



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

“MAPAS CONCEPTUALES 2DA UNIDAD”

Nombre del alumno: Alondra Nancy Marili Flores Velázquez

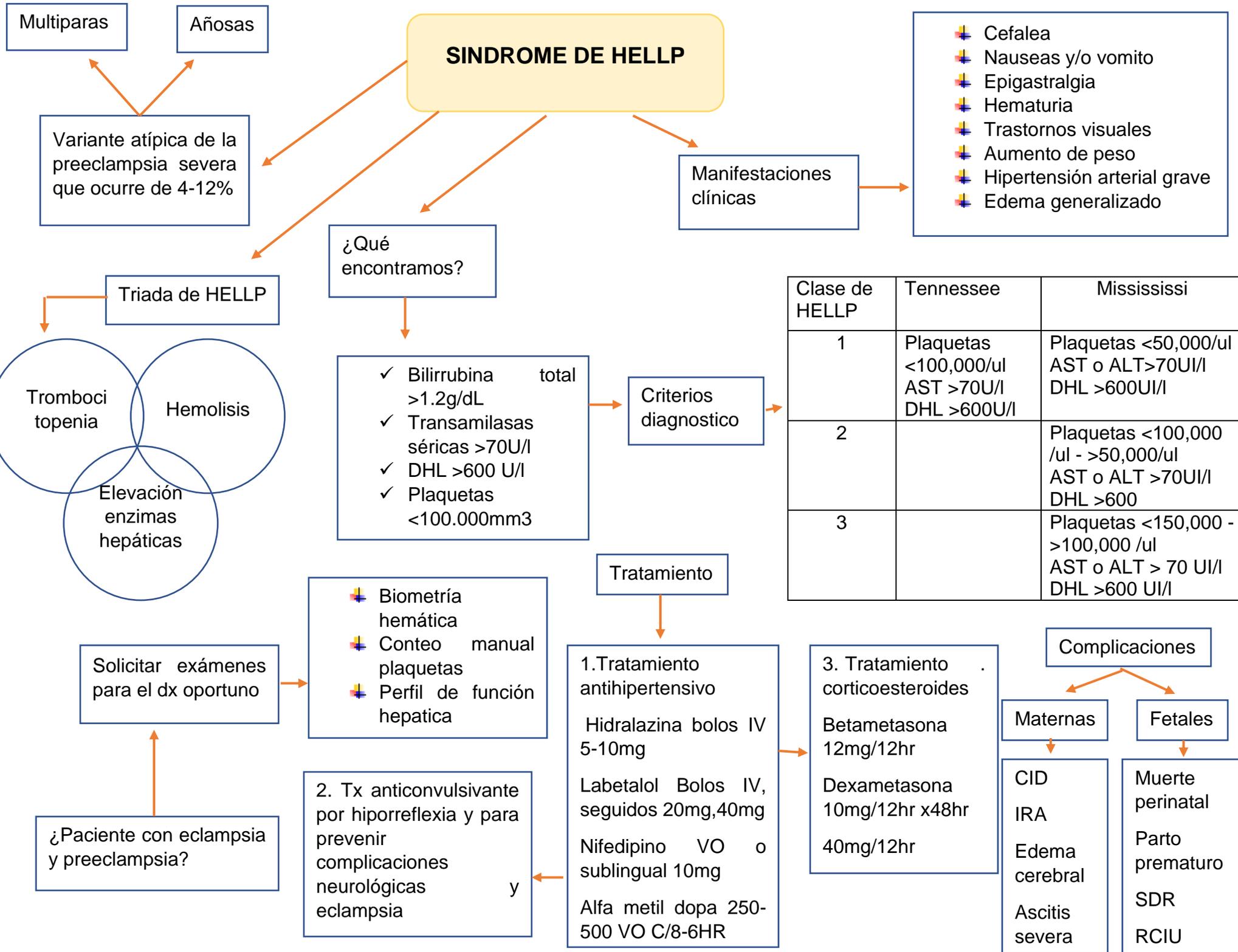
Nombre de la asignatura: Ginecología y Obstetricia

