

Materia:
Ginecología y obstetricia.

Nombre del trabajo:
“Patologías obstétricas”

Alumna:
Keyla Samayoa Pérez.

Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:
Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas.

Enfermedad trofoblástica gestacional.

Esta comprende

Mola hidatiforme, mola completa y mola parcial, enfermedades benignas.

incidencia.

En México, 2.4 por cada 1000 embarazos.
mola invasora 1 de cada 40 embarazos mola y 1 de cada 1500 embarazos normales.

La ETC

Puede presentarse posterior a un embarazo molar, embarazo normal, aborto o embarazo ectópico.

• Exploración ginecológica en cada consulta
• Determinación de niveles de BhCG semanal, hasta su negativación, posterior mensualmente, hasta 6 meses post evacuación.
• Tsek torax → Metástasis.

Hallazgos clínicos.

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino > al esperado por edad gestacional
- Presencia de quistes Tealobísticos.
- Hipertensión gravídica.

Otros.

- > 10000
- ↑ Gonadotropina.
- ↓ Insulina
- = Anemia por deficiencia de hierro.
- Ausencia de FCF.
- Hipertensión in < 20508
- ↑ progesterona.

importante

Definitivo histopatológico. P53, USB endocrinario Estudios hepáticos y renales.

Diagnóstica.

Estudios de hormona Corionica humana y gonadotropina.

Tratamiento.

- Evacuación mediante AMEO.
- Métodos de planificación

Seguimiento.

Quimioterapia profiláctica.

- 1era línea. Actinomicina Metotrexate
- 2da línea. Actinomicina Etoposide

Definiciones.

Mola completa. Benigna.

Ausencia de tejido embrionario o fetal.

Mola invasora. Tumor de lecho placentario.

Lesión local invasora, caracterizada por invasión local al miometrio

Mola parcial.

Presencia de tejido embrionario o fetal.

Factores de riesgo

- edad 40-50 A.
- Embarazo mola previo
- Aborto previo
- Embarazo ectópico previo
- Embarazo previo de término

Polecinesis.

Inactivación del cromosoma materno.

23x

46xx

46xx

46xx

46xx

Duplicación cromosoma paterno.

23Y

23x

Dispermia

23Y
23x

69xy

69xy

Células triploides, cromosomas materno y paternos

TAC: Tormenta de nieve o en panel de abeja.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoincorta

Clinica.

Sangrado indoloro sin previo aviso, indoloro y sin contracciones.

Otras

laceraciones en cuello uterino frotile y en segmento inferior.

Complicaciones

Placentas adherentes moribundas

Migración de placenta.

Aparente movimiento de la placenta lejos del orificio cervical interno.

Diagnostico.

Sangrado uterino > mitad de embarazo. Evaluación ecografica reparativa transvaginal metodos más preciso.

ubicación

La placenta va antes que el feto hacia el canal de parto, se implanta en algun lugar del segmento uterino inferior sobre o cerca del cervix interno.

Factores de riesgo

Edad > 35
Tabaquismo
10 más paros por causa reproductiva asistida.

Multiparidad
Leiomias uterinos.
Alta fetoprotección en suero materno.

Clasificación

Placenta previa

Placenta baja.

Cuando

Orificio cervical interno cubierto parcial o completamente por la placenta.

Esto es

implantación en el segmento uterino inferior, la placenta no cubre el orificio interno se encuentra dentro de un Perimetro de 2cm de ancho alrededor del orificio.

Desprendimiento de placenta.

Separación prematura de placenta implantada normalmente

Factores de riesgo.

Desamo previa
Corleomionitis
Ruptura prematura de membranas
Consumo de cocaína

Mayor edad y Paridad.
Preecclmisa
Hipertensión c.
Tabaquismo

epidemiología.

0.5-1% de todos los nacimientos
50% Acompañado de síndrome hipertensivo.
Tasa mortalidad > 280
Tasa morbilidad 10-35%

Etiopatogenia.

Desprendimiento por hemorragia en la decida basal.

esto

Comienza un hematoma decidual y se expande para causar la separación y compresión de placenta.

clasificación

Placenta de inserción baja
Placenta marginal.
Placenta previa parcial
Placenta previa total.

