



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Mapas Conceptuales.

Nombre del alumno: José Alberto
Cifuentes Cardona

Grupo: "B" Grado: Sexto semestre.

Materia: Ginecología y Obstetricia

Nombre del profesor: Dr. Roberto Javier
Ruíz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de abril del 2024

ENFERMEDAD TROFOBlastICA GESTACIONAL. E. T. G.

EPIDEMIOLOGIA.

2-4 embarazos por cada 1000.

Mola invasora:

1.40 embarazos molaes
1. de 1500 embarazos normales.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

En pacientes con sospecha:

- Bh, Grupo y Rh.
- TP y TPT
- P. funcionamiento renal
- PFA
- USH endovaginal
 - Imagen en tormenta de nieve
- Rx Torácico.
 - Imagen en batas de cañon
- Niveles de β -hcg.
 - > 100,000 u/l.
- Estudio histopatológico.

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

Benignas:

- Mola hidatiforme
- Mola completa
- Mola parcial.

Malignas:

- Mola invasora
- Carcinoma
- Tumor en sitio placentario
- N. TG.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

- Hematoma retroplacentario
- Anomalías retroplacentarias
- Degeneración de mione.

FACTORES DE RIESGO

- Mola previa 50%.
- Aborto previo 2.5%.
- Embarazo ectópico
- Embarazo previo
- Mujer > 40 años.

CUADRO CLÍNICO

- Amenorrea
- Hiperemesis gravídica
- Hemorragias
- Preeclampsia precoz.
- Crecimiento uterino > a 30g.

TRATAMIENTO

Quirúrgico
AMEU.
→ CA. Quimioterapia.

PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCIERTA.

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia: 2.8 a 4.8 Partos en embarazos unilos y 3.9 por cada 1000 Partos múltiples.

CUADRO CLÍNICO

- Hemorragia sin dolor en el 2 y 3 trimestre.
- Hemorragia con dolor, "alguna vez"
- Contracciones uterinas.

DX DIFERENCIAL

- Rotura uterina
- Desprendimiento de Placenta.
- Amenaza de parto prematuro

CONCEPTO

PLACENTA PREVIA: Placenta que se inserta en el segmento uterino en el 3^{er} trimestre de gestación y está próxima al orificio cervical interno.

DIAGNOSTICO

- Dx Principal: USG. Abdominal.
- Confirmación a Parto de la 3^{er} sub.
- Confirmación por Dx: USG endovaginal

Nota: NO realizar tacto vaginal.

FACTORES DE RIESGO

- Mujer con antecedentes de cesárea
- Cicatriz uterina
- > 35 años.
- Periodo intergenésico corto.

TRATAMIENTO

- Administración del esquema de corticoides para maduración pulmonar en semanas 24-34.
- Administrar tocolíticos para prolongar gestación.
- Prevenir y tratar la anemia por STU.

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.

EPIDEMIOLOGIA.
> 30% de las mujeres sin embarazos previos con infecciones previas presentan infecciones de vías urinarias.

CUADRO CLINICO

- Disuria.
- Urgencia al orinar de manera repentina.
- Tenesmo.
- Dolor abdominal.
- Mal estar general.

FACTORES DE RIESGO.

- Antecedentes de infecciones previas.
- Frecuencia en relaciones sex.
- Uso de espermicidas.
- Promiscuidad.
- Elevada Ponderal.

CONCEPTO: Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario y sin presencia de síntomas.

TRATAMIENTO

Antibiótico para Bactero sintomático: 4-7 días

- Amoxicilina 500 mg/6hs. 4-7 días.
- Nitrofurantoina 100 mg/6hs 4-7 días.

- Micción frecuente y completa.

- Micción después de la relación sexual.

- Consumo de líquidos. > 2.000 ml.

DIAGNOSTICO

- Urológico
- EGD en 12 y ~~12~~ SOB.

PARAMETROS.

- Ph: 6 a mas
- Densidad: 1.010 o mas
- Leucos: > 8 mm³
- Bacteriuria: > 100000 UFC/ml.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Amenaza de Aborto
- Appendicitis
- Litiasis renal
- Glomerulonefritis.
- Pielonefritis.

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO.

EPIDEMIOLOGIA.
2^a causa de muerte en niños.
6.4% de los RN.

Cuadro Clínico.

- Sangrado hemovaginal
- Contracciones que no desaparecen con reposo
- Dolor abdominopelvico
- Dilatación cervical
- Membranas rotas o hinchadas.
- Borroneo cervical.

CONCEPTO: Es aquel que tiene lugar a partir de la semana 22. 36.6 semanas con un peso \geq 500g. que respira y manifiesta signos de vida.

