

***2do parcial***

***Mapas conceptuales***

**Paola Guadalupe Hilerio González**

**Grupo: "A"**

**Grado: 6°**

**Ginecología**

**Dr. Roberto Ruiz**

**Comitán de Domínguez Chiapas**

## Estados hipertensivos del embarazo

La hipertensión es el trastorno más común del embarazo y complica

### Clasificación

#### Hipertensión inducida por el embarazo

- ↳ preeclampsia
  - ↳ leve
  - ↳ severo
- ↳ eclampsia (preeclam + convulsión)

Hipertensión crónica - 140-90 en 20 SDG

HTC con preeclampsia proteinuria en 20 SDG

Hipertensión gestacional 20 SDG sin proteinuria

### Patogénesis

- Enf. inducida por la placenta
- Invasión trofoblástica
- Isquemia placentaria y estrés oxidativo
- Liberación de NO, prostaglandinas y endotelinas
- Agregación plaquetaria, disfunción endotelial, HTA

### Factores de riesgo

- Nulliparidad
- Edad < 18a
- Edad > 40a primípara o multipara
- Historia familiar
- Antecedentes
- Embarazo múltiple
- IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>
- DM, nefropatía

### Cuadro clínico

- T.A sistólica > 140 mmHg
- T.A diastólica > 90 mmHg
- Proteinuria
- SN: fotopsia, escotomas, cefalea occipital persistente
- Alt. hepáticas
- Trombocitopenia
- Ins. renal

### Diagnóstico

- La T.A se mide rutinariamente en las visitas prenatales
- La elevación del trastorno hipertensivo en el embarazo incluye la evaluación del riesgo de preeclampsia
- la ansiedad y hallazgos adicionales
- Hemoglobina
- Enzimas hepáticas elevadas
- Plaquetopenia

### Tratamiento

- Prevención: embarazo con AC de HTA AAs = 75-100 mg/día VO
- carbonato de Ca = 500 mg
- Preeclampsia - eclampsia sulfato de Mg = inicio HG III
- Anti HTA en embarazo = TA ≥ 110
- crisis hipotensiva
- Nifedipino
- Hidralazina
- Labetalol
- Nitroglicerina

Mate

Mate

## Diabetes gestacional

es

Cualquier grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo, sin considerar si la condición era previa al embarazo

### Epidemiología

Prevalencia de 7% a nivel mundial. En México es de 8.7 - 17.7%.  
Incremento riesgo de preeclampsia para la madre y malformaciones congénitas, SDR, letargia y muerte fetal.

### Patogénesis

Hay hiperplasia de las células del páncreas y mayor sensibilidad de estas a la glucosa, por efecto del estrógeno y progesterona.

### Factores de riesgo

Edad materna  $\geq 36$   
Mabrosomía fetal  
Previa de DM<sub>2</sub>  
Historia familiar  
Abortos o muerte fetal  
Obesidad o sobrepeso  
Nacimientos previos  $\geq 4,3$  Kg

### Cuadro clínico

Aumento de sed  
Boca seca  
Micción frecuente  
Aumento de peso  
Cansancio  
Visión borrosa  
Aumento de hambre  
Pérdida de peso

### Diagnóstico

En ayuno:  $\geq 126$  mg/dL  
casual:  $\geq 200$  mg/dL  
Prueba de tamiz con 50g =  $\geq 180$  mg  
Curva tolerancia con un carga de 100g o 75g  
Glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dL

### Recomendación

Act. física  
Alimentación balanceada  
Periódicamente al bebé

### Tratamiento

Dieta restrictiva  
Ejercicio - Metformina  
Insulina NPH:  
6-17 sem = 0.5 - 0.7 uI/kg  
18-26 sem = 0.7 - 0.8 uI/kg  
27-36 sem = 0.9 - 1.1 uI/kg

### Complicaciones

Durante el embarazo

- cesárea
- Hemorragia
- Polioidiostomien
- Aborto espontáneo

Después del embarazo

- Desarrollo DM<sub>2</sub>
- Preeclampsia
- T. A
- Ec. cardíaca
- coma diabético

# Ruptura Prematura de membrana.

Es

Solución de continuidad de las membranas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto y antes de los 37 SPG

## Clasificación

- < 24 smn
- Pretermino (24-31 smn)
- Pretermino < 37 smn
- Termino > 37 smn

## Etiología

- Socioeconómica baja
- Parto prematuro previo
- Tabaquismo
- ITS
- Hemorragia fetal

