

**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

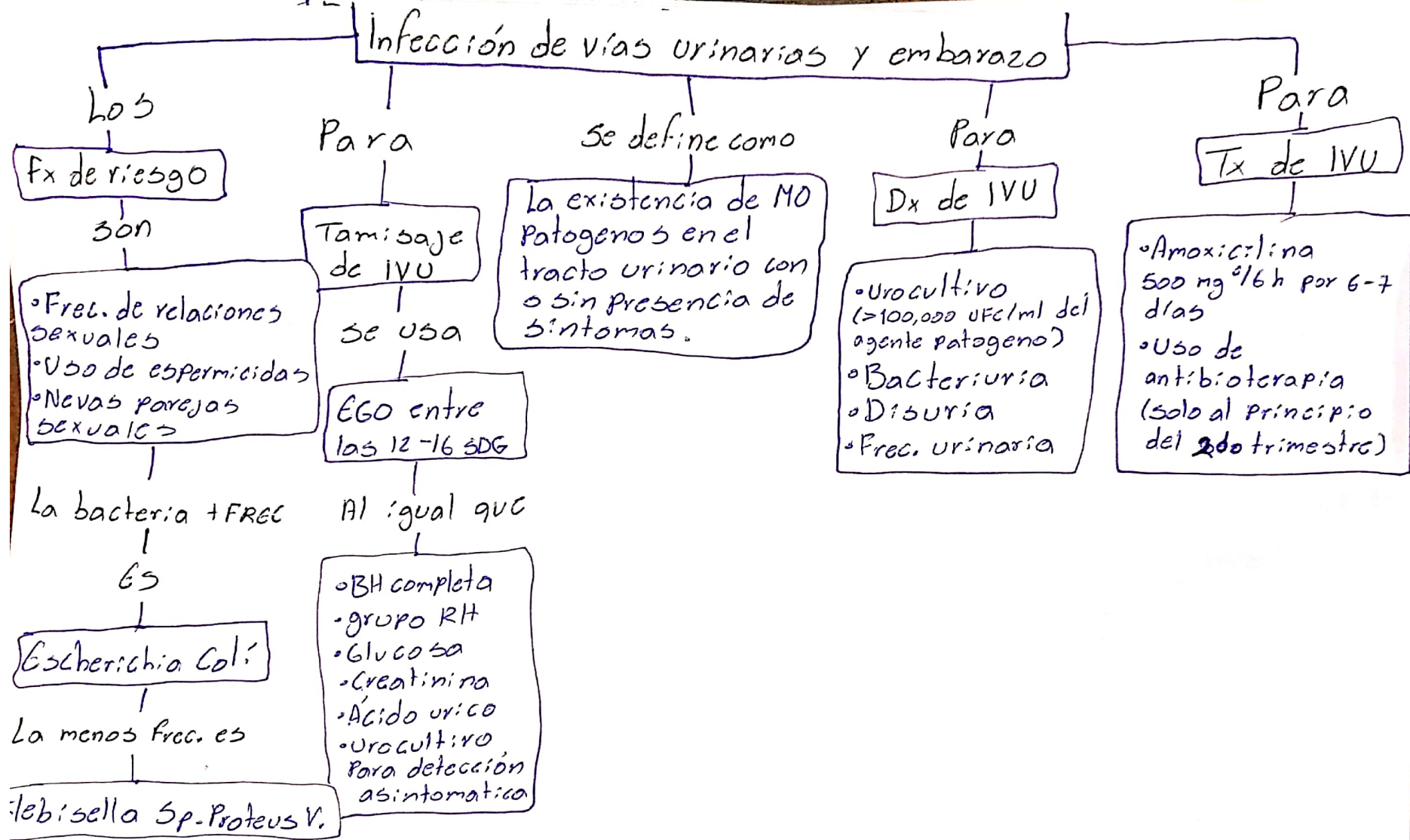
Tema: Resúmenes

Alumno: Iván Alonso López López

Grado: Sexto semestre

Grupo "B"

Materia: Ginecología y Obstetricia



Amenaza de parto pretermino

Edad gestacional

- P.P muy temp.
20-23.6 SDG
- P.P Temprano
24-33.6 SDG
- P.P Tardio
34.-36.6 SDG

Causas

- Espontaneo
- Iatrogenico

Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas (>4 en 20 min) y cambios cervicales (<20 mm) con membranas integras entre 20.1-36.6 SDG

