



Mi Universidad

Mapas conceptuales

Martín Mar Calderón

Reforzamiento de patologías obstétricas

Segundo parcial

Ginecología

Roberto Javier Ruiz Ballinas

Medicina Humana

6 semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 02 de mayo del 2024

Enfermedad Trofoblástica

Gestacional

es

Proliferación anormal relacionada con la gestación

Epidemiología

2.4 por cada 1000 embarazos

Mola invasora

1 de cada 40 embarazos molares

Comprende

Mola completa

Mola parcial o (Incompleta)

Zona de placenta y anexos sanos, y embrión

Todo es mola y no hay embrión

Caracterizado

- Existe un embrión y mezcla de vellosidades
- Degeneración hidrópica
- Cariotipo 69XXY

Etiopatogenia

Parece desarrollarse un huevo a partir de 2 espermatozoides, sin participación genética del ovulo

Tratamiento

1) Consta de legrado y seguimiento

◦ En px con deseos genésicos cumplidos se realiza histerectomía

↓
Si la mola es persistente se opta por

1) Metrotexate + Acido fólico

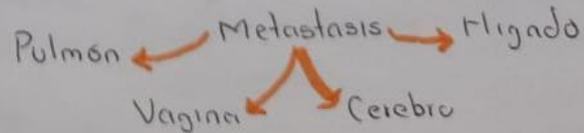
2) Legrado

3) Histerectomía

◦ Farmacológico: Ciclofosfamida, cisplatino, vincristina.

Complicaciones.

◦ Coriocarcinoma



Por tanto
Esquistica y avascular

Factores de riesgo

- Mola previa
- Aborto previo
- Embarazo ectópico
- Extremos de la vida
- HAS

Caracterizado

- No existe material genético
- Cariotipo 46XX
- No hay feto
- No hay invasión al endometrio

Diagnostico

- > Ecografía → En panel de abeja o tormenta de nieve
- > Histopatológico → "Definitivo"
- > Tele de torax
- > USG de hígado y vías biliares
- Cuantificación de HCG

Signos y síntomas

- Hiperemesis
- Amenorrea
- Hipertensión
- Expulsión espontánea de vesículas semejante a uvas
- Aumento de HCG
- Fondo uterino más grande
- 40% sangrado

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta / Placenta previa

DPPNI

Suele ocurrir en el tercer trimestre pero se puede ver desde la semana 20

Placenta previa.

es

se clasifica.

Se diagnostica

La inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo ocluir el orificio cervical interno.

Epidemiología

1era causa de hemorragia del 3er trimestre

con incidencia de 1/200 partos

Etiología

- Legrados
- Cesareas
- Embarazo múltiple
- Multiparidad
- Tabaco 1º

Oclusiva total (Tipo 1)

El OCI está totalmente cubierto por la placenta

Oclusiva Parcial (Tipo 2)

La placenta cubre parcialmente el OCI

Marginal (Tipo 3)

La placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa

Lateral o de inserción baja (Tipo 4):

La placenta llega a las inmediaciones OCI

Ecografía transabdominal

Ecografía transvaginal

Localiza

Placenta

Estatica fetal

Y comentar

Valoración de complicaciones

como

Hemorragia postparto → 1º

Tratamiento

Tocolítico

con

Nifedipino 20mg DV y 10mg VO c/8 hrs.

Sulfato de mg. 4gr en 250ml S/fisiologica para 20min

Completar maduración pulmonar

Actualmente es
Placenta previa total
Placenta de inserción baja o parcial

Cuadro clínico

Sangrado rojo rutilante → abundante

Indoloro

> No realizar tacto vaginal <

Hemorragia roja brillante,

Dedar evolucionar el parto espontáneamente.