## Cuadro clínico

- Flujo acuoso abundante de vagina
- Humedad constante
- Fiebre dolor
- Dolor abdominal
- Taquicardia fetal
- LPE

## Diagnóstico

- Historia clínica (Exploración física)
- Especulocopia (visualización del L.A)
- Prueba de nitocina
- Cristalografía (Gold estándar)

## Patogénesis

- Inflamación o infección de bolsa amniótica
- se forma citoquina inflamatoria TNF/IL1
- Hormas del estrés y cortisol
- se genera parto pre-termino por RPM

## Factores de riesgo

- Infección del tracto reproductivo materno
- Tabaquismo
- Est. nutricional
- Embarazo múltiple
- Poli hidramnios
- Hemorragia
- Trauma
- Presión barométrica

## Tratamiento

- Penicilina 5mu c/4hrs
- Ampicilina 2gr IV 1gr/c
- Eritromicina 500 mg c/8hrs
- Clindamicina 900 mg c/8hrs
- Ceftriaxona 2gr c/8hrs
- Betametaxona 12 mg c/12hrs

## Maduración pulmonar

- Dexametazona
- Betametaxona

Mate

## Infecciones vía urinaria en el embarazo

Las infecciones del tracto urinario bacteriuria asintomática (BA) Cistitis aguda (CA) y pielonefritis aguda (PA) son favorecidas por los cambios morfológicos y funcionales del embarazo.

### Bacteriuria asintomática

¿Qué es?

Sin síntomas con presencia de bacterias

### Factores de riesgo

- Pobreca  
- Multiparidad  
- DM  
- Infección urinaria previa

### Diagnóstico

Urocultivo sistemático  
Urocultivo (+)  
700.000 UFC/ml

### Patógenos

E. coli  
Klebsiella pneumoniae  
Proteus mirabilis

### Tratamiento

Amoxicilina/ácido clavulánico  
500mg/8hrs  
ceftriaxona acetil 250mg/12hrs  
ceftriaxona 400mg/24hrs

### Cistitis y sx uretral

¿Qué es?

Infección que afecta a la pared y a la mucosa de la vejiga

### Factores de riesgo

Malformaciones urológicas  
Enf. neurológicas  
Anemia cel. falciforme

### Diagnóstico

Sx. miccional  
Leucocituria  
Nitritos  
pH Neutro o alcalino  
Urocultivo +

### Patógenos

Escherichia coli  
Klebsiella spp  
Proteus spp

### Tratamiento

Amoxi + A. clavulánico  
500mg/8hrs  
ceftriaxona  
250mg/12hrs  
Ceftriaxona 400mg/24hrs

### Pielonefritis

¿Qué es

Infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de 1-ambos riñones

### Factores de riesgo

Pobreca  
Multiparidad  
DM  
Bacteriuria asintomática previa

### Diagnóstico

Urocultivo con 700.000 UFC/ml en orina  
Leucocituria  
Proteinuria  
Hemates

### Clínica

Fiebre >39°  
Escalofríos  
Dolor lumbar  
Anorexia, náuseas, emesis

### Tratamiento

Hospitalizar a px  
Antibiótico IV  
Hidratación intravenosa para conseguir diuresis  
730 ml/hora

### Patología urinaria obstructiva

¿Qué es

Presencia de un obstáculo mecánico o funcional al paso de la orina por el tracto urinario

### Diagnóstico

Puño percusión renal (+)  
Valoración cervical

### Clínica

Dolor lumbar (colica)  
Náuseas, emesis  
Hematuria: Macro-Microscópica  
Sx miccional sin infección

# Ruptura Prematura de membrana.

Es

Solución de continuidad de las membranas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto y antes de los 37 SGA

## Clasificación

- < 24 smn
- Pretermino (24-37 smn)
- Pretermino < 37 smn
- Termino > 37 smn

## Etiología

- socioeconómico baja
- Parto prematuro previo
- Tabaquismo
- ITS
- Hemorragia fetal

## cuadro clínico

- Flujo acuoso abundante de vagina
- Humedad constante
- Fiebre dolor
- Dolor abdominal
- Taquicardia fetal
- Pé

## Diagnostico

- Historia clínica (exploración física)
- especulocopia (visualización del L.A)
- Prueba de nitocina
- cristalografía (Gold estándar)

## Tratamiento

- Penicilina 5mu c/4hrs
- Ampicilina 2gr IV 1gr/c
- Eritromicina 500 mg c/8hrs
- Clindamicina 900 mg c/8hrs
- ceftriaxona 2gr c/8hrs
- Betametaxona 12 mg c/12hrs