Semestre y grupo: 7°A

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez



Enfermedades hipertensivas en el embarazo



SINDROME DE HELLP

Multiparas
Añosas

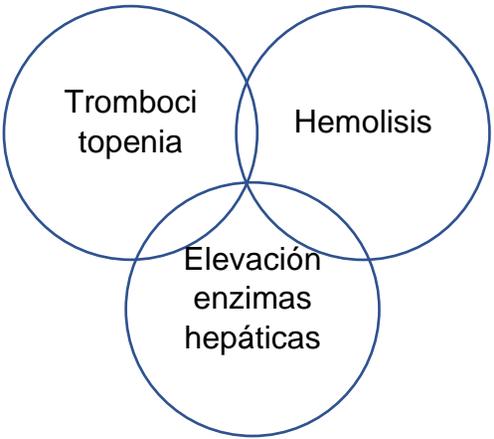
Variante atípica de la preeclampsia severa que ocurre de 4-12%

Manifestaciones clínicas

- ✚ Cefalea
- ✚ Nauseas y/o vomito
- ✚ Epigastralgia
- ✚ Hematuria
- ✚ Trastornos visuales
- ✚ Aumento de peso
- ✚ Hipertensión arterial grave
- ✚ Edema generalizado

¿Qué encontramos?

Triada de HELLP



- ✓ Bilirrubina total >1.2g/dL
- ✓ Transaminasas séricas >70U/l
- ✓ DHL >600 U/l
- ✓ Plaquetas <100.000mm3

Criterios diagnosticos

Clase de HELLP	Tennessee	Mississippi
1	Plaquetas <100,000/ul AST >70U/l DHL >600U/l	Plaquetas <50,000/ul AST o ALT >70UI/l DHL >600UI/l
2		Plaquetas <100,000 /ul - >50,000/ul AST o ALT >70UI/l DHL >600
3		Plaquetas <150,000 - >100,000 /ul AST o ALT > 70 UI/l DHL >600 UI/l

Tratamiento

¿Paciente con eclampsia y preeclampsia?

Solicitar exámenes para el dx oportuno

- ✚ Biometría hemática
- ✚ Conteo manual plaquetas
- ✚ Perfil de función hepática

2. Tx anticonvulsivante por hiporreflexia y para prevenir complicaciones neurológicas eclampsia y

1. Tratamiento antihipertensivo
 Hidralazina bolos IV 5-10mg
 Labetalol Bolos IV, seguidos 20mg,40mg
 Nifedipino VO o sublingual 10mg
 Alfa metil dopa 250-500 VO C/8-6HR

3. Tratamiento corticoesteroides
 Betametasona 12mg/12hr
 Dexametasona 10mg/12hr x48hr
 40mg/12hr

Complicaciones

Maternas
 CID
 IRA
 Edema cerebral
 Ascitis severa

Fetales
 Muerte perinatal
 Parto prematuro
 SDR
 RCIU

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Enfermedad multisistémica potencialmente mortal, que requiere de intervención urgente

Síndrome específico para el embarazo de riesgo de órganos reducido como consecuencia de vasoespasmos y activación endotelial

Factores de riesgo

- ✚ Preeclampsia en embarazo anterior
- ✚ Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas
- ✚ Antecedentes de enfermedad renal o proteinuria
- ✚ Embarazo múltiple
- ✚ Edad <20 y > 35 años
- ✚ Primigesta o multiparidad

Implantación anormal y vasculogénesis
Activación y disfunción endotelial
Oxido nítrico
Estrés oxidativo y estrés del retículo endoplasmático

- ✚ PA 140/90mmHg
- ✚ PS >1600mmHg
- ✚ PD > 110mmHg
- ✚ Proteinuria
- ✚ Cefalea
- ✚ Escotomas o fosfenos
- ✚ Pérdida agudeza visual
- ✚ Dolor abdominal
- ✚ Náuseas y vómito

Estados hipertensivos

HTA Crónica:
✚ Previa a gestación
✚ Menor 20SDG

HTA crónica + HIE
✚ >30mmHg PAS
✚ >15mmHg PAD
✚ Proteinuria / edema

HTA transitoria:
✚ Incremento TA
✚ Últimas SDG
✚ Signos preeclampsia

Etiología

Manifestaciones clínicas

Tratamiento

Medidas generales

Reposo decúbito lateral
Dieta normosódica y rica en proteína
Monitorización SV y diuresis

Interrupción oportuna del embarazo

- Metildopa
- Hidralacina
- Labetalol
- Nifedipino

Hipotensores

Prevención

Acido fólico 4mg/día 3 meses antes embarazo
Evitar toxicomanías
Administrar 70-100mg AAS
Ecografía Doppler art uterinas

