



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**“Mapas Conceptuales GYO ”**

**Nombre del alumno: Eduardo Meza Ozuna**

**Nombre de la asignatura:**

**Semestre y grupo: 7mo semestre grupo “A”**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Aquel que tiene lugar desde 20.1 a 36.6 SDG, con un peso >500gr, que respira y manifiesta vitalidad**

# Amenaza de Parto Pretérmino

- Contracciones Uterinas 1/10 min, 4/20 o 6/60 min.
- Dolor lumbar o supra púbico
- Dilatación cervical > 2cm
- Borramiento >60 %
- Con o sin pérdidas transvaginales

## Factores de Riesgo

- Parto pretermino previo (+ importante)
- Aborto habitual
- Anormalidades uterinas
- Incompetencia cervical
- RPM

## Prevención Primaria

Ante sospecha de PP → pensar en infecciones y realizar urocultivo y USG para viabilidad fetal y SDG

## Diagnostico Clínico

## Pruebas diagnosticas

-USG → Para valorar EG, peso, talla, Diametros BP, FCF, Cantidad de liquido amniótico y posición

## Tratamiento Farmacológico

Se recomienda uso de tocoliticos:

1. Indometacina 25-50 mg VO o VR C/4-6hrs x 48 hrs (en <32 SDG)

2. Atosiban bolo inicial de 6-7 mg, seguido de 300 mcg x 3 hrs (no es muy usado)

3. Nifedipino 30 mg c/12-8 hrs x 3 días

4. Dactil OB VO 100 mg c/12-8 hrs x 48 h

## Maduradores Pulmonares

- 1.-Betametasona 12 mg c-12 o 24 h x 2 dosis
- 2.-Dexametasona 6 mg c-6 hrs x 24 hrs

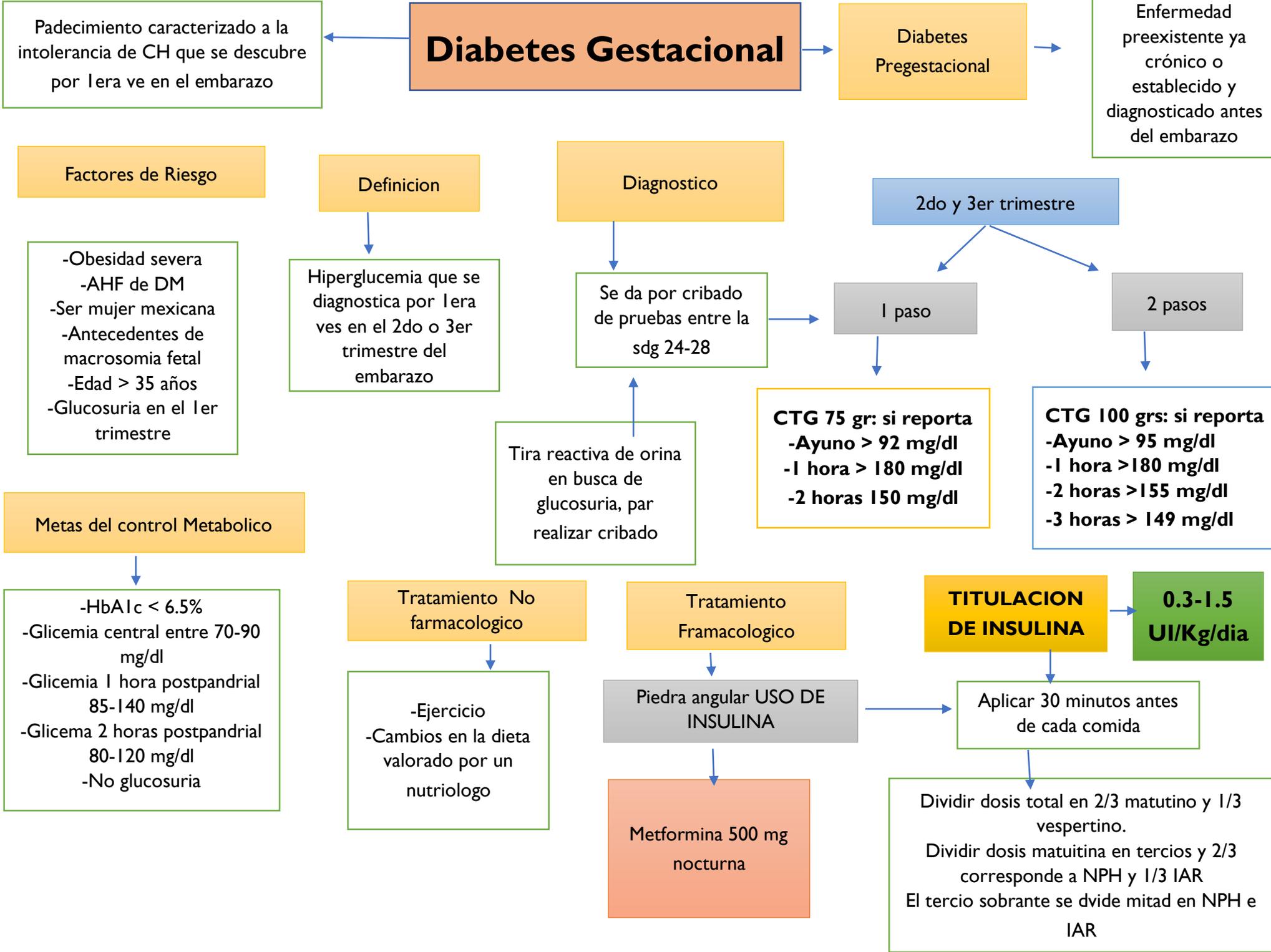
-Monitorizar FCF, AU, y vigilar salida de liquido vaginal