### Maduración pulmonar

- Dexametazona
- Betametaxona

## Patogenesis

- inflamación o infección de bolsa amniotica
- se forma citoquina inflamatoria TNF/IL1
- Hormas del estrés y cortisol
- se genera parto pre-termino por RPM

## Factores de riesgo

- Infección del tracto reproductivo materno
- Tabaquismo
- Est. nutricional
- Embarazo múltiple
- Poli hidramnios
- Hemorragia
- Trauma
- Presión barométrica

Mate

# Placenta previa

Implantación anormal de placenta que cubre parcial o total el OCI

## Tipos de Placenta

- Normal:
- Previa completo <sup>4</sup> obstrucción total del OCI
- Parcial <sup>3</sup>: ocluye una parte de OCI.
- Corporal / Marginal <sup>2</sup> borde sin obstrucción
- Fundica inserción baja <sup>1</sup> 2-5 cm de OCI

## Epidemiología

- N° de cesarea y riesgo de P.P
- Acretismo placentario se presenta en 1 de cada 10 Placenta previa

## Diagnostico

- No realizar tacto vaginal
- USG endovaginal (Delimita el borde placentario inferior en relación al OCI)
- Tamizaje > 20 SDG

## Factores de riesgo

- Fecundación in vitro
- Cesarea previa o cicatrice
- Tabaquismo
- Edad avanzada
- Multiparidad y aborto previo

## Manifestaciones clínicas

- Sangrado transvaginal indoloro (Aspecto fresco, brillante o metálico)
- ECF anormal (sin sufrimiento fetal)
- Tactos vaginales contraindicados
- El 90% dx clínico
- 0-9 10% endovaginal
- No hay dolor vaginal

## Etiopatogenia

- capacidad de fijación del trofoblasto
- ✓ Implantación ocurre en fondo uterino
- Precoc = se implanta trompas de falopio
- Retardada = se implanta en el segmento inferior o en el cérvix
- Muy retardada = no hay implantación

## Tratamiento inicial

- Inicial: hospitalización y valoración hemodinámica
- Manejo ambulatorio a las 72 hrs sin hemorragia
- Maduración Pulmonar corticoides a las 24-34 SDG con placenta previa
- Finalizar embarazo 34-36 SDG
- 730 SDG finalizar embarazo
- Cesario indicado en todas variantes

## Complicaciones

- Materno: hemorragia
- Shock, infección, acretismo Placentario
- Fetal: Prematuridad, hemorragia hipoxia, prolapso de cordón, sufrimiento fetal

# Enf. trofoblasticos gestacional

Es

Conjunto de células trofoblasticas con crecimiento inmaduro.

## Tipos:

Mola hidatidiforme completa  
Mola hidatidiforme parcial  
Mola invasora / Tumor de lecho Placentario

Coriocarcinoma

## Factores de riesgo

40-50 años

Aborto previo

Emb. molar previo  
patogenesis

## Diagnostico

Medición de hCG en suero

Definitivo = Histopatológico

Ecografía = Endocavitaria

Pruebas = BH, función renal, hepática

## Seguimiento

Exploración ginecológica (tamaño uterino, búsqueda de metastasis vaginal)

Tele detarax (Metastasis)

Medición de hCG (1 año)

## Epidemiología

México de 2.4 / 1000 embaraco

Mola invasora 1/40

## Cuadro clinico

1. Sospecha de embarazo
2. crecimiento uterino mayor al esperado por edad ges.
3. Hiperemesis gravidica
4. Niveles elevados de hormona gonatotrica corionica hum.
5. Hipertensión gestacional antes de las 20 sds
6. Hemorragia
7. posterior anemia (100,000)

## clasificación

### Benigno

Ausencia del tejido embrionario

### Maligno:

Presencia del tejido embrionario

- Mola invasora / tumor de lecho
- Coriocarcinoma
- Mola persistente

## Contraindicaciones

- Embaraco de al menos 1 año (evitar cáncer)
- Misoprosol (evitar una embolia pulmonar)

## Tratamiento

Ameo o L01 (aplicarse antioamo

endovenosa)  
Histerectomia

Estrogeno: Oral, eficacia en la disminucion de hCG

## Tx mediante clasificación

Bajo riesgo

1 Actinominina

2 Metotrexato

Alto riesgo > 6 pts

1 Etoposido 100 mg / m<sup>2</sup>

Metotrexato

2 Etoposido

2 Actinominina

Acido fólico

Mate