Hemoxigenasa Fetuina-A

Estabilizar VA
O2
Anticonvulsivante

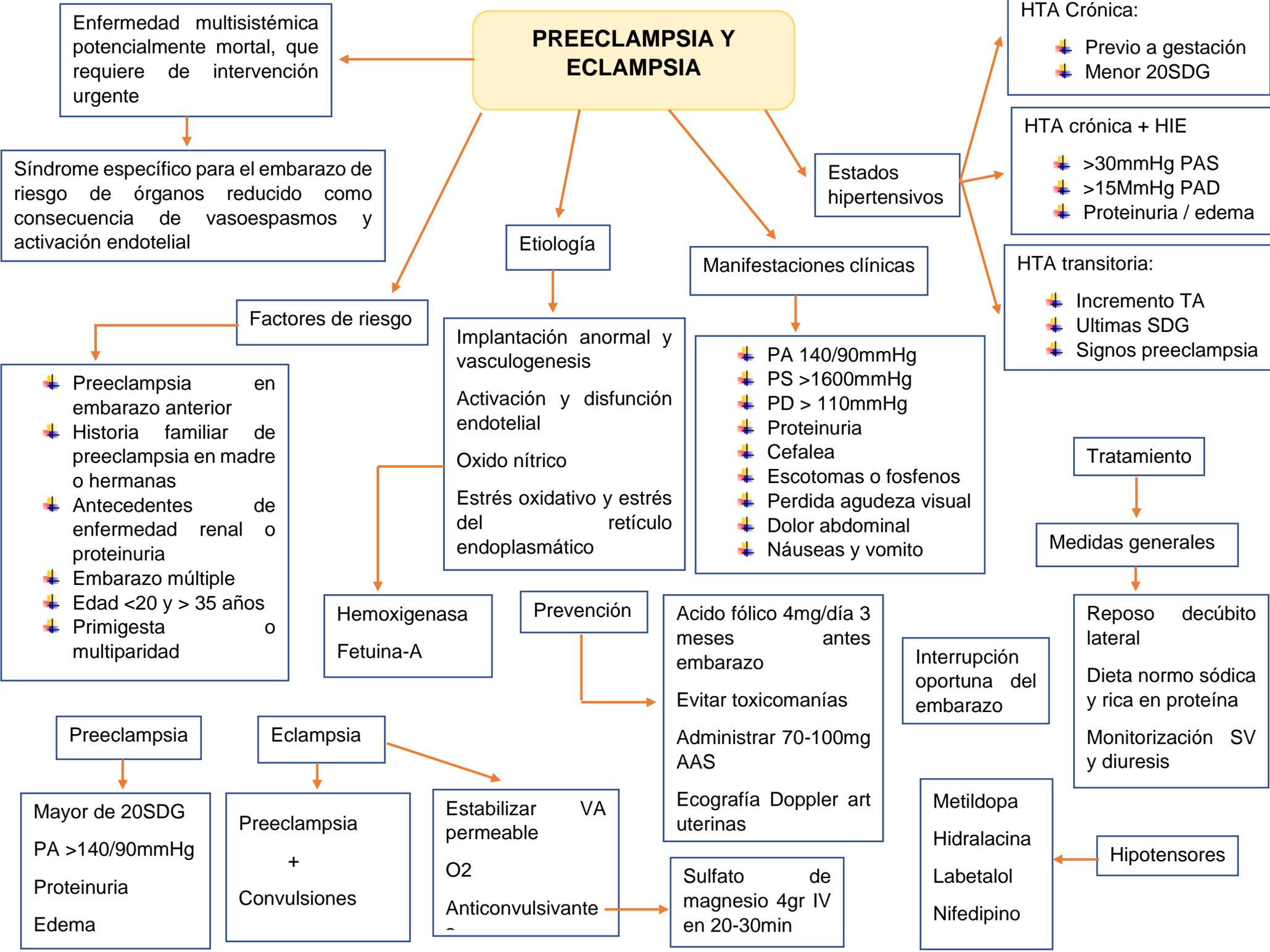
Sulfato de magnesio 4gr IV en 20-30min

Preeclampsia

Mayor de 20SDG
PA >140/90mmHg
Proteinuria
Edema