Placenta previa marginal

Se recomienda

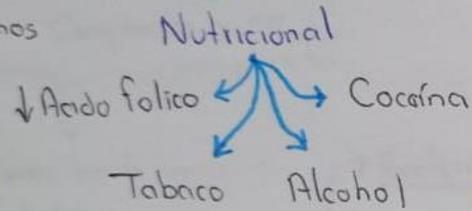
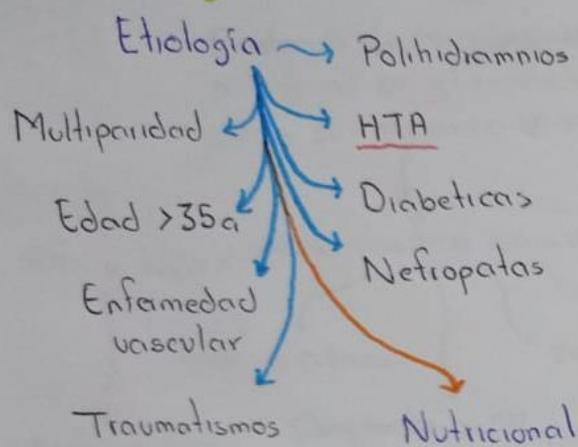
Exista maduración pulmonar

Exista

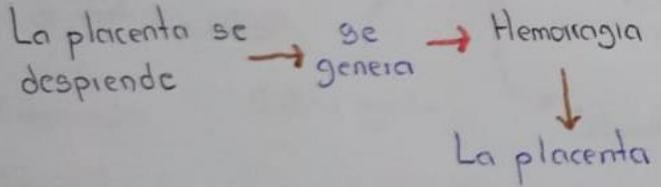
Placenta previa marginal

Se recomienda

DPPNI (Continuación)

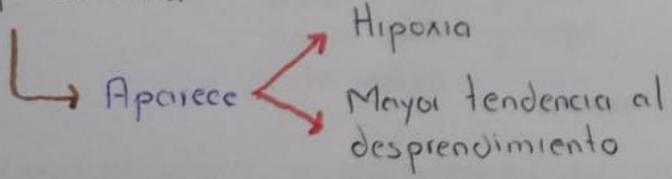


Fisiopatología



La contracción es tan intensa que ← Se contrae y comprime las arterias espirales para detener la hemorragia

Impide la circulación uteroplacentaria



Genera Signos y síntomas diversos

Abrupto Incipiente

- Desprendimiento < 1/4 del total
- No hay afectación fetal, ni materna
- Hemorragia vaginal escasa (oscura)
- Dolor leve en hipogastrio

Abrupto Avanzado

- Desprendimiento de 1/4 y 2/3 de la inserción placentaria
- Dolor uterino continuo
- Sangrado genital oscuro
- Puede haber shock
- Útero hipertónico y doloroso a la palpación

Abrupto Masivo

- Separación de > 2/3 de la inserción placentaria
- Dolor desgarrador y no cede
- Útero de couvelaire
- Feto muerto
- Shock, oliguria y coagulopatía

Tratamiento

"Terminar la gestación lo antes posible" → Cesárea urgente.

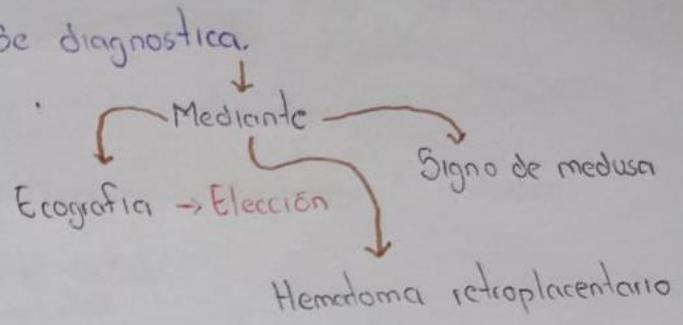
Complicaciones

- CID
- Fracaso renal
- Embolia de líq. amniótico

1) Mantenimiento de las constantes maternas

2) Transfusión (si es necesario)

3) Estudio de coagulación.



