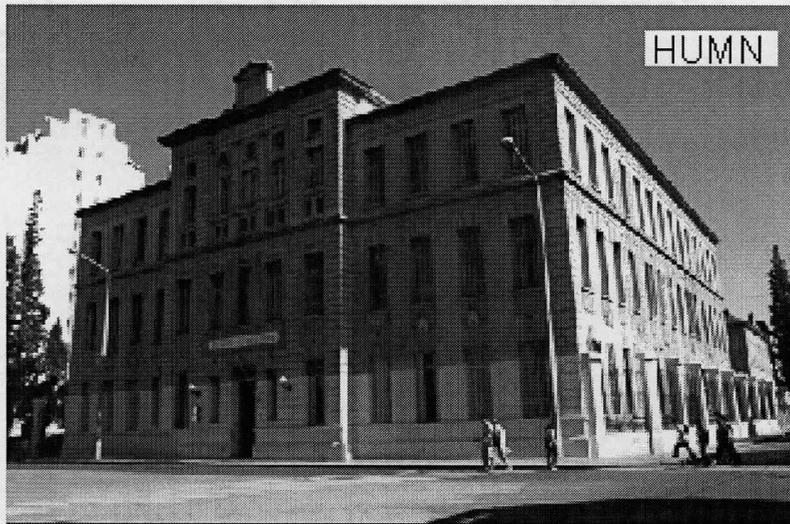




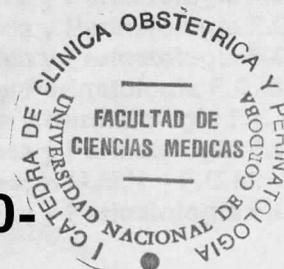
# MANUAL PRACTICO DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN OBSTETRICIA

I CATEDRA DE CI. OBSTETRICA Y PERINATOLOGIA  
Prof. Titular Dr Manuel Jofre



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
MATERNIDAD NACIONAL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

-2010-



Dr. MANUEL ENRIQUE JOFRE  
PROFESOR TITULAR  
1ª Catedra Clínica Obstetricia y Perinatología  
Hosp Universitario Mat. Y Neonatología

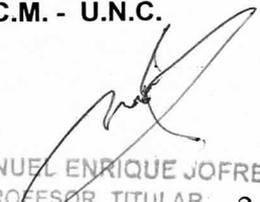
# AUTORES DEL MANUAL PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN OBSTETRICIA

Docentes de la 1ª Cátedra de Clínica Obstetrica  
y Perinatología  
Hospital Universitario Maternidad Nacional  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

**Bustamante Jorge** (1)  
**Giménez Francisco** (2)  
**Jáuregui Esteban** (3)  
**Jofre Manuel** (4)  
**Lucchini Hector** (5)  
**Maglione Raúl** (6)  
**Mereshian Paula S. de** (7)  
**Paina Nelso** (8)

- 1 Prof. Asistente de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 2 Prof. Asistente de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 3 Prof. Asistente de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 4 Prof. Titular de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 5 Prof. Adjunto de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 6 Prof. Asistente de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.
- 7 Directora del Área de Endocrinología y Diabetes. H.U.M.N. - F.C.M. - U.N.C.
- 8 Prof. Asistente de la 1a Cátedra de Cl. Obstetrica y Perinatología F.C.M. - U.N.C.



  
Dr. MANUEL ENRIQUE JOFRE  
PROFESOR TITULAR 2  
1º Cátedra Clínica Obstetrica y Perinatología  
Hosp. Universitario Mat. y Neonatología

## INDICE

	Pág.
1- DISTOCIAS.....	4
2- EVALUACION DE LA SALUD FETAL.....	10
3- AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	20
4- ROTURA ESPONTÁNEA PREMATURA de MEMBRANAS.....	26
5- HEMORRAGIAS OBSTETRICAS.....	35
6- DESORDENES HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO.....	54
7- ENFERMEDAD HEMOLÍTICA NEONATAL.....	67
8- DIABETES MELLITUS Y EMBARAZO.....	75

## AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de Salud (OMS) definen el parto Pre término o Prematuro al que se produce entre las 22<sup>o</sup> y las 37<sup>o</sup> semanas de gestación, es decir, entre los 154 y 258 días. Las 22 semanas completas y/o peso fetal mayor de 500 gr.

