



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN



Mapas conceptuales

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 6°

Grupo: "A"

**Nombre del Alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

Nombre del docente: Dr. Roberto Ruíz

Comitán de Domínguez Chiapas a 02 de mayo de 2024.

ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL

Definiciones

Mola Completa:
Presencia de placenta y ausencia de tejido embrionario o fetal

Mola Parcial:
Placenta y presencia de tejido embrionario o fetal

Mola Invasora
Tumoración del lecho placentario es localizada

Coriocarcinoma:
Tumor maligno del trofoblasto

Clinica

• Crecimiento uterino mayor al esperado por la edad gestacional.

• Niveles elevados de β hCG.

• Hiperemesis gravídica

• Hemorragia uterina anormal.

• Hipertensión gestacional en las 20 SOB.

Factores de Riesgo

• Edad 40-50 años y <16 años.

• Embarazo molar previo.

• Aborto previo.

Lugares metastásicos

- Pulmón
- Hígado
- Riñones
- Vagina

Diagnóstico

• β hCG >100,000 uI (cuantificación en proporción a la placentar)

Definitivo:
> Histopatología.

De elección:
> Ecografía endocavitaria

Tratamiento

Inicial:
• Aspiración Manual Endo-uterina (AMEU).

Después de AMEU:
• Anticonceptivos orales

Manejo Oncológico:
• Actinomicina
• Metotrexato
• Etoposido.

PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Definición:
Implantación anómala de la placenta en el segmento uterino inferior.

Clinica:

- > Hemorragia
- > Útero blando
- > Contracciones palpables
- > Presentación pélvica

Manejo Expectante

- Reposo absoluto
- Control de Hemorragia
- Monitorización de FC

Definición
Separación parcial o total de una placenta no previa de la decida uterina, antes de la expulsión fetal.

Clinica

- Dolor abdominal
- Hemorragia genital
- Irritabilidad uterina (contracciones, hipertónica)
- Bradicardia fetal
- Hipotensión materna.

Clasificación:

- Inserción baja o lateral.
- Marginal
- Parcial
- Total o central

Diagnóstico

- > Clínica
- > Identificación de tejido placentario próximo o cubriendo el OIC en USG.

Factores de riesgo:

- Edad materna > 35 años
- Multiparidad
- Tabaquismo y toxicomanía
- Enf. hipertensiva embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Antecedentes de desprendimiento de placenta en embarazo anterior.

Grados:

- Separación parcial
- Separación marginal
- Separación completa con hemorragia en su mayoría
- Separación completa con hemorragia profusa

Diagnóstico

- Laboratorio
- USG (signos de un coágulo placentario, placenta + grises).

Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Multiparidad
- Cesárea previa
- P.P. anterior
- Endometritis
- Abortos o repetición

Manejo Hemorragia

- Hospitalización
- Control diuresis
- Valorar estado hemodinámico.
- Valorar estado del feto.

Tratamiento

Cesárea urgente si presenta infiltración uterina, valorar y aplicar antibióticos.

Valorar Histerectomía.

INFECCION DE VIAS URINARIAS Y EMBARAZO

Definiciones

Infección del tracto urinario:
Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Infección del tracto urinario bajo colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga con signos y síntomas.

Bacteriuria
Presencia de bacterias en orina.

Cistitis aguda
Infección bacteriana de vejiga.

Epidemiología

Ocurre en el 2% de los embarazos con tasa de recurrencia del 23%.

Factores de riesgo

> Hidronefrosis fisiológica durante la gestación.

> Uretra corta

> Cambios vesicales

> Estasis urinaria

> Relajación del músculo liso inducido por progesterona.

Agente patógeno

70-80% de las bacteriurias e infecciones en embarazadas es causada por E. Coli.

Clinica

> Urgencia urinaria

> Disuria

> Polaquiuria

> Turbidez

> Olor fétido

Diagnóstico

> Clínico
> Urocultivo (Dx de bacteriuria asintomática).

Tratamiento

Bacteriuria asintomática y cistitis
- Amoxicilina 500 mg c/8 hrs
4-7 días.
- Nitrofurantoina 100 mg c/6 hrs
4-7 días.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

DÍA	MES	AÑO

Definición

Presencia de contracciones uterinas > 4 en 20 minutos ó > 8 en 1 hora.
Cambios cervicales < 20 mm. ó fibroelastina +.