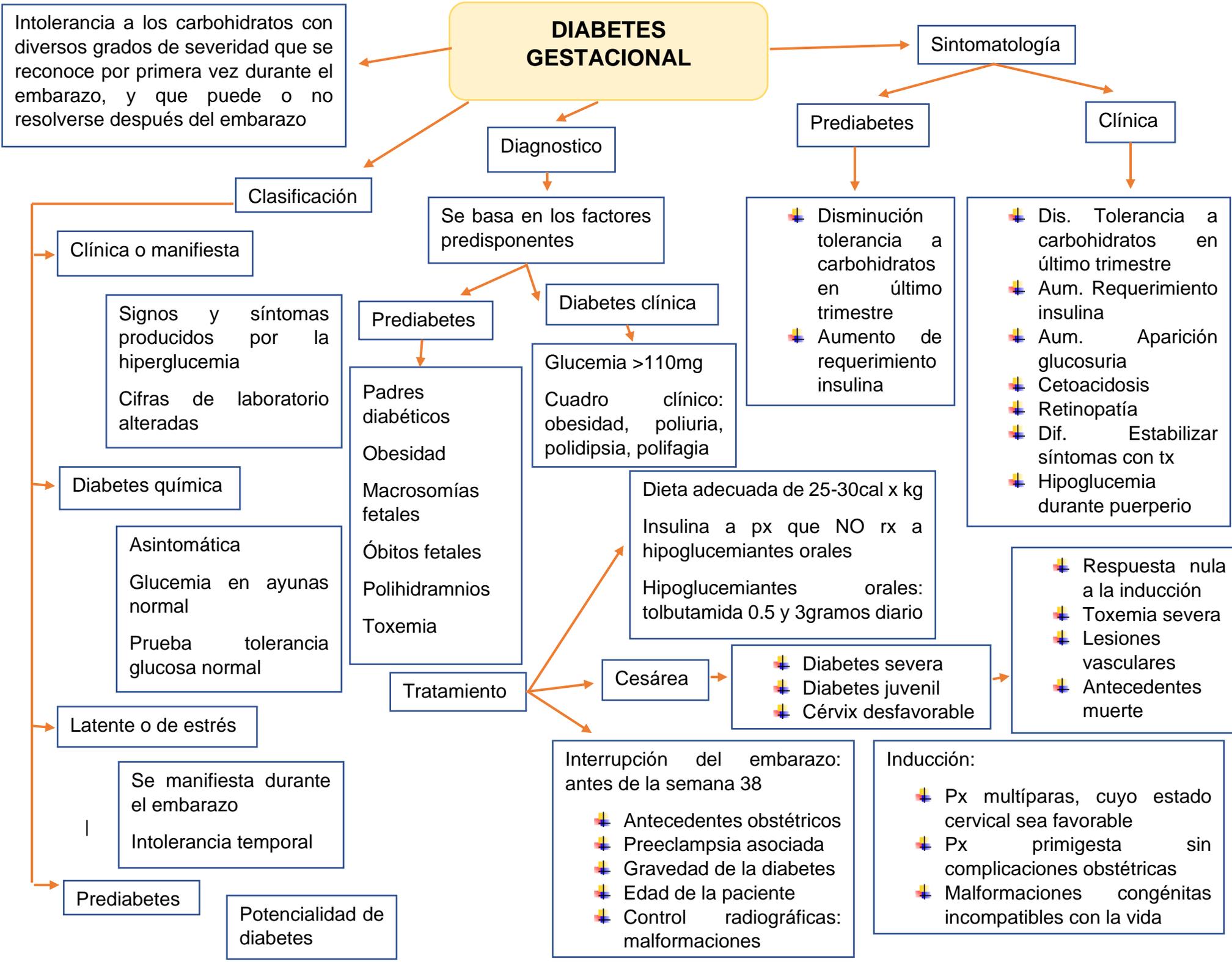
Eclampsia

Preeclampsia + Convulsiones

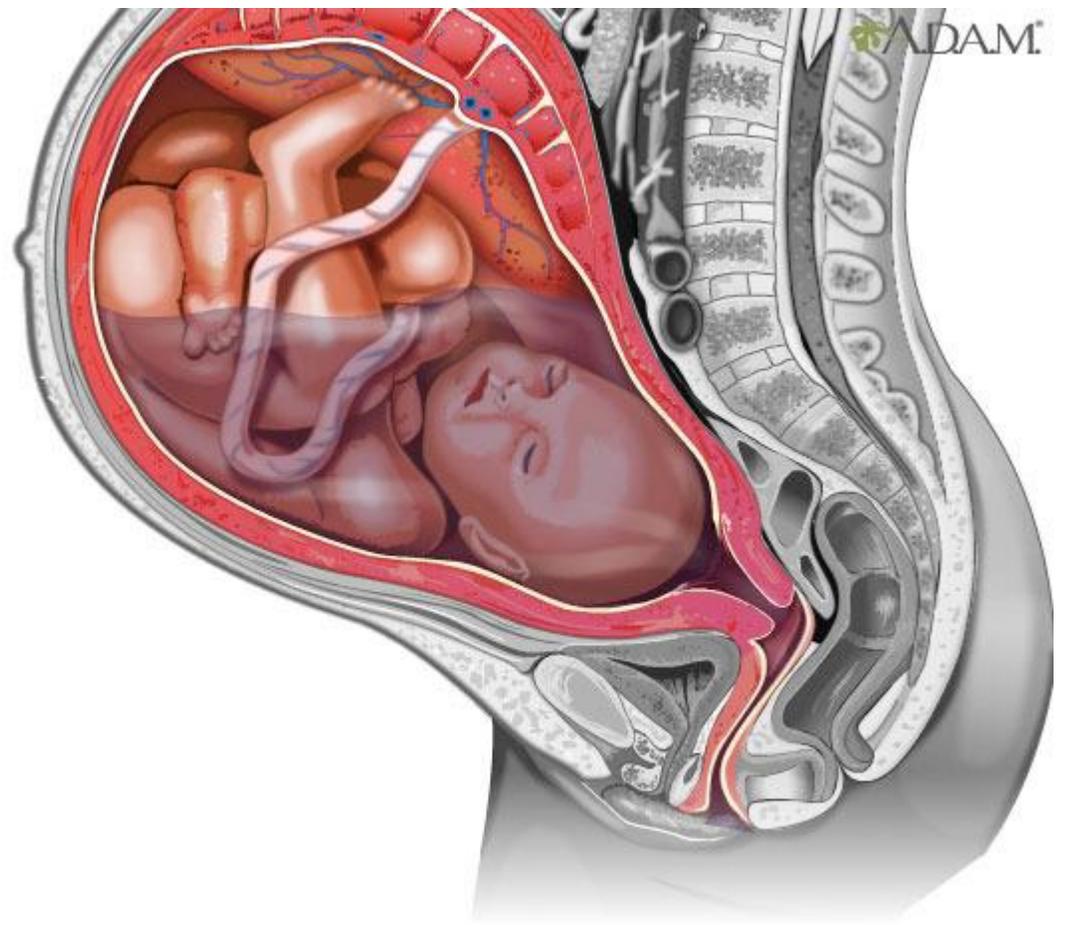


DIABETES GESTACIONAL

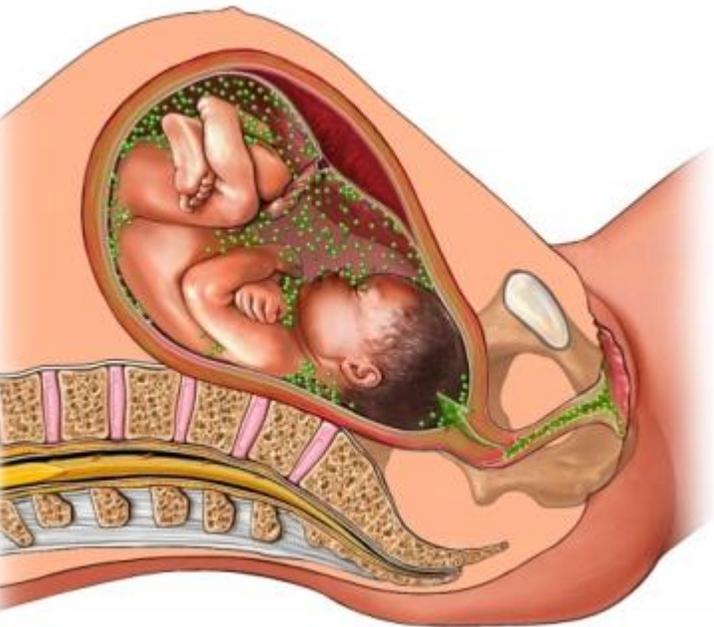


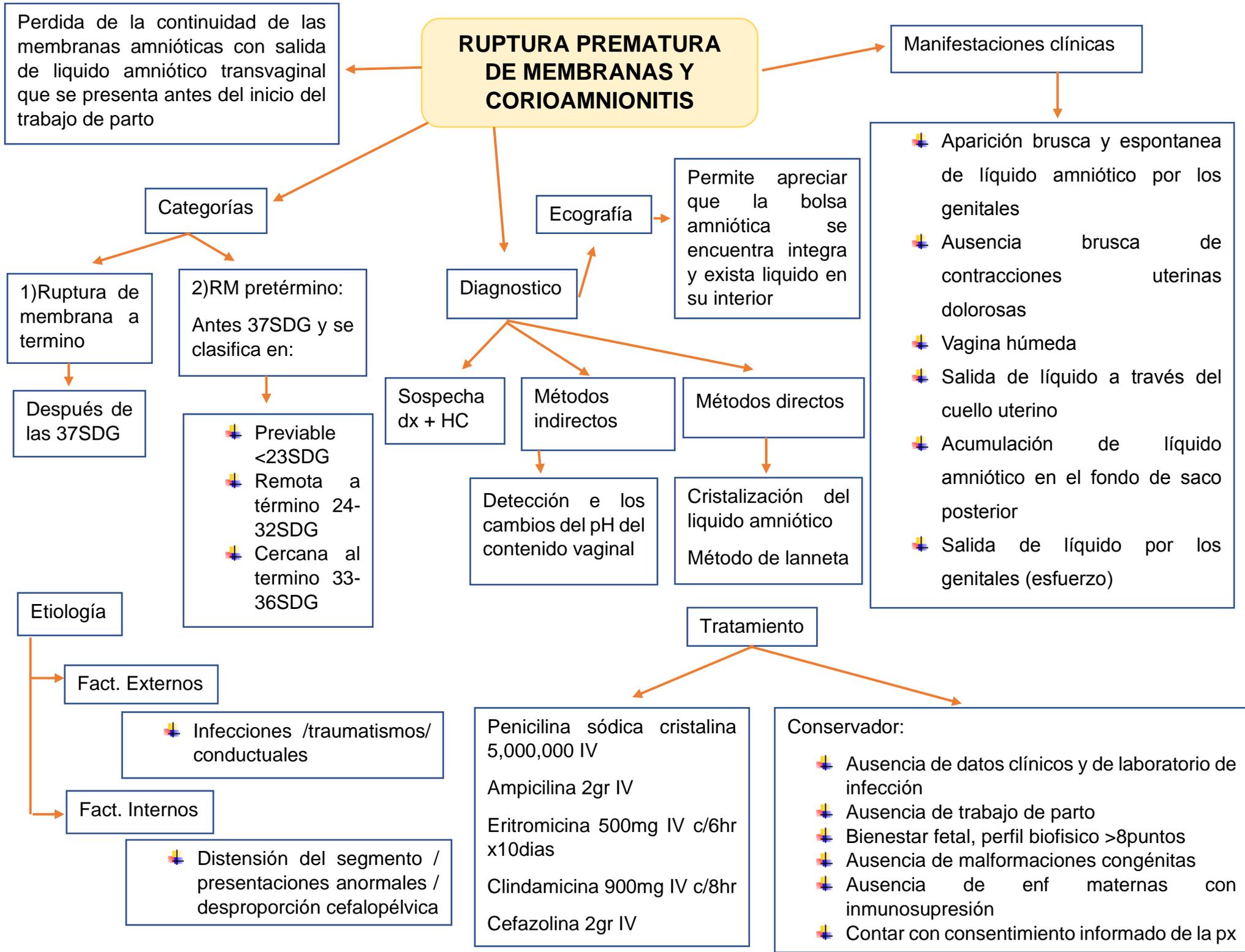


RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



CORIOAMNIONITIS





RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS

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

Factores de riesgo:

- Alcoholismo
- Uso de drogas
- Anestesia epidural
- Vaginosis bacteriana
- Cerclaje
- Coito cerca del termino
- Desnutrición
- Infecciones orales (gingivitis y periodontitis)
- DIU y embarazo