Entre las 22 y las 27 semanas completas se denomina parto inmaduro y entre las 28 y las 37 semanas parto prematuro.

A pesar de los avances en la atención y tratamiento, la incidencia de parto prematuro no ha disminuido de manera significativa en los últimos 40 años y es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal a corto y a largo plazo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

La incidencia en EE.UU. es del 11.5 %, en Europa la incidencia es del 5.8% y en argentina varia del 8 al 12 %, sobre el total de partos. El parto prematuro es uno de los problemas perinatológicos más graves en los países en vías de desarrollo y el más frecuente entre los grupos de menos recursos. En nuestro Hospital Universitario en el año 2008 la incidencia fue del 20,6%.

### DEFINICIÓN

Amenaza de parto prematuro se caracteriza por aparición de una o más contracciones en 10 minutos, que persisten y no ceden con el reposo. Con nula o escasa modificación cervical. Si la dilatación cervical es de 4 o más centímetros estamos en presencia de un trabajo de parto pre término franco.

### PREVENCIÓN DEL PARTO PREMATURO

El parto de pre término o prematuro es el resultado de una serie de mecanismos fisiopatológicos diferentes que tienen como efecto final la amenaza de parto prematuro y eventualmente el parto. Debemos considerar: Factores de riesgo, Factores predisponentes o desencadenantes.

**FACTORES DE RIESGO:** algunos factores de riesgo pueden detectarse precozmente, desde la primera consulta y no requieren una tecnología complicada para el diagnóstico. Un manejo adecuado de estas pacientes con mayor riesgo permite prevenir el parto prematuro:

- Nivel socio económico y cultural bajo
- Intensidad del trabajo corporal
- Alimentación
- Nivel de ingresos
- Atención médica deficiente
- Antecedente de recién nacido de peso menor a 2500 gr.

- Talla materna menor de 1.50 cm.
- Peso materna menor de 45 kgr.
- Periodos ínter genésico menor de 1 año
- Tabaquismo
- Hemorragias del 1ª trimestre.

#### FACTORES PREDISPONENTES O DESENCADENANTES

- Rotura prematura de membranas previa
- Embarazos múltiples
- Polihidramnios
- Hemorragias del 3ª trimestre
- Hipertensión
- Incompetencia ístmico cervical
- Infecciones genitales bajas, Vaginosis
- Infecciones urinarias
- Otras infecciones, en especial odontológicas

La rotura prematura de membranas es la causa más frecuente, la responsable de un 25 al 40 % de los partos de pretérmino y un 20 % se debe a las indicaciones médicas (hipertensión, preeclampsia, diabetes, etc.) que obligan a interrumpir un embarazo.

El recién nacido prematuro corre el riesgo de sufrir diferentes patologías propias de su prematuridad y de secuelas asociadas al tratamiento que deben recibir. Puede tener:

- Incapacidad de regular la temperatura corporal, debido a la escasez de tejido graso.
- Problemas respiratorios:
  - Enfermedad de la membrana hialina debido a la falta de surfactante pulmonar
  - Neumotórax
  - Apnea
  - Enfermedad pulmonar crónica
- Cardiovasculares:
  - Persistencia del Ductus arterioso trastorno cardíaco que hace que la sangre se desvíe de los pulmones
  - Presión sanguínea demasiado baja o demasiado alta
  - Frecuencia cardíaca baja (suele ocurrir con la apnea)
- Gastrointestinales:
  - Enterocolitis necrotizante (NEC)
- Neurológicos:
  - Hemorragia intraventricular
  - Convulsiones (pueden deberse a hemorragias cerebrales)
  - Retinopatía del prematuro
  - Parálisis cerebral
- Sanguíneos y metabólicos:
  - Anemia
  - Ictericia (debido a la inmadurez del hígado y la función gastrointestinal)
  - Dificultad para manejar electrolitos y niveles de glucemia
  - Infecciones

## DIAGNOSTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

- Control de la dinámica uterina
- Tacto vaginal
- Ecografía Cervical

## CONDUCTA

- Internación
- Estimación de edad gestacional
- Estudio de vitalidad fetal
- Actualizar los estudios complementarios

## TRATAMIENTO

**ESTIMACIÓN DE EDAD GESTACIONAL:** antes de iniciar el tratamiento es importante confirmar la edad gestacional por

- Anamnesis
- F.UM. jerarquizar los datos preguntar si está segura de la fecha que nos da, métodos anticonceptivos, ciclos regulares o no, etc.
- Altura Uterina medida en centímetros y con respecto a los reparos anatómicos y relacionarla con la amenorrea
- Palpación.
- Estudios previos: reevaluar laboratorio y ecografías si las tiene

## ESTUDIO DE VITALIDAD FETAL

- Movimientos activos fetales .Auscultación de latidos fetales con estetoscopio de Pinard.
- Cardiotocografía
- Perfil biofísico fetal
- Amniocentesis: para estudio de madurez pulmonar
- Amnioscopia: determinar presencia de meconio o vérmix (madurez fetal). Según edad gestacional y condiciones del cérvix
- actualizar los estudios complementarios
- Rutina y serología
- Orina completa
- Urocultivo y antibiograma
- Ecografía: edad gestacional, ubicación y peso fetal, localización de la placenta, liquido amniótico

## TRATAMIENTO

### OBJETIVOS:

- Prolongar el embarazo
- Acelerar la maduración pulmonar

- De ser necesario, derivación de la embarazada a centros de mayor complejidad para el adecuado manejo del recién nacido prematuro.
- Tratamiento de la enfermedad de base. Ej. Si el desencadenante de la amenaza de parto prematuro es una infección urinaria debemos hacer el tratamiento adecuado para la misma.
- Maduración pulmonar fetal precoz
- Útero inhibición en 3 etapas:
  1. Tratamiento de ataque
  2. Tratamiento de sostén hospitalario
  3. Tratamiento de sostén domiciliario

## MADURACION PULMONAR

Los corticoides aceleran la maduración pulmonar induciendo la producción de surfactante pulmonar con lo que se reduce significativamente la incidencia de distress respiratorio debido a membrana hialina. También se reduce la morbi-mortalidad por hemorragias intracraneales y por enterocolitis necrosante

Se recomienda su uso en pacientes con riesgo de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas

Se administra: Betametasona por vía intramuscular dos dosis de 12 mg administradas cada 24 horas; total 24 Mg.: Acetato de Betametasona 3 mg + 3 mg de Fosfato disódico de Betametasona: Celestone Cronodose (N.R.) o Corteroid Retard (N.R.) 2 c.c. c/ 24 hs; total 2 dosis

Dexametasona por via IM cuatro dosis de 6 mg cada 12 horas. Total 24 mgr.

## CONTRAINDICACIONES DE LOS CORTICOIDES

- Úlcera gastrointestinal
- H.T.A. superior a 140/90, no controlada
- Diabetes descompensada

## TRATAMIENTO DE ATAQUE

- Internación con reposo absoluto
- Hidratación con 500cc á 1.000 cc de solución fisiológica en goteo rápido (60 gotas por minuto), lo que mejora la perfusión placentaria, disminuye la secreción de la H. Antidiurética y de la oxitocina.
- Beta miméticos
- Atosiban
- Sedantes
- Anti prostaglandinas
- Corticoides

## RECEPTORES ADRENÉRGICOS

- Alfa; estimulación del músculo liso y en especial del vaso
- Beta 1.: efecto inotrópico y crono trópico positivo, lipólisis, relajación del músculo liso

- Beta 2: relajación de músculo liso, en particular bronquios, arteriolas y útero, glucogenolisis

Se administran por vía endovenosa.

