



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



“Mapas conceptuales”

Alumna:

Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Ginecología”

Docente:

Dr. Roberto Ruiz

Comitán de Domínguez, Chiapas a 02 de mayo de 2024.

ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional

¿QUÉ SON?

Un grupo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto después de una fertilización anormal

Tumores que invaden al miometrio y pueden hacer metástasis
 Principales lugares = Pulmón, hígado, riñón, vagina

TX = #1 Etópósito, metotrexato, actinomicina

SEGUIMIENTO

- Exploración ginecológica en consulta
- Determinar niveles de β hCG c/ semana hasta negativización, desp. 4/G meses por evacuación (< 1 mes)
- Tele de tórax (buscando metástasis)

SE CLASIFICAN EN

BENIGNA =
 → Mola hidatidiforme completa (MHC) = Ausencia de tejido embrionario o fetal.
 → Mola hidatidiforme parcial (MHP) = Presencia de tejido emb. o fetal

MALIGNA =
 → Mola invasora (Tumor del lecho placentario) Invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial
 → Coriocarcinoma = Tumor maligno del epitelio trofoblástico, esta compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico invade y puede hacer metástasis

NEOPLASIA TG

TX

- * Evacuación mediante AMEO o histerectomía en bloque (cuando el tamaño del feto no permita AMEO)
- o Contraindicado = Uso de misoprosol

DX

- * Histopatológica (expresión de p57)
- o Mediciones de β -hCG en suero
- o BH
- o Tiempos de coagulación
- o Pruebas de funcionamiento renal y hepático
- o US = hepático, renal, endocervical

CLÍNICA

- * Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional
- o Niveles ↑ de hCG (100,000 mu)
- o Hiperémesis gravidica
- o Hipertensión gestacional (primera 20 SDG)
- o Anemia (por def. de Fe²⁺)
- o Hemorragia uterina anormal
- o Ausencia de FC fetal
- o Presencia de quistes decalutéricos

EPIDEMIOLOGÍA

- o En México = 2.4/1000 embarazos
- o Mola invasora = 1/40 embarazos molas y 1/150,000 normales

FACTORES DE RIESGO

- o Mola previa (30%)
- o Aborto previo (25%)
- o Emb. ectópica previa (0.5%)
- o Emb. previo de término (20%)
- o Edad materna 40-50a

HEMORRAGIAS EN LA 2DA. MITAD DEL EMBARAZO

PLACENTA PREVIA

ES

La placenta va antes que el feto hacia el canal de parto. Se implanta en algún lugar del segmento uterino inferior

FACTORES DE RIESGO

- Edad materna >35a.
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Lesión mioma uterino
- Reproducción asistida

DX

- Sangrado uterino
- * Ecografía transvaginal
- No hacer examen digital si no se planea un parto

CLASIFICACIÓN

- P.P. Parcial
- P.P. Total
- P.P. Marginal
- P.P. De inserción baja

CLÍNICA

- * Sangrado indoloro
- Defectos de coagulación
- Laceraciones en el cuello del útero

MANEJO

- Datos escasos sobre administración tocolítica
- Después de que el sangrado cese por aprox. 2 días se da de alta a una mujer con instrucciones de descanso
- Parto vaginal o cesárea
- Es la indicación t/frec de histerectomía

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA N.I.

ES

Separación prematura de una placenta implantada normalmente

FACTORES DE RIESGO

- Desgarro previo
- Mayor edad
- Preeclampsia
- HT crónica
- PEH
- Multiparidad
- Histamitas
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína

EPIDEMIOLOGÍA

- 0.5-2% de los nacimientos
- 50% + Síndrome hipertensivo
- Complicación materna grave → hipotensión

ETIOPATOGENIA

• Inicia con hemorragia en la decidua basal → se divide en capa adherida al miometrio → hematoma decidual que se expande para causar la separación y compresión

COMPLICACIONES

• Restricción del crecimiento o muerte fetal // Maternas - histerectomía, IR o muerte, cheque hipotérmico

CLÍNICA + DX

- * Dolor abdominal, hemorragia, hipotensión uterina
- Doloroso
- Ecografía
- BH
- Niveles de α-fetoproteína >270 g/L

MANEJO

- Parto por cesárea de emergencia, si el feto murio → parto vaginal
- Agentes uterolíticos
- Cristaldores

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN

Perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico con salida de líquido amniótico transvaginal que presenta antes del inicio de trabajo de parto.

