



universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en medicina



Mapas conceptuales

**nombre del alumno: Paola Isabel
Díaz Sánchez**

Grado: 6

Grupo: A

Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del docente:

Dr.Roberto Ruiz

Ruptura prematura de membranas

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

Epidemiología

representa el 2-3% de los embarazos
27% Partos Pretermino
México 10-20%

Cuadro clínico

- en corioamniotitis
- fiebre materna
- taquicardia
- leucocitosis
- hipersensibilidad uterina
- descarga vaginal
- Taquicardia fetal

Factores de riesgo

- Infecciones urinarias y vaginales
- Traumatismo durante el embarazo
- Itzmos cervical
- Partos Pretermino
- raza negra
- nivel socioeconómico bajo
- cirugías cervicales previas

Diagnóstico

- clínico
- historia clínica
- ecografía
- Prueba de papel de nitroprusina

Fisiopatología

- o Las membranas pueden presentar una debilidad estructural que es susceptible a la ruptura en el trabajo de parto
- o Las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones anómalas afectadas cualitativamente.

Laboratorio

- BH
- velocidad de sedimentación globular
- examen general de orina
- estudio de Doppler de arteria umbilical

Tratamiento

- Penicilina sódica cristalina
- ampicilina y eritromicina
- clindamicina
- cefazolina
- Corticosteroides

Amenaza de Parto Prematuro o Pretermino

Es la Ausencia de contracciones uterinas
regulares asociados a modificaciones cervicales
(dilatación y/o acortamiento del cuello del
útero) entre las 22 y la 36+6 JGG

Epidemiología

Parto Pretermino es
de 7-10%.
65% de muertes
Perinatales y principal
causa de morbilidad
neonatal

Fisiopatología

Endocrino - hormonal
Síntesis de mediadores química
Placentaria activación del eje
hipotálamo hipófisis materno fetal.

Infección
anomal desarrollo vascular útero-
placentario

Neuroendocrino Subdistancias del útero

Cuadro clínico

- rotura Prematura
de las membranas
- Pérdida continua
de líquido en
gotas o chorro

factores de riesgo

- o desprendimiento Prematuro
de Placenta normalizada
o cesarioamnionitis
o Placenta Previa ch
hemorragia
- o Trabajo de Parto avanzado

Tratamiento

- Beta-metasona
- Dexametasona
- Sulfato de magnesio

Laboratorios

- BH completa
- Tiempos de coagulación
- urocultivo y cultivo
cervicovaginal
- ultrasonido

Diagnóstico

- historia clínica
- evaluación de
signos y síntomas
- signos vitales
• temperatura
• Presión arterial
• FC
• PA
- Examen del útero

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normalmentra

Es cuando la placenta se desprende de la pared del útero antes del parto, se manifiesta cuando existe sangrado vaginal oculto el sitio desprendido se encuentra detrás de la placenta - el desprendimiento puede ser parcial y afectar solo parte de la placenta o puede ser total y afectar toda la placenta.

Epidemiología

0,3-1% de los Partos
mortalidad fetal
119/1000 nacimientos

factores de riesgo

- desprendimiento previo
- hipertensión
- Anomalías estructurales del útero
- consumo de cocaína
- fumar

laboratorio

Hb
Htc
función renal
hepática
electrolita

Diagnostico

- ultrasonido
- ecografía transvaginal
- resonancia magnética y
- cistoscopia

Tratamiento

- corticosteroides
- n. fetalino
- betametazona

Clasificación

Completas o total:
cuando la placenta cubre enteramente el orificio del Cervice

Parcial:
cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno

marginal

- cuando el borde de la placenta esta en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo

De inserción baja

- cuando la placenta esta localizada cerca a 3cm pero no esta en contacto con el orificio cervical interno

fisiopatología

endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, la Placenta es extendida aplanada e irregular

musculatura: menos fibras musculares y con mayor de fibra colagenas, lo que hace distensible con menor resistencia de colapso

membrana: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas

cordon: con atefia de cotiledones, se asocia al desarrollo insuficiente vascularizado

Estados hipertensivos del embarazo

Se define como hipertensión (HTA) a la elevación arterial (TA) igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica.

