



Garcia Aguilar Paola Montserrat
Materia: Ginecología
6to semestre grupo B

PASIÓN POR EDUCAR

Enfermedad trofoblástica Gestacional

Epidemiología
En México:
2-4 por 1000 Emb.
Mola invasora:
Incidencia:
1% (40 Emb. mola)
1 de 1500 Emb. Normales

Proliferación de tejido trofoblástico en mujeres embarazadas o recientemente embarazadas. Estos se originan en la capa trofoblástica del embrión

Diagnóstico Diferencial:
Hematoma retroploacentario
Anomalías retroploacentario
Degeneración de mioma

Factores de Riesgo
Mola previa 50%
Aborto previo 25%
Emb. Ectópico
Emb. previo
Mujeres >40 años

Benignas
Mola hidatiforme
Mola completa
Mola parcial

Malignas
N.TG
Mola invasora
Carcinoma
Tumor sitio P.

Cuadro Clínico
Amenorrea
Nauseas vomito
Hemorragia
Crecimiento uterino
Preclampsia precoz

Metodos Dx
En toda px con sospecha de ETG:
BH
T-Coagulación
Fo Renal
Grupo y RH
Niveles hCG
Rx Torax
Ultra Obstetrico

Niveles de hCG

Tratamiento:
Quirurgico
o
Quimioterapia

Placenta previa y desprendimiento Prematuro de placenta Normoincisa

Epidemiología
Incidencias 2.8 a 4.8 partos en embarazos únicos
4 3.9 por cada 1000 partos múltiples

Placenta previa: placenta que se inserta en el segmento uterino en el 3er trimestre de gestación y está próxima al orificio cervical interno.

Factores de riesgo
Mujer con Antecedentes de cesaria
Presencia coeliv uterina
Edad > 35 años
Periodo intergenésico corto

Cuadro Clínico
• Hemorragia sin dolor (2º-4º trimestre)
Contracciones uterinas
Hemorragia con dolor (Algunas veces)

Diagnóstico:
Recomienda: USG Abdominal (Principal herramienta Dx)
Se recomienda la confirmación Dx a partir de las 32 SGA.
Ultrasonido Endoaginal: Confirmación Dx.

Tratamiento:
• Prevenir y tratar anemia
• Administración de un esquema de corticoides Dado → mad. pulmonar En semana 24-34 SGA
• Administrar Tocolíticos para prolongar gestación

Diagnóstico Diferencial
Rotura uterina
Desprendimiento de placenta
Amenaza de parto Pretermo

No realizar tacto vaginal

Infección de vías urinarias → Embarazo

Epidemiología
Más del 30% de las mujeres sin embarazos previos con infecciones previas presentan un cuadro de Inf. de vías urinarias

Factores de riesgo:
Antecedentes de infecciones previas
Frecuencia de las relaciones sexuales
Uso de espermicidas
Múltiples parejas sexuales
Elevada paridad.

Micción frecuente y completa
Micción después de relación sexual
Consumo líquidos > 2000 ml.

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

Cuadro clínico
Disuria
urgencia de orinar de manera repentina.
Tenesmo
Dolor abdominal
Malestar general

Tratamiento:
Antibióticos para bacteriana
Asintomática → 4-7 días
Uso de amoxicilina 500mg/6h (4 a 7 días)
O combinar con nitrofurantoina
Nitrofurantoina 100mg/6h
4 a 7 días

Diagnóstico:
Solicitar urocultivo
EGO entre 12 y 16 SDG

Parámetros para EGO:
pH: 6 o más
Densidad: 1.020 o más
Leucocituria: > 8 leucos/mm³
Bacteriuria: > 100000 UFC/ml

Diagnóstico diferencial:
Amenaza aborto
Apendicitis
Litiasis renal
Glomerulonefritis

Rotura prematura membranas

Factores r.
Infecciones t. uinario
Tabaquismo
t. Nutricional
Comp. Obstetricas:
Emb. multiple
Polhidramnios

