

# Repaso obstetricia

## Parte 2

Ana María Caicedo Bolaños

Residente III año Ginecología y Obstetricia

Universidad de Antioquia

# Contenidos

- Trastornos hipertensivos (THAE)
- Diabetes gestacional
- Restricción del crecimiento intrauterino
- **Monitoreo fetal**
- **Trabajo de parto**
- **Síndrome de parto pretérmino**
- Hemorragia posparto (Código rojo)
- Hemorragias en el embarazo
- Sepsis obstétrica
- **Puerperio normal y anormal**
- Enfermedad tiroidea y embarazo
- Enfermedades crónicas y embarazo: LES y SAF

# Síndrome de parto pretérmino

# SPP

## Parto que sucede antes de la semana 37 de gestación.

En Colombia la tasa es del 10%. Primera causa de morbilidad perinatal en el mundo, responsable del 70% de muertes neonatales.

### Factores de riesgo:

- **Maternos:** Familiar, edad, nivel educativo y económico, raza, estrés, estado de ánimo, actividad física y laboral, estado nutricional, infecciones, tabaco.
- **Antecedentes reproductivos:** **Parto pretérmino previo**, embarazo múltiple previo, terminación, mortinato.
- **Embarazo actual:** Sangrado, modo de concepción, gestación múltiple, anatomía del útero, factores cervicales.

**Tamización de rutina (1er trimestre) de bacteriuria asintomática.**

# SPP

## DIAGNÓSTICO

1. Actividad uterina: 4-6 contracciones regulares en 1 hora.
2. Cambios cervicales: borramiento y dilatación  $\geq 3$ cm.

Dolor cíclico, sensación de peso vaginal, dolor lumbar.

## TRATAMIENTO

Uteroinhibición al menos 48 horas para permitir acción de esteroides.

Maduración fetal con esteroides.

Remisión a mayor nivel de complejidad.

ATB como prevención de sepsis/meningitis por SGB y neuroprotección con sulfato de Mg.

# SPP

## UTEROINHIBICIÓN

Retrasar el parto **al menos 48 horas**. NO existe uterolítico de elección sino **INDICADO: Disponible, experiencia en el manejo y sin contraindicaciones.**

Semana 24 a 32	
<b>Indometacina</b>	Bolo rectal/oral de 100mg, continuar a 25mg cada 4-6 horas. <b>Nunca por más de 48 horas</b> (cierre de ductus arterioso). <b>NO utilizar en</b> enf. ácido péptica, enf. renal o hepática, disfunción plaquetaria y asma. Si contraindicado, usar nifedipino.
Semana 32 a 34	
<b>Nifedipino</b>	Tabletas 10 ó 30mg oral. Dosis de carga de 20mg, luego cada 20 mins por 1 hora, mantener a 10-20mg cada 6-8 horas. <b>Nunca sublingual.</b> <b>NO usar en</b> cardiopatías dependientes de gasto cardiaco.
<b>Terbutalina</b>	0,25mg subcutáneo cada 30 mins por 4 dosis, luego 0,25 cada 4 horas hasta lograr control de contracciones. <b>NO usar en</b> diabetes mal controlada, hipertiroidismo, sangrado, embarazo múltiple.

# SPP

## MADURACIÓN FETAL

Pacientes entre la **semana 24 y 33 + 6** con inminencia de parto pretérmino en los próximos 7 días.

Entre la **semana 34 a 36 + 6** se puede administrar, siempre y cuando haya alta sospecha de parto en los próximos 7 días y la mujer **NO** haya recibido esteroides previamente.

**Betametasona 12mg IM cada 24 horas x 2 dosis**

**Dexametasona 6mg IM cada 12 horas x 4 dosis**

### **Dosis de rescate (#1)**

Edad gestacional < 34 semanas con riesgo inminente de parto en los próximos 7 días y que la **última dosis de esteroide haya sido hace más de 14 días** del evento actual.

### **Dosis repetida (#2)**

Primer ciclo de esteroides  $\leq$  28 semanas y más de 14 días del evento actual, con inminencia de parto en los próximos 7 días.