Diagnostico

BH → leucocitosis 15,000 + 5% bandas sospechosas asociada a desviación a la izquierda / leucopenia.
VSG aumentada: rx inflamatoria sistémica

Hemocultivo: cuando temp materna >38°C
Cultivo de líquido amniótico → amniocentesis
Incremento de pt C reactiva (+20mg/dl)

Tratamiento

Interrupción del embarazo

ATB:

- Ampicilina IV 1g c/6hr + gentamicina 3-5 mg/kg/dia 2dosis o Clindamicina 600mg-900mg c/8hr IV + amikacina 500mg IV c/12hr
- Penicilina cristalizada 5mill c/6hr IV + Gentamicina 3-5 mg/kg/dia 2dosis + metronidazol 500gr IV c/8hr + amikacina

- Eritromicina 500mg-1gr VO c/6-8hr
- Ceftriazona 1gr c/12hr + metronidazol 500mg IV c/8hrs
- Corioamnionitis subclínica: ampicilina + gentamicina

Etiología

Existen diversos tipos de vías donde pueden ingresar los gérmenes

Vía ascendente

Mas frecuente, de vagina o cérvix

Vía hematogena

Diseminación placentaria

Vía retrograda

A través de cavidad peritoneal

Complicaciones de procedimientos invasivos

- ✓ Amniocentesis
- ✓ Biopsia de vellosidades coriónicas
- ✓ Cordocentesis
- ✓ Fetos copia

Manifestaciones clínicas

- Fiebre >38°C
- Hipersensibilidad uterina
- Taquicardia materna >100lpm
- Taquicardia fetal Z>160lpm
- LA fétido o purulento
- Descarga vaginal fétida

Complicaciones

Fetales:

- ✓ Asfixia
- ✓ Muerte
- ✓ Choque séptico
- ✓ Prematurez
- ✓ SDR
- ✓ Enterocolitis N

Maternas

- ✓ Bacteriemia
- ✓ Hemorragia
- ✓ Choque séptico

DISTOCIAS



DISTOCIAS DINÁMICAS



AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO



AMENAZA DE PARTO PRE-TERMINO

Aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semana de gestación o con un peso igual o mayor de 500gr y que respira o se manifiesta signos de vida

Factores de riesgo

- ✚ Parto pretérmino previo
- ✚ Aborto habitual
- ✚ Anormalidades uterinas
- ✚ Incompetencia cervical
- ✚ Ruptura prematura de membranas

70% de mortalidad perinatal

Diagnostico

Prevención primaria

Manifestaciones clínicas

Evaluación clínica:
✚ Exploración del cérvix
✚ Tacto vaginal

Amniocentesis:
Valora la maduración pulmonar fetal e infección intramniótica

Ante la sospecha de amenaza de parto pretérmino → pensar en infecciones y realizar urocultivo y ultrasonido para viabilidad fetal y SDG

- ✚ Contracciones uterinas clínicamente documentadas (1/10min, 4/20 min o 6/60min)
- ✚ Dilatación cervical mayor o igual a 2cm
- ✚ Borramiento cervical mayor i igual de 80%
- ✚ Dolor lumbar o suprapúbico
- ✚ Con o sin pérdidas transvaginales

Medición de la longitud fetal se realizará entre 20.1-34 Semana de gestación

Fibronectina fetal:
Entre la semana 24 a 34 de gestación

Tratamiento

Farmacológico

No farmacológico

Ultrasonido → para valorar edad gestacional, peso, talla, frecuencia cardiaca fetal, cantidad de líquido amniótico y posición

- ✚ Betametasona o dexametasona IM con intervalo 12-24hr
- ✚ Atosiban administrado con un bolo inicial 6.7mg, seguidos por 300mcg x min x 3hr

¿Antibióticos? Profilaxis en estreptococos B
Tocos líticos → prolonga el embarazo 2-7 días permitiendo la administración esteroides para mejorar maduración pulmonar fetal:
✚ Terbutalina 0.25mg subcutánea c/20min a 3hr
✚ Indometacina 100mg rectal dosis 25-50mg VO o VR c/4-6hr x 48hr maxi

- ✚ Reposo en cama
- ✚ Hidratación
- ✚ Internamiento prenatal
- ✚ Reposo absoluto
- ✚ No realizar esfuerzos grandes
- ✚ Explicar datos de alarmas