Clasificación

hipertensión gestacional
mayor 140/90 mmHg tomados 2 veces c/d 6 hrs
antes de los 20 SG

hipertensión crónica
hipertensión dx antes del embarazo o durante las primeras 20 SG

Epidemiología

6 y 17% en mujeres nulíparas y primíparas
2 y 4% en mujeres multiparas

Laboratorios

- o función renal
 - creatinina plasmática
 - uremia
 - proteinuria
- o función hepática
 - electrocardiograma
 - ecografía

Preeclampsia

desorden multisistémico que se manifiesta a partir de 20 SG con 140/90 mmHg dando origen blanco

Eclampsia
Desarrollo de convulsiones tónico-clónicas y/o coma inespecífico durante el embarazo o el postparto en ex con síntomas de preeclampsia

Factor de riesgo

- obesidad
- hipertensión crónica
- preeclampsia en embarazo anterior
- diabetes tipo 1 y 2
- edad > 40 A
- IMC > 35

Diagnóstico

- Lecturas de Presión Arterial
- Análisis de orina para presencia de proteínas
- chequeo de laboratorio

Preeclampsia leve

Detección de valores de tensión arterial $\geq 140/90$ en 2 ocasiones en 4 hrs con proteinuria ≥ 300 mg/24 hrs

Cuadro clínico

- Amenorrea
- edema localizado
- varices
- reflejos osteotendinosos

Tratamiento

- | | |
|-------------------|---|
| no farmacológicos | reposo en cama
restricción de sodio
reducción de peso |
| farmacológico -> | Ata metilado
Labetalol
nifedipina
hidralazina |

Preeclampsia grave

160/110 mmHg presión arterial
- proteinuria ≥ 50 /24hr

Enfermedad trofoblástica Gestacional.

son

Definición:

Coriocarcinoma:

tumor maligno de epitelio trofoblástico que puede dar metástasis a sitios distales.

hacia completa:

ausencia de tejido embriionario o fetal.
- degeneración de vellosidades corvales, hiperplasia trofoblástica

hacia molar:

lesión local invasiva rara vez da metástasis adalancia al parto sin invadir al estoma endometrial.

Mola parcial

Presencia de tejido embriionario o fetal
- vellosidades con edema y cavitación
- inclusion prominente en estoma

Tumor del sitio placentario

Tumor muy raro
- secreta lactógeno Placentario
- Area de necrosis de ganoblastoma crónica
- no contiene vellosidades corvales

Epidemiología

México de 2.4 / 1000 embarazos
- mola molar ocurre de 1 / 40 embarazos molar
- embarazo normal 1 / 150.000

Factor de riesgo

- Edad de 40 y 50 años
- embarazo molar previo
- embarazo ectópico previo
- embarazo previo de término
- y en menores de 16 años.