# SPP

## SULFATO DE MAGNESIO

Efecto de **neuroprotección**. **Siempre antes de las 32 semanas.**

Bolo de 4-6g en 30 mins, seguido de infusión de 1-2g/hora durante **máximo** 24 horas.

## PENICILINA CRISTALINA

Indicada para prevención de Estreptococo del grupo B (SGB).

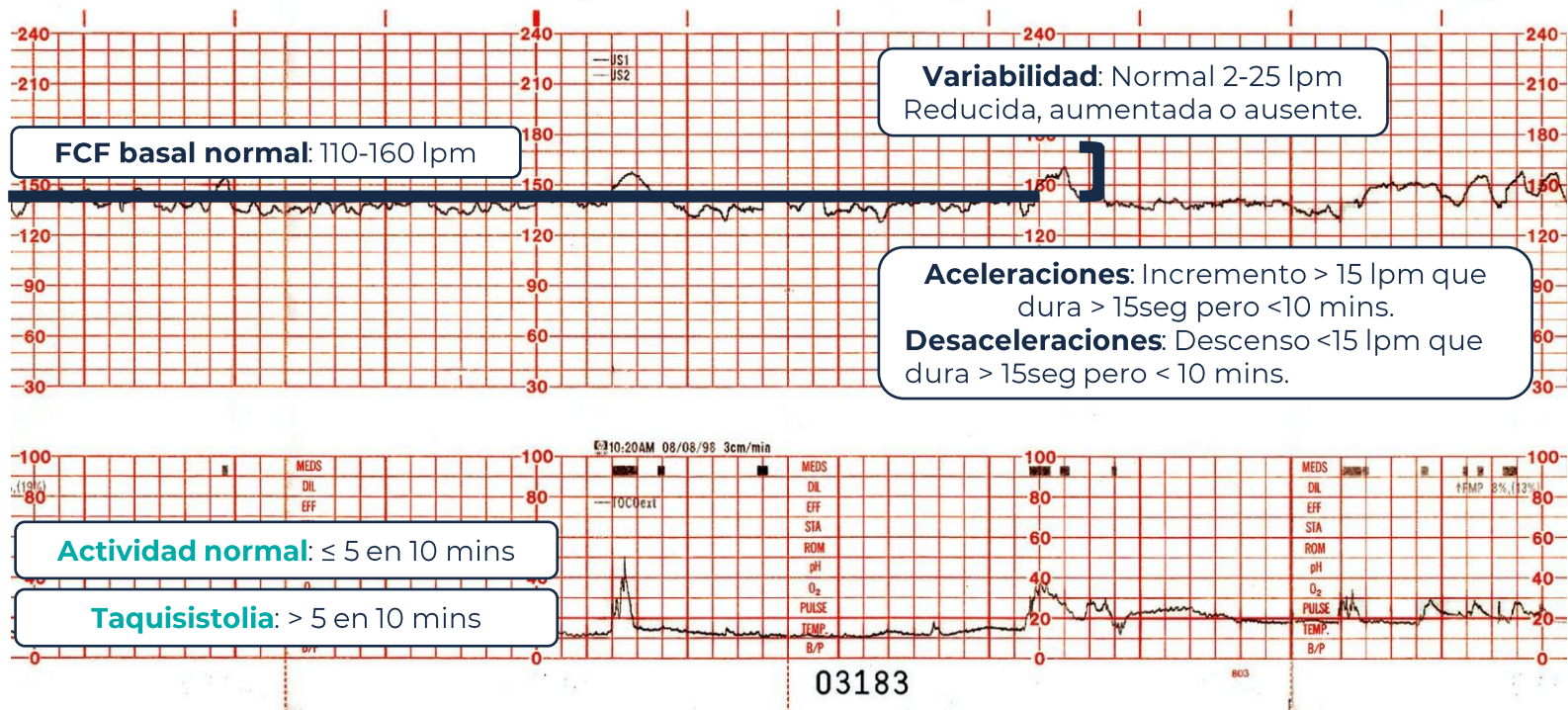
RPM mayor de 16 horas.  
Trabajo de parto pretérmino con cultivo perineal positivo o desconocido.  
Fiebre intraparto