EPIDEMIOLOGÍA

- Representa el 2-3% de los embarazos
- 27% en partos pretermino
- 10-20% en Maternas

FACTORES DE RIESGO

- Infecciones urinarias y vaginales
- Tabaquismo en el embarazo
- Raza negra
- Cirugías cervicales previas
- Hismo cervical
- Partos pretermino
- Nivel socioeconómico bajo

FISIOPATOLOGÍA

- Las membranas pueden presentar una debilidad estructural que es susceptible a la ruptura en el trabajo de parto
- Las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones paracrimas afectadas cuantitativamente

DX + LABORATORIO

- Clínica
- Historia clínica
- BH
- EGO
- Cristalografía
- Prueba de papel de nitazina.
- Velocidad de segmentación globular.
- Estudio de Doppler de arteria umbilical

CLÍNICA

- fiebre materna
- Taquicardia
- leucocitosis
- hipersensibilidad uterina.
- taquicardia fetal.

TX

- Penicilina sódica cristalina.
- Ampicilina y eritromicina
- Clindamicina
- Cefazolina
- Corticosteroides.

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

DEFINICIÓN

Proceso clínico sintomático (aparición dinámica uterina regularmente acompañado de modificaciones cervicales) que puede producir o conducir a un parto prematuro. (22-36 SDG)

CLASIFICACIÓN

- Fase prodromica = contracciones sin cambios cervicales significativos. C.U. barrido 70%, dilatación < 2cm. Contracciones: 4 en 20-30 min.
- Fase activa = C.U.B. = 80%, dilatación > 2cm < 5cm, contrac.: 4 en 20 min ó en 60 min 8.

FACTORES DE RIESGO

- Vaginitis
- Aborto previo
- Embarazo múltiple
- Bishop > 5

↓
(Para la indicación y seguimiento de la inducción del trabajo de parto.)

DX

- Duración y frecuencia de las contracciones
- Tacto vaginal = cerrada y no tan corto
- Ecografía.
- Clínica

CLÍNICA

- Molestias en el hipogastrio
- Dolor lumbar seco
- Sensación de peso en la pelvis
- Sangrado transvaginal y mucosidad
- Percepción de contracciones uterinas.

TX

- ★ Indometacina (< 32 SDG)
- # 2 Nifedipino
- Betametasona o dexa.
- Atoriban
- Reposo e hidratación.
- Terbutalina
- Drogas tocolíticas (prolongan 2-7 días)

↓
Índice de Gruber = Para calcular la probabilidad de detener o inhibir el trabajo de parto prematuro.

CONTRAINDICACIONES DE Tocolíticos

- Corionitis
- Hemorragia materna grave
- Preeclampsia severa o eclampsia
- Trabajo de parto avanzado
- Muerte fetal
- Malformaciones fetales

Infecciones del tracto urinario:

Existencia de mo patógenos en el tracto u.
o sin presencia de síntomas

Infecciones del tracto urinario bajas =
Colonización bacteriana a nivel de uretra y
vejiga, se asocia a síntomas. Incluye:
• Bacteriuria sintomática >100,000 UFC/ml
• Cistitis aguda = In.I. en la vejiga
• Cistouretritis aguda * Disuria, polaquiuria

• >30% de mujeres sin embarazos o
infecciones previas lo presentan
• 23% de las más frías en el emb.
• La mayoría es en los primeros
3 meses
• Complicación ↑ frec: PP → 75%
muerte perinatal
• >20% en todo los embarazos

→ Régimen de 4-7 días con el
antibiótico, para prevenir
complicaciones = APP y prele-
nefritis.
→ Bacteriuria asintomática indicado
al comienzo del 2do. trim.
(12-16 sg)
→ Penicilina, cefalosporinas,
clindamicina, amoxicilina →
* (300mg / 2hrs x 4-7 días).
- Nitrofurantoina 100mg / 6hrs

TX

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

• Edad avanzada
• Nivel socioeconómico bajo
• Multiparas
• Historia previa de infecciones
• Uso de espermicida.
• Lavados vaginales
• Dilatación del sistema colector
y ↓ peristaltismo de ureteres
y vejiga.

