



**Mi Universidad**

## **Mapas conceptuales**

*Joshua Daniel Mazariegos Pérez.*

*Mapas conceptuales de temas de la unidad.*

*2° parcial.*

*Ginecología y Obstetricia.*

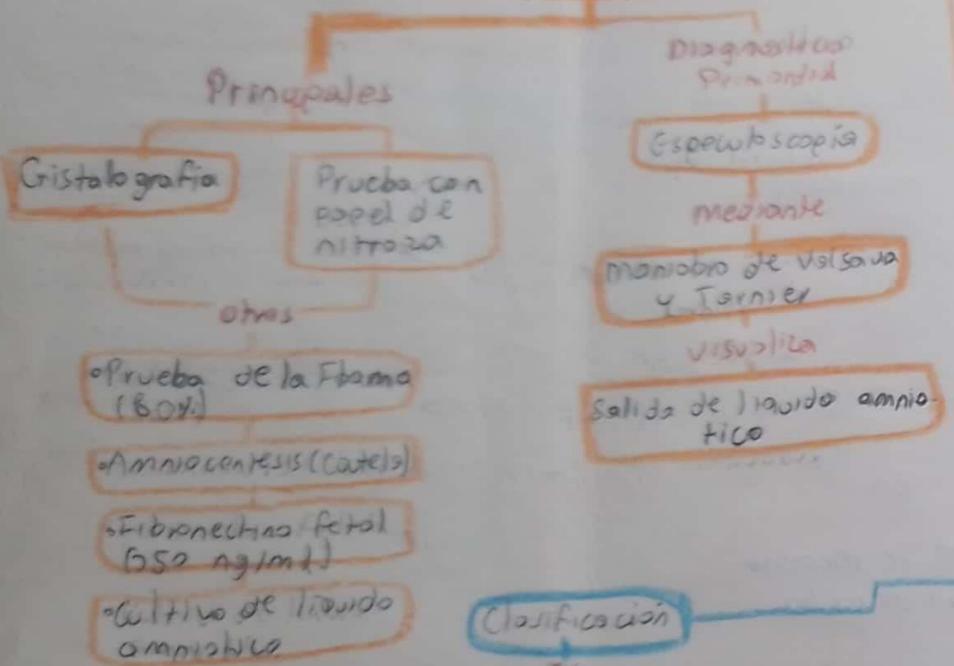
*Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas.*

*Medicina Humana.*

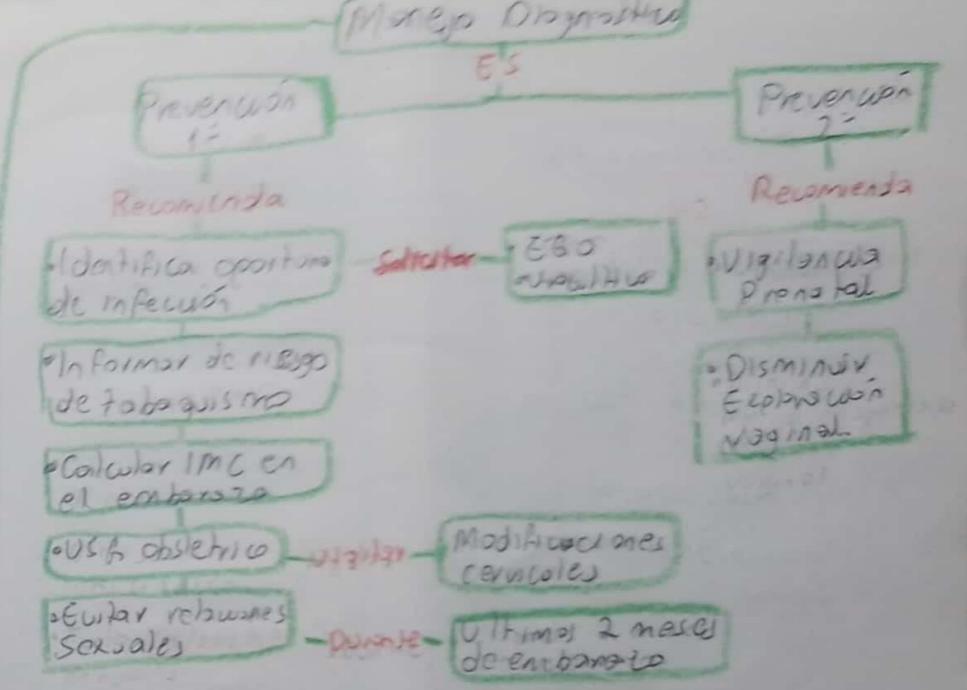
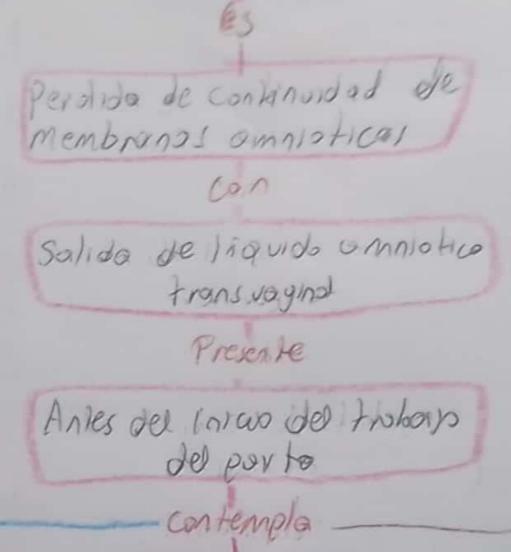
*6° semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 02 de abril del 2024.*