<b>Penicilina cristalina</b>	Bolo de inicio 5'000.000 UI, seguido de 2'500.000 UI cada 4 horas hasta el parto.
<b>Clindamicina</b>	900mg IV cada 8 horas
<b>Vancomicina</b>	1gr IV cada 12 horas

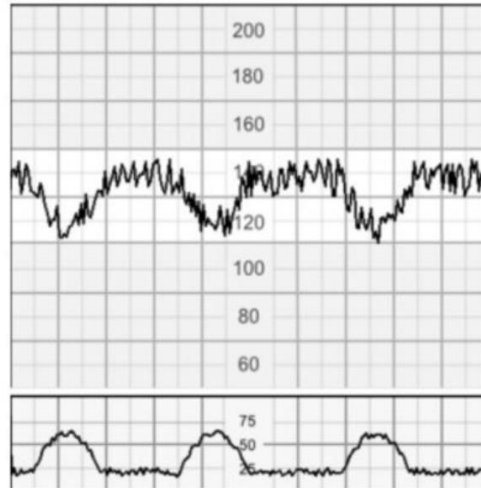


# Monitoreo fetal

# Monitoreo fetal



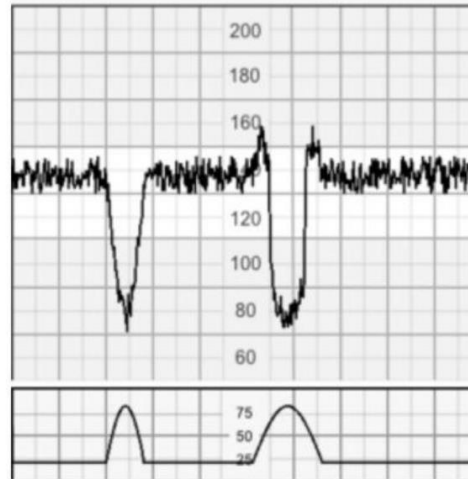
# Monitoreo fetal



a) Desaceleraciones tempranas

**Desaceleraciones tempranas o precoces:**

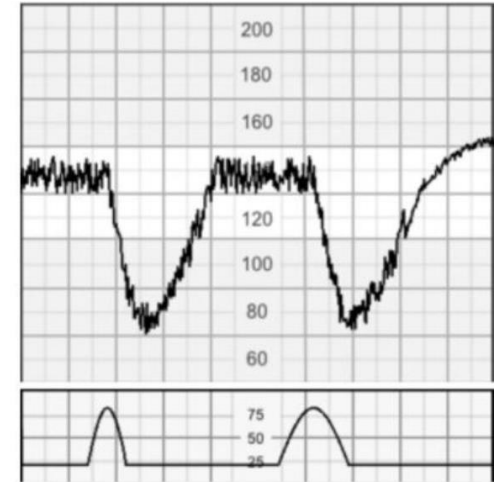
Inician y finalizan con la contracción.



b) Desaceleraciones variables

**Desaceleraciones variables:**

Forma de V, caída rápida seguida de recuperación rápida (compresión umbilical).



c) Desaceleraciones tardías

**Desaceleraciones tardías:**

Inician después de la contracción. Inicio y recuperación gradual.

## Categoría I

- Línea de base: 110-160 lpm.
- Variabilidad: Normal.
- Sin desaceleraciones tardías o variables.
- Aceleraciones presentes.

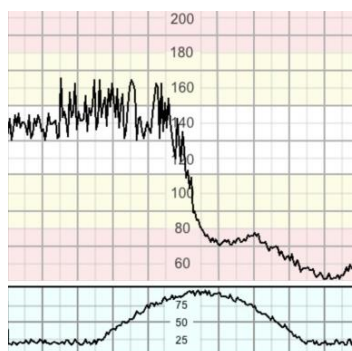
## Categoría II

- FCF basal bradicardia o taquicardia con variabilidad normal.
- Aceleraciones: Ausencia después de estimulación.

