



Alumna: Lourdes del Carmen Arcos Calvo

Trabajo: mapas mentales

Parcial: segundo parcial

Materia: ginecología y obstetricia

Catedrático: Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura: Medicina humana

Grado: 6to semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas, 02 de mayo de 2024

Mapa mental

Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) GPC

Comprende a la mola hidatiforme (MH), mola completa (MC) y mola parcial (MP), las cuales se consideran enfermedades benignas.

La neoplasia trofoblástica gestacional incluye a la mola invasora (MI), coriocarcinoma y tumor del sitio placentario (TSP), son patologías malignas.

Epidemiología
La incidencia en México es de 2.4 por cada 1000 embarazos.

Epidemiología
La mola invasora 1 de cada 40 embarazos molares.

Epidemiología
1 de cada 150.000 embarazos normales.

Tipos

Mola completa
Ausencia de tejido embrionario o fetal.

Mola invasora
lesión invasora, rara vez hace metástasis.

Mola parcial
presencia de tejido embrionario o fetal.

Coriocarcinoma
Tumor maligno del epitelio trofoblástico.

Signos y síntomas
- Hemorragia uterina
- ↑ de hormona (HCG)
- Ausencia de de fet.
- Hipertensión G.

Diagnostico
- USG
- Niveles de HCG
- ultrasonido obstetrico
- Biometria hematica

Tratamientos (-x)
px con MTG ↓ la 1ª línea es quimioterapia poliquimioterapia 800 puntos (OMS).

Lourdes del Carmen Arcos Caivo.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de Placenta normal central GPC

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

Epidemiología

Es de 2.8 a 4.8 por cada 1000 partos en embarazos únicos.

Epidemiología

3.9 por cada 1000 partos en embarazos múltiples.

Diagnostico

- paciente con sangrado transvaginal escaso
- Hemodinámicamente estable.
- Ecografía
- Indoloro.
- ultrasonido embuaginal.
- No tacto.

Tratamiento

- Ingreso al px
- Nifedipino, sulfato de magnesio
- Tocolisis px estable.

Desprendimiento de placenta.

Clinica

- Dolor
- Sangrado oscuro / coagulos
- Hipertonía uterina
- Sofrimiento fetal.
- polistonía

Manejo

Quirurgico

ultrasonido

- signo de mechusa

Lourdes del Carmen Arcos Calvo.

Infección del tracto urinario durante el embarazo GPC

Existencias de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Clasificación: Son clasificadas de diversas formas: Alta o baja, aguda o crónica, complicada no complicada, sintomática o asintomática.

En mujeres embarazadas: las más comunes son las del tracto primario bajo.

Bacteriuria asintomática

Colonización de la orina a nivel de la uretra, ausencia total de síntomas urinarios.

Cistitis aguda

Infección bacteriana de la vejiga, es causada por gérmenes que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.

Cistocistitis aguda

Infección del tracto urinario, se caracteriza por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

Epidemiología

Más del 30% de las mujeres presentarán infecciones.

Factor de riesgo

- Dilatación del sistema colector.
- Disminución del peristaltismo.

Diagnóstico

- EGO 12-16 SDA
- BH completa
- EGO seguimiento 18-20 32-34 SDA.
- Glucosa, creatinina.
- Urocultivo.

Tratamiento

Antibióticos de 4-7 días
12-16 semanas (antibiótico)
Antibiograma

Lucrdes del Carmen Arcos Calvo

Amnenaza del parto pretermino o prematuro GPC

El parto pretermino se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas > 4 en 20 min, o > 8 en una hora

Cambios cervicales < 20 mm ó fibrónectina fetal positiva asociada a longitud cervical entre 29 a 20 mm.

Clasificación de parto pretermino

P. pretermino muy temprano

Nacimiento entre las 20 semanas con 0 días hasta las 23 semanas con 6 días.

Causa, clasificación

- Parto pretermino espontaneo
- parto pretermino iatrogeno

P. pretermino temprano

Nacimiento entre las 24 semanas con 0 días hasta las 33 semanas con 6 días.

Diagnostico

- Estimación de la longitud cervical por ultrasonido.

P. pretermino tardío

Nacimiento entre las 34 semanas con 0 días hasta 36 semanas con 6 días.

Tratamiento

- Reposo
- Control obstetrico
- No tratamiento tocolitico (justificado).

Ruptura prematura de membranas GPC

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: aquella que ocurre después de 37 semanas de gestación

Factores de riesgo:

- Infecciones del tracto reproductivo
- Abuso de sustancias
- Tabaquismo
- Relaciones sexuales
- Embarazo múltiple

Diagnóstico

- Clínica
- Especulopatía
- prueba de nitrazina
- cristalografía 93.1%

Ruptura de membranas pre término: la que se presenta antes de la 37 semanas de gestación.

Que a su vez clasifica:

- pre viable: ≤ 23 semanas
- Borota de término: 24-32 SDG
- Cercam al término: 33-36 SDG

Tratamiento farmacológico

- Antibióticoterapia

Tratamiento No farmacológico

- Manejo conservador, siempre que no haya infección
- Vigilancia

Diabetes en el embarazo (gestacional). GPC

La diabetes mellitus gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad.

Se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de esto.

Factores de riesgo

- Edad > 30 años
- IMC mayor a 30
- Abortos
- Historia previa DMG

Diagnósticos

- Glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes 1350g.
- Realizar tamiz, o CTGO entre la semana 24 y 28.

Tratamiento farmacológico

- Metformina, en el primer trimestre
- glibenclamida, como terapia alternativa.
- (control y manejo)

Tratamiento no farmacológico

- Se recomienda actividad física 30 min máx.
- Dieta controlada.

Tratamiento de elección

- Insulina, por ser más seguras

Consideraciones para Tx insulina

- Variaciones de peso
- Grado de hiperglucemia
- caract. étnicas

Loordes del Carmen Arcos (alvo).

Enfermedades hipertensivas del embarazo. GPC

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones.

Hipertensión gestacional

- Hipertensión que se presenta después de la semana 20^{da}

Características

- proteinuria negativa.
- En el posparto (2s) cifras tensionales normales (H. transitoria) cifras ↑ (H. crónica).

Eclampsia

Complicación de la pre-eclampsia, severa

Características

- acompañada de síntomas neuronales: convulsiones, hiperreflexia, cefalea alteraciones visuales

Pre-eclampsia

- Presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90 mmHg

Características

- Proteinuria mayor a 300 mg/24.
- Creatinina sérica elevada (>30 mg/lmol) en gestante con 20 o 2 semanas posparto

Hipertensión crónica

- Presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140 x 90 mmHg antes de la 20^{da} o 6^{ta} de posparto

Características

- No proteinuria.

Pre-eclampsia con estados de severidad

- Cifras tensionales mayor o igual 160 x 110 mmHg y síntomas de compromiso de órganos blancos

Características

- cefalea - fosfofos
- vómito - ex Hellp
- pap. edema. - clonus t= 3+