

Alumno: William de Jesús López Sánchez

Docente: Dr. Roberto

## **MAPAS CONCEPTUALES**

Materia: Ginecología y obstetricia

**Grado: 6°**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de mayo del 2024.

# ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

## EPIDEMIOLOGÍA

En México es de 24 por cada 1000 embarazos. La EGT se puede presentar posterior a un embarazo molar, normal, ectópico o un aborto.

## EXR.

- Excremos de edad reproductiva
- Alta de abortos espontáneos
- Múltiples endogamia astrogona
- Dificulta en B-Cervicopos
- Ética, toxinas embriofetales
- Exposición a antibióticos
- Fumadoras y alcoholismo.

La EGT comprende a la mola hidatiforme (MH), mola completa (MC) y mola parcial (MP), las cuales se clasifican en enfermedades binómicas.

## PAATOGENESIS

Se cree que obtiene de con una fertilización anormal del ovulo por el espermatozoide.

En una mola completa se produce la fertilización de un ovulo sin núcleo con un espermatozoide o bien, un ovulo normal es fertilizado por 2 espermios, por lo que resulta el embarazo sin viabilidad.

En una mola parcial el ovulo es fertilizado por dos espermios, lo que lleva un molar de tejido en un molar.

Implica cambios en la estructura y función de la placenta y la proliferación anormal de células trofoblasticas.

## DIAGNOSTICO

Medición de hCG en suero  
Definitivo: Histopatología  
ECO: endocavitaria  
Puntos: BH función renal  
Inpática.

## TRATAMIENTO

AMEP o LOI (aplicarse externamente)  
Histerectomía  
estrogénos y Orel, eficacia en la ↓ de hCG

- Bajo riesgo
1. Actinomicina
  2. Metotrexato
- Alto riesgo > 3pts  
1. Etoposido 100mg/m<sup>2</sup>  
2. Metotrexato

Etoposide  
Actinomicina  
Acido fólico

# PLACENTA PREVIA

Es la implantación anormal de la placenta que cubre parcial o totalmente el orificio uterino inferior (occi)

## EPIDEMIOLOGÍA

- Nº de cesáreas y el riesgo de PP: 1 (10.26%), 2 (18.89%), 3 (31%) y 4 (100%).
- El de cesáreas placentarias se presenta en 1 de cada 100 placentarias.

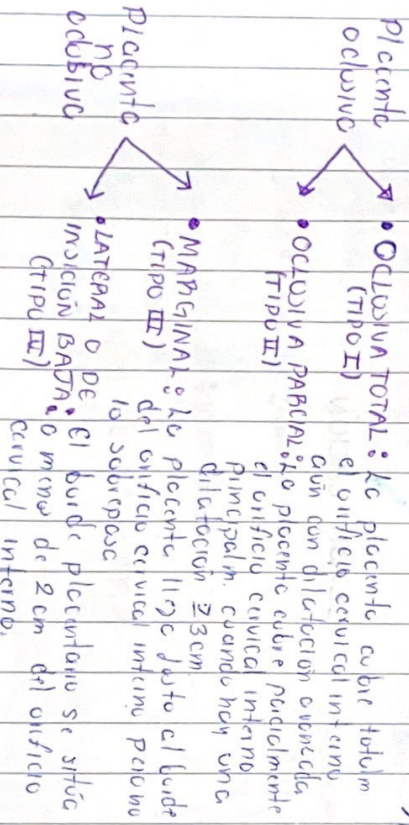
## Riesgo

- Fecundación in vitro
- Cesáreas previas y cicatrices
- Tuberculosis, coartación
- Edad avanzada
- Multiparidad y abortos previos.

## PATOGENESIS

El segmento uterino inferior es una región endo-cervical para la implantación placentaria, por presentar: Endometrio de menor grosor y con menor vascularización, musculocervicofornix fibrosa m. y cantidad de fibras colágenas y cordón por lo otorga de fallidos.