## Categoría III

- Ausencia de variabilidad y:
  - Desaceleraciones tardías recurrentes.
  - Desaceleraciones variables recurrentes.
  - Bradicardia.
- Patrón sinusoidal.

# Monitoreo fetal



## HIPOXIA AGUDA

Desaceleración que dura más de 5 minutos o más de 3 minutos si hay variabilidad.

- Prolapso de cordón
- Abrupcio de placenta
- Ruptura uterina
- Causas iatrogénicas
- Hipotensión materna (supina o post-epidural)
- Hiperestimulación uterina

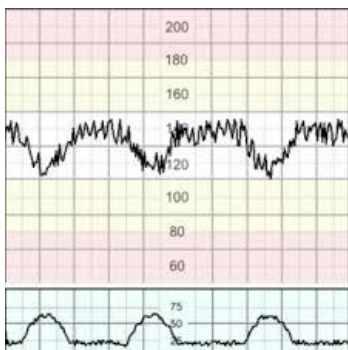
Pedir ayuda

Diagnosticar la causa

¿Recuperación?

Finalizar el embarazo

# Monitoreo fetal



## HIPOXIA SUBAGUDA

Fetos que pasan la mayor parte del tiempo desacelerando.

Casi siempre por hiperestimulación uterina.

Parar o reducir  
uterotonicos

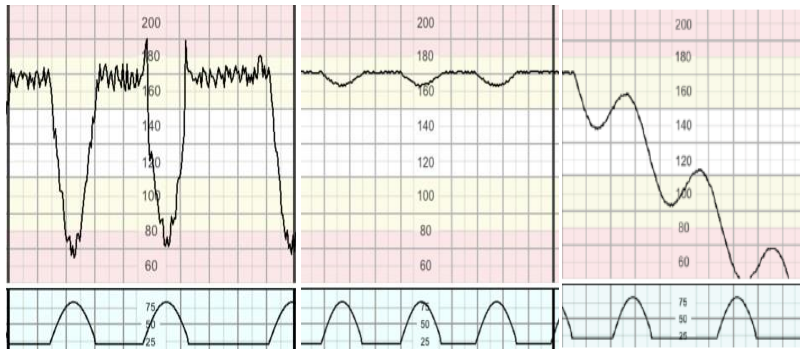
Evitar supino

Líquidos  
endovenosos

Tocolisis si la  
actividad  
persiste

Finalizar si la  
hipoxia  
persiste a  
pesar de  
tocolisis

# Monitoreo fetal

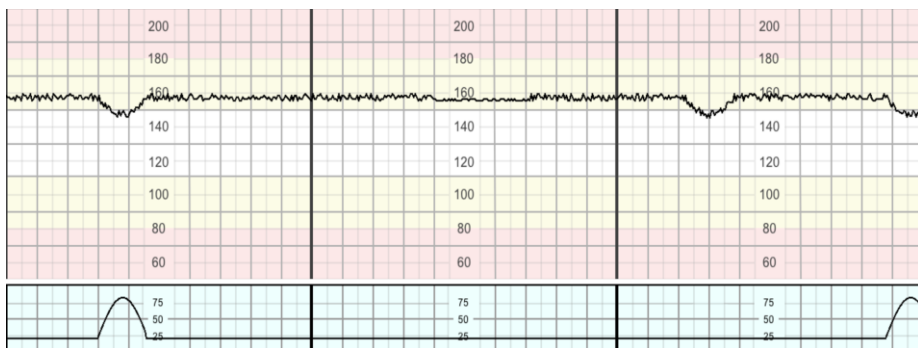


## HIPOXIA PROGRESIVA

Es el tipo de hipoxia más frecuente durante el trabajo de parto.

1. Inicialmente desaceleraciones.
2. pérdida de aceleraciones.
3. Desaceleraciones más anchas y profundas.
4. Aumento de FCFb.
5. Fracaso cardiaco terminal.

