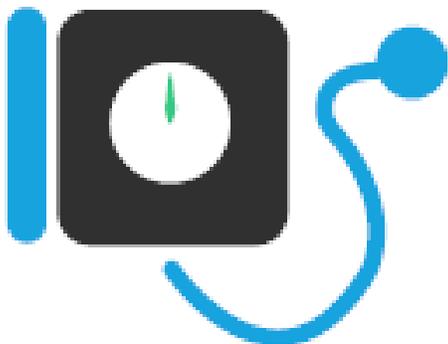
Farmacológico:

La insulina de acción intermedia (NPH) es segura y el esquema consiste en:

Dosis: 0.3-1.5 U/kg según peso actual y nivel de glucemia.

Dos aplicaciones diarias, divididas en 2/3 dosis predesayuno, 1/3 dosis precena, a razón NPH/Rápida: predesayuno: 2/1, precena 1/1.

# ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO



# PREECLAMPSIA

## Preeclampsia leve:

## Preeclampsia severa:

PAS  $\geq$  140 mmHg y/o PAD  $\geq$  90 mmHg en mujer previamente normo tensa.

Proteinuria  $\geq$  300 mg en una recolección de orina de 24 horas o reporte en tira reactiva de por lo menos 30 mg/dL (1+) en 2 muestras de orina tomada al azar (sin evidencia de ITU).

PA  $\geq$  160/110 mmHg en al menos 2 determinaciones con por lo menos 6 horas de diferencia.

Proteinuria de 5 gr o más en una colección de orina de 24 horas (tira reactiva 3+ o más en 2 muestras con al menos 4 horas de diferencia).

### Signos y síntomas:

Cefalea  $\rightarrow$  Factor de riesgo para eclampsia en pacientes con preeclampsia.

Dolo epigástrico o en hipocondrio derecho.

Nausea y vomito son factores de riesgo para morbilidad materna severa en mujeres con preeclampsia.

### Factores de riesgo:

Gestación múltiple.

Condiciones médicas subyacentes (comorbilidad):

- HA preexistente o presión diastólica 90 mmHg.
- Nefropatía preexistente o proteinuria.
- DM tipo I o II preexistente.
- Preeclampsia en cualquier embarazo previo.
- Edad reproductiva 40 años o más.
- IMC 35.

### Tratamiento:

### Diagnostico:

La HA en el embarazo debe ser definida como una PD 90 mmHg.

La HA severa debe ser definida como una PS  $>$  160 mmHg o una PD de  $>$ 110 mmHg.

TA  $\geq$  140/90 mmHg  $\rightarrow$  La paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o aparece antes de las 20 SDG se considera hipertensión crónica.

En la SDG  $\geq$  20 o en las primeras 6 semanas posparto, elevación de la tensión arterial (140/90 mmHg), sin proteinuria, corresponden a hipertensión gestacional y cuando presentan proteinuria a preeclampsia.

Nifedipino  $\rightarrow$  Administrar 10 mg por vía sublingual.

Alfa metil dopa  $\rightarrow$  500 mg VO c/6 horas.

Hidralazina  $\rightarrow$  50 mg VO c/6 horas.

Dexametasona  $\rightarrow$  Principalmente para maduración pulmonar (SDG 24-34).

Fenobarbital  $\rightarrow$  Aplicar ampolleta (0.333 gr) IM c/12 horas para prevenir crisis convulsivas.

# ECLAMPSIA

Supone un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.

Convulsiones similares a una crisis epiléptica parecida en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia.

Síntomas:

- Presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg.
- Convulsiones.
- Dolor de cabeza intenso.
- Visión borrosa.
- Dolor de estómago, que se produce en general, antes de las convulsiones.
- Pérdida de conciencia.

Factores de riesgo:

- Edad mayor de 40 años.
- Diabetes.
- Hipertensión crónica.
- Obesidad.
- Insuficiencia renal.
- Historia familiar de preeclampsia.

Diagnostico:

- Hipertensión crónica.
- Proteinuria.
- Trombocitopenia.
- PFH alterada.
- Edema pulmonar.

