



ALUMNA: Hellen Gissele Camposeco Pinto.

MAESTRO: Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Materia: Ginecología y obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

GRADO: 6“A”

Comitán de Domínguez Chiapas 19 de diciembre 2024.

Líquido Amniótico

Definición

líq claro, que rodea al bebé (feto) dentro del útero

Cont en el saco amniótico

34 sem 800 ml
40 sem 600 ml

Función

- Ayuda al feto a moverse
- Mantiene la temp.
- Protege de lesiones

Polihidramnios

↑ Cant de lq amniótico

USG

Pot máx 78 cm

ILA 225 cm

Prevalencia

0.3 - 1.6%

Fx de riesgo

Materno

- DM
- Hipertensión fetal
- Poliquemias fetal

Fetal

- Tumores
- Anemias
- Taponamiento
- AHSIA

Fisiopatología

- Equilibrio dinámico de líquidos
- Se absorbe - deglución
- Feto del término produce 500-1200 ml de orina y deglute 26-760 ml/d

Diagnóstico

- Curva de tolerancia
- Perfil vascular
- Mx columna vertebral
- Método de Cuatro Cuadrantes
- Fondo uterino
- Lab
- USG

Tratamiento

- Digna en embarazo
- Indometacina 200 mg
- Sin reseresta
- Amniocentesis
- Abs
- Uterolabición

Prognóstico

- Oliguria materna
 - Feto prematuro
- Prevenición
- Tomar de alt en el metabolismo de carbohidratos

Oligohidramnios

Alt de lq amniótico

↓ de cant de lq

USG

Pot máx ≤ 2 cm

ILA ≤ 5 cm

Fx de riesgo

Materno

- Fiebre
- HTA
- DM

Fetal

- Hicemia fetal
- Infección
- Compresión de cordón

Placenta

- Placenta prematura de membr

Fisiopatología

- 2do trimestre incrementa
- Sem 22-24 puede ir por desarrollo retardado
- Mortalidad perinatal

DX

- Clínico
 - Lab
 - USG
- TX
- Monitorización
 - ILA 3-5 cm vía abdo

Prevenición

- Evitar
- IG CA
- AINES

Anhidramnios

Ausencia de lq amniótico

Fx de riesgo

Materno

- Fiebre

Fetal

- Restricción de crecía
- Alt renal

Placenta

- Placenta prematura de membr

Fisiopatología

- Oliguria placentaria
- Mal pronóstico de patología renal
- Obstrucción total de vías urinarias

DX

- ↓ movim fetales
- USG con ausencia de lq amni

Tratamiento

- Cristalografía - RPM
- Tomar de decisión de acuerdo a edad gestacional y viabilidad fetal.

Necrosis Placentario

Definición

Insuficiencia anormal de riego o de toda la placenta.

Ausencia total o parcial de riego de la decidua basal.

Intervalo entre el parto y la extensión de placenta - 10 min 75%.

94% en 15 min 50 min

Epidemiología

- Poco causas de hemorragia
- 1/500 embarazos

Fisiopatología

- Ausencia o deficiencia de la capa de trofoblasto

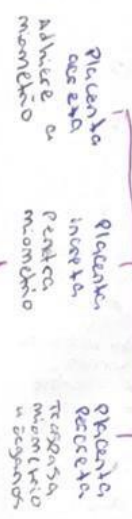
Consecuencia de una falla en la reimplantación del embrión/blastocisto.

