



Universidad del sureste  
Campus Comitan  
Licenciatura en medicina humana

**Materia:**  
Ginecología

**Nombre del trabajo**  
Mapas

**Alumno:**  
Óscar Manuel Moreno Maza

**Grupo**  
A

**Grado**  
6

**Docente:**  
Dr. Roberto Ruiz

Comitan de Dominguez a 2 de mayo del 2024

# Ruptura prematura de membrana.

## Definición

Es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que presenta antes del inicio de parto.

Ruptura de membrana a término  
 Ocurre después de los 37 SDG

Ruptura de membrana pre término.  
 Antes de los 37 SDG.

Clasificación

- Previsible < 23 SDG
- Remota del término 24-32 SDG
- Geográfica al término 33-36 SDG.

## Epidemiología

- 3 al 15% de todos los embarazos.
- 23-33% de todos los nacimientos prematuros se asocian.
- Asociado al 20% de los muertes perinatales.

## Guadío clínico

- Salida de líquido claro por la vagina.
- olor específico a vinagr.
- Fijación a membrana vaginal.

## Diagnóstico

- 1) Sospecha clínica
- 2) Historia clínica
- 3) Pruebas dx.
- 4) Especuloscopia
- 5) Prueba de nitrazina
- 6) Amniocentesis

## Fisiopatología

Zona materno fetal alterada externa, caracterizada por un engrosamiento de la capa corionia fibrilada y esponjosa y reclusión, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con adherencia entre la capa trofoblástica y decidual.

## Factores de riesgo

- ITS
- NUS
- IMC bajo
- Tabaquismo
- Parto pretérmino precoz
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Concepción cervical
- Amniocentesis

## Tratamiento

- Dx 32-33 SDG y EPM, con madurez pulmonar inducir trabajo de parto Oxitocina.
- Dióxido de antihistamínico
- Inhibidor de la E. coagulante
- Penicilina 5,000,000 UI en bolo IV.
- Ampicilina 2g, en bolo IV cada 4h
- Glicocorticoides 1g cada 4h
- Eritromicina suomy IV 6x6
- Uteroinhibidor usada en EPM pretérmino

# Infección de vías urinarias y embarazo.

## Definición.

• Toda aquella infección en la que se demuestre bacteriuria significativa o no y puede o no estar acompañada de sintomatología.

## Infecciones del tracto urinario bajo

- 1) Bacteriuria asintomática
- 2) Cistitis aguda
- 3) Cistouretritis aguda.

## Tamizaje de detección.

- Realizar tamizaje EGO entre los 12 y 16 SDG.
- BHC completo, grupo RH, glucosa, creatinina, ácido úrico y EGO.
- EGO se realiza seguimiento a las 18-20 y luego 32-34 SDG.

## Epidemiología.

• segunda patología médica más frecuente en el embarazo, incidencia del 5-10%, en México tiene una incidencia de 2% y una recurrencia del 23%.

## Diagnóstico.

### Urocultivo.

• Realizar tina acidificada, que consiste en adicionar el colorante de la orina, previo aseo.

• Buscar de manera intensiva la presencia de signos y síntomas.

## Patogenia

- Dilatación de los ureteres.
- Presión sobre ureteres o vejiga.
- Mayor flujo vesículo-uretral.
- Mayor volumen en la vejiga.
- Aumento pH en la orina.

## Signos y síntomas

- Dolor o ardor.
- Inconfort.
- Sangre o mucosidad en la orina.
- Calambres o dolor en la parte baja del abdomen.
- Escalofríos, fiebre, sudores, rigidez de orina.

## Tratamiento.

- Antibiótico regimen de 4 a 7 días.
- Indicado al comienzo del segundo trimestre del embarazo.
- Amoxicilina dosis 500mg cada 6h monitorizada o combinado con nitrofurantoina.
- Nitrofurantoina 100mg/6h.

# Parto pretérmino

## Definición

Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas (74 en 20 min o 78 en 1h) y cambios cervicales (<20mm) documentados con membranas amnióticas íntegras entre los 20.1 d 36 con 6 días.

## Epidemiología

En México al año hay una incidencia de 200 mil niños nacidos prematuros

**NO MBI:**  
Eddad fetal, Antecedente de con caudal, Sangrado transv 2 trimestre.

## Factores de riesgo

Habitos maternos  
• Antecedente de parto pretérmino previo.  
• Desarrollo de la gestación actual  
• Nivel socioeconómico.  
• Sobrepeso y obesidad.  
• Depir de tiempo.

**Mpdl**  
• IMC, hábito tabaquico, búsqueda entamada, peridnfil.

## Diagnóstico

Presencia de contracciones uterinas con frecuencia de  
2 en 10min o 4 en 20min y 8 en 60min.  
Dilatación cervical  $\leq 3$  cm, borramiento  $\leq 50\%$ , 80%.  
Medición de la longitud cervical.

## Deberido a su edad

Parto prematuro muy temprano.

20 semanas hasta 23 semanas gestas.

Parto pretérmino temprano  
↳ 24 semanas - 33 semanas 6 días.

Parto pretérmino tardío.  
↳ 34 SDG hasta los 36 semanas 6 días.

## Clasificación

Deberido a su causa.

