



**Universidad del sureste  
Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Mapas conceptuales**

**Nombre del alumno: Alinne Pérez  
Velasco**

**Grupo: "B"**

**Grado: sexto semestre**

**Materia: Ginecología y obstetricia**

**Nombre del profesor: Roberto Ruiz  
Gordillo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de mayo de 2024

# Enf. trofoblástica gestacional

## Definición

Comprende la formación de células anormales en el útero tras la concepción.

Comprende:

- Mola hidatiforme
- Mola completa
- Mola parcial
- Neoplasia trofoblástica
- Coriocarcinoma
- Tumor del sitio placentario

## Epidemiología

México 2.9 por cada 1000 embarazos.

## Diagnóstico diferencial

- Hematoma retoplocentario
- Anormalidades retroplacentarias
- Degeneración de un mioma

## Factores de riesgo

- Mola previa 50%
- Aborto previo 25%
- EE. previo 0.5%
- Emb. previo de término 20%
- Mujeres de >40 años

## Cuadro clínico

- Hemorragia uterina anormal
- Aumento uterino mayor al esperado por SDG.
- Ausencia de FCF
- Quistes teoluteínicos
- Hiperemesis gravídica
- HTA  $\leq$  20 SDG.
- Niveles  $\geq$  100000 HGC.

## Tratamiento

Evacuación por ATEO  
Histerectomía en bloque  
Metotrexate.

No ATEO

si

Tamaño Fetal

o

Histerectomía.

Grupo RH negativo

Aplicar

Inmunoglobulina anti D.

## Diagnóstico

Definitivo

Histopatológico

Complementarias

• USG endocavitario (tormenta de nieve).

• Fracción  $\beta$ -HGC  $>$  100 mil

• BH • Grupo y RH

• Tiempos de coagulación

• Perfil hepático y renal.

• TAC

• Tele de tórax.

# Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normal inserta

## Definición

Placenta que se inserta en el segmento uterino en 3er trimestre de la gestación.

Se encuentra.

Cubriendo o se aproxima el orificio cervical uterino

## Cuadro Clínico.

- Sangrado transvaginal. oscuro
- Sin presencia de dolor.
- Alt. súbitas del registro cardiotocográfico.

## Epidemiología

Sin cesárea previa 0.26%.  
Con cesárea previa 0.65%.  
2 cesáreas previas 1.8%.  
3 cesáreas previas 3.0%.  
4 o más 10%.

## Diagnóstico.

- Borde placentario a < de 20 mm del OC.
- Sospecha clínica de anomalías de inserción.
- USG.
- Especuloscopia.

## Factores de riesgo.

- Cesárea previa
- Ant. de placenta previa.
- Fact. de riesgo para anomalías de la inserción placentaria.

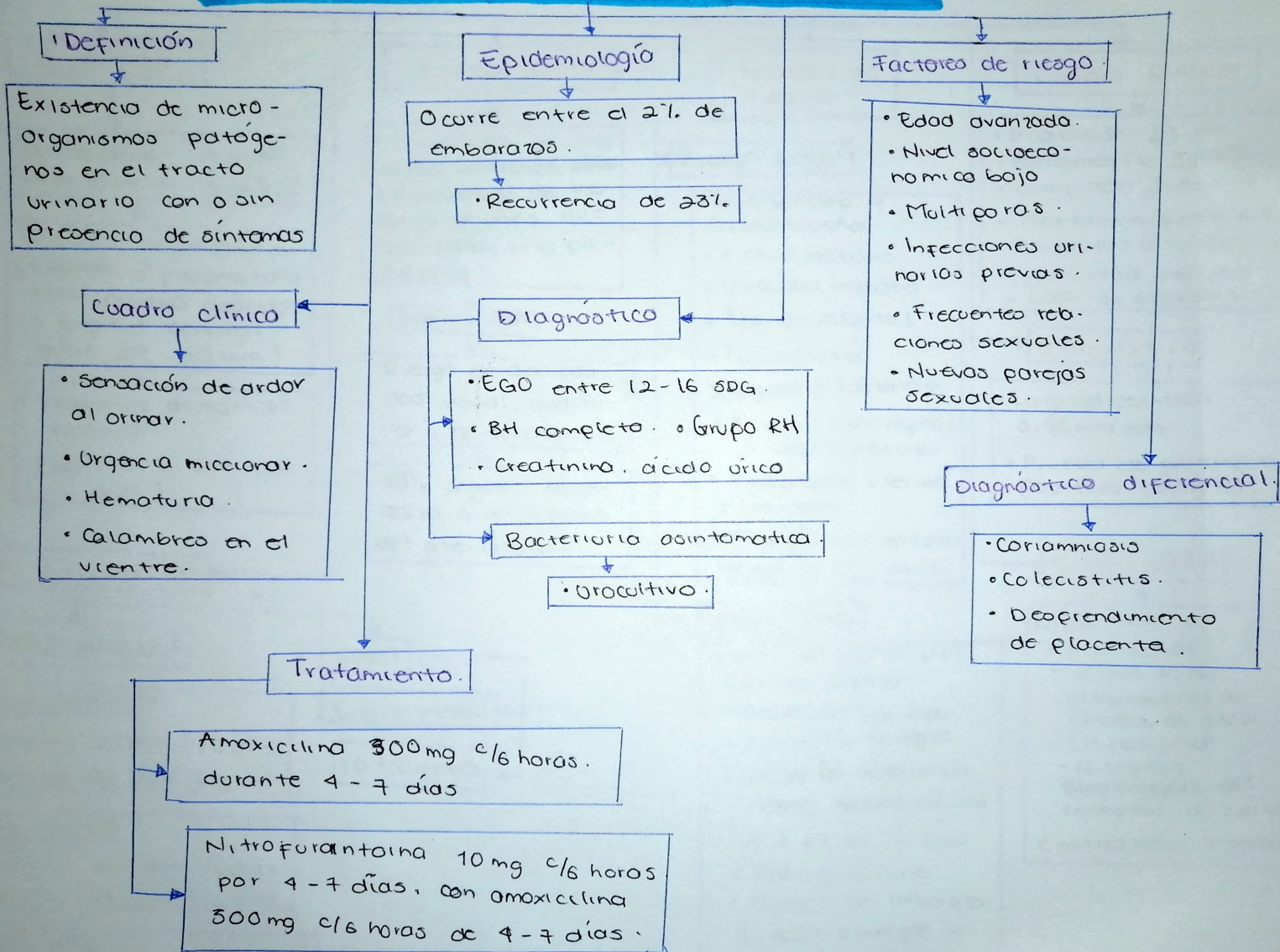
## Diagnóstico diferencial.

