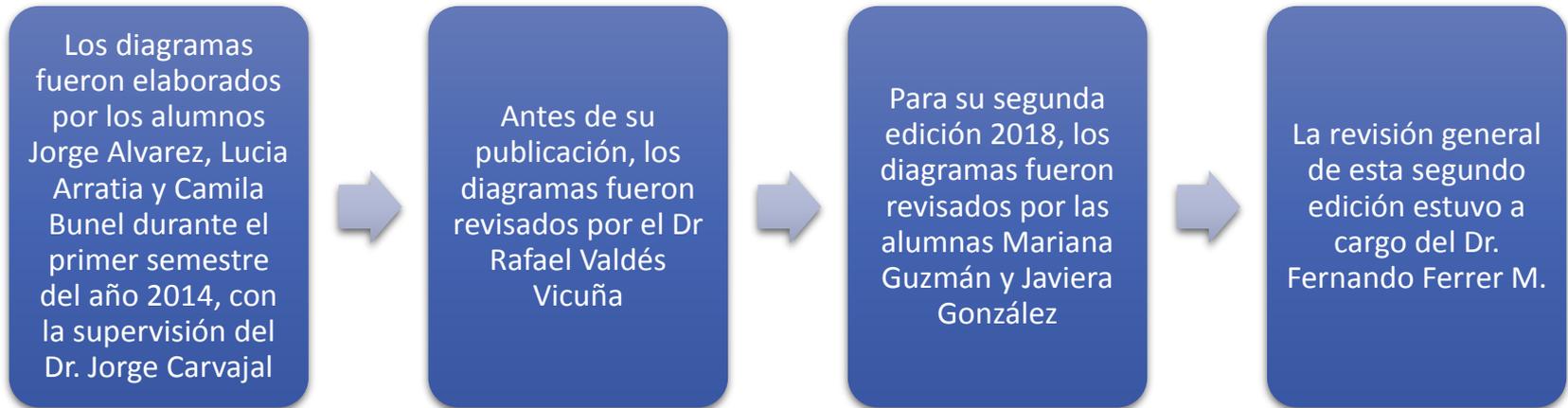


Diagramas de Flujo en Obstetricia



Temario I

Temario II

Temario I

Haga clic en el link para ver el tema



Síntomas Frecuentes
Enfrentamiento emesis en la embarazada
Anemia en el embarazo
Dolor pelviano en el primer trimestre
Flujo genital en la embarazada
Edad Gestacional
Determinación edad gestacional
Consejo Pregestacional
Consejo preconcepcional general
Consejo pregestacional por patología
Control Prenatal
Exámenes de rutina
Diagnóstico antenatal
Ecografía Obstétrica de Rutina
Anomalías del LA
Polihidroamnios (PHA)
Oligoamnios (OHA)
Evaluación Fetal Anteparto
Evaluación según factores de riesgo
Doppler arteria umbilical
Perfil Biofísico Fetal (PBF)

Trabajo de Parto
Prueba de trabajo de parto
Indicación de Cardiotocografía (CTG)
Interpretación y conducta ante CTG Alterado
Parto vaginal después de una cesárea
Retención de hombros
Puerperio
Fiebre en el puerperio
Hemorragia puerperal
Inercia uterina
Hipogalactia
Trastorno del ánimo en el puerperio
Parto Prematuro
Prevención del parto prematuro
Amenaza de parto prematuro
Rotura Prematura de Membranas
Diagnóstico diferencial y manejo inicial
RPO menor a 24 semanas
RPO 24-32 semanas
RPO 32-34 semanas
RPO mayor a 34 semanas

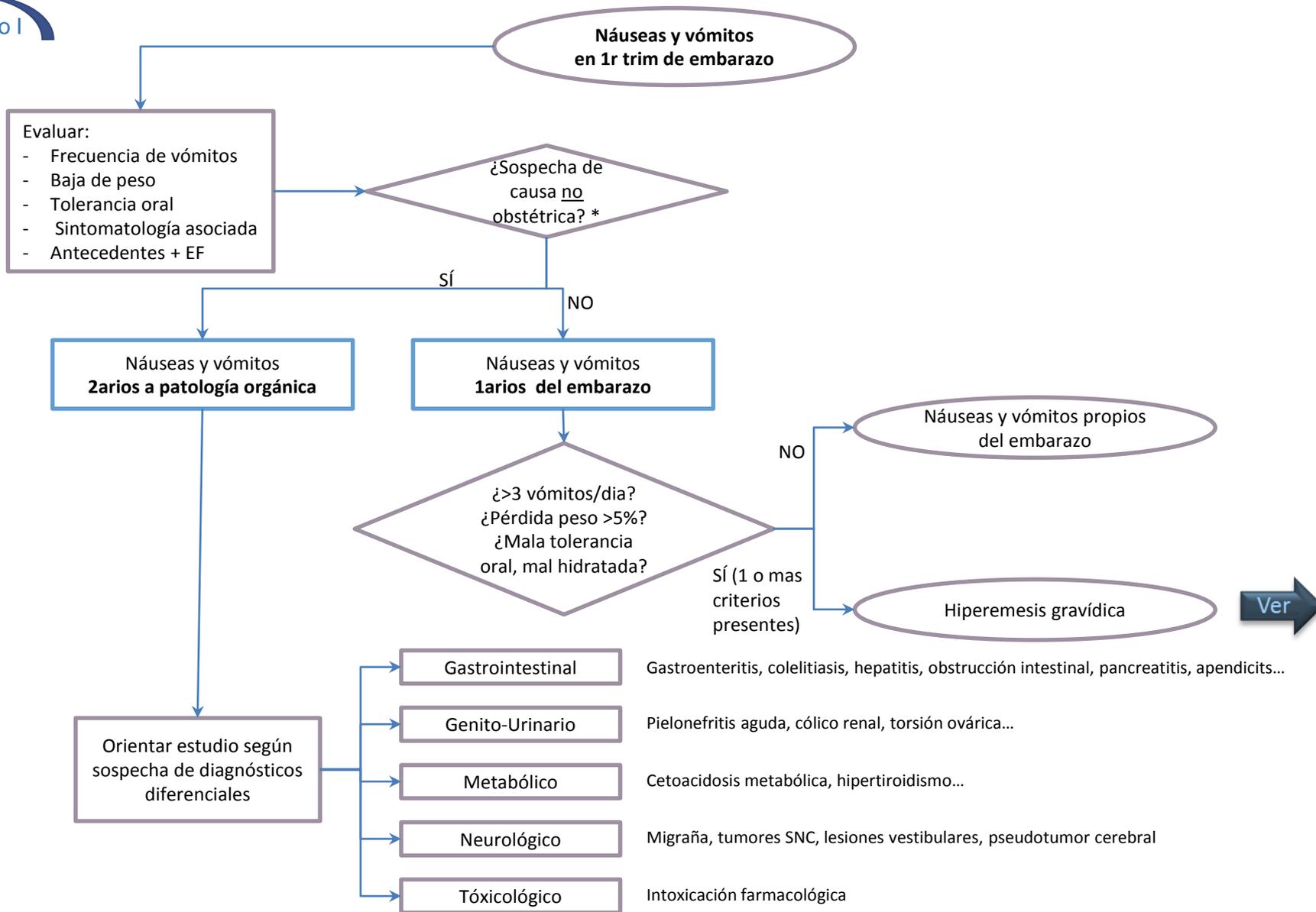
Temario II



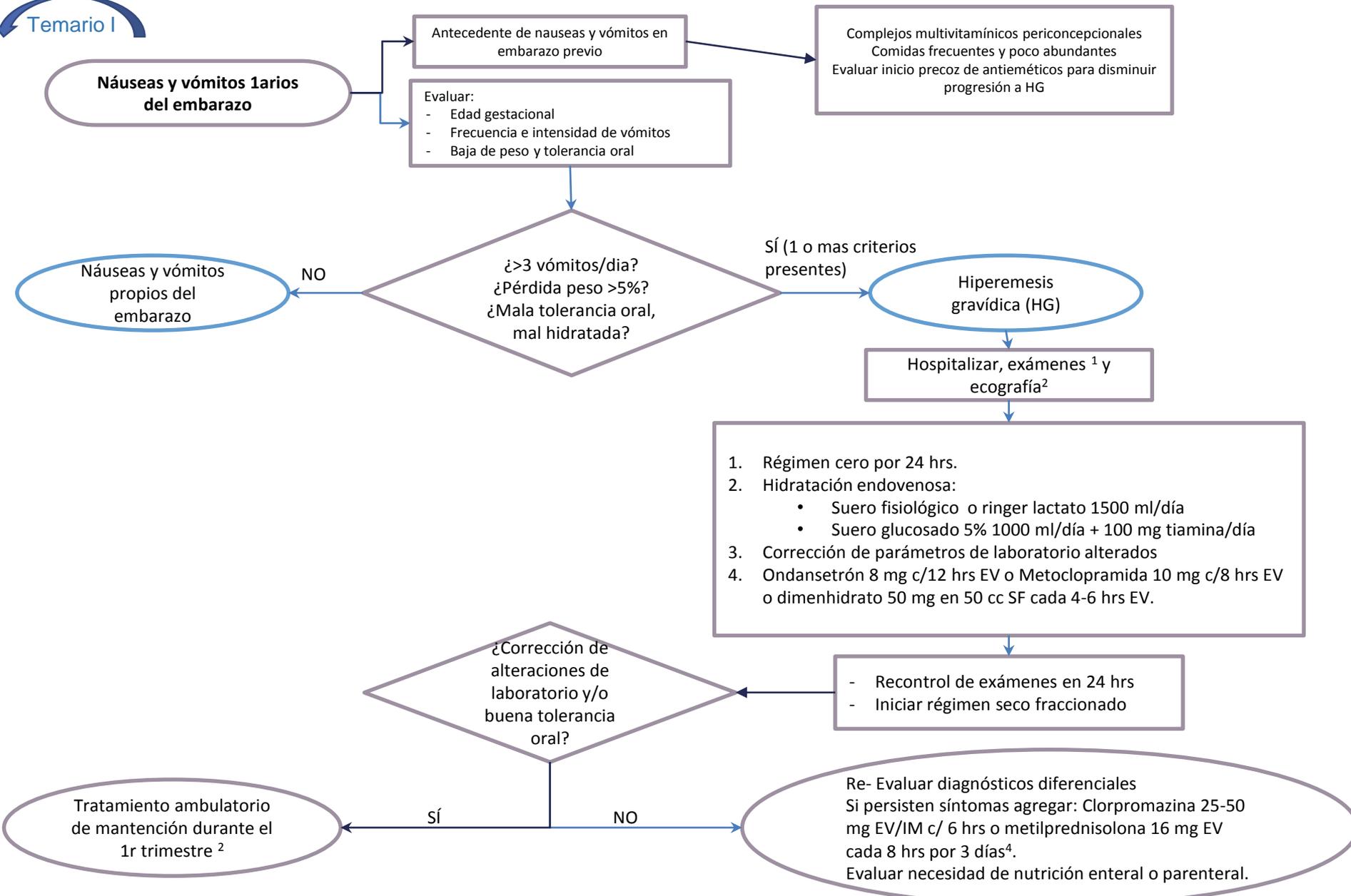
Haga clic en el link para ver el tema

Restricción de Crecimiento Fetal (RCF)
Sospecha RCF o feto <p10
RCF por insuficiencia placentaria
Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE)
Enfrentamiento inicial embarazada PA elevada
Manejo de la PE según severidad
Complicaciones de la PE
HTA crónica
Patología Infecciosa del embarazo
Fiebre en el trabajo de parto
Sospecha Infección intraamniótica (IIA)
IIA confirmada
RPR (+)
VIH (+)
Trabajo de parto sin serología VIH conocida
ITU (Infección urinaria)
Prevención de sepsis SGB
Diabetes y Embarazo
Diabetes mellitus gestacional (DMG)
Diabetes mellitus prestacional (DMPG)

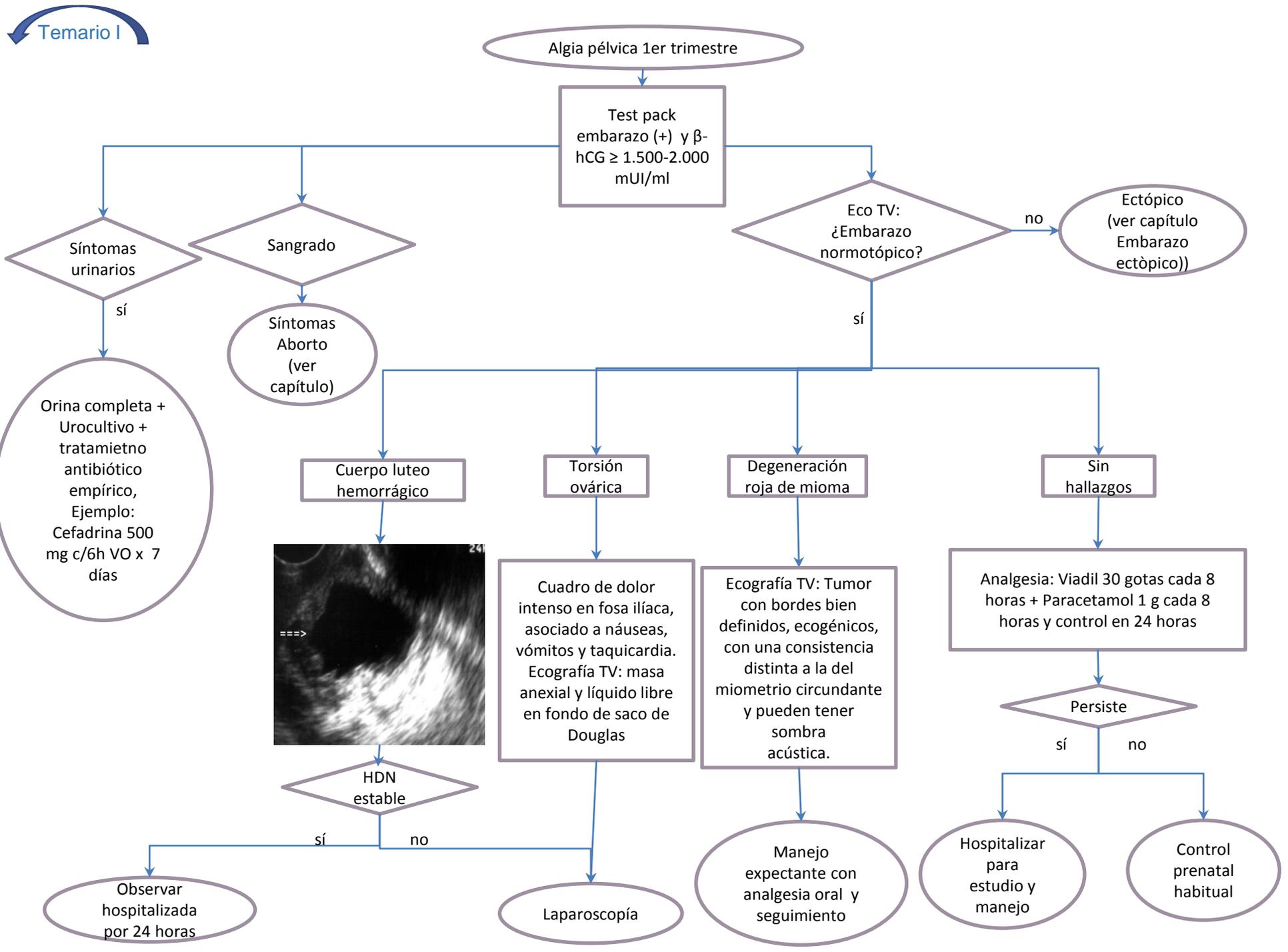
Metrorragia I Trimestre
Metrorragia primer trimestre del embarazo
Metrorragia Segunda Mitad Embarazo
Diagnóstico y manejo inicial genitorragia
Desprendimiento Placenta (DPPNI)
Placenta Previa Oclusiva (PPO)
Rotura uterina
Rotura de vasa previa
Embarazo Múltiple
Manejo y complicaciones generales
Complicaciones específicas monocorial
Transfusión Feto-Fetal (STFF)
RCF selectiva
Síndrome anemia policitemia (SAP)
Parto gemelar
Problemas Específicos
Enfrentamiento de la embarazada Rh (-)
Prurito en la embarazada
Dolor abdominal en la embarazada
Dificultad respiratoria en la embarazada
Embarazada con DIU
Acretismo placentario
RCP en la embarazada

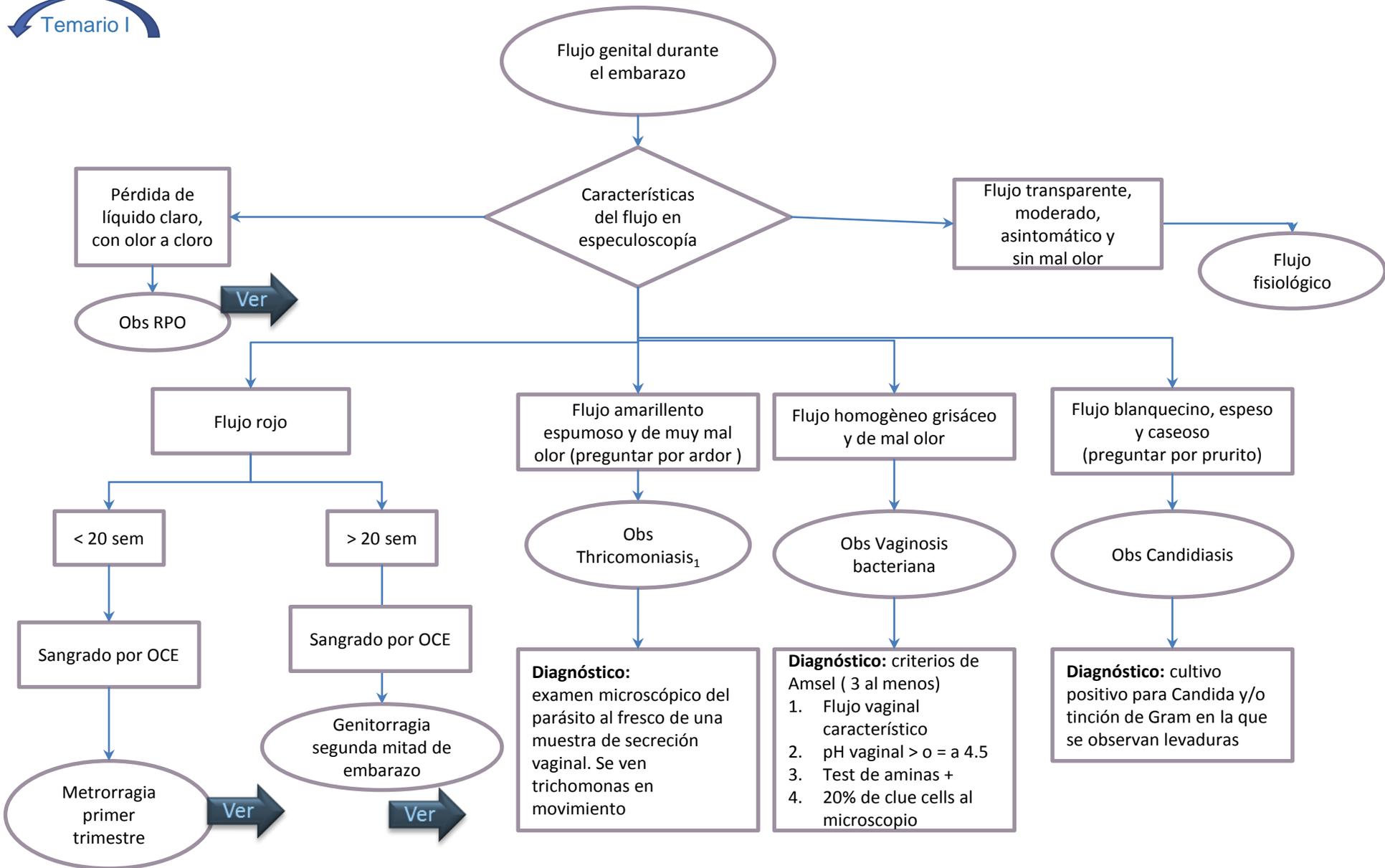


* Sospecha a partir de hallazgos de la anamnesis y examen físico. Elementos sugerentes de patología orgánica: fiebre, asociación a diarrea, ictericia, dolor abdominal intenso, alteración examen neurológico, etc.

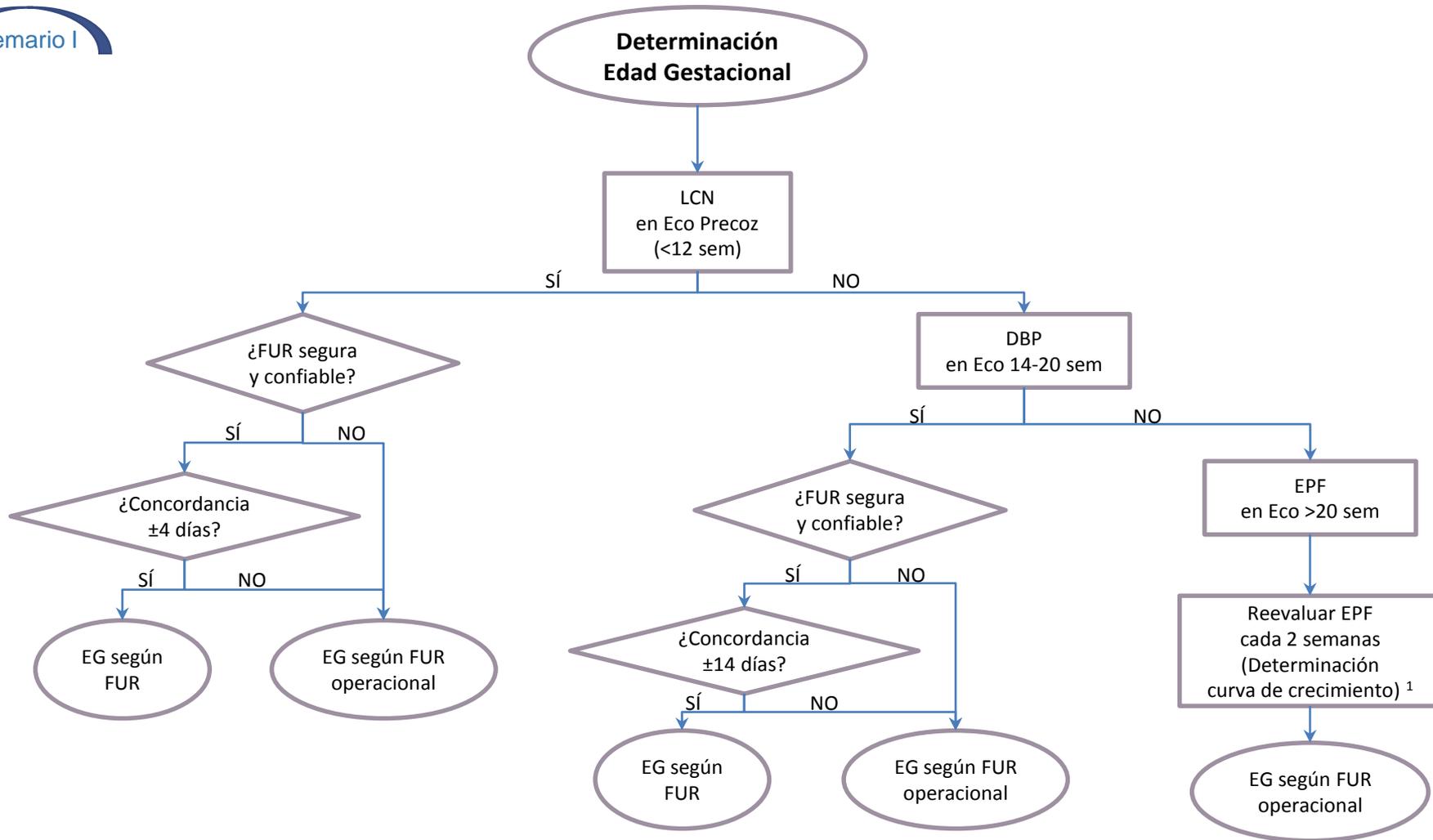


¹ Exámenes sugeridos: hemograma, ELP-GSV, pruebas hepáticas, pruebas coagulación, TSH, T4L
 Alteraciones de laboratorio habituales: hemoconcentración, hiponatremia, hipokalemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, aumento GOT y GPT <300U/L, aumento bili <4, aumento TSH y T4
² Ecografía buscando ETG y embarazo múltiple ya que presentan vómitos con mayor frecuencia.
³ Tratamiento ambulatorio: Pluriamin o Doxavit (10 mg), 2 comprimidos en la noche. Puede agregarse 1 comprimido en la mañana y 1 comprimido en la tarde en casos de mayor severidad.
⁴ Asociación con fisuras palatinas o labiales cuando se indica en EG<10 sem

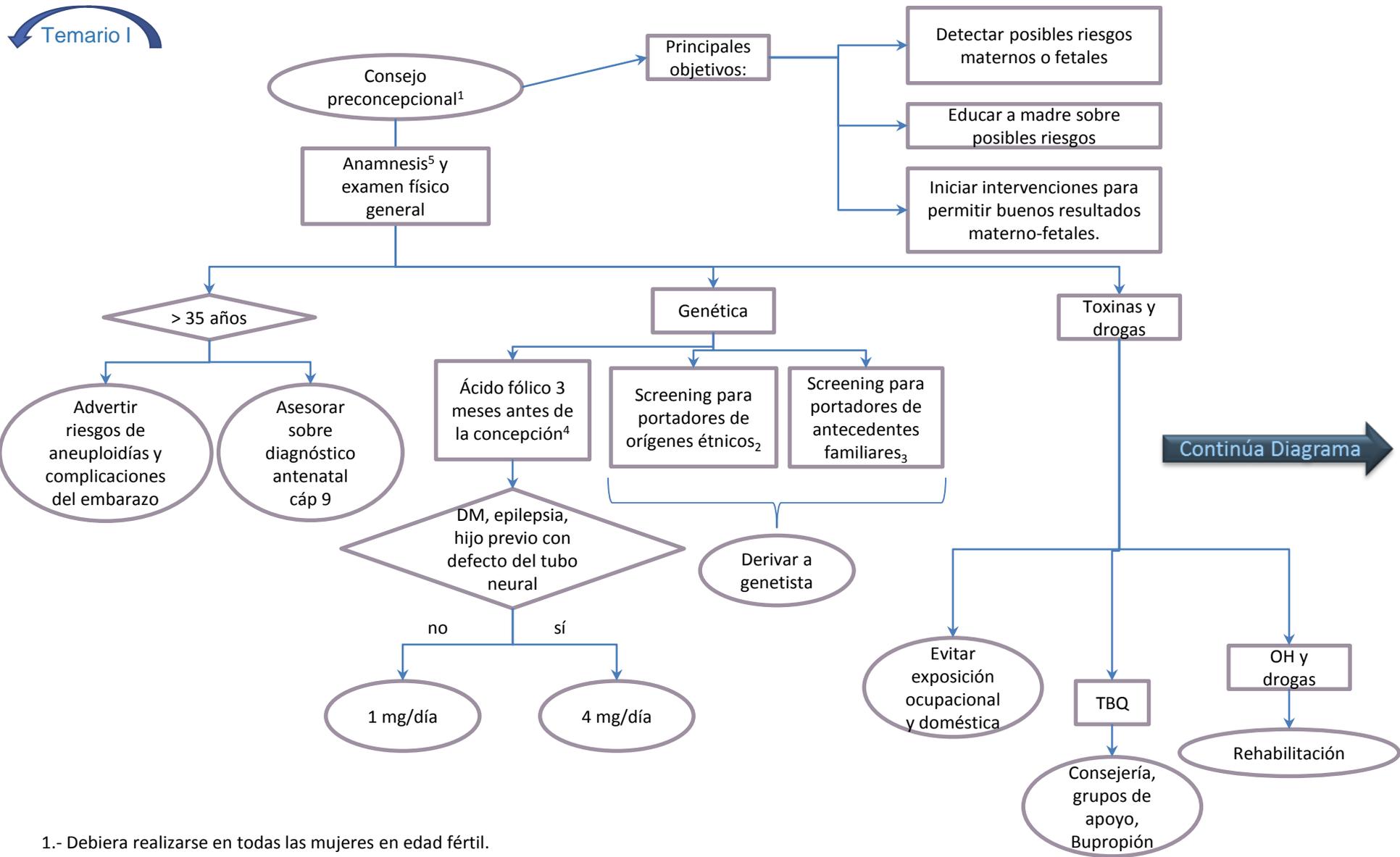




- 1 Trichomoniasis es una ITS, por lo que hay que tratar además a la pareja.
- 2 Metrorragia del primer trimestre: Aborto, Embarazo ectópico, Enfermedad trofoblástica gestacional
- 3 Test de aminas: se adiciona 1 gota de KOH al 10%.



¹ Complementar estudio con EcoDoppler y TTOG, para descartar RCIU y DMG respectivamente, dado que son condiciones que podrían afectar al crecimiento fetal.



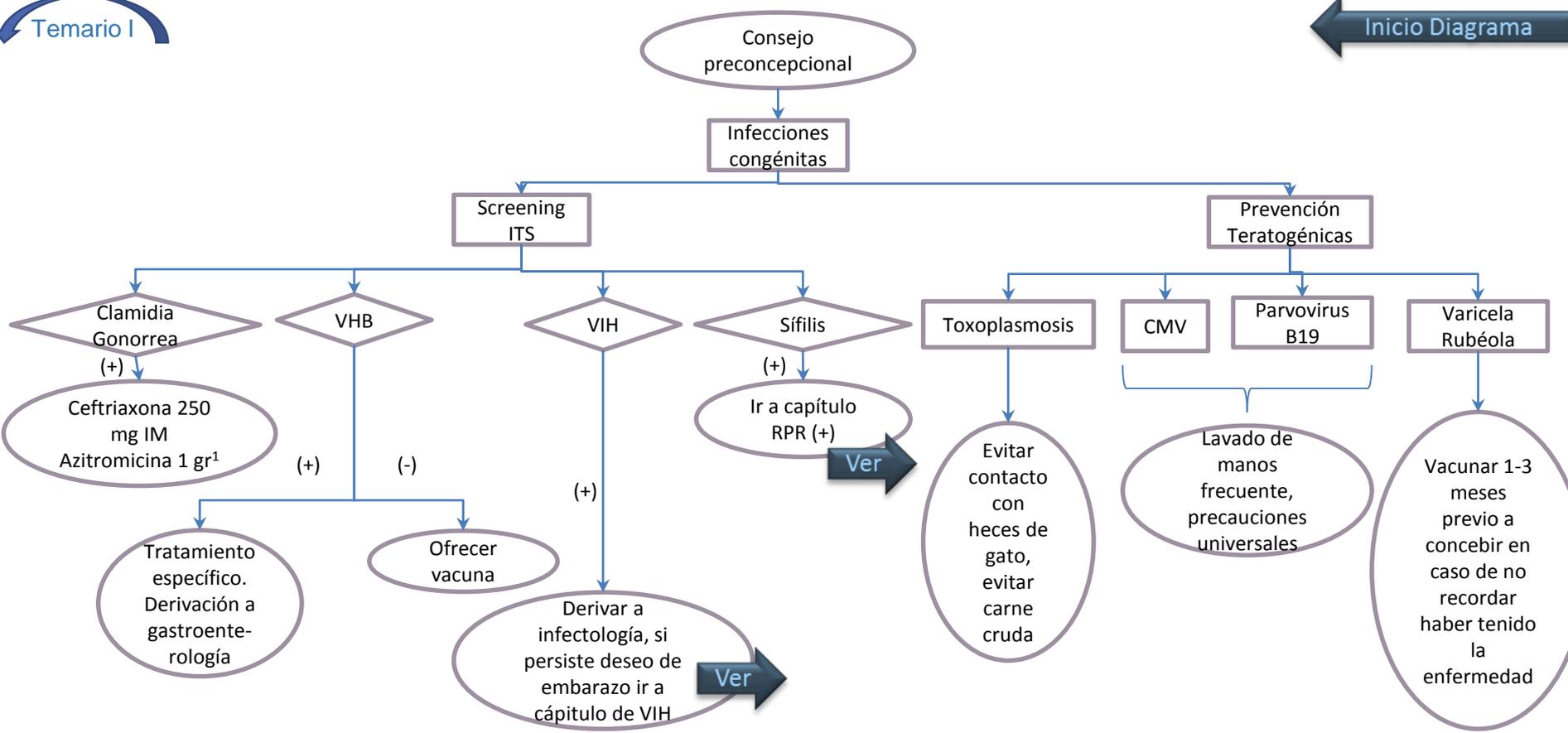
1.- Debiera realizarse en todas las mujeres en edad fértil.

2.- afroamericanos, judíos europeos, canadienses franceses, mediterráneos, sudeste asiático, hindú con antecedentes familiares de anemia de células falciformes (frotis con células falciformes)), talasemia (VCM <70) y enfermedad de Tay Sachs (hexosaminidasa A)

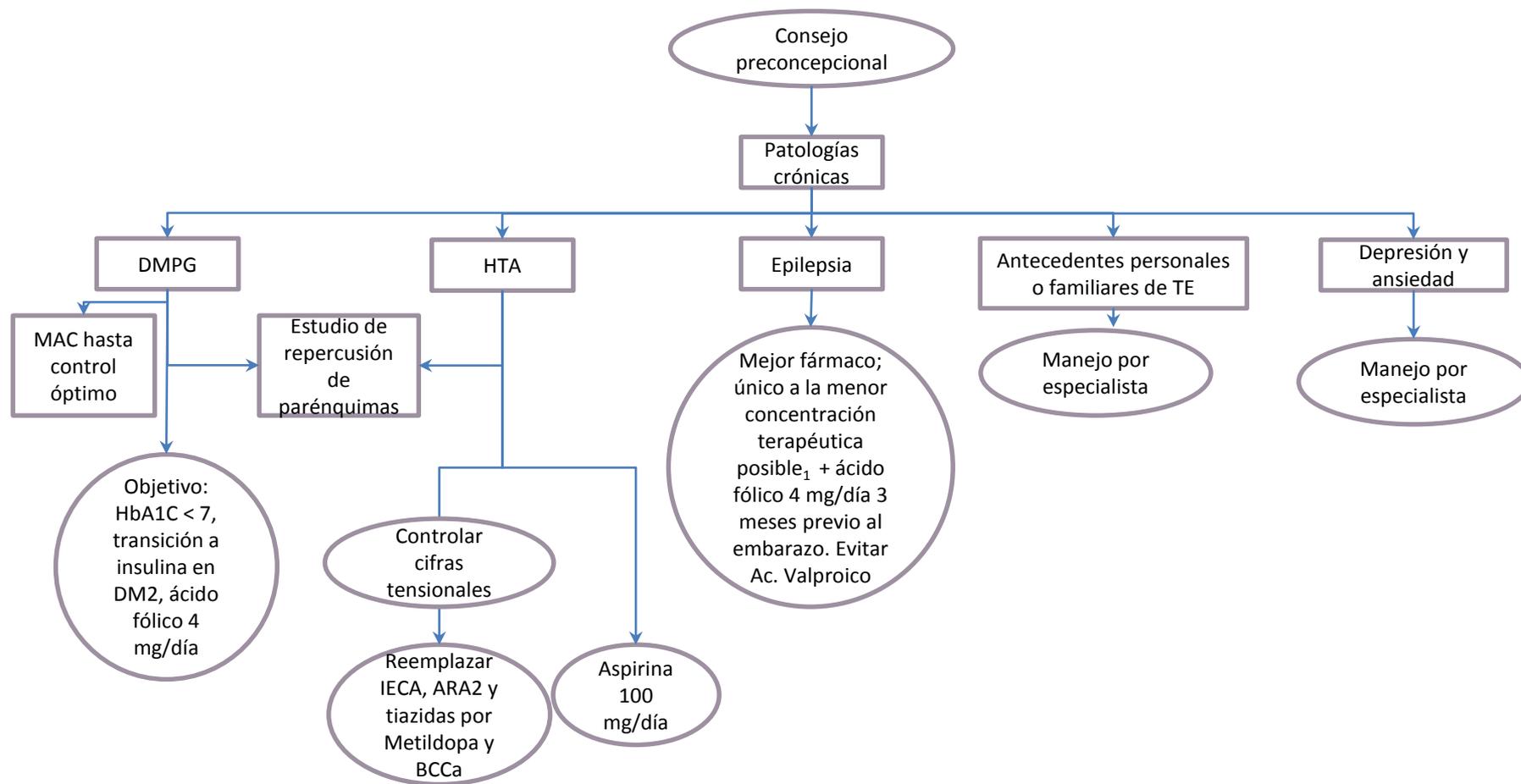
3.- Historia familiar de fibrosis quística o sordera congénita, con pariente cercano afectado o solicitud de la pareja.

4.- Etapa más importante para recibir ácido fólico, dado que muchas mujeres comienzan su control prenatal en el segundo trimestre cuando ya acabó la organogénesis. Ácido fólico disminuye defectos del tubo neural y otras anomalías congénitas.

5.- Historia: antecedentes médicos (incluyendo obesidad), uso medicamentos, historia reproductiva, antecedentes familiares (y genéticos), uso de drogas, TBQ y OH, vacunas y enfermedades infecciosas, nutrición, ejercicio, manejo de peso, ambiente y exposición a toxinas, salud mental, ambiente social.



1.- Tratamiento de pareja, buscar otras ITS.