Parto pretérmino espontáneo

Parto pretérmino iatrogénico

## Clinica

- Contracciones suaves e irregulares.
- Dolor cervical bajo.
- Sensación de presión en la vagina.
- Secreción vaginal de mucosidad.

## Tratamiento

- Analisis oina, posible hf vu.
- Tratamiento antibiótico 7-14 días  
• Colino vaginal, si hay
- Streptococcus B. tratamiento antibiótico
- Tocolíticos  
↳ Retrasa parto pretérmino
- ↳ Sueltado de magnesio por 24h para reducir la parálisis cerebral
- ↳ Atosiben y nifedipino.
- Corticosteroides.



# Enfermedad Trofoblástica gestacional.

## Epidemiología.

México  
3.4/1000 embarazos.  
Mola invasiva,  
1/100 embarazos induces  
normales.  
1/150000 embarazos  
normales.

## Diagnóstico.

2) Duplicación de cromosomas materno  
Indicación del cromosoma materno.  
Resultando una duplicación gamética con 46 cromosomas.  
Disomía  
Diploid  
Células híbridas cromosomas materno y paterno.

## Diagnóstico

Medición  $\beta$ -HCG en suero  
Histopatología  
PST  
Ecografía.

## Clinica.

Son  
HTA gestacional en los 20 SDG  
Hemorragia uterina clivical  
Vómitos por deficiencia de HCG  
Quistes tercolútricos  
Absencia de tumor cardíaco  
Crecimiento uterino mayor por SDG  
Hipertensión gestacional  
Niveles elevados de HCG

## Distinción

Coriocarcinoma  
Tumor maligno del epitelio trofoblástico.  
Mola completa  
Ausencia de tejido embrionario  
Mola invasiva  
Caracterizada por invasión local al miometrio, sin presentar tejido embrionario o fetal.

## Tratamiento.

AMEO  
Histerectomía  
Seguimiento  
Examen ginecológico cada consulta  
Telé de torax  
6-12 m de la remisión completa  
Niños  $\beta$ -HCG hasta negativarse  
Anticoagulación

# Estados hipertensivos del embarazo

## Definición

Es el trastorno materno más común del embarazo y complica 1 de cada 10 gestaciones.  
Paciente embarazada

## Epidemiología

Nivel mundial representan el 50,000 en muerte materna y 900 mil perinatales.  
Preclampsia causa del 25.3% de muertes maternas.

## Factores de riesgo

- Edad matrnal
- Paridad
- Raza
- HT pre-embasa
- PA materna.
- IMC
- Comorbilidad:
  - DM
  - HA crónica
  - IR crónica.

## Diagnóstico

- Proteinuria (E6g)
- Tira reactiva de orina
- Patrón orio
- UPCR
- Monitorización de la Presión arterial.
- HB y hematocrito
- Recuento plaqueta
- AST, ALT
- DLH
- Creatinina.
- Acido urico.

## Clasificación

### Hipertensión gestacional

Inicio < 20 sem  
20, proteinuria negativa.

### Preclampsia

TA mayor o igual a 140/90mmHg.  
Proteinuria mayor a 300mg creatinina/24h

### Hipertensión crónica

TA mayor o igual a 140/90 mmHg antes del embarazo.

### Eclampsia

convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alt visual.

## Tratamiento

### No farmacológico

- Restricción de calorías
- Dieta nansódica.
- Ejercicio.

### Farmacológico

+ 90mmHg.

- 1<sup>er</sup> Metildopa
- Bloqueadores de canales de calcio
- 2<sup>do</sup> Hidralazina (>200mg/día)

Si hay un control adecuado de la TA el debe puede nacer entre los 38 y 39 to 5Dg.

# DIABETES GESTACIONAL

## DEFINICIÓN

Condición en que una mujer embarazada presenta hiperglucemia.

Generalmente se presenta en la semana 24 y desaparece después del parto.

## PATOGENIA

Resistencia a la insulina incrementada por la hormona placentaria.

Incapacidad del páncreas endocrino.

## EPIDEMIOLOGÍA

Afecta 6-9% de embarazadas.

El riesgo aumenta en edad avanzada, sobrepeso, obesidad y antecedentes familiares.

## PARAMETROS

- 1) Glucemia en ayuno  $\geq 126$  mg/dL
- 2) Glucemia casual  $\geq 200$  mg/dL
- 3) Carga de tolerancia 100g o 75g
- 4) Prueba de tolerancia con 50g = 0  $\geq 180$  mg/dL

## CLÍNICA

- Poliuria
- Polidipsia
- Fatiga
- Miden borbaja

## RIESGOS

Preeclampsia, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal.

## TRATAMIENTO

### NUTRICIONAL

✓ Mantener control glucémico y evitar cetonuria y episodios de hipoglucemia.

- CHO = 40-45%
- proteínas = 20-25%
- grasas = 30-40% (las saturadas no exceden el 10%)

### FARMACOLÓGICO

Cuando la dieta y ejercicio no logran cifras más bajas que 195 mg/dL en ayuno.

✓ Análogos de insulina lispro y alpart 9 humana de acción rápida.  
✓ NO utilizar análogos de insulina de acción prolongada.

## Referencias:

- GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/228GER.pdf>
- Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2019. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo en el primer nivel de atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/078GER.pdf>
- Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GER.pdf>
- Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. Disponible en: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/320GER.pdf>