- Rotura uterina
- Hemorragia.

## Tratamiento.

- Corticosteroides para maduración pulmonal. SDG 36 - 37
- Programar nacimiento entre 36 - 37 SDG.

# Infección de vías urinarias



# Amenaza de parto prematuro

## Definición

Contracciones uterinas  
( $>4$  en 20 min o  $>8$  en 1h)

Cambios cervicales  
( $<20$  mm o fibronectina fetal positivo asociado a longitud cervical entre 29 - 20 mm)

Membranas amnióticas íntegras.  
(20.1 a 36 sem. con 6 días).

## Clasificación

### Edad gestacional

#### Muy temprano

Nacim. 20 sem c/0 días  
hasta 23 sem c/6 días

#### Temprano

Nacim. 24 sem c/0 días  
hasta 33 sem c/6 días

#### Tardío

Nacim. 34 sem c/0 días  
hasta 36 sem c/6 días

## Epidemiología

1.1 millones de neonatos nacieron como consecuencia de las complicaciones que acompañan a la prematuridad.

### Sobreviven

Riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje

40% ceguera secundaria a retinopatía del prematuro.

## Factores de riesgo.

### Riesgo bajo:

- Raza africana y Afrocaribeña
- $<$  peso materno
- Obesidad materna
- Enf. periodontal
- Tabaquismo
- Vaginosis bacteriana.
- Sangrado transvaginal en 2do trimestre.
- Miomatosis uterina submucosa.
- Periodo intergenésico menor a 18 meses.

### Riesgo alto:

- Ant. de parto pretérmino previo.
- Gestación gemelar.
- Gestación múltiple.
- Defectos nuerológicos.
- Antec. decono cervical
- $+2$  fx de rx bajo
- Polihidramnios.
- Mujeres con embarazo gemelar o múltiple y cérvix corto.

## Cuadro clínico.

- Dilatación  $\geq 3$  cm
- Borramiento  $\geq 80\%$ .
- Sangrado uterino
- Membranas fetales s. (íntegras o rotas).
- Actividad uterina.
- Dolor de espalda bajo

### Diagnóstico

- Longitud cervical 0.96 mm/sem
- Prueba de fibronectina positiva (50ng/dL).

### Tratamiento

#### Tocolítico

- $\beta$ -mimético
- sulfato de Mg.
- Bloqueadores de canales de calcio (Nifedipino)
- Nitratos.
- Bloqueadores del receptor de cortisol antenatal

# Ruptura prematura de membrana

## Definición

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

## 2 categorías.

RPM a término:

Después de las 37 SDG.

RPM pretérmino:

Antes de las 37 SDG

Previa ( $\leq 23$  sem)

Remota del término  
(24 a 32 sem)

Cercano al término  
(33 a 36 sem).