1.- En general se recomienda el uso de Carbamazepina y se desaconseja el Ácido Valproico por su alto riesgo de malformaciones
 MAC: método anticonceptivo

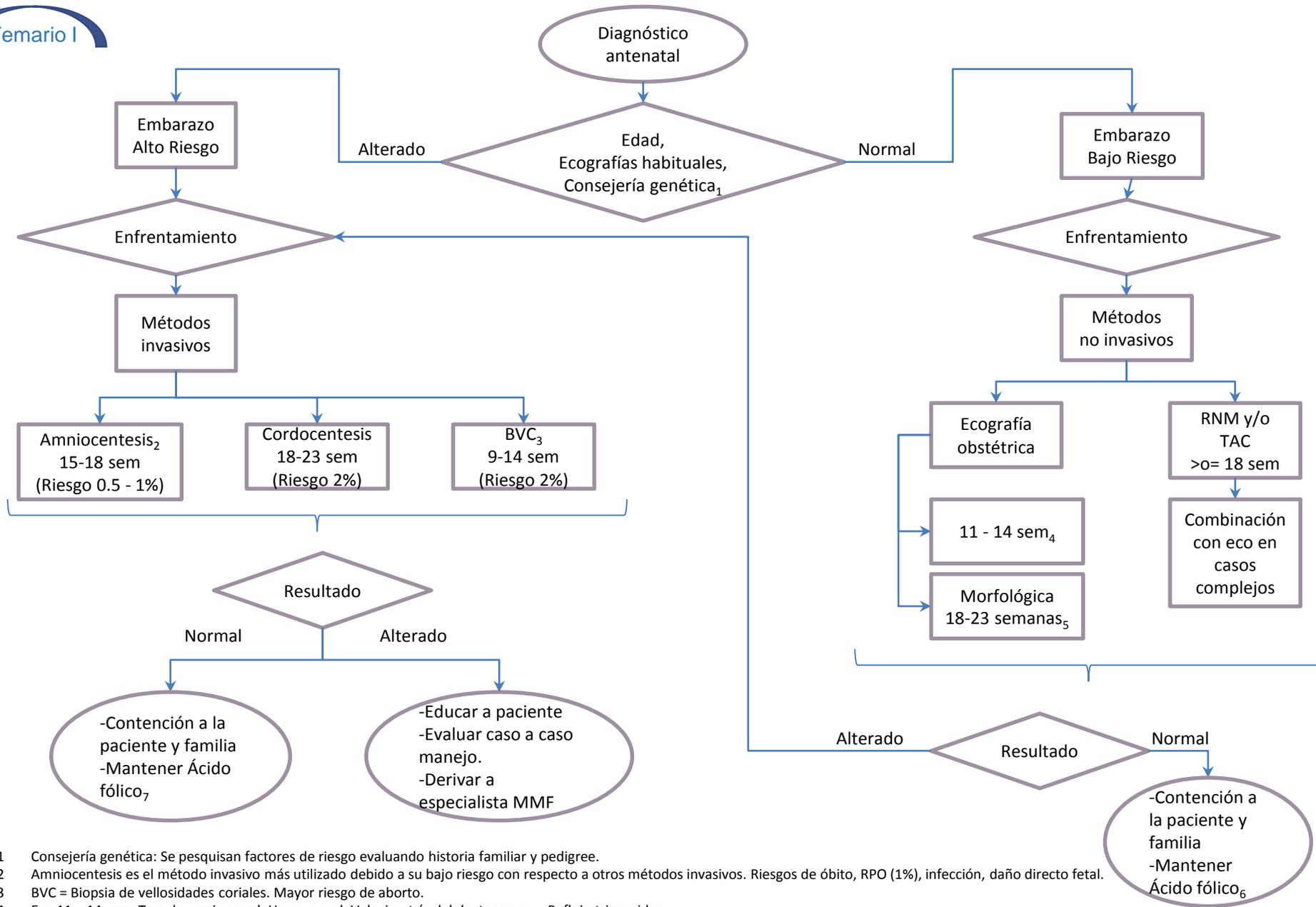
Exámenes de rutina en control de embarazo fisiológico

PRIMER CONTROL

Hemograma, Grupo ABO+Rh, Coombs indirecto, Glicemia, VIH ¹, RPR / VDRL ², Chagas, Sedimento de orina y Urocultivo, PAP al día, TSH³, Serología **VHB**
 Recomendables: **Rubeola**, Chlamydia ⁴
Eco N°1: “Ecografía Precoz”
 Confirmar o determinar edad gestacional, identificar ubicación saco, número de fetos y su viabilidad.
 Controles cada 4 semanas hasta las 28 semanas, luego cada 2 semanas hasta las 36 semanas, luego semanal hasta parto.

Semanas		Semanas	
10		26	TTOG Hemograma Urocultivo Coombs indirecto en RH N/S
11	Eco N°2: “Primer Trimestre” LCN, vitalidad, anatomía fetal gruesa. Evaluación de riesgo de aneuploidías (TN, HN, Reflujo tricuspídeo, ductus venoso con onda A reversa) Determinación corionicidad en embarazos gemelares. Doppler AU	27	
12 Control		28 Control	
13		29	
14		30 Control	Eco N°4: Biometría: estimación peso fetal Evaluación de bienestar fetal (PBF, Doppler) Localización definitiva placenta Anormalidades del LA Presentación fetal
15	31	3º RPR / VDRL VIH N°2	
16 Control	32 Control		
17	33		
18		34 Control	
19		35	Cultivo perineo-vaginal SGB
20 Control	Eco N°3: “Ecografía morfológica” (LA MÁS IMPORTANTE) Evaluación anatómica detallada del feto. Bienestar fetal y biometría Doppler AU, características placenta, anomalías del LA. Cervicometría (Transvaginal)	36 Control	
21		37 Control	
22		38 Control	
23		39 Control	
24 Control		40 Control	
25		Parto	4º RPR / VDRL

¹ Clásicamente control de VIH sólo al inicio del embarazo en ausencia de FR. Sin embargo, la “Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis” (MINSAL, 2012) sugiere una nueva evaluación a las 32-34 sem. / ² Clásicamente control de sífilis al inicio del embarazo y en el 3º trimestre. Sin embargo, la “Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis” (MINSAL, 2012) sugiere 4 controles. / ³ TSH no recomendada por MINSAL, ACOG dice que evidencia es controversial. Solicitar si síntomas de hipotiroidismo o antecedente de enfermedad tiroidea / ⁴ CDC y ACOG recomiendan el estudio de Chlamydia en toda mujer <24 años y en mujer >24 años con FR (cambio reciente de pareja sexual, uso de drogas, otras ETS, etc).



1 Consejería genética: Se pesquisan factores de riesgo evaluando historia familiar y pedigree.

2 Amniocentesis es el método invasivo más utilizado debido a su bajo riesgo con respecto a otros métodos invasivos. Riesgos de óbito, RPO (1%), infección, daño directo fetal.

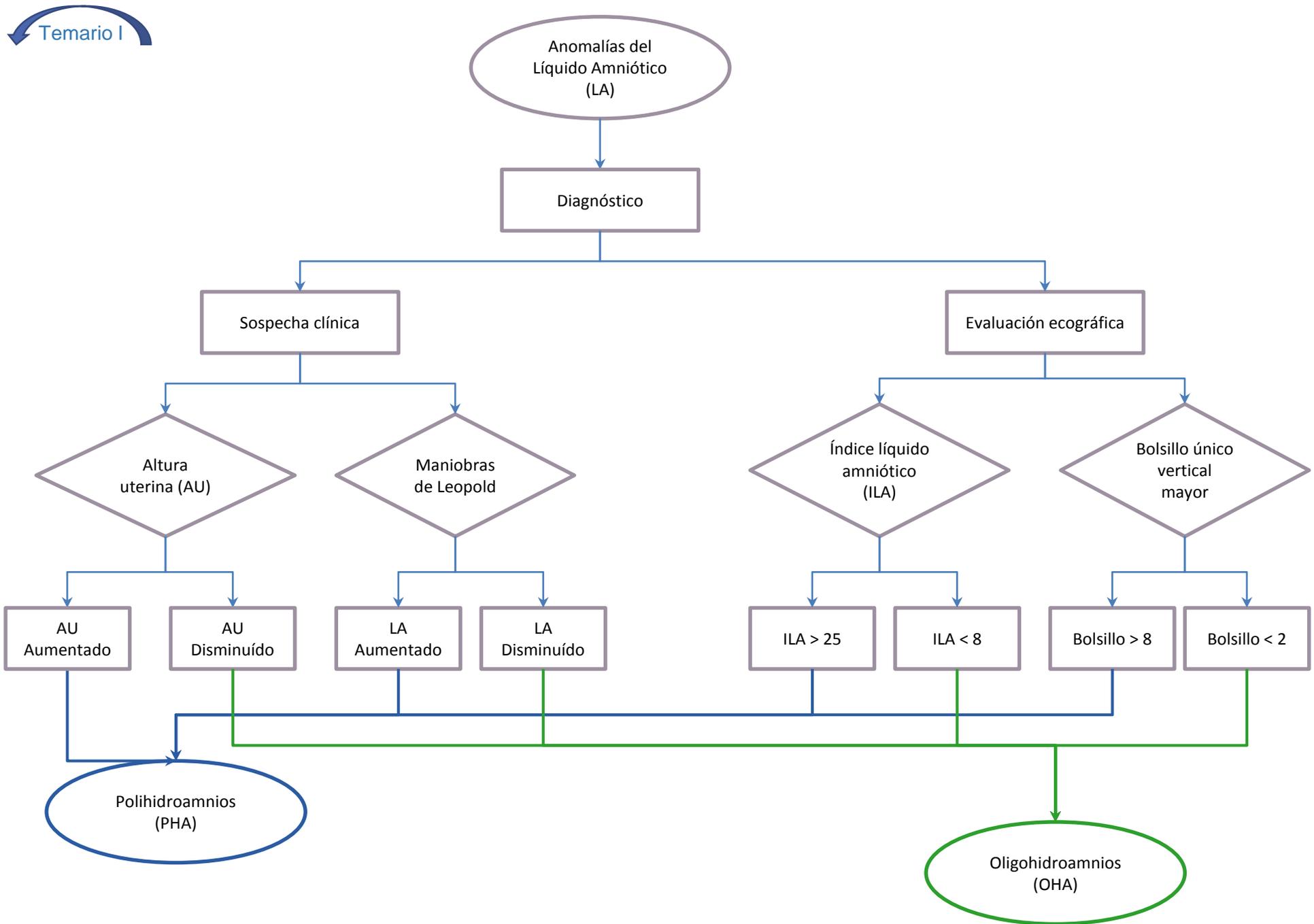
3 BVC = Biopsia de vellosidades coriales. Mayor riesgo de aborto.

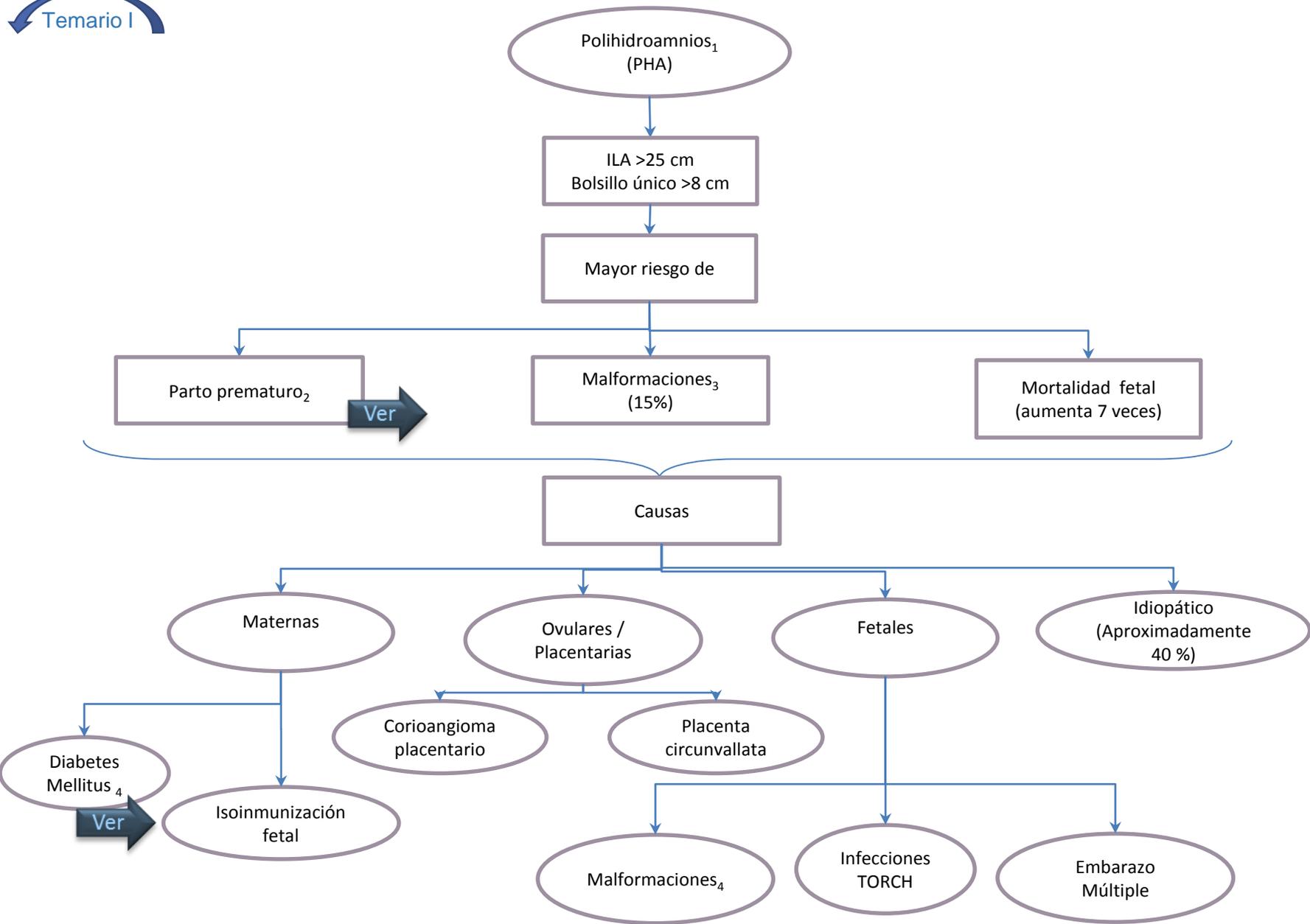
4 Eco 11 - 14 sem: Translucencia nucal, Hueso nasal, Velocimetría del ducto venoso, Reflujo tricuspideo.

5 Eco 18 - 23 sem: Buscar marcadores blandos: Edema nucal, Huesos largos cortos, Piellectasia renal fetal, Foco hiperecogénico miocárdico, Intestino ecogénico, Ventriculomegalia, Quistes plexo corioideo, entre otros. Evaluar además anatomía, buscar malformaciones.

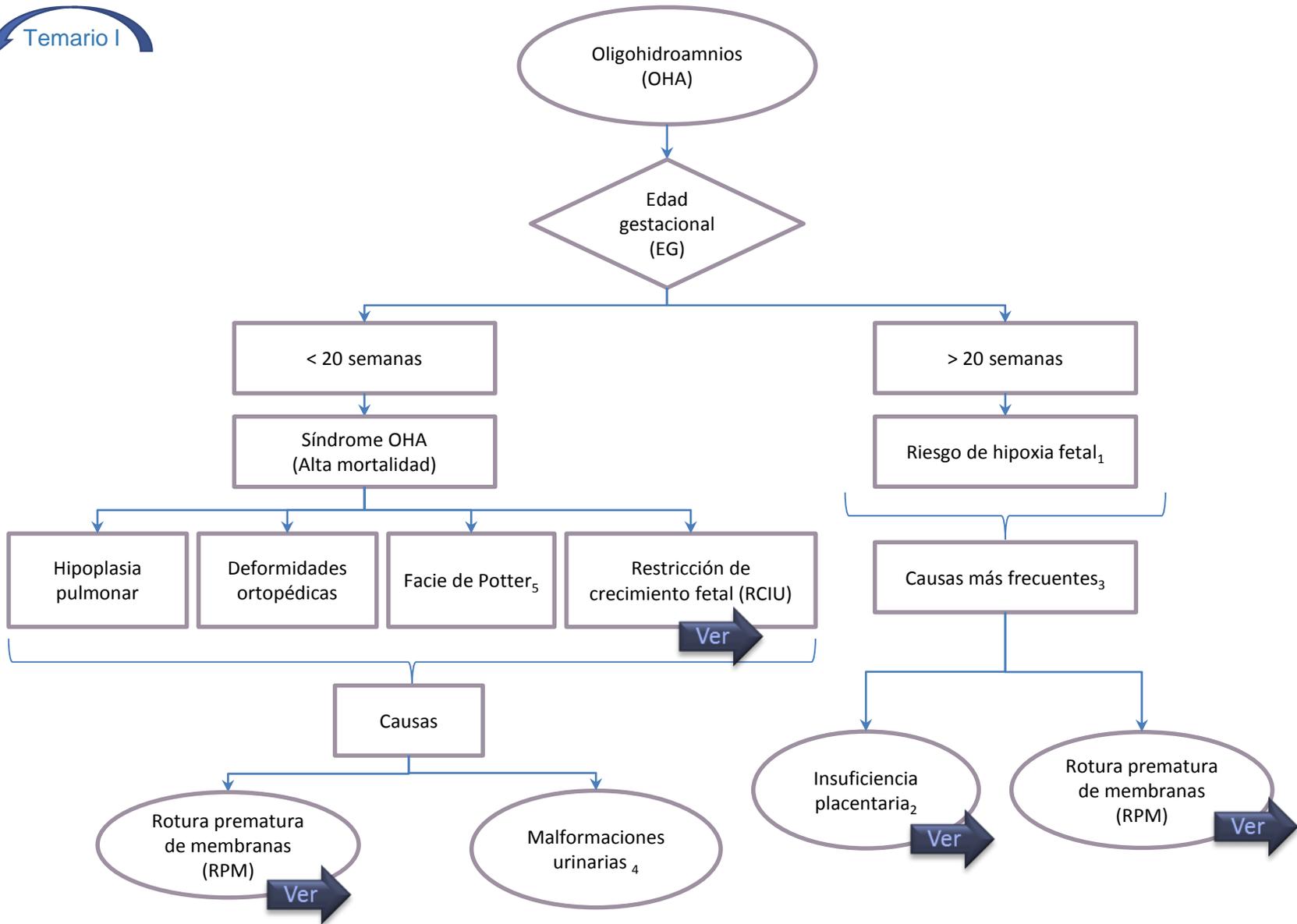
6 Ácido fólico de rutina: 1mg/día, 3 meses previo al embarazo hasta semana 12 de embarazo (aquí también se incluyen pacientes con antecedentes de DM o epilepsia, en estos casos dosis de 5 mg/día)

7 Ácido fólico en pacientes con antecedente de hijo previo con defecto del tubo neural: 4mg/día, 3 meses previo al embarazo hasta semana 12 del embarazo.





- 1 PHA frecuencia de 0,3 - 0,7%
- 2 Parto prematuro por sobredistensión uterina.
- 3 Malformaciones en un 15%, si posee un bolsillo único >15.
- 4 Causas más frecuentes de PHA son Diabetes Mellitus y Malformaciones fetales.



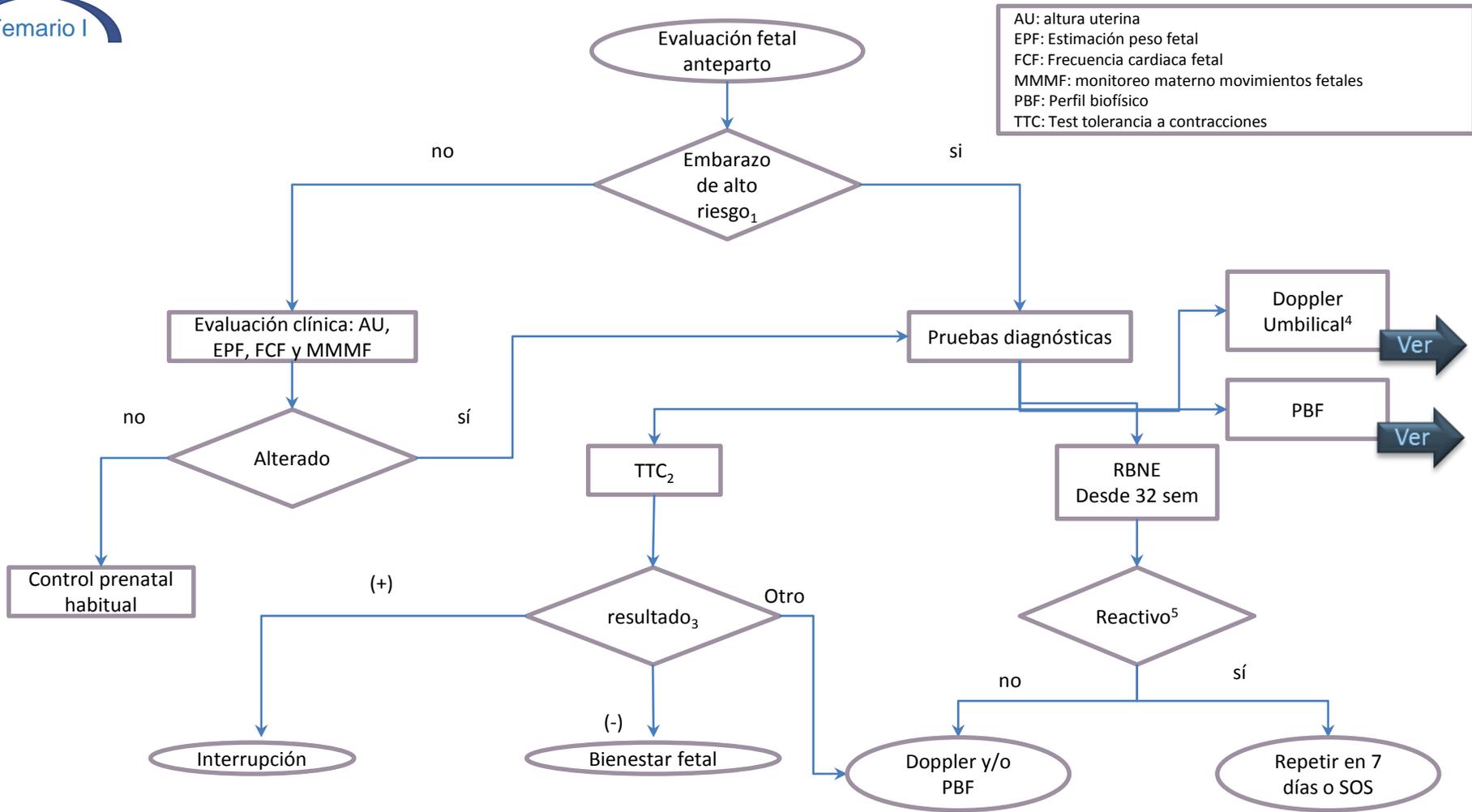
1 Riesgo de hipoxia fetal durante el trabajo de parto. Aumenta 13 – 40 veces la mortalidad perinatal.

2 Insuficiencia placentaria se traduce principalmente en SHE y RCIU.

3 Dentro de otras causas de OHA en > 20 semanas está el uso de AINES, el que sólo da OHA transitorio.

4 Dentro de las malformaciones renales encontramos: Agenesia renal, Obstrucción de vía urinaria, entre otros.

5 Facie de Potter: hipertelorismo, orejas grandes, de inserción baja y con escaso cartílago, pliegue subocular desde el canto interno hasta el malar, aplastamiento de la nariz, retrognatismo y epicanto (pliegue cutáneo vertical sobre el canto interno). Se produce en anomalías renales en que no se produce orina y es característica de un síndrome, el síndrome de Potter, que está asociado a un oligohidramnios.

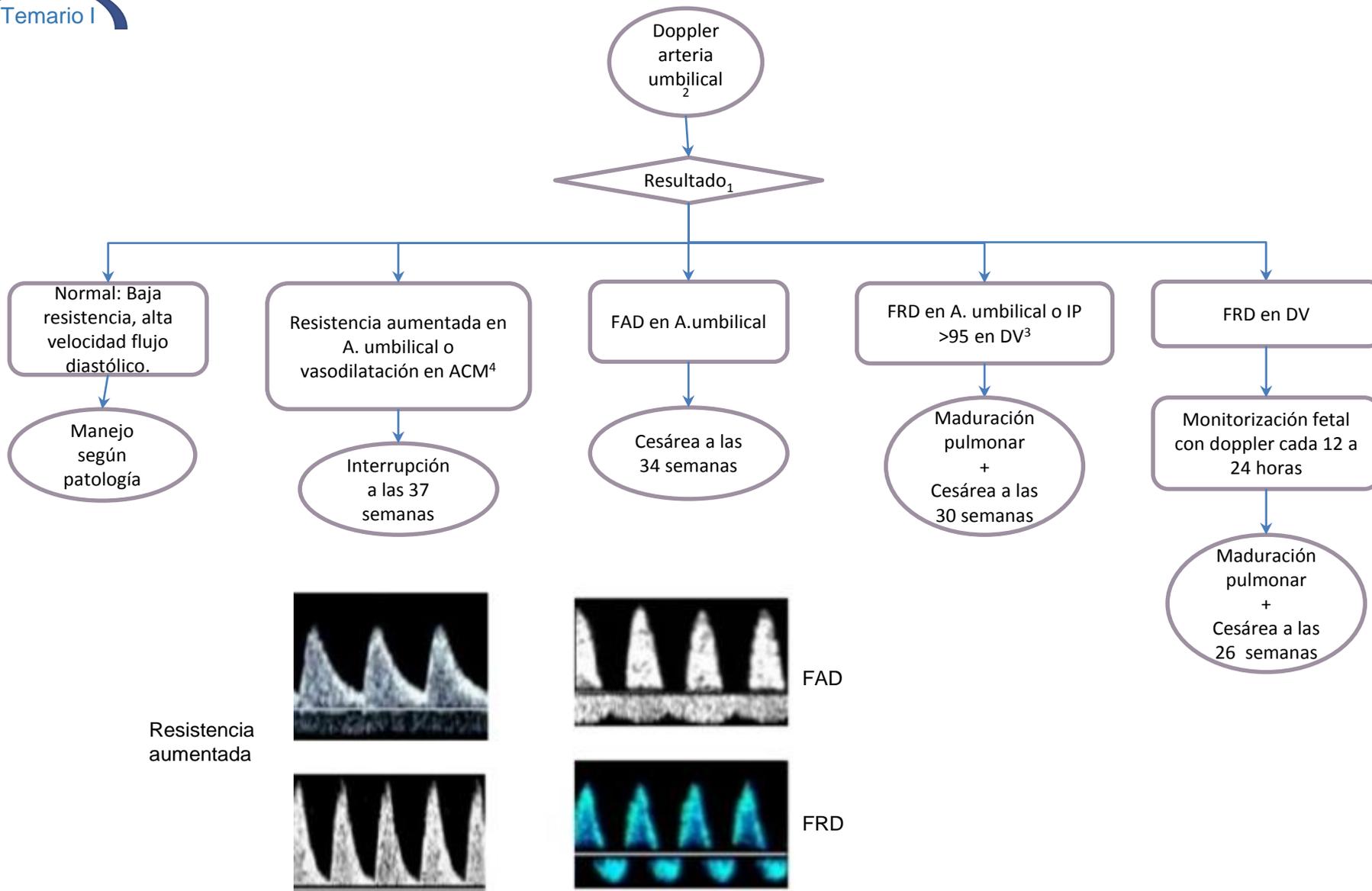


AU: altura uterina
 EPF: Estimación peso fetal
 FCF: Frecuencia cardiaca fetal
 MMMF: monitoreo materno movimientos fetales
 PBF: Perfil biofísico
 TTC: Test tolerancia a contracciones

- 1 Factores de riesgo maternos en embarazo actual: edad, riesgo social, TBQ, DM, SHE, embarazo prolongado, RPO, metrorragia, obesidad mórbida, uso técnica fertilización asistida.
- 2 Antecedente de mortinato, RCIU y DPPNI en embarazos previos
- Factores de riesgo fetales y ovulares en embarazo actual: placenta previa, placenta acreta, inserción velamentosa del cordón, PHA, OHA, aneuploidía, malformaciones, RCIU, gemelares
- 2 Prueba con buena sensibilidad y especificidad pero muy riesgosa, solo se debe realizar en embarazos de más de 36 semanas, habiendo descartado placenta previa o historia de metrorragia
- 3 Posibles resultados de un TTC:
 - Positivo: desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones
 - Negativo: sin desaceleraciones tardías
 - Sospechoso: desaceleraciones tardías en menos del 50% de las contracciones
 - Insatisfactorio: no se logran 3 contracciones uterinas en 10 minutos
- 4 El doppler umbilical en RCIU es el único test que ha demostrado beneficio
5. Reactivo: al menos 2 aceleraciones de 15 seg con aumento FCF en 15 lpm durante 20 min, sin desaceleraciones

Notas Adicionales

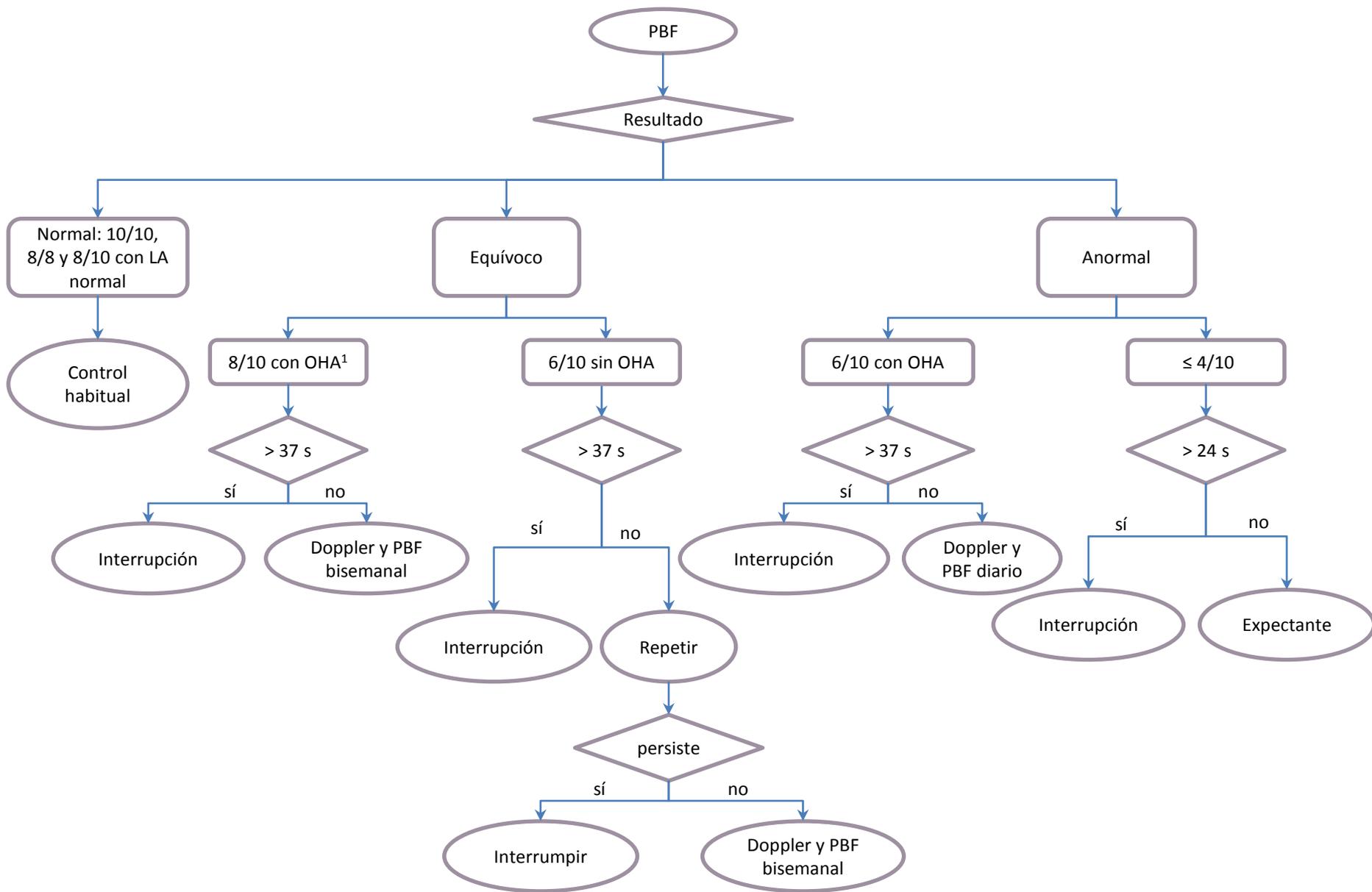
Examen	Fisiopatología	Cuándo	Resultado	Evidencia	Paso a seguir si test alterado
MMMF	La disminución de percepción de movimientos fetales podría predecir un óbito fetal en los días posteriores.	Embarazo con FR: desde 26 sem diario Embarazo sin FR: Desde 3ºT si notan disminución MF	MF disminuidos: En dos horas perciben < de 6 movimientos	En embarazos con FR un MMMF alterado aumenta la mortalidad, RCIU, APGAR <7 en 5 min y necesidad de interrupción de urgencia. Sin disminución de mortalidad perinatal en embarazadas sin FR Estudio Grant: protocolo de MMMF no disminuye óbitos fetales vs a controles.	Hospital Realizar RBNE y/o PBF Eco para evaluar anatomía fetal
RBNE	Un corazón fetal sano acelera en relación a los movimientos en ausencia de hipoxia y/o compromiso neurológico. Esto demuestra una función nerviosa autonómica normal.	Desde 32 sem De 28-32 sem 15% registros son N/R: En <32 sem podría usarse.	Reactivo si: FCF entre 120-160 lpm, presenta 2 aceleraciones de 15 lpm en 15 seg en un total de 20 min sin desaceleraciones. Prolongar por 20 min si es necesario. Puede usarse estimulación vibroacústica. En <32 s: 2 aceleraciones de 10x10 No reactivo(N/R): no cumple lo anterior	VPN para muerte fetal y neonatal es de 99% No disminuye complicaciones perinatales (1) En RCIU disminuye óbito, si no reactivo se asocia a mortalidad fetal aumentada No disminuye tasa cesáreas ni mortalidad perinatal. Desaceleraciones prolongadas o variables repetitivas (al menos en 20 min) se asocian a aumento tasa cesárea.	Realizar doppler umbilical, PBF y/o evaluación de LA.
TTC	La oxigenación fetal se alterará transitoriamente con la CU. En el feto mal oxigenado las CU resultarán en desaceleraciones tardías.	Considerar si RBNE N/R para evaluar la tolerancia de la UFP intraparto, el momento y modo de interrupción. No usar en pacientes con contraindicación de PV o en fetos pretérmino (puede inducir parto prematuro) Requiere equipo para cesárea de urgencia	Lograr (espontáneamente o con ocitocina/estimulación pezón) una DU de al menos 3 CU en 10 m de mínimo 40 seg de duración. Negativo: sin desaceleraciones variables Positivo: desaceleraciones variables en ≥50% de las CU Sospechoso: desaceleraciones variables en <50% CU Insatisfactorio: DU no lograda	Alto VPN (99.8%) para morbilidad perinatal.	
Doppler arterias uterinas	En placenta normal se ve baja resistencia, y aumento en velocidad de flujo lo que demuestra la transformación de las a. espiraladas.	De rutina (screening) en ecografía 18-22 sem En embarazos con FR realizar en ecografía 11-14 sem	Alterado: Índice de pulsabilidad $pc > 95$, índice de resistencia > 0.57 , "escotadura protodiastólica" arterias uterinas.	Predice embarazos con mala placentación en primer y segundo trimestres. Escaso beneficio en embarazos sin FR, sin embargo si hallazgo anómalo es un buen predictor de SHE. Mayor rendimiento para predecir PE, RCIU y DPPNI en embarazos con FR. Doppler normal tiene LR alto para embarazo sin complicaciones Sensibilidad de 25% y 60% para predecir PE y PE precoz respectivamente en ecografía 11-14 sem (VPN 100%, VPP 10%) Sensibilidad 80% como predictor de PE precoz en 2do trimestre. Su mejor capacidad diagnóstica es a las 20-24 sem para predecir riesgo PE precoz en pacientes con FR (S85%, E 95%, VPP 18%, VPN 100%)	Si alterado repetir a las 24-26 sem y derivar a especialista en medicina materno-fetal AAS en pacientes con doppler alterado y FR para PE V



1: Este esquema debe ser modificado en concordancia con la patología o el motivo por el cual se solicitó el estudio Doppler

2: Da información sobre el feto con RCIU. Sin evidencia en fetos con crecimiento normal. Usar en pacientes con sospecha de RCIU o patología placentaria. Disminuye las muertes perinatales y los ingresos hospitalarios maternos en pacientes con FR.

3: Realizar en RCIU y EG < 32 sem para toma de decisiones. Si < 26 sem prima la EG en la toma de decisiones. DV ausente o reverso es un evento terminal por lo que hay que interrumpir el embarazo. Su mayor utilidad es entre 26-28 sem.

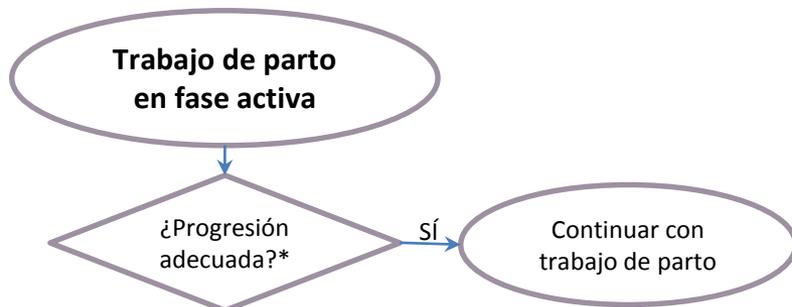


1: Siempre ampliar estudio si hay OHA

2: Probabilidad de muerte perinatal en 1 semanas: Resultado normal: 1/1000, 8/10-6/10 con OHA: 89/1000, 4/10: 91/1000, 2/10: 125/1000, 0/10: 600/1000.

Perfil Biofísico

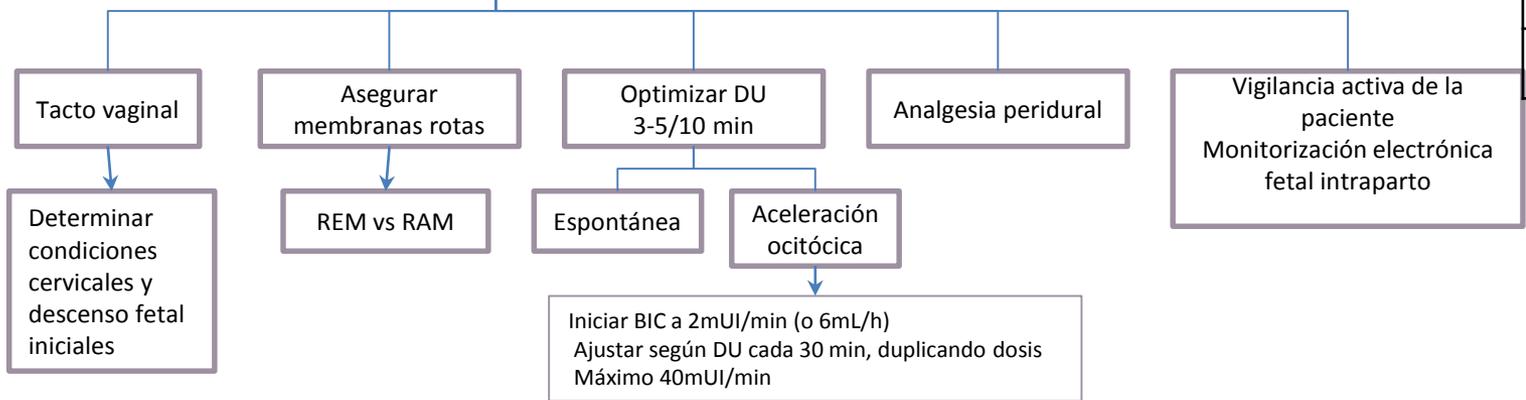
Variable biofísica	Normal (2 ptos c/u)	Anormal (0 ptos c/u)
Movimientos respiratorios	1 o más episodios de >30 s en 30 min	Ausentes o sin ningún episodio de >20 seg en 30 min
Movimientos corporales	3 o más movimientos del cuerpo o extremidades en 30 min	<2 movimientos del cuerpo o extremidades en 30 min
Tono	1 o más episodios de extensión con regreso a la flexión de tronco o extremidades o bien, abrir y cerrar una mano	Extensión lenta con regreso parcial a la flexión
RNBE	2 o más episodios de >15 s y > 15 lpm asociados a MF en 20 min	1 episodio de aceleración o aceleraciones de <15 lpm en 20 min
L. amniótico	1 o más bolsillos de > 2 cm en el eje vertical	Ningún bolsillo o el mejor bolsillo <2 cm en el eje vertical



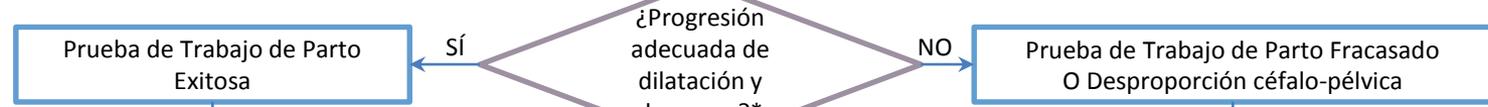
Partograma de Zhang: velocidad de descenso		
Descenso (Espinas)		Velocidad (cm/h)
De	Hasta	
-2	-1	0,2 (0,01-1,8)
-1	0	0,9 (0,07-12)
0	+1	1,2 (0,12-12)
+1	+2	4,4 (0,44-42)
+2	+3	12,8 (1,9-83)

Partograma de Zhang: velocidad de dilatación		
Dilatación (cm)		Velocidad (cm/h)
De	Hasta	
2	3	0,3 (0,1-1,8)
3	4	0,4 (0,1-1,8)
4	5	0,6 (0,2-2,8)
5	6	1,2 (0,3-5,0)
6	7	1,7 (0,5-6,3)
7	8	2,2 (0,7-7,1)
8	9	2,4 (0,8-7,7)
9	10	2,4 (0,7-8,3)

Realizar Prueba de Trabajo de Parto



Tacto vaginal en 3-4 hrs



Continuar trabajo de parto

Cesárea

* Existen distintos modelos de progresión normal del parto. Los más comunes son el Partograma de Zhang (tabla esquina superior derecha) y el Partograma de Friedman. Este último plantea que una evolución adecuada de la fase activa es: Nulípara: dilatación >1,2 cm/h y descenso >1 cm/h / Multipara: dilatación >1,6 cm/h y descenso >2 cm/h

**Indicación
Monitorización
Intraparto**

¿Factores riesgo maternos?
 Cesárea previa
 Preeclampsia
 Post término
 Obesidad mórbida
 Patología médica

¿Factores riesgo fetales?
 RCIU
 Prematuridad
 OHA
 Doppler umbilical alterado
 Embarazo múltiple
 Isoinmunización

¿Factores riesgo parto?
 Aceleración ocitócica
 Inducción
 Metrorragia
 Fiebre materna
 RPO
 Analgesia epidural
 Meconio

SÍ

NO

SÍ

NO

SÍ

NO

Auscultación
intermitente

¿LCF
110-160
lpm?