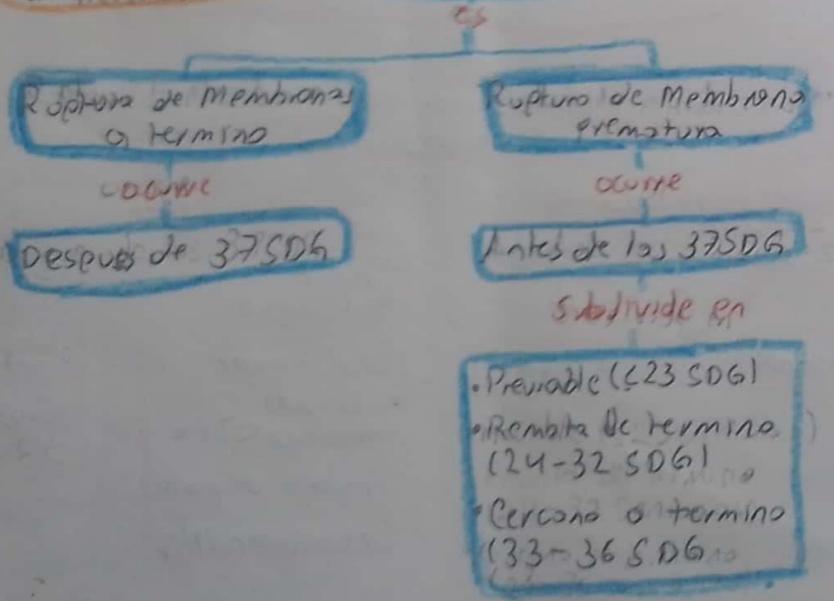
# Manejo Diagnóstico



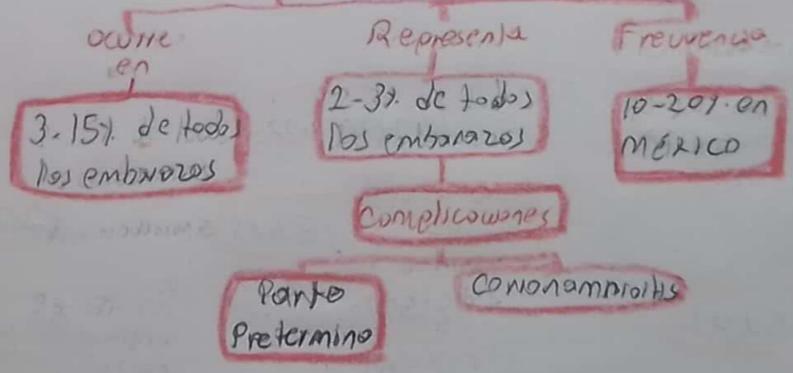
# Ruptura prematura de Membranas



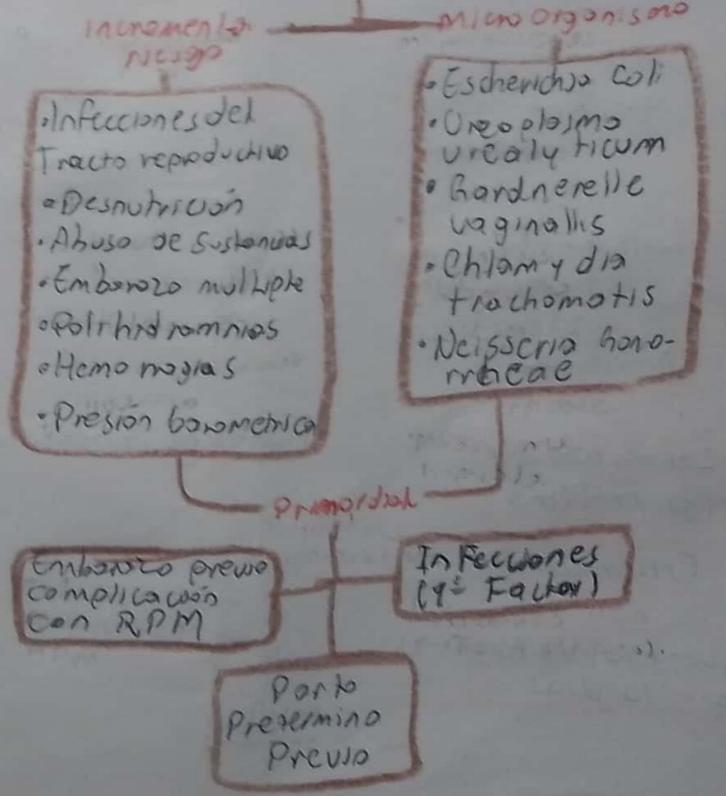
# Clasificación



# Epidemiología



# Factores de Riesgo



# Cuadro clínico

# Ruptura prematura de membranas

# Tratamiento

## Corionamniotitis

- Fiebre materna
- Taquicardia
- Leucocitosis
- Hipersensibilidad uterina
- Desgarró vaginal
- Taquicardia fetal