## Factores de riesgo.

- Raza negra
- Tabaquismo durante el embarazo
- Nivel socioeconómico bajo
- Sangrado obstétrico
- Deficiencias nutricionales o IMC bajo
- Cirugías cervicales previas.
- Enf. sistémicas
- Sobredilatación uterina.
- Antec. RPM.
- Enf. de la colágena.

## Más significativos

- Emb. previo complicado con RPM o
- Parto pretérmino previo.

## Cuadro Clínico

Visualización de la salida de líquido amniótico

Maniobra de Valsalva y Tarnier.

## Diagnóstico.

Clínica

Cristalografía

Prueba con papel de nitrazina.

Fibronectina fetal 99%

> 98.1%

## Tratamiento

### Corticosteroides.

Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 dosis.

Dexametasona 6 mg IM c/12 horas por 4 dosis.

# Enf. hipertensivas del embarazo

## Clasificación

### Hipertensión gestacional

Después de la sem. 20  
Proteinuria (-)

### Hipertensión crónica

TA  $\geq 140 \times 90$  mmHg  
Antes del embarazo  
< 20 ~~sem.~~, sem. 6ta  
postparto, proteinuria  
o no.

### Factores de riesgo

- Edad materna
- Paridad
- B2a
- IMC
- DM
- Historia familiar de pre-eclampsia.
- Comorbilidad
- HTA crónica
- IR crónica
- T. inmunológicos.

### Preeclampsia

TA  $\geq 140/90$  mmHg  
Proteinuria  $> 300$  mg/24h  
Creatinina sérica  $> 30$  mg/  
mmol, gcat.  $> 20$  ug.  
o 2 sem postparto.

### Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada.

Desarrollo de preeclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

### Tratamiento farmacológico.

Considerando la TA persistente  $> 90$  mmHg.

- Metildopa
- Bloqueadores de canales de  $Ca^{2+}$
- Hidralazina  $> 200$  mg/día.
- Labetalol

### Preeclampsia con datos de severidad.

TA  $\geq 160 \times 110$  mmHg

- Cefalea
- Visión borrosa
- Parestosias
- Dolor en flanco derecho
- Vómito
- Papiledema
- Clonus  $\geq 3+$
- Hipersensibilidad hepática.
- SX de HELLP
- Trombocitopenia.  $< 150000$  mm
- $\uparrow$  LDL
- $\uparrow$  ALT o AST.

### Eclampsia

Complicación de la pre-eclampsia severa, acompañado de sint. neurológicos.

- Convulsiones.
- Hiperreflexia
- Cefalea.
- Alt. visuales.
- EVC
- Edema pulmonar.
- Abruption placentae

### Diagnóstico

- EGO  $\rightarrow$  Proteinuria.
- Monitorización de TA.

### Tratamiento no farmacológico

- Ejercicio durante el embarazo, identifica la preeclampsia, hipertensión gestacional y la hipertensión crónica mal controlada como contraindicaciones.

# Diabetes gestacional

## Definición

Caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste.

## Tratamiento

Metformina: 500-850mg.

### Contraindicaciones:

Deterioro de la función renal, hepática.  
Afecciones o cirugías que pudieran causar hipoxia.

## Insulina.

Control de hiperglucemia postprandial.

Feto de asociación a menor riesgo de ictericia

Rápido 30-60 min

NPH 60-120 min.

## Factores de riesgo:

**Riesgo bajo:**

- Sin diabetes conocida en familiares de 1er grado.
- Edad < 25 años
- IMC normal
- Peso normal al nacer
- Sin antec. de alt. en el metab. de glucosa.

**Riesgo intermedio:** Mujeres que no cumplen criterios de bajo ni alto riesgo.

**Riesgo alto:**

- Obesidad severa
- Dx previo de ox. de ovario poliquísticos.
- Ant. de prod. macrocómicas (> 4 kg al nacer).
- Glucosuria.
- Dx de intolerancia a la glucosa.

## Vigilancia

### Materna

- Evaluación de función renal basal.
- Determinación de TSH
- Electrocardiograma
- Examen oftalmológico

### Fetal.

- USG seriados
- Velocimetría Doppler de la arteria umbilical.

> 4000 g

Cesárea.

## Diagnósticos.

### CTGO

Carga de 75gr. en mujeres previamente diagnosticadas de DMG.

Realizar en la mañana con ayuno de 8 h.

Glucosa plasmática en ayuno  $\geq 92$  mg/dl

Glucosa plasmática 1h pos carga  $\geq 180$  mg/dl

Glucosa plasmática 2h pos carga  $\geq 153$  mg/dl.

Hb1AC  $> 6.5\%$

Se establece en embarazadas antes de la sem 18.

## Objetivos de la terapia nutricional

Lograr ganancia de peso adecuada

Mantener control glucémico

Evitar la cetonuria y episodios de hipoglucemia.