## CLASIFICACIÓN



## DIAGNOSTICO

- Se confirma y perfil de los 32 SDE
  - Inicial: Exploración + Exploración + USG endocervical.
  - dirección: USG endocervical (5:95% y 6:93%) o si irrem. Hemorragia 22.020%
- No todo vaginal

## CUADRO CLINICO

- Sangrado hemorragia indoloro
- Presentaciones fetales anormales
- Indicadamente con FCF normal
- No hay dolor abdominal

## TRATAMIENTO

Inicial: Hospitalización y valoración hemodinámica. Monitoreo ambulatorio a los 72 horas sin hemorragias.

Modulación, corticoides a las 34 semanas. 24-34 SDE con PP el momento de la cesárea. → Conducción obstétrica por la parte de ginecología.

Finalizar embarazo: placentar a los 34-36 SDE. Si tiene 36 SDE finalizar embarazo. cesárea indicada en todas las variantes.

Intervención baja puede disminuir riesgo vaginal.

# RUPTURA PRÉMATURA DE MEMBRANA

## EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta en el 3/1 de los embarazos, responsable de 1/3 de las infecciones puerperales, se incrementa hasta un 10% de mortalidad perinatal.

## FACTORES DE RIESGO

- > ITS
- > IUU's
- > PPR privado
- > Embarazo múltiple
- > Rotación cervical
- > Proliferación de Cu y A. occult.
- > Sangrado vaginal 2º y 3º trim.

Solución de continuidad de las membranas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto y antes de las 37 SGG.

## PTOGENESIS

- Infección o infección de bajo amniotida
- Se forma citogine inflamatoria TNF/IL1
- Humo del útero y del
- 3º estímulo contracción uterina: cambio cervical y de membranas
- Sangrar Parto puerperal por RPPM

## C.C

- Pérdida de líquido claro con olor e olor, que ocurre por gentiles sin contención del material vaginal o del DCE

## DIAGNOSTICO

- > Historia clínica y revisión vaginal. (espectroscopía, índice de Tammier y Westlan)
- > Cristalografía (S: 80%)
- > Parto sin membranas
- > Prueba de nitrazina
- > Coloración de perlas vaginales
- > PH > 4.5 (normal 4.2-4.7)
- > USG en busca de oligohidramnios → confirmatorio

## TRATAMIENTO

- Anticóndul con corticosteroides
- Px con 11936 de RP, con embarazo entre 24 y 32 semanas
- Intervalo mínimo entre el Tx y el parto debe ser > 24h y < 7 días
- 2 dosis de 12mg de Betametasona Im con intervalo de 24h o 4 días de 6mg con intervalo de 12h
- Antibióticos
- Profilaxis con entriomona 250mg vo c/6hrs x 10 días

## CLASIFICACIÓN

- RPM prematura: ocurre > 7h antes del inicio del trabajo de parto
- RPM pretermo: Aquella ruptura que se presenta entre de 37 SGG
- RPM prolongada: Ruptura prematura con > 18 hrs de evolución

# INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS Y EMBARAZO

Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

## EPIDEMIOLOGIA:

- 70% presentan bacteriuria asintomática 7% a las 60 años y 17% a los 75 años
- 40-60% mujeres algún episodio a lo largo de su vida
- 3-7% recurrencias
- 30% sin episodios previos
- Prevalencia univ.

## FX RIESGO

- Proximidad de uretra con vagina-ano
- DM, alt. de atética pélvica.
- Imunosupresión, insufic. renal
- Levedos vaginales
- Hidronefrosis
- Análisis de
- Uretra cafo
- Frecuencia de relaciones sexuales

## TIPOS:

**BACTERIURIA ASINTOMÁTICA:**

colonización de la quina por un mismo germen  $>10^5$  ufc/ml de orina.

