



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.

• Hipertensión 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 Endouterina (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 + grusa).

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 fibroelástica +.

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.

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

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.

Índice 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 hs

> 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