Droga	Cada ampolla	Ampollas en 500 ml
Isoxsuprina Duvadilan (NR)	10 mgr	10
Rithodrine Ritopar (NR)	50 mg	2

### CONTRAINDICACIONES DE UTEROINHIBICIÓN CON BETAMIMÉTICOS

- Tirotoxicosis
- Glaucoma agudo
- Diabéticas no controladas
- Diabetes (glucólisis- hiperglicemia)
- Hemorragias 2° - 3° trimestre
- CARDIOPATÍAS no compensadas (grado II y IV)

### ABANDONO DE TRATAMIENTO DE UTEROINHIBICIÓN

- Diagnóstico de malformación fetal
- TA materna menor a 90/50
- Taquicardia materna superior a 120 lat/min.
- Sospecha de descompensación cardiaca, edema agudo de pulmón
- Frecuencia cardíaca fetal mayor a 180 l/m
- Si se alcanza las 37 semanas
- LA indica feto maduro
- Cambios en las condiciones del cuello
- REPM con infección
- Signos de alteraciones del bienestar fetal. R.C.I.U. Acidosis metabólica. Acidosis láctica

### ANTIPROSTAGLANDINAS

INDOMETACINA: 100 mg. c/ 24 hs. por vía rectal, no debe usarse por más de tres días ni después de las 33 semanas de gestación  
Interfiere en la síntesis de prostaglandinas en especial F2 $\alpha$ . Efectos secundarios: alteraciones gastrointestinales, cefaleas, vértigos, alteraciones hematológicas y renales, en el feto cierre prematuro de ductus arterioso, hipertensión pulmonar. Se asocia también a enterocolitis necrotizante en caso de uso prolongado.

Se debe controlar el volumen de líquido amniótico ya que puede causar Oligoamnios por disminución de flujo renal fetal.

### TRATAMIENTO DE SOSTÉN HOSPITALARIO (Después de 8 hs sin dinámica uterina)

- Sedantes: Diazepan 10 mg. c/12 hs VO
- Beta miméticos: IM 24 hs luego VO: Isoxsuprina 10 MGRS VO,

- 1 comprimido c/6 á 8 hs: DUVADILAN (N.R); Rithodrine 10 mg VO,
- 1 cápsula c/ 6 hs: RITOPAR ( NR)
- Movilización gradual
- Hidratación oral abundante

#### TRATAMIENTO DE SOSTÉN DOMICILIARIO

- Beta miméticos vía oral
- Sedantes: Diazepan 5 mg. c/12 hs vía oral
- Hidratación oral abundante
- Regular actividad física
- Control médico semanal hasta alcanzar las 37 semanas

#### -Autores del Capitulo:

Prof. Lucchini Hector D.  
Prof. Bustamante Jorge

#### -Bibliografía:

- 1-CABERO I ROURA, Lluís y col. Perinatología. Tomo I... Salvat Editores, S.A. Barcelona. 2000
- 2-GADOW, Enrique y Col. Obstetricia en esquemas Ed. El Ateneo. Bs. As. Argentina. 2004
- 3-GUIAS CLINICAS. Prevención del Parto Prematuro 1st. Ed. Ministerio de Salud. Santiago Chile 2005
- 4-HOROVITZ, J y Col. E.M.C. (Enciclopedia Francesa) Ginecología Obstetricia. Tomo V. 5076 A 10. 2002
- 5-PEREZ SANCHEZ y Col. Obstetricia, 3º edición. Ed. Mediterránea. Santiago, Chile. 2000
- 6-PROPUESTA NORMATIVA PERINATAL. Tomo II. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Argentina. Dirección de Maternidad e Infancia. 1999
- 7-SCHWARCZ, Ricardo y Col. Obstetricia. Ed. El Ateneo. Bs. As. Argentina. 2005
- 8-VOTTA, Roberto y col. Obstetricia. Ed. López Libreros Editores. Bs. As. Argentina. 1983