**Dx:** EGD y Bacteriur

**Cuanticaciones:** Ruptura por infección de membrana, Puntos de término ↓ por el néctar, HTA, proctocampid, anemia

## PATOGENESIS

Se debe a los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, el cual aumentan el riesgo de infección de las vías urinarias

## CUADRO CLINICO

- > Dolor
- > Disuria
- > Fiebre
- > Hematuria
- > Contingencia urinaria
- > Cistitis
- > Pielonefritis
- > Proliferación

## DIAGNOSTICO

- **Claduo clínico**
- > EGD
- > Bacteriur
- > Gabarite: Rx, ultrasonido, exstirpado, biopsia.

## TRATAMIENTO

Amoxicilina a dosis de 500mg c/8hs por 4-7 días es el tratamiento de elección. Puede ser monoterapia o en combinación con nitrofurantoina 20mg: nitrofurantoina a dosis de 100mg qd x 4-7 días

• **Bacteriuria asintomática** (indicada solo en la sem 12-16 sem)

**CISTITIS:** infección bacteriana de la vejiga, Aguda, epididim y la uretra, post-ovario y vagina

**Dx:** EGD, EGD, Bacteriur

**Tx:** Nitrofurantoina 100mg c/8hs x 7 días  
Amoxicilina 500mg c/8hs por 3 días  
Amoxicilina 1g c/6hs por 10 días.

# ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La hipertensión es el trastorno más común del embarazo y complica 1 de cada 10 gestaciones.

## EPIDEMIOLOGIA

Trastorno médico común y durante el embarazo. Causa el 18% de muertes maternas en el mundo.

## EXR

- Multiparidad
- Edad > 40 años primipara o multipara
- Hipertensión familiar
- Antecedentes
- Embarazo múltiple
- IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>
- DM, nefropatías, HTA, osteoporosis

## CLASIFICACIÓN

- > HTA gestacional
- > Pre-eclampsia
- > Pre-eclampsia con datos de severidad
- > Eclampsia
- > HTA crónica
- > HTA crónica + pre-eclampsia

## PATOGÉNESIS

- Enfermedad inducida
- Proliferación placentaria
- Invasión trofoblástica incompleta y expresión ligando placentario y otros oxidativo
- Liberación de NO, prostaglandinas y endotelinas
- Agregación plaquetaria, disfunción endotelial, HTA

## DIAGNÓSTICO

La HTA se mide rutinariamente en los últimos trimestres.

- > Evaluación de trastornos hipertensivos en el embarazo incluye la evaluación del riesgo de pre-eclampsia, la gravedad y hallazgos adicionales.
- > Laboratorios: Hemograma

## Cuadro clínico

- > T/A sistólica  $\geq 140$  mmHg
- > T/A diastólica  $\geq 90$  mmHg
- > Proteinuria
- > SN: Edema, edema, cefalea grave persistente
- > Alteraciones hepáticas
- > Trombocitopenia
- > Insuficiencia renal

## TRATAMIENTO

Prevencción: Embarazo con AC de HTA. AAS 30-100 mg/día. Carbonato de Ca: 300 mg/día. PRE-ECLAMPSIA-ECLAMPSIA: Sulfato de Mg = inicio Hg IV en 20 min (Piel) E.G. en 20 min. Anti-HTA en embarazos TA  $\geq 110$  mmHg. Anti-HTA en embarazos TA  $\geq 110$  mmHg.

- Hidralazina
- Labetalol
- Nifedipina
- Nitroglicerina

Mate

# AMENAZA DE PARTO PREMATURO

## EPIDEMIOLOGIA

Un libro el 70% con la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una  $\uparrow$  mortalidad neonatal

## FX RIESGO

- > Parto pretérmino previo
- > Aborto recurrente
- > malformaciones uterinas
- > Incompetencia cervical
- > Ruptura prematura de membranas
- > Edad materna  $\leq 20$  y  $\geq 35$  años

## PATOGENESIS

- Se desconoce el mecanismo que lo desencadena, lo exitoso, los humanos experimenta  $\uparrow$  fallos y se sabe simétrico pueden aparecer
- El  $\uparrow$  de conductibilidad de los estímulos cervical (reflejo de Ferguson) puede causar

## PATOGENIA

Poco conocida, liberación de IL6-IL7 o TNF producidos en el contexto de una Comorbundad crónica.