Desaceleración

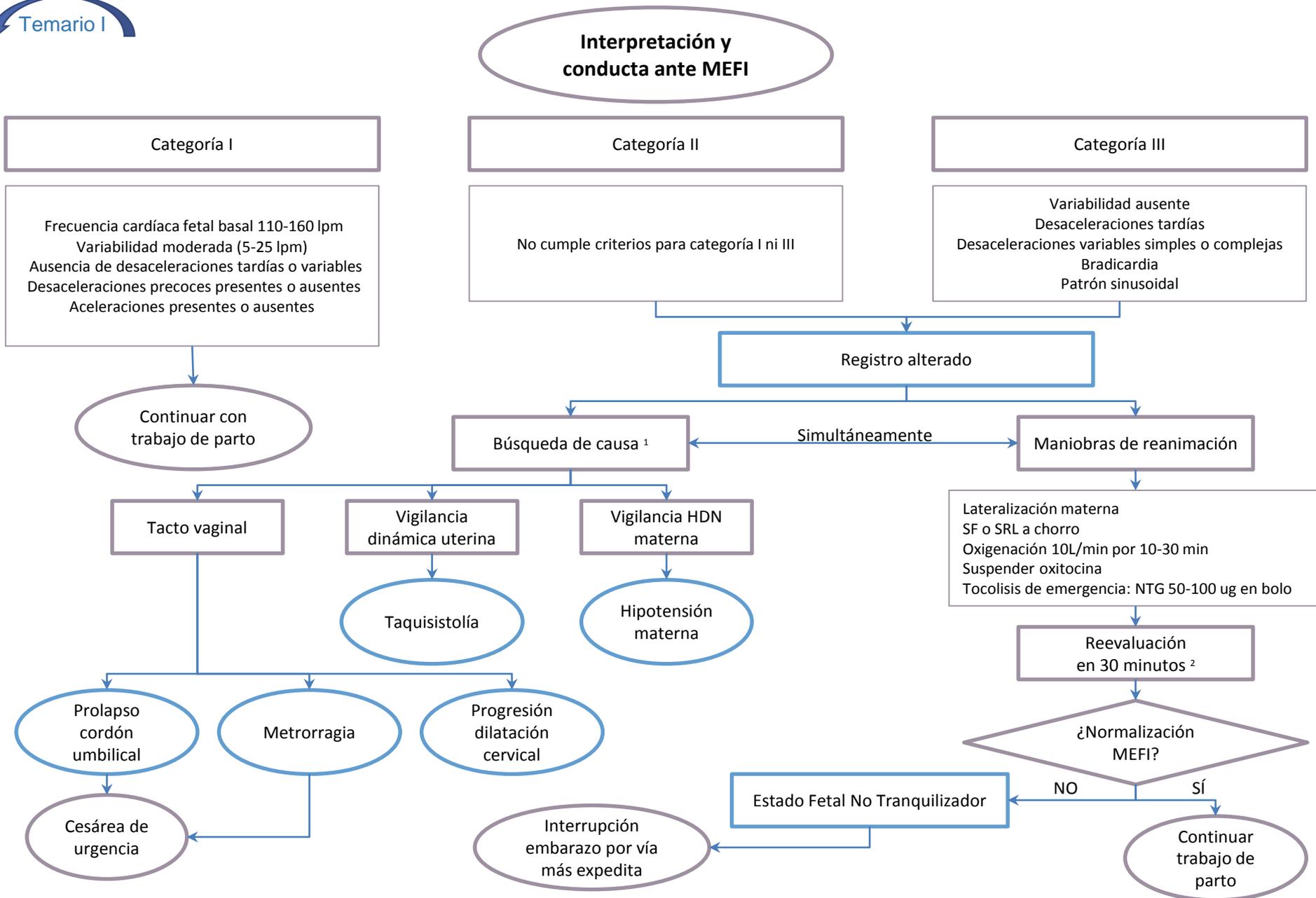
NO

SÍ

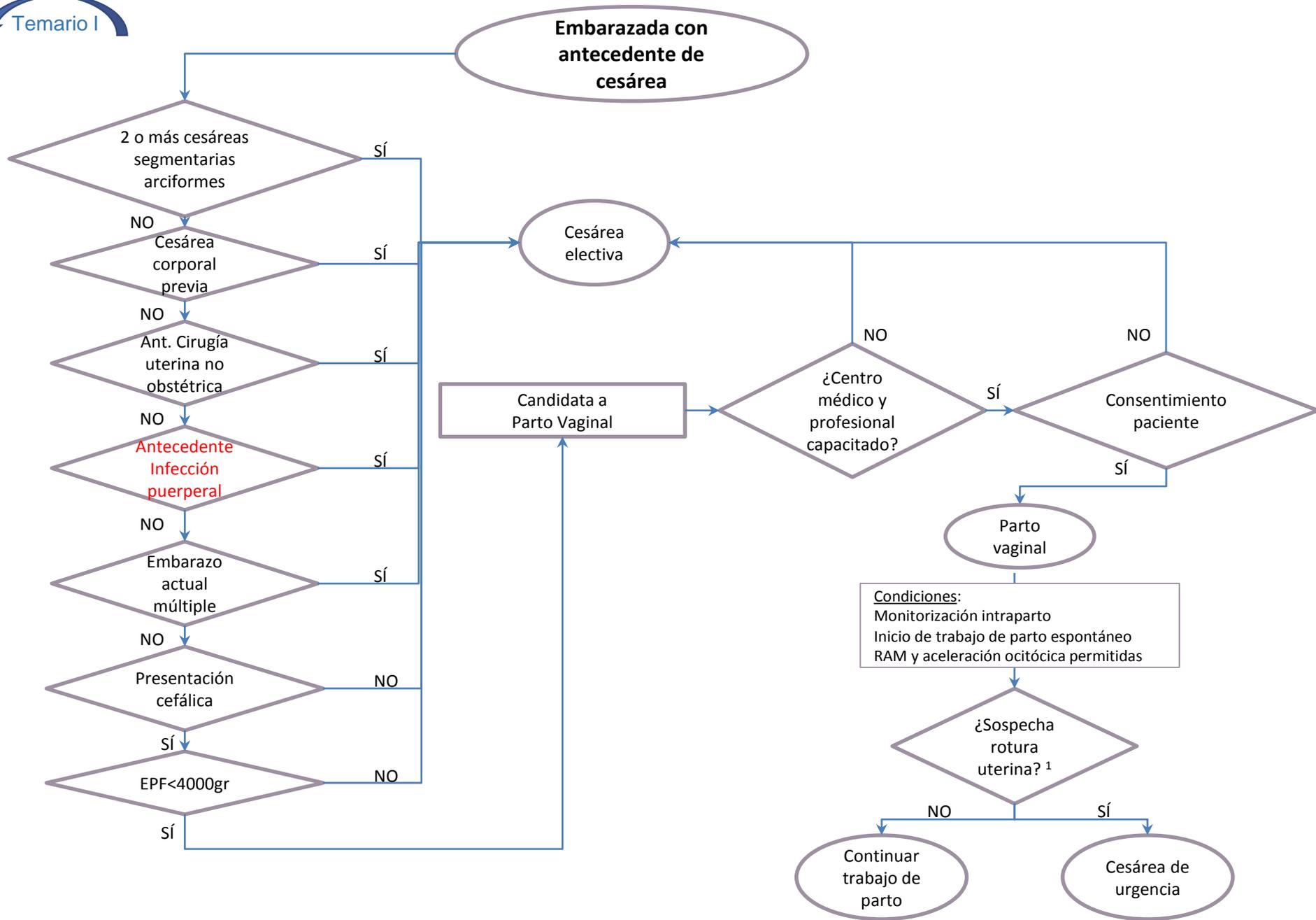
NO

SÍ

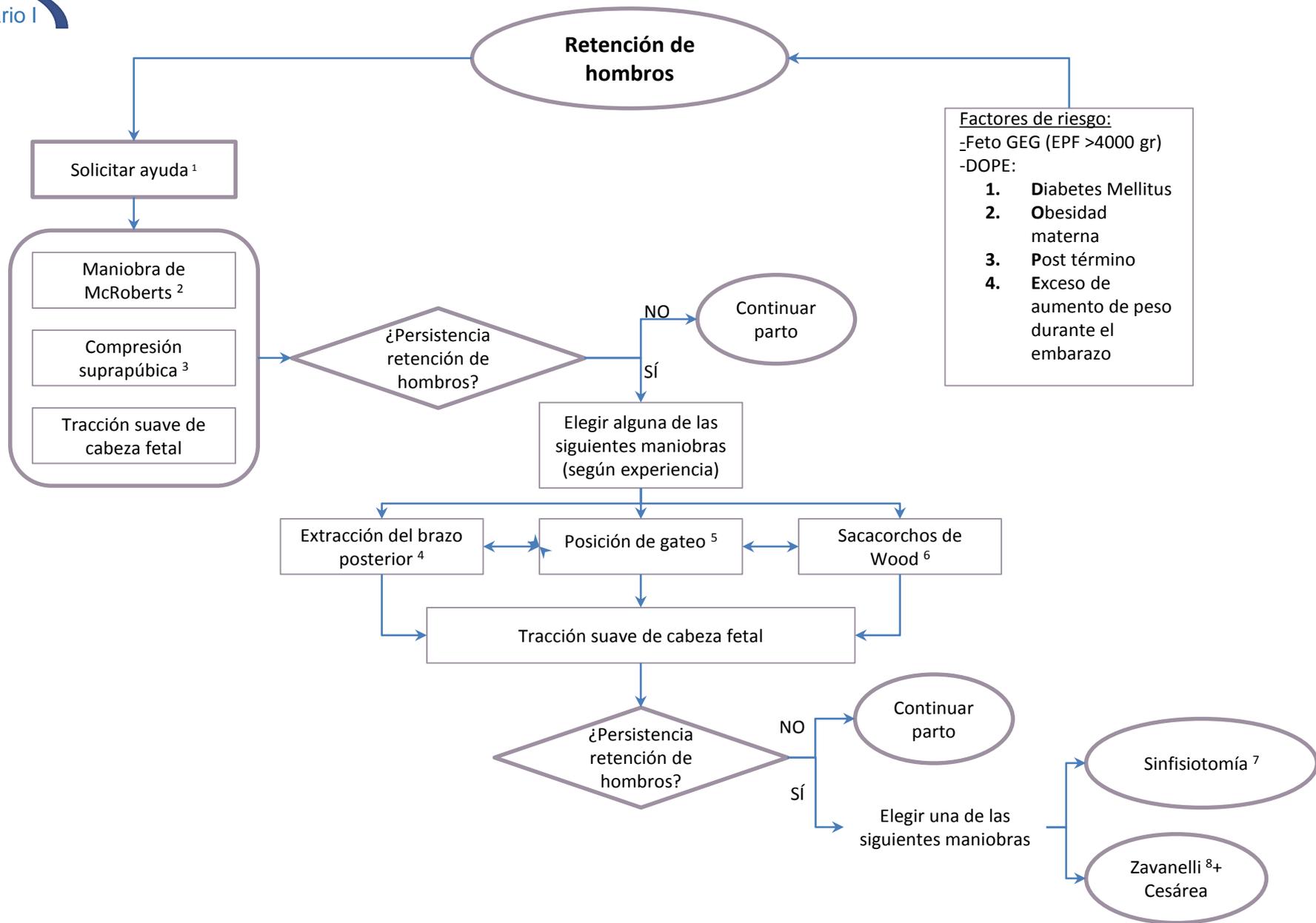
Monitorización
electrónica fetal
intermitente



¹ No todas las posibles causas pueden diagnosticarse al examen físico: edema placentario, senescencia placentaria (2aria a embarazo prolongado), circular de cordón, compresión de cordón en contexto de OHA, etc. / ² En caso de bradicardia mantenida, una vez implementadas medidas de reanimación, no es posible esperar 30 minutos para reevaluar, por lo que debe interrumpir el embarazo por la vía más expedita antes de 10 minutos de bradicardia.

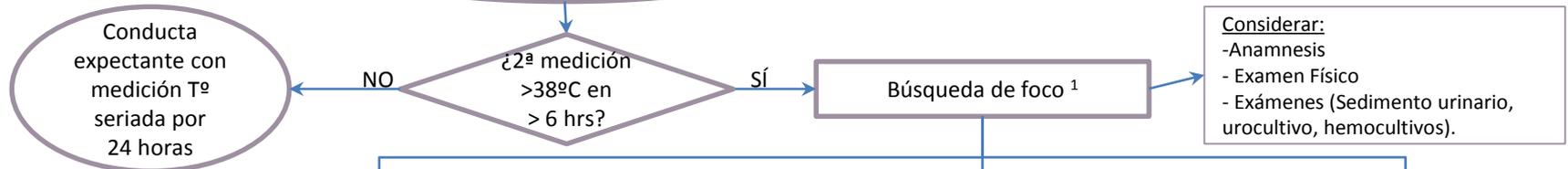


¹ Principal riesgo de un parto vaginal post-cesárea. Elementos de sospecha: FCF anormal (principalmente bradicardia), sangrado genital, dolor abdominal agudo e intenso, contracción uterina alterada, alteración HDN materna, ascenso del polo fetal.



¹ Solicitar al menos 3 ayudantes: 2 para McRoberts + 1 para Compresión suprapúbica / ² Flexión y abducción forzada de los muslos, lo que permite aumentar el diámetro de salida pelviano y aumenta la presión uterina / ³ Compresión con el puño o ambas manos para desimpactar el hombro anterior del feto, que se encuentra tras la sínfisis pubiana / ⁴ Se introduce la mano en la vagina para tomar y traccionar el brazo posterior del feto. / ⁵ Se pide a la paciente que se ponga en posición de gáteo, con la espalda lo más arqueada posible y se intenta extracción del feto mediante tracción suave de la cabeza / ⁶ Rotación de hombros en 180º, logrando que el hombro que era posterior quede bajo la sínfisis pubiana / ⁷ Acceder a sínfisis del pubis para separar la pelvis en 2 / ⁸ Introducir nuevamente en feto en la cavidad uterina (técnica de preferencia sobre una sinfisiotomía)

Puérpera
Tº > 38ºC
(excluir primeras 24 hrs)



- Sensibilidad uterina
 - Subinvolución uterina
 - Secreción vaginal purulenta o de mal olor

Sensibilidad anexial
 Dolor movilización cervical
 Blumberg (+)

Pelvi-peritonitis

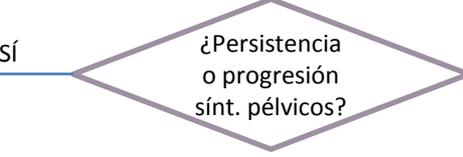
Tto ATB + eventual aseo quirúrgico

PNC + Clindamicina + Gentamicina

Endometritis

Tratamiento antibiótico

Clindamicina 900 mg c/8hrs EV + Gentamicina 3-5 mg/kg IM hasta 72 hrs sin fiebre. Luego ATB VO x 7 días³



Fiebre alta
 Poco CEG
 Sin foco evidente
 Examen pélvico normal o cordón pélvico palpable.

Tromboflebitis séptica pelviana

ATB + Anticoagulante x 7-10d

PNC + Clindamicina + Gentamicina

Fiebre por más de 72 hrs, considerar:
 - Agregar Ampicilina en caso de no tener cultivos (cubrir enterococo)
 - Analizar cultivos y ajustar ATB
 - Pedir PCR clamidia
 - alorar realizar imágenes
 - Buscar otras causas de fiebre

Parto vaginal o fórceps
 Dolor invalidante sacro, pelvis, lumbar o EEII
 Sint neurológicos (-)
 Signo FABERE (+)²

Sacroileitis pélvica

Tto ATB + eventual punción art. sacroiliaca

Cloxacilina 1-2 gr c/6hr x 3-5 d EV
 Luego VO hasta completar 14 d

¹ Considerar patologías febriles no propias del puerperio: ITU, NAC, celulitis, etc.

² FABERE: Flexión del muslo, abducción externa del muslo y rotación y extensión.

Puérpera
T° > 38°C
(excluir primeras 24 hrs)

Conducta expectante con medición T° seriada por 24 horas

¿2ª medición >38°C en > 6 hrs?

Búsqueda de foco ¹

Considerar:
 - Anamnesis
 - Examen Físico
 - Exámenes (Sedimento urinario, urocultivo, hemocultivos).

Foco herida operatoria

Cesárea o episiotomía
 Secreción purulenta herida.
 Eritema o induración
 Reagudización dolor herida.

Infección herida operatoria

Febril
 Signos claros de celulitis
 Sepsis
 Criterios de hospitalización

Manejo ambulatorio + tto ATB (primera dosis EV, resto VO)

Amoxicilina-clavulánico 875/125, 1 comp cada 12 hrs por 5-7 días

Debridación + Curación + Tto ATB + Resutura precoz

Clindamicina 600 mg c/8hrs VO + Gentamicina 3-5 mg/kg IM x 5d

Foco mamario

Eritema en 1 cuadrante mamario
 Demarcación trayectos linfáticos
 Dolor leve
 Sin secreción purulenta por pezón.

Mastitis linfangítica¹

Ambulatorio:
 ATB:
 a) Cloxacilina VO ²
 b) Flucloxacilina VO
 c) Cefadroxilo

Dolor mamario focalizado
 Induración mamaria con signos inflamatorios, **fluctuante**
 Secreción purulenta por pezón.

Mastitis abscedada

Hospitalizado:
 Drenaje quirúrgico
 ATB: Cloxacilina EV

- No suspender lactancia
 - Favorecer vaciamiento mamario completo

¹Mastitis en primeros días del puerperio: pensar en Streptococo

²Cloxacilina 500 mg cada 6 hrs por 7 días // Flucloxacilina 500 mg cada 8 hrs por 7 días // Cefadroxilo 500 mg cada 12 hrs por 7 días

Hemorragia puerperal

Pedir ayuda

Instalar 2 VVP Gruesas y tomar exámenes:

Hcto, Plaquetas, Pruebas coagulación, Fibrinógeno

ABC Materno:

Oxígeno, Expansión de volumen (Evaluar indicación hemoderivados), instalar Sonda foley

¿Útero retraído?

NO

SÍ

Inercia uterina¹

Ver

Examen Físico en Pabellón:

- Evaluación canal del parto
- Evaluación cavidad uterina

Buscar y pensar en posibles causas:

Alteración pruebas coagulación

Antec. cicatriz uterina o cesárea
Solución continuidad uterina

Rotura uterina

Deshincia uterina

Sutura uterina

Persistencia productos gestación

Restos placentarios

Revisión instrumental

Lesión en canal

Desgarro canal

Sutura lesión

Tamponamiento con compresas

Antec. placenta previa o cicatriz uterina
Hallazgo en ecografía

Acretismo placentario

Histerectomía

Normal

Obs. coagulopatía

Administración derivados hematológicos

¹ El diagnóstico de inercia uterina no descarta la presencia de una 2ª condición que explique la hemorragia puerperal (ej: desgarro canal). Por ello, incluso ante un útero sin retracción adecuada debe realizarse un examen ecográfico y físico en pabellón.

Inercia uterina

Pedir ayuda + ABC Materno

1

Masaje uterino

- Avisar anestesista.
- 2 VVP + Sonda foley + volemización según pérdidas, evaluar si solicitar hemoderivados
- Tomar hemograma , pruebas de coagulación y fibrinógeno.

2

Retradores uterinos

Oxitocina
5-10 UI EV bolo

¿Respuesta favorable?

NO

Metilergonovina 0,2 mg IM (1 amp), máximo 3 veces ¹
Misoprostol 800 ug intrarrectal (o sublingual)
Carbetocin 100 mcg EV

¿Respuesta favorable?

NO

Técnicas
compresivas
intrauterinas

3

Compresión bimanual

Tamponamiento con compresas

Balón de Bakri

Conducta expectante

¿Respuesta favorable?

NO

4

Laparotomía

Suturas compresivas
(B Lynch)

Ligaduras arteriales
(uterina, utero-ováricas,
hipogástricas)

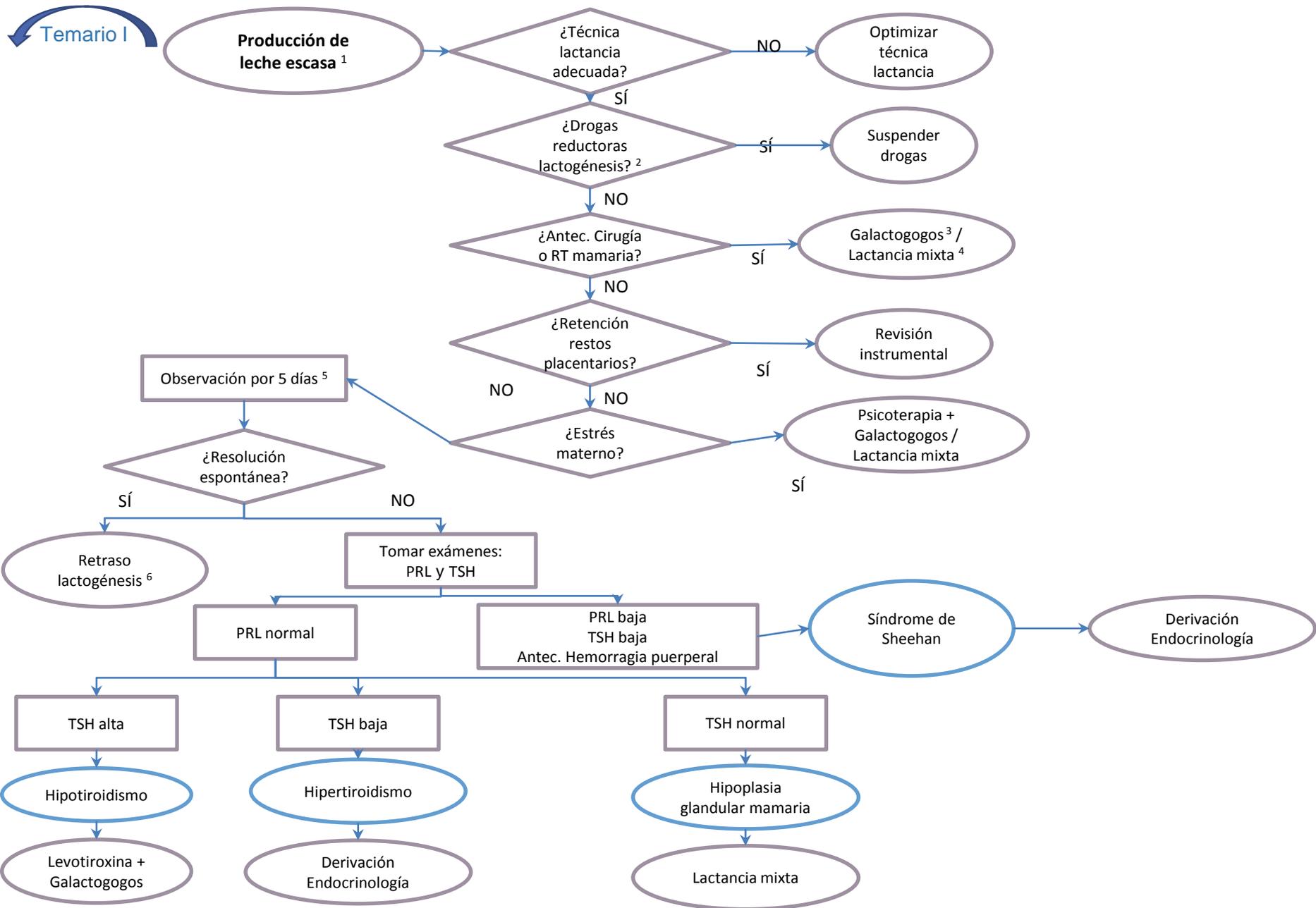
¿Respuesta favorable?

NO

Histerectomía
obstétrica

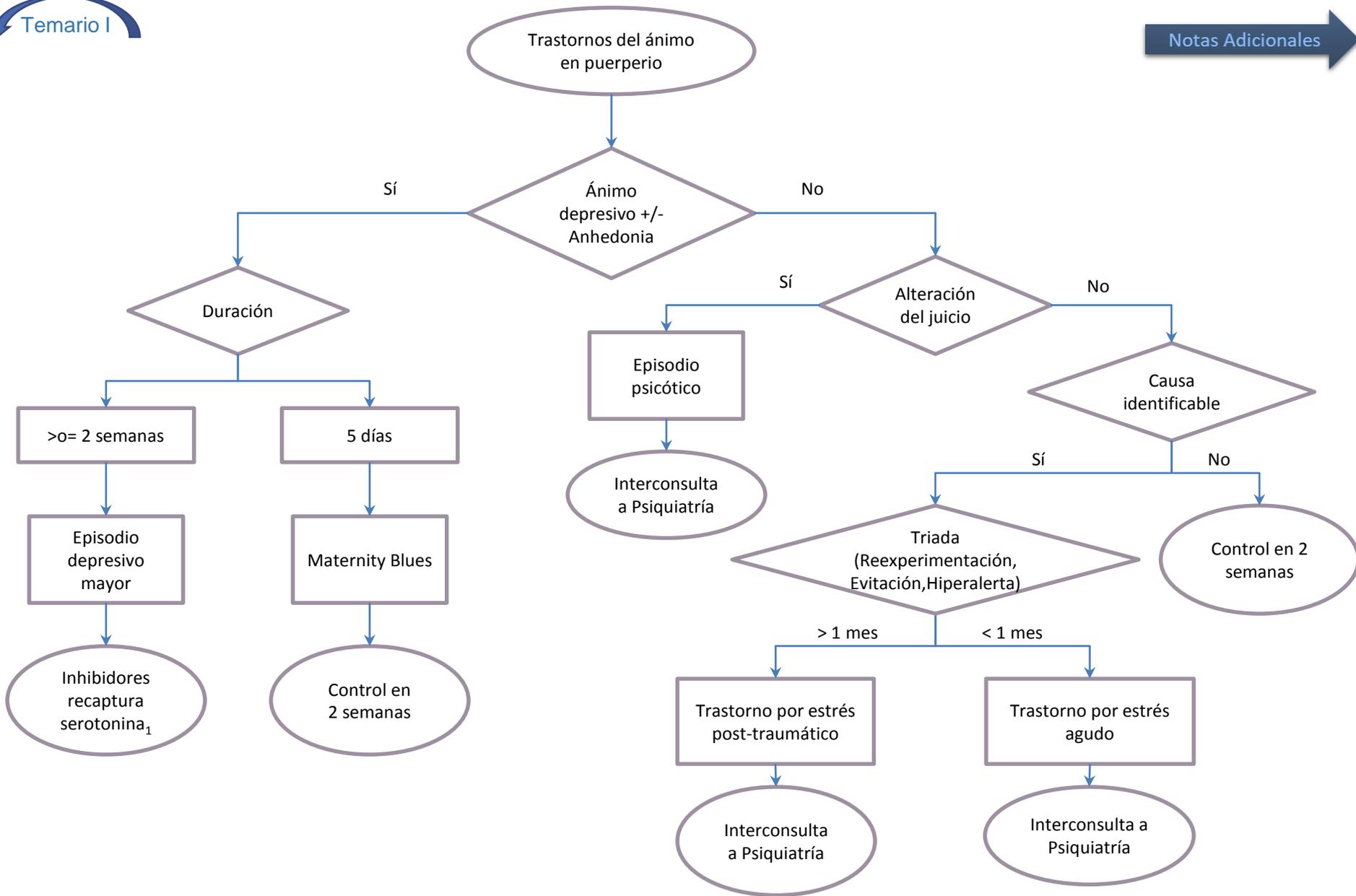
SÍ

¹ Metilergonovina contraindicada en pacientes con HTA, y en paciente que utilizan inhibidores proteasas (VIH)



¹ Sospecha diagnóstica: incremento ponderal RN inadecuado, diuresis RN disminuida, irritabilidad RN, escasa obtención de leche ante extracción manual. / ² Alcohol, agonistas dopaminérgicos, ACO, tiazidas. /

³ Medicamentos que ayudan a iniciar, mantener o aumentar la producción de leche (ej: domperidona, metoclopramida, sulpiride) / ⁴ Lactancia mixta = Lactancia materna + Fórmula / ⁵ Supervisar y garantizar adecuado aporte diario al RN (peso diario, diuresis, etc) / ⁶ FR: Obesidad, SHE, SOP.



1 Tratamiento de depresión Posparto es con inhibidores de recaptura de serotonina: Fluoxetina 10 mg/día en primera semana y aumentando la dosis a 20mg/día en segunda semana o Sertralina 50mg/día en primera semana y aumentando la dosis a 100mg/día, con control en 2 semanas para ver respuesta. De no tener buena respuesta se puede cambiar de inhibidor de recaptura de serotonina o de familia; si al tercer cambio de fármaco aún no hay respuesta se debe derivar a especialista para manejo.

Trastorno depresivo mayor con inicio en periparto (DSM-V¹)

Con inicio en el periparto: síntomas del estado de ánimo se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes presentes por al menos dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
2. Anhedonia la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin dieta o aumento de peso o disminución/aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Trastorno por estrés agudo (DSM-IV)

Trastorno caracterizado por la presencia de episodio traumático más triada (reexperimentación, evitación y estado de hiperalerta) que se diferencia de Trastorno por estrés postraumático porque dura menos de 1 mes, cumpliendo los mismos criterios.

Maternity Blues

Inicio en las primeras 4 semanas del posparto

Cumple los mismos criterios que Depresión Postparto, pero se diferencia porque tiene una duración limitada (alrededor de 5 días y se resuelve en máximo 2 semanas), no presenta anhedonia (con deseo de cuidar a su hijo), no requiere un número mínimo de síntomas, no afecta el funcionamiento. Los síntomas son transitorios, adaptativos que no evolucionan a depresión.

Trastorno psicótico breve con inicio postparto (DSM-V)

Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

Trastorno por estrés postraumático (DSM-IV): Dura más de 1 mes

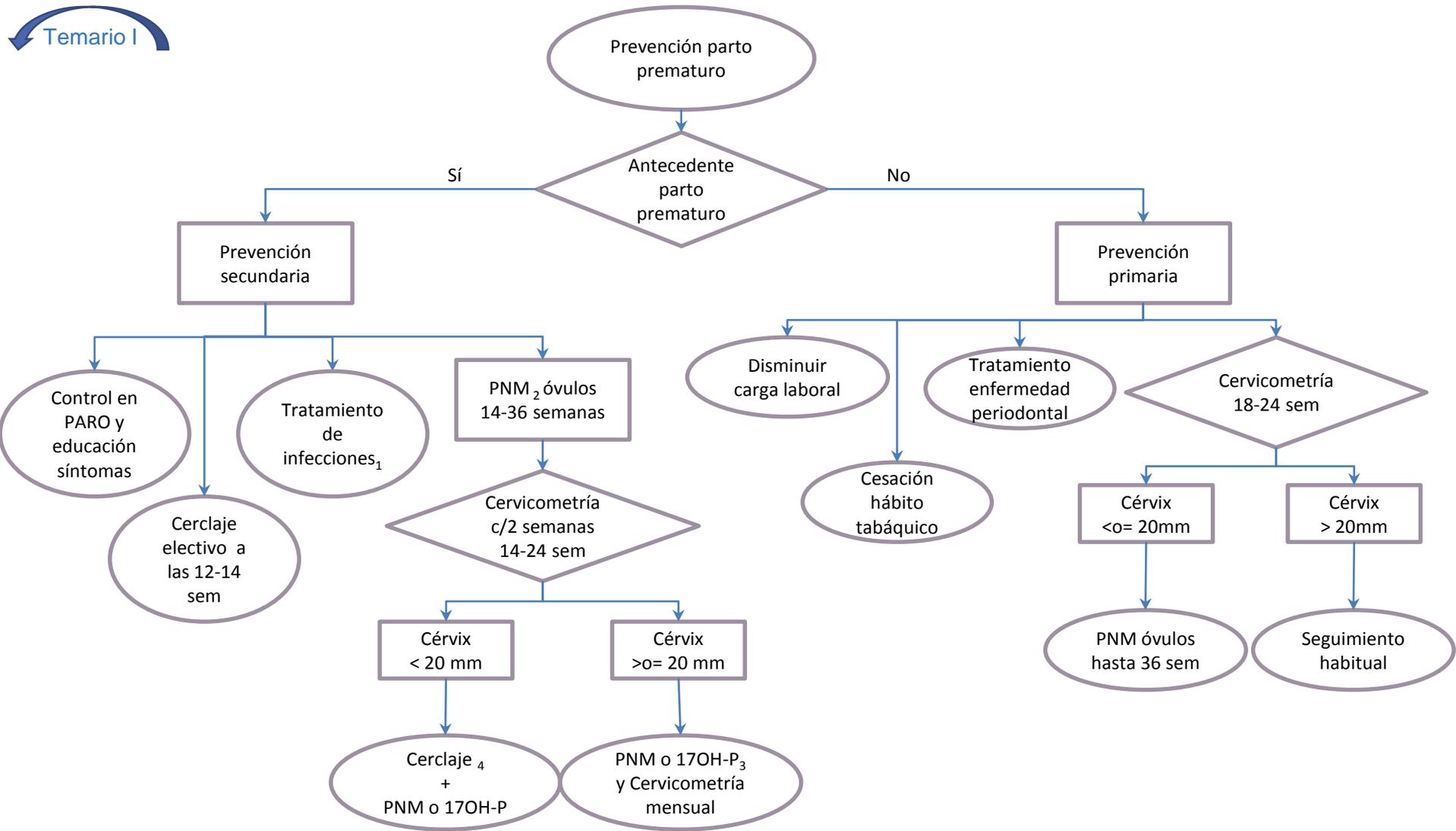
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual como experiencia directa del suceso ocurrido a uno mismo o a otro, o bien, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso.

B. Presencia de uno de los síntomas de intrusión, que comienza después del suceso traumático: Recuerdos angustiosos recurrentes, sueños recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático: Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos, sentimientos angustiosos o recordatorios externos acerca del suceso traumático.

D. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático, creencias o expectativas negativas persistentes sobre uno mismo, los demás o el mundo, percepción distorsionada persistente, individuo se acusa a sí mismo o a los demás, estado emocional negativo, disminución importante del interés o la participación en actividades, desapego o extrañamiento de los demás o incapacidad de tener emociones positivas

E. Comportamiento irritable, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, sobresalto exagerado, problemas de concentración, alteración del sueño.

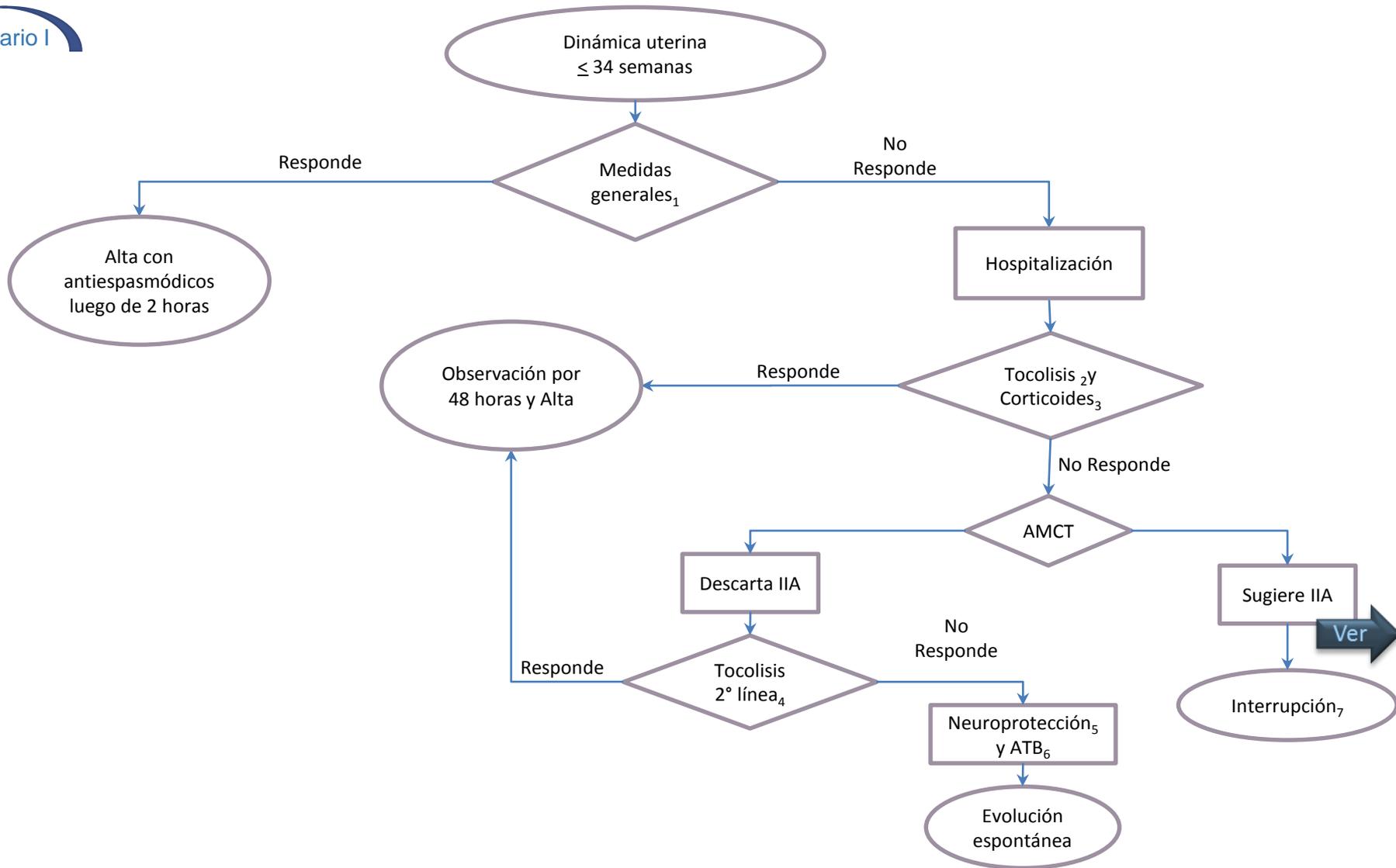


1 El tratamiento de infecciones incluye los siguientes: Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia, Vaginosis bacteriana e ITU. Para ver manejo específico referirse al capítulo correspondiente.