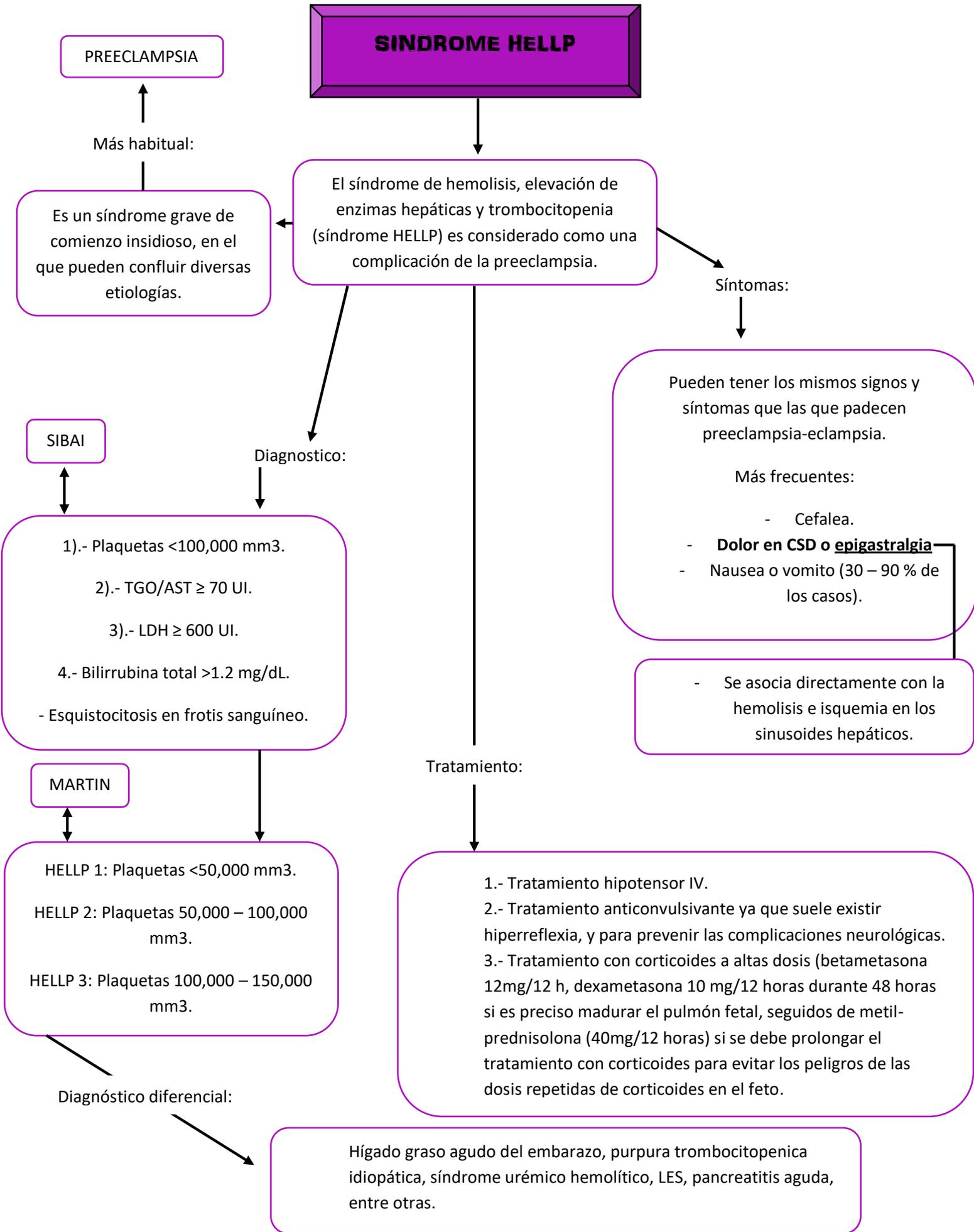
Tratamiento:

- 1.- Soporte vital (vía aérea permeable, vía intravenosa).
- 2.- Tratamiento de la hipertensión como en la preeclampsia grave por vía IV.

3.- Tratamiento anticonvulsivante con  $\text{SO}_4\text{Mg}$  (4-6 g iv en 5-20 mm., y 1.5- 2g/hora de mantenimiento para prevenir nuevas convulsiones, ajustando los niveles a 4.8-9.6 mg/dL de magnesemia.

- Necesario mantener los controles clínicos continuados (reflejo patelar, respiraciones/minuto, diuresis) para evitar que una sobredosificación pueda producir un paro cardiorrespiratorio.

4.- Acabar la gestación en cuanto la situación clínica materna esté estabilizada y lo permita.



## **FUENTE DE INFORMACION**

Guías de Prácticas Clínicas.

Williams de Obstetricia.