



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Mapas mentales

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

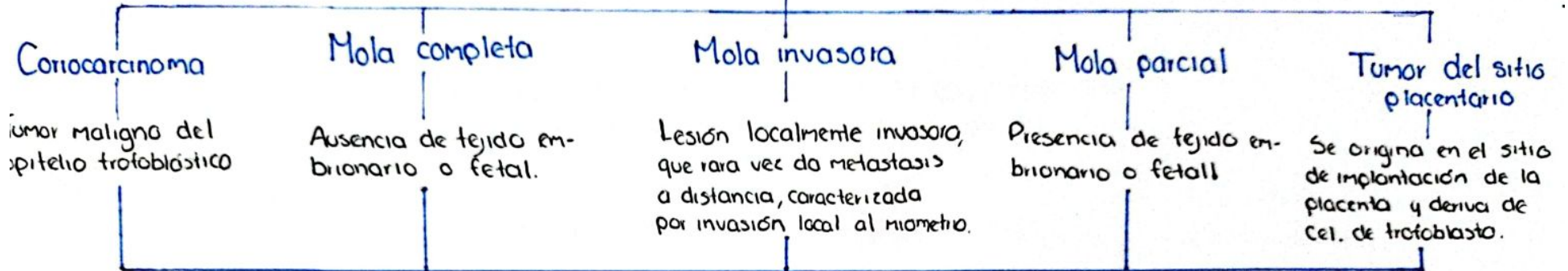
Grado: Sexto semestre

Materia: Ginecología

ENFERMEDAD TROFBLASTICA

GESTACIONAL

Comprende de



Epidemiología

2,4 por cada 1000 embarazos

Mola invasora:
1 de cada 40 embarazos molaes

1 de cada 150,000 embarazos normales.

Factores de riesgo.

- Mola previa
- Aborto previo
- Embarazo ectópico previo
- Embarazo previo de término.

Cuadro clínico

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino > al esperado por E.G.
- Ausencia de F.C.F.
- Presencia de quistes decidual uterinos.
- Hiperémesis gravídica
- HT. gestacional en las 1ras 20 sds.
- Niv. ↑ de Hgc.

Met. diagnóstico

- Ultrasonido
- HISTOPATOLÓGICO.

- 1.- Patrón difuso ecogénico mixto.
- 2.- Presencia de quistes decidual uterinos.
- 3.- Mola parcial o incompleta → Feto.

Dx. Diferencial

- Hematoma retroplacentario.
- Otras anomalías retroplacentarias
- Degeneración de un mioma.

Tratamiento

- Evacuación mediante AMEO.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

es

Complicación producida cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la madre

Epidemiología

◦ 1 de cada 200 gestas

Factores de riesgo

- Tx. de infertilidad
- Cesáreas previas
- Edad avanzada
- Tabaquismo

Cuadro Clínico

- Sangrado vaginal
- Cambios en F.C.F
- Hemorragia transvaginal
- Ancretismo

Diagnóstico

- USG abdominal
- USG endovaginal
- Confirmación a partir de las 32 SOG.
- RM.
- Citoescopia

Tratamiento

- Corticoesteroides 24-34 SOG.
- Uteroinhibición por 48 hrs c/corticoestero
- Prog. nacimiento entre 36-37 SOG. - Cesárea.

INFECCION DE VIAS URINARIAS Y EMBARAZO

Una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, puede llevar a la mortalidad

Epidemiología

30% de las mujeres sin embarazos previos con infecciones previas del tracto urinario presentan un evento IU.

Factores de riesgo

- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Uso de espermicidas
- Nuevas parejas sexuales.
- Elevada paridad.

Cuadro Clínico

- Disuria
- Micción frecuente
- Dolor en parte baja del abdomen.
- Orina turbia y con mal olor.
- Hematuria.

Met. Diagnóstico.

- Urocultivo.
- EGO

Dx. Diferencial

- Pancreatitis
- Diverticulitis aguda
- Hérnes Coster.
- Apendicitis.

Tratamiento

- Amoxicilina 500 mg c/8 hrs durante 4-7 días
- Nitrofurantoina 100 mg c/6 hrs 4-7 días.

Amenaza de parto pre término.

Se caracteriza

Por la presencia de contracciones uterinas (+4 en 20min) y cambios cervicales (>20mm) con membranas íntegras. entre 20.1 - 36.6 SDG.

Edad gestacional

Parto pretérmino temprano
24 - 33.6 SDG

Parto pretérmino muy temprano
20 - 23.6 SDG.

Parto pretér. tardío
34 - 36.6 SDG.

Clasificación

Causa

Espontáneo
Iatrogénico.

Factores de riesgo

- Hábitos maternos
- Antecedentes del P.P.
- Obesidad
- Tabaquismo
- Edad
- Tec. reproducción asistida.
- Embarazo gemelar.

Cuadro clínico

- Dolor abdominal
- Cólico
- Sangrado vaginal leve.
- Ruptura membrana
- Contracciones leves.
- Sensación de presión en vagina.