Triada clásica

Dolor abdominal
Hemorragias genitales.
Hipotencia uterina.

Diagnostico

Niveles sericos
Alta fetoproteína > 280 ig/L

ecografía.

esto se divide de donde se separa el feto al momento

Infección de vías urinarias en el embarazo.

Nueva o recurrente.
Alta o baja
Aguda o crónica, no complicada o complicada.
Síntomas o asintomática.
Comunitaria o nosocomial.

Clasificación

Evidencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Colonización de Orina por un momento > 100000 UFC/ml en orina en 2 o más muestras

Bacteriuria asintomática.

Incluye

Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que se asocia a presencia de síntomas y signos urinarios

Infecciones del tracto urinario bajo

Incluyen

Como

Urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de orina.

Cistitis aguda

Infección bacteriana de la vejiga. Causada por bacterias (Bacterias que ingresan a uretra y luego a vejiga).

Cistobacteriemia aguda.

Infección del tracto urinario causada por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vaginal.
Bacteriuria 10^2 - 10^5 colonias/ml.

Infección urinaria, complicación médica más frecuente del embarazo.

Si no es diagnosticada y tratada.

Conlleva a un incremento significativo en morbilidad tanto de madre como el feto.

Ocurre.

Entre el 2% de los embarazos con tasa de recurrencia de hasta 23% en el mismo embarazo o después del nacimiento.

Cambios que condicionan

Hidronefrosis fisiológica ureterocoria, cambios vesicales estasis urinaria

Cambios fisiológicos en la orina, relajación de musculatura por progesterona.

Agentes patógenos.

Del 70-80% de bacteriurias asintomáticas:
Escherichia coli
menos frecuentes:
Klebsiella Sp. Proteus V.

Complicaciones más frecuentes

5-10% de todos los embarazos (6.73%).

Frecuencia

Parto prematuro causa de morbilidad perinatal.

Representa

75% de muertes perinatales y 50% de los sepsis neonatales por prematuridad.

Diagnostico

Urocultivo, estudio de elección para diagnóstico de bacteriuria asintomática o cistitis

Tratamiento

Tx. con antibióticos en un régimen de 4-7 días. Prevención de complicaciones como amenaza parto prematuro y pielonefritis en embarazo.

Indicados en Segundo trimestre de embarazo 12-16 SDC

Recomendaciones

Amoxicilina 500mg cada 6 horas durante 4-7 días. Como monoterapia o en combinación con nitrofurantoina.

Nitrofurantoina a dosis de 100 mg cada 6 horas por 4-7 días como monoterapia.

Estilo de vida.
Micción frecuente y completa, micción después de relaciones sexuales, agua abundante > 2000 ml. día.

Amenaza parto Prematuro.

Cambios cervi-cales (< 20mm) Fisiología fetal Positivo aso-Cladía longitud Cervical de 29 a 20mm)

Y tam- bien.

Presencia de contra-cciones uterinas (>4 en 20 minutos o >8 en una hora).

se caracteriza

Segunda causa de muerte en niños menores a 5 años.

Factores de riesgo asociados

Intercorrión de vías urinarias $p < 0.05$ y parto prematuro en 7-7 de Ph.

De acuerdo a la edad gestacional

se clasifica.

Niños que super- viven tienen

Contribuye

70% con la mortalidad Perinatal y morbilidad neonatal tanto inmediata o a largo plazo.

Parto prematuro muy temprano

Nacimiento entre 20 sem. con 0 días hasta 23 semanas con 6 días.

Aumento de riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje.

Factores de riesgo

Mujer raza africana. Mujer embarazada con base o sobrepeso y obesidad, toxinas positivas durante el embarazo.

Parto prematuro temprano

Nacimiento entre las 24 semanas con 0 días hasta 27 semanas con 6 días.

Dehidra

Recomendaciones mejorar:

Dieta, alimentación Toxicomanías, (Tabaco) esperar 1 o 2 años para un nuevo embarazo.

