

## Licenciatura en medicina humana

**Brayan Velázquez Hernández**

**Ginecología y obstetricia**

**Mapas**

**ROBERTO JAVIER RUIZ BALLINAS**

PASIÓN POR EDUCAR

**6to**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas 02/05/2024

# Enfermedad trofoblástica Gestacional

**Epidemiologic**  
En el país de México  
2.4. por 1000 embarazos  
incidencia.  
1-40 embarazo molar.  
1 de 1500 Emb - Normal.

Factor de  
Riesgo

## Diagnostico diferencial

Embarazo PREVIO  
Embarazo ECTOPICO  
MUJER > 40 años  
MONA PREVIA 50%.

Hematoma, tetraplacental  
Anomalidad Retroperitoneal.

metodo DX  
[SOS Pecho a ETA]  
Rx - TORAX  
ultrasonido obstetrico  
BH  
F. Renal.  
Niveles BH EG.

Factor de  
Riesgo

TX

## cuadro clinico

- > Amenorrea
- Nauseas + vomito
- Hemorragic
- crecimiento uterino
- preeclampsia precoz.

- Quirurgico
- Quimioterapic

proliferacion de tejido  
trofoblastico en mujeres  
embarazadas.



# AMENAZA DEL PARTO PRETERMINO

Aquel que tiene lugar a partir de la semana 20 a las 36.6 SDG con un peso  $\geq 500g$  y que res para y manifiesta signos de vida.

## FACTOR DE RIESGO

- Antecedente de parto Pretermino
- EDAD y - La Raza.
- Antecedente de cono celular
- Tabaquismo

## Cuadro clinico:

Contracciones no desaparecen con reposo  
Dolor abdominal pélvico  
Dilatación cervical  $\geq 3cm$   
maniobras Rotos o intactos.

## MEJORE Predictores:

dilatación cervical  $\geq 3$  o mas  
Bonamiento  $80\%$  sonrodo vaginal. Ruptura de membranas.

## Diagnostico

Contracciones uterinas.  
C1/10mm, 4/20m o 6/60mm  
Dilatación  $\geq 2$   
Bonamiento  $\geq 80\%$ .

## Amiocentesis - madurez pulmonar

EV. ultrasonografica de con cervical. y fibronectina.  
Fetal - valor predictivo neonatal.

## TRATAMIENTO

Terapia ecologica.  
B-mimeticos  
Blaq. catales de calcio  
NITRATOS.

## No farmacos.

- REPOSO en Cama



# Placenta previa y Desprendimiento de Placenta Normocirto.

Paciente previo → 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 antecedente de Cesárea  
Presencia cicatriz uterina  
Edad > 35 años  
Período intraquinesico corto.

**Epidemiología**  
→ incidencia 2 a 8 a 4 a 8 por 1000 en embarazo  
Únicos 43.9 por cada 1000 partos múltiples

**Dx - Diferencial**  
- Rotura uterina  
- Desprendimiento de Placenta  
- Amenaza de parto prematuro

**Cuadro clínico**  
- Hemorragia sin dolor  
(2-4-3 = trimestre)  
contracción uterina  
Hemorragia con dolor (Algunas veces)

**Dx →**  
Recomiendo USG Abdominal (principal herramienta Dx)  
Se recomienda de confirmación Dx a partir de los 32 SDG  
Ultrasonido endovaginal confirmación Dx.

→ No realizar tacto vaginal.

**Tx**  
Prevenir y tratar anemia  
administración de un esquema de corticoides para maduración pulmonar en semanas 34-36 SDG  
Administración de hierro para prevenir deficiencia.



INFECCION DE VIAS URINARIAS → Embarazo

Existencia de microorganismo en el tracto urinario con y sin presencia de síntomas.

Diagnostico  
Selección urocultivo  
E. coli ent 12 x 16

Factor de riesgo  
Antecedentes de infección previos  
múltiples parejas sexuales  
elevada población  
uso de espermicidas

Cuadro clínico  
- Disuria  
- Tenesmo  
- Dolor abdominal  
- molestia genital

Parámetros por EAO  
pH: 6.0 mo?  
Densidad: 1.020 omo?  
leucos: 78 leucos/mm<sup>2</sup>  
Bacterias: >100000 UFC/cm

Epidemiología  
el 30% de las mujeres sin embarazo previos con infección previas. un cuarto de info de VIAS urinares

Tratamiento  
Antibióticos por bacterias  
Asintomáticas - 4-7 días.  
uso de amoxicilina 500 mg.

- Micción frecuente y completa.  
- consumo de líquidos >2000 ml.  
- Micción frecuente y completa.



# Ruptura prematura de membranas

Ruptura prematura de membranas: pérdida de la continuidad de m. Amnióticas con salida

## ETIOLOGIA

Modif. fisiológicas de membranas  
Fo Ejercida por lantrocobina

Remoto término  
24 a 32 SMC.

- Reposo absoluto
- BH con OUF
- EGO
- Antibiograma
- USA - obstétrico
- Tocolisis

- Pre término < 37 SMC  
- Término 24 a 32 SMC

**Dx** = 2 proetos

Cristalografía de pep. de uterino

PH vaginal  
4.6 a 6.0

líquido amniótico  
7.0 a 7.3

- **Foc. R.**

Infección L. urinaria  
taboquismo E. natricent  
comp. obstruico  
Emb - múltiple  
Polidromios

Diagnostico Diferencial

- > Ruptura de bolsa amniocorial
- > incontinencia urinaria

# Diabetes Gestacional

Podría ser un estado caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se resuelve por primera vez y que puede resolverse

7% de todos los embarazos 200 ml. cosas anuales

## Factores de riesgo

Edad > 30  
Ant. familia  
Aborto

Pronóstico fetal  
Depende del control de la isquemia durante la gestación

- Pronóstico materno  
- Mortalidad aumentada

Semana 22-24

estrogenos

Hiperquemia

TX

ESTILO DE VIDA

## Dx de DMC

↓  
ADA  
↓

ABAC1 - > 6.5 %

Glucemia en ayuno > 126 mg/dl.

Glucemia en ALA > 200 mg/dl

Glucemia en ayuno > 92 mg/dl

## Farmacología

↓  
Dieto Alimentaria

↓

> 20 SDG.

METFORMINA

- Adiciona insulina si no se alcanza.



Enfermedad Hipertensiva en el embarazo

Hipertensión trastorno médico más común en el emba.

Epidemiologic

año 50000 m. maternas  
900,000 Perinatales

Factor de riesgo

- HTA - EDAD
- DM - IEMC
- AA. Patologicas

HTA - Gestacional

> 20mmHg proteinuria

2 semanas pos parto

TA Normal

HTA - Transitoria

TA - Elevada

Hipertension crónica

Antes < 20mmHg o 6to. S.

Eclampsia

complicacion severa

sintomas neurologicos

Sx HELLP - Hemolisis ELeu - encimas Pancreaticas

HTA Cronica +

Preclampsia Sobrecalcad.

Desarrollo de Preclampsia o Eclampsia en m con Hipertension cronica.

Pre clampsia

- 146/190
- Proteinuria
- 300mg/24h
- Creatinina > 30mg/lmal.
- > 20SDG OS.S. posparto

Dx - Diferencial

Sx anti antifosfolido liquido grueso en embarazo