## Medidas No farmacologicas

- Reposo Relativo
- Hidratacion
- No esfuerzos grandes
- Explicar datos de alarma

Si es posible tratar de prolongar el parto a 36 sdg

Me



# Diabetes Gestacional

Padecimiento caracterizado a la intolerancia de CH que se descubre por 1era ve en el embarazo

Diabetes Pregestacional

Enfermedad preexistente ya crónico o establecido y diagnosticado antes del embarazo

## Factores de Riesgo

- Obesidad severa
- AHF de DM
- Ser mujer mexicana
- Antecedentes de macrosomia fetal
- Edad > 35 años
- Glucosuria en el 1er trimestre

## Definicion

Hiperglucemia que se diagnostica por 1era vez en el 2do o 3er trimestre del embarazo

## Diagnostico

Se da por cribado de pruebas entre la sdg 24-28

Tira reactiva de orina en busca de glucosuria, par realizar cribado

## 2do y 3er trimestre

1 paso

**CTG 75 gr: si reporta**  
 -Ayuno > 92 mg/dl  
 -1 hora > 180 mg/dl  
 -2 horas 150 mg/dl

2 pasos

**CTG 100 grs: si reporta**  
 -Ayuno > 95 mg/dl  
 -1 hora > 180 mg/dl  
 -2 horas > 155 mg/dl  
 -3 horas > 149 mg/dl

## Metas del control Metabolico

- HbA1c < 6.5%
- Glicemia central entre 70-90 mg/dl
- Glicemia 1 hora postpandrial 85-140 mg/dl
- Glicema 2 horas postpandrial 80-120 mg/dl
- No glucosuria

## Tratamiento No farmacologico

- Ejercicio
- Cambios en la dieta valorado por un nutriologo

## Tratamiento Framacologico

**Piedra angular USO DE INSULINA**

Metformina 500 mg nocturna

## TITULACION DE INSULINA

**0.3-1.5 UI/Kg/dia**

Aplicar 30 minutos antes de cada comida

Dividir dosis total en 2/3 matutino y 1/3 vespertino.  
 Dividir dosis matuitina en tercios y 2/3 corresponde a NPH y 1/3 IAR  
 El tercio sobrante se dvide mitad en NPH e IAR

# Ruptura Prematura de Membranas

Definida como la solución de la continuidad o pérdida de la integridad de las membranas

