



Rojas Velázquez Joan Natael

Ruiz Ballinas Roberto

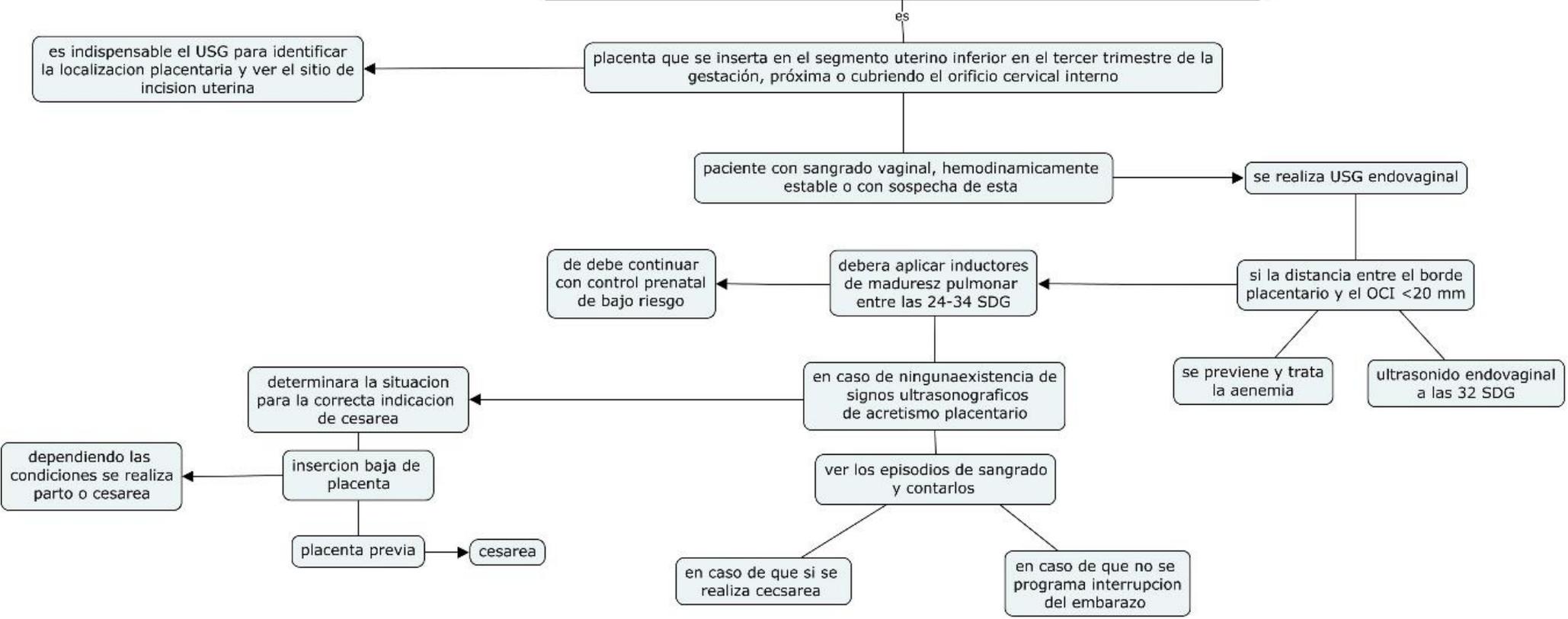
Mapas conceptuales

Ginecología

6°B

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de mayo de 2024

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normal incierta



Rotura 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

el

El tacto vaginal no debería realizarse en pacientes con RPM

El diagnóstico de la RPM se realiza combinando la sospecha clínica, la historia clínica de la paciente

son

La amniocentesis es de utilidad para evaluar el estado microbiológico del líquido amniótico y corroborar la madurez pulmonar

las

Complicaciones

Nacimiento dentro de la semana próxima

Síndrome de dificultad respiratoria del Recién nacido

Compresión de cordón

Corioamnioitis

Desprendimiento de Placenta

Muerte fetal in útero

La prueba de nitrazina y la cristalografía

la

fibronectina fetal puede ser usada para el diagnóstico de RPM pretérmino

Las pacientes con RPM pretérmino sin datos de infección o trabajo de parto, se les ofrece un manejo conservador

La profilaxis intraparto debe de ser iniciada en toda paciente con cultivos para estreptococo del grupo β positivos

con

Penicilina sodica
Ampicilina
Eritromicina
Clindamicina
Cefazolina

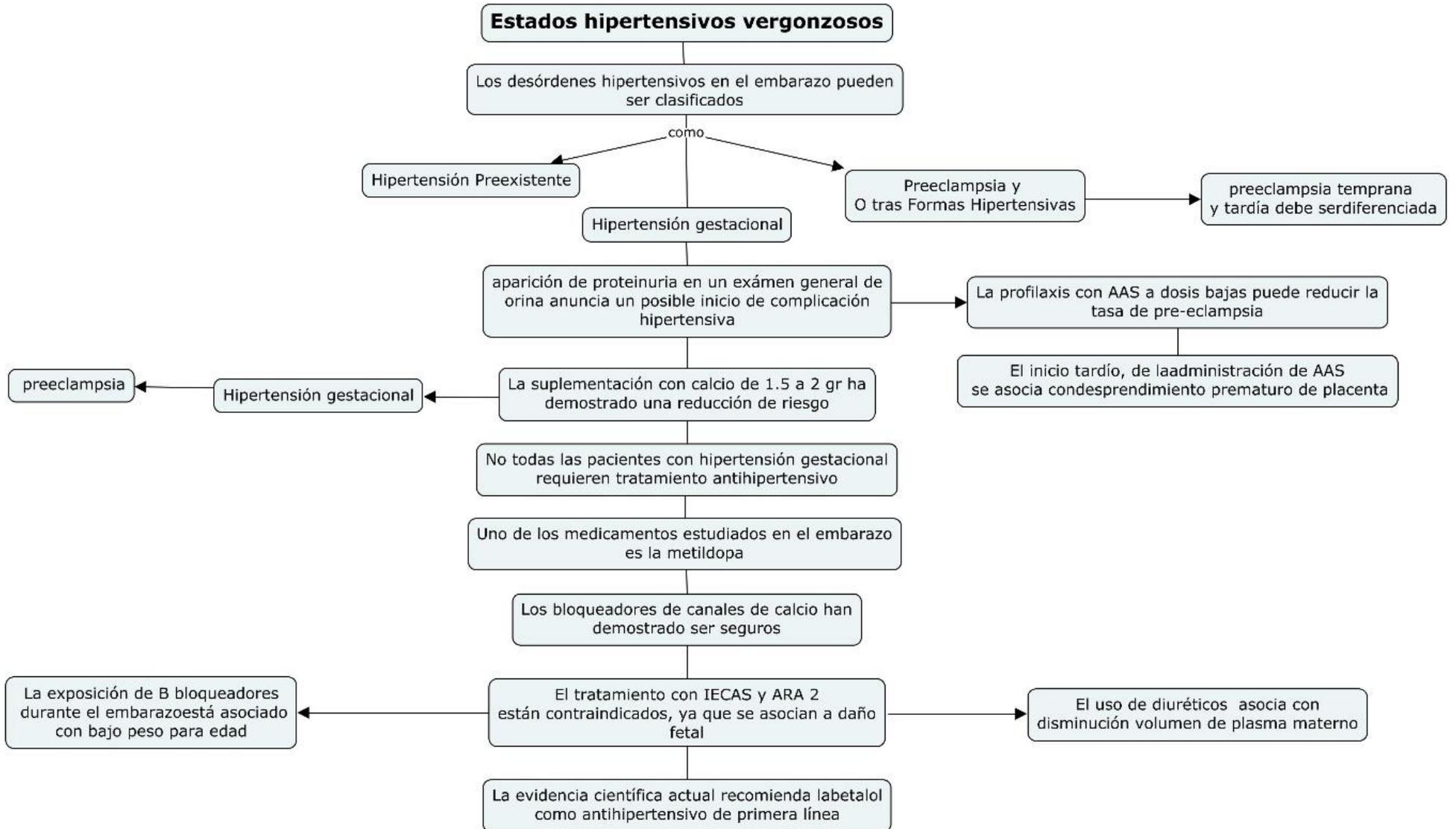
Recomienda uso de corticoesteroides en pacientes con riesgo prematuro