## Infecciones

- Fiebre materna
- Taquicardia
- Taquipnea fetal

## Profilaxis Antibiótica

## Estreptococo del grupo B

Incluye

### Penicilina Sódica cristalina

- 5 millones IU en bolo
- 2 500 millones UI c/4h IV

### Ampicilina

- 2gr en bolo IV
- 1gr c/4 hrs

### Eritromicina

- 500mg IV c/6 hrs por 10 días

### Amoxicilina y eritromicina IV durante MBHS

seguido de

### Amoxicilina por 5 días

### Eritromicina

### Clindamicina

- 900mg IV c/8 hrs

### Cefalozina

- 2gr bolo IV
- 1gr c/8 hrs

contempla

## Inducción de parto

- 32-33 SDG y RPM

Parto > 34 SDG

RPM de término con oxitocina

## Corticosteroides Prenatales

- 24-32 SDG y RPM

Belametrano  
Desametasona

## Uteroinhibición

Para Prolonga embarazo

No recomendado en PR con RPM y > 32 SDG

otros

## Interrupción del Embarazo

contempla

27-32 SDG

Vía abdominal

33 SDG

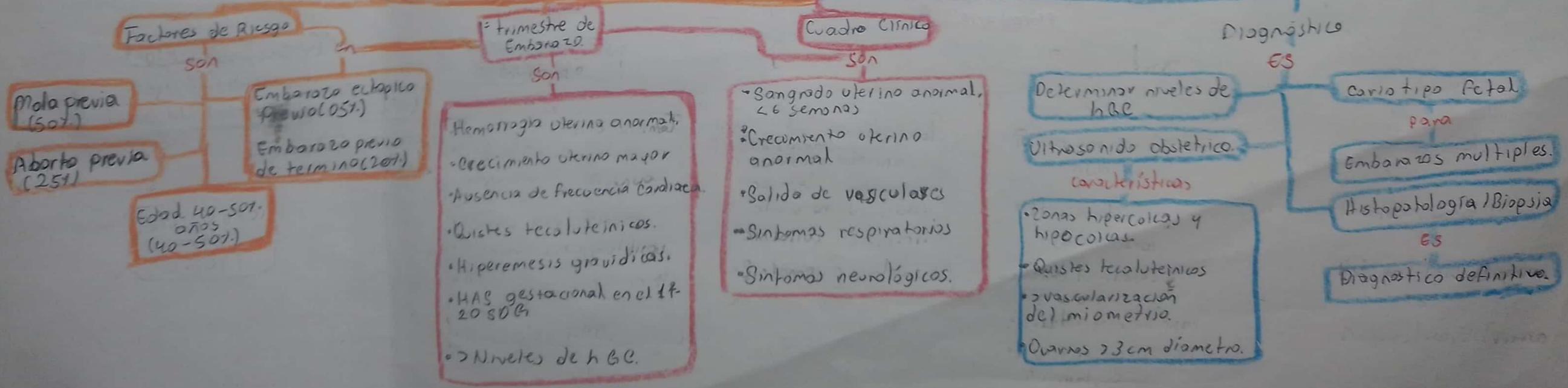
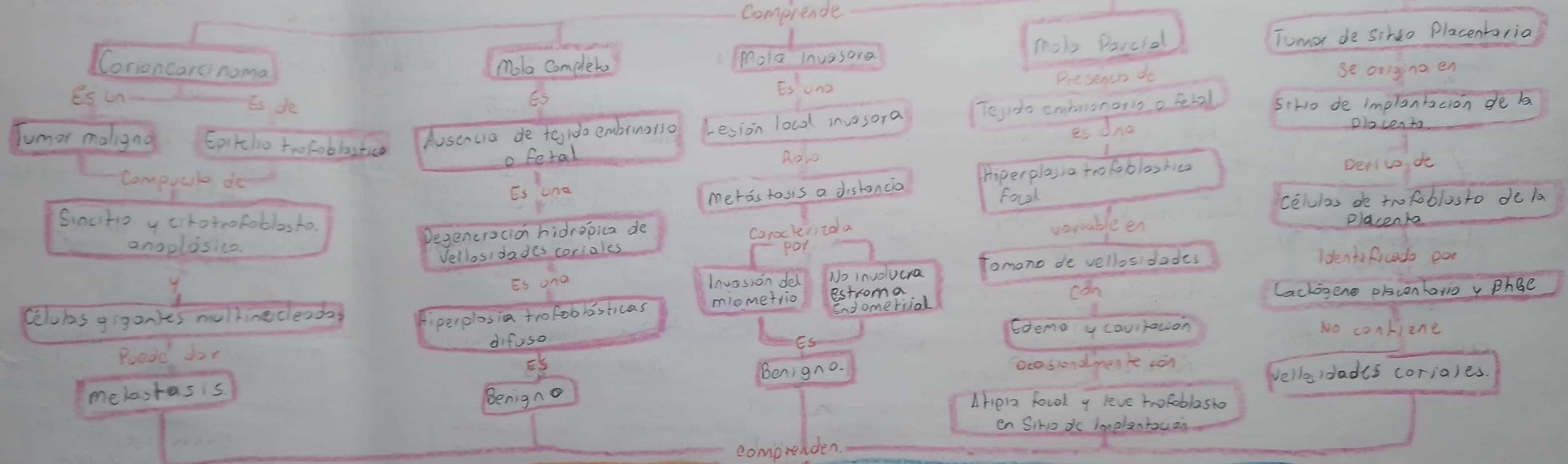
Vía vaginal

Criterios

- Perfil biofísico < 6
- Pool mayor de líquido Amniótico < 2cm
- Trabajo de parto
- Corionamniotitis