Infección del tracto urinario en el embarazo

es
Existencia de Microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Epidemiología
Ocurre en 2% de los embarazos

Representa el 75% de muertes perinatales

Cuadro clínico
Ardor → Disuria
Dolor → Polaquivuria
Tenosmo
Olor fétido → Turbidez

Tratamiento

Tx con antibiótico de 4 a 7 días.

Nitrofurantoina a 100mg cada 6 hrs. 4-7 días

Uso de amoxicilina es recomendable. 500mg c/6hrs.

se clasifica en → comunitaria o nosocomial
Alta o baja
Aguda o crónica
Sintomática y asintomática
Complicada y no complicada

Recurrencia de hasta 23% en el mismo embarazo

Diagnostico

> Realizar tamiado de bacteriuria entre las 12 y 16 SDG

> Laboratorios: BH, grupo Rh, glucosa, creatinina, ácido úrico, ERO

Elección

Urocultivo

> 100,000 UFC/ml

En ERO

Considerar:

Ph > 6

Densidad 1.020 o más

Leucocitaria

Bacteriuria

¿Que es?
Infección tracto urinario bajo

Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga

Asociado

- > Urgencia
- > Disuria
- > Polaquivuria
- > Turbidez

> Olor fétido de la orina

Incluye

Bacteriuria asintomática

- > Colonización por un mismo microorganismo
- > $1 > 100,000$ UFC/ML de orina en 2 o más muestras

Cistitis aguda

Citovaginitis aguda

Infección en la vejiga

es

causado

Bacterias que ingresan en la uretra y luego a la vejiga.

Caracterizado

Disuria

Polaquivuria

Tenosmo vesical

Bacteriuria entre 10^2 y 10^5 colonias/ML

Amenaza de parto prematuro

se define.

Como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 SDG o con un peso igual o mayor de 500gr y que respira o manifiesta signos de vida.

Tiene

Diagnostico

Bonamiento cervical $\geq 80\%$

Dilatación cervical ≥ 2 cm

Seguimiento

Las pacientes con pruebas diagnósticas positivas

Contracciones uterinas

1/10min

6/60min

Estudios

4/20min

> Evaluación ultrasonográfica

> Longitud cervical ≤ 25 mm

> Prueba de fibrinógeno

> Fibrinógeno Fetal +

> Medición de la longitud cervical

> Amniocentesis.

Se citará a los 14 días de la primera evolución.

Factores de riesgo.

Infecciones urinarias

Edad gestacional

Antecedente de parto pretermino

Tratamiento farmacológico

Indometacina 100mg

Terbutalina 0.25mg c/20min a 3hrs.

Administración

Tratamiento no farmacológico

Reposo en cama

Hidratación

Internamiento prenatal

Atosiban.

Betametazona

2 dosis de 12 mg c/24hrs

Dexametazona.

4 dosis de 6mg c/12hrs.

Ruptura prematura de membranas

Se define.

Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal antes del inicio de trabajo de parto.

Tiene

2 categorías

Que se divide.

Rotura de membranas a término

ocurre > 37 SDG

Ruptura de membranas pretérmino

ocurre.

< 37 SDG

Previales < 23 SDG

Remota del término 24 - 32 SDG

Cercana al término 33 - 36 SDG

Etiología

Infección

Colagenasas

Mucinasas

Proteasas

Diagnostico

Historia clínica

Mediante

Sospecha clínica

Pruebas diagnósticas

Esperuloscopia

Mediante

Maniobra de valsalva

Maniobra de tainier

Prueba de nitrazina

Cristalografía

Prueba de la flama

Amniocentesis

Epidemiología

3-15% de todos los embarazos

Factores de riesgo

Como

- > Infecciones del tracto uterino
- > Vaginitis bacteriana
- > Gonorrea
- > Clamidia
- > Corioamniotitis oculta

Conductuales

- > Tabaquismo
- > Estado nutricional
- > Relaciones sexuales.