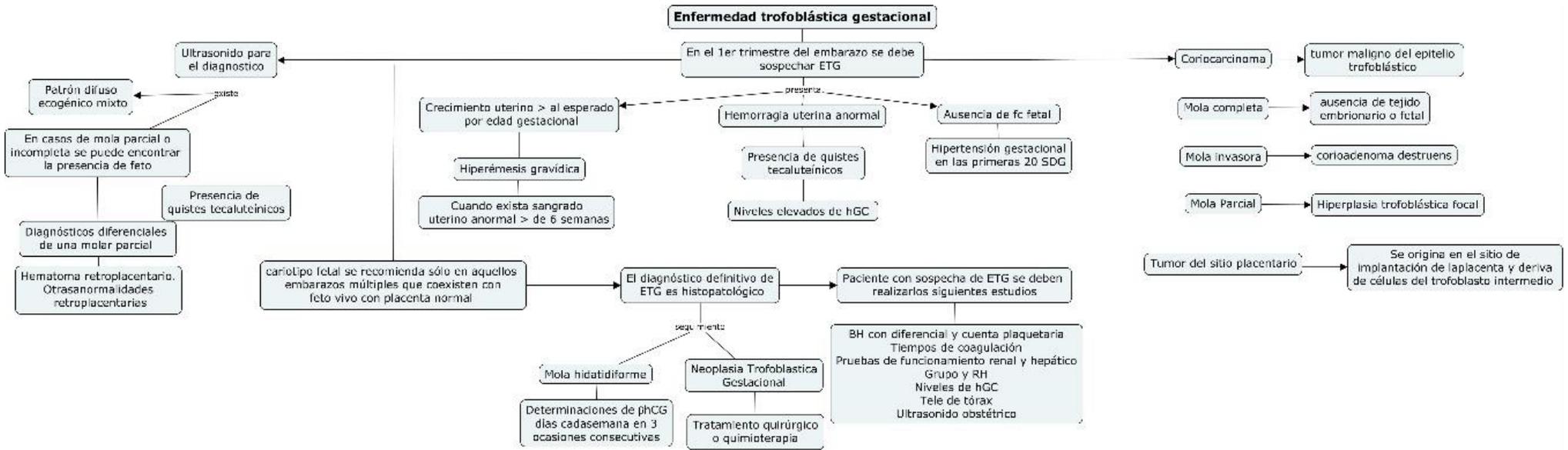
La especuloscopia con visualización de la salida de líquido amniótico mediante maniobra de Valsalva y Tarnier

La exploración manual esta indicada sólo si hay trabajo de parto

El Ph vaginal se encuentra entre 4.5 a 6.0 y el del líquido amniótico es de 7.1 a 7.3 pudiendo ser determinado como prueba complementaria

mejora el pronóstico, reduciendo el riesgo de síndrome de distress respiratorio, sepsis temprana, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante





Diabetes gestacional

es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo

Las pacientes embarazadas se clasifican en tres grupos de riesgo

factores de riesgo

edad materna mayor a 30 años
historia previa de DMG
historia familiar de diabetes
IMC mayor a 30

La presencia de glucosuria 2++ en una ocasión ó 1+ en 2 o más ocasiones en exámenes de orina puede indicar diabetes gestacional no diagnosticada.

Bajo riesgo
Riesgo moderado
Alto riesgo

Los criterios para establecer el diagnóstico de DMG

Realizar CTGO con carga de 75g

Realizar tamizaje con 50 gr de glucosa

Si los niveles plasmáticos de glucosa a la hora son ≥ 140 mg/dl se procede a CTGO

La terapia médica nutricional es fundamental en el control de la embarazada diabética

Mantener el control glucémico
Evitar la cetonuria y episodios de hipoglucemia

El ejercicio que incrementa la masa muscular favorece el control glucémico

La metformina es un sensibilizador de la insulina

glibenclamida en embarazadas como una terapia alternativa a insulina

contraindicado si presenta:
Deterioro de la función renal
Deterioro de la función hepática

