



Mi Universidad

cuadros

Luis Angel Vasquez Rueda

Mapas conceptuales ginecología

Segundo parcial

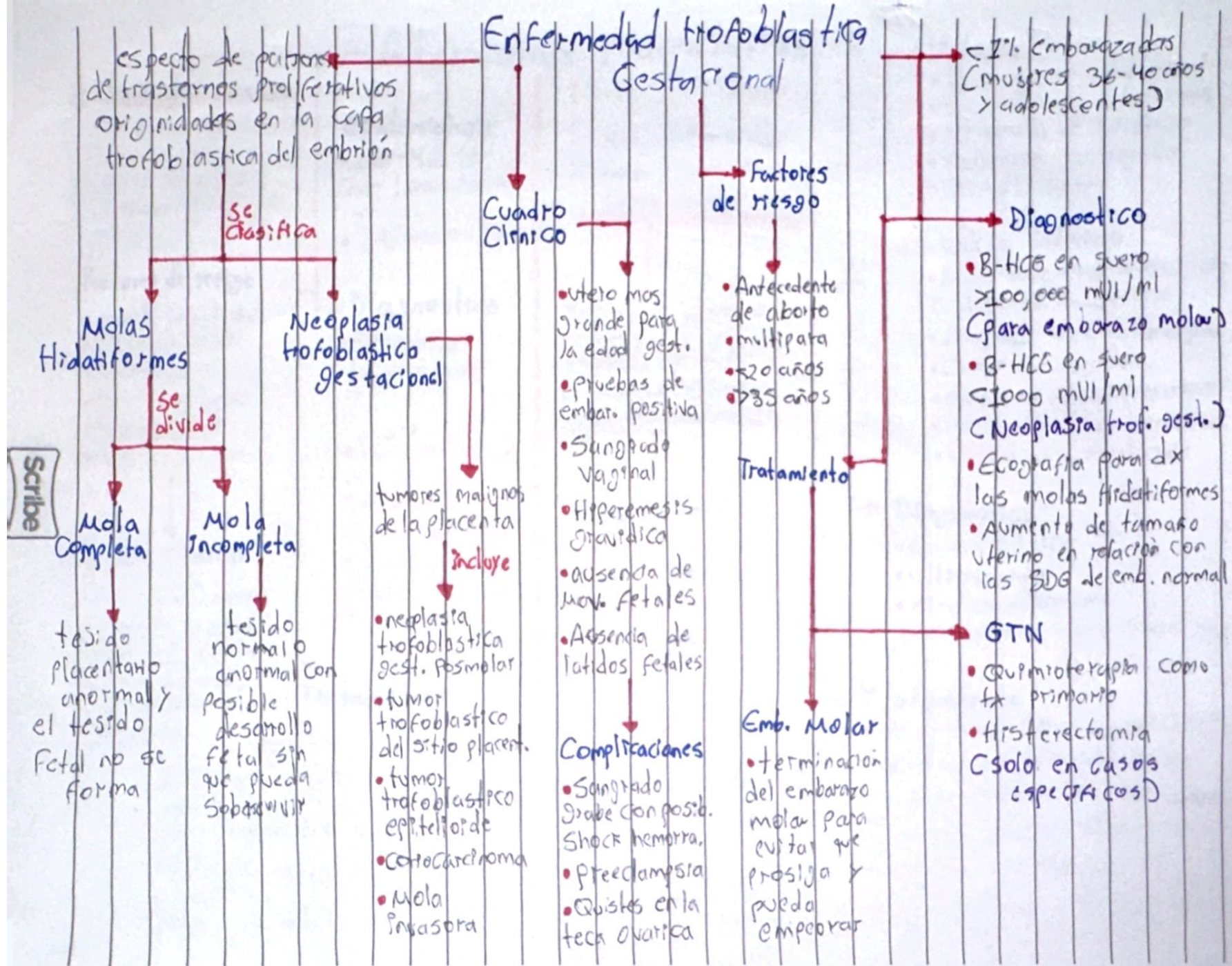
Ginecología

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 02 de Mayo del 2024



Alteraciones Placentarias

Placenta previa

- Implantación de la Placenta sobre o cerca del orificio cervical interno

Factores de riesgo

- multiparidad
- Cesárea previa
- Anomalías uter. p.
- Cx uterina previa
- tabaquismo
- edad mat. avanz.

Cuadro clínico

- >20 SDG aprox
- Sangrado vaginal repet. e indoloro
- Contracciones uterinas con el sangrado

- Internación y activ. modificada al primer epis. sangrad. <36 SDG
- Parto o cesárea si la madre o el feto están inestables

Epidemiología

- 2.8-4.8 por cada 1,000 partos únicos
- 3.9/1000 multip.