2 PNM: Progesterona natural micronizada en óvulos, 200mg/noche en fondo de saco vaginal.

3 17OH-P: 17- hidroxiprogestero caproato 250mg/semana intramuscular entre las 14-36 semanas.

4 Contraindicaciones de cerclaje: Pacientes con contracciones uterinas, con bajo riesgo de cuello corto y embarazos gemelares.



1 Medidas generales: Hospitalización, reposo en cama, Hidratación con suero fisiológico 250cc/hora, sedación con Diazepam 1 ampolla, Pargoverina 30 gotas cada 8 hrs vo, Evaluación materna: Hemograma, sedimento de orina y cultivos cervicovaginales (esencialmente para descartar infección), Evaluación fetal: Biometría (descartar RCIU), PBF, RBNE y Doppler, Cervicometría.

2 Tocolisis: Nifedipino 20 mg cada 20 minutos por 3 veces, si cede dinámica uterina a la hora o antes seguir con 10 mg cada 6 horas .

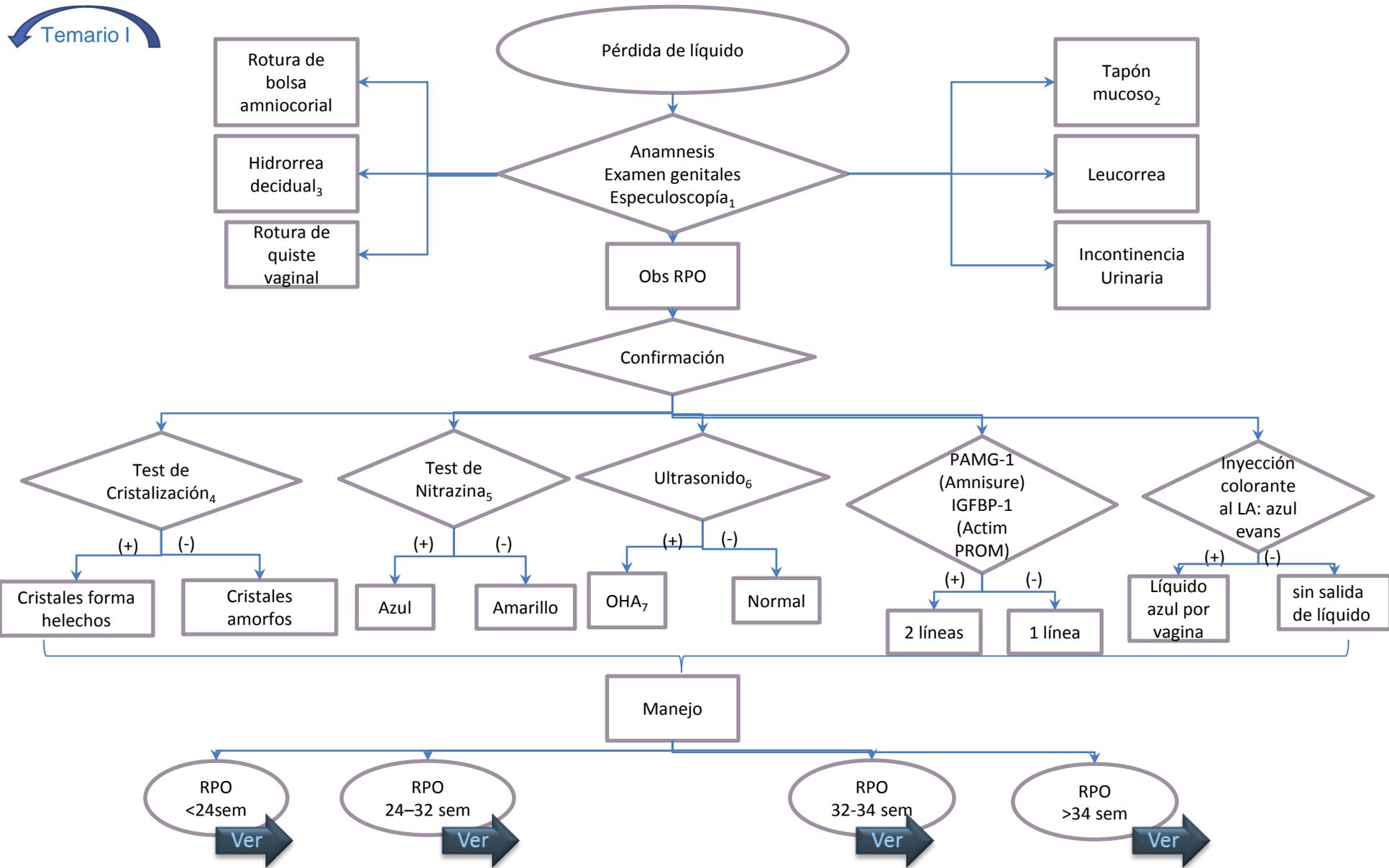
3 Corticoides: Betametasona 12mg cada 24 horas por 48 horas o Dexametasona 6mg cada 12 horas por 48 horas.

4 Tocolisis de segunda línea: Fenoterol 2mg/min ir aumentando en 0,5ug/min cada 30 minutos hasta que ceda dinámica uterina o aparezcan efectos adversos, dosis máxima 3-4ug/min; continuar por 12 horas disminuyendo gradualmente hasta 1-0,5 ug/min (Monitorizar dinámica uterina, frecuencia cardiaca y presión arterial).

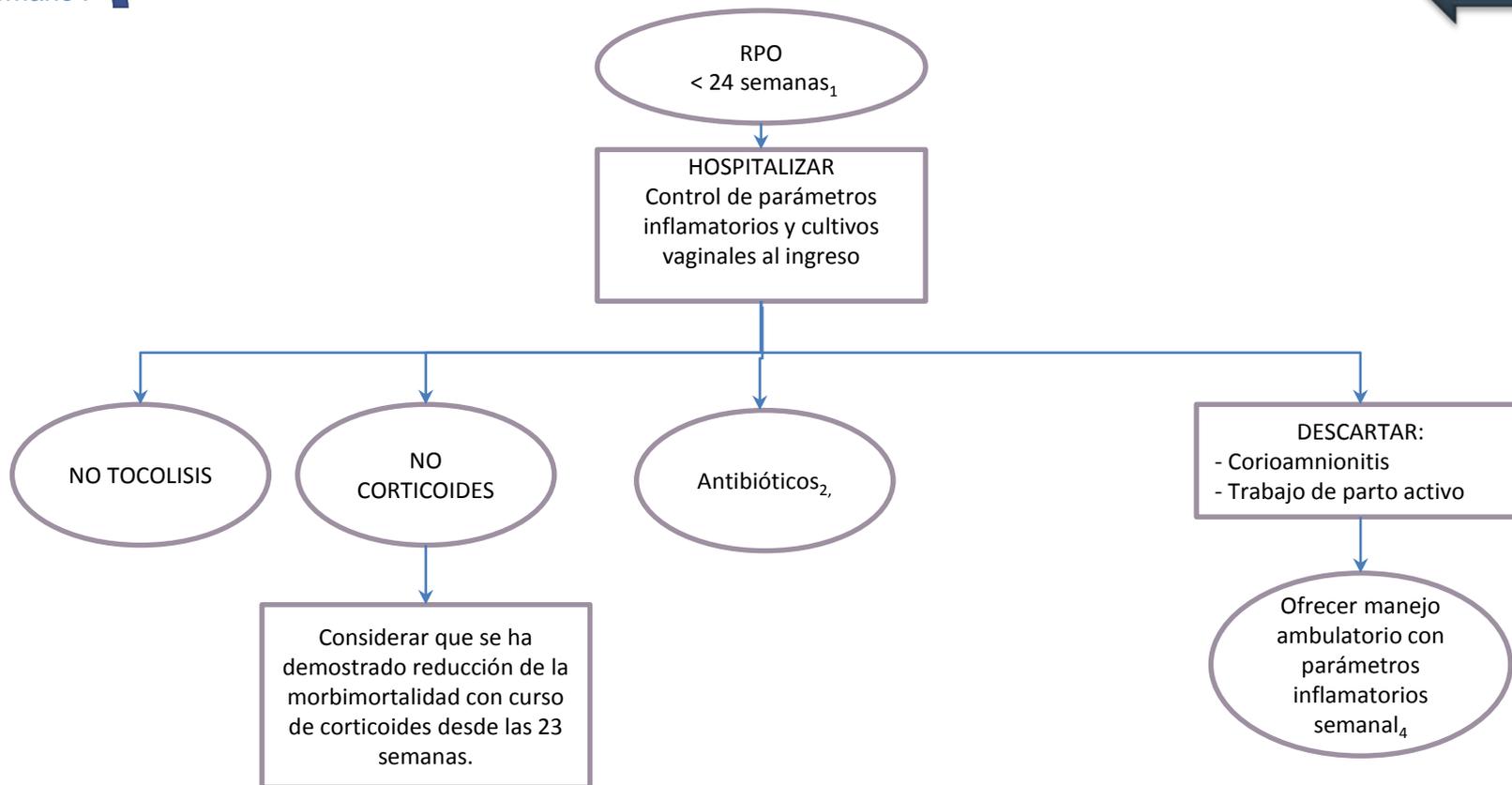
5 Neuroprotección: Sulfato de Magnesio carga de 5g ev en 30 minutos en menores de 34 semanas (Recordar poner Sonda Foley).

6 Antibióticos: Penicilina 5 millones carga y 2,5 millones ev cada 4 horas hasta el parto o Ampicilina 2g ev carga y 1 g cada 4 horas hasta el parto.

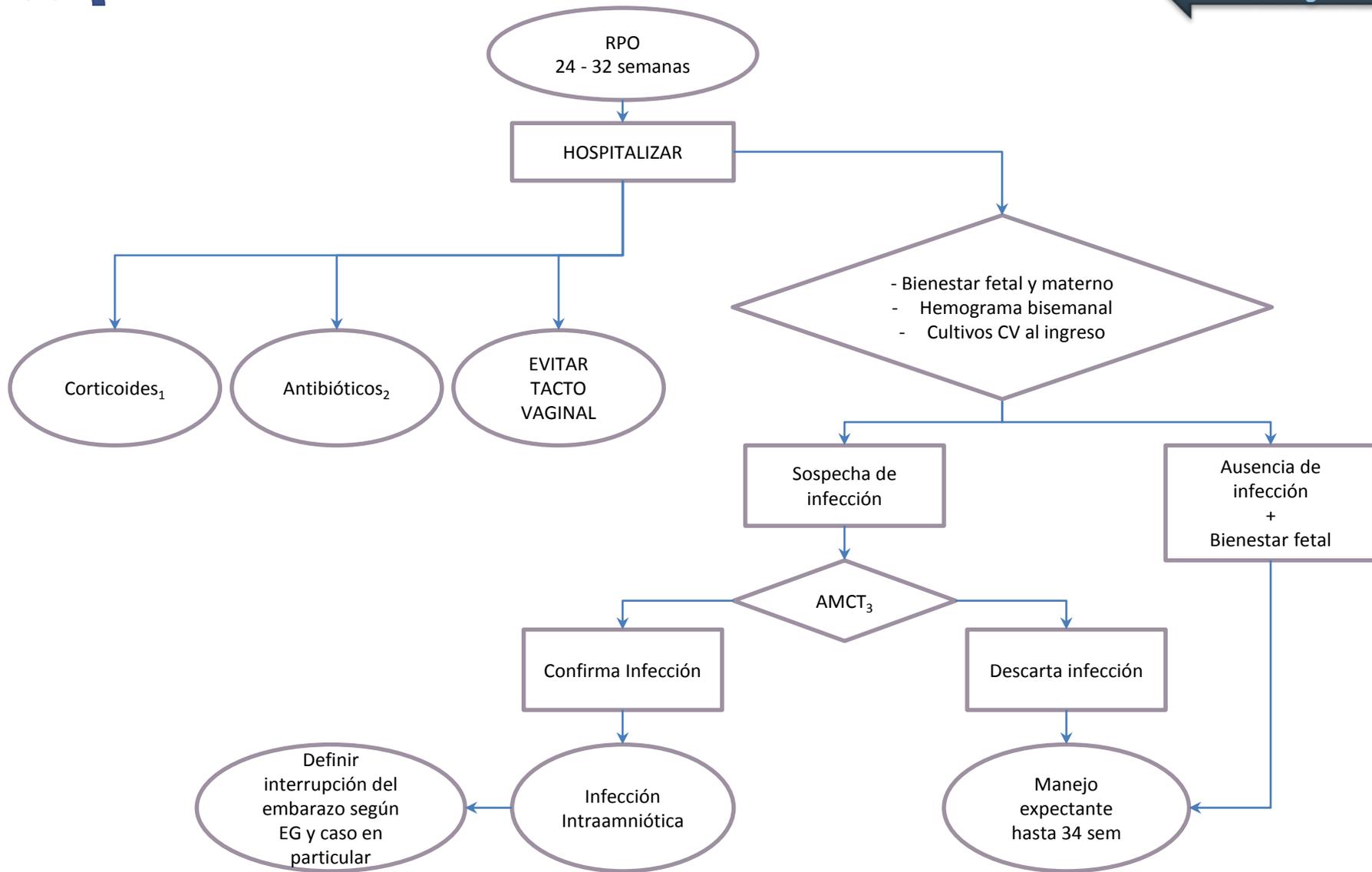
7 Interrupción en prematuros: Derivar a centro de mayor complejidad, MEFI continuo, Elección de la mejor vía de parto, Integridad de membranas ovulares por el mayor tiempo posible, Buena relajación pelviana (anestesia de conducción) y Episiotomía amplia.



- 1 Sensibilidad sólo con clínica es de alrededor de un 92%. Con test diagnósticos buscamos confirmación de nuestra sospecha clínica.
- 2 Tapón mucoso es diagnóstico diferencial mayormente de metrorragia, se caracteriza por ser un moco espeso, abundante y en ocasiones hemático.
- 3 Hidrorrea decidual: secreción serohemática entre las 12 – 18 semanas.
- 4 Muestra de fondo de saco vaginal, se observa al microscopio la cristalización de las sales de cloruro de potasio presentes en líquido amniótico.
- 5 Cinta reactiva de nitrazina cuando expuesta a pH > 6 vira desde amarillo a azul, dado que el pH del líquido amniótico es más alcalino (pH 7,1 – 7,3) que mucosa vaginal. 20% Falso positivo.
- 6 Útil cuando clínica es muy sugerente de RPO pero examen físico no concuerda (no recomendado en RPO < 37 semanas).
- 7 OHA: Descartar RCIU y malformaciones del tracto urinario.



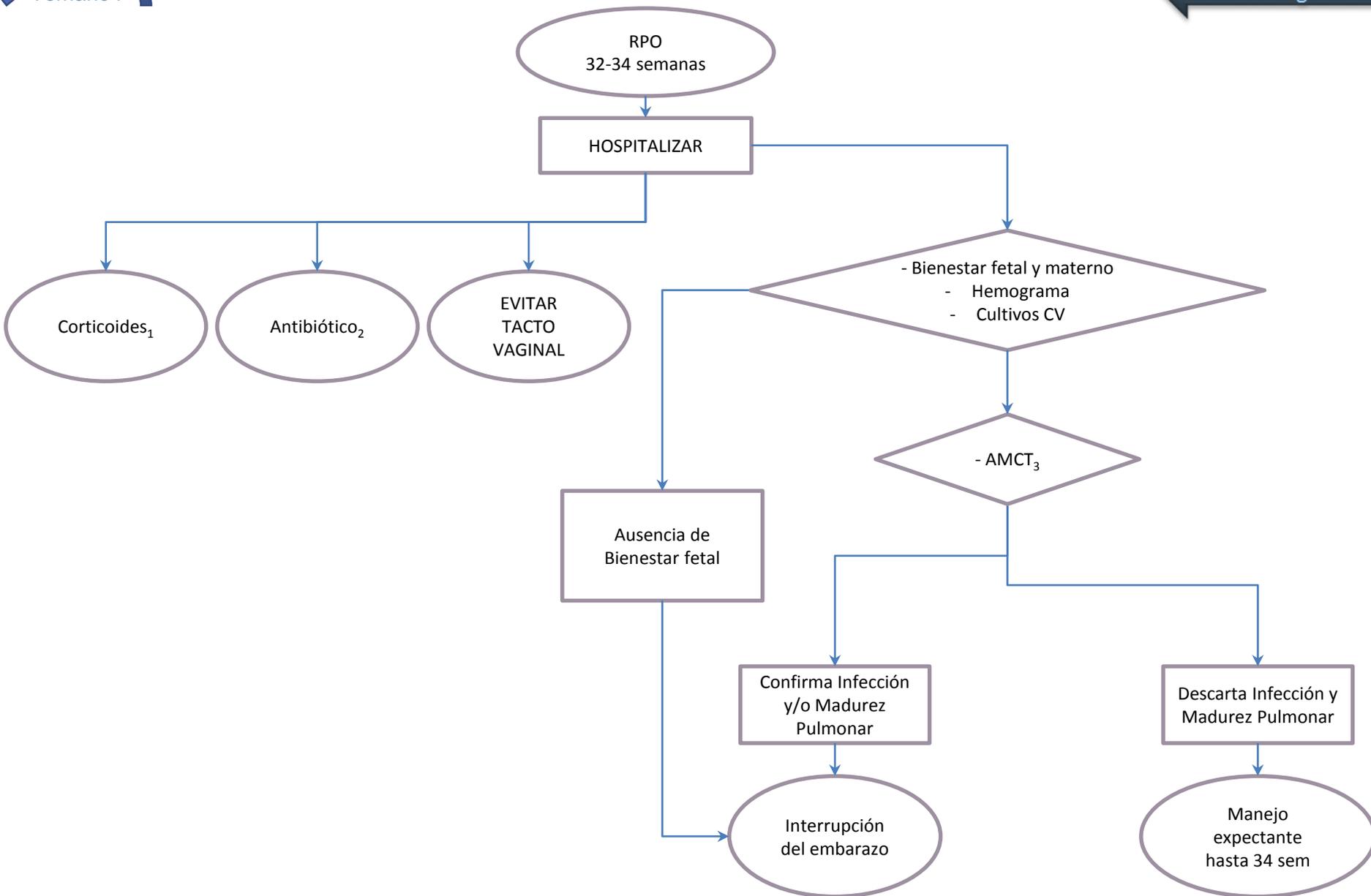
- 1 RPO antes de la semana 24 (límite de viabilidad) es altamente mortal, una de las causas es la presencia de OHA persistente que tiene como consecuencia grave la hipoplasia pulmonar. Mortalidad perinatal varía entre 45-80% y fetal 30%
- 2 Antibióticos aumentan el periodo de latencia y disminuyen las infecciones. Se utiliza Clindamicina 600 mg cada 8 hrs EV + Gentamicina 3-5 mg por kg ambos por 10 días . Manejo hospitalizada durante el tratamiento ATB, luego posibilidad de manejo ambulatorio hasta 24 semanas donde debe hospitalizarse nuevamente.



1 Corticoides: Betametasona 12 mg cada 24 horas por 48 horas o Dexametasona 6mg cada 12 horas por 48 horas.

2 Antibióticos aumentan el periodo de latencia y disminuyen las infecciones. Se utiliza: Eritromicina 500mg cada 6 horas vo por 10 días + Ampicilina 500mg cada 6 horas vo por 10 días. Este esquema puede modificarse según el resultado de los cultivos cervicovaginales (CV)

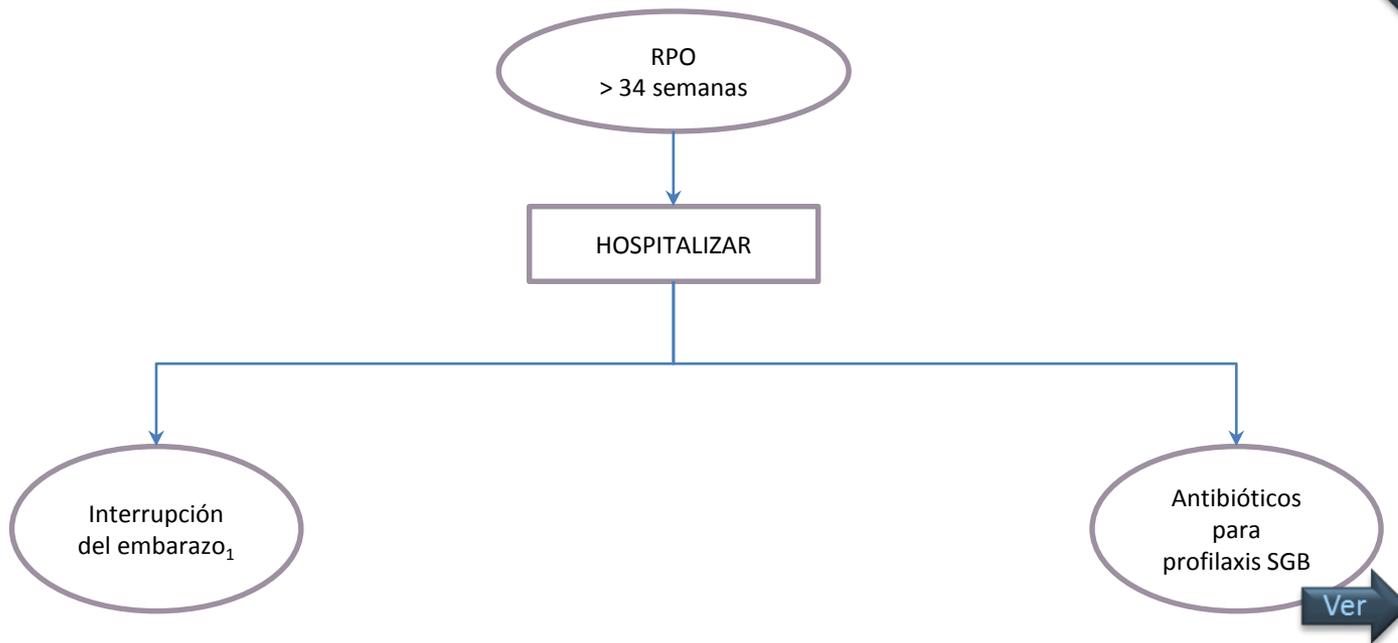
3 AMCT: Amniocentesis



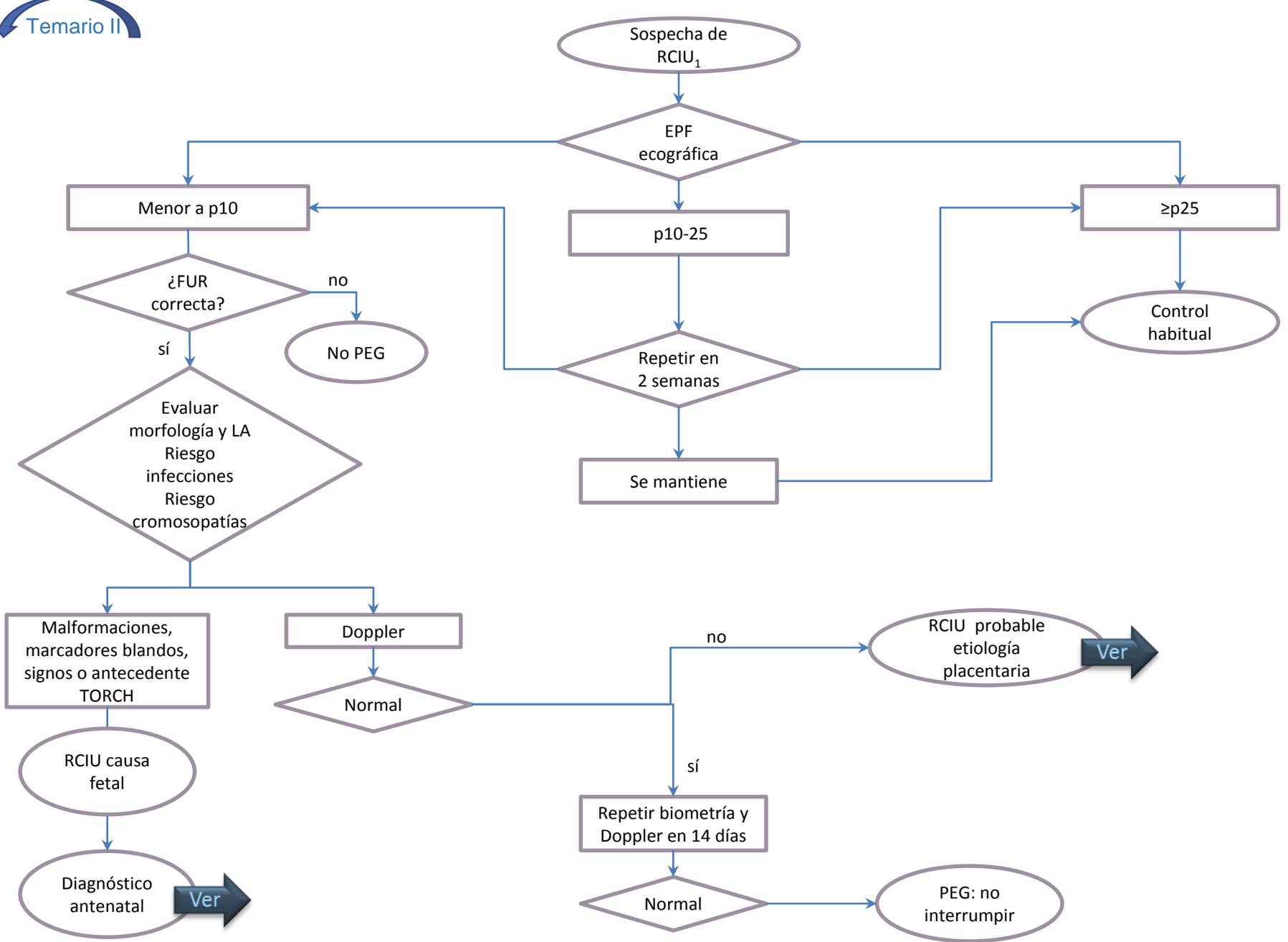
1 Corticoides: Betametasona 12 mg cada 24 horas por 48 horas o Dexametasona 6mg cada 12 horas por 48 horas.

2 Antibióticos aumentan el periodo de latencia y disminuyen las infecciones. Se utiliza: Eritromicina 500mg cada 6 horas vo por 10 días + Ampicilina 500mg cada 6 horas vo por 10 días. Este esquema puede modificarse según el resultado de los cultivos cervicovaginales (CV)

3 AMCT: Amniocentesis; en este grupo de mujeres, la AMCT se debe efectuar de modo rutinario para evaluar si existe infección intraamniótica y/o madurez del pulmón fetal



1 Interrupción del embarazo, pudiendo ser vía inducción o cesárea (si existe contraindicación a la inducción)



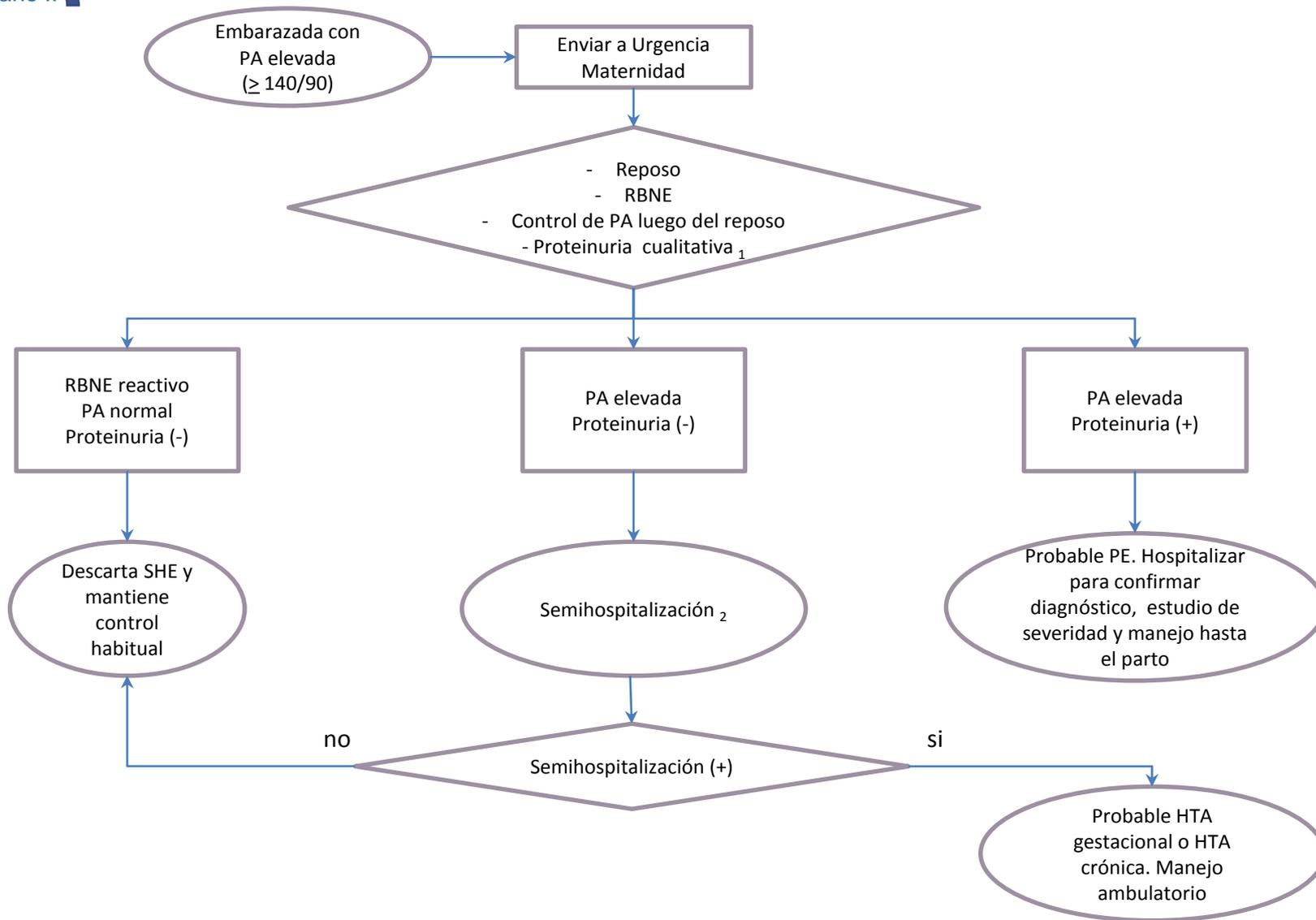
1.- Sospecha clínica, con o sin factores de riesgo (altura uterina disminuida, palpación fácil de partes fetales y ganancia de peso materno por debajo de lo esperado para la edad gestacional)

Diagnostico	Criterios diagnósticos	Seguimiento	Interrupción	Vía de parto
PEG Anormal	Anomalía estructural mayor, genética o infecciosa	Según la causa	Según la causa	Según la causa
PEG	EPF >p3 y <p10 con todas las pruebas normales	Doppler c/2 semanas ambulatorio	40 semanas	Vaginal
RCF Tipo IA	<p3 con doppler normal o EPF >p3 y <p10 con ICP <p5 (2 ocasiones) o ACM <p5 (2 ocasiones) o IP medio Uterinas >p95	Doppler c/ 1 semana. Ambulatorio	A partir de las 37 semanas	Vaginal
RCF Tipo IB	<p10 y aumento del IP A. Umbilical	Doppler c /3 días hospitalizado	A partir de las 37 semanas	Vaginal
RCF Tipo II	<p10 + AU FDA (2 ocasiones)	Doppler c/2 días + RBNE diario. Hospitalizado	A partir de las 34 semanas	Cesárea
RCF Tipo III	<p10 + AU FDR (2 ocasiones) o IP DV >p95 o pulsaciones venosas dicrotas	Doppler + RBNE diario hospitalizado	A partir de las 30 semanas	Cesárea
RCF Tipo IV	Flujo diastólico reverso en DV o RBNE con desaceleraciones espontáneas	Doppler + RBNE diario, hospitalizado	A partir de las 26 semanas	Cesárea

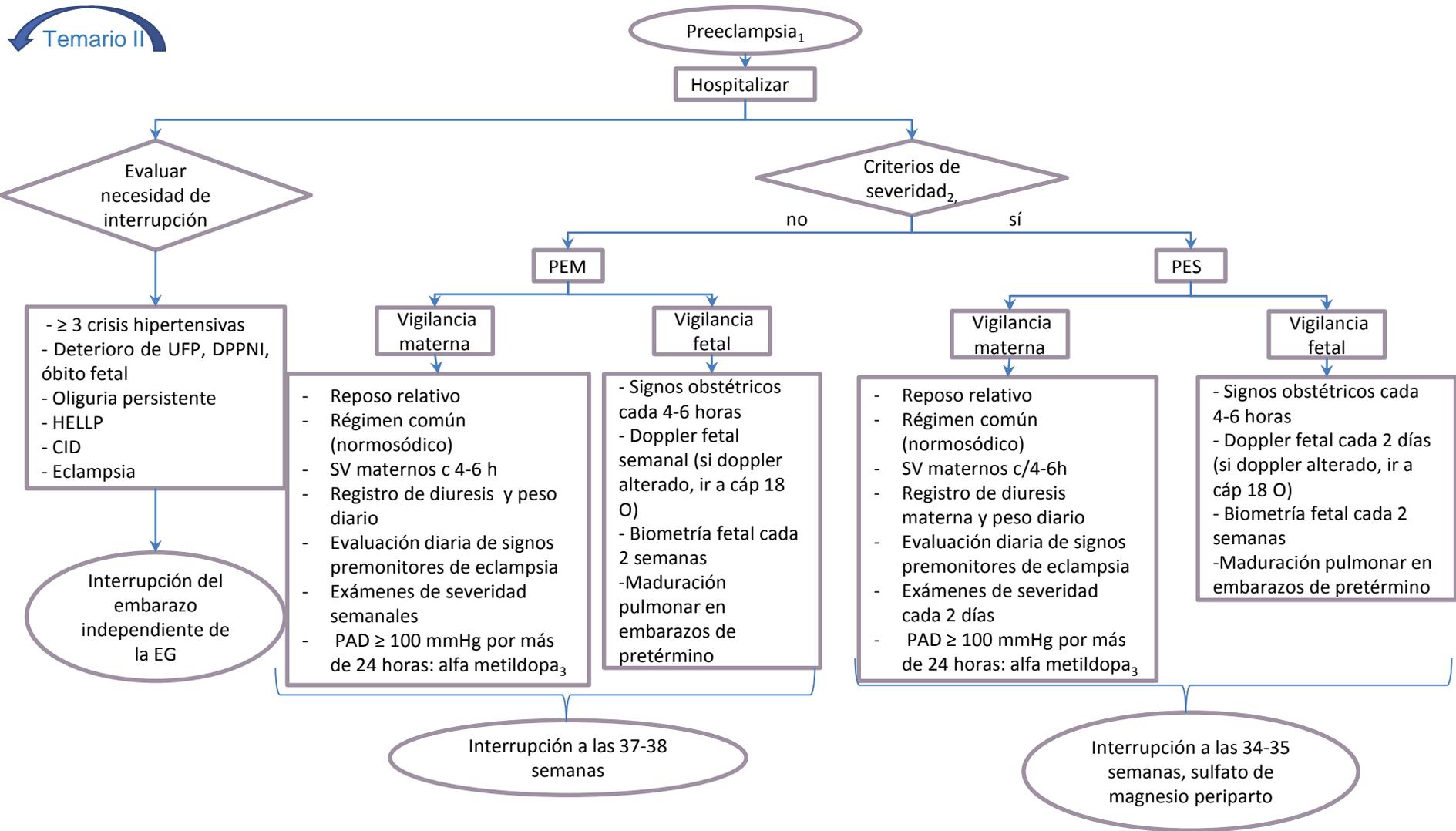
EPF: estimación de peso fetal; p3: percentil 3; IP: índice de pulsatilidad; AU: arteria umbilical; ACM: arteria cerebral media; ICP: índice cerebro placentario; DV: ducto venoso. Todos los resultados del doppler deben ser confirmados en dos evaluaciones, idealmente separados por al menos 12 horas. Los intervalos de evaluación recomendados son en ausencia de patología materna grave (ej. preeclampsia severa). En edades gestacionales menores a 26 semanas, el manejo se puede adaptar de acuerdo a las expectativas de los padres y estadísticas de sobrevida locales.

