



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno Zahobi Bailon Peralta*

*Nombre del tema Cuadros conceptuales de la unidad*

*Parcial 2 parcial*

*Nombre de la Materia Ginecología y Obstetricia*

*Nombre del doctor Roberto Javier Ruiz Ballinas*

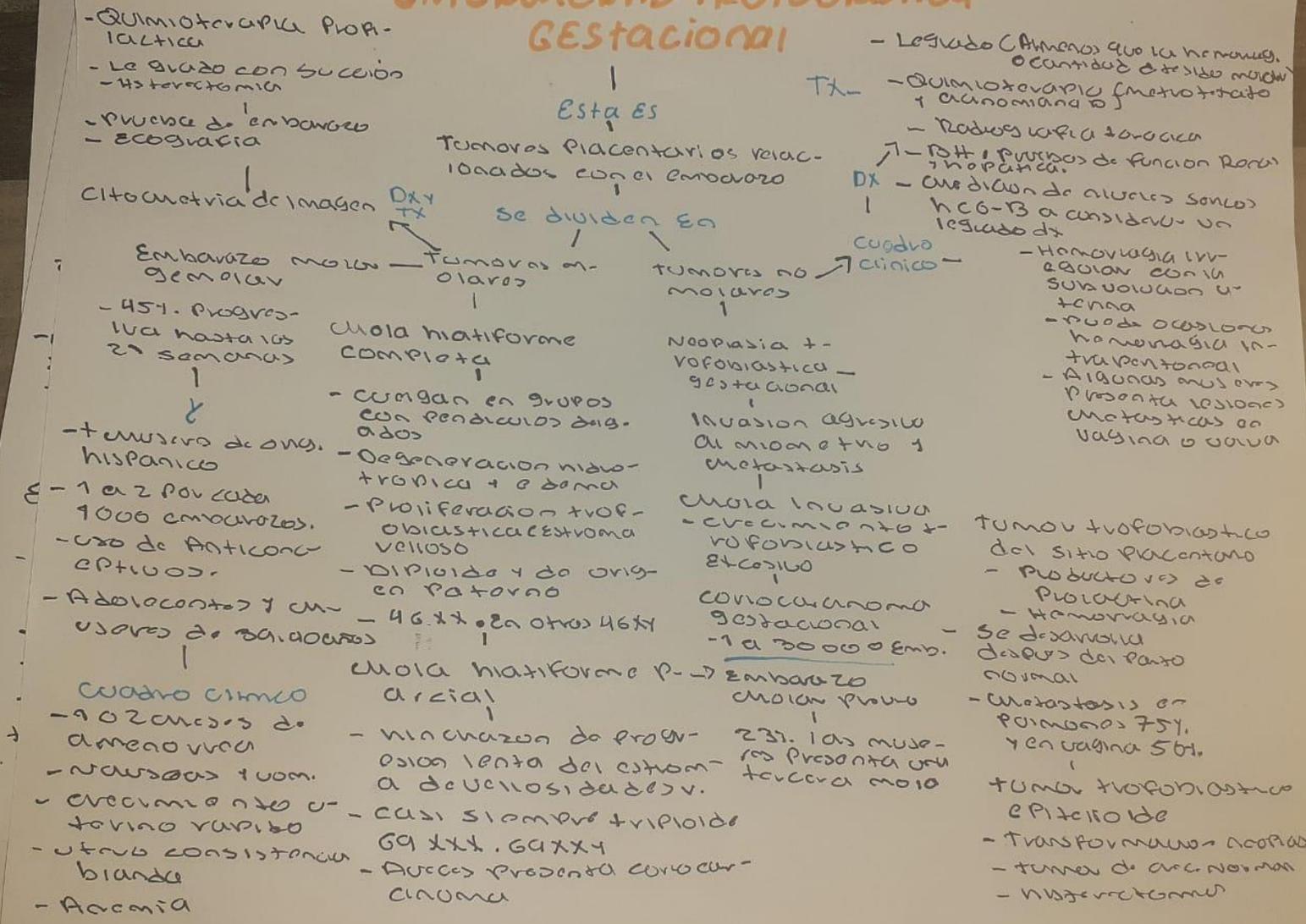
*Nombre de la Licenciatura Medicina humana*