Diagnóstico

- Dilatación cervical > 3 cm y < 80% borramiento.
- Cambios cervicales
- Estado de la membrana.
- Con o sin membranas íntegras.

Tratamiento

- Tocolíticos
- Sulfato de magnesio por 24 hrs.
- Atosiban y Nifedipino
- Terapia antenatal de corticosteroides

Ruptura Prematura de membranas

es
La pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Categorías

Ruptura de membranas a término

Ruptura de membranas pretérmino

es
Aquella que ocurre después de las 37 SGA.

es
La que se presenta antes de las 37 SGA.

Se clasifica

Previsible
≤ 23 SGA

Remota del término
24 - 32 SGA.

Cercano al término
33 - 36 SGA.

Epidemiología

Incidencia 5-15%.
RPMp → 20% mortalidad perinatal.

Factores de riesgo

- Raza negra
- Tabaquismo
- Niv. socioeconómico bajo
- Sangrado obstétrico
- Def. nutricionales, IMC ↓
- Ex. cervicales previas
- Enf. sistémicas.
- Antecedentes de RPM.

Cuadro Clínico

- Fuga de líquido por la vagina.

Met. diagnóstico

- Clínica
- Historia clínica
- Pruebas.
 - Especuloscopia
 - Prueba de nitrazina y cristalografía.

Dx. Diferencial

- Incontinencia urinaria.
- Eliminación de tapón mucoso
- Ruptura de quiste vaginal.

Tratamiento

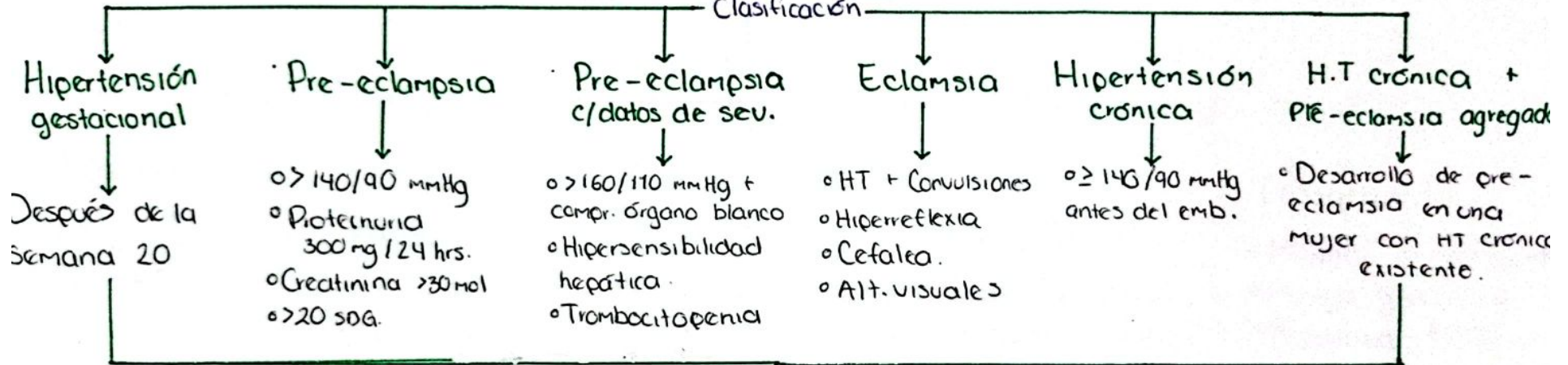
- RPMo s/ datos de infección
 - Conservador.
- Px. > 34 SGA.
 - Inducción del parto.

Enfermedades hipertensivas del embarazo.

es

El trastorno más común en las embarazadas, complica 1/10 gestaciones.

Clasificación



Factores de riesgo

- Edad
- IMC
- HTA crónica
- IRC
- Paridad
- Diabetes M.
- Tx. inmunes

Cuadro clínico

- Varía según la clasificación

Diagnóstico

- Signos vitales durante el 1er trimestre
- Medición de proteinuria.
- Medición de creatina
- Hemoglobina, hematocrito, recuento plaquetario, DLH, ácido úrico.

Tratamiento

- No farmacológico
 - Dieta hiposódica
 - Ejercicio
- Farmacológico. Iniciar cuando diastólica ≥ 90 mmHg
 - 1a → Metildopa
 - 2a → Hidralazina.

Diabetes gestacional.

El padecimiento caracterizado por la intolerancia a carbohidratos.

Epidemiología

3 y 19.6% de casos

Factores de riesgo

- Genética
- Obesidad
- Edad > 30 años
- IMC > 30
- Abortos
- Muerte fetal

Cuadro clínico

- Nefropatía
- Pre-eclampsia
- Distinción renal
- Hipertensión.

Diagnóstico

- Glucosa plasmica en ayuno o antes de la 15 semanas.
- ↑ Riesgo: 24-28 sog. > 92 mg/dl → DA.
- Crgo c/carga de 75gr → Riesgo ↓

Tratamiento

- Mejorar alimentación
- Manejo glucémico
- Actividad física
- 1° → Metformina > 20596
- 2° → Insulina.