Diagnóstico

- Ecografía transvaginal
- toda embarazada >20 SDG con sangrado vaginal sin dx con ecog. transvaginal está contraindicado el examen pélvico digital

Tratamiento

Parto

- Sangrado abundante o descontrolado
- inestabilidad hemodinámica matern.

Desprendimiento Premat. Placenta Normoinserta

Separación parcial o completa de una placenta que está normalmente implantada antes del trabajo de parto

Clasificación

- **Total**: Se desprende toda la placenta
- **Parcial**: Solo 1-2 Colesiones placentarias
- **Central**: en el centro placentario sin sangrado exterior
- **Marginal**: Solo un borde y si hay sangrado externo

Etiología

- traumatismo abdominal
- uso inadecuado de tóxicos
- maniobra de Kristeller
- trab. parto prolongado
- HTA/Diabetes

Cuadro clínico

- Dolor abdominal consecutivo a hipertonia uterina
- Sangrado vaginal (Marginal)
- Choque Neurog.
- sufrimiento fetal progresivo
- líquido amniótico hemático
- **Utero de Couvelaire**

Diagnóstico

- Cuadro clínico
- ultrasonido
- Electrocardiograma
- Monitoreo / Pruebas reserva fetal

Tratamiento

- Analgésicos (para choque Neuro.)
- oxitocina (p/sistolia)
- Valorar condiciones cervicales
- Forceps profiláctico
- Cesárea oportuna
- Histerectomía si hay utero de **Couvelaire**

Scribe

Infección de vías urinarias obstétrica

Infección de vías urinarias durante el embarazo

Clasificación Clínica:

- Aguda/crónica
- Vías superiores
- Vías inferiores

Bacteriológico

- reinfección
- Recidiva
- Superinfección

Proceso Infecc.

- Bacteriuria asintomática
- asintomática significativa
- con manifestación
- Pielonefritis

Epidemiología

5-10% de mujeres embarazadas aproximadamente

Cuadro clínico

Vías Superiores

- Aparición súbita
- fiebre elevada
- Dolor de 3 o ambos flancos
- Dolor a la percusión
- Disuria
- Hematuria
- Cilindruria

Vías Inferiores

- Aparición paulatina
- Anorexia
- Náuseas
- Vómito
- Escalofrío
- ↓ peso
- Polaciuria
- Disuria terminal
- Tenesmo
- oliguria
- Dolor a la palpación
- Orina turbia y fétida

Diagnóstico

- Cuadro clínico
- Criterio bacteriológico por demostración y presencia del germen
- Criterio radiológico
- Biopsia renal
- EGO con hematuria, leucocitosis, cilindros, bacteriuria
- en emb. generalmente es por laboratorio y el cuadro clínico

Tratamiento

- tx que no afecte al producto y que se eliminen por la orina

Antimicrobiano

- Ac. Nalidixico a 250 tabletas / 3/día
- Nitrofurano 100mg cada 8 horas

Si el cuadro no cede

- Ampicilina
- gentamicina
- Colistina
- Kanamicina
- Clindamicina

Amenaza de Parto prematuro

Presencia de Contracciones con un ritmo de 4/20 min o 8/60 min entre las 22-36.6 SDG, con una dilatación ≥ 2 cm o borramiento $\geq 80\%$.

Factores de riesgo

- Parto pretermino anterior espontaneo < 34 SDG
- gestación múltiple
- pérdida gest. fetal ≥ 17 SDG
- portadora de cerdase cervical en actual embarazo

Clasificación

- APP Preterminal
- APP Activo
- Parto pretermino

Cuadro Clínico

- Contracciones uterinas 4/20 min o 8/60 min
- Dolor en espalda baja/pelvic
- Sensación de opresión en la vagina

Condiciones Cervicales

- App: < 5 cm dilatación
- P.p: > 5 cm dilatación

Epidemiología

- 7-10% en los embarazos
- 65% de muertes perinatales

Diagnostico

- Cuadro clínico
- Contracciones ut.
- Tacto Vaginal
- Marcador ecográfico
- Marcador Bioquímico
- Índice de Bishop

Tratamiento

- Tx etiológico cuando se conoce la causa de APP
- Reposo e hidratación
- Tx tocolítico (Atosiban, Nifedipino, Indometacina)
- Corticoides (Dexametazona, 4 dosis 6mg P.M C/12 hrs / Betametazona 2 dosis de 12 mg IM C/24 hrs)
- Neuroprotección con sulfato de magnesio (partos < 32 SDG)
- Antibióticos (Ceftriaxona, ampicilina, gentamicina, clindamicina)

Índice De Bishop

- Dilatación
- Borramiento
- Presentación (de Lec / Hod King)
- Consistencia
- Posición

- > 7 : éxito 95%
- 4-6: éxito 80%
- < 3 : éxito 50%

Scribe

Ruptura prematura de Membranas

Definición

Perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido transvaginal

Factores de Riesgo

- I. V. U.
- tabaquismo
- Alimentación
- emb. múltiple
- polihidramnios
- Hemorragias durante el embarazo
- incompetencia istmico cervical