Ocurre en RPM > de 12 hrs

Diagnostico de RPM

Valorar criterios de GIBBS para corioamnionitis

Clasificación

1.RPM → >37 SDG  
2.RPMP → <37 SDG

**-HC materna** → sensación de salida de liquido por la vagina.  
**-TV** → comprobar integridad de las membranas, valorar coloración de liq. Amniotico, valorar cérvix (dilatación/borramiento) y valorar grado de encajamiento.  
**-Realizar USG** → valorar cantidad de liquido amniótico  
**-Si hay sospecha de RPM** → **Realizar cristalografía** → visualizamos imágenes en hojas de helecho

## Criterios de Gibbs

Temperatura axilar materna mayor o igual a 38 °C sin foco de infección con 2 o mas de:

Taquicardia materna >100 lpm  
Taquicardia fetal > 160 lpm  
Sensibilidad uterina  
Liquidoamniotico purulento/fetido  
Leucocitosis materna > 15000 o WBC >12000/mm3  
Aumento de la contractilidad uterina

Si esto están presentes nos hablan de ua infección del amnios y debe iniciarse ATB y sacar al producto

Pruebas de vigilancia fetal

-Valorar el tiempo de evolución de la RPM por el riesgo de infección  
-Valorar FCF, y cantidad de liq. Amniotico  
--Buscar datos de sufrimiento fetal

Antibioticoterapia Profilactica

Tocoliticos

Maduradores pulmonares

En pctes >34 sdg

-Betametasona 12 mg c/12 o 24 hrs x 2 dosis  
-Dexametasona 6 mg x 24 hrs

-Cefalotina 2 gr IV profilaxis en RPM  
-Ampicilina 500 gr VO c/8 hrs x 10 dias  
-Eritromicina 250 mg VO c/6 hrs x 10 dias

No se recomienda en gestantes sin AU

➤ >34 sdg → interrupción del embarazo o valorar si puede mantenerse el feto otra semana mas

# PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Enfermedad multisistémica potencialmente mortal, que requiere intervención urgente

## Clasificación de EHE

### Hipertensión Inducida por el embarazo

HTA Crónica

HTA Crónica + HIE

HTA Transitoria

Parto o Cesárea

## TRATAMIENTO

AAS 100 mg/día para pcte >12 sdg profilaxis

Preeclampsia

Eclampsia

Existente previo a gestación <20 SDG

## Etiología

-Invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos  
-Intolerancia inmunitaria entre tejidos materno y feto placentarios

Medidas generales

Hipotensores →

Anticonvulsivante Profilaxis

Definida como cifras tensionales por > 140/90 mmHg + proteinuria asociada en embarazadas >20 sdg

Edo hipertensivo + convulsiones

-TAS > 30 mmHg  
-TAD > 14mmHg  
- > 300 mg/24 de pt

## Criterio de gravedad

Clinicos

-Reposos decúbito lateral izquierdo  
-Dieta normosódica y rica en pt  
-Monitorización de SV maternos y FCF.

-Labetalol 1era línea para urgencia

Sulf. Mg 4 gr IV en bolo diluido en 250 ml

## Factores de Riesgo

-Preeclampsia en emb. Anterior  
-Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas  
-Ant. De enfermedad renal o proteinuria  
-Embarazo múltiple  
-Edad <20 años y >35 años  
-Primigesta o multiparidad

PAS > 160 mmHg

PAD > 110mmHg

Sintomas premonitorios

**-Cefalea**  
**-Escotomas o fosfenos**  
**-Dolor abdominal (CSD)**

Nifedipino 10 mg c/10 min vigilar TA  
-Hidralacina 30-50 mg c-8 hrs  
-Alfametildopa

# SINDROME DE HELLP

Variante atípica de la preclampsia severa que se presenta en 12% de los casos.