Oligoamnios + RCF: hospitalizar para evaluación intensificada de la UFP

Crecimiento estacionario en control ambulatorio: hospitalizar para evaluación de la UFP y repetir estimación de peso en 2 semanas ("curva de crecimiento")



1. Proteinuria cualitativa: puede efectuarse mediante ácido sulfosalicílico o medición del índice proteinuria/creatininuria (IPC) en muestra aislada de orina. Para ácido sulfosalicílico se deposita la orina en un tubo y se agregan tres gotas de ácido. La presencia de proteinuria se mide como la turbidez que se genera al agregar el ácido, en escasa de una a cuatro cruces. Tres cruces se correlaciona con proteinuria significativa (> 300 mg/24h) y cuatro cruces con proteinurias mayores a 1 mg/24h. El IPC mayor a 300 mg/g se correlaciona muy bien con proteinuria significativa (> 300 mg/24h).
2. Semihospitalización: hospitalizar para reposo en cama por al menos 6 horas. Se controla la PA al inicio a las 6 h. Si la PA permanece elevada a las 6 h, se efectúa el diagnóstico de SHE



1.- PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg en 2 ocasiones separadas por 6 horas (requiere semihospitalización) + proteinuria ≥ 300 mg en 24 h; en embarazo > 20 semanas

2.- PAS ≥ 160 mmHg

PAD ≥ 110 mmHg

Insuficiencia renal progresiva: creatinemia >1.1 o duplicada

Edema pulmonar o anasarca

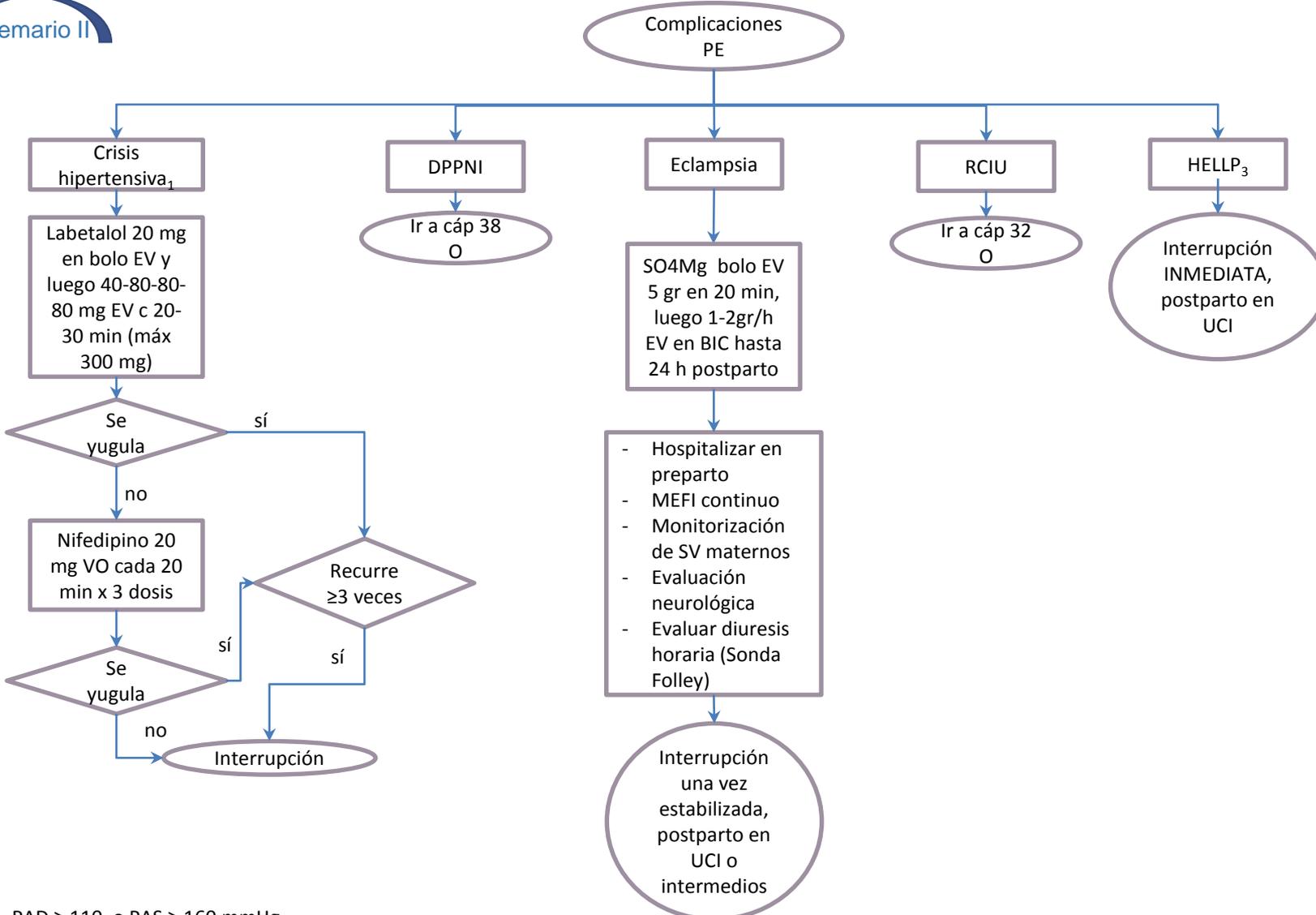
Compromiso neurológico (irritabilidad neurosensorial: cefalea intensa o que no responde a medicamentos, tinitus, fotopsias, aumento de ROT o clonus)

Trombocitopenia (plaquetas <100.000)

Compromiso hepático (epigastria que no responde a medicamentos y que no es explicada por otra causa o elevación de transaminasas al doble)

*Además, evaluar criterios de HELLP: LDH y hemograma

3.- Se inicia con 250 mg c/12h VO y se aumenta progresivamente cada 48 h hasta un máximo de 500 mg c/6h, debe mantenerse en el puerperio en dosis decrecientes hasta lograr su suspensión



1.- PAD ≥ 110 o PAS ≥ 160 mmHg

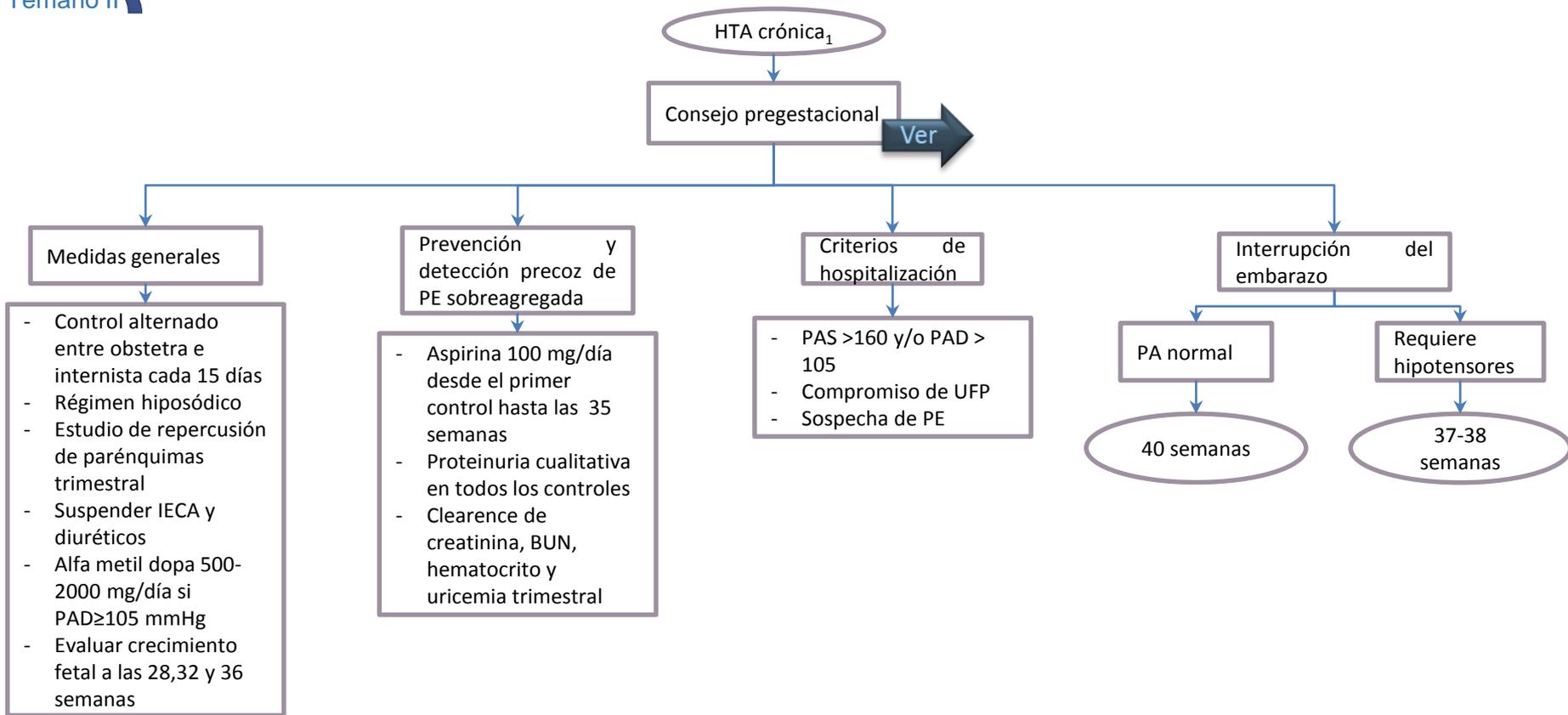
2.- Epigastralgia, ROT exaltados, cefalea intensa, escotomas y fotopsias, cambios en el estado de conciencia

3.- Síntoma característico: EPIGASTRALGIA

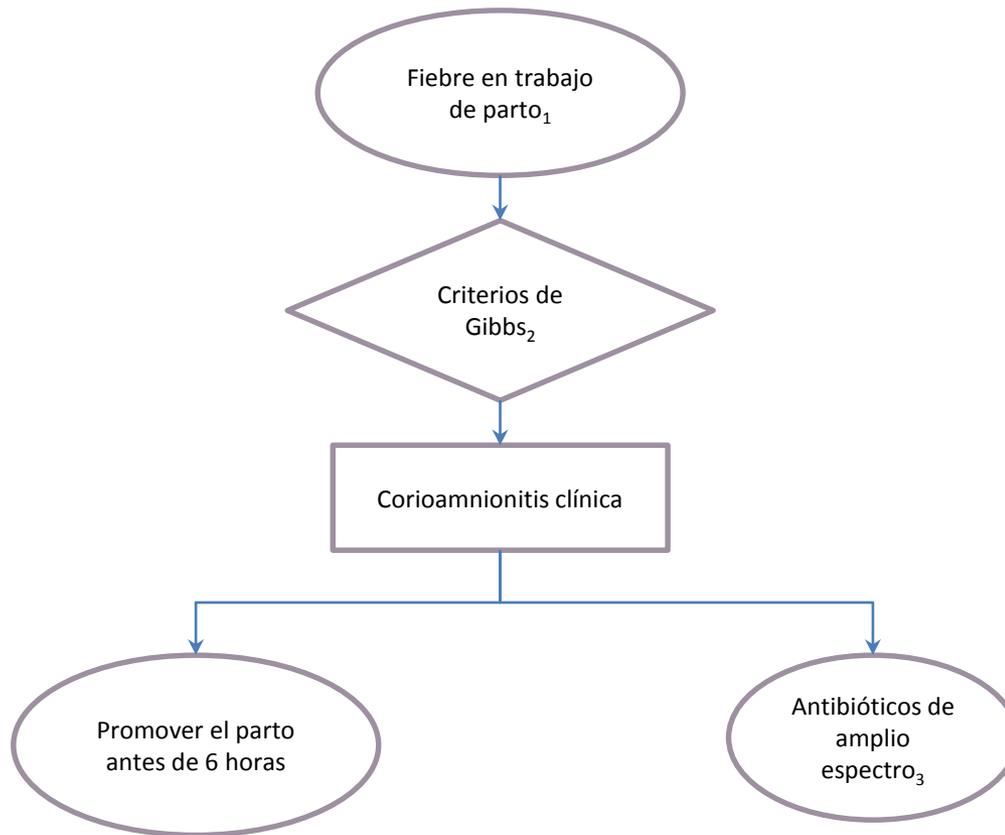
Hemólisis: esquistocitos en el frotis
hiperbilirrubinemia

Elevación de enzimas hepáticas: GOT > 72 IU/L
LDH > 600 IU/L

Plaquetopenia < 100000/mm



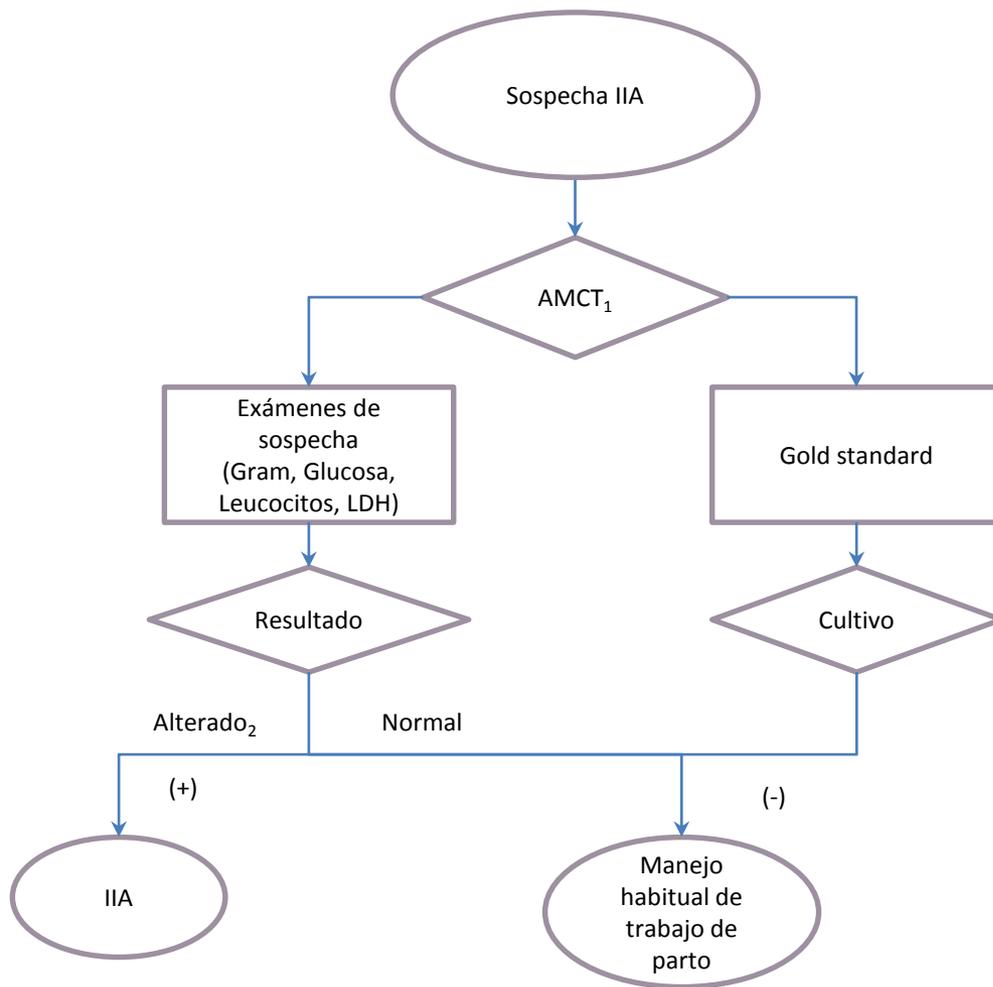
1.- HTA conocida antes del embarazo o HTA que se diagnostica antes de las 20 semanas de gestación.



1 Fiebre en trabajo de parto: se define como temperatura mayor a 37,5°C.

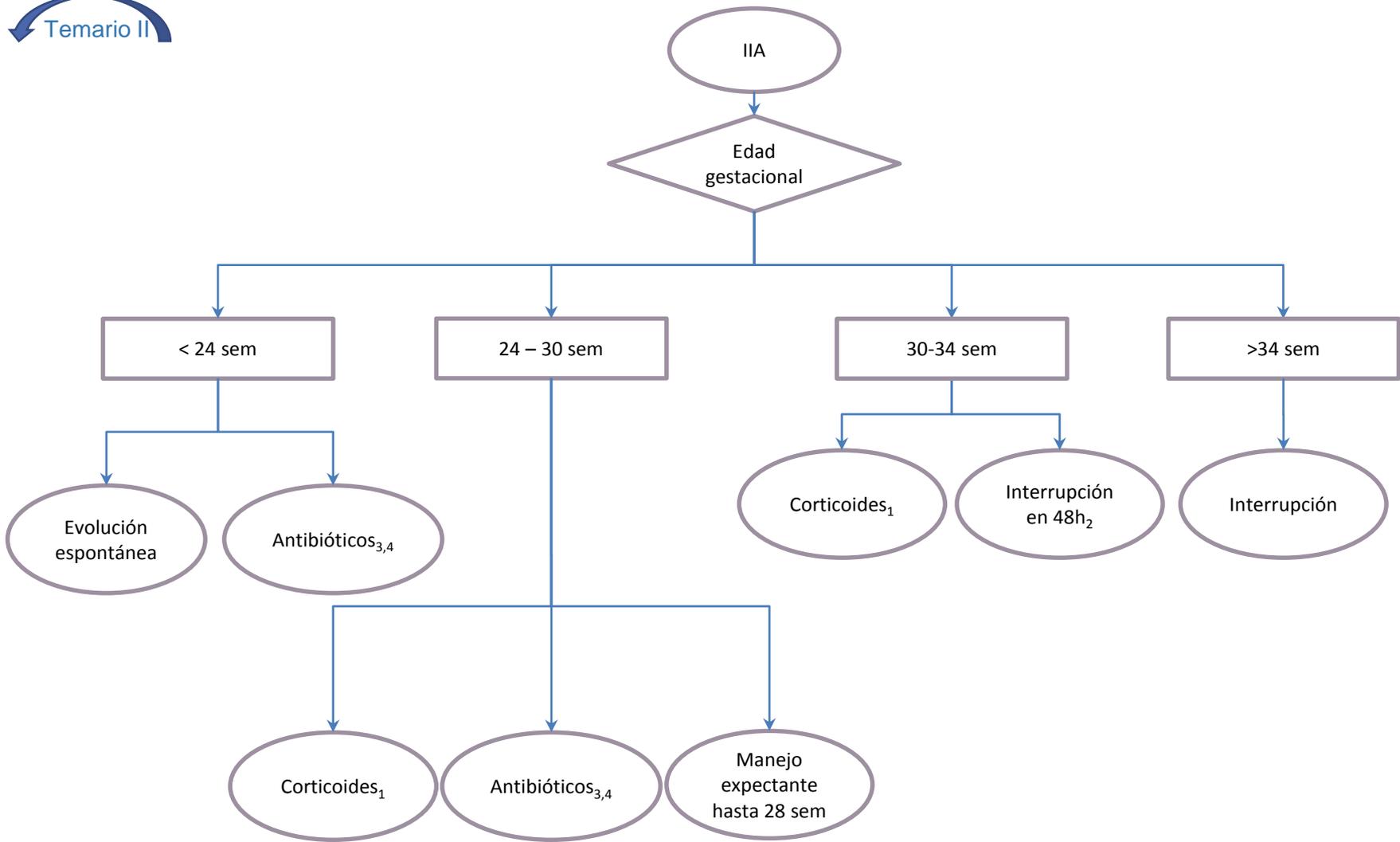
2 Criterios de Gibbs: Temperatura mayor o igual a 38°C + 2 ó más de los siguientes: Sensibilidad uterina anormal, Secreción purulenta por OCE, Taquicardia materna mayor a 100 lpm, Taquicardia fetal mayor a 160 lpm, Leucocitosis materna mayor a 15.000/mm³.

3 Antibióticos: Clindamicina 600mg cada 8 horas + Gentamicina 3,5 mg /kg/día. Alternativa: Penicilina 5mill cada 6 horas (Alergia: Eritromicina 0,5-1g cada 6-8 horas) + Gentamicina 3-5 mg/kg/día una dosis diaria.



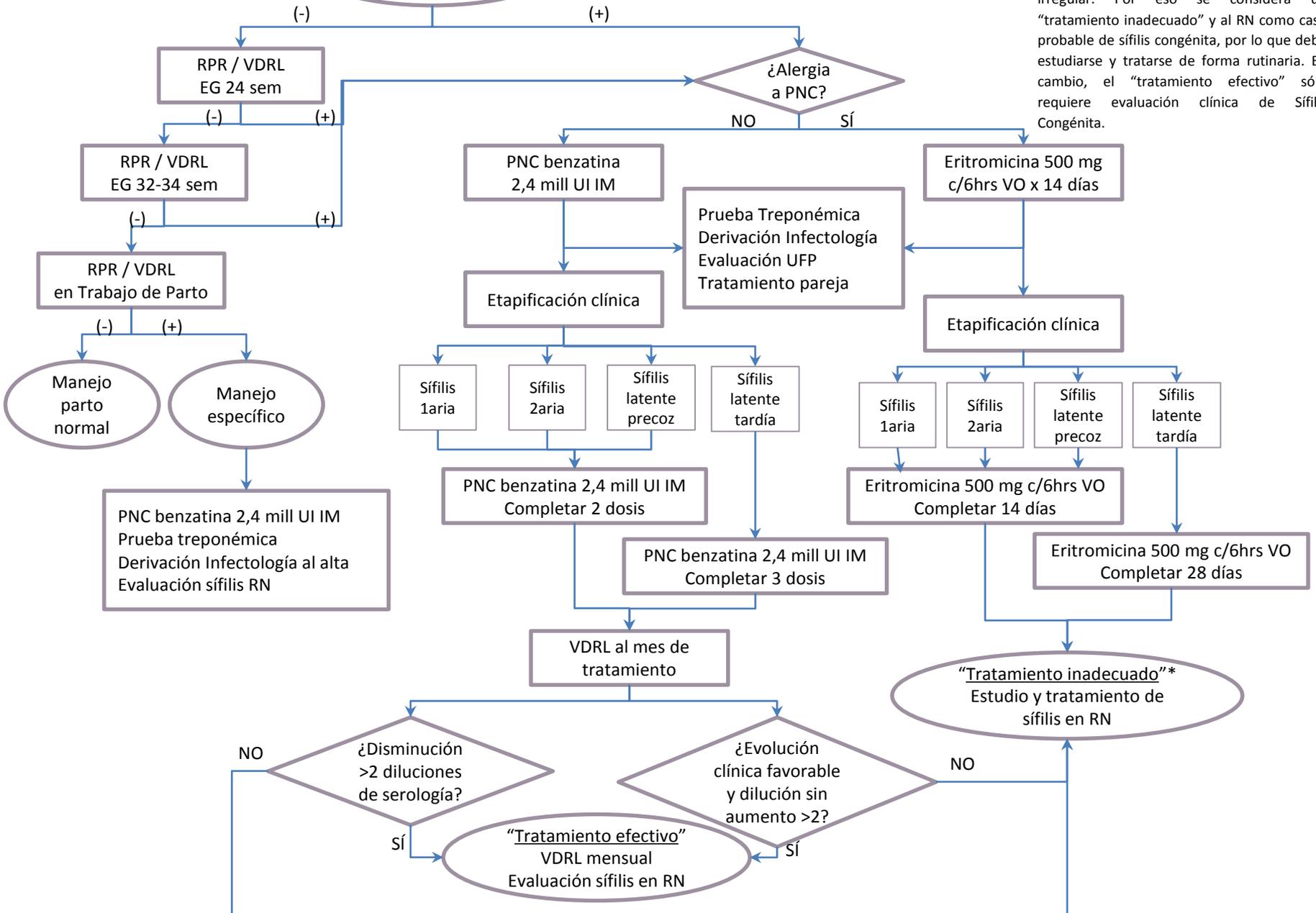
1 AMCT: Amniocentesis.

2 Exámenes de sospecha alterado: Gram con gérmenes, Glucosa <14mg/dL, Leucocitos >50mm³, LDH >400 UL/Li.

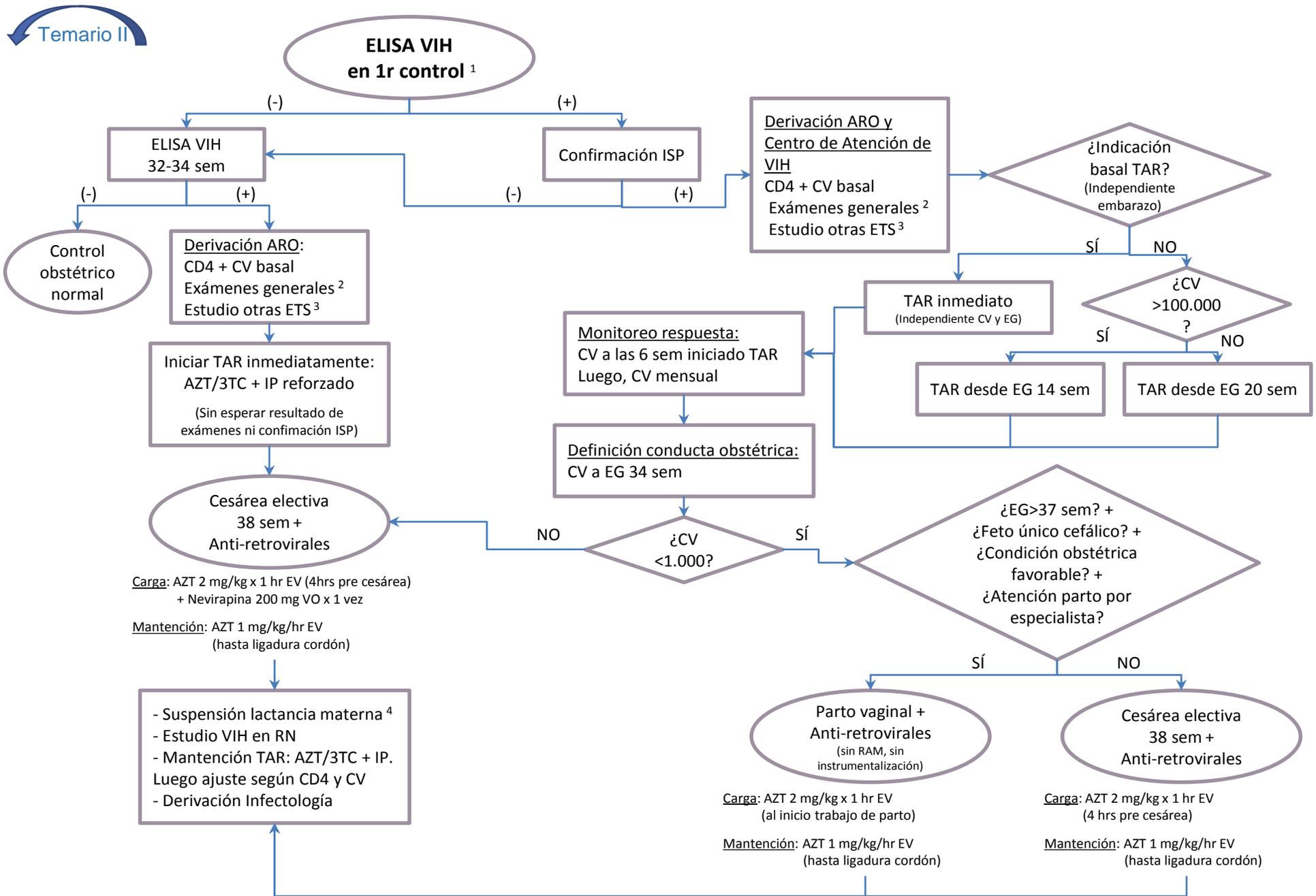


1 Corticoides: Betametasona 12 mg cada 24 horas por 48 horas o Dexametasona 6mg cada 12 horas por 48 horas.
 2 Interrupción es deseable la vía vaginal , con el menor número de tactos vaginales posibles.
 3 Antibióticos: Clindamicina 600mg cada 8 horas + Gentamicina 3,5 mg /kg/día. Alternativa: Penicilina 5mill cada 6 horas (Alergia: Eritromicina 0,5-1g cada 6-8 horas) + Gentamicina 3-5 mg/kg/día una dosis diaria.
 4 Antibióticos deberán mantenerse por 7 días en el puerperio.

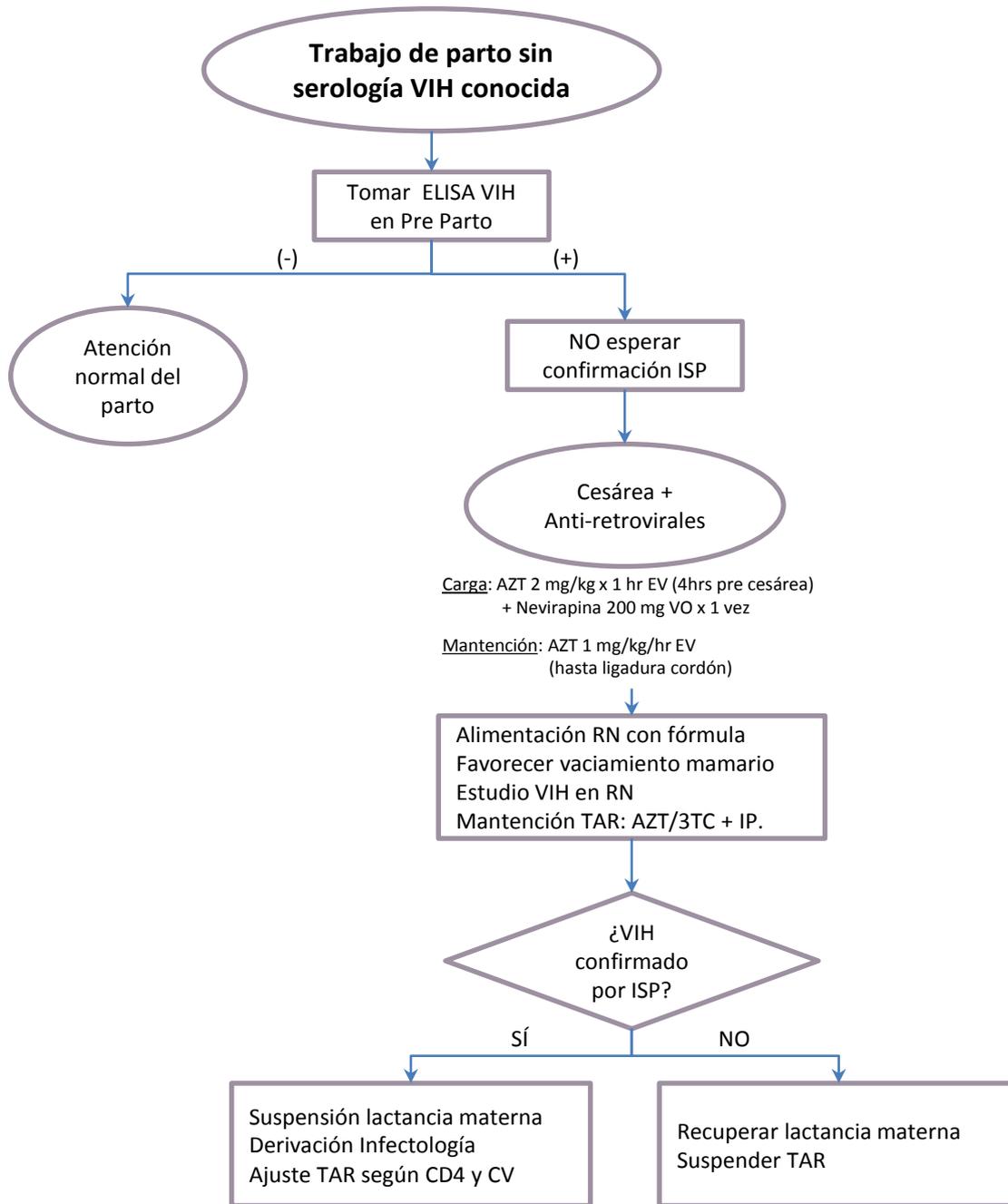
RPR / VDRL en 1r control

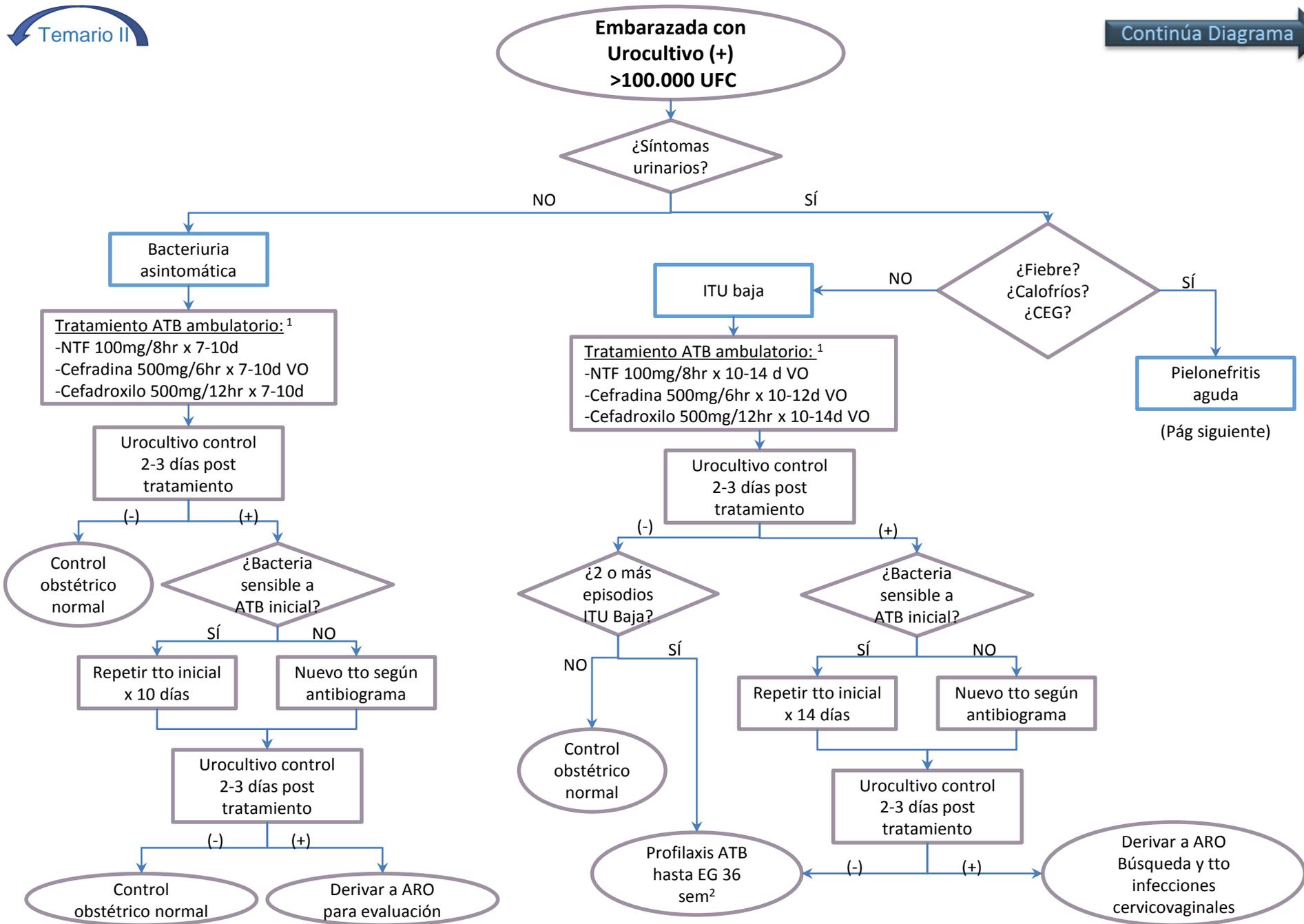


*El tratamiento con eritromicina no es efectivo para prevenir la Sífilis Congénita, por tener un paso transplacentario pobre e irregular. Por eso se considera un “tratamiento inadecuado” y al RN como caso probable de sífilis congénita, por lo que debe estudiarse y tratarse de forma rutinaria. En cambio, el “tratamiento efectivo” sólo requiere evaluación clínica de Sífilis Congénita.



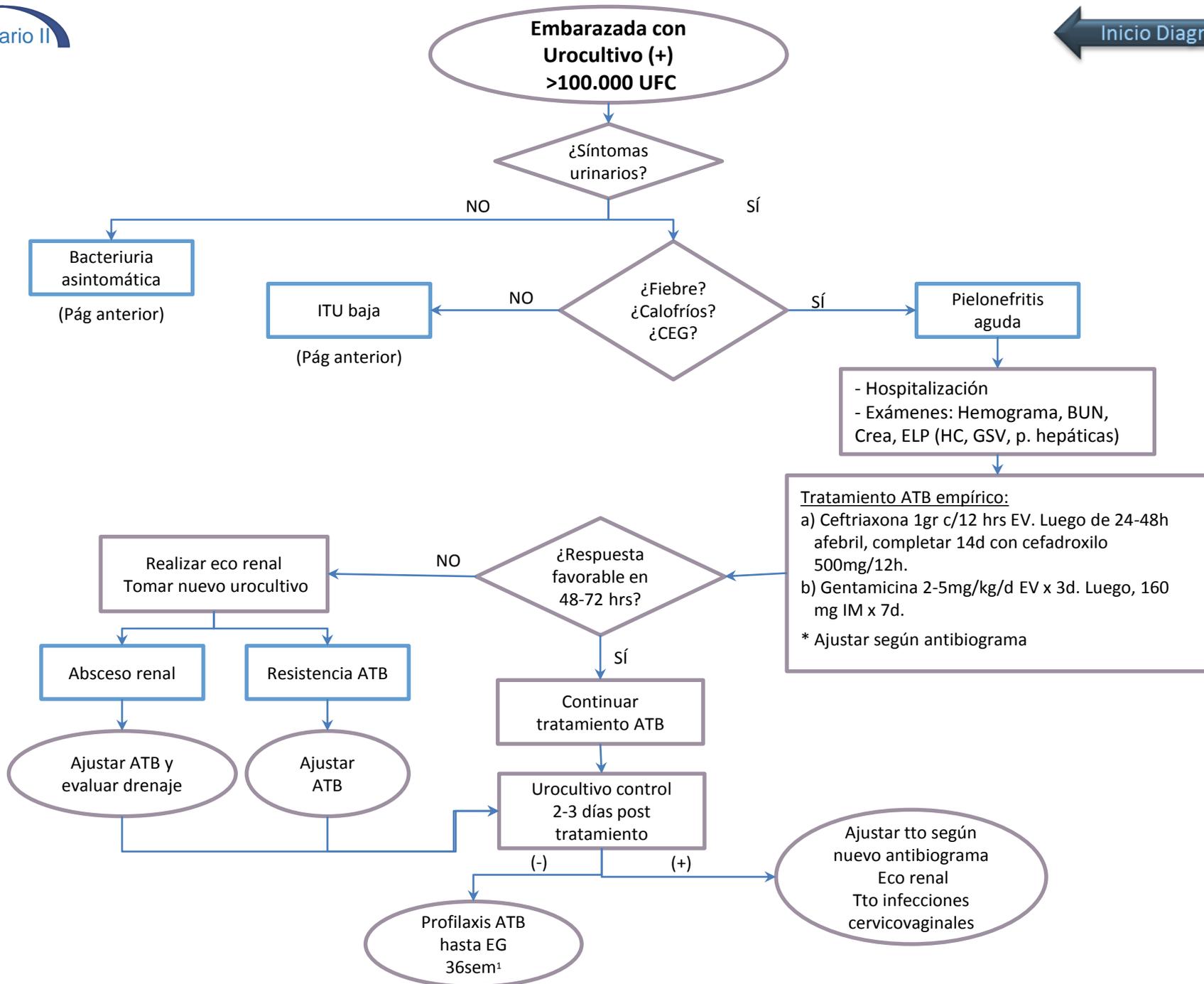
¹ Indicación en caso de mujeres embarazadas sin antecedente personal ni de pareja de VIH (+). Pacientes VIH (+) o con pareja VIH (+) o TAR previo para prevención de transmisión vertical requieren genotipificación viral y ajuste de eventual TAR basal, por lo que deben ser inmediatamente derivados a ARO. / ² Hemograma, PBQ, P. lipídico, Gupo + Rh, Coombs indirecto. / ³ VDRL o RPR, AgsVHB, AcAnticoreVHB, serología VHC, IgM e IgG toxoplasma, chagas, PPD, PAP. / ⁴ Cabergolina 0,25 mg c/12 hr x 2 días





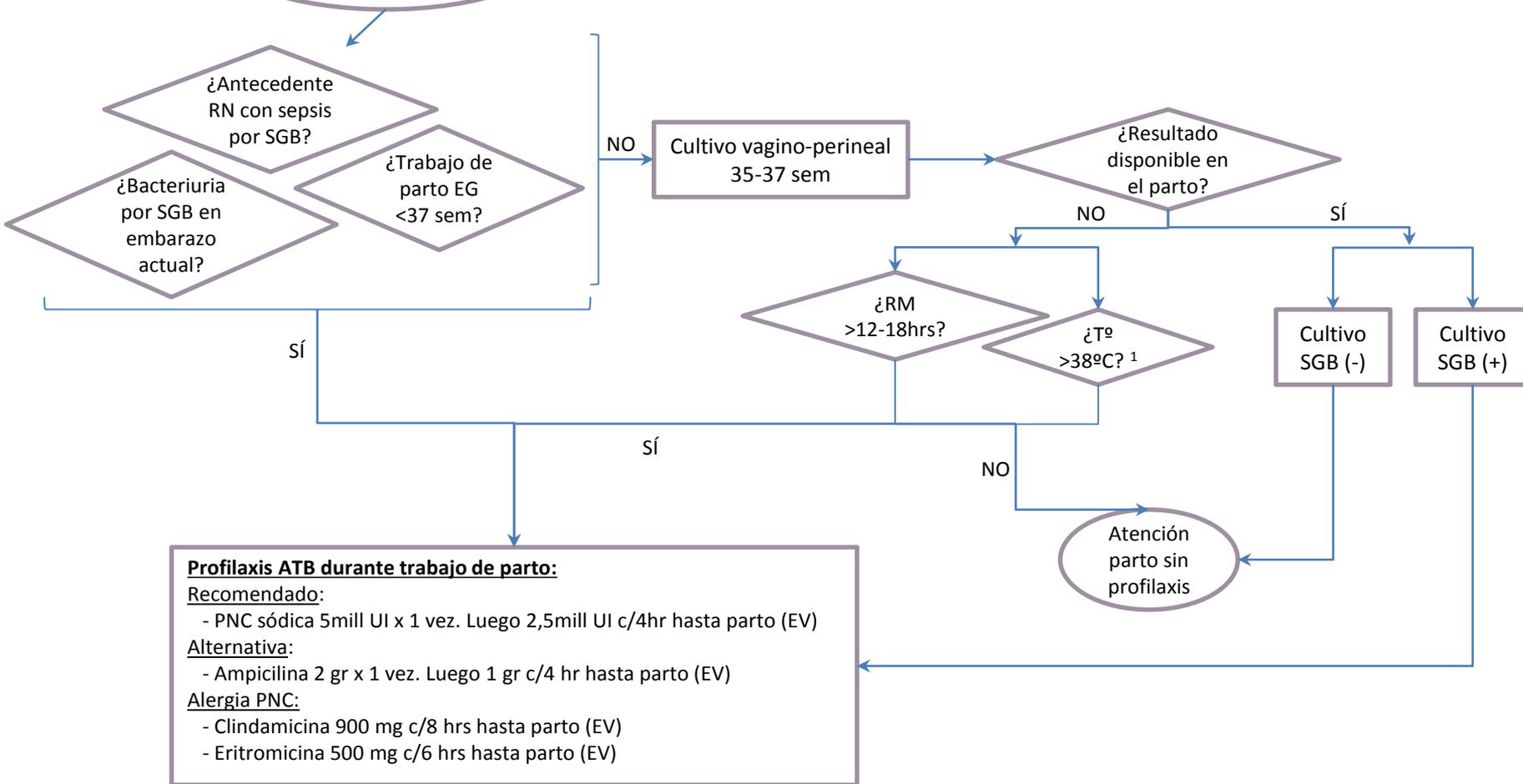
¹ Indicación empírica en caso de no contar con antibiograma. Si disponible, ajustar según resultados.