# ENFERMEDAD TROFOBIASTICA GESTACIONAL

Esta es

Tumores Placentarios relacionados con el embarazo

Se dividen en



# PLACENTA PREVIA y desprendimiento prematuro de Placenta normal incerta

1 de cada 400 -  
120 gestaciones

PPOP

- Desprendimiento Prematuro de Placenta normal incerta es la separación antes de tiempo (último trimestre) del embarazo

Fc de riesgo

-> 35 años

- Uterus abdominal Antecedentes de desprendimiento de Placenta en una gestación ant.
- US - coágulo retroplacentari
- Triada sangr: rojo v. dolor hipotonia
- Tabaco o cocaína
- HTA y Preeclampsia

Signos y síntomas

- Quesosiglo
- Sangrado vaginal (rojo oscuro) con contracciones dolorosas
- Saca hemerragico
- Tono fetal ausente si ha habido separación de una parte extensa de la placenta

PP - 5-900 nacimientos

- Ubicación anormal de la placenta en el útero
- cuando esta insertada en el útero pero durante de susitus normal

Se clasifica en

Marginal - Apenas llega a los márgenes del orificio interno del cuello uterino.

Parcial - cubre parcialmente el orificio interno del útero

Central - cubre totalmente el orificio interno del cuello uterino.

Fc riesgo

- > 2 cesáreas
- Antecedentes de sangrado
- Tabaquismo

Signos y síntomas -> TX

- sangrado rojo brillante (moderado-abundante)
- moderado

Ultrasonido endovaginal con interrupción Placentaria

Se recomienda el nacimiento entre 36 a 37 SDB

Se recomienda la administración de un

prostaglandina

Entre 24 a 34 SDB

- Difenilino
- Pateclometazona
- Difenilmetano

# INFECCION de VIAS URINARIAS y Embarazo

## Pielonefritis Aguda

- + Frec en el embarazo
- Que surge entre causas no obstructivas de nosipent 2000
- E.coli.
- hematuria como adiciori

uso empirico de la ampicilina 3 dias consecutivos

2 dosis de 391d s. pauda d. 3d

- Los antibioticos de eleccion son beta lactamicos + rifampicina

Es detectable al 1-3 A inicio de la gestacion

- Predispone de Pielonefritis aguda
- Anemia crónica
- hipertension AR.
- Amenaza de parto Pre-termano y ↑ tasa de rotura precoz de bolsa

## Esta

Cambios funcionales en el tracto urinario de la gestante hacen que la infección del tracto urinario sea la segunda Patología médica + frecuente por detrás de la anemia. entre 5 y 10%.

Se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario capaces de producir alteraciones funcionales

## Riesgo

- Antecedentes de ITU
- Preadiabetes
- Socioeconomía baja
- Raza negra

## Signos y síntomas

- dolor o ardor al orinar
- ↑ frecuencia al orinar
- Presencia de sangre o moco en la orina
- Escalofríos, fiebre, sudor o incontinencia

## Cistitis aguda

- Afectación en la parte inferior
- incidencia de 1,3-15%
- segundo trimestre
- transitorio y urinaria en orinar
- Plures > 100000/mm<sup>3</sup>

## St. urethral agudo

- curvas positivas a tratamiento con metronidazol, las terapias a veces estan disconfortadas
- 1 mes

- uso de beta lactamicos  
TX de posparto - trimetoprim y de nitrofurantoina

## Signos

- Uro cultivos
- uriscreen
- tests reactivos para detección de nitritos
- Analisis urinario

# AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Esta

nacimiento antes de concluir las 37 semanas. se presenta en casi dos tercios de estos partos prematuros

De cada 10 bebés nacidos, 1 es prematuro

## FC DE RIESGO

- Tránsito de Parto Prematuro o nacimiento Prematuro anterior
- Tabaquismo o consumo de drogas
- Diabetes