Se presenta en pctes múltiples y  
añosas  
-Con una mortalidad materna y  
perinatal >30%

## TRIADA CLASICA

Elevación de enzimas hepáticas

Trombocitopenia

Hemolisis

## Patogenia

-Agregación Plaquetaria  
-Rpta inmune  
-Aumento de TxA2



-Hemolisis  
-Alteración de enzimas hepáticas y plaquetopenia

Depositos de fibrina  
complejo ATG-ATC  
complemento

## En quien sospechamos de Sx de HELLP

-Pcte con preclampsia con criterios de severidad  
-Epigastralgia + dolor abdominal en CSD → HCD  
-Cefalea, nauseas y vomito  
-Trastornos visuales

Toda pcte con preclampsia grave y/o eclampsia

Debemos solicitar  
-BH → Conteo de plaquetas <100,000  
-PFH (valorar BT, DHL >600 UI/L, TGO >70 UI/L y TGP salen elevadas y son los indicadores de un sx de hellp

## Criterios diagnósticos

### Criterios diagnósticos para síndrome HELLP

Tennessee	Clase	Mississippi
Plaquetas ≤100,000/ul AST ≥70 UI/L Esquistocitos (LDH ≥ 600 UI/L)	1	Plaquetas ≤ 50,000/ul AST o ALT ≥ 40 UI/L LDH ≥ 600 UI/L
Ausencia de Haptoglobina Bilirrubina indirecta ≥ 1,2	2	Plaquetas ≤ 100,000/ul - ≥ 50,000/ul
	3	Plaquetas ≤ 150,000/ul - ≥ 100,000/ul

Terminar con el embarazo

## TRATAMIENTO

**-Estabilizar hemodinamicamente**  
**-Vigilar SV maternos y FCF (descartar datos de sufrimiento fetal)**  
**-Valorar plaquetopenia para parto o cesárea**  
**-Valorar uso de maduradores pulmonares**  
**-Dar hipotensores → Hidralacina, labetalol o nifedipino**  
**.Porfilaxis de Sulf. Mg 4 gr IV en bolo**

# PLACENTA PREVIA

Placenta que se inserta de forma anómala en el segmento uterino en el 3er trimestre de gestación y cubre o esta proximo al OCI

-Incidencia de 1 por cada 200 embarazos.  
-Causa mas fcte de hemorragia en el 3er trimestre

## Factores de Riesgo

- Toda mujer con antecedentes de cesarea sospechar en PP o acretismo placentario
- Edad materna >35 años
- Periodos intergenesicos cortos
- A mayor # de cesáreas mayor el riesgo de PP

## Clasificación: Según su situación se clasifican en;

### 1) Placenta oclusiva:

- a) **Placenta oclusiva total** (tipo I) ocluye total el OCI
- b) **Placenta oclusiva parcial** (tipo II) ocluye parcialmente el OCI

### 2) Placentas no oclusivas:

- a) **Placenta marginal** (tipo III) llega al OCI sin sobrepasarlo
- b) **Placenta lateral o inserción baja** (tipo IV) no llega al OCI

## Etiología

- Multiparidad
- Edad avanzada
- Ant. aborto
- Cesáreas anteriores
- Patología uterina
- Gestación múltiple

## Manifestaciones clínicas

- Hemorragia indolora**
- Sangrado rojo rutilante**
- 10-30% asociado a dinámica uterina

## Diagnostico

- Pcte a finales de 2do y principio del 3er trimestre + metrorragia sin dolor rojo rutilante.
- No realizar TV VERIFICAR PRIMERO POR USG

Realizar USG → valorar viabilidad fetal, EG e inserción placentaria

## MANEJO DE PP

- Dx de PP ahora clasificarla si es oclusiva o no o de inserción baja en <32 sdg:
  1. Reposo absoluto
  2. Maduradores pulmonares
  3. Vigilancia hospitalaria o ambulatoria
  4. Si hay AU → Uteroinhibidor
- Explicar datos de alarma

PP Asintomatica

- Corroborar por USG y control.
- decidir via de parto
- Valorar EG y dar esquema de MP

PP + Hemorragia grave

- Cesarea urgente sea cual sea la EG

PP + Hemorragia leve-minima

- valorar EG → MP, vigilar intrahospitalario y ofecer Parto via vaginal

PP Oclusiva + feto maduro

CESAREA