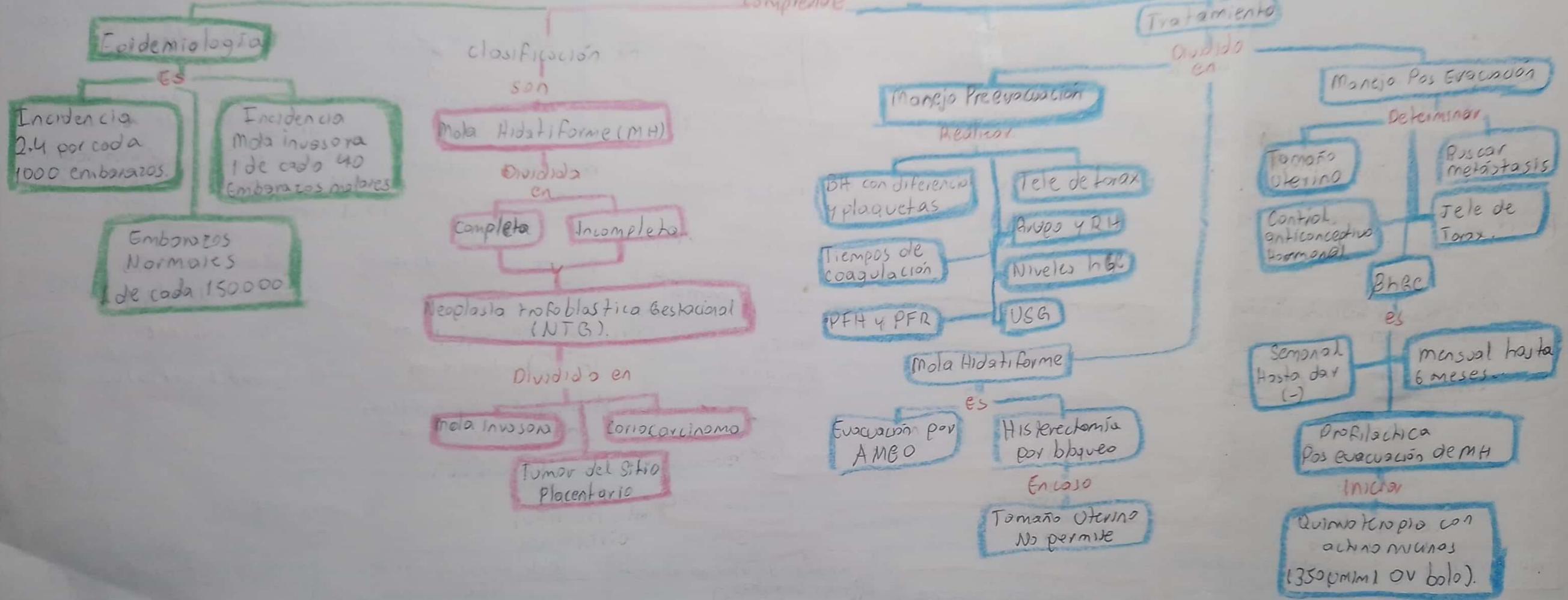
- DPPH
- Prolaps de cordón
- Embarazo > 34 SDG