## Tratamiento

- Indometacina (32-34 semanas)
- Nifedipino 30 a 10 mg 5x 20 min.
- Atosiban 30 a 110 mg
- Esquema de maduración pulmonar
- Betametazona 12 mg / 24h
- Dexametazona 6 mg (4 dosis) / 24h

## CAUSAS

- tránsito de parto o el lactante más mediano a cesaria antes del tránsito de parto
- Tránsito de parto espontáneo inexplicable con membranas intactas
- Rotura prematura de membranas o pretermo
- Parto gemelario o univitelico

## Signos y síntomas

- contracciones de Braxton Hicks irregulares y no vitales
- Dilatación del cuello uterino más de 4 cm
- Movimiento del Cuello Uterino 30%

## TIPOS de Prematuridad

- Prematuro tardío 34-36 SDG
- Prematuro moderado 32-34 SDG
- muy Prematuro 28-32 SDG
- Prematuro extremo antes de los 28 SDG



## Pruebas diagnósticas

- medición del Cuello Uterino
- Prueba de detección de fibronectina
- Ecografía transvaginal
- Control de otros

TX:

- Clindamicina 600mg i.v. + Gentamicina 4mg/kg/día
- Ampicilina 2g i.v. + Eritromicina 250mg i.v. d'ora

Profilaxis para Streptococcus B

- Clindamicina 600mg i.v. x 8hs
- Penicilina 5 millones de unidades en bolo i.v. seguido de 2.5 millones de unidades x 4hs
- Eritromicina 500mg i.v. x 6hs

## RUPURA Prematura de MEMBRANAS

Esta

En condiciones normales, la ruptura de membranas o vulvas ocurre en la fase de dilatación pero en ocasiones se rompen prematuramente durante el embarazo.

- Complicaciones

- Prematuroz
- Prevención de candidiasis
- Infección amniótica

Frecuencia

La ruptura de membranas ocurre entre un 7-12% en todo los embarazos

Cuadro clínico

- Aparición brusca y espontánea de líquido amniótico por los genitales

Etiología

- Causa desconocida
- Factores externos
  - Infección
  - Infección
  - Traumatismo
  - Insuficiencia de cuello uterino
  - Presentación anómala
- Factores propios de membrana
  - Adelgazamiento
  - Poca elasticidad

Diagnóstico

- métodos indirectos & basados en la detección de pH contenido vaginal ya que el líquido produce reacción alcalina

- métodos directos cuenta con cristalización del líquido amniótico. "Prueba de fuma" o método Lennet usando amniotico en un portavaso

- cristalización de líquido amniótico - (+) índice de confiabilidad

- Eco sonografía - Permite apreciar si la bolsa amniótica si en contacto optivo

También

- No confundir con otras hiduras o leucorrea

TX No Farmy coeogico

- métodos de vigilancia que identifiquen infección intramniótica
- El estudio de Doppler de la arteria umbilical no se usa mucho sino como un marcador de infección

# Estados hipertensivos en el embarazo

Esta

Engloba muchos factores sistémicos dando la HA 2do lugar de muerte

Tratamiento no farmacológico

- Restricción de sal  
con sódico y potasio

- Se recomienda en paciente con riesgo alto para pre-eclampsia

FE

< 16 años  
> 49 años

+ Paracetamol + niasina

- Cuidado de pre-eclampsia

- Farmacología antihipertensiva

- Ailfenmetildipiridina 250-300 mg u.o x 8hs

- Labetalol 100-400 mg u.o

- Nifedipino 20-60mg

V.O. 11 hora con 100mg/24hrs

- Cuidados Púberes
- Hematológico
- Renal
- Hepático

También

- Profilaxis con ácido Acetil Salicílico. En dosis bajas (80-150mg)

## CLASIFICACIÓN

Hipertensión gestacional

- No hay datos de proteinuria

720/506

7100/140 → 2 modulos

Definición

Se presenta después de la 20 SDB con ausencia de proteinuria

También

- 146/100 a 144/99 - tiva

reactiva o por variación

Proteína urinaria / creatinina

- 150/100 - 154/104 - Ailfenmetil

80 y 460 mmHg

biometría hemática

- 160/190 o 7 Ailfenmetil 30-100

mmHg

Pre-eclampsia

- Anomala causa de

Intoxicación de

Sulfato

7140/190 - 160/110 sev.