## CLASIFICACIÓN

De acuerdo a la edad gestacional de nacimiento se clasifican en:

- > Parto P. muy temprano: Nbc. entre los 20 sem con 0 días hasta los 23 sem con 6 días
- > Parto P. temprano: Nacimiento entre los 24 sem con 0 días hasta los 33 sem con 6 días
- > PP tardío: Nacimiento entre los 34 sem con 0 días hasta los 36 sem con 6 días

Presencia de contracciones uterinas ( $> 4$  en 20 min o  $> 8$  en 1 hora) y cambios cervicales (220mm o fibromioma fetal) positivo ecografía a longitud cervical entre 29-30mm documentado con mediciones ecográficas intsigas entre los 20.1 a los 36 semanas con 6 días

## DIAGNOSTICO

- Impugnante identificable
- o los  $\uparrow$  con APP
- o Plinicos Antecedentes de Parto pretérmino, pérdida prematura de tejido molar
- > modificación de cervix
- > malformaciones uterinas de 21cm, 4/20mm y 6/10mm
- o ECO y fibromioma fetal

## Cuadro clínico

- > Dolores tipo cólicos
- > contracciones irregulares
- > hemorragia, descarga vaginal
- > sensación de presión vaginal
- > dilatación cervical igual o  $> 2$ cm, burbujamiento  $\geq 8$  BVs

## T-RATAMIENTO

- o Reposo absoluto en decubito lateral 29 y adm.
- o uso de solución glucosa (300ml) NO se recomienda como  $\uparrow$  que vel
- o Parto plantermino
- o Tóxicos o corticoide
- o 200mg 48 h

\* De acuerdo a su causa: PP espontáneo o iatrogénico

# DIABETES GESTACIONAL

Predecimiento con el embarazo por intolerancia a los CH que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de este período de gestación. Pre-gestacional o dx pre-existente al embarazo o primer trimestre.

## EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia de 7% a nivel mundial. En México es de 8.7-13.7%. Incremento por la madre y malnutrición conyugal, SDRA, ictericia y muerte fetal.

## EX RIESGO

- > Nacionalidad Mexicana
- > Edad materna > 30
- > Historia previa de DMG
- > Historia familiar
- > SIMC > 30 (obesidad)
- > Aborto o muerte fetal Previa.

## PATOGENESIS

- Hay hipercaloria de las cél.
- B del páncreas y sensibilidad de estas a la glucosa, por efecto del estrogeno y progesterona
- ↓ de sensibilidad e la acción de insulina e nivel periférica
- Como consecuencia ↓ de la glicemia en ayuno y postprandial alajada

## DIAGNOSTICO

- En la 1ra consulta de control
- Principales entre de la 13da y realizamos glucosa en ayuno o casuista
- Si glucosa casual > 200mg/dl o en ayuno > 126 mg/dl confirmamos dx de DM2
- Si la glucosa en ayuno es de > 92 mg/dl realizamos prueba de tolerancia oral a la glucosa
- Si la glucosa en ayuno < 92 mg/dl realizamos sim 24-28 horas de DMG

## Cuidado Clínico

- Generalmente no produce síntomas no obstante podemos encontrar:
- > ↓ de sed
  - > Boca seca
  - > Micción frec
  - > ↓ de peso
  - > consunción
- Se produce síntomas:
- > visión borrosa
  - > ↓ de hembras
  - > pérdida de peso
  - > micción en ganglios

## TRATAMIENTO

- Terapia médica gestativa
- Ejercicio
- Tratamiento médico
- > Insulina: NPH si no se logra con cambios en el estilo de vida
- > Hipoglucemiantes orales: metformina.
- Dietas medicadas.

Mate