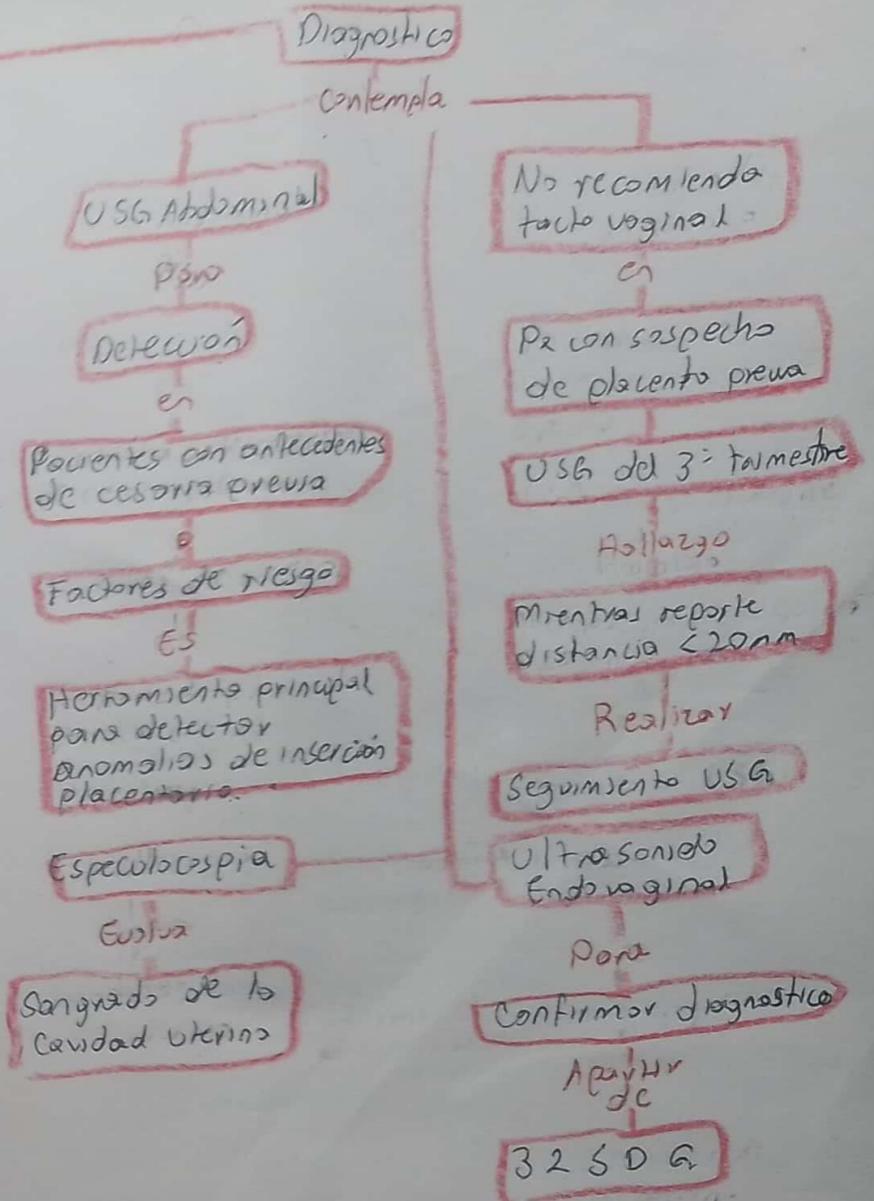
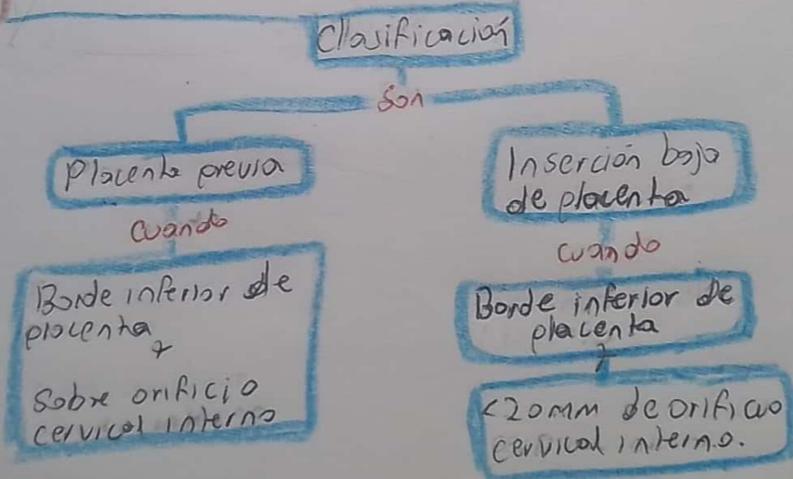
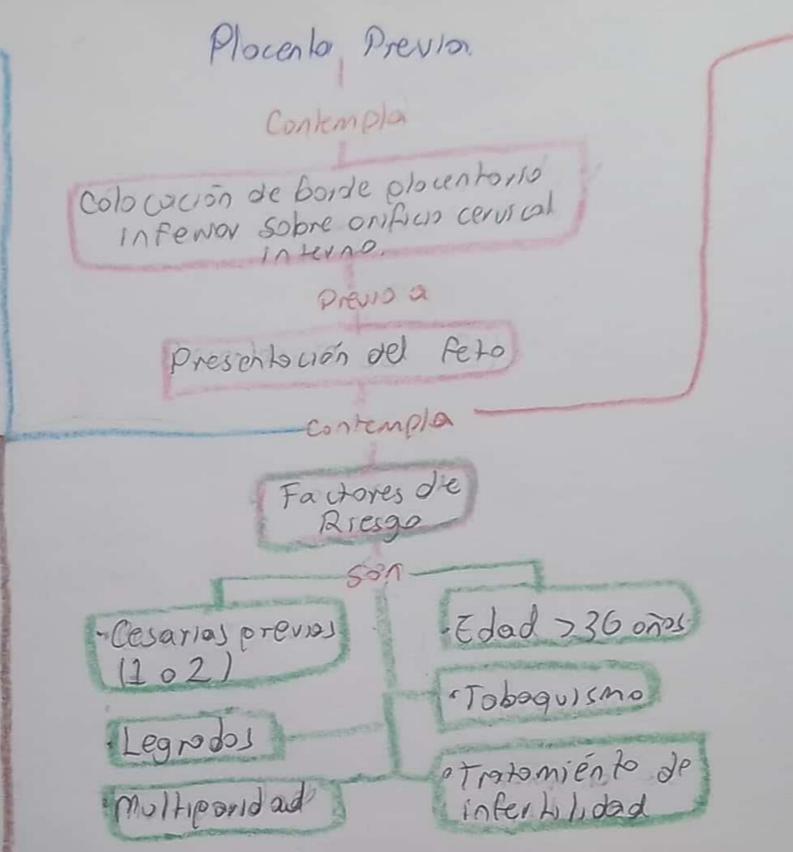
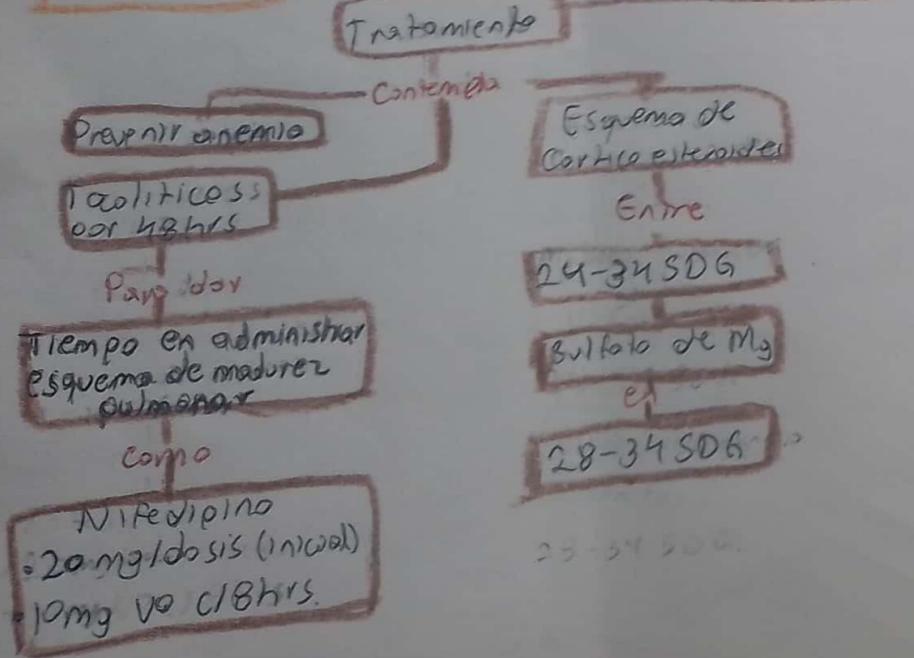
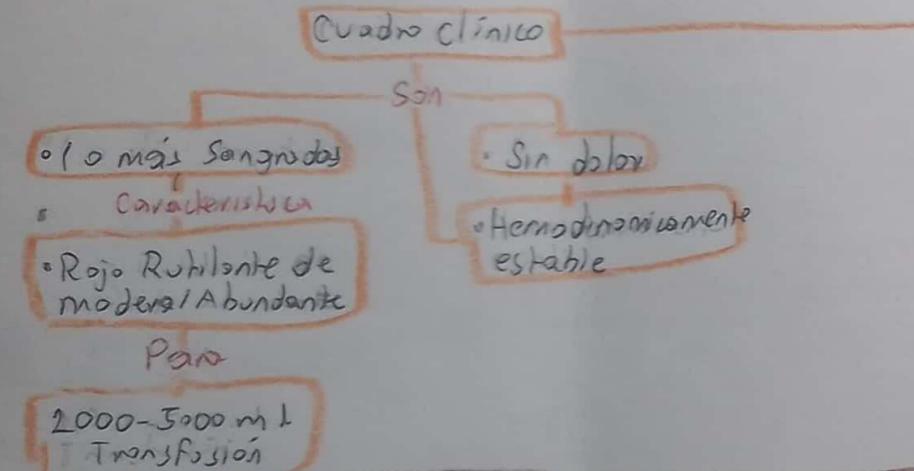
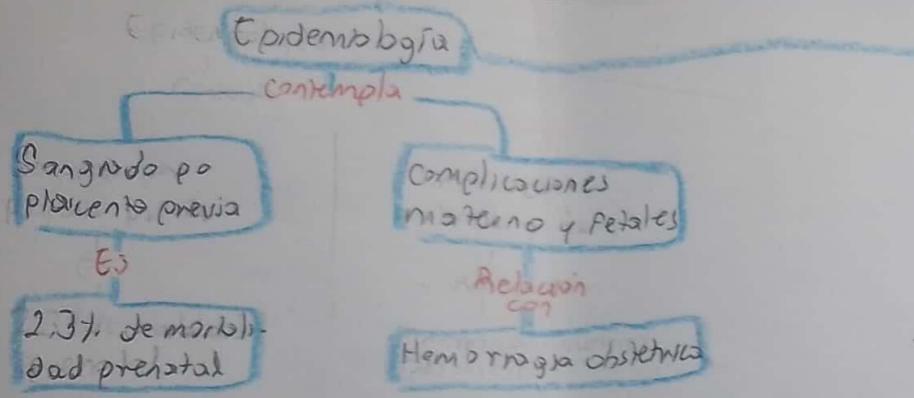
# Enfermedad trofoblástica Gestacional.