Factores de riesgo

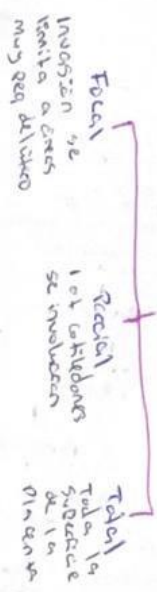
- Utero o vasos Casos previos
- Cicatriz uterino
- > 35 años
- Nutrición pobre

Clase Placentario

• Grado de inversión al momento



Extensión - tipos



Dx de sospecha - anamnesis

- USG
- Dolor color
- AM

Tecnicas de Rx

- Rx Placentario oculto
- Placentario del nacimiento al término de la gestación.
- Bionto de Sangre
- Cuidados intensivos
- Disponibilidad de exámenes

3 modalidades

1. Tx de transferencia
 2. Manejo quirúrgico
 3. Tratamiento farmacológico
- Anticoagulantes
 - Antifibrinolíticos
 - Terapia con heparina
 - Terapia con aspirina
 - Terapia con ácido acetilsalicílico
 - Terapia con ácido salicílico

- Hemorragia
- Necrosis a vesiga
- Metabolismo

Infección del tracto urinario en el embarazo.

Definición

- MO patógeno en cualquier parte del tracto
- Excluye micelosis
- 1-4% en embarazadas
- BA 2-10%
- Cistitis - 80%
- pielonefritis

- Amicid
- sepsis

Fx de riesgo

- Hospitalizaciones
- Parto prematuro
- Labores
- Mal lavado de manos

Etiología

- B. coli
- Staphylococcus

ABS para pielonefritis

- Amikacin
- Mecanidazol

Resistencia a MO

- Amoxicilina
- Cefalosporinas
- Quinolonas

Farmacología

- combinación de dilatación del tracto muscular

ITU relacionadas con el embarazo

- pielonefritis asintomática
- Cistitis aguda
- pielonefritis

Complicaciones

- Parto prematuro

Diagnóstico

- Disuria
- odinia
- urgencia miccional
- uretritis

Cistitis

- Tenesmo
- dolor suprapúbico

pielonefritis

- hematuria
- fièvre
- signo de tendinitis
- hematuria

- Chape selecto
- Educación primaria

- BH
- Peat C

Gold standard

- Urocultivo BLE
- MIC

Tratamiento

- Bacteriología asintomática
- Fosfomicina
- Nitrofurantoina 100 mg

pielonefritis

- Etaperlam 1 g
- Ceftriaxona

Cistitis aguda

- fosfomicina 3g
- Nitrofurantoina 100mg
- Ceftriaxona 1g

> 32 semanas

- Hemólisis del RN

Pacto Pretérmico

se produce entre la sem 22-36
- 6 días después de la fecha de última menstruación.

- Ampliar de Pacto Pretérmino**
- Contracciones regulares 220 y 56.6 SDG
 - 114 regulares
 - 23 contracciones
- Pacto pretérmino**
- Pacto antes de las 37.0 SDG
- Características**
- Reserva de contracciones uterinas > 4 en 20 min
 - > 8 en una hora
 - Cambios de contracción 220 mv o fibrocontracción longitudinal 29.6 20 mm
- Etiología**
- 6.5 - 97.0 Pactos
 - 12.5 % Pactos de referencia
 - 1° causa: multiparidad neonatal
 - 2° Niños < 5 años

- Clasificación**
- Pacto pretérmino muy temprano**
 - Inicio 20-35 sem con 6 días
 - Pacto pretérmino temprano**
 - Inicio 24-33 sem con 6 días
 - Pacto pretérmino tardío**
 - Inicio entre las 34 - 36 sem con 6 días
- Fx de riesgo antecedente**
- Obstétricos < 100
 - Maternos - LIETZ
 - Socioeconómicos
 - Otros mecánicos
- Rx bajo**
- Antecedentes
 - Gestación
 - Polihidramnión
 - Bajo peso materno
 - Tabaco
 - Sangrado 2do trimestre.