Clasificación

- A término > 37 SDG
- Pretermino < 37 SDG
 - Pre viable: E 23 SDG
 - Lemota: 24-37 SDG
 - cercano: 33-36 SDG

Epidemiología

- 3% embarazos
- 30% nacimientos pretermino

Cuadro Clínico

- Salida de líquido transvaginal
- No hay otros síntomas a menos que haya un proceso infeccioso intraamniótico

Diagnostico

- Sospecha Clínica
- Historia clínica de la paciente
- Especuloscopia con visualización de líquido amniótico mediante la maniobra de Nilsalva x Tarnier
- prueba de nitrazina y cristalografía

Diagnostico

A término (> 37 SDG)

- terminación embarazo
- Producción frabaso de parto
- profilaxis streptococo tipo-B

Cerca de término (32-38 SDG)

- Amniocentesis
- Maduración pulmonar se considera terminus el embarazo

Pretermino (24-31 SDG)

- Manejo conservador si no hay datos de complicaciones
- profilaxis streptoc.-B
- esquema unico de corticoesteroides
- Tocolisis
- Antibioticos

Scribe

Diabetes Gestacional

Definición

- Aumento de los niveles de glucosa dado por cambios fisiológicos y metabólicos durante el embarazo

Factores de riesgo

- edad materna >35
- Sobrepeso materno
- Diabetes gestacional en embarazo previo
- SOP
- Parto previo con producto macrosómico

Epidemiología

- 8.7 - 17.7% de embarazos pueden desarrollar Diabetes gestacional

Fisiopatología

- Disfunción Cel-β en el contexto de resistencia a la insulina
- Alto metabólicas durante el embarazo

Cuadro clínico

- Generalmente no hay síntomas por el tamizaje continuo
- Síntomas similares a la DM2
- Fatiga
- Visión borrosa
- Prurito generalizado
- Acantosis nigricans

Diagnóstico

- Glucosa plasmática ≤ 13 SDG para una detección temprana
- glucosa en ayuno emb. bajo riesgo ≤ 92 mg/dL
- Curva tolerancia a la glucosa
 - Búsqueda intencional de DM2 en primer consulta perinatal

Tratamiento

- Toda px con DMG se da terapia nutricional para efectos adversos
- Actividad física 30 min.
- Tx farmacológico cuando la dieta y ejercicio no baten la glucosa < 95 mg/dL en ayuno o 120 postprandial
- Metformina >20 SDG mientras no haya otras complicaciones
- Insulina de acción rápida cuando no se alcanza meta terapéutica postprandial

Scribe

Enfermedad Hipertensiva en el Embarazo

Definición

- Hipertensión con $140/90$ mmHg ≥ 20 SDG previamente normotensa

Epidemiología

- 1 de cada 10 mujeres gestantes
- 25.7% muerte materna
- 50/100 sufren secuelas

Factores de Riesgo

- Edad < 16 años o > 40 años
- Multiparidad
- Historia familiar
- Diabetes
- Promiscuidad
- Genes asociados

Clasificación

HTA Crónica

- TA $\geq 140/90$ mmHg
- > 12 Semanas de Gest.
- Antes del embarazo

HTA Gestacional

- ≥ 20 SDG
- Sin proteinuria
- 12 Sem. postparto

Eclampsia

- Sint. Neurológicos (con visiones)
- Hiperreflexia
- Alt. Visuales

Preclampsia

- TA $\geq 140/90$ mmHg
- proteinuria > 300 mg/24 hrs
- Creatinina sérica > 30 mg/lmmol
- > 20 SDG

Con datos de Severidad

- TA ≥ 160 mmHg
- Daño a órgano blanco
- Datos de encefalopatía hipertensiva
- Clonus $\geq 3+$

Diagnóstico

- ECG
- Creatinina en orina de 24 hrs > 300 mg
- Plaquetas $< 100,000$
- Creatinina > 0.28
- HB/HTC/alterados
- Deshidrogenasa láctica

Tratamiento

- Metildopa
- Nifedipino
- Labetalol
- Hidralazina
- Impregnación sulfato Mg.

Sx de Hellp

- Hemólisis
- Aumento de enzimas hepáticas
- Trombocitopenia

Scribe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Smith, R. P., Barzansky, B. M., Herbert, W. N., & Laube, D. W. (Eds.). (2010). *Obstetricia y Ginecologia* (6a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- GUIAS DE PRACTICA CLINICAS MEXICANAS
- Mondragón Castro, H., & Mondragón Castro, H. (1982). *Obstetricia básica ilustrada* (1. edición.). México: Trillas.
- Cunningham, F. G. |. L. (2019). *Williams: Obstetricia* (Vigesimoquinta edición.). Mexico | MEXICO: McGraw Hill, México.