

Universidad Del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Cuadros

Nicole Yuliveth García Guzmán

Roberto Ruiz Ballinas

Ginecología

Sexto semestre

Grupo: "B"

ENFERMEDAD TROFoblástica GESTACIONAL

Afección poco fr en Via que se ressur rēl
 animales en el interior del útero

DEFINICIÓN

- EDRU emrgindomn
 ↓
 Tumor maligno
 Epitelio trofoblástico
 similar y citotrofoblástico
- MGN completa
 ↓
 Ausencia de tej embrionari
 o fetal
 Deg histiocita de vellosidades
- MGN inusual
- MGN parcial
 Presencia tej embrionari
 o fetal
 hiperplasia trofoblástica
- Tumor del sitio precentric

EPIDEMIOLOGIA

- 2.4 por cada 1000
 embarazos
- Mayoría son → 1-4
 emb. mltiples
- 1 - 150000 embaraz
- Presente: Emb mltiple
 posterior → Emb Normal
 abortu / ectopico

FACTORES DE RIESGO

- MGN preva → 50 /
- Aborto preva → 25 /
- Emb ectopico preva → 0.5 /
- Emb preva terminu → 20 /
- Edad mujeres → 40 y 50
 años

CUADRO CLINICO

- Hemorragia uterina anormal
- crecimiento uterino mayor o lo esperado
- Ausencia de frecuencia fetal
- quistes teratofinicos
- Hiperemesis gravidica
- Hiperintensio gestacional 20504

DIAGNOSTICO

- Niveles hCG, βH, αFP y Dh
- Pruebas de coagulación
- Pruebas funcionales renales, hepatic
- Diferencial ULTRASONICO
 ↓
 Bajas
 • Potencia de flujo erogenico
 • Presencia quistes teratofinicos
- Histeroscopia
 - bx cervicovag

TINTEO

- quimio
 ↓
 quimio terapia
 profiláctica
- AMEGLU

PLACENTA PREVIA Y DESPENDINGIMIENTO PREMATURO

DE PLACENTA NON MC INCIEN TA

↑ **Prevalencia**
(0.31%)

↑ Posición de la placenta
1 cm más bajo → cubre el

↑ **CERVIX**
↑ **UTERINO**

Fluye sangre y da lugar
a una hemorragia 3er trimestre

↓ **PUEDA STN**
↓
- Marginal, Parcial, central

↓ **C Linica** → No realizar
Tracto uncinant
sin contracciones uterinas
Sin dolor, sin alt. hemodinamica

↓ se despende y da lugar
a un hematoma

↑ **Prevalencia**
(0.03%)

↓ **Dolor y útero hipertono**

↑ **CLINICA**
comienza brusco útero hipertónico,
con contracciones, bienestar fetal alt
Dolor, ↓ P.A = Shock

Tx → Cesaria

↑ **Factores de riesgo**
↓
Tx infertilidad, cesaria poco
Edad materna avanzada
Tabaquismo
Embarazo gemelar.

↑ **DIAGNOSTIC**
USG, R, M

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Problema de salud perinatal

TRATAMIENTO

Contraestrongolitos

CUIDADO CLINICO

- contracciones suaves/frecuentes
- Dolor de espalda
- sensación de presión en vagina
- secreción vaginal de viscosidad
- ↳ puede ser claro, rosado, sangre.

EPIDEMIOLOGIA

- 1989 - 1993 → 6.4%
- MU con peso > 2500g
- Mortalidad → 53.2% / 1998
- ↳ 75% - 2006

FACTORES DE RIESGO

- Edad y raza
- Habitos maternos → **Tobaquismo** y **psicologías**
- Antecedente parto pretérmino precoz
- Desarrollo gestación actual
- Nivel socioeconómico
- Sangrado vaginal 2º trimestre

DIAGNOSTICO

- ↳ Activación uterina
- contracciones frec. 2 en 10 min
- 0.4 en 20 min, 8 en 60 min
- dilatación cervical > 3 cm borboteo
- (Lumbros cervicantes)

Dx Diferencial

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL

E M B A R A Z O

DIAGNOSTICO
↓
UNECUATIVO → dx de bacteriuria asintomática

Complicación médica + fte del embarazo
INF. Tracto urinario → Existencia M.C. patógenos