² Profilaxis ATB: NTF 100mg/día VO ó Cefradina 500mg/día ò Cefadroxilo 500mg/día.



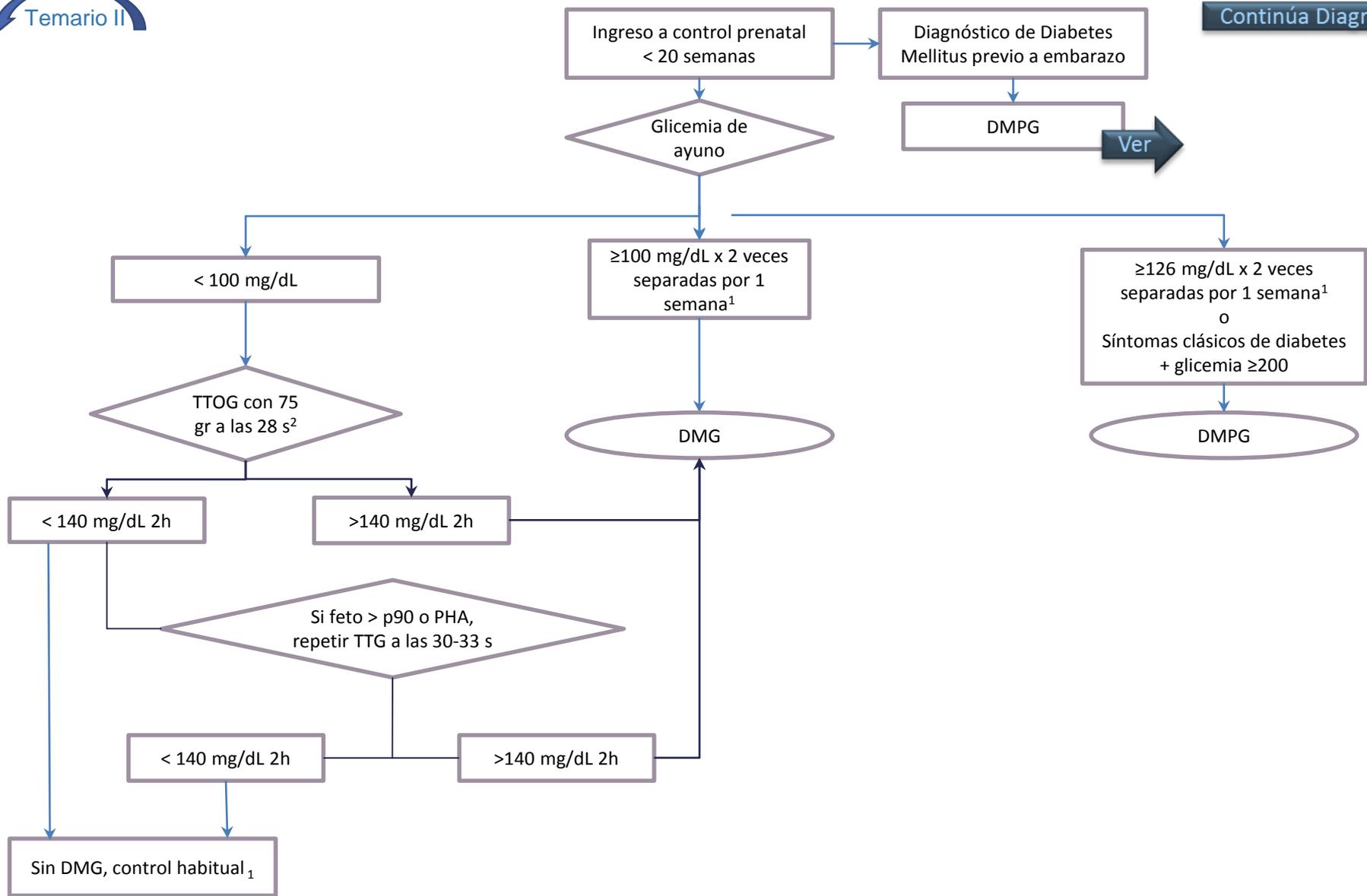
¹ Profilaxis ATB: NTF 100mg/día VO ó Cefradina 500mg/día ò Cefadroxilo 500mg/día.

Prevención enfermedad neonatal por SGB

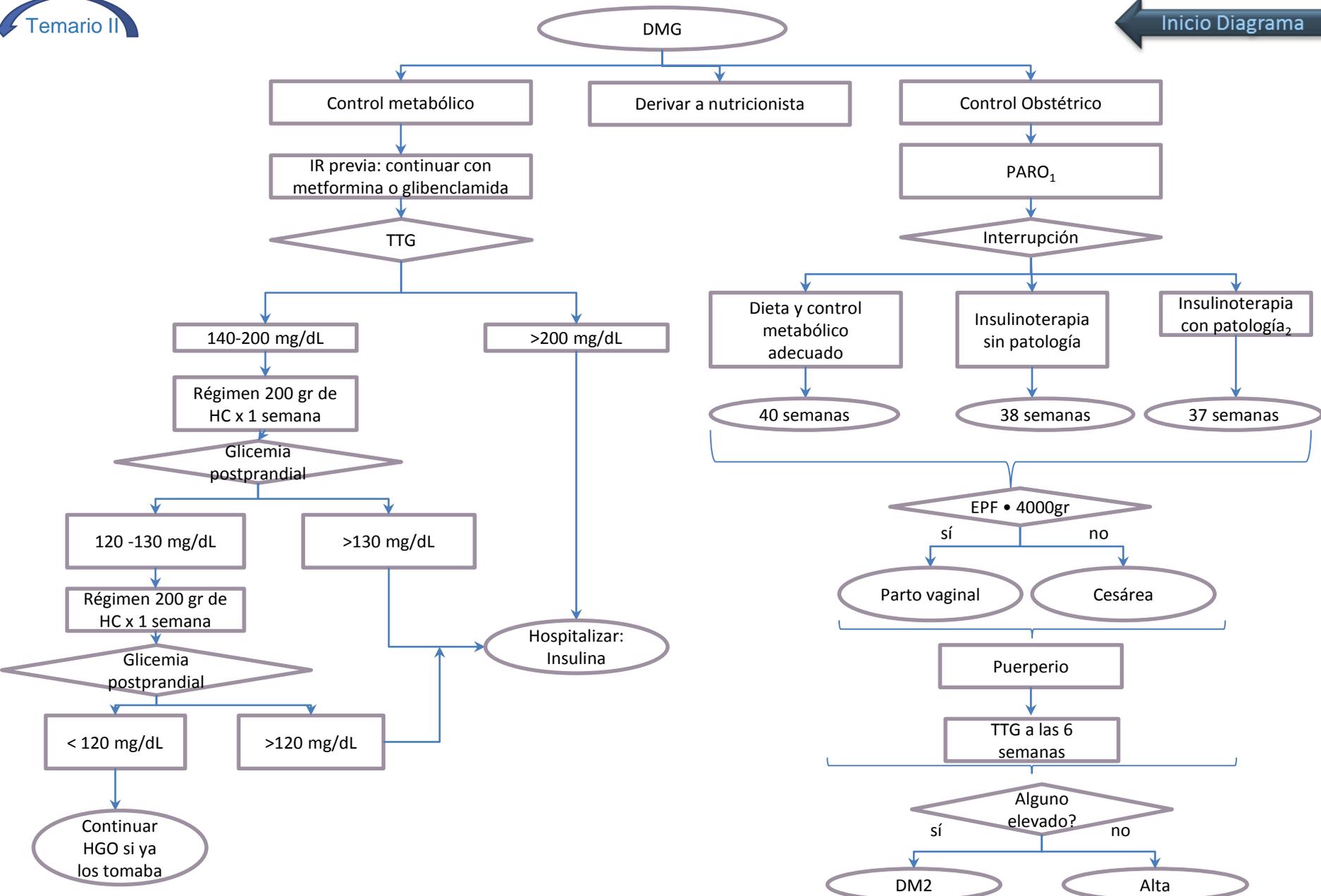


NOTA: Infección por SGB no determina la vía del parto.

¹ Buscar otras fuentes febriles (ej: corioamnionitis)



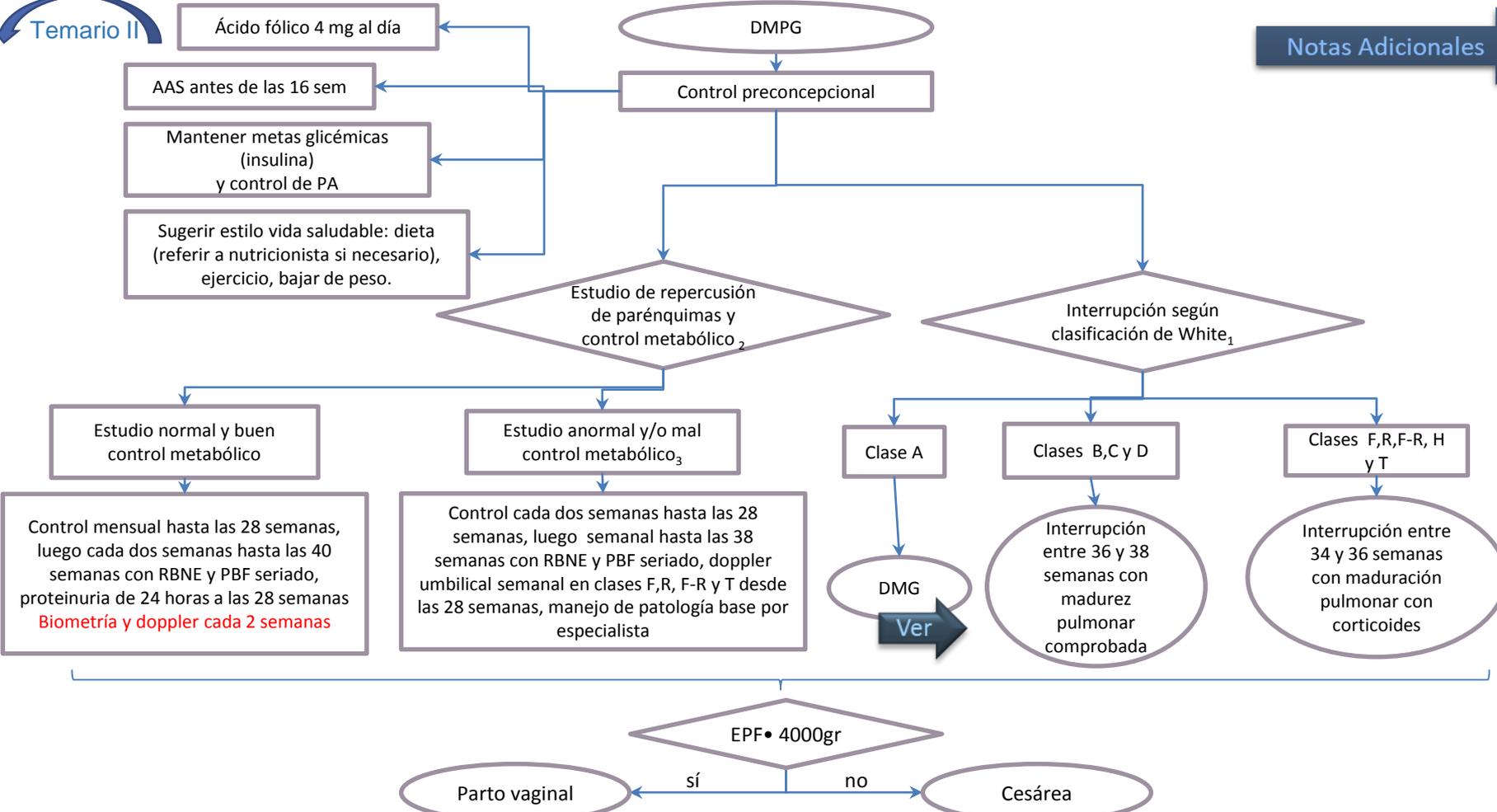
¹ Repetir a la semana sin restricción alimentaria / ² Mujeres que no toleran TTOG o con contraindicación (Qx bariátrica) debe realizarse monitoreo glicemias por 24 hrs y comparar con metas habituales utilizadas para hacer el diagnóstico.



1.- Control mensual hasta las 28 semanas, bisemanal entre 28 y 34 semanas, semanal hasta el término. Estos controles deben incluir cetonuria, pesquisa de bacteriuria asintomática, RBNE semanal desde las 34 semanas, RBNE y/o PBF dos veces por semana en pacientes con requerimiento de insulina.

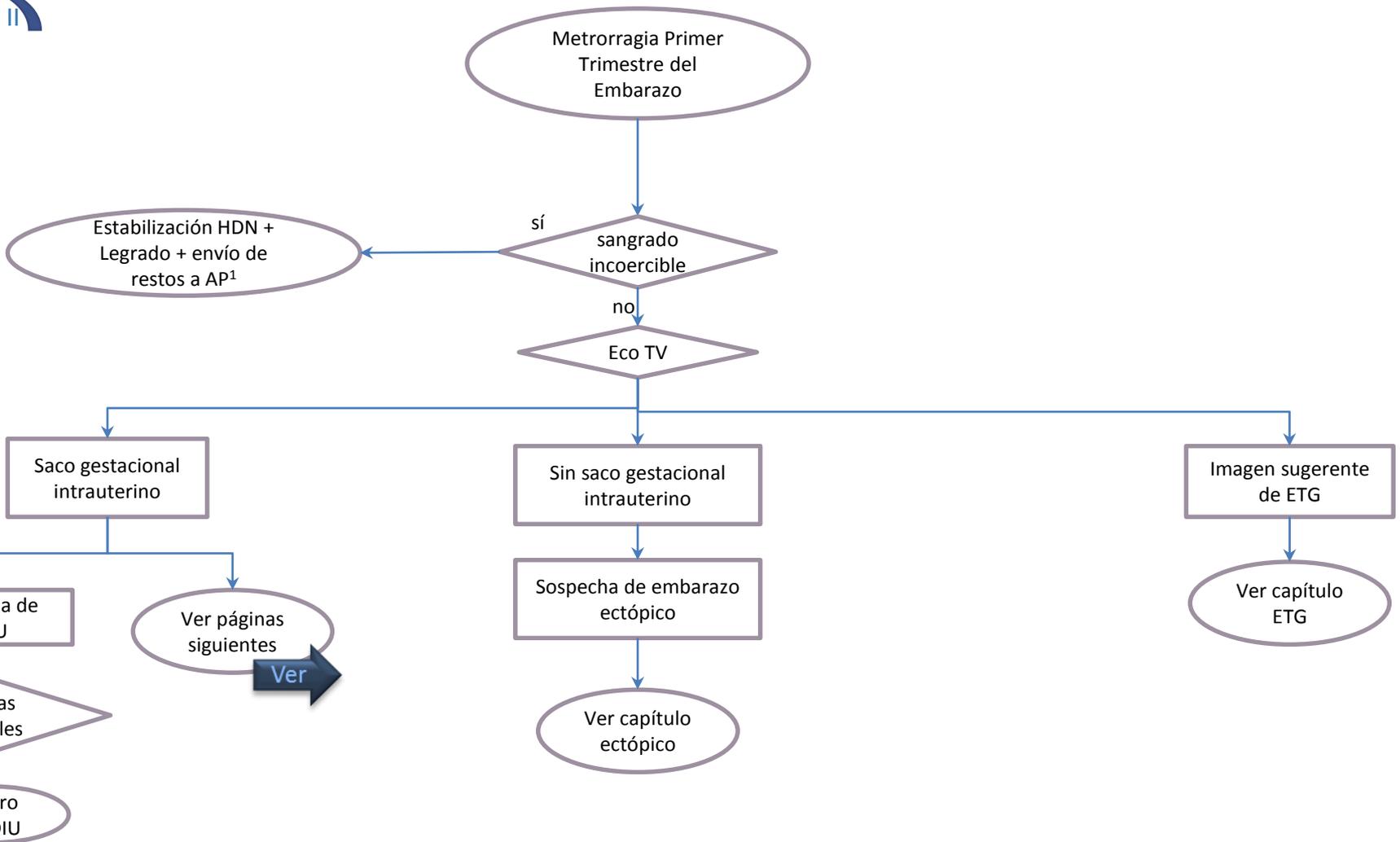
2.- Patología: macrosomía, SHE, mal control metabólico

3.- Con certeza de maduración pulmonar o inducción con corticoides

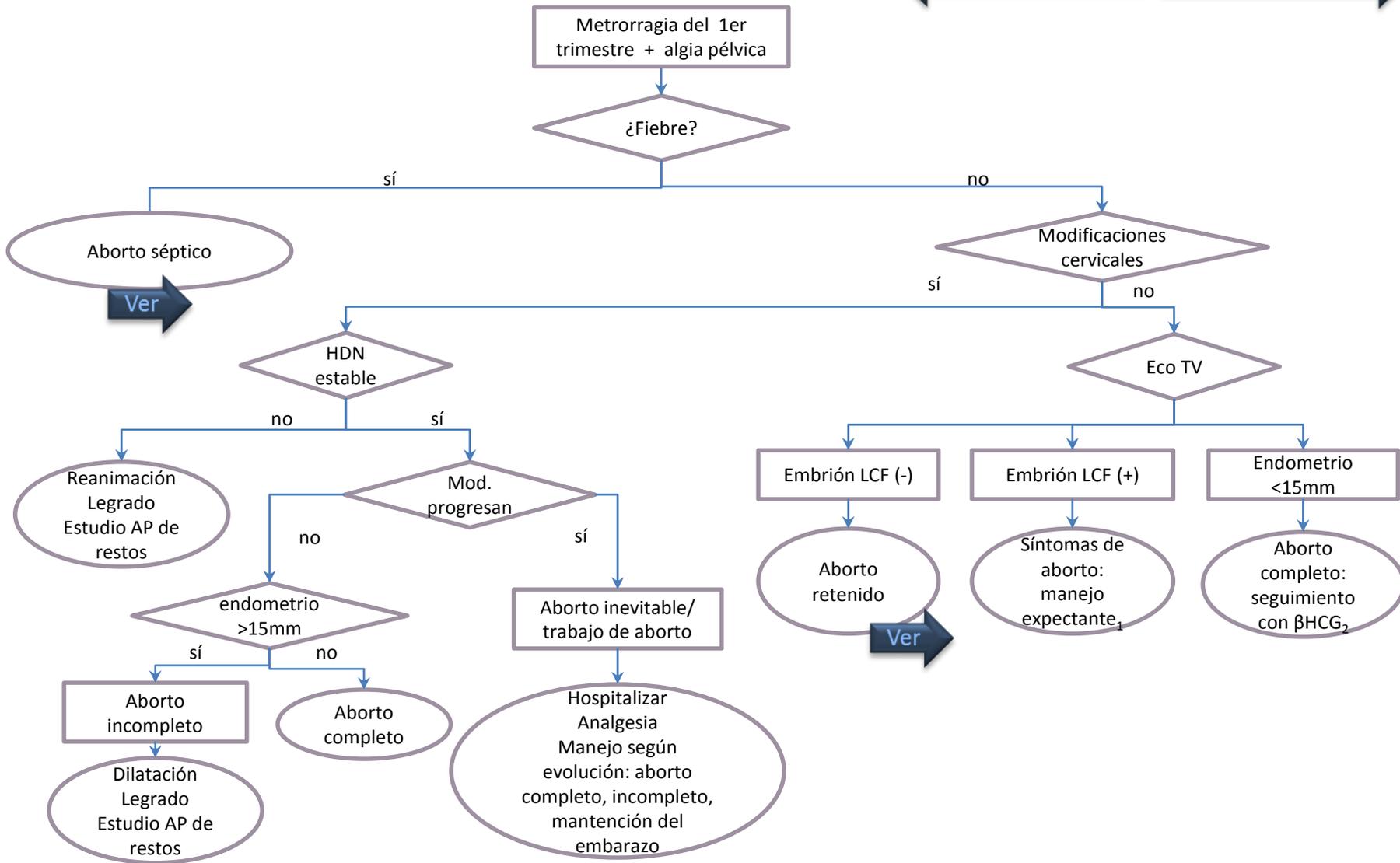


- 1.- Clasificación de White: A: gestacional, B: inicio después de los 20 años, duración menos de 10 años, sin compromiso vascular, C: inicio entre 10 y 19 años, duración 10 a 19 años, sin compromiso vascular, D: inicio antes de los 10 años, duración más de 20 años, con retinopatía basal, F: nefropatía, R: retinopatía, F-R: ambas, H: coronariopatía, T: trasplante
- 2.- Estudio de repercusión de parénquimas: HbA1c, orina completa y urocultivo, proteinuria de 24 horas, BUN y Creatinina, ECG, Fondo de ojo trimestral, TSH
- 3.-Control metabólico : dieta con 200 mg de HC + Insulina y/o metformina o glibenclamida
Objetivos de control metabólico: glicemia de ayunas menor a 90 mg/dL, glicemia postprandial (2 horas) menor a 120 mg/dL, HbA1c menor a 6,5%, Cetonuria y glucosuria (-)
- 4.- Indicaciones de hospitalización
 - mal control metabólico
 - inicio de insulinoterapia
 - patología asociada
 - deterioro de la función renal
 - alteración del bienestar fetal
 - RCIU

	Maternas	Fetales
DMPG	<p>SHE-Preeclampsia Empeoramiento de alteraciones microvasculares (retinopatía, neuropatía, etc) Descompensaciones metabólicas: hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidosis, etc Cesárea-fórceps Puerperio: endometritis puerperal, hemorragia puerperal, tromboflebitis, infección herida operatoria.</p>	<p>Malformaciones fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CV(26%): CIV, miocardiopatía hipertrófica, Fallot, TGA ● SNC(9.5%): Espina bífida, exencefalia, holoprosencefalia, Sd regresión caudal (PATOGNOMÓNICO) ● Genitourinario(7.2%): Duplicación ureteral, agenesia renal, hidronefrosis. ● Digestivo (6%): atresia duodenal, atresia esofágica, hernia diafragmática. <p>Óbito fetal-Aborto PHA-OHA SPP RCIU Macrosomía, retención de hombros y trauma obstétrico Neonatal: Mayor mortalidad. Enfermedad membranas hialinas, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, cardiomiopatía, policitemia.</p>
DMG	<p>Abortos espontáneos SHE Feto GEG PHA ITU Mayor incidencia cesáreas, parto instrumentalizado, Hemorragia postparto Desarrollo DM2 o enfermedad cardiovascular posterior al embarazo</p>	<p>Óbito y muerte neonatal Macrosomía Retención de hombros Policitemia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia e hipocalcemia neonatal Síndrome de Distress Respiratorio (SDR) Mayor riesgo de DM2, hipertensión, síndrome metabólico y obesidad en vida adulta (Hipótesis de Barker)</p>

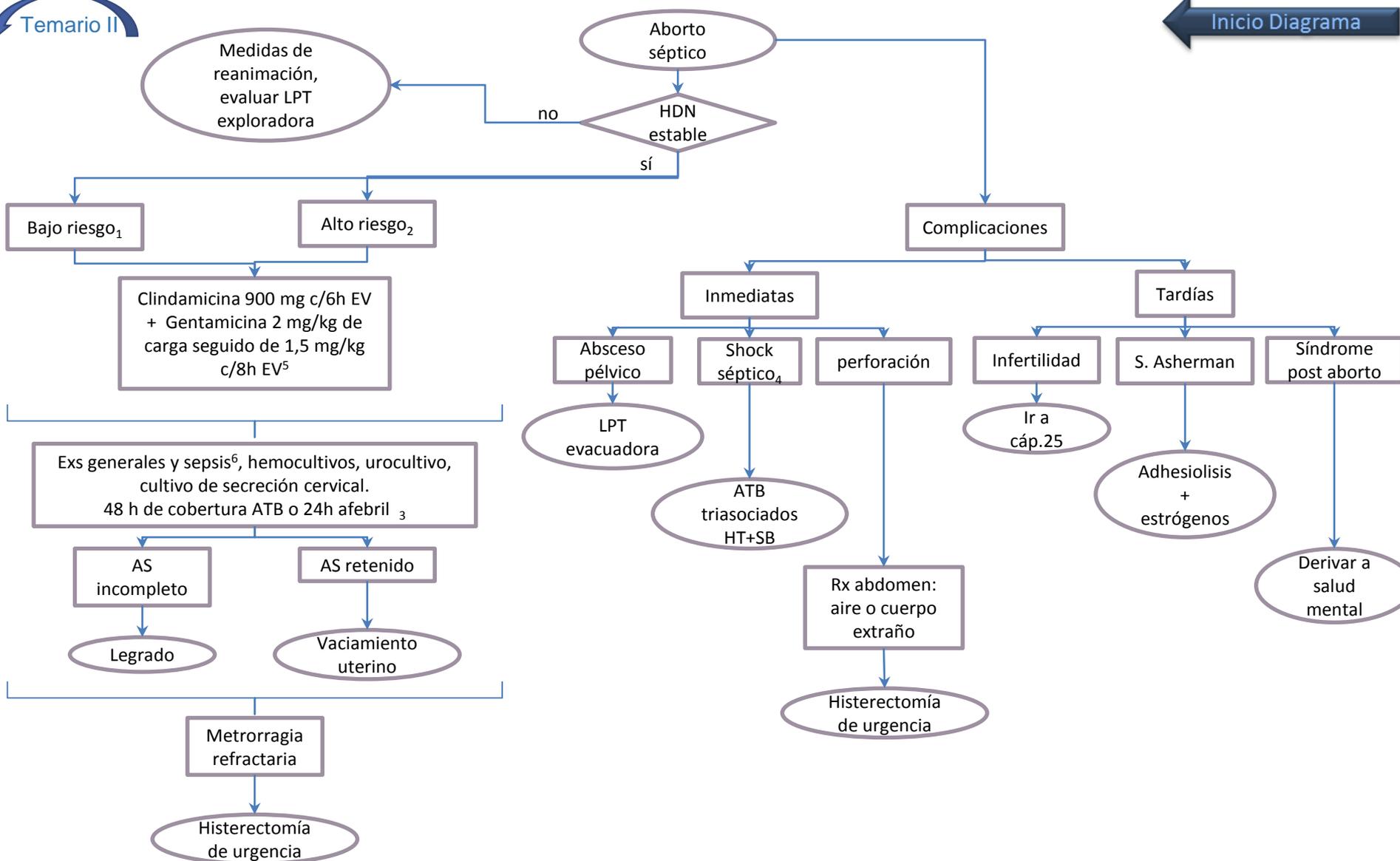


¹Anatomía Patológica



1.- Abstinencia sexual x 10 días+ reposo en cama x 48 horas + viadil 30 gotas cada 8 horas x 3 días. Si ocurre entre 14 y22 semanas cervicometría y parámetros inflamatorios.

2.-βHCG cada una semana hasta que se negativice, si no lo hace o asciende, pensar en embarazo ectópico (cáp 37)



1.- Bajo riesgo: EG menor a 8 semanas, fiebre por menos de 24 horas, sin signos de propagación sistémica

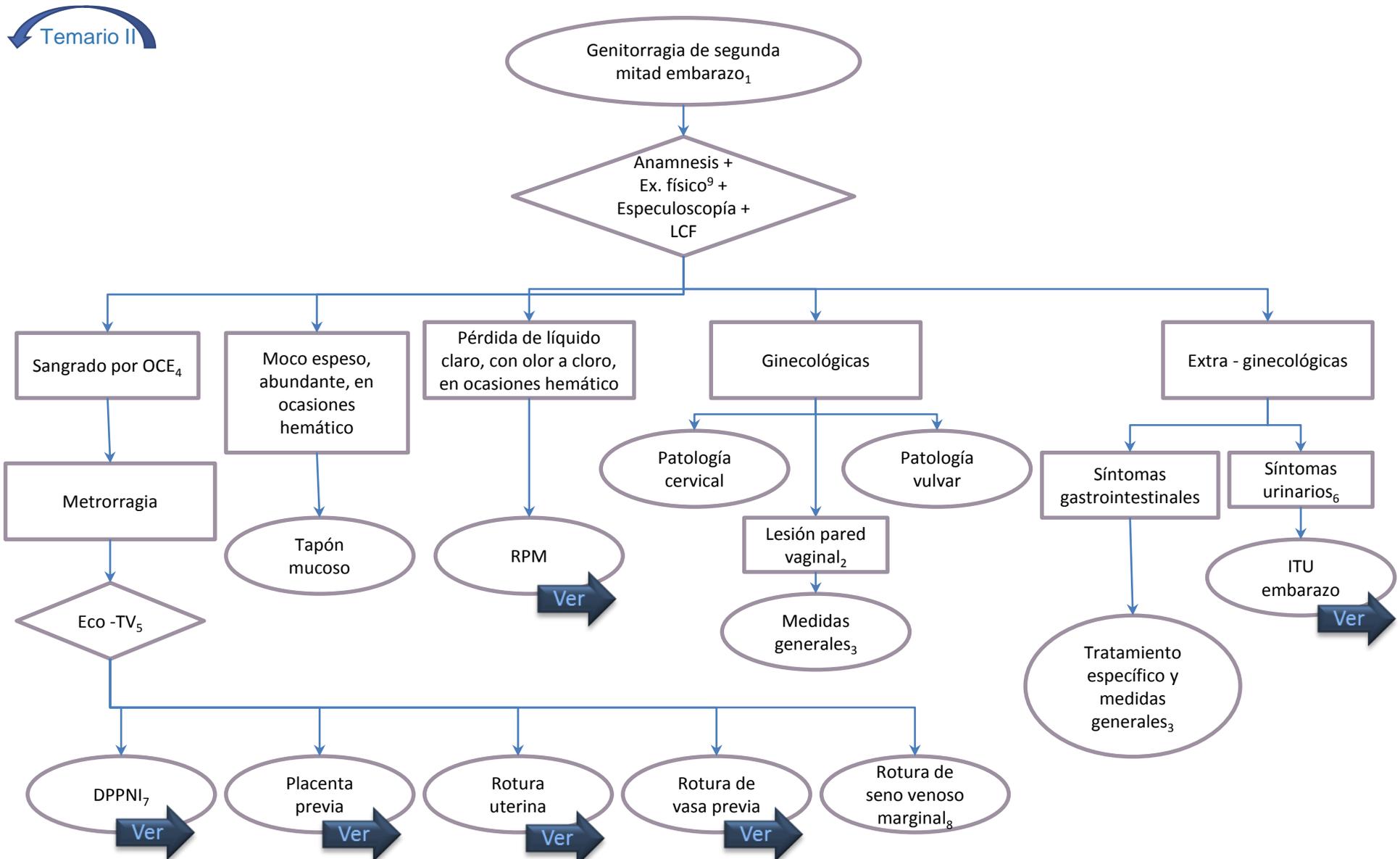
2.- Alto riesgo: EG mayor a 8 semanas, fiebre por más de 24 horas, compromiso anexial, miometrial o peritoneal, flujo purulento por OCE, presencia de DIU, evidencia de maniobras externas

3.- Si la hemorragia es incoercible, no esperar cobertura ATB

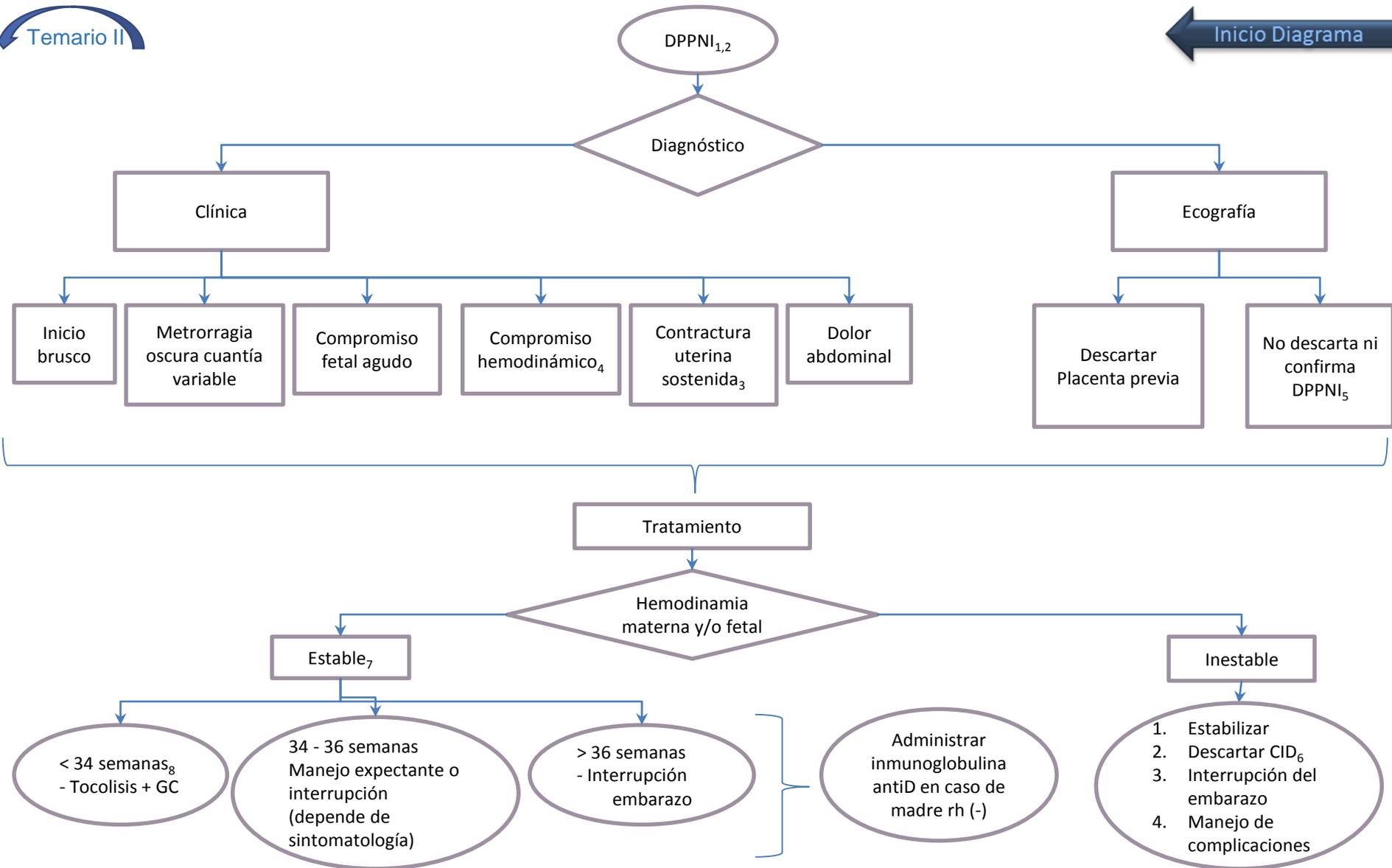
4.- Sospechar frente a aborto séptico asociado a ictericia, mialgias, hemólisis y coluria

5.- Mantener tratamiento ATB EV por al menos 48 hrs afebril, luego completar 10-14 días por VO. Alternativas ATB: Clindamicina + Gentamicina, Clindamicina + Ceftriaxona, Metronidazol + Ceftriaxona