# Monitoreo fetal



## HIPOXIA CRÓNICA

FCFb en el límite superior de la normalidad, variabilidad reducida con aceleraciones infrecuentes y desaceleraciones suaves.



# Trabajo de parto

# Trabajo de parto

## DILATACIÓN

<b>Fase latente</b>	Contracciones uterinas dolorosas y cambios del cuello uterino. Dilatación hasta 5cm.
<b>Fase activa</b>	Contracciones uterinas regulares. Dilatación $\geq$ 6cm. <b>INICIAR PARTOGRAMA.</b> Hasta expulsivo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Primíparas 12 horas</li><li>• Multíparas 10 horas</li></ul>

Se recomienda realizar tacto vaginal en intervalos de 4 horas.

No se recomienda cardiotocografía continua para evaluar el bienestar fetal en embarazadas sanas con TdeP espontáneo.

Anestesia peridural para **TODAS** quienes lo soliciten.

Estación +2 indica traslado a sala de partos.

# Trabajo de parto

**Table 2.** Labor Stimulation with Oxytocin: Examples of Low- and High-Dose Oxytocin

Regimen	Starting Dose	Incremental Increase (mU/min)	Dosage Interval (min)
Low-Dose	0.5–2	1–2	15–40
High-Dose	6	3–6*	15–40

\*The incremental increase is reduced to 3 mU/min in presence of hyperstimulation and reduced to 1 mU/min with recurrent hyperstimulation.

**10 UI oxitocina + 500cc SSN 0,9%**

Maduración cervical e inducción del trabajo de parto: Bishop  $\geq$  6 puntos.

- Misoprostol 25mcg cada 3 – 6 horas. **NUNCA en antecedente de cesárea.**
- Dinoprostona 10mg intravaginal, **es seguro en antecedente de cesárea.**

# Trabajo de parto

## EXPULSIVO

<b>Primíparas</b>	Duración 3 horas.
<b>Multíparas</b>	Duración 2 horas.

Oxitocina (10 UI intramuscular/intravenoso) es el uterotónico recomendado para prevenir hemorragia posparto.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical (> 1 min).

En entornos especializados, se recomienda tracción controlada del cordón.  
**NO** se recomienda el masaje uterino sostenido.

# Puerperio

# Puerperio

**Período comprendido entre el posparto y hasta 6 semanas después**

Regresión de los cambios fisiológicos del embarazo.

**Inmediato:** Primeras 24 horas – **Mediato:** Hasta la primera semana –  
**Tardío:** Después de una semana

## Puerperio inmediato

Involución uterina a nivel umbilical.

Contracciones uterinas (hasta 72 horas), aumentan durante lactación.

Lactogénesis y lactopoyesis: Amenorrea

Disminución de niveles de triglicéridos hasta 6-7 semanas, **normalización de niveles de glucosa hasta 72 horas posparto**, normalización de factores protrombóticos.

Función tiroidea mejora tras 12 horas.

# Puerperio

## Puerperio mediato

Involución uterina a nivel de sínfisis púbica (infección puerperal: Endometritis).  
Loquios (3-4 días).  
Regresión de crecimiento hipofisiario (30-100%).

## Puerperio tardío

Subinvolución del lecho placentario.  
Aumento de capacidad pulmonar total: Mayor consumo de oxígeno, desacondicionamiento físico (4-8 semanas).  
Ciclo menstrual se reanuda desde las 7 – 12 semanas posparto (no lactantes) hasta 36 semanas (lactantes). FSH y LH aumentan hasta valores foliculares hasta 3 semanas después.  
Relaciones sexuales después de 12 semanas.

