



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Docente:

Dr. Roberto Ruiz

Alumno: Jorge Alberto Hilerio González

Grado: 6 to Grupo: A

MAPA CONCEPTUALES SOBRE GINECOLOGIA

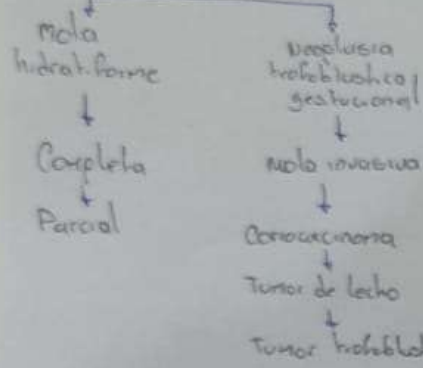
Comitán de Domínguez Chiapas, Mayo; 2024.



Enfermedad trofoblástica Gestacional

Def. Conjunto de enfermedades interrelacionadas, cuyas características comunes incluyen la hiperplasia del trofoblasto y aumento de B-hCG.

Clasificación histológica



Hidatiforme

Hidatide: vesícula repletas de agua, complicaciones durante la gestación

ausencia de feto intacto proliferación trofoblástica útero de mayor tamaño al esperado para la EG

Clinica

útero de mayor tamaño: Regular, simétrico y de consistencia blanda, Quistes decolútebricos (vacuación de hCG)

Diagnóstico

cavidad ocupada por multitud de ecos de baja amplitud (trofoblasto proliferado) "Imagen de copos de nieve",
 en mola completa: no saco gestacional, ausencia de CR.
 mola parcial: Feto RCIO sacro o muerte ultrasonográfica
 vasos anormales compatibles
 B-hCG: cifras > 100,000 mU/ml son compatibles con Mola
 Anatomopatológico + Diagnóstico definitivo

Manejo

Evacuación de la MOLA Grado aspirativo previa dilatación cervical y guiado por ecografía.

Grado por aspiración

Fración B 24-48 hrs

B-hCG semanal hasta reducir títulos

B-hCG mensual

B-hCG cada 2 meses

6 meses 6 meses

Amenaza de Parto pretermino

Epidemiología
- La prematuridad es la primera causa de muerte infantil en México
- tasa de parto pretermino 10%

Factores de riesgo

Factores Maternos:

- Edad
- Tabaquismo
- Nivel socioeconómico
- Gasto peso
- Estrés

Factores uterinos

- Evolución múltiple
- polihidramnios
- Malformación
- Miomas
- Traumatismo
- DIO

Infecciones:

- urinaria
- Cervico-vaginal
- Gonocococis
- inf. placentaria

Antecedentes obstétricos

- ALC Parto pretermino
- Hemorragia vaginal

Proceso clínico sintomático que sin tratamiento, podría conducir a un parto pretermino.

Clasificación

Según su origen

- Pretermino / idiopático 50%
- asociado a ruptura prematura de membranas EPM 25%
- Pretermino por intervención médica, iatrogenia 25%

Por LUMLEY

- Prematuridad leve
- Prematuridad moderada
- Prematuridad extrema

Clinica

- Contracciones uterinas
- Dilatación cervical
- Borramiento cervical
- Flujo vaginal mucoso o sanguinolento "tapon mucoso con sangre"

Diagnóstico

- Signos y síntomas específicos
- La exploración física del cervix no es específica

Valoración

- 1- Edad gestacional
- 2- peso fetal
- 3- Morfología fetal
- 4- Pute de presentación
- 5- Toco-dinamometría
- 6- Exploración física

Estudios de Lab. y gabinete

- BHC
- EGD, urocultivo
- Exploración ecográfica
- Evaluación USG
- Prueba de fibronectina fetal
- Amniocentesis

Tratamiento

Munedo clínico.

- Estudio fetal
- Edad gestacional
- Condiciones cervicales

Med. farmacológicas

- Reposo
- Tocolíticos
- Corticoides
 - Betametazona
 - 12mg / 12h cada 12 hrs / 2 días
 - Dexametazona
 - 6mg IM cada 12 / 4 días

Quirúrgico

Placenta Previa.

↓
Trastorno en el cual ocurre una implantación anormal de la Placenta

Epidemiología

- ↓
1 en 125 embarazos
10% en multiparas

Cuadro clínico

- Sangrado transvaginal a mitad de embarazo
- No dolor
- No contracciones.

Factores de Riesgo

- Tabaco
- Drogas
- Antecedente de Placenta previa
- Cesáreas
- Endometritis crónica
- Edad materna avanzada
- Aborto previo
- Multiparidad.

Causas

- ↓
- Se interpone la presentación fetal
 - Sitio de implantación del blastocito
 - Vasculaturización deficiente

Diagnóstico

- ↓
- Exploración física
 - útero blando e indoloro
 - Placenta anormal: irregularidad en su estado fetal.
 - tacto vaginal: "almohadilla"

Clasificación

Inserción baja
Tipo I

↓
La parte de la placenta situada en el segmento inferior no alcanza el borde del orificio interno

Marginal
Tipo II

↓
Se localiza muy cerca del orificio interno pero no lo sobrepasa

Parcial
Tipo III

↓
El orificio interno está cubierto de manera parcial por la placenta

Total
Tipo IV

↓
El orificio interno se encuentra cubierto en su totalidad por la placenta

Tratamiento

- ↙
- En el parto:
 - Ligas cordón y amniotomía
 - Antibiótico
 - oxitocina

- ↘
- Quirúrgico
 - Farmacológico:
 - metolexate
 - Corticoides

Complicaciones

- Placenta accreta
- Coagulopatía
- Enfermedad hipertensiva
- DVV retardado
- Malformaciones congénitas

Infecciones de vías urinarias y embarazo.