Tratamiento

- Tocoliticos
- Sulfato de magnesio por 24 h
- Atosiban y nifedipino
- Terapia antenatal de corticoesteroides <38 SDG

Cuadro clinico

- Sangrado vaginal
- Contracciones leves
- Dolor abdominal
- Sensación de presión en la vagina
- Ruptura de membranas

Factores de Riesgo

- Hábitos maternos
- Antecedentes de Parto Pretermino
- Obesidad
- Tabaquismo
- Edad
- Embarazo gemelar

Diagnostico

- Contracciones 2 en 10 min. o 4 en 20 min, 8 en 60 min
- Dilatación cervical ≥ 3 cm y borramiento $\leq 80\%$
- Medición de longitud cervical ≥ 30 mm
- Con o sin membranas integras

Diabetes Gestacional

El
Cuadro clínico

Es

- Nefropatía
- Preclampsia
- Disfunción renal
- Hipertensión
- Proteinuria

Para
El diagnóstico

se usa

- Glucosa plasmática en ayuno o antes de las 13 SDG
- CTGO con carga de 75 gr (Alto riesgo)

Es
El padecimiento caracterizado por la intolerancia a Carbohidratos

SO

Epidemiología

Es

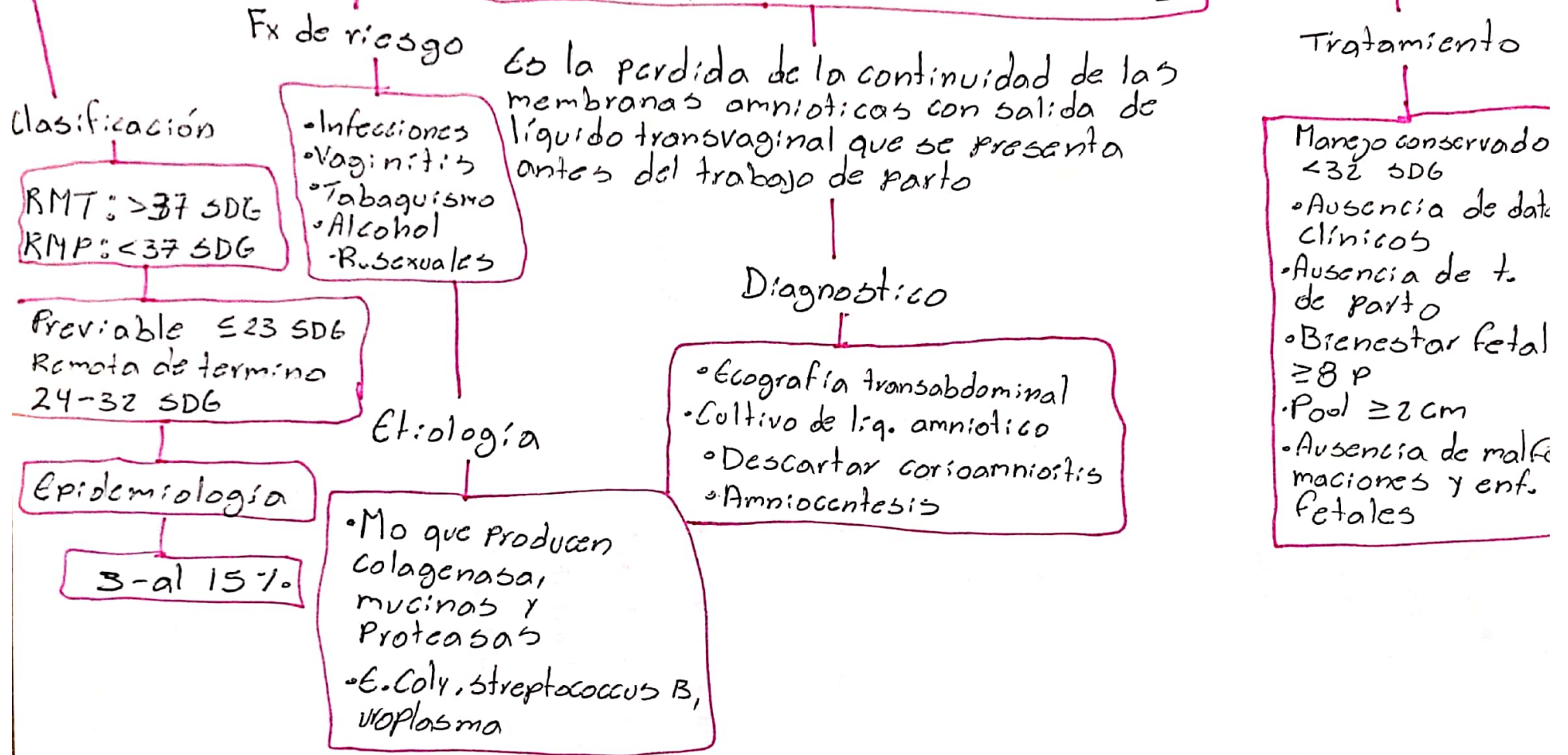
3-19.3% de los casos

Para el
Tratamiento

se usa

- Mejorar la alimentación
- Manejo de la glucemia
- Act. física
- Glucemia
 - ≤ 80 mg/dL en ayuno
 - ≤ 110 mg/dL 2h postprandial
- Metformina > 20 SDG (De elección)
- Insulina

Ruptura prematura de membranas



Estado hipertensivo en el embarazo

Diagnostico

- Signos vitales durante el primer trimestre
- Medición de proteinuria
- Med. creatinina
- Med. hemoglobina, hematocrito, recuento de plaquetas, DLH, ácido urico

Trastorno medico más común en las embarazadas y complicación de cada 10 gestaciones

Fx de riesgo

- Edad
- Genética
- IMC
- Diabetes
- HTA crónica

Clasificación del estado hip.

Hipertensión gestacional

- Después de la sem. 20

Eclampsia

Hta + hiperreflexia, cefalea y alteraciones visuales

Pre-clamsia

- $>140/90$ mmHg
- Proteinuria 300 mg/24h
- Creatinina >30 mol

Hipertensión crónica

$>140/90$ antes del embarazo

Pre-clamsia con datos de severidad

- $160/110$ + compromiso de organo blanco

Hipertensión crónica + Pre-clamsia agregada

- Desarrollo de pre-clamsia eclampsia con una mujer con Hta crónica existente

Tratamiento

- Iniciar Tx farmacológico cuando la diastólica sea >90 mmHg