# Puerperio

- Vigilancia 12 – **24** horas en posparto vaginal, 24 – **48** horas en cesárea. Siempre estimular deambulación temprana.
- Valorar SIEMPRE escala de **depresión posparto** y repetirla después de 2 semanas: **Escala de Edinburgo  $\geq 10$  puntos** \*Validada después de 2 meses posparto.
- ¿**Vacunación**? Tdap (Difteria, tétano y tosferina), Influenza, COVID-19.
- Sulfato ferroso.
- Analgesia.
- **Anticoncepción.**
- **Tromboprofilaxis.**



# Puerperio

- **SIEMPRE ANTICONCEPCIÓN**

1 No hay restricciones (se puede usar el método)	3 Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios
2 Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados	4 Riesgos para la salud no aceptable (no se debe usar el método)

**AMPD** (Acetato de medroxiprogesterona de depósito/trimestral) – **PPS** (Píldora de progesterona solamente) – **AHC** (Anticonceptivos orales combinados)

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Posaborto	a) Primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	b) Segundo trimestre	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico	4		4		1*		1*		1*		1*	
Posparto ( <i>mujeres que no amamantan</i> )	a) <21 días posparto					1		1		1		4	
	b) 21 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					1		1		1		3*	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					1		1		1		2	
	c) >42 días					1		1		1		1	
Posparto ( <i>en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso después de la cesárea</i> )	a) <10 minutos después de salir la placenta												
	i) Amamantamiento	1*		2*									
	ii) Que no amamantan	1*		1*									
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta <4 semanas	2*		2*									
	c) ≥4 semanas	1*		1*									
	d) Infección puerperal	4		4									

# Puerperio

Riesgo			
Muy alto	Alto	Moderado	Bajo

Factor de riesgo	Antenatal	Posnatal
Trombofilia heredada de muy alto riesgo*	1 FACTOR  Anticoagulación desde el momento de su identificación	1 FACTOR  Anticoagulación hasta al menos 6 semanas posparto
Trombofilia adquirida o heredada con evento tromboembólico venoso previo (EVT).		
EVT recurrente (2 o más)		
Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 kg/m <sup>2</sup> )	1 FACTOR  Tromboprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación	1 FACTOR  Tromboprofilaxis farmacológica posnatal hasta 6 semanas posparto
Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos).		
EVT previo		
Enfermedades del colágeno: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, dermatomiositis.		
Óbito		
Síndrome de hiperestimulación ovárica	Tromboprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico	
Sepsis puerperal		Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días	Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con medidas farmacológicas Al alta: tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días	

Factor V de Leiden  
Def. de protrombina  
Def. de proteína C, S y antitrombina III.

# Puerperio

Riesgo			
Muy alto	Alto	Moderado	Bajo

Factor de riesgo	Antenatal	Posnatal
Obesidad pregestacional (IMC > 30-39 kg/m <sup>2</sup> )	<p>Con 1 factor de riesgo: recomendaciones generales</p> <p>Con 2 factores de riesgo: iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación</p>	<p>Con 1 factor de riesgo: recomendaciones generales</p> <p>Con 2 o más factores de riesgo: tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posparto</p>
Várices en miembros inferiores †		
Diabetes tipo I y tipo II		
Enfermedad renal preexistente		
Técnicas de reproducción asistida		
Embarazo múltiple		
Hemorragia posparto		
Preeclampsia		
Hiperémesis gravídica (alteración hidroelectrolítica o		
Parto pretérmino		
Cesárea		
Sepsis durante el embarazo		
Enfermedad inflamatoria intestinal		
Procedimiento quirúrgico en embarazo o puerperio		
Transfusión > 2 unidades		
Gestante o mujer en puerperio hospitalizada < 3 días ‡	<p>Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica</p> <p>Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días</p>	

# Puerperio

Riesgo			
Muy alto	Alto	Moderado	Bajo

Factor de riesgo	Antenatal	Posnatal
Edad > 35 años	Con 1-2 factores de riesgo: recomendaciones generales	
Sobrepeso pregestacional IMC 25-30 kg/m <sup>2</sup>		
Tabaquismo		
Hipertensión arterial crónica	Con 3-5 factores de riesgo: iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación	Con 3-5 factores de riesgo: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas
Hemorragia anteparto		
Inducción del trabajo de parto		
3 o más partos		
Corioamnionitis		
Viaje mayor de 4 horas §	6 o más factores de riesgo: iniciar desde el momento de su identificación medidas no farmacológicas e iniciar tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación	6 o más factores de riesgo: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas