



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Bryan Reyes González

Mapas Conceptuales

2do Parcial

Ginecología y Obstetricia

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Ruptura prematura de membranas

Diagnostico.

- La especuloscopia con visualización de la salida de liquido amniótico mediante maniobra de Valsalva y Tarnier.
- La prueba de nitrazina y la cristalografía. (Exactitud diagnóstica 43.1%)

Pruebas diagnosticas

- Las principales pruebas diagnosticas son la cristalografía y la prueba con papel de nitrazina.
- La realización de los amniocentesis en pacientes con RPM pretermino para:
 - Evaluar la madurez pulmonar fetal
 - Cultivo de liquido amniótico
 - Como método diagnostico de RPM con introducción de colorante intramniótico ayuda a determinar el mejor momento para el nacimiento y disminuir la morbilidad neonatal.

Definición.

- La RPM es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de liquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Categorías generales

- 1º Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37 SDC.
- 2º Ruptura de membranas pretermino: la que se presenta antes de las 37 SDC, que a su vez se clasifica en:
 - Previa (≤ 23 Semanas).
 - Remota del termino (de las 24 a las 32 Semanas)
 - Cercana al termino (de las 33 a las 36 Semanas).

Factores de riesgo.

- Infecciones del tracto reproductivo materno (Vaginosis bacteriana, tricomonas, gonorrea, Clamidia y Coronavirus (COVID-19));
- Conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales)
- Complicaciones obstétricas (Embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia istmico cervical, laceraciones, hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo) y Cambios ambientales (presión barométrica).

Tratamiento Farmacológico

El beneficio de la antibioprofilaxis para estreptococos del grupo B es bien conocido. La profilaxis intraparto debe ser iniciada en toda paciente con cultivos para estreptococos del grupo B positivos durante el embarazo y/o ante cultivos desconocidos.

Las opciones terapéuticas incluyen

- Penicilina 5 millones de unidades en bolo intravenoso, seguido de 2.5 millones de unidades cada 4 horas.
- Ampicilina 2gr en bolo intravenoso, seguido de 1gr cada 4 horas.
- Eritromicina 500 mg intravenosa cada 6 horas.
- Clindamicina 900 mg intravenosa cada 8 horas (en caso de alergia a la Penicilina).

Enfermedad trofoblástica gestacional

Definición

Coriocarcinoma

Tumor maligno del epitelio trofoblástico. Compuesto por sincitio y citotrofoblasto y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

Mola Completa

Ausencia de tejido embrionario o fetal.

Mola Invasiva

Es una localización invasora que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al cotiledón amniótico.

Mola Parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal.

Tumor del Sitio Placentario

Es un tumor extremadamente raro, se origina en el sitio de implantación de la placenta.

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende a la mola hidatiforme, mola completa y mola parcial, las cuales se consideran enfermedades benignas. Las neoplasias trofoblásticas gestacionales incluyen a la mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario los cuales se consideran patológicos malignos.

Diagnóstico

- Px con antecedentes de mola parcial o completa tiene 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsiguiente. Se debe de realizar USG.
- Solicitar niveles hCG Px con antecedentes de aborto de término o pretermino o embarazo molar.
- Los diagnósticos diferenciales de una mola parcial por USG son:
 - 1) Hematoma retroplacentario
 - 2) Otras anomalías retroplacentarias
 - 3) Degeneración de un bionta
- Ultrasonido principalmente en mola parcial el dx puede ser ambiguo.

Tx y

- ### Diagnósticos directos:
- Biometría hemática con diferencial y cuenta plaquetaria
 - Tiempos de coagulación
 - Pruebas de funcionamiento renal y hepático
 - Grupo y Rh
 - Niveles de hCG
 - tala de brax
 - Ultrasonido obstétrico.

Medicamentos

- Acido fólico: 0.1mg/kg/día, los días 2,4,6,8, repetir cada 2 semanas
- Ciclofosfamida: 600mg/m²/IV en 1 día
- Cisplatino 25mg/m²/IV día x 3.
- Dactinomicina: 0.5 mg/día IV x 3

Infección del tracto urinario bajo durante el embarazo.

Definición

Infecciones del tracto urinario

Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Se clasifican de diferentes formas: cistitis, bacia, vejiga o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

Infecciones del tracto urinario bajo

Colonización bacteriana en nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, poliuria, turbidez y olor fétido de la orina.

- **Bacteriuria asintomática.** Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100,000 UFC/ml de orina en dos o más muestras y ausencia total de síntomas urinarios.
- **Cistitis aguda.** Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.
- **Cistouretritis aguda.** Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, poliuria y en ocasiones tenesmo vesical.

