



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 vinagre.
- Fijación a membrana vaginal.

Diagnóstico.

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

Fisiopatología.

zona materno fetal alterada externa, caracterizada por un engrosamiento de la capa corionica fibrilada, esponjosa y revascular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinótico, con adherencias entre la capa trofoblástica y decidual.

Factores de riesgo

- ITS
- NVS
- IMC bajo
- Tabaquismo
- Parto pretérmino precoz
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Conización cervical
- Amniocentesis

Tratamiento

- Dx 32-33 SDG y EPM, con madurez pulmonar inducida por parto oxidante.
- Dióxido de oxígeno
- Profilaxis antibiótica intraparto contra E. grupo B
- Penicilina 5,000,000 UI en bolo IV.
- Ampicilina 2g, en bolo IV
- Clavulatos 1g cada 4h
- Eritromicina suomy IV 6x
- 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 chorromedio 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 pretermo

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 las 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 trimestr.

Factores de riesgo

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

Mpdl

IMC, hábito tabaquico, búsqueda entamejed peridntril.

Diagnóstico

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

Deberido a su edad

Clasificación

Deberido a su causd.

Parto pretermo espontáneo

Parto pretermo iatrogeno

Clinica

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

Tratamiento

- Análisis oina, posible hf vU.
- Tratamiento antibiótico 7-14 días
- Cortino vaginal, si hay
- Streptococcus B. tratamiento antibiótico
- Tocolíticos
- 1) Suflato de magnesio por 24h para reducir la parálisis cerebral
- 2) Atosiben y nitclipino.
- Corticosteroides.

Parto prematuro muy temprano.

20 semanas hasta 23 semanas 6 días.

Parto pretermo temprano

24 semanas - 33 semanas 6 días.

Parto pretermo tardío.

34 SDG hasta las 36 semanas 6 días.

Placenta previa

Definición:
 Es la inserción de la placenta sobre la abertura del cuello uterino, en la parte inferior del útero, y no en la parte superior del mismo.

Epidemiología:
 1/800 partos.
 Causa del 2.3% de la mortalidad perinatal.
 Se puede resolver sola en un 90% de los embarazos.

Percepción:
 Se inicia de manera anormal.
 Se inicia en la parte baja del útero.

Diagnóstico

Ultrasonido abdominal.
 Ultrasonido endovaginal.
 Ecografía.
 A partir de los 32 Sdg.
 Probar hasta las 36-37 Sdg.

Cantidad hemorragia:
 Balones
 Intrauterinos
 Técnicas quirúrgicas.
 Nacimiento vía vaginal.
 Dx con Insuccion baja, sin sangrado trans vaginal activo.

Clinical

Hemorragia transvaginal previa al nacimiento.
 Disminución del crecimiento fetal.
 Alteraciones en el registro cardiotográfico fetal.
 Ruptura prematura de membrana.

Tratamiento

Prevenir y tratar la anemia durante el embarazo.
 Cefalosporinas.
 Maduración pulmonar.
 Tocolíticos / 48h.
 Dx placenta previa.
 Insuccion baja de placenta.
 Cesárea.
 Anestesia regional.

10 mg
 20 mg
 30 mg
 40 mg
 50 mg
 60 mg
 70 mg
 80 mg
 90 mg
 100 mg

Enfermedad Trofoblástica gestacional.

Epidemiología.

México
3-4/1000 embarazos.
Mola invasiva,
1/100 embarazos induces
normales.
1/150000 embarazos
normales.

Diagnóstico.

2)
Duplicación de
cromosom
materno
Indicación del
cromosom
materno,
Resultando una
duplicación
cromosom
materna con 46
X, X, Y, Y
Disomía
Diploid
Células híbridas
cromosomas
materno
y paterno.

Diagnóstico

Medición
β-HCG en
suero
Histopatología
PST
Ecografía.

Clinica.

Son
↑↑ HTA
gestacional
en los 20
SDG
Hemorragia
uterina
clavical
Vientri por
deficiencia
de hierro
Quistes
retrolumbales
Absencia
recuento
cardíaco
Niveles elevados
de HCG
Hipertensión
gestacional
Crecimiento
uterino mayor
por SDG

Distinción

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

Tratamiento.

AMEO
Histerectomía
Seguimiento
Examen
ginecológico
cada consulta
Tele de
torax
6-12 m
de la
emisión
completa
Niños
β-HCG
hasta
negativos
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 matrnal.
- IMC
- Comorbilidad:
 - DM
 - HA crónica
 - IR crónica.

Diagnóstico

- Proteinuria (E6g)
- Tira reactiva de orina
 - Patrón 0/0
 - UPCR
- Monitorización de la Presión arterial.
- HB y hematocrito
- Recuento plaqueta
- AST, ALT
- DLH
- Creatinina.
- Acido urico.

Clasificación

Hipertensión gestacional

Inicio < 20, proteinuria negativa.

Preclampsia

TA mayor o igual a 140/90mmHg. Proteinuria mayor a 300mg Creatinina sérica ↑

Hipertensión Crónica

TA mayor o igual a 110/90 mmHg antes del embarazo.

Eclampsia

convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alt visual.

Tratamiento

No farmacológico

- Restricción de calorías
- Dieta nansódica.
- Ejercicio.

Farmacológico

↓ 90mmHg.

- 1^{er} Metildopa
- Bloqueadores de canales de calcio
- 2^{do} 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 las hormonas placentarias.

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 ≥ 126 mg/dL
- 2) Glucemia casual ≥ 200 mg/dL
- 3) Carga de tolerancia 100g o 75g
- 4) Prueba de tolerancia con 50g = 0 ≥ 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 y 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>