Ruptura premat. de membranas:
Perdida de la continuidad m.
Amnioticas, con salida L. Amniotico

Etiologia
modif. fisiologicas
de membranas
F. ejercido por contrac.
Uterina

A termino
> 37 SDG

Pretérmino
< 37 SDG

Pre-eclámpsia
< 23 SDG

Interrupción

Remota
término
24 a 32 SDG

Cercana a término
33 a 36 SDG

**Diagnostico
Diferencial**
Ruptura de bolsa
amniotica
Incontinencia urinaria
R. Quiste

Ph vaginal:
4.5 a 6.0
Liquido Amniotico
7.0 a 7.3

Diagnostico:
2 principales pruebas:
Cristalografia
P. de papel de Nitroazul
Exactitud: 93.1%

Interrupción del
Embarazo

+ Historia
Clínica

Mancio conservado
Reposo Absoluto
BH con O₂
E.G. diario
S. u 24 horas
Antibioterapia
USA → Obstetrico
Tocoleticos a corto
Tiempo

Amenaza de parto Pretermino

Factores de Riesgo
Antecedente de parto Pretermino
Edad, raza
Antecedente de cono cervical
Sangrado transvaginal
Tabaquismo

Aquella que tiene lugar a partir de la semana 20.1 a la 36.6 sea con un peso ≥ 500 gr y que respira y manifiesta signos de vida

Diagnostico Diferencial:
Trabajo de parto IVO
Ruptura de membranas

Cuadro clinico
Sangrado transvaginal
Contracciones \rightarrow No desaparecen con reposo
Dolor abdominopelvicos
Dilatacion cervical ≥ 3 cm
Membranas rotas o intactas

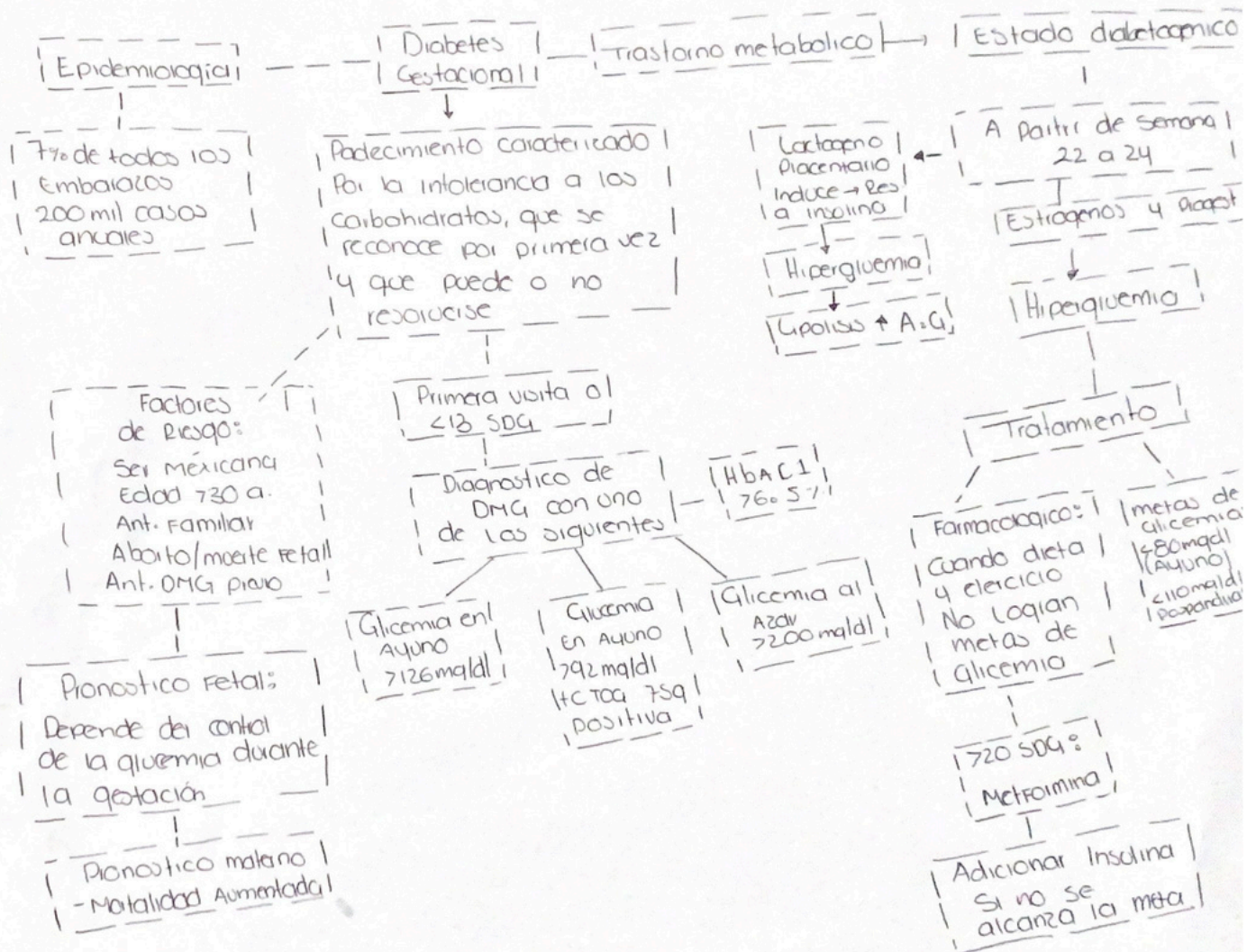
Diagnostico:
Contracciones uterinas (1/10mn, 4/20mn o 6/60mn)
Dilatacion ≥ 3
Borrnmento $\geq 80\%$

