



Mapas conceptuales

Andrea Díaz Santiago

Mapas conceptuales reforzamiento

2° parcial

Ginecología y Obstetricia

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Medicina humana

6°C

Comitán de Domínguez, a 2 de Mayo de 2024.

Enfermedad trofoblástica gestacional.

Qué es

Es un grupo de enfermedades en las cuales se forman células anormales sobre el interior del útero después de la concepción.

Clasificación

Benignas

Mola hidatidiforme

Se desarrolla en útero causa de un embarazo no viable.

Mola Parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal.

Mola Completa:

Existe ausencia de tejido embrionario o fetal.

Malignas:

TSP

Tumor demasiado raro

Mola Invasora:

Es una lesión local invasora al miométrio.

Coriocarcinoma

Del epitelio trofoblástico

Factores de riesgo

Aborto previo
E. ectópico previo
+ Mola previa
> 40-50 años.

Suspecto Común:

NTG: Ausencia de FC fetal

Has gestacional

Hiperémesis gravídica.

Epidemiología:

2.4x / 1000 Embarazos.

Diagnóstico:

Bh completa
Histológico
Fracción β de HCG
Tx de tórax
USG
PFH.
T. de coagulación

Tratamiento:

Tx quirúrgico.
AMEU
Histerectomía

PLACENTA PREVIA:

¿Qué es?

Es la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, recubrimiento sobre el cérvix.

Clasificación

Oclusiva total:

Es el orificio cervical interno totalmente cubierto por la placenta.

Marginal:

La placenta llega justamente al orificio cervical interno.

Oclusivo parcial:

Es el orificio central parcialmente cubierto por la placenta.

Lateral:

Inserción baja al orificio central interno.

Fx de riesgo:

- Embarazo múltiple.
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Cicatriz uterina anterior

Epidemiología

1/200 partos (raro).

Diagnóstico:

- Ecografía Transvaginal.
- Transabdominal

Tratamiento:

Tocolisis

Nifedipino

20 mg po q

10 mg VO c/8h.

Sulfato de magnesio 1gr en 250ml

• Cesárea

• Exista maduración pulmonar.

Complicaciones:

Hemorragia Obstétrica.

Cuadro clínico:

- Dolor
- Sangrado brillante
- Alteración de FCF.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO:

¿Qué es?

Es aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y 36.6 SDG o con un peso igual o mayor de 500mg o con signos de vida.

Fx de riesgo:

- Edad gestacional
- Antecedentes de parto pretérmino
- Infecciones de vías urinarias.
- Evaluación ultrasonográfica.
 - Amniocentesis
 - Medición de la longitud cervical.

Diagnóstico:

- Contracciones uterinas
 - 1/10 min
 - 4/20 min
 - 6/60 min
- Borramiento cervical >80%
- Dilatación cervical >2cm.

Tratamiento:

- Terbolina 0.25mg /20min a 3hrs.
- Indometacina 100mg
- Reposo en cama
- Hidratación.
- Pruebas diagnósticas positivas.
- Longitud cervical < 25mm.

RUP TURA P R E M A T U R A D E M E M B R A N A S

¿Qué es?

Es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas, con salida del líquido amniótico trasvaginal antes del inicio del trabajo de parto.

Epidemiología

- De 3-15 de todos los embarazos.

Fx etiológico:

- Infección
↓
- Colagénosos
- Mucinasas

Clasificación

- Ruptura de membranas a término.
- Ocurre después de los 37 SDG.
- Ruptura de membranas a pretérmino.
- Pérdida de la continuidad del líquido amniótico < 37 SDG.

Fx de riesgo:

- Tabaquismo
- Estado nutricional
- Relaciones sexuales.
- Infecciones del tracto reproductivo materno.
- Embarazos múltiples.

Diagnóstico:

- HC
- Sospecha clínica.
- Pruebas dx.
- Especuloscopia.

Tratamiento

Farmacológico.

- Penicilina
- Ampicilina
- Eritromicina

No farmacológico

- Método de vigilancia.
- Bh.
- USG.
- EGO.
- Doppler.

Infección de Vías Urinarias en el embarazo:

~~IGG y CSF~~

Es la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas.

Clasificación:

- Alta o baja.
- Comunitaria
- Complicada y no complicada.
- Aguda o crónica.
- Sintomática
o
• Asintomática
- Nueva o recurrente.

Epidemiología:

- Ocurre en el 2% de embarazos.
- Es el 70-75% de muertes perinatales.
- 23% en el mismo embarazo.

Cuadro Clínico:

- 1.- Dolor.
 - 2.- Ardor
- Disuria
 - Olor fétido.
 - Tenesmo
 - Turbidez
 - Pobjoivera.

Tratamiento:

- Antibiótico: 4 a 7 días
- Nitrofurantoina a 100mg c/6h de 4 a 7 días.

Diagnóstico:

- Tamizaje entre 12 y 16 semanas
- Urocultivo \rightarrow 100,000 UFC/ml.
 - Bh
 - Grupo Rh
 - Glucosa
 - Creatinina
 - EGO.

Estados hipertensivos en el embarazo:

¿Qué es?

Es el desorden hipertensivo con cifras tensionales de 140/90 mmHg después de las 20 SDG, previamente normotensa sin proteinuria.

Clasificación

Hipertensión crónica.

PA: $>140/90$ mmHg

>12 SDG

Antes del embarazo.

Preclampsia:

$>140/90$ mmHg.

Proteinuria >300 mg/24 hrs.

Creatinina sérica >30 mg/l mmol.

Hipertensión gestacional

Sin proteinuria

Hipertensión crónica.

Postparto

12 semanas

Eclampsia:

Síntoma neurológico:

Convulsiones

Complicación de Pre-eclampsia severa

Alteraciones visuales.

Diagnóstico:

EGO

Recuento plaquetario

Hb HTO

Fx de riesgo:

Edad >40 años.

Raza Antecedentes familiares

DM

Epidemiología:

1:10 gestaciones

25.7 causa de muerte materna

Tratamiento

Metildopa

Labetalol

Nifedipino.

Diabetes Gestacional.

¿Qué es?

Es un padecimiento caracterizado por intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de diversidad y puede o no resolverse después del embarazo.

Epidemiología

Entre 8.7 a 17.7 de los embarazos.

Complicaciones:

Preclampsia.
Hipoglucemia
Hipo calcemia.
Malformaciones congénitas.
Premadurez
Macrosomía
Muerte fetal
Sx distres respiratorio.

Factores de riesgo