EPIDEMIOLOGIA

Bacteriuria asintomática
progresiva a Pyelonefritis
2 1/2 de embarazos

+30% de mujeres lo presentan

con/sin síntomas, clóstrif ← alto/baja

INF. Tracto

urinario → colonización bacteriana o
síntoma y vejiga asociada

orgenes, disuria, polaciuria, hematuria
o ictus o fétido de orina

incluye → Bacteriuria asintomática
cistitis aguda, cistitis crónicas
o guda

↑ fracturas de hueso

frecuencia de relaciones sexuales
espermicidas, nuevas parejas sexuales

TX → Amoxicilina
500mg c/6h
7 días

RUP TUNA PNEUMATUNA DE MEMBRANAS

Período de la continuidad de los miembros
Omnitricas con salidas de liquido amniótico
transvaginal que se presenta antes del
inicio del trabajo de parto

EPIDEMIOLOGIA

- ocurre 3-15%
- aprox 25-33% neonatos están asociados
- Concomitantes → 6% parte prematura

Factores de riesgo

- Embarazo previo complicado
- Factores de riesgo de parto prematuro →
 - D E → óxido ascórbico, vit. C
 - NUTRICIÓN → zin.
 - Toxemia, tabaquismo, IMC ↓
 - nivel socioeconómico, sangrado obst.
 - cirugía cervical previa, ent. colágeno, sistema

DIAGNOSTICO

- Espectroscopia con visualización de líquido amniótico
- Punción de membranas
- Cristalografía
- KUSG

TRATAMIENTO

- manejo con cuidados
- Inducción de parto
- Penicilina, ampicilina
- adm. corticosteroides
- Betametasona 12mg/12h
- Dexametasona 6mg/12h

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO



Discardar hipertensión se diagnostica cuando las cifras tensionales están $\geq 140/90$ mmHg después de 10 semanas 20 gestación

18% mujeres Maternas

CLÍNICA

Factores de Riesgo

- Edad materna > 40 años
- Embarazo múltiple
- Embarazo con hipertensión gestacional
- IMC > 30 Kg/m²
- HTA crónica
- Insuf. renal crónica
- Tramitación

Factores de P.N

- Sistólica \rightarrow ≥ 160 mmHg
- Diastólica \rightarrow ≥ 90 mmHg
- Proteína \rightarrow ≥ 300 mg/24h
- Xcetoforesis, glt. visuales, epigastroalgia, dolor H. D., dolor torácico o cefalea

SE CLASIFICA

Hipertensión gestacional

Hipertensión gestacional

PA $\leq 140/90$ mmHg

Pre-eclampsia \rightarrow Proteína ≥ 300 mg/24h

Datos de \rightarrow PA $\leq 160/110$ mmHg

Síndrome con compromiso org. blanco

Vómitos, papiledema, cefalea ≥ 3 , SX HELLP

Eclampsia \rightarrow complicación pre-eclámpsica con síntomas neurológicos \rightarrow convulsiones, hipertensión

Hipertensión crónica \rightarrow H.T.A $\leq 140/90$

FN TN M I ENT C

Normoténcia \rightarrow dieta, ejercicio, vigilancia ≥ 3 veces por semana

amqp \rightarrow metildopa 250-500 mg, hidralazina, labetalol, metilopa

Hipertensión después 20s de gestación

DIABETES GESTACIONAL

PREVENCION
↓
PREVENCION 7% overall malaxi
Mexico → 8.7-17.9%

PREVENCION CONECTIVIDAD POR LA
INTENSIFICACION A LOS COMPORTAMIENTOS QUE SE
REGOCIA POR PRIMERA VEZ EN EL EMBARAZO

CLINICA
↓
↑ sed, boca seca
miccion fte, ↑ hambre
vision borrosa

DIAGNOSTICO
↓
Consulta antes 135 mg/dl
glucosa en ayuno
↳ > 200 mg/dl & > 126 mg/dl
Ox de DM2 que no habia sido dx
antes de lo gestacional

FACTORES DE RIESGO
↓
Edad materna > 35 años
Historia previa de DMG
Anteced. familiar
IMC > 30
Abortos previos

TRATAMIENTO
↓
Terapia medica nutricional
especifica
Tx medic
Insulina (NPH)
Hipoglucemiantes orales