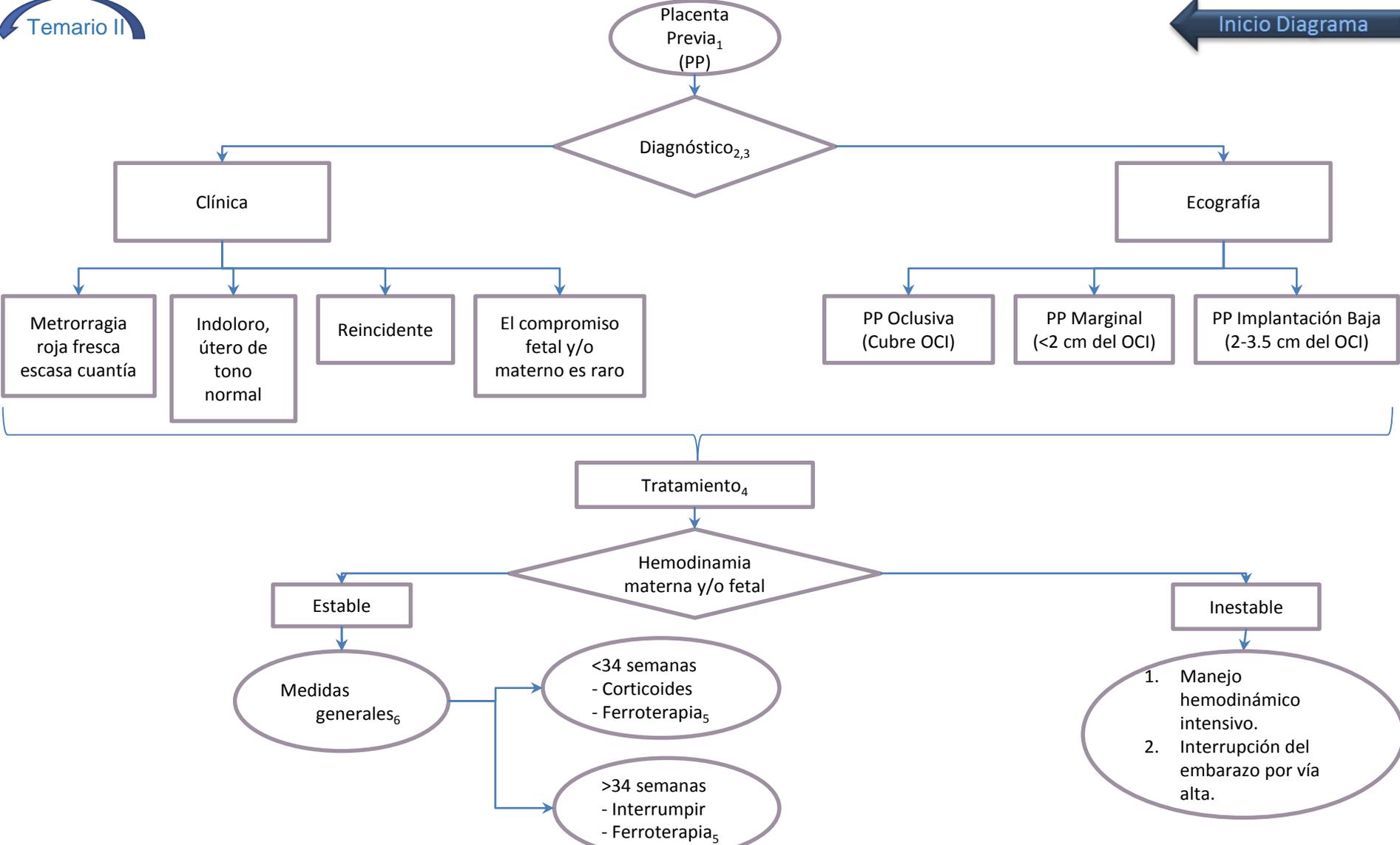
6Lactato, GSA, celldyn, PCR, función renal, ELP, pruebas hepáticas, pruebas de coagulación



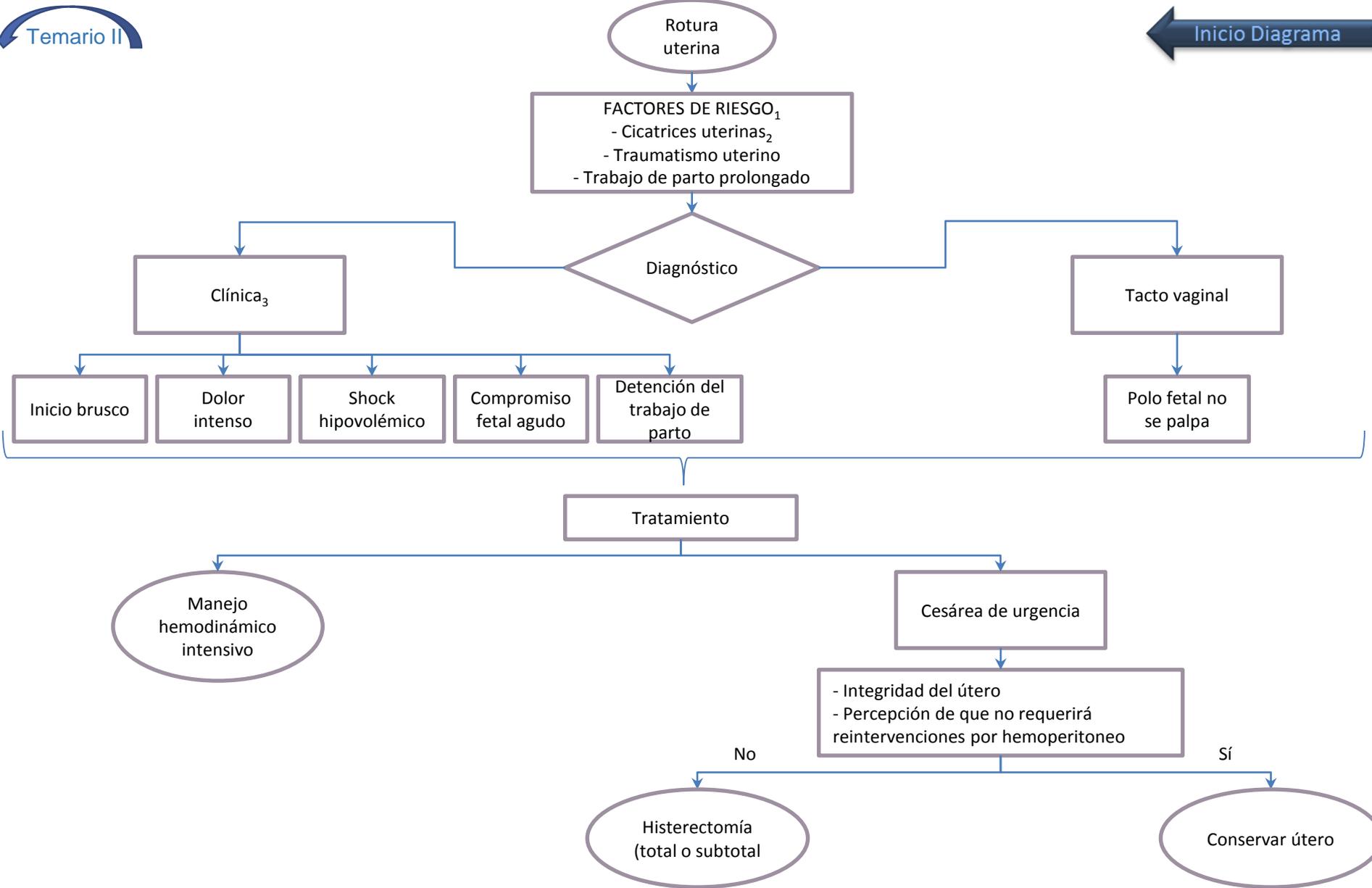
- 1 Si no se logra realizar diagnóstico mejor hospitalizar y observar por 48 horas, si existe bienestar fetal y ausencia de sangrado se da el alta.
- 2 Lesión pared vaginal, preguntar por: Actividad sexual reciente, tacto vaginal reciente y/o trauma reciente.
- 3 Medidas generales: Reposo y abstinencia sexual.
- 4 OCE: Orificio cervical externo.
- 5 Eco-TV: Ecografía transvaginal.
- 6 Síntomas urinarios: Disuria, polaquiuria, tenesmo vesical.
- 7 DPPNI: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- 8 Rotura seno venoso marginal: Sería mas bien un desprendimiento del margen de la placenta, ya que en realidad no existe un seno venoso marginal.
- 9 No realizar tacto vaginal por riesgo de placenta previa



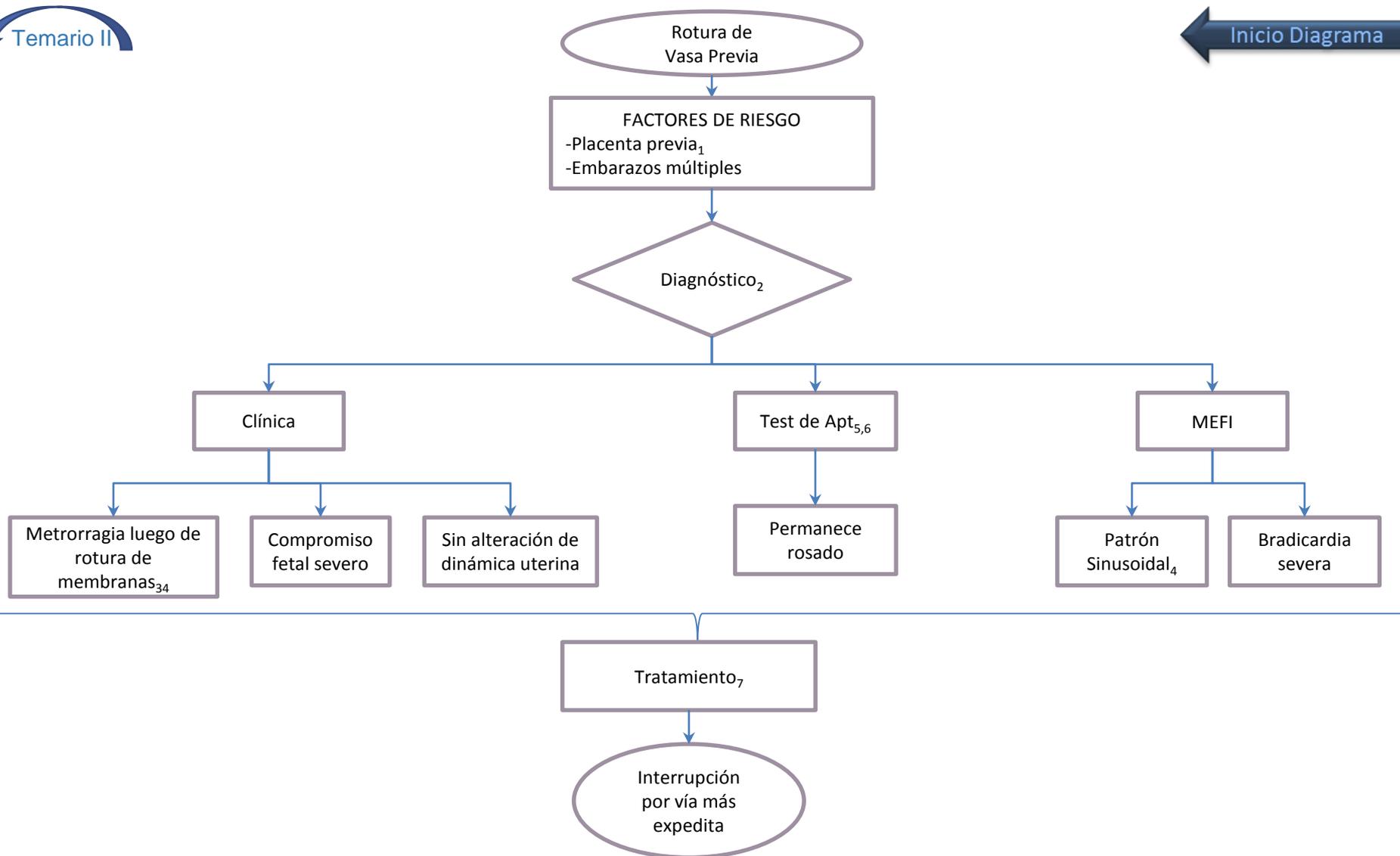
1 DPPNI es la causa más frecuente de metrorragia en segunda mitad del embarazo (0.5-2%)
 2 Factores de riesgo: SHE (especialmente PE e HTACr severa), Traumas abdominales, Descompresión uterina brusca, Tabaquismo, Cocaína, RPM, antecedente de DPPNI.
 3 En la clínica es posible observar una contracción uterina con polisistolía e hipertono en formas graves.
 4 Compromiso hemodinámico no se relaciona necesariamente con magnitud del sangrado, ya que puede existir un coágulo retroplacentario.
 5 En la ecografía es posible determinar la presencia de coágulo retroplacentario que se observa como una imagen retroplacentaria ecorrefringente, heterogénea, que puede aumentar el grosor placentario, con o sin disección de membranas ovulares. Puede evolucionar a ecléncia en la medida en que el coágulo se desorganiza.
 6 En hemodinamia inestable siempre solicitar exámenes de coagulación para descartar Coagulación Intravascular Diseminada (CID): fibrinógeno y pruebas de coagulación..
 7 En hemodinamia estable se realizan de rutina medidas generales y monitorización fetal.
 8 Antes de las 34 semanas se indica tocolisis sólo para inducción de madurez pulmonar ya que algunos pueden evolucionar favorablemente y luego se recuperan.



1 Placenta previa 0,5% embarazos.
 2 Placenta previa es un hallazgo común dentro de la ecografía del segundo trimestre, sin embargo, es necesario realizar control ecográfico a las 28 semanas para definir diagnóstico, pues la placenta parece migrar con el crecimiento uterino. 90% de las placentas previas diagnosticadas antes de las 20 – 24 semanas, se encuentran normoinseratas al término del embarazo.
 3 Factores de riesgo para PP: **Antecedente de cicatrices uterinas, edad materna mayor a 35 años**, multiparidad, antecedente de legrados uterinos, embarazo gemelar, tabaquismo, residencia en altura, miomas uterinos.
 4 Placenta previa asintomática: cesárea electiva a las 37 semanas si es PP Oclusiva. En PP Marginal o de Inserción Baja se puede esperar hasta inicio de trabajo de parto y en ese momento decidir la vía de parto.
 5 Ferroterapia para lograr hematocrito mayor a 28% al momento del parto (siempre y cuando no tenga gatillos transfusionales)
 6 Medidas generales: Soporte materno y monitorización de latidos cardiofetales. Administrar inmunoglobulina antiD en caso de madre RH (-)



1 Rotura uterina se asocia a cesárea anterior, maniobras obstétricas (versión fetal, compresión desmedida de fondo uterino), traumatismos (accidentes automovilísticos, herida a bala o arma blanca) y trabajo de parto abandonado con desproporción céfalo pélvica (DCP).
 2 Cicatriz uterina: corresponde a cesarea previa, miomectomía o cirugía en útero.
 3 La mayoría de las veces es una rotura uterina pequeña, incluso sin clínica. Sin embargo, 1 de cada 3000 partos es catastrófico.



1 Si placenta de inserción baja, siempre descartar vasa previa con ecografía doppler.

2 Factores de riesgo: fertilización in vitro, Placenta previa, inserción marginal del cordón, gestaciones múltiples, placenta bilobulada.

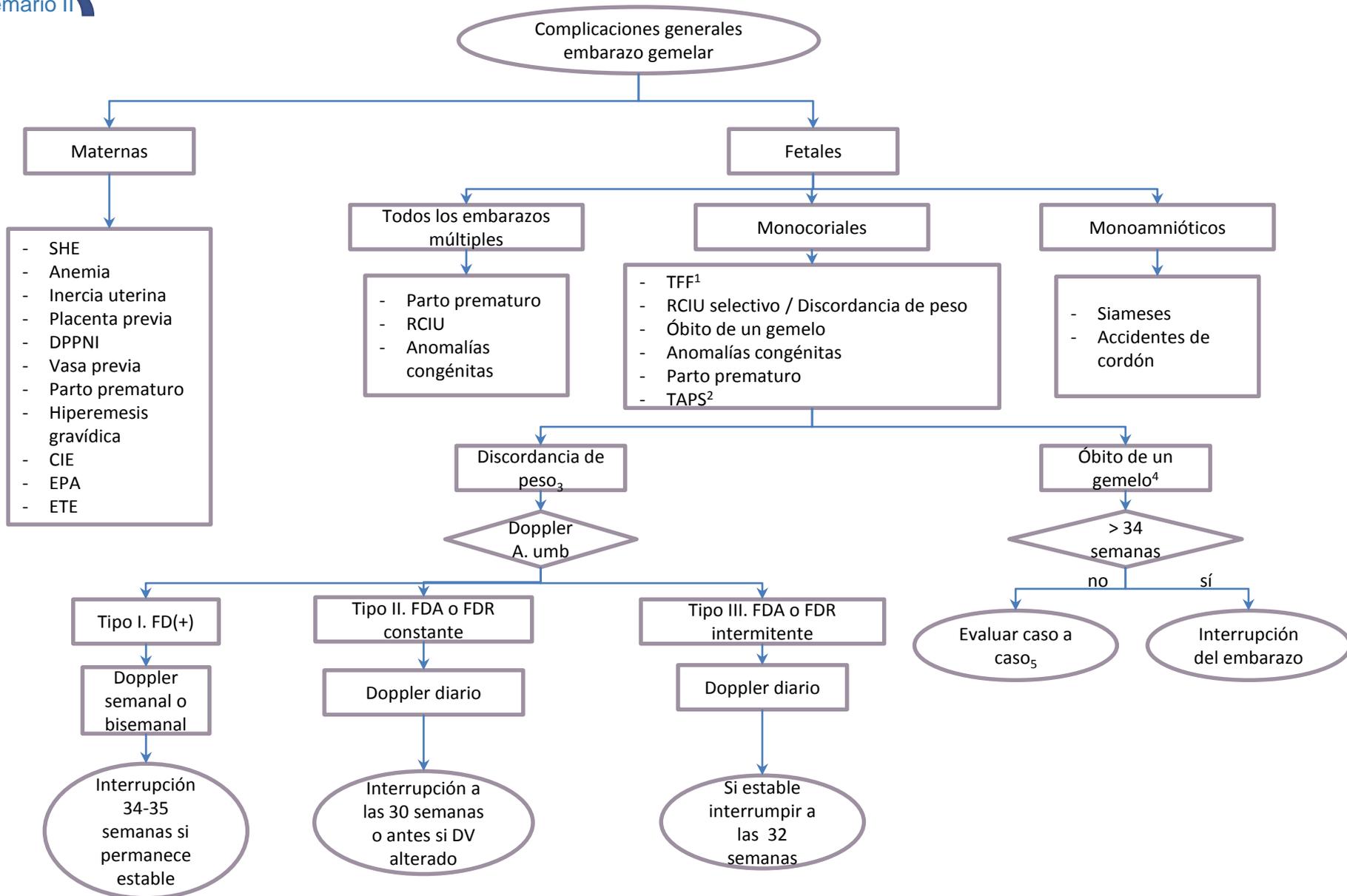
3 Hemorragia es sangre fetal, por lo que se produce compromiso fetal agudo que puede ser severo, llegando incluso a la exanguinación fetal, esto pues el volumen de sangre de un feto de término es aprox. 250cc.

4 Patrón sinusoidal refleja anemia fetal

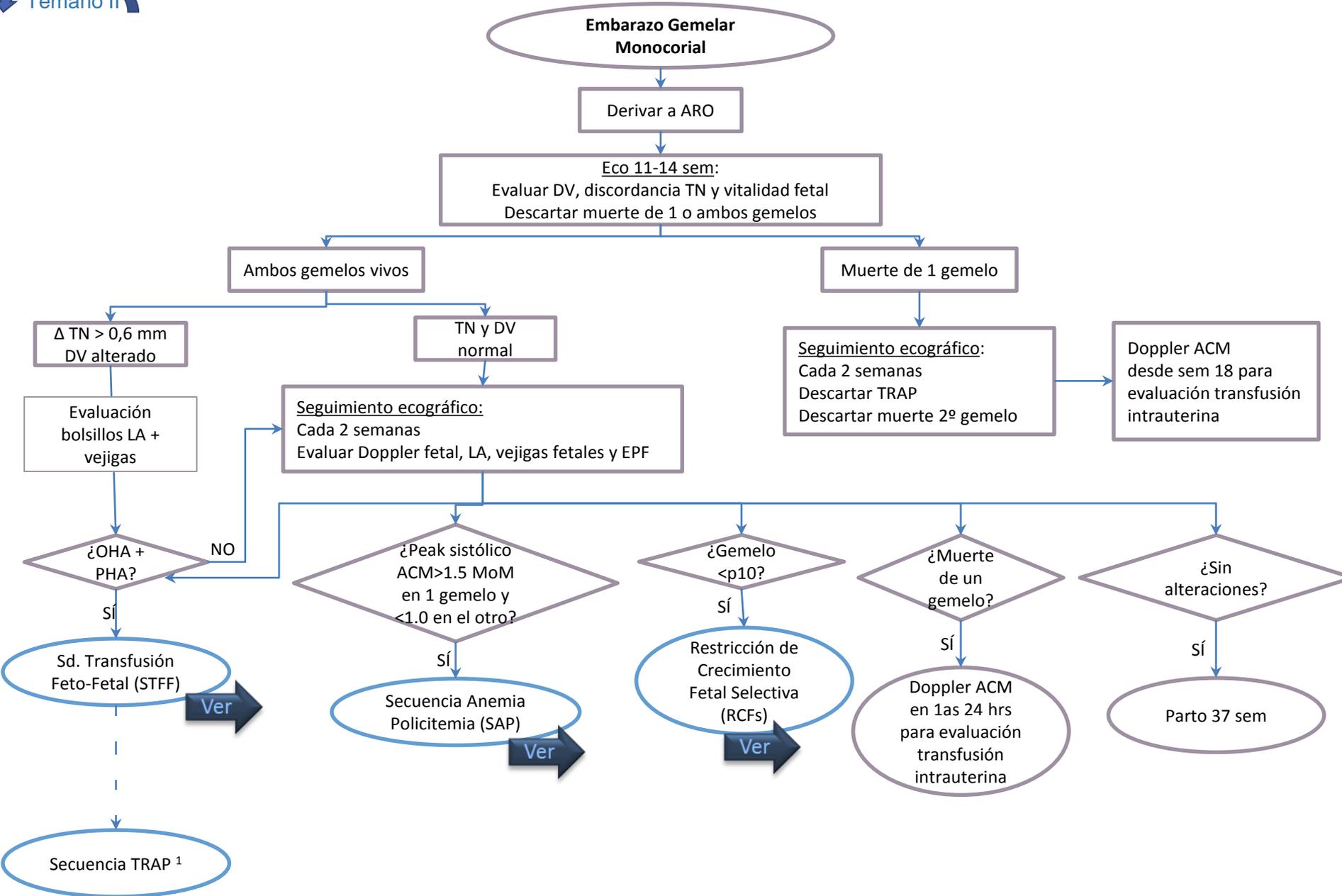
5 En un tubo de ensayo se colocan 5ml de agua + 5 gotas KOH + 3 gotas de sangre vaginal. Si positivo permanece rosado, si negativo viraje a amarillo - verdoso. Permite evidenciar si sangre pertenece a madre o hijo (rosada)

6 Rara vez hay tiempo para realizarlo, no esperar el resultado para tomar medidas.

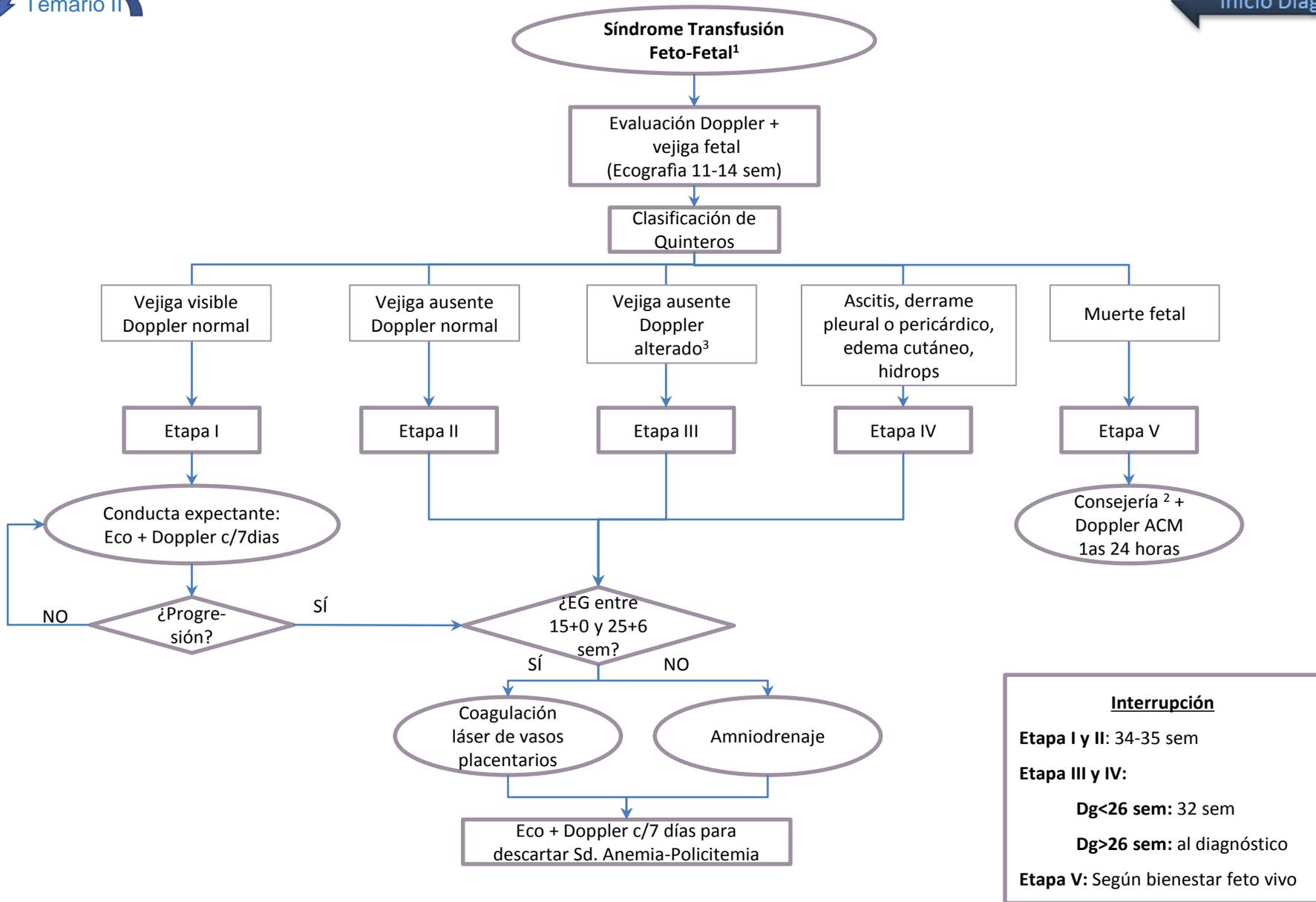
7 Mayoría de las veces el sufrimiento fetal es tan agudo que el diagnóstico sólo se confirma luego de haber realizado la interrupción de emergencia.



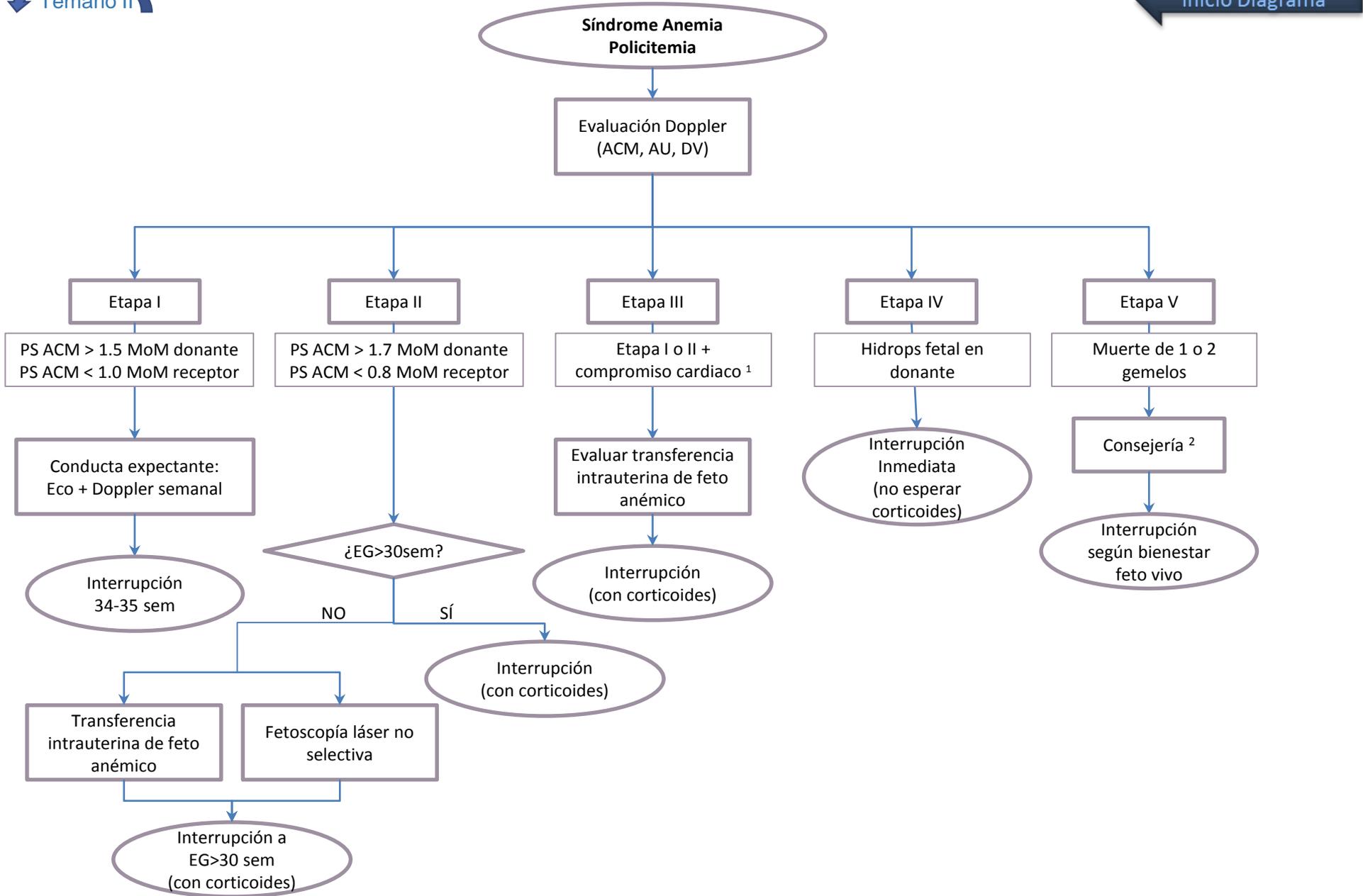
1.- Transfusión feto-fetal/ 2.- Síndrome anemia policitemia /3.- $[(\text{peso de gemelo mayor} - \text{peso gemelo menor}) \times 100] / \text{peso gemelo mayor} > 25\%$ con feto más pequeño creciendo bajo p10 / 4.- En embarazos bicoriales es relativa la indicación de interrupción, si tiene más de 37 semanas o alguna otra patología materna-fetal podría interrumpirse, en el caso de los monocoriales, la descompensación hemodinámica del feto sobreviviente es grave, siempre considerar la administración de GC, MgSO₄, etc. / 5.- Se ha intentado estimar el compromiso del gemelo vivo con doppler de ACM para medir la velocidad de flujo durante el sístole y así detectar anemia fetal que podría tratarse con transfusión por cordocentesis, los resultados muestran aumento en sobrevida pero sin diferencias en outcome neurológico (Quarello y cols, 2008)



¹ Situación extrema del STFF, en que existe flujo retrógrado desde la arteria umbilical del gemelo bombo hacia la arteria umbilical del gemelo receptor. El traspaso de sangre poco oxigenada al gemelo receptor altera el desarrollo de la cabeza, corazón y EESS (gemelo acardio)



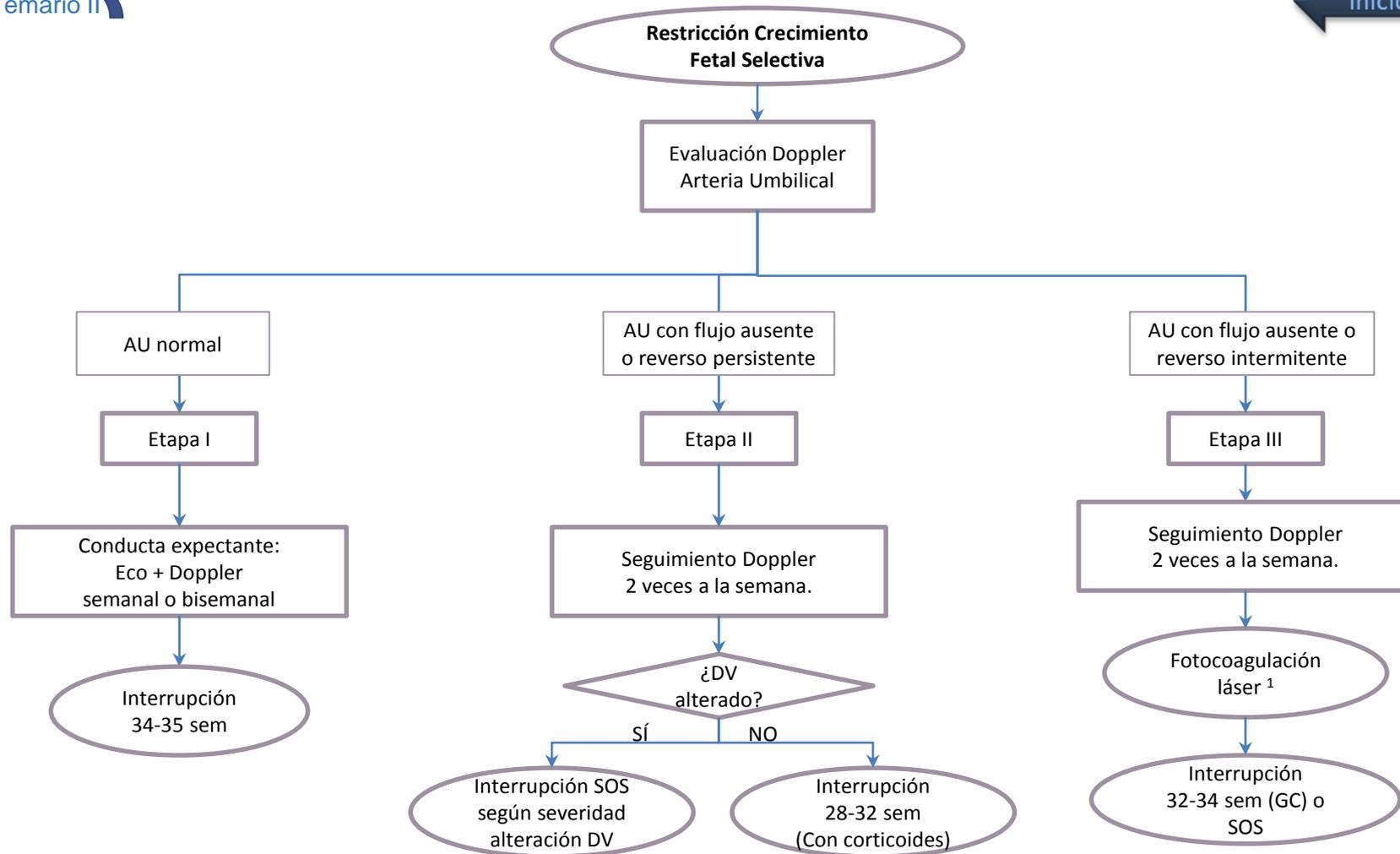
1.- Es una entidad de diagnóstico ecográfico antenatal que requiere la presencia de oligoamnios (bolsillo vertical máximo BVM ≤ 2cms) y polihidramnios (BVM ≥ 8 cms) en el feto donante y receptor respectivamente, con disminución o ausencia de visualización de la vejiga del feto donante. / 2.- 10% muerte de co-gemelo, 20% riesgo de secuela neurológica. / 3.- arteria umbilical con flujo ausente/reverso al fin de diástole, ductus venoso con flujo reverso, vena umbilical con flujo pulsátil.



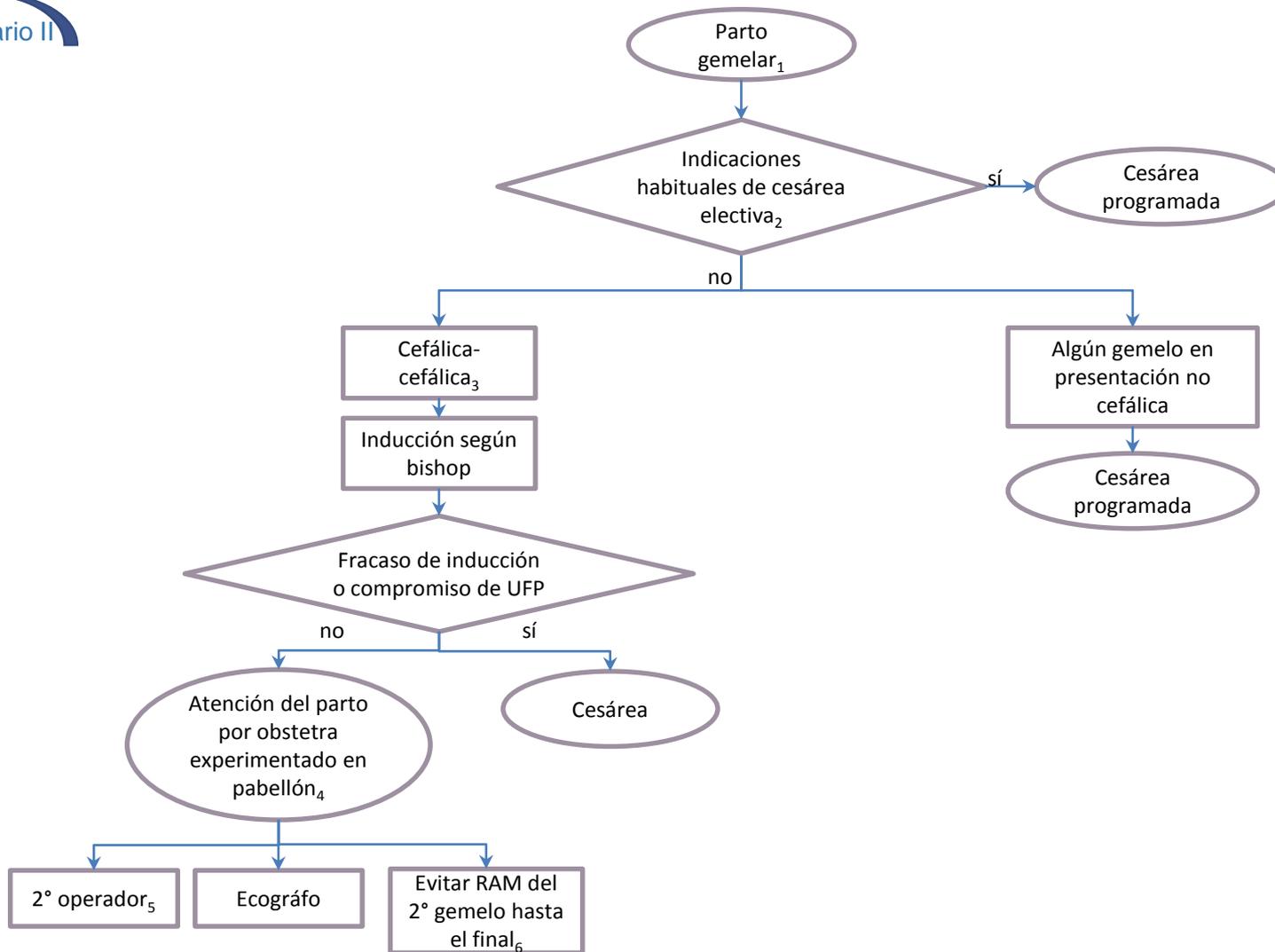
PS ACM: Peak sistólico Arteria Cerebral Media

¹ Doppler anormal: flujo diastólico ausente o reverso de la arteria umbilical, flujo pulsátil de la vena umbilical, IP aumentado o flujo reverso del ductus venoso

² 10% muerte co-gemelo, 20% riesgo de secuela neurológica



¹ Fotocoagulación láser destinada a mejorar sobrevida de gemelo sano.