# Enfermedad trofoblástica Gestacional.

comprende





**Hipertensión Gestacional**  
 Se presenta  
 • Después de 20 SDG  
 • Proteinuria (-)  
 o en el  
**Posparto a 12 Semanas**  
 con  
**HAS transitoria**

- Cefaleo
- Visión borrosa
- Fosfenos
- Color en Flanco derecho
- Vomito
- Opotelema
- Clonus  $\geq 3+$

**PreEclampsia**  
 con  
 • TA  $\geq 140/90$  mmHg  
 • Proteinuria  $> 30$  mg / 24h  
 con  
 • Creatinina Sérica  $> 30$  mg / L  
 Presente en  
 • Embarazo  $> 20$  semanas  
 • 2 Semanas pos parto

Datos de severidad  
 son  
 TA  $\geq 160/110$  mmHg  
 Plaquetas  $< 150$  mil / mm<sup>3</sup>  
 Compromiso de organo blanco  
 LDL elevado  
 ALT/AST  $\uparrow$

**Hipertensión gestacional y preeclampsia**  
 son  
 • Edad materna  
 • Paridad  
 • Historia Familiar  
 • Presión Arterial materna  
 • IMC  
 Recomienda TA de  
 • Sistólico: 115-120 mmHg  
 • Diastólico: 65-80 mmHg  
 • DM  
 • HAS crónica  
 • Insuficiencia renal crónica  
 • Trombofilia  
 • Trastorno Inmuno lógico  
 • Niveles  $\uparrow$  de Homocistina

Estados hipertensivos del embarazo  
 son

**Clasificación/definición**  
 son  
**Eclampsia**  
 complicación  
**Pre-eclampsia severa**  
 acompañada de  
**Síntomas neurológicos**

- Convulsiones
- Aperreflexia
- EVC
- Alteraciones visuales
- Cefalea
- Edema pulmonar

Presente en  
**Decimo día posparto**

Contempla  
**Factores de Riesgo**

contempla  
**Identificación de FR de preeclampsia**

ideal en  
**1<sup>o</sup> trimestre**

**Hipertensión crónica**  
 Presencia de  
 • TA  $\geq 140/90$  mmHg  
 Presente  
 • Antes del embarazo  
 • Antes de 20 SDG  
 • Hasta 6<sup>o</sup> Semana posparto

Asociado a no a proteinuria

**Hipertensión crónica + preeclampsia sobreagregada**  
 es  
**Desarrollo de preeclampsia o eclampsia**  
 en  
**Mujer con HAS crónica preexistente.**

**Genéticas**  
 son  
 • Paridad  
 • DM  
 • Historia familiar de pre-eclampsia  
 • HAS crónica  
 • Edad materna  
 • IMC

# Diagnostico

## Contempla

Evaluación del riesgo de preeclampsia

Junto con

Gravedad y Hallazgos

DX con HTS gestacional o crónica

Solicitar

Medición de Proteínas

Monitorizar TA > 140/90 mmHg

Monitorización fetal

con

• USG Fetal

• Ritmo cardiaco

• Perfil biofísico

• Electrocardiografía

Proteína

metodos

1: E.G.O-Tira reactiva

2: Cuantificación de proteínas en orina de 24 horas

3: Creatina (UPR) en muestra de orina o hecortia

4: Tiro reactiva de orina

Exámenes de Laboratorio

son

• Hb y HTO

• Ruento de plaquetas

• AST, ALT y DLH

• Creatina

• Medir todo unico

# Estados hipertensivos del embarazo

## Contempla

Epidemiología

Para

Sx metabólico

son

- Insulina-resistencia
- Obesidad
- Hipertensión
- Dislipidemia

Refiere

Incidenca de 5-10%

Se ha

Incrementada Incidencia de preeclampsia y de HTS gestacional

Para

Preeclampsia

Prevalencia

- Perfil cardiovascular (66.1%)
- Hipercisteinemia (18.7%)

