



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Mapa conceptual de la 2da unidad

Nombre del alumno: Ricardo de Jesús Aguilar Felipe

Nombre de la asignatura: Clínicas Ginecológicas

Semestre y grupo: 7mo semestre grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez, Chiapas a 18 de Octubre de 2020

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

DEFINICION

Consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 SDG, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial.

Diagnóstico y evaluación

Contracciones uterinas

4 contracciones en al menos 20 minutos, u 8 en una hora, antes de las 37 SDG.

Modificación cervical

Dilatación > 2cm y un borramiento > 80 %.

Pruebas diagnosticas

Ecografía transvaginal y longitud cervical

Una longitud cervical > 25 mm se asocia con un riesgo relativo de parto pretérmino de 4.8, además de esto existen contracciones uterinas con las características antes mencionadas es diagnóstico de APP:

Test de fibronectina

Su presencia entre las semanas 24ª y 34ª es poco frecuente, y puede indicar separación de las membranas fetales de la decidua. Un valor mayor a 50 ng/ml representa un riesgo incrementado de amenaza de parto

Tratamiento

Medidas generales

Reposo en cama y la hidratación no disminuye la frecuencia de APP, no debe recomendarse.

Progesterona

Debe ser usada para la prevención del parto pretérmino, en pacientes con antecedentes de dicha entidad.

Tocoliticos

Su principal indicación es para las mujeres que están en amenaza de parto pretérmino, y de esta forma prolongar el nacimiento, por lo menos en 48 horas.

Corticoides

Es recomendado ya que ayudan a la maduración pulmonar fetal, provocando síntesis de factor surfactante. Son candidatas toda mujer embarazada de 24 a 34 SDG con alto riesgo de APP.

Antibióticos

No se recomienda su uso rutinario. Solo en casos de infecciones que lo ameriten, como profilaxis de estreptococo del grupo b intraparto y corioamnioititis.

TRABAJO DE PARTO ANÓMALO



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN

Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Cuadro clínico

Aparición brusca y espontánea del líquido amniótico por los genitales

Vagina húmeda

Salida de líquido a través del cuello uterino

Ausencia brusca de contracciones dolorosas uterinas.

Acumulación de líquido amniótico en el fondo del saco posterior.

Salida de líquido por los genitales al esfuerzo

Diagnóstico

Sospecha clínica más HC de la paciente

Métodos directos

Cristalización del líquido amniótico, y la prueba de la flama o método de Iannetta.

Métodos indirectos

Detección del pH del contenido vaginal

En pacientes con embarazo de 32 a 33 SDG y RPM, con madurez pulmonar comprobada puede inducirse el trabajo de parto.

Tratamiento

Tx conservador que incluya: métodos de vigilancia de infección intraamniótica, o infección fetal inminente.

CORIOAMNIOITIS

Definición

Inflamación o infección de la placenta y el amnios, puede ser definida clínica o histológicamente.

Síntomas

Fiebre igual o mayor a 38°, hipersensibilidad uterina, taquicardia materna > 100 lpm, taquicardia fetal > 160 lpm, líquido amniótico fétido o purulento.

Tratamiento

Interrupción del embarazo y administración de antibióticos de amplio espectro (ampicilina IV 1g c/6h) en caso de alergia a penicilina se recomienda clindamicina, gentamicina, ceftriaxona o metronidazol.

DIABETES GESTACIONAL

DEFINICIÓN

Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez en el embarazo y que puede o no resolverse después de éste.

Cuadro clínico

- Orina frecuente
- Aumento del apetito
- Pérdida de peso
- Infecciones
- Falta de energía
- Cansancio y sueño excesivo
- Sed excesiva
- Alteraciones de la vista

Diagnostico

Es recomendable realizar glucosa plasmática en ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 SDG a todas las pacientes, para detección temprana de mujeres con DM2.

Realizar el tamiz entre la semana 24 y 28 de gestación en mujeres de moderado a alto riesgo que tuvieron resultado de glucosa de ayuno normal en la primera visita prenatal.

Tratamiento

- Terapia médica nutricional
 - Objetivos: lograr una ganancia de peso adecuada, mantener el control glucémico, evitar la cetonuria y episodios de hipoglucemia.
- Hipoglucemiantes orales
 - Metformina
 - Es un sensibilizador de la insulina, inhibe la gluconeogénesis, e incrementa el consumo de glucosa por el musculo.
- Insulina
 - Es el tx de elección en cualquier tipo de diabetes en el embarazo
 - En pacientes que no logran cumplir las metas con los cambios en el estilo de vida y la terapia medica nutricional, se debe iniciar la terapia con insulina NPH

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

RICARDO DE JESÚS AGUILAR FELIPE

7º SEMESTRE GRUPO "A"

MEDICINA HUMANA UDS

PRECLAMPSIA

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

Leve

Con una presión arterial > 140 mmHg sistólica y > 90 mmHg diastólica y proteinuria \geq 300 mg en 24 hrs.

Severa

Presión arterial > 160 mmHg sistólica, > 110 mmHg diastólica y proteinuria \geq 5 gr en 24 hrs

ECLAMPSIA

Se le denomina así a toda la sintomatología de preclampsia más la presencia de convulsiones

SÍNDROME DE HELLP

Variante atípica de la preclampsia que ocurre en el 4 al 12% de los casos

Síntomas

Epigastralgia, hipertensión arterial grave, cefalea, náuseas o vómitos, hematuria, trastornos visuales, aumento de peso y edema generalizado.

Diagnostico

A través de una BH, CM plaquetas, y PFH.

Tratamiento

Antihipertensivo: Hidralazina o Labetalol, o Nifedipino.
Anticonvulsivante por la hiporreflexia y prevenir complicaciones neurológicas.
Corticoesteroides: betametasona, dexametasona, metil - prednisolona.

Presentación

Mayor de 20 SDG, PA > 140/90 mmHg y proteinuria/edema.

Criterios de gravedad

Presión arterial > 160/110 mmHg, síntomas premonitorios cefalea, escotomas o fosfenos, pérdida de la agudeza visual, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Tratamiento

Reposo decúbito lateral izquierdo, dieta normosódica y rica en proteínas. Hipotensores como metildopa, hidralazina, labetalol, nifedipino.

Tratamiento

Estabilización a través de una vía aérea permeable, administración de oxígeno, y anticonvulsivantes IV

Interrupción del embarazo

Indicado cuando existen signos de gravedad. Y existan pruebas de laboratorio que indiquen disfunción orgánica terminal o se deteriore el estado del feto

Hallazgos patológicos: invasión anormal del trofoblasto, mala adaptación - función placentaria, vasoconstricción generalizada con vasoespasmos. Lesión vascular: hemolisis microangiopática; lesión hepática: elevación enzimas hepáticas.