- Metildopa
- Hidralazina

Enf. trofoblástica gestacional

Diagnostico

sospechar en

- Hemorragia uterina anormal.
- Crecimiento uterino > a la edad gest.
- Ausencia de FC fetal.
- Hipermenstruación.
- HT gestacional en las primeras 20 SDG
- Aumento de HGC

utilizar también

Estudios complementarios

Como

- Niveles de B-HGC
- USG endocavitario
- Histopatológico de tejidos obtenidos del útero
- BH
- TP y TTP
- Pruebas de fun. renal y hepática
- Grupo y RH
- Tele de tórax

Grupo de enfermedades raras en la que se forman células anormales en el interior del útero después de la concepción

Fact. de riesgo

- Etnia
- Edad
- Extremos de la vida <16 y >40

Mola completa

- 46 cromosomas
- Ausencia de tej. embrionario o fetal
- Degeneración de vellosidades ciliales
- Hiperplasia trofoblástica

Mola Parcial

- 69 cromosomas
- Presencia de tej. embrionario
- Hiperplasia trofoblástica focal
- Edema y cavitación

Tratamiento

Mediante

- AME0 → De elección
- LUI → Alternativa
- Quimioterapia profiláctica pos evacuación de MH
- Actinomicina D 1.25 mg/m² dosis única
- Culminar el embarazo
- AMEU
- LUI

Post quirurgico

- 1er mes - semanal
- 6 meses - mensual
- >6 meses - bimensual
- Hasta completar el año

Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta

Las Pruebas

Para el Dx

son

- USG abdominal de tam: bajo
- USG endovaginal
- Confirmación Dx a partir de 32 SDG
- Resonancia magnetica
- Cistoscopia

Los

Fx de riesgo

son

- Tx de infertilidad
- Cesarea previa
- Edad materna avanzada
- Tabaquismo

Se define como

Complicación que se produce cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la madre

Las

Manifestaciones clínicas

son

- Sangrado vaginal sin dolor
- Cambios de la FC fetal
- Hemorragia transvaginal
- Ancretismo

su

Epidemiología

Es de

La incidencia a aumentado los últimos años y se estima que actualmente es de 1/200 gestas

El tratamiento

se

basa en

- Esquema de corticoesteroides para maduración Pulm. entre 24-34 SDG
- Utero inhibición por 48 hrs con corticoesteroides
- Programación del nacimiento entre 36-37 SDG
- Cesarea