7+ Prot 300 / 24hrs en /

Cefaloprotina / acetato

(Cefaloprotina)

- Creatinina sérica > 30

mg / mmol > 20 SDB

Estudios

- FPE

- EGO

Definición

Hace referencia a la

Presencia de cifras

tasiónales mayores

o iguales 140/90 mmHg

o iguales 140/90 mmHg

Proteinuria ↑ 300mg / 24h

Eclampsia

- convulsiones

- hipervolemia

- cefalea

- Alt visuales

- Fotopsia

- Escotomas

- Vaso espasmo

retinal

Esquema de Jus-

Par

• 49/116 250ml Solu-

ción fisiológica

• 109/190 300ml Solu-

ción fisiológica

Par 19/1h

Definición

Es una complicación

de Pre-eclampsia severa

frecuentemente acompa-

ñado de síntomas neuroló-

gicos, que incluye: cefalea,

visiones, hiperreflexia, co-

ncias -

# DIABETES Y EMBARAZO

La diabetes en el embarazo es peligrosa por el aumento de lactogénesis Placentario, cortisol y Progesterona

También

- Puede producir hipoglucemia ocasionada por el hipovitaminismo

## Clasificación

- Diabetes Clínica o manifestada:
  - Síntomas y síntomas producidos por la hipoglucemia
  - cifras de las alt.

- Diabetes Quimica:
  - Asintomática
  - Glucemia anormal normal
  - Cifras postprandiales elevadas
  - Puerperio de tolerancia a la glucosa normal

- Diabetes latente o de estrés:
  - se manifiesta durante el embarazo
  - Intolerancia temporal de los hidratos de carbono

- Prediabetes:
  - Potencialidad a la diabetes

## Diagnóstico

- Diferencia de acuerdo a la clínica

## FC de riesgo

- Prediabetes:
  - Antecedentes cercanos familiares
  - Padecidos diabéticos
  - Obesidad

## Antecedentes Obstétricos

- obesidad
- encefalopatía fetal
- Abortos fetales
- Polihidramnios
- Tokemia

- Diabetes Clínica:
  - Presencia de glucemia > 190mg. Presencia de glucosuria

- Obesidad, polihidramnios, Polidipsia, Polifagia

## Prognóstico

- En evolución y el grado que ha sido afectado
- Saber si tiene antecedentes de diabetes

## Adyacentes

- Diabetes latente:
  - Alteraciones en algunos pruebas
  - Curva de tolerancia a la glucosa siempre
  - Curva de tolerancia a la glucosa reforzada con cortisol esteoide
  - Curva de tolerancia a la glucosa raras veces alterada (40mg/dl en ayuno, 140 a 160 a 1h, 145 a 165 a 2h y 125 a 165 a 3h)

## Intervención del embarazo

- Antecedentes obstétricos
- Preeclampsia asociada
- Severidad de la diabetes
- Edad de la paciente
- Control radiológico a fin de detectar malformaciones fetales
- Edad radiológica

## Medidas Generales

- Administrar dieta 30 caloras x Kg de peso diario
- Efectuar glucosurias de control
- Realizar control con dieta
- Realizar control prenatal y orientador.
- Evitar aumento de peso y administrar dietas en caso de edema
- Vigilar infecciones vaginales por monilia

#### Referencia bibliográfica

Ortiz, O. F. A. *GPC IMSS-320-10 Diabetes en el Embarazo*

GPC, Prevencion diagnostico y tratamiento de ruptura de membrana

Galván. (2020, 29 mayo). *GPC ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO*

Gary C, Kenneth L, Parto Prematuro Wiliams obstetricia 23 edicion

Gary C, Kenneth L, Enfermedad Trofoblastica Gestacional Wiliams obstetricia 23 edicion

Gary C, Kenneth L, Diabetes gestacional Wiliams obstetricia 23 edicion

Hector M, Mola hiatiforme Obstetricia básica ilustrada

Hector M, Diabetes y embarazo Obstetricia básica ilustrada