PARAMETROS DE EGO

- pH = ≥ 6
- Densidad = ≥ 1.020
- Leucocituria = > 8 leucocitos
mm³ de orina
- Bacteriuria = Bacterias en
orina mayor que 100,000
UFC/ml

DX

* EGO entre las 12-16
sg / 18-20 / 32-34 sg.
• La prueba de tira reactiva
no debe usarse para el
tambeaje
• BH
• Glucosa, creatinina
• Ácido úrico
* Urucultivo (>100,000 UFC/ml)
• Frecuencia urinaria.

ETIOLOGIA

- Dilatación del sistema colector
(ureteres y pelvis renal) y
disminución del peristaltismo
de los ureteres y vejiga, que
facilitan la colonización
bacteriana por la estasis
urinaria.

ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

CLASIFICACIÓN

- **Hipertensión gestacional:** HT después de la 20^{da} sg, proteinuria negativa
- **Pre-eclampsia:** Cifras tensionales $\geq 140/90$ mmHg, proteinuria > 300 mg / 24 hr, creatinina sérica ≥ 30 mg/mol > 20 sg o hasta 2 semanas post parto
- **Pre-eclampsia con datos de severidad:** Cifras tensionales $\geq 160/110$ mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco
- **Eclampsia:** Complicación de la pre-eclampsia severa, acompañada con síntomas neurológicos: convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alt. visual.
- **Hipertensión crónica:** HT arterial $\geq 140/90$ mmHg antes del embarazo antes de la semana 20^{da} sg o hasta la 6^{ta} semana post parto asociado o no a proteinuria.
- **Hipertensión crónica + pre-eclampsia sobreagregada:** Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

EPIDEMIOLOGÍA:

- 1 de 10 gestaciones se complican
- Mundialmente = 50,000 muertes maternas
- Predisponen a complicaciones cardiovasculares
- Incidencia de 5-10%

FACTORES DE RIESGO

- Edad materna
- Paridad - Raza
- Historia familiar
- Presión arterial materna
- Reproducción asistida
- IMC ↑
- DM, HTA crónica, IEC
- Trastornos inmunológicos
- Trombofilias
- Insulina-resistencia

DX

- Causas identificables de HT
- Proteinuria en el EQC
 - ↳ Al menos 1/mes en el control
 - $> 140/90$ mmHg
 - Proteína-creatinina ≥ 0.20
 - Pruebas de función renal y hepáticas
 - Hemoglobina, hematocrito, Dkt

Tx

- Profilaxis con AAS (80-150 mg)
 - ↳ no > 16 sg o 1 bajo riesgo
 - ↳ 1 semana antes del parto afecta la cap. de coagulación
- Dietas hiposódicas en riesgo bajo
- Ejercicio
- Farmacón en px c/ cifras de > 90 mmHg
 - ★ Metildopa
 - ↳ tomar en cuenta E2 ↑
 - Bloqueadores de canales de calcio
 - ↳ 1 sulfato de Mg = colapso circulatorio y bloqueo neuromuscular.
 - Hidralazina (≥ 200 mg/día) (2da. línea)
 - Centrarrínicos = I ECA, ARA2
 - Labetalol
 - Mantener cifras 130/80 mmHg

DIABETES = GESTACIONAL =

¿QUÉ ES?

Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por 1ra vez durante el embarazo y puede o no resolverse después de éste

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia mundial 200 mil casos anuales
- En México la prevalencia es de 8.7 - 17.7 %
- Grupo étnico de riesgo.
- 90 % de los casos de diabetes se complican

FACTORES DE RIESGO

- HbA1C alto
- <25A.
- Obesidad severa (IMC >30)
- Historia familiar
- Diabetes previa al embarazo
- Dx de intolerancia a la glucosa.
- SOP
- Antecedentes de productos macromoleculares (>4 kg)

DX

- factores de riesgo
- Glucosa en ayuno
- Tanteo CIPO entre la 24-28 SDG
- Curva de TGO en el primer trimestre (75gr)
- HbA1C
- Glucosuria
- FGO

TERAPIA MEDICA NUTRICIONAL

- Peso adecuado (ganancia = 12.5 - 18 kg, IMC >30 = 5-9 kg)
- mantener control glucémico
- Eutaracetonuria.
- Culturalmente apropiada.
- 1600 - 1800 kcal/día.
- Mantener un buen IMC.

TX

- Glucosa en ayuno <90 mg/dl
- cuando el ejercicio y la dieta no son suficientes
- * Metformina
- Glibenclamida (alternativa)
- Insulina = cualquier tipo de diabetes.
- Se recomienda el automonitoreo