1.-Interrupción 37-38 semanas en ausencia de complicaciones

2.- Cesárea previa, PPO, malformación de uno o ambos fetos con indicación de cesárea, siameses, gemelos monoamnióticos, embarazo con más de 2 fetos, 1er feto NO cefálica

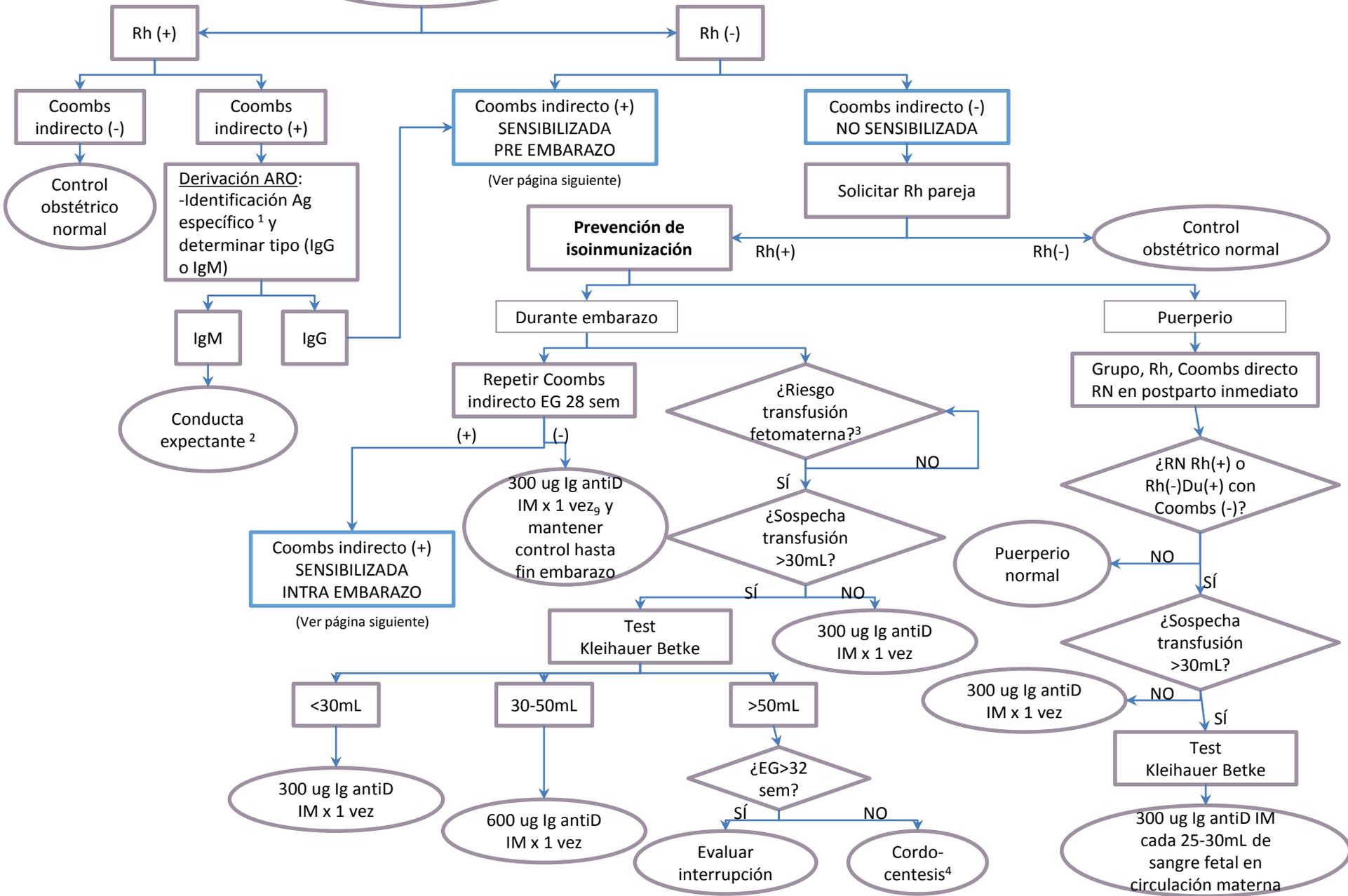
3.-Twin birth study: sin beneficios para cesárea programada comparada con parto vaginal programado para el parto de gemelos entre 32 y 38 semanas de gestación, si el primer gemelo está en cefálica, por lo que eventualmente podría permitirse un parto cefálica- otra presentación, sin embargo, esto no se realiza de rutina en nuestro país.

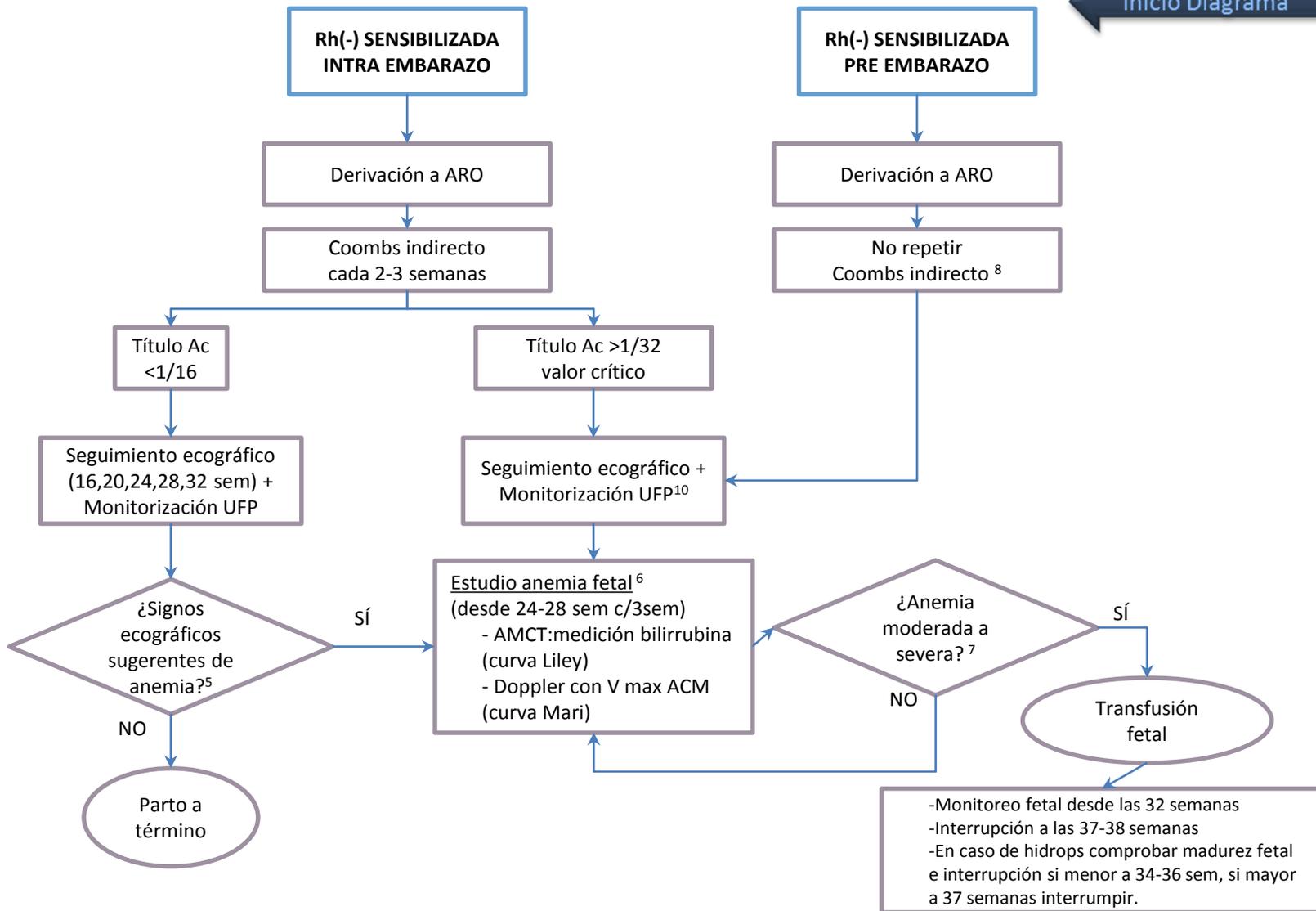
4- El parto debe ser atendido en pabellón por el riesgo de cesárea de urgencia para ambos fetos o sólo para el segundo gemelo.

5.- Para orientar por vía abdominal

6.-Por el riesgo de prolapso de cordón

Rh y Coombs indirecto en 1r control

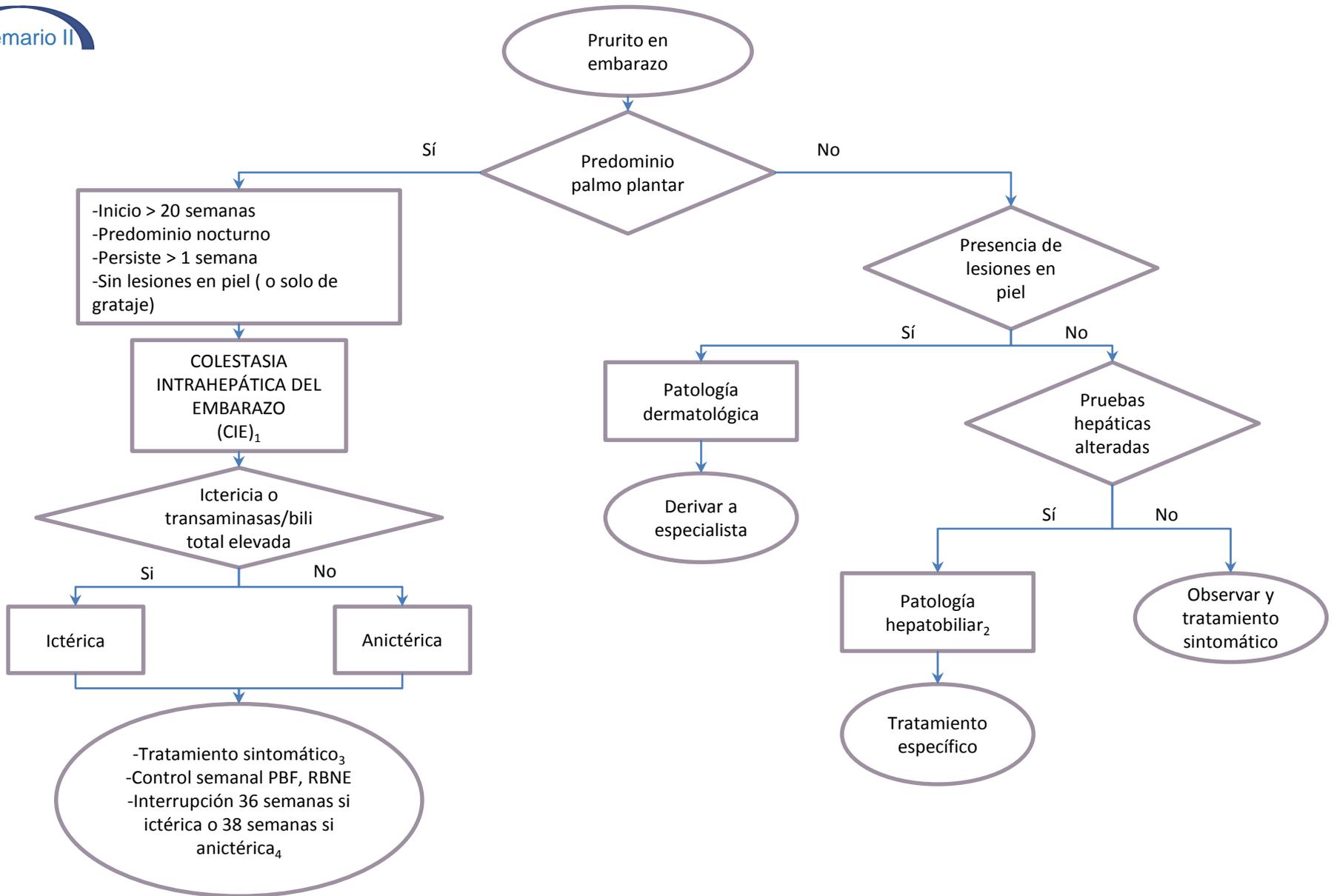




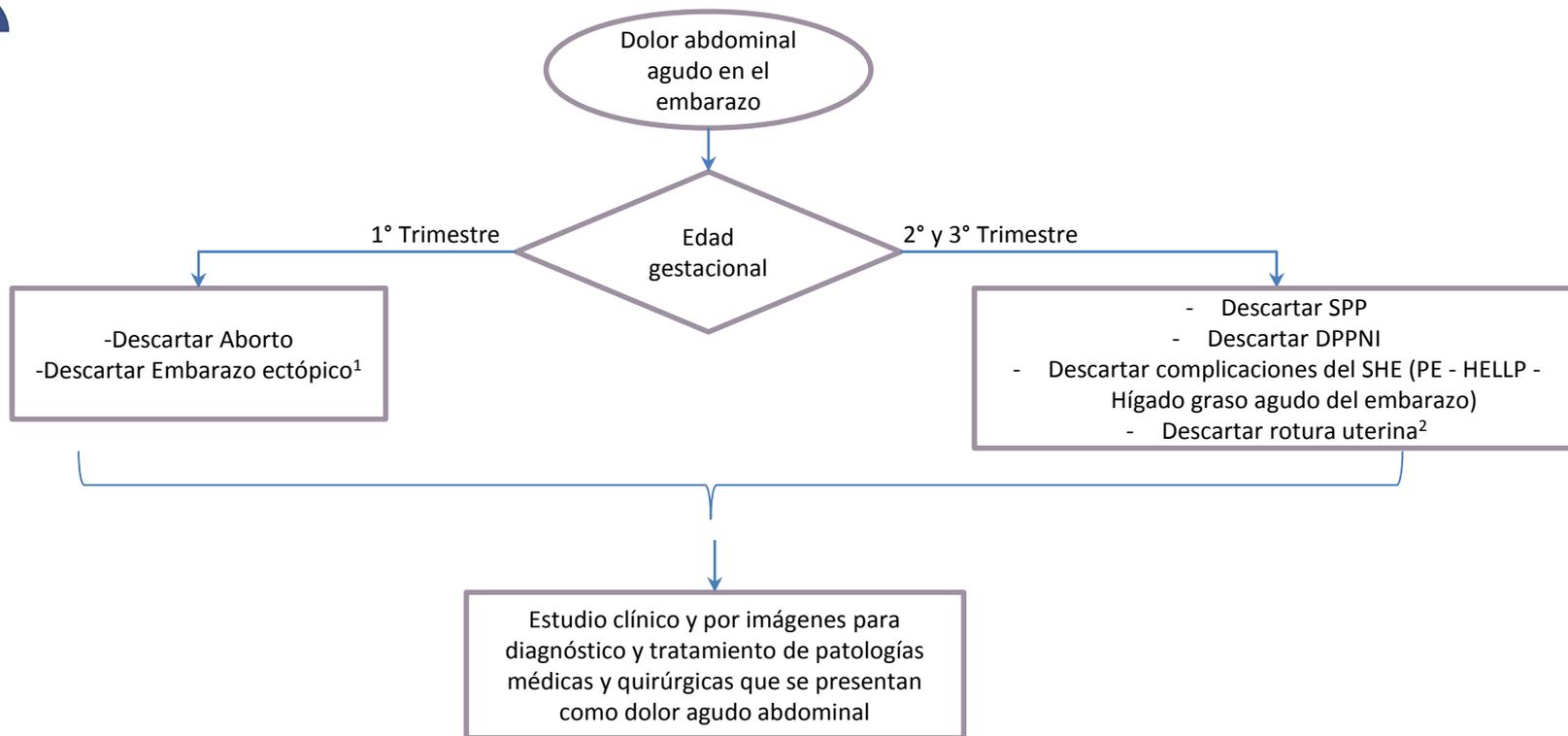
¹ Anticuerpos asociados a enfermedad hemolítica perinatal: ABO, Rh, Kell, Duffy, c, S. / ² IgM son de alto peso molecular, por lo que no atraviesan la placenta / ³ FR: Aborto o amenaza de aborto, embarazo ectópico, MOLA hidatiforme, procedimientos invasivos (AMCT, cordocentesis, biopsia de vellosidades, etc), trauma abdominal, metrorragia 2ª mitad embarazo. /

⁴ Cordocentesis para conocer grupo ABO, Rh y Hcto fetal y con ello evaluar indicación de transfusión fetal. / ⁵ Signos: circulación hiperdinámica, aumento de flujo en territorio venoso, disfunción cardíaca con aumento de PAD, efusión pericárdica, cardiomegalia, hepatomegalia, ascitis, hidrops, PHA, grosor placenta >5cm. / ⁶ AMCT: Amniocentesis; V max ACM: velocimetría Doppler peak sistólico de arteria cerebral máxima (peak sistólico aumenta cuando la hemoglobina fetal disminuye) Doppler es más sensible y específico que AMCT / ⁷ Curva de Liley para EFM de LA cae en B alta o C, o velocimetría doppler ACM cursa por encima de 1,5 MoM para una determinada EG. /

⁸ En la Sensibilización pre embarazo no existe una relación lineal entre títulos de Ac y gravedad de la enfermedad hemolítica perinatal / ⁹ MINSAL no lo recomiendo (por efectos de costo-efectividad. Esta profilaxis disminuye riesgo de 1-2% a uno de 0.1% de isoimmunización durante embarazo. / ¹⁰ MINSAL recomienda en caso de primer embarazo afectado seguimiento ecográfico semanal desde las 24 semanas y en caso de sensibilización pre embarazo seguimiento semanal desde las 18 semanas.



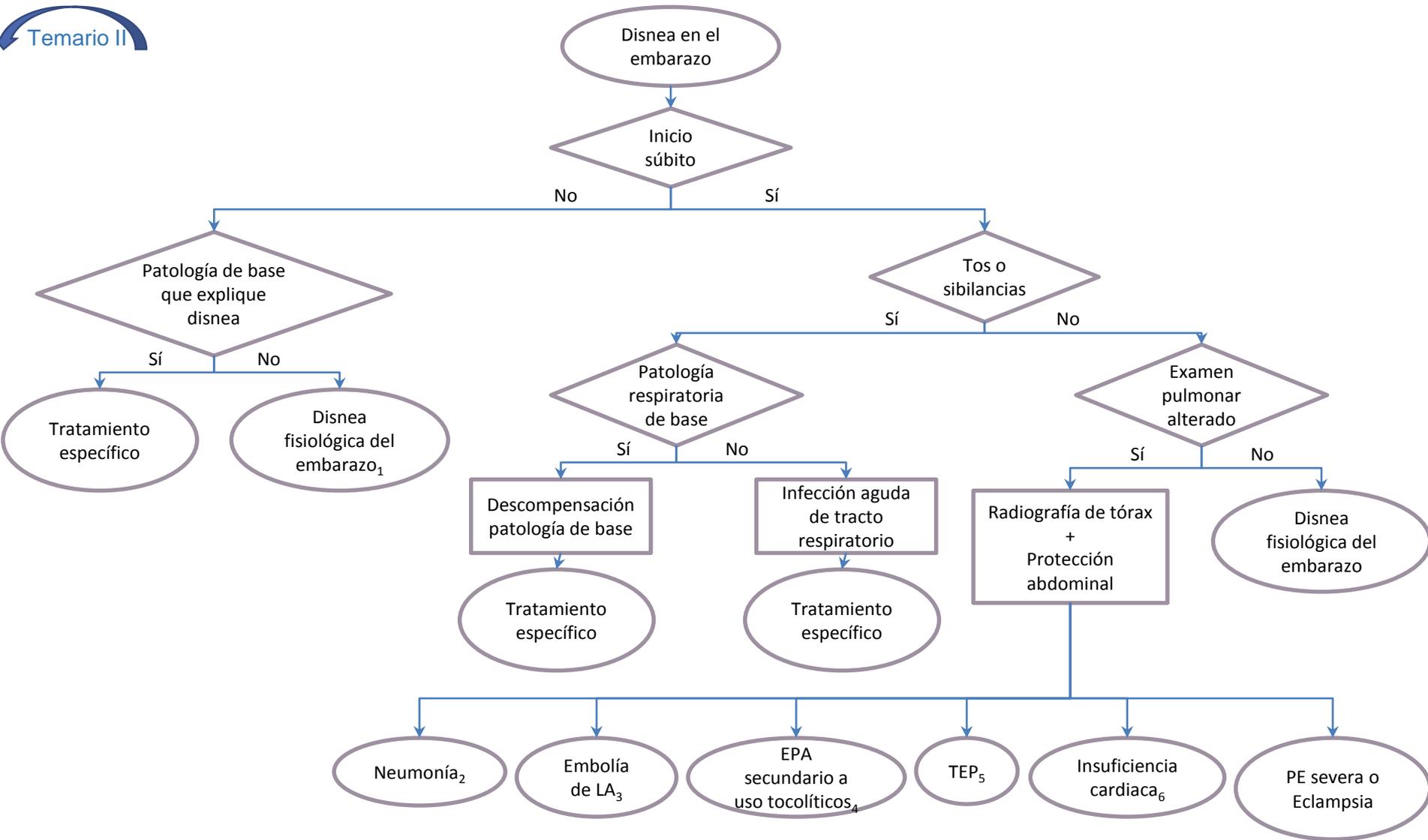
- 1 El diagnóstico de CIE es 100% clínico. Los exámenes de laboratorio son principalmente para descartar otra patología o para cuantificar ictericia. Los exámenes de laboratorio NO son patognomónicos, pudiendo tener pruebas hepáticas normales o transaminasas discretamente elevadas. NO se recomienda la medición de sales biliares en clínica habitual.
- 2 Hepatopatías del embarazo: hiperémesis gravídica, Colestasia intrahepática del embarazo, Preeclampsia severa, HELLP, NASH, hígado graso. También existen otras patologías hepatobiliares que hay que descartar, como hepatitis, coledocolitiasis, entre otros.
- 3 Tratamiento sintomático: se utilizan Antihistamínicos (hidroxicina 25 mg cada 6-8 hrs o clorfenamina 4 mg en la noche) y Ácido Ursodeoxicólico (mejora flujo biliar, disminuye prurito en aprox 60% pacientes, es probable que su uso disminuya el riesgo perinatal de CIE, por lo que se discute si usarlo en todas las pacientes).
- 4 Interrupción según presencia o ausencia de ictericia. Se prefiere vía vaginal, a través de inducción, a excepción de vía vaginal contraindicada o inducción fracasada en cuyos casos se realizará cesárea. De tener alteración de la unidad feto-placentaria se deberá interrumpir de forma inmediata. En CIE Anictérica, sobre las 38 semanas aumenta riesgo de óbito fetal.



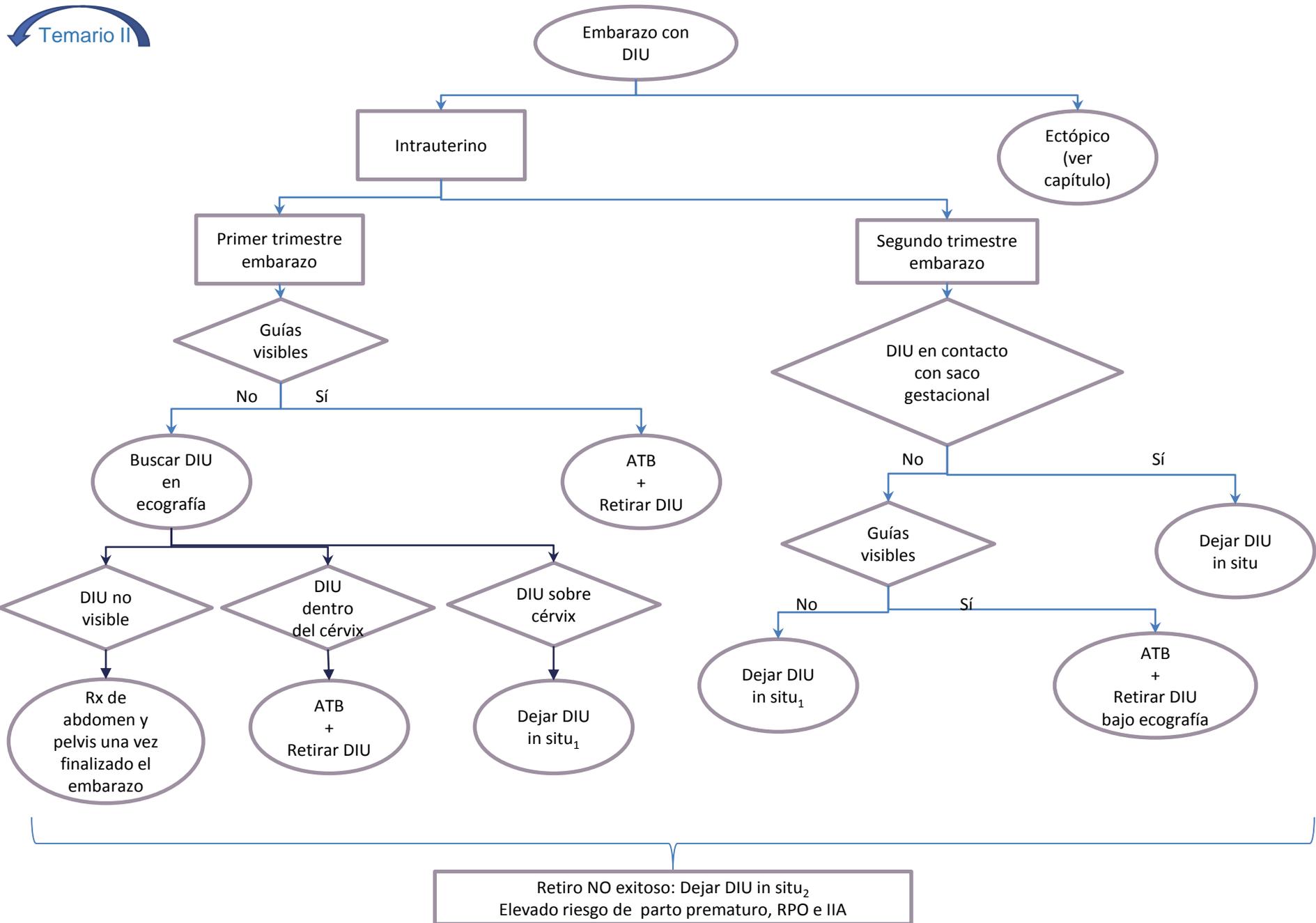
Origen ginecológico:	Origen extra ginecológico:	
Torsión anexial	Apendicitis Aguda	Constipación
Quiste ovárico complicado	Urolitiasis	Aneurisma abdominal
Mioma uterino complicado	Colecistitis, coledocolitiasis	Neumonía
	Obstrucción intestinal	ERGE
	Pancreatitis Aguda	
	Úlcera digestiva complicada	
	(larga lista de otras causas)	

1.- Causas más graves de dolor abdominal en primer trimestre. Causa más común y no de riesgo vital es el dolor del ligamento redondo. Realizar EcoTV y ESP.

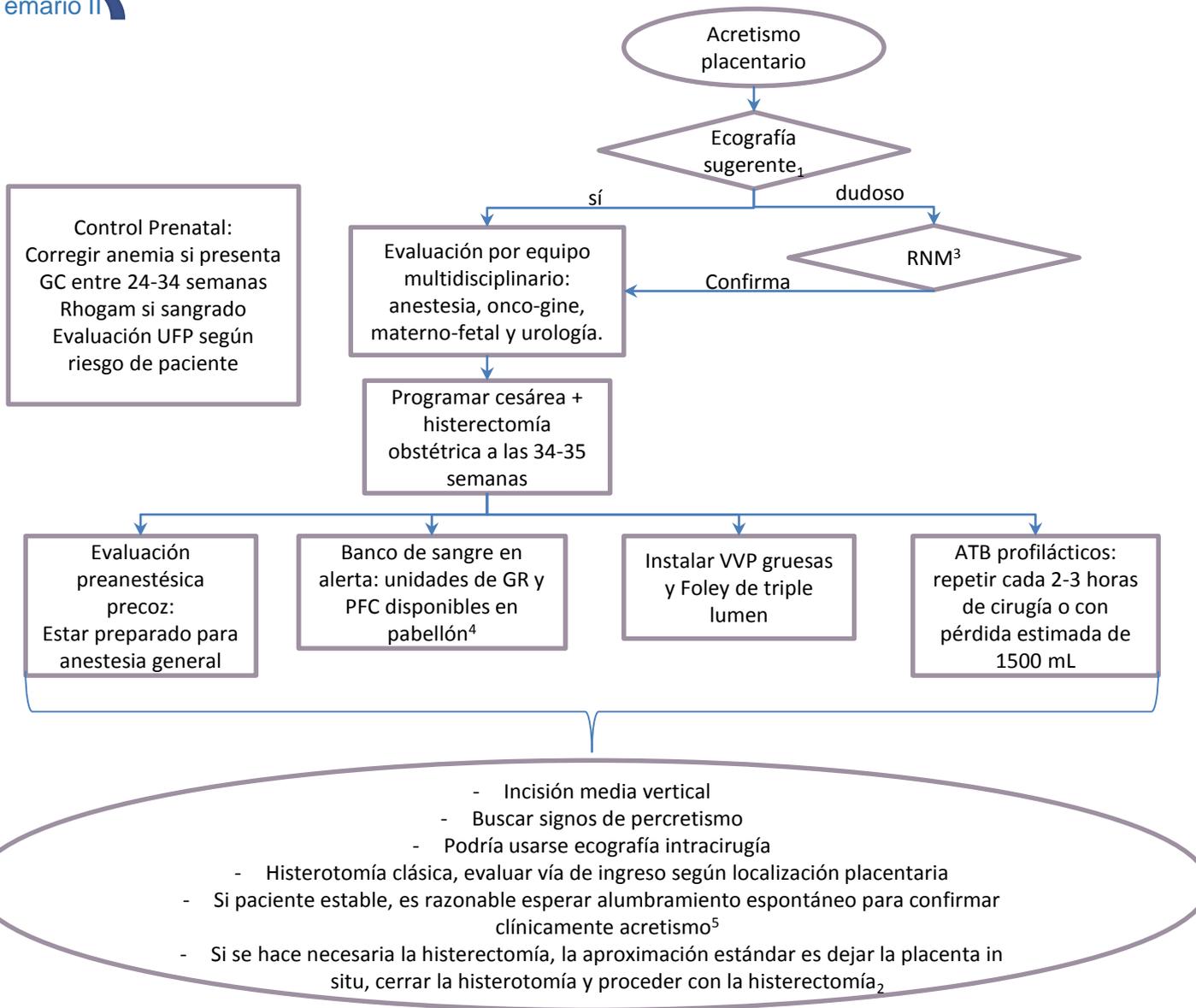
2.- Causas más graves. Las causas más comunes son: trabajo de parto, posición fetal o movimiento fetal. Otra causa es IIA. Descartar causas con anamnesis y examen físico. Realizar ESP, ecografía obstétrica y transvaginal (cervicometría), auscultar LCF, medir PA y albuminuria.



- 1 Disnea fisiológica del embarazo: en general inicio gradual y no se asocia a otros síntomas, como dolor torácico, hemoptisis, tos, sibilancias ni fiebre.
- 2 Neumonía: Sintomatología típica son disnea, tos, expectoración, fiebre y dolor pleurítico. El diagnóstico es clínico radiológico.
- 3 Embolía de líquido amniótico (LA): generalmente ocurre durante el trabajo de parto, parto o postparto inmediato. Es de inicio agudo acompañado de hipotensión, hipoxemia, falla respiratoria, coagulación intravascular diseminada, coma o convulsiones.
- 4 El uso de tocolíticos B2 agonistas está asociado a Edema pulmonar agudo (EPA), más frecuentemente en embarazos múltiples, infección materna o mujeres con uso de múltiples tocolíticos en forma simultánea. Los síntomas son de EPA: disnea, taquipnea, taquicardia, hipoxemia y crépitos difusos. Importante tener en cuenta que se trata de un diagnóstico de exclusión, cuando tengo EPA + uso de tocolíticos sin otro diagnóstico que explique cuadro.
- 5 TEP (tromboembolismo pulmonar): Síntomas típicos son inicio súbito de disnea, taquicardia, taquipnea, subfebril, ventrículo derecho palpable, yugulares ingurgitadas, tos, hemoptisis. Siempre evaluar con Score de Wells.
- 6 Insuficiencia cardíaca: Origen congénito, pre-existente o relacionado a embarazo. Evaluar edema periférico, ingurgitación yugular y se puede utilizar BNP (brain natriuretic peptide) para diferenciar disnea de origen pulmonar versus cardíaco.



- 1 Si guías no visibles, deberá dejar DIU in situ. Los riesgos de aborto o parto prematuro están aumentados en relación a mujeres donde DIU puede ser fácilmente retirado.
- 2 Si retiro no es exitoso, se recomienda dejar DIU in situ. Siempre hay que sopesar riesgos que conlleva dejarlo versus seguir intentándolo (Efectos adversos maternos y fetales a largo plazo como parto prematuro o infección).



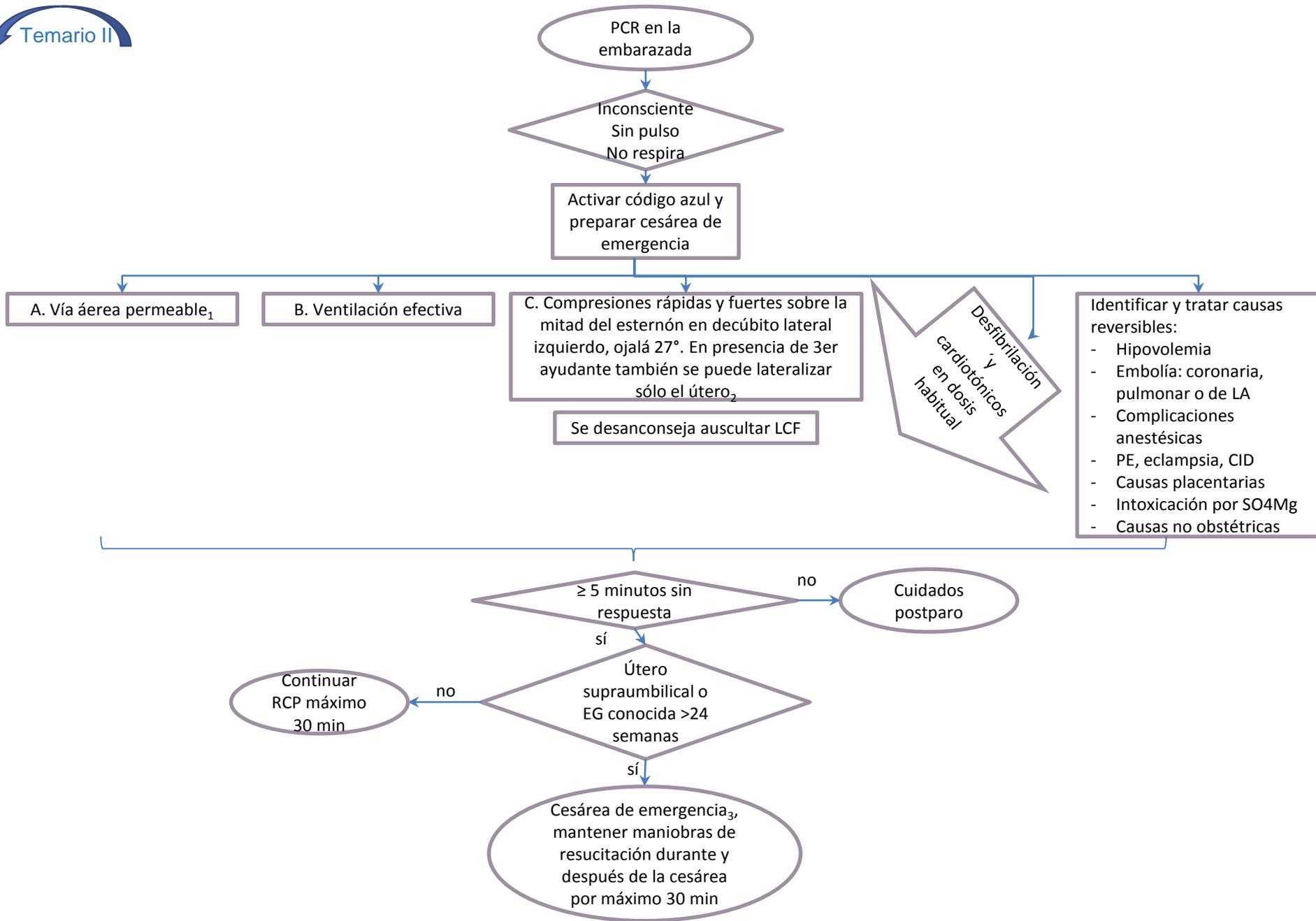
1.- Adelgazamiento del miometrio que cubre la placenta, pérdida del espacio retroplacentario, protrusión de la placenta hacia la vejiga, vascularidad aumentada en la interfase serosa-vejiga, flujo turbulento en las lagunas al doppler, masas exofíticas. En 1ºT saco gestacional próximo a cicatriz.

2.- Es necesario explicar riesgos y consecuencias a la paciente durante el control prenatal. Histerectomía subtotal siempre y cuando el cuello no permanezca sangrante.

3.- Mejor momento es entre las 24-30 semanas, ya que en EG precoces o más tardías hay mayor cantidad de falsos positivos.

4.- El uso de ácido tranexámico y de factor VII está en investigación

5.- El valor predictivo positivo de la ecografía para acretismo es de 65-93%



- 1.- En la embarazada conviene considerar rápidamente manejo avanzado de vía aérea debido a que presentan una vía aérea difícil y riesgo elevado de broncoaspiración
- 2.- Hay que mejorar el retorno venoso durante las compresiones por lo que es necesario aliviar la compresión aorto-cava
- 3.- Sacar feto en menos de 5 minutos de ocurrido el PCR, realizar laparotomía media infraumbilical, incisión segmentaria.



ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA

2^{da} EDICIÓN 2018

DIAGRAMAS DE FLUJO EN OBSTETRICIA

Dr. Jorge A. Carvajal C. PhD.

Colaboración Alumnos:
Mariana L. Guzmán y Javiera González B.

Revisión general:
Dr. Fernando Ferrer M.

Temario I

Temario II