Hemorragias

Trauma

También

Embarazo múltiple

Polihidramnios

Incompetencia istmico cervical

Tratamiento

No farmacológico

Basado

Metodos de vigilancia

BH

VSA

EGO

Doppler arterial

Amniocentesis

Farmacológico

Tocolisis 48-72hrs

- > Penicilina
- > Ampicilina
- > Eritromicina
- > Clindamicina
- > Cefazolina

Enfermedad hipertensiva en el embarazo

Factores de riesgo

- Edad < 16a - > 40a
- Paridad
- Raza
- Historia familiar
- DM
- Promiscuidad

Desorden hipertensivo con cifras tensionales de 140/90 mmHg después de las 20 SDG, previamente normotensa sin proteinuria

Epidemiología

- > 1:10 gestaciones
- > Causante 25-7% muerte materna
- > 50-100 con secuelas.

Se clasifica

En

Preeclampsia

- > $\geq 140/90$ mmHg
- > Proteinuria > 300 mg/24 hrs.
- > Creatinina sérica > 30 mg/lmmol

Eclampsia

- > Complicación de preeclampsia severa
- > Síntomas neurológicos \oplus Convulsiones
- > Hiperreflexia
- > Alt. visuales

Hipertensión gestacional

- > > 20 SDG / 2 semanas postparto

Sucede

Sin proteinuria

Cifra tensional normal

Hipertensión transitoria

Cifra tensional elevada

Hipertensión crónica

Diagnóstico

EGO

Cuantificación de creatinina en orina 24h > 300 mg.

Recuento plaquetario

Índice de proteínas creatinina > 0.28

Hb, HTO

AST, ALT

Deshidrogenasa láctica

Tratamiento

- > α Metil dopa / Atenolol.
- > Labetalol
- > Nifedipino
- > Hidralazina

Síndrome de Hellp.

Hemólisis

\uparrow Enzimas hepáticas

Se diagnostica

Criterios Missisipi

Perfil toxémico

Resolución del embarazo

Con datos de severidad

> $\geq 160/110$ mmHg

> Daño a órgano blanco

> Datos de encefalopatía hipertensiva

> Clonus $\geq 3+$

Hipertensión crónica

Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg

> 12 Semanas después de la gestación

se da

Antes del embarazo

Causas de muerte materna

- 1) Hemorragia
- 2) Trastornos hipertensivos
- 3) Sepsis.

Diabetes Gestacional

es

Procedimiento caracterizado por intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de diversidad y puede o no resolver después del embarazo.

Epidemiología.

Entre 8.7% - 17.7% de los embarazos.

Factores de riesgo.

Síndrome de ovario poliquístico

Abortos.

Grupo étnico en

México

DM conocido en familia

Asociado

Edad materna > 30 años

Obesidad severa

Falta de actividad física

IMC > 30

Semana 24 DG.

Se administra
50gr de glucosa

Etiología.

Complicaciones maternas

Como

Preeclampsia

Hipoglucemia

Hipocalcemia

Prematuridad.

Malformaciones congénitas

Muerte fetal

Macrosomía

Diagnóstico

Mediante

Test de O'Sullivan

Se realiza.

Sobrecarga oral de glucosa

Se realiza

> Dar 100g de glucosa

> En los 3 trimestres si es preciso

> O'Sullivan positivo

> Anamnesis positivo.

Cuadro clínico

> Aumento de peso

> Cansancio

> Sed

> Poliuria

> Polidipsia

> Polifagia.

Control metabólico

Tratamiento.

Abarca

Dieta restrictiva

Farmacológico

ASA 150mg/día

Hasta semana 32

Mediante.

Insulina

Metildopa

Hidralazina
10mg diarios

Nifedipino

Bibliografía

Guías de práctica clínica