- Pedes**
- Vocalización
 - Medición LC
 - Estado vaginal
 - 42
- Diagnóstico**
- Cambios cervicales
 - Dilatación 3cm
 - Suavemente 78%
- Dx Inclusiones**
- Examen de parto
 - Examen de ceto
 - BF
- Espe culo húmedo no lubricado**
- Punción con becho
 - Cusión muelle
 - GUFF - Masc
 - Muler - Fem

- Tratamiento**
- NO hidratación y reoso espicho
 - Técnica correcta
 - Metadreno
 - Camerón pretérmino
 - 2.2 mg 10 DU
 - 4.10 mg 10 DU
 - Sulfato de magnesio
 - 1. 4 mg en 100 mm
 - 2. 1.9 r/h
 - Atosibón
 - 1 amc 675 mg / 0.9 ml
 - 2 amc 32.5 mg / 0.5 ml
 - 2 amc 57.5 mg / 0.5 ml
 - 190 cc de solución
 - Pasar en bomba de infusión
 - 6.00 mg / mg
 - Progeskerona
 - 200 mg
 - Endometrial
 - Dexametazona
 - 2 dosis 12 mg 1m 4/1
 - Dexametazona
 - 4 dosis 6 mg 1m 4/12
 - Si hay datos de IU
 - Mando metabólico
 - Punción
 - Medición LC
 - Ecografía transvaginal

Diabetes Gestacional

Se define como la diabetes diagnosticada por primera vez durante el segundo o tercer trimestre de embarazo en mujeres que no presentaban diabetes previa.

E

Los hijos de madres con diabetes pre-gestacional comparados con embarazos no complicados tienen un riesgo de 4 a 10 veces mayor de presentar malformaciones congénitas, abortos, muerte fetal y neonatal.

CONTROL

Se asocia a mejores resultados materno-fetales, incluidas la reducción de riesgo de malformaciones y de mortalidad perinatal.

R

- Educación y consejería
- Metas de control glucémico
- Automonitoreo
- Detección temprana de complicaciones
- Correo nutricional

DEFINICIONES

Diabetes Mellitus

Se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en la sangre

Diabetes Mellitus Gestacional

Intolerancia a los carbohidratos.

Diabetes Mellitus TIPO 1

Concentraciones elevadas por la destrucción de la célula beta con déficit de insulina.

Diabetes Mellitus TIPO 2

Concentraciones elevadas debido a un déficit progresivo de secreción de insulina.

Diabetes Mellitus pregestacional o preexistente.

Se diagnostica durante el primer trimestre.

Antes de comer
Antes de dormir
Antes de ir a la cama
Después de comer

70-130 mg/dl

80-130 mg/dl

—

≤ 95 mg/dl

GLUCOSA

después de comer
80-180 mg/dl

< 180 mg/dl

80-130 mg/dl

120 mg/dl

Antes de dormir.
80-140 mg/dl

80-180 mg/dl

ETIOLOGÍA

Primera mitad del embarazo: Anabolismo puede haber hiperglucemia por aumento de depósito de grasa como reserva.

Segunda mitad del embarazo: incremento de lipólisis destruye reservas.

El actineno placentero cuando una hormona de mayor resistencia producida en la segunda mitad del embarazo.

Cuando finaliza el embarazo cuando ya no hay placenta la diabetes gestacional desaparece.

FISIOLOGIA

Resistencia de insulina inducido por hormonas placentarias.

Disminución de la secreción de insulina.

Aumento de la liposís.

Transporte de glucosa al feto

Inflamación sistémica.

Síntomas clínicos

- Polidipsia
- Poliuria
- Fatiga
- Visión borrosa
- Propensión e infecciones
- Polifagia

Factores de Riesgo

- Riesgo bajo
- grupo étnico
- NO A1cF
- menor de 25 años
- Riesgo Alto
- raza de alto riesgo
- obesidad severa
- familiares de primer grado.

TRATAMIENTO

Piedra Angular

- Cambios en el estilo de vida.
- Tx inicial: dieta y ejercicio.
- tx de elección: insulina NPH

- Se debe individualizar tratamiento.
- Dieta por nutriólogo.

Metas.