↓
Infecciones del tracto urinario

↓
Existencia del microorganismo patógeno en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas

↓
Infecciones del tracto urinario bajo

↓
- Colonización bacteriana a nivel de la uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios

- ↓
- Bacteriuria asintomática
 - Cistitis aguda
 - Cistouretritis aguda
 - Prostatitis

↘
Diagnóstico

- urocultivo
- presencia de signos y síntomas

Tratamiento farmacológico

- indicado en el segundo trimestre del embarazo

▷ Antimicrobianos

- Penicilinas
- Clindamicina
- Amoxicilina
- Nitrofuranos
- Cefalosporinas

↙
Monoterapia

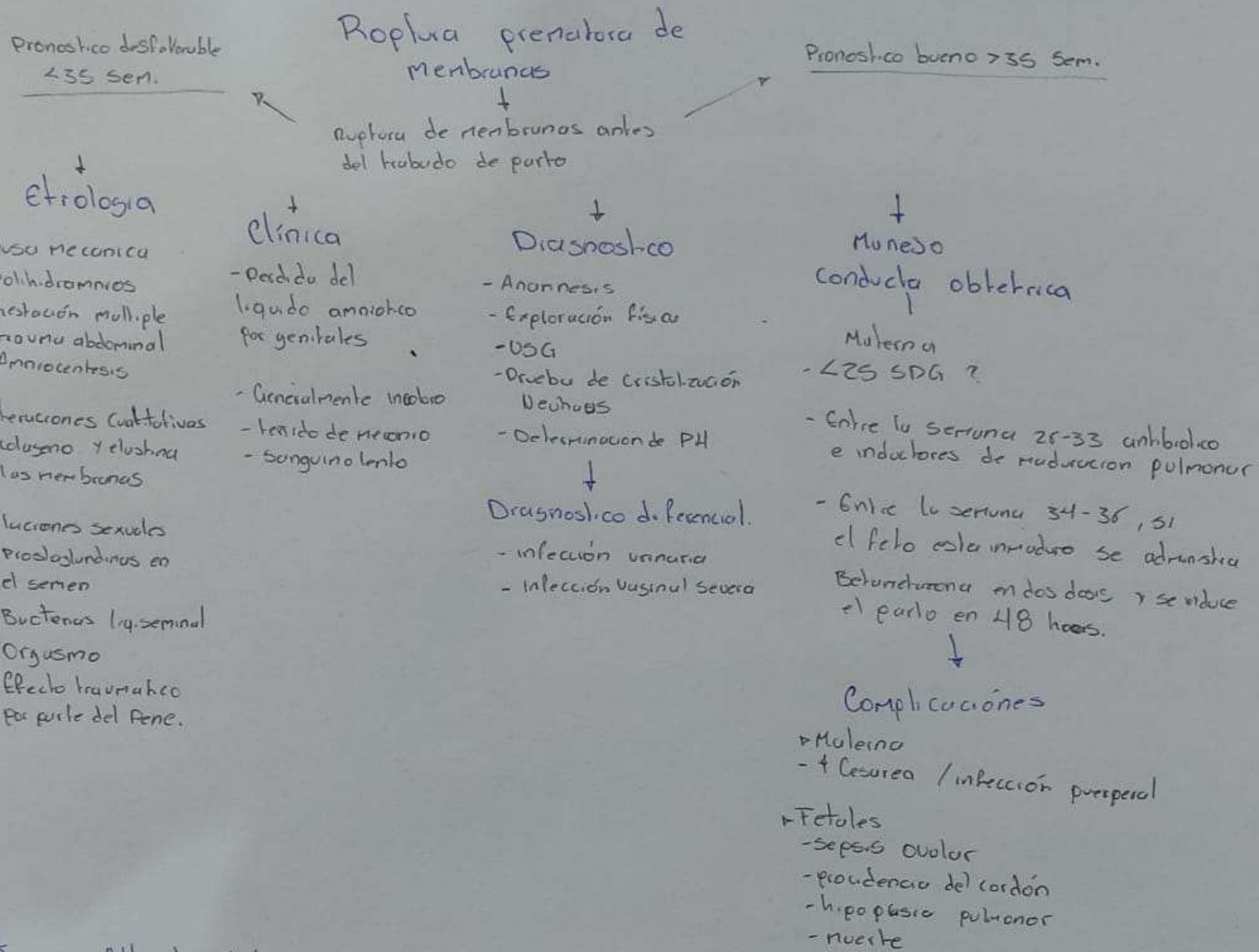
- Nitrofurantoina
100mg c/d 6 x 7 días
- Amoxicilina
500mg 16hs x 7 días

↘
Terapia combinada

- Nitrofurantoina
+
Amoxicilina

Factores de Riesgo

- uso de espermicidas
- Nuevos parejas sexuales
- Frecuencia de relaciones sexuales
- Elevado pH vaginal



Jorge Alberto Hilerio Gonzalez