Clasificación

Parto pretérmino muy temprano: Nacimiento entre 20 - 23 SDG c/ 6 días.
P.P. temprano: 24-33 SDG c/ 6 días.
P.P. tardío: 34-36 SDG c/ 6 días

Factores de Riesgo

Riesgo bajo:
> Raza africana
> Sexo bajo materno
> Obesidad materna
> Enf. periodontal
> Tabaquismo
> Sangrado transvaginal en el 2do trimestre.
> Periodo interquímico < 18 meses.

Riesgo Alto:

> Antecedente de P.P.
> 3 pérdidas o pp < 34s.
> Gestación gemelar
> Polihidramnios
> Embarazo único y LC < 25 entre 20-24 SDG.

Diagnóstico

> Contracciones uterinas con frecuencia de 2 en 10 min. o 4 en 20 min. y 8 en 60 min.
> Dilatación cervical ≤ 3 cm
> Borramiento $\leq 50\%$ ó cambios cervicales.

Clinica:

- Contracciones suaves e irregulares
- Dolor de espalda baja
- Sensación de presión en vagina
- Secreción vaginal clara, rosada o ligeramente con sangre.

Tratamiento

Presenta LC < 15 mm
Hospitalización
Terapia tocolítica
Embarazo 28-35 SDG iniciar corticosteroides.
Indice Gruber > 5
24-31 SDG
Dilatación 4-8 cm
Corticosteroides
Esquema de neuroprotección fetal.
Antibióticoterapia

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definición

Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con líquido amniótico transvaginal.

Clasificación

Ruptura de membranas a término
Después de las 37 SGG

Ruptura de membranas pre-término
Antes de las 37 SGG

Factores de Riesgo

- > Infecciones de tracto reproductivo
- > Tabaquismo
- > Estado nutricional
- > Relaciones sexuales
- > Embarazo múltiple
- > Polihidramnios
- > Presión barométrica.

Diagnóstico

> Clínico

> Espectroscopia con visualización de líquido amniótico.

> Prueba de Nitrazina y cristalográfica

Tratamiento Farmacológico

> Penicilina 5 millones UI en bolo I.V. seguido de 2.5 millones UI c/ 4 hrs.

> Ampicilina 2 gr bolo I.V., seguido de 1 gr c/ 4 hrs.

> Eritromicina 500 mg I.V. c/ 6 hrs.

> Clindamicina 900 mg I.V. c/ 8 hrs

> Cefazolina 2 gr bolo I.V. c/ 8 hrs, seguido 1 gr. c/ 8 hrs.

Terapia combinada

> Ampicilina 2 gr I.V + Eritromicina 250 mg c/ 6 hrs x 48 hrs seguido de amoxicilina 250 mg + Eritromicina 250 v.o. c/ 8 hrs x 5 días.

ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Clasificación

< 20 SDG
Hipertensión crónica
Es una condición preexistente.

> 20 SDG
Hipertensión Gestacional
Condición consiguiente a preeclampsia.
Se encuentra un ↑ de la TA sin proteinuria.

Tratamos Hipertensivos que pueden ocurrir durante el embarazo y el parto.

Tratamiento

> Nifedipino 30-90 mg/día
c/ 24-8 hrs.

> Metildopa 25-21 gr/día
c/ 8 hrs.

> Hidralazina 10 mg/día c/
6-12 hrs.

Tratamiento Enfocado con Sulfato de magnesio

Preeclampsia

Aumento de la TA
Proteinuria.

Eclampsia

Aumento de TA
Crisis convulsivas
Preeclampsia.

Síndrome de Hane

Aumento de TA
Disminución plaquetaria
Hemólisis

Clinica

> TA ≥ 130/90

> Cefalea

> Edema

> Dolor abdominal

> Acúfenos

> Fosfofenos

DIABETES GESTACIONAL

Definición

Condición por primera vez en el embarazo que se caracteriza por intolerancia a los carbohidratos.

Riesgo fetal

> Aborto

> Muerte fetal

> Malformaciones congénitas

Complicación fetal y neonatal

- Hipoglucemia neonatal

- Macrosomía

- Distrofia de hombros

- Hiperbilirrubinemia

Diagnóstico

• Glucosa plasmática en ayuno ≥ 92 mg/dl.

• Glucosa plasmática 1 hora postcarga ≥ 180 mg/dl.

• Glucosa plasmática postcarga de 2 hrs. ≥ 153 mg/dl.

Terapéutica

• Glucosa en ayuno < 95 mg/dl.

• Glucosa postcarga 1 hora ≤ 70 mg/dl.

• Glucosa postcarga 2 hrs. ≤ 120 mg/dl.

• HbA1c $\leq 6\%$
Glucosa noche 60 mg/dl.

Tratamiento

> Insulina
• NPH
• Rápida

> Metformina $> 2550g$

DIA ME AÑO