# 1: farmacología

## Contempla

Suplementación de Ca<sup>2+</sup>

Dosis

1gr/d vo

Para

Proteger el Ingesta Dietética < 600 mg/día

No farmacológica

Recomienda

• Dietas normosódica

Profilaxis con AAS

antes

16 SDG

Dosis

80-150 mg/día

suspender

A las 36 SDG

## Farmacológico

Consideraciones

Presión Arterial > 90 mmHg persistente

## Manejo Agudo

uso

Labetalol (1-linea)

Axolol (2-linea)

Ahidololona

Metil dopa (1-linea)

Nifedipino

Dosis

- Vo: 30mg/ml c/8hrs
- Vi: 5mg/IV c/ 20min o previa a una lo ración (2-linea)

Dosis

250mg vo 2 veces al día

Dosis

20-60mg c/8h

Sulfato de Mg

combinar

- Acción rápida 10mg vo c/12h
- Acción lento 30mg vo c/8hrs

**Epidemiología**  
contempla

- Mujeres > 35 años (20.9%)
- Mortabilidad perinatal (10.5%)
- Primigesta (33%)
- Multigesta (66.3%)
- Muertes Fetales (8.1%)

**Factores de Riesgo**  
son

- Edad materna > 35 años
- Multi paridad
- Uso de cocaína
- Ruptura prematura de membrana
- Trombofilias
- Sobredistensión Uterina
- Enfermedad HAS en embarazo
- Colagenopatias
- Antecedente de traumatismo
- DPPNI previa

**Tratamiento**  
contempla

- Madre Estable sin contraindicación
  - Seda
  - Parto vaginal
  - En caso de muerte fetal
- Coagulopatía y shock hipovolémico
  - Realiza
  - Acceso de 2 vías intravenosas
  - Para
  - Reemplazo de Sangre y Factores de coagulación
  - Betametazona 12mg IM c/24h 2 dosis
- Feto muerto
  - Realiza
  - Cesaria urgente
  - o
  - ppd parcial con 20-34 SDG
  - indica
  - Esquema de madurez pulmonar con
  - Dexametazona 6mg/12h c/12h 4 dosis

**Desprendimiento prematuro de Placenta Normoincisa**  
contempla

Separación parcial o total de la placenta con implantación normal  
Después de  
Las 20 Semanas de Gestación

contempla

**Clasificación**  
son

- Asintomático
  - es
  - Al realizar dx en el ultrasonido
  - Leve
  - es
  - Desprendimiento < 25%
- Moderado
  - es
  - Desprendimiento de 25-50%
  - Grave
  - es
  - Desprendimiento > 50%

**Cuadro clínico**  
son

- Dolor/Hipertonia Uterina
- Sutrimiento fetal
- Polisistola > 6
- Sangrado obscuro No actual/Con o sin coagulos

**Diagnostico**  
contempla

- + Clínica
- sin Factores de riesgo

USG transvaginal  
Realizar en  
2º o 3º trimestre  
para  
Confirmación  
Hallazgos

- Colección entre placenta y liquido amniótico
- Movimiento como "Jello" de lamina corionica
- Colección retoplacental
- > 5cm grosor de placenta
- Hematoma retoplacental

# Epidemiología

Contempla

- Prevalencia mundial 7%
- México - prevalencia 8.1-12.7%

- Complicaciones
- Retinopatía
  - Neuropatía
  - Vasculopatía

## Factores de Riesgo son

### Riesgo bajo

- como
- Grupo étnico con bajo riesgo
  - Sin Antecedente en familiar de 1º Grado
  - Edad < 25 años
  - IME normal
  - Peso normal al nacer
  - Sin alteraciones en metabolismo de glucosa
  - Sin historia pobre obstétrica

### Alto Riesgo

- como
- obesidad severa
  - Diabetes conocida en 1º Grado Familiar
  - Antecedente de altera metabolismo de glucosa
  - Dx establecido de intolerancia a la glucosa
  - Dx previo de Sx de ovario poliquístico
  - Macrosomía > 4kg al nacer
  - Glucosuria.

### Riesgo intermedio

sin criterios claros o opj

# Diabetes Gestacional

## Contempla

Intolerancia a los carbohidratos con grados de severidad

Se reconoce por

1º vez durante el embarazo

Puede o no resolverse después de este.

## Contempla

## Tratamiento

Comprende

### Insulina

Tipos

Rápida

- 30-60 min (Inicio)
- 5-12 hrs (Duración)

NPH

- 40-120 min (Inicio)
- 10-20 hrs (Duración)

### metformina

Candidata

- Px con síndrome de ovario poliquístico
- Falta en terapia médica nutricional

• IMC > 35

• Glucosa en ayuno < 110 mg/dL

• 27-25 S OG

Dosis

500-850 mg en 1 a 2 tomas al día.

# Diagnóstico

Contempla

## Criterios NIH

son

• Glucosa plasmática en ayuno 95-105 mg/dL

• Glucosa plasmática 1 hr post carga 180-190 mg/dL

• Glucosa plasmática 2 hrs pos carga 155-165 mg/dL

• Glucosa plasmática 3 hrs pos carga 140-145 mg/dL

## Metas Terapéuticas

son

• Glucosa en Ayuno < 95 mg/dL

• Glucosa posprandial < 120 mg/dL

• HbA1c < 6.0%

Es Antes

de 2 Semanas.

Prueba de glucosa en ayuno

es

Antes de 13 S OG

Curva de tolerancia a la glucosa con carga de 75 g

Realizar

1º Trimestre con alteraciones de glucosa en ayuno

24-28 S OG con factores de riesgo moderado y alto.

## Tratamiento

Comprende

### Ejercicios

es

Aeróbico por 30 min

### Médico nutricional

observa

Balancia de peso adecuada

es

• Bajo peso (< 19.8) 12.5-18 kg.

• Peso normal (19.9-24.8) 11-16.5 kg.

• Sobrepeso (24.9-29.9) 7-11.5 kg.

• Obesidad (> 30) 5-9 kg.

# Diabetes Gestacional.

contempla

## clasificación de white

-A GTT anormal antes de embarazo a cualquier edad tratado con terapia nutricional.