Oxide STG

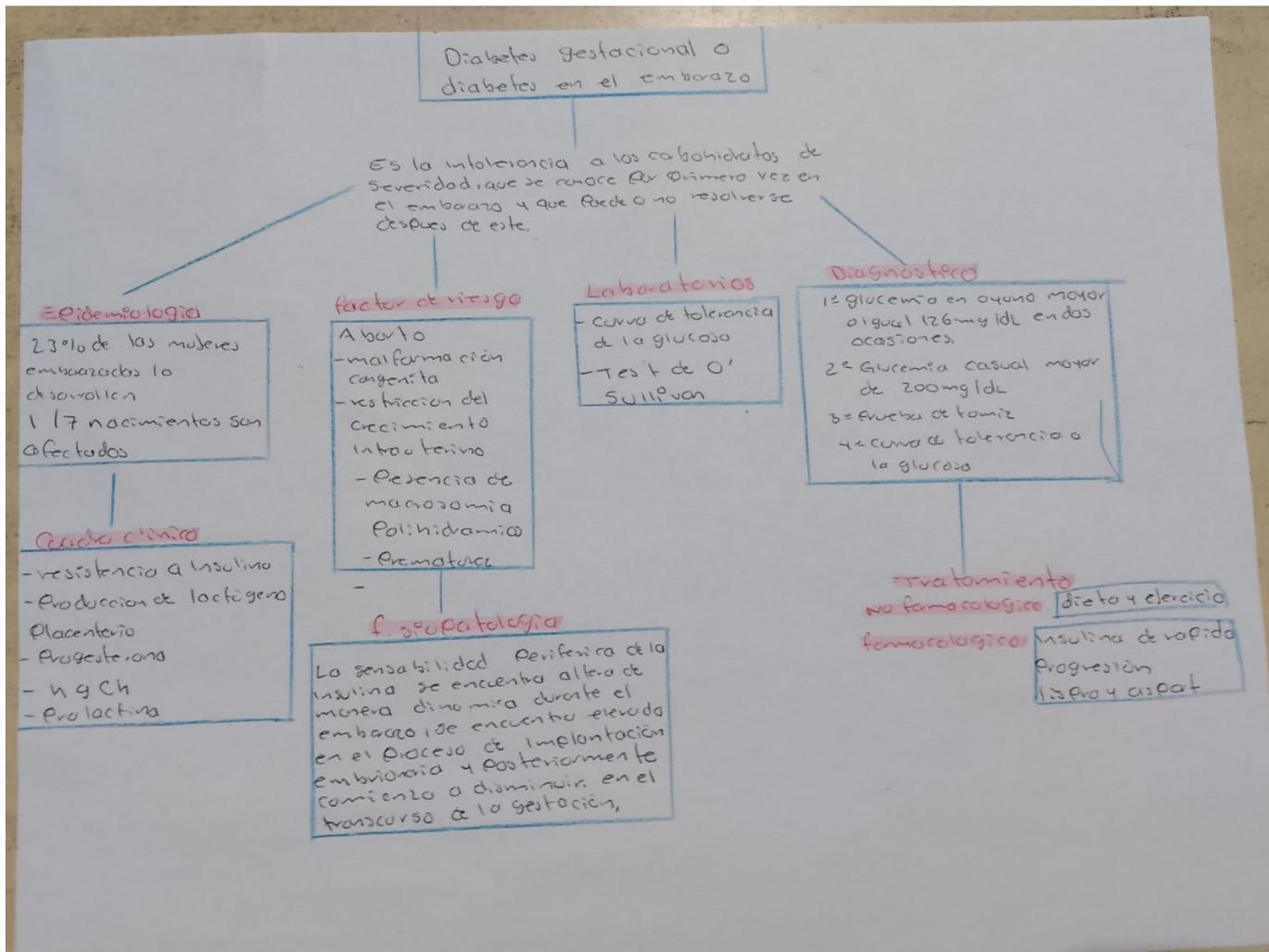
hemorragia de línea normal
- Crecimiento uterino mayor
- Ausencia de FC fetal
- hipertensión gestacional en las primeras 20-30G
- niveles elevados de hGC

Laboratorios

BH con diferencial y cuenta Plaquetaria.
- Tiempos de coagulación
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático
- grupo y RH
- Tete de toxan
- ultrasonido obstetrico

Tratamiento

de AMEO



(social, 2010)

Bibliografía

social, i. m. (2010). *guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana*.
Obtenido de guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>

(sanchez, 2017)

Bibliografía

sanchez, c. c. (2017). *tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo*. Obtenido de
tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

social, i. m. (2010). *guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana*.
Obtenido de guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>

(Benois, 2017)

Bibliografía

Benois, E. (2017). *GPC embarazo pretermino*. Obtenido de GPC embarazo pretermino:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GRR.pdf>

sanchez, c. c. (2017). *tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo*. Obtenido de
tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

social, i. m. (2010). *guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana*.
Obtenido de guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>

(Dr, 2012)

Referencias

Benois, E. (2017). *GPC embarazo pretermino*. Obtenido de GPC embarazo pretermino:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/063GRR.pdf>

Dr, J. A. (2012). *diabetes del embarazo*. Obtenido de diabetes del embarazo:
https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/docs/guias/Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20Diabetes%20

sanchez, c. c. (2017). *tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo*. Obtenido de tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>

social, i. m. (2010). *guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana*. Obtenido de guia de practica clinica de tratamiento de ruptura prematura de membrana:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GER.pdf>