Parto prematuro tardío.

Nacimiento entre las 28 sem. con 0 días hasta 36 semanas con 6 días.

Complicaciones como hemorragia intracranial. Prácticamente neurocognitivo a largo plazo.

Mexico

Diagnostico

Se establece diagnóstico con presencia de contracciones uterinas con frec de 2 en 10 minutos o 4 en 10 minutos o 8 en una hora

De acuerdo a su causa

Parto prematuro espontáneo

parto prematuro iatrogénico.

40% < 5 años tienen ceguera, secundaria a retinopatía del prematuro.

Tratamiento

Análisis orina= bacterias Tx antibióticos de 4-7 días.

Acompañados de.

Dilatación cervical ≤ 3 cm horizontalmente $\leq 50\%$.

Terapia tocolítica puede retrasar parto prematuro.

otras.

Sulfato de magnesio por 24 horas en mujeres con parto prematuro para reducir riesgo de parálisis cerebral

Dolor espalda baja Presión en vesiga, secreción vaginal de mucosidad clara, rosada o con sangre.

Frecuencia En México se encuentra 10-20% de RPM

Ruptura Prematuro de membranas.

Parto pretermino
Concomitante

Complicaciones más comunes

Factor Predisponente en PPM

Relaciones sexuales posteriores a 2 meses.

Prueba Complementaria

pH vaginal secuencial entre 4.5 a 6.0 y liq. amniotico de 7.1 a 7.3

2 principales

Suspecha clinica
Especuloscopia y Prueba nitrazina y Criotologia.

Fibronectina para Da de RPM pretermino

Datos

Ruptura prematuro de membranas ¿Qué es?

RPM ocurre

antes de iniciar trabajo de parto entre 3 al 10% de todos los embarazos. Aprox 23-33% de todos los nacimientos.

Perdida de la continuidad de las membranas amnioticas con salida de liquido amniotico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Diversos motivos

Modificaciones fisiologicas de las membranas y fuerza ejercida por contracciones uterinas.

Diagnostico.

Dois categorias.

Factores de riesgo

Infecciones de tracto reproductivo materno (vaginosis bacteriana, tricomonas, gonorrea, clamidia) Conductuales (tabaquismo, sustancias nutrición) complicaciones obstetricas.

Gold standar.

Cultivo de liq. Amniotico.

Otros

Factor etologico Primordial

Ruptura de membranas a termino: > 37 SDB

Ruptura de membranas pretermino < 37 SDB

Infección → causa o consecuencia de RPM.

Tratamiento

Para ambas

Se clasifica en

Rara vez se tabaquismo durante embarazo. Sangrado obstetrico IMC bajo

Muestreo

Pacientes de 32-33 SDB y RPM, con madurez pulmonar inducir trabajo parto

Px < 32 ingresar a maternidad conservador hasta cumplir 33s.

el manejo de RPM.

Previsible ≤ 23 SDB Remota del termino 24-32 SDB Cercana al termino 33-36 SDB

Liquido amniotico demuestra presencia de microorganismos

Opciones terapeuticas

Penicilina
Ampicilina
Eritromicina
Clindamicina
Cefaloxima.

Indicación absoluta de interrupción de la gestación sin importancia gestacional.

Como

Escherichia coli, streptococcus B, Gardnerella vaginalis, clamidia, Neisseria gonorrhoeae.

Estados hipertensivos del embarazo.

Trastorno médico más común en el embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones.

Mundialmente.

Representan 50000 muertes maternas y 900000 perinatales.

Predisposiciones

Complicaciones cardiovasculares HTA en edades tempranas así como Sx. metabólicos.

Hipertensión crónica más preclampsia sobreañorada.

Desarrollo de preclampsia o eclampsia en mujeres con hipertensión crónica preexistente.

Asociada a

Placentación anómala, condición hipoxia e isquemia placentaria, disfunción endotelial, respuesta inflamatoria sistémica.

Diagnóstico

Medición de proteinuria (recuento orinal de 24 h. para cuantificar), cada visita control prenatal.

Medición ácido úrico marcador de gravedad de preclampsia.