Diagnostico

- Se deberá solicitar urocultivo para el esteroideo dx y tx
- Una infección del tracto urinario bajo es una combinación de síntomas significativos como bacteriuria, disuria y la frecuencia urinaria.
- Solicitar Urocultivo para confirmar el diagnóstico de bacteriuria asintomática o cistitis.
- En la primera consulta de atención prenatal los laboratorios que se deben solicitar son?
 - BH completo
 - Grupo Rh.
 - Glucosa
 - Creatinina
 - Acido urico
 - EGO.
- El EGO se realizará en seguimiento a las 18-20 semanas y entre la 32-34 semanas de gestación.

Tratamiento

- El tratamiento con antibiótico para la bacteriuria asintomática durante el embarazo en un régimen de 4 a 7 días, es considerado como el periodo más recomendado, en la prevención de complicaciones como APP y pielonefritis en el embarazo (indicado a 17-18 semanas).
- Los tratamientos antimicrobianos en la bacteriuria asintomática en el embarazo se recomienda no sean menores de 4 a 7 días.
- La seguridad de los nitrofuranos, a pesar del riesgo de toxicidad fetal considerado como bajo. Permite ser de elección para el tratamiento de BA y de infecciones del tracto urinario bajo en el embarazo.

Estados Hipertensivos del Embarazo

Diagnóstico

• La evaluación del riesgo de preeclampsia, la gravedad de la preeclampsia y la presencia de hallazgos relevantes adicionales, incluyendo causas identificables de hipertensión o enfermedad renal.

• La aparición de proteinuria en un examen general de orina cronica un posible inicio de complicación hipertensiva.

• Actualmente existen tres métodos de estimación de proteinuria. El más popular es el análisis de la tira reactiva en orina y es semicuantitativo la segunda es el "patrón oro" cuantificación de proteínas en orina de 24 horas. Pero está limitado por su disponibilidad y limitaciones de tiempo. Finalmente la tercera es la estimación de la relación proteína urinaria, creatinina (UPCR) en muestras de orina aleatorias, sin embargo el valor de los puntos de corte de este último método varía de acuerdo a cada centro hospitalario.

Definición

• La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complica 1 de cada 10 gestaciones.

La principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto.

Epidemiología

• A escala mundial, cada año, los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 400,000 perinatales, además de constituir un predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial en edades tempranas así como síndrome metabólico.

• En Latinoamérica y el Caribe la preeclampsia es la causante de 25.7% de las muertes maternas y en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25% así mismo se considera que mujeres que padecen trastornos hipertensivos durante el embarazo, cerca de 50 a 100 de ellas desarrollarán síndromes y 1 fallecerá.

Tratamiento

• Las dosis de aspirina que han demostrado una reducción significativa de riesgo de preeclampsia oscilan entre 80-100mg/día. Dosis menores no se asocian con disminución del riesgo.

Diabetes en el embarazo

Diagnóstico.

- Es recomendable realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 semanas a todas las pacientes, para una detección temprana de mujeres con DM tipo 2 no diagnosticadas antes del embarazo.
- Se ha demostrado la necesidad de realizar el tamizaje o GAO entre la semana 24 y 28 de gestación en mujeres de moderado riesgo así como en las pacientes de alto riesgo que tuvieron resultado de glucosa normal en la primera visita prenatal.
- Se recomienda realizar pruebas para diagnóstico de diabetes gestacional en pacientes que presentan glucosuria en exámenes general de orina rutinarios.

Definición

- La diabetes mellitus gestacional es un síndrome caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede no resolverse después de este.
- Diabetes pregestacional o preexistente se refiere a pacientes con diabetes tipo 1 o 2 que se embarazaron o se diagnostican durante el primer trimestre.
- Se se quiere mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/80 mm Hg.

Tratamiento Metabólico

- Ensayos clínicos controlados sugieren que glucosas de ayuno ≥ 90 mg/dl están asociados a bajo riesgo de macrosomía.

- El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95 mg/dl en ayuno y 120 mg/dl 2 horas postprandial).

Terapia Nutricional

- Se ha demostrado que con terapia médica nutricional del 82 al 93% de las pacientes con diabetes gestacional pueden alcanzar la meta terapéutica.
- Se recomienda que el plan nutricional de la mujer embarazada con diabetes incluya 3 comidas y 2 u 3 colaciones, debiendo ajustarse individualmente de acuerdo a los niveles de glucosa metabólica.

Tratamiento Farmacológico.

- En aquellas embarazadas con diabetes pregestacional con adecuado control metabólico, que están utilizando metformina, se recomienda no suspenderlo.
- En pacientes que no logran cumplir las metas de control glucémico con cambios de estilo de vida y terapia médica nutricional, se recomienda el inicio de terapia con

Epidemiología.