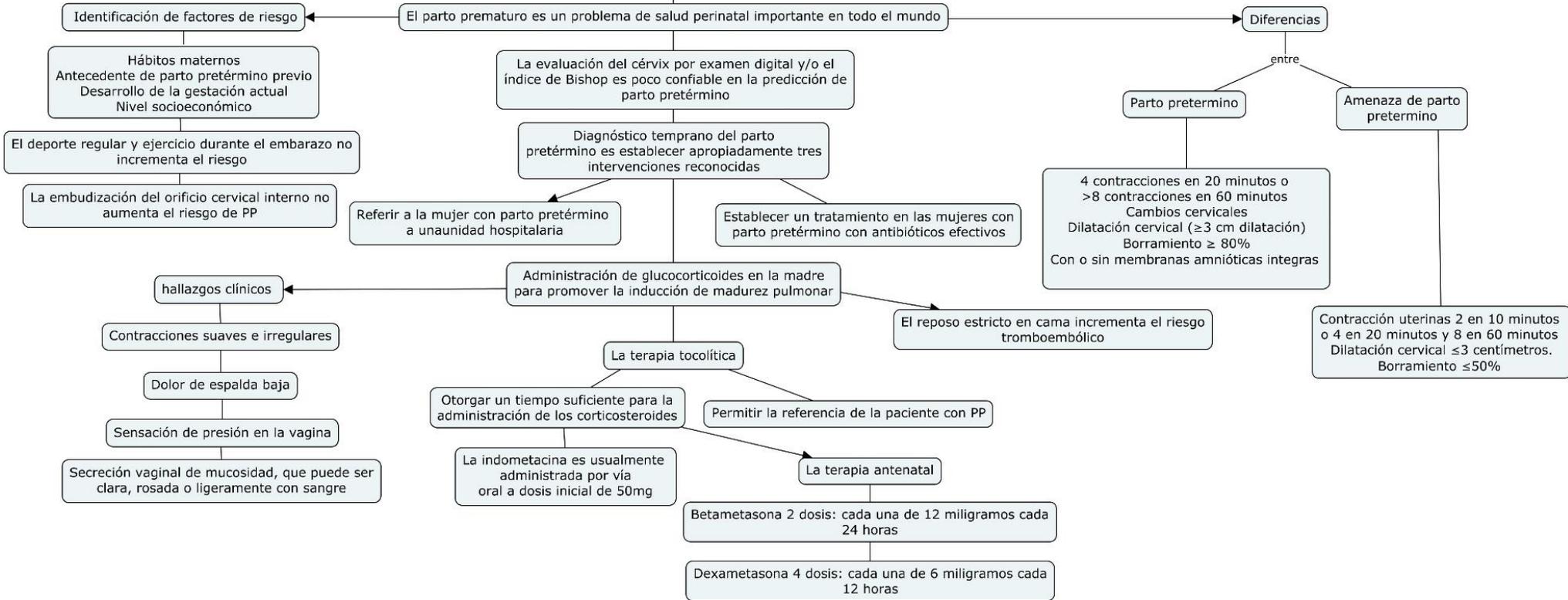
La insulina es el tratamiento de elección en cualquier tipo de diabetes durante el embarazo

Los análogos de insulina de acción rápida han sido asociados con menor incidencia de hipoglucemia

El uso de insulina de acción rápida es generalmente necesario para el control de la hiperglucemia postprandial

El estudio HAPO fue diseñado para identificar los efectos adversos asociados con la intolerancia materna a la glucosa durante la gestación

Nacimiento prematuro



Obstrucción y vergüenza del tracto urinario

La infección de vías urinarias se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que varían desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda

En general el inicio de la infección de vías urinarias bajas no complicada es abrupto

Los síntomas con mayor sensibilidad son:

Disuria
Polaquiuria
urgencia miccional.

El análisis de tira reactiva determina nitritos y esterasa leucocitaria

El análisis de tira reactiva determina nitritos y esterasa leucocitaria

El análisis de tira reactiva determina nitritos y esterasa leucocitaria

La calidad de la muestra de orina determina la efectividad

Se ha demostrado que el tratamiento por 3 días con nitrofurantoína en mujeres no embarazadas

El pH urinario afecta la actividad de la nitrofurantoína

La esterasa leucocitaria se produce por los neutrofilos e indica piuria