Tratamiento farmacológico.

Px con hipertensión persistente por arriba de 90mmHg.

Hidralazina como alternativa de 2da línea en el tratamiento

Metildopa teralírica.

Bloqueadores de canales de calcio.

Terminación del embarazo.

Mujeres con hipertensión crónica y embarazo el nacimiento se considera en sem 38 y 39 +6 semanas de gestación.

Inducción parto en mujeres con trastorno hipertensivo controlado después de las 38 SDA.

Cifras tensionales por encima de 140x90 mmHg después de la 20 SDA.

Trastorno hipertensivo

clasificación.

Hipertensión presente después de la Sem 20, proteinuria negativa en post parto 12 SDC. Cifras normales hipertensión transitoria, cifras elevadas hipertensión crónica.

Hipertensión gestacional.

Cifras tensionales $\geq 140 \times 90$ mmHg, proteinuria > 300 mg/24h, Creatinina > 30 mg/dl, o 2 de 2 sem post parto.

Pre-eclampsia.

Cifras tensionales $\geq 160 \times 110$ mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco, cefalea, tosqueño, hiperenzimidad hepática, trombocitopenia etc.

Pre-eclampsia con datos de severidad.

Complicación de preclampsia severa acompañada de síntomas neurológicos.

Eclampsia.

Presión arterial $\geq 140-90$ mmHg antes de embarazo < 20 SDA o hasta 6 SDA post parto asociada a no proteinuria.

Hipertensión crónica.

Diabetes gestacional.

Alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que requiere cambios inmediatos del estilo de vida.

Diabetes mellitus

Padecimiento caracterizado por intolerancia a carbohidratos con diversos grados de severidad. Se reconocen por primera vez durante el embarazo y pueden no resolverse después de este.

Prevalencia

A nivel mundial 7% de todas las embarazadas, más de 200000 casos anuales.

En México

8.7-17.7%
su Prevalencia

Complicaciones vasculares incluyendo: retinopatía, neuropatía, vasculopatía

Asociada con.

Criterios diagnósticos

Pacientes que cursan con diabetes durante la gestación presentan mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales.

Como

Preeclampsia, así como malformaciones congénitas (4-10 veces más) macrosomía, prematuridad, hipodisuresmia, hipocalcemia

hipocalcemia, ictericia, síndrome de distress respiratorio y muerte fetal

Pacientes embarazadas se clasifican en 3 grupos

Bajo riesgo

Riesgo moderado

Alto riesgo.

Como consecuencia.

Se recomienda realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes de 13 SDB para detección temprana.

Por lo tanto

Incremento de la mortalidad neonatal hasta 16 veces más.

Realizar tamiz o CTGO en semana 24-28 SDB en mujeres de moderado o alto riesgo que resulto normal glucosa de ayuno en tercer visita.

Terapia medica nutricional.

Paciente con diabetes Preconcepcional o gestacional debe tener terapia medica nutricional

Riesgo de madre diabética.

A largo plazo enfermedades coronarias, hipertensión arterial crónica, dislipidemia, obesidad y DM2.

Tratamiento

Terapia nutricional

Farmacológico

Hipoglucémicos orales Metformina.

Ejercicio

Otros.

Insulina

Pacientes que no logran cumplir metas de control glucémico iniciar terapia con insulina.

Criterios diagnósticos en un paso para DG

glucosa plasmática en ayuno	≥ 92 mg/dl
glucosa plasmática 1 hora post carga.	≥ 180 mg/dl.
glucosa plasmática 2 horas post carga.	≥ 153 mg/dl.

Evaluación de riesgo de diabetes gestacional.

Riesgo bajo	grupo étnico con bajo riesgo sin diabetes conocida, < 25 A. IMC normal, peso normal al nacer sin alteración de glucosa.
Riesgo intermedio	Mujeres que no cumplen ninguno de los criterios de bajo o alto riesgo.
Riesgo alto.	obesidad severa, diabetes conocida antes de inicio de atención de glucosa dx de intolerancia de glucosa o ovario poliquístico, Macrosomías