Contribuye

Por mortalidad perinatal

75% mortalidad infantil

62% mortalidad neonatal temprana

3.5% dependo de nivel Socioeconómico.

Amenaza de parto prematuro.

Definido

Tiene lugar de los 20.1 y los 36.6 SGA

Con

Peso ≥ 500 gr que respira o manifiesta signos de vida

Características

- Contracciones uterinas ≥ 1 en 20 min o 78 en 1h
- Cambios cervicales ≥ 2 cm o fibronectina (+)
- longitud cervical $\geq 1 - 2$ cm

Con

- membranas amnióticas intactas

Con ruptura

Clasificación

Por

Edad gestacional

CS

- PP muy temprano (20.0 - 23.6 SGA)
- PP temprano (24.0 - 33.6 SGA)
- PP tardío (34.0 - 36.6 SGA)

Causa

CS

- PP espontáneo
- PP iatrogénico

• Causas Clínicas

son

- dolor tipo cólico
- Descarga vaginal
- hemorragia

- Contracciones irregulares y débiles.
- Tapon moco.

Diagnóstico.

• Parto prematuro

• Examen del cuello

• Prueba de fibronectina

• longitud cervical

Contracciones ≥ 4 en 20 min

Dilatación ≥ 3 cm

Borrnmento $\geq 50\%$

• Amenazas parto prematuro

• Contracción uterina

- ≥ 2 en 10 min
- ≥ 4 en 20 min
- ≥ 8 en 60 min

Dilatación cervical ≥ 3 cm

• Borrnmento $\leq 50\%$

Cervicoides ≤ 50 longitud

Sinomatia.

Bajo riesgo Factores de riesgo Alto riesgo.

• Prusa uterina / uterovibrante

• peso bajo materno

• Obesidad materna

• Tabaquismo

• Vaginosis bacteriana

• Sangrado transvaginal 2^o trimestre.

• Embarazo con técnica asistida

• miomatosis uterina

• Periodo intergenésico ≥ 18 meses

• Antecedentes parto prematuro

• 3 abortos o antecedentes de parto ≥ 34 SGA

• Gestación gemelar

• Mesor con embarazo único.

Epidemiología

casos 735 años
(20.9%)

• Mortalidad perinatal
(40.5%)

• primogesto (33%)
- multigestos (66.3%)
- muertes fetales (8.1%)

Factores de riesgo

• Edad materna

• Multiparidad

• Uso de coxina

• Ruptura prematura de membranas

• Trombofilias

• Sobredistensión uterina

Desprendimiento prematuro de placenta

Normolactosa

• Separación parcial o total de la placenta con implantación normal

• más 20 SDG

Clasificación

Asintomático

moderado

Al realizar dx en el alumbramiento

Desprendimiento de 25-50%

Lleve

Grave

Desprendimiento < 25%

Desprendimiento 750%

Diagnóstico

Factores de riesgo

USG transvaginal

2- o 3- trimestro

1 Clínica

Tratamiento

Madre estable sin contraindicación

- Parto vaginal
- muerte fetal

• Coagulopatias
& shock hipovolémico

• Betametaxona
12mg /m
cl/24h 2 dosis

• Feto muerto

- Cesárea urgente

- PDD parcial con 20-34 SDG

• Esquema de medicación placentar

- Dexametasona
6mg/1m cl/24h x
A dosis

Epidemiología.

Surgida de Placenta previa

2.3% de mortalidad materna

Complicaciones maternas y fetales

Hemorragia obstétrica.

Placenta Previa

Colocación de borde placentario inferior sobre Orificio Cervical Interno.

Presentación del feto

factores de riesgo

• Cesáreas previas (10%)

• Lesiones múltiples

• Edad > 36 años

• Tuberculosis

• Ix de infertilidad.

Instrumento

Placenta anexa

Esquema de coriocesario de

Tactitos

24-31 SDG

tiempo en administrar

30-40 días

Esquema de medicación

28-39 SDG

tipo de feto

Cuadro Clínico

Sangrado

sin dolor

Reso Pósterior de mancha alba leuco

Hemodinámico estable.

2000-3000 ml transfusión

Placenta previa

borde inferior de Placenta.

Orificio Cervical Interno

Clasificación.

Inserción baja de placenta

Borde inferior de Placenta

zona de orificio cervical interno

USG Abdominal

Detección

Px con antecobertos de Placenta Previa

No recomendar furo vaginal

Px con sospecha de placenta previa

USG de 3^{er} trimestre.