- * Menos de 95 en ayuno
- * Menos de 120 2 horas posprandial
- * HbA1c menos de 6.0%

Cervicovaginitis

Definición
Inflamación de la mucosa vaginal

Causa

Hongos - Candida
Bacterias - vaginosis

Parasitosis - Trichomonas

gersons y ectoparas.

↑ secreción vaginal

• Rinitis

• Aclor

• O-Suero

• Mal olor

MD + HCL

• Cada semana

• Espiritolito qro B.

Fx de riesgo.

• Vaginitis bacteriana

• Vaginitis por candida

• Vaginitis por trichomonas

• Vaginitis por chlamydia

• Trichomonas

OR CINCO

Vaginitis bacteriana

• Lactobac

• Fibrin

• Amoniaco

de olor

vaginitis por candida

• Inflamación

• Vaginitis

• NO HCL

• Rinitis

• RAC

• Cálculo

• NAT

vaginitis por trichomonas

• Inflamación

• Amoniaco

• Vaginitis

• NO HCL

• Rinitis

• Cálculo

• NAT

Chlamydia trachomatis

• Dolor en

• Orificio

• Escalo

• Trazo

• Trazo

• Trazo

• Trazo

Atkinson y Goral
Dosis: 100 mg

tratamiento

• V D - No embarazada

• Metronidazol 400 mg

• V B - Embarazadas

• Clindamicina

- 300 mg 3 veces al día

- 300 mg 3 veces al día

Embarazadas sintomáticas con antecedentes de infección recurrente

- Metronidazol oral

• No es recomendable

• Clindamicina en la

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

• Clindamicina

Enf. Hipertensivas

Definición

+ Común en el embarazo

La presión arterial elevada, son sus posibles efectos perinatales

Tanto para la madre como para el feto

Preeclampsia

Después de la semana 20

- Proteinuria negativa

- 140/90 mmHg
- Proteinuria $\geq 30 \text{ mg/24h}$
- Creatinina $> 30 \text{ mg/mol}$

Desórdenes hipertensivos Clasificación

- Hipertensión preexistente
- Preeclampsia
- Hipertensión transitoria

Fx de riesgo

- Edad materna
- Paridad
- Raza
- Historia fam.
- DM
- IRC
- Trombocitosis

Fisiopatología

- AH en remodelación vascular
- Fx involucrado
 - VEGF y PIGF
 - Óxido nítrico
- Flujos dependiente

Prevención y manejo

- Control ecográfico especial con Ix de riesgo
- ASA 100 mg antes de 16506
- Calcio 1g VO
- Se recomienda ingesta de dietas normosodicas en mujeres de riesgo bajo

Dx Preeclampsia

- TA $> 140/90 \text{ mmHg}$
- Proteinuria

En ausencia de proteinuria

- Trombocitopenia
- Incremento de enzimas H.

Tiqa reactiva

- + 30-100 mg/dl
- ++ 100-300 mg/dl
- +++ 300-600 mg/dl
- ++++ 1000 mg/dl

preeclampsia con datos de severidad

- TA $> 160/110$
- Proteinuria $> 3g$
- oliguria $\geq 400 \text{ ml}$
- AH de conciencia

- ## Tratamiento
- 1. Meklidolol 250-500 mg
 - Bloqueadores de canales de calcio
 - 2. Hidralazina 25-50 mg
 - TA 130/90 mmHg

SX HELLO

- Preeclampsia severa (hemólisis, enzimas H.)

Clínica

- asintomático
- Edema generalizado
- dolor abd.

Clasificación

- MESSI
- TENESSI

Tratamiento

- Resolución del embarazo
- 34506 interrupción
- 24-34506 - estrodoles

Eclampsia

- Convulsiones

• Síntomas

- ↑ peso 3er trimestre
- ↑ TA forma brusca

• Diagnóstico

- Preeclampsia + convulsiones

• Tratamiento

- 1 - sulfato de Mg 24h brusca
- 2 - Diazepam o fenitoina

• Farmacología

- Alfametildopa 250-500 mg
- labetalol 100-400 mg