DIAGNOSTICO

- Presencia de contracciones uterinas con características:
 - 2/10 min
 - 4/20 min
 - 8/60 min
- Dilatación de \leq 3 cm
- Borroneo de \leq 50%.
- Dolor en espalda baja.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

- Trabajo de parto
- IUU
- Ruptura de membranas

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de parto pretermino
- Edad menor y extremos.
- Cono cervical
- Tabaquismo, STU. IUU

TRATAMIENTO

TOCOLITICOS.

Nifedipino 10-50mg.

B. MIMETICOS

Sulfato de Magnesio

B. del receptor de oxitocina

No farmacologico

Reposo estricto.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

FACTORES DE RIESGO.

- o Infecciones del Tracto Uterino
- o Tabaquismo
- o Embarazo múltiple
- o Polihidramnios

DIAGNOSTICO

2 Principales Pruebas.

- o Constatación
- o Prueba de papel de Nitrazina.
⇒ Exactitud 93.1%
- o Historia Clínica
- o Ph vaginal
4.5 - 6.0
- o Ph Amniotico
7.1 - 7.3.

CONCEPTO: Ruptura prematura de membranas es la pérdida de la continuidad de la membrana amniotica con la salida de liquido amniotico.

- o Término > 37 SOG.
- o Pre término < 37 SOG.
- o Pre viable < 23 SOG
Intervención.
- o Cercano a término
33-36 SOG.

DIAGNOSTICO Diferencial.

- Ruptura de bolsa amniotica.
- Incontinencia Uterina.
- Ruptura de Quiste.

ETIOLOGIA:

Modificación fisiologica de la membrana por fuerza ejercida por contracción uterina.

MANEJO:

- o Expectante.
- o Activo
- Inducción con Oxitocina
- MISOPROSTOL

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO.

EPIDEMIOLOGIA:
50.000 CUW al año
900.000 Perinatales

Trastorno médico más común en el embarazo y se complica 1 de cada 10 gestaciones.
→ después de los 20 SGB.

FACTORES DE RIESGO.

- o DM
- o HTA
- o EDAD.
- o Antecedentes

HIPERTENSION GESTACIONAL.
> 20 SGB. - Proteinuria (-)
hipertensión crónica. 140/90 mm

CLASIFICACIÓN.

HTA Crónica + Preeclampsia Sobrecargada
Hipertensión + Preeclampsia

Dx DIFERENCIAL
o Sx antifosfolípido
o Hígado graso en el embarazo.

PRECLAMPSIA
> 140/90 mmHg
Proteinuria > 300 mg
Creatinina > 30 mg.

TRATAMIENTO.

- o Alfametildopa 250-500 mg c/8hs vo
- o Labetalol 100-400 mg vo.
- o Metoprolol 100-200 mg c/12 hrs.
- o Hidralazina 25-50 mg vo c/6 hrs.

ECLAMPSIA
Complicación Severa.
Sx. neurológicos
Sx. HELLP.

CONTRAINDICACIÓN
IECA) → teratogénico

Crisis hipertensiva

- o Labetalol 20-40 mg ① L
- o nifedipino 10 mg ① 2
- o hidralazina 50-10 mg ② L.

DIABETES GESTACIONAL.

EPIDEMIOLOGIA

7% de casi todos los embarazos 200 mil casos anuales.

FACTORES DE RIESGO

- o Ser mexicana.
- o Edad > 30 a.
- o Ant. heredo-familiar.
- o Aborto / Muerte fetal.
- o Ante. de DMG previo

PRONOSTICO FETAL.

- Depende del control de la glucemia durante la gestación.

PRONOSTICO MATERNO.

- Mortalidad Aumentada.

CONCEPTO: Trastorno Metabólico caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos, que se reconoce por primera vez y que puede o no resolverse.

- Primera visita a las < 13 SGG.

- Estado hiperglucémico a partir de la semana 22-24.

DIAGNOSTICO

- o Glucemia en ayuno > 126 mg/dl
- o HbA > 6.5%
- o Glucemia al azar > 200 mg/dl
- o Glucemia en ayuno > 92 mg/dl

COMPLICACIONES.

- o Preeclampsia
- o Parto por cesárea
- o Malformación
- o HPTA.

TRATAMIENTO.

Farmacológico.

- > 20 SGG Metformina.
- Adicionar Insulina si no se alcanza la meta.
- Meta:
 - Ayuno 280 mg/dl
 - Posprandial < 110 mg/dl

NO farmacológico

- Cambios en el estilo de vida.
- Ejercicio físico.