-B Inicio a los 20 años o más y dura < 10 años.

-C: Inicio a los 10-19 años o dura de 10-19 años.

-D: Inicia antes de 10 años, dura 20 años, retinopatía, o hipertensión (No pre eclampsia).

-R Retinopatía proliferativa o Hemorragia vítreo.

-F Nefropatía con más de 500 mg/dL

-RF criterios de clases R y F.

-G múltiples fallos del embarazo

-H Evidencia de enfermedad cardiaca aterosclerótica.

-T: Trasplante renal previo.

-A1: Diabetes Gestacional con dieta controlada.

-A2: Diabetes Gestacional con tx base de insulina.



# Epidemiología

Contribuye

70% mortalidad perinatal

15% mortalidad infantil

3-5% depende de nivel socioeconómico

62% mortalidad neonatal temprana

## Factores de Riesgo

Subdivide

Bajo riesgo son

Alto riesgo son

• Raza Africana / Afro-caribena

• Peso bajo materno

• Obesidad materna

• Tabaquismo (>10/día)

• Vaginosis bacteriana

• Sangrado transvaginal 2º trimestre

• Embarazo con técnica asistida

• Miomatosis uterina submucosa

• Periodo intergenésico <18 meses

• Antecedentes de parto prematuro

• 3 Abortos o Antecedentes de Parto <34SDG

• Gestación gemelar

• Mujer con embarazo único y longitud cervical <25mm entre 20-24SDG

• Mujer con longitud cervical <15mm entre 4-15SDG

• Cerviz corto

• Gestación múltiple

• Polihidramnios

• Defectos mullerianos

• 2 Factores de riesgo

• Antecedentes de cono cervical

## Edad Gestacional es

• PP muy temprano (20.0-23.6SDG)

• PP temprano (24.0-33.6SDG)

• PP tardío (34.0-36.6SDG)

# Amenaza de Parto Prematuro

Definido

Tiene lugar de las 20.1 y las 36.6SDG

con

Peso  $\geq 500g$  que respira o manifiesta signos de vida

Características

• Contracciones uterinas  $\geq 4$  en 20min o  $\geq 8$  en 1h

• Cambios cervicales  $< 20mm$  o Fibronectina (+)

• Longitud cervical  $\geq 29-20mm$

con

Membranas amnióticas íntegras

Contempla

## Clasificación

Por

Causa es

• PP espontáneo

• PP iatrogénico

# Cuadro Clínico

Son

• Dolor tipo cólico

• Desgarro vaginal

• Lumbalgia

• Contracciones irregulares y débiles

• Tapon mucoso

## Diagnóstico

Contempla

Parto pretermino

Contempla

• Examen con Espejo

• Prueba de Fibronectina (±) 50ng/dL

• Longitud cervical  $> 15mm$

Contracciones

• 4 en 20min

• 8 en 60min

Dilatación

$> 3cm$

Bornamiento

$\geq 50\%$

Con/sin membranas íntegras

Amenaza Parto Pretermino es

Contracción uterina

• 2 en 10 min

• 4 en 22 min

• 8 en 60 min

Dilatación Cervical

•  $< 3cm$

Bornamiento

$\leq 50\%$

Cambios

cervicales en su longitud

Por

Sanografía

# Amenaza de Parto Prematuro.

Contempla

## Tratamiento con corticosteroides

Contempla

### Indicaciones

son

- 24-34.5 SG
- Parto Pretermino
- Embarazo múltiple RPP.
- 34-36.6 SG
- Riesgo de Placenta previa en aprox. 7 días.

### Contraindicación

ES

Mujeres con diagnóstico de infección intrauterina. (Chorionioamnionitis)

### Manejo

son

- Dexametasona  
• 6mg c/6h 1m de 4 dosis
- Betametasona  
• 12mg c/12 1m de 2 dosis

### Neuroprotección

con

### Sulfato de magnesio

Indicado en

- Gestación múltiple
- 24-31 SG
- Parto Pretermino establecido
- 4-8 cm dilatación

## Tratamiento Tocolítico

Contempla

### Nifedipina (1ª línea)

- 10-30mg VO c/15-20min 1ª hora
- Prolongación 48hrs
- 10-20mg VO c/4-8hrs.

### Sulfato de magnesio

- Neuroprotección
- 4-6g VI solución de 10-20% por 30min
- Inyección 1gr por 1hr.

### Indometacina.

- 50mg VO (inicial)
- 25-50mg c/6h
- Prolonga embarazo hasta 48hrs

### Atosiban

- 1ª Fase 1amp: 6.75mg/0.9ml en bolo
- 2ª Fase 2amp: 37.5mg/5ml solución fisiológica 300mcg/min por 3hrs
- 3ª Fase 2amp: 37.5mg/5ml solución fisiológica 100mcg/min por 45min.

## Tratamiento por Infecciones por Estreptococos B

usar

### Profilaxis antibiotica

con

- Nitrofurantoina
- Amoxicilina.

### Indicaciones

< 36.6 SG

### Contraindicación

son

- Infección intrauterina
- Malformación fetal incompatible con la vida.
- Embarazo > 37.5 SG

- Preeclampsia con datos de severidad
- Eclampsia

- DPP NI.
- Corionioamnionitis.
- Placenta previa.

### **Bibliografía.**

- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2016). Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2009). Diagnostico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio inmediato. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2019). Diagnóstico y Manejo de Anomalías en la Inserción Placentaria y Vasa Previa. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2010). Diagnostico y Tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2017). Detección, Diagnostico y Tratamiento de la Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2016). Prevención, Diagnostico y Tratamiento de la Infección del Tracto Urinario Bajo Durante el Embarazo, en el Primer Nivel de Atención. *México, IMSS.*
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2017). Prevención, Diagnostico y Tratamiento del Parto Pretérmino. *México, IMSS.*