Tratamiento
Terapia tocolitica:
B-mimeticos
Suif. magnesio
B β -Canaks de Ca
Nitratos

Amiocentesis \rightarrow madurez pulmonar
Ev. ultrasonografica de Long. cervical y Fibronectina fetal \rightarrow valor predictivo negativo.

No farmacologico
Reposo en cama

Mejores predictores
Dilatacion cervical de 3 o más
Borrnmento 80%
Sangrado vaginal
Ruptura de membranas



Enf. Hipertensivas en el embarazo

Epidemiología:
 Año 50,000 m. maternas
 900,000 perinatales

Hipertensión → trastorno médico + común en el embarazo 1/10 gestaciones

Factores Riesgo

- Paridad
- Edad
- DM
- HTA
- An+reción
- Materna
- EMC

Dx Diferencial

Sx antifosfolípido
 Hígado Graso en Embarazo.

Hipertensión Gestacional

≥ 20/140, proteinuria (-)

postparto (2 semanas)

TA Normal

• Hipertensión transitoria

TA elevado

• Hipertensión crónica

Antes del emb.
 < 20/140 o 6ta S. postparto (140/90 mmHg)

Clasificación:

Preclampsia

≥ 140/90
 proteinuria (+) (300mg/24h)
 Creatinina ≥ 300 μmol
 ≥ 20/140 o ≥ 5. postparto

Pre-eclampsia con datos severos

≥ 160/110 + compromiso Organo

Crisis hipertensivas Preclampsia severa ≥ 160/110 mmHg

Eclampsia

Complicación severa

+ Síntomas Neurológicos

Hipertensión crónica + Preclampsia sobrevenida

+ Sx HELLP: Hemólisis, elev. Enzimas panc., Disquetopenia

Desarrollo de preclampsia o eclampsia en M con hipertensión crónica

Tratamiento:

Ametildopa
 250-500 mg / c/18h v.o

Labetalol:
 100-400 mg / v.o

Nifedipino: 20-60 mg / v.o

Metoprolol: 100-200 mg / c/12

Hidralazina: 25-50 mg / v.o / 6h.

Labetalol (Primera línea)
 20-40 mg / 10-15 min

Nifedipino (1ª línea)
 10 mg / v.o - 10-15 min

Hidralazina (2da línea)
 50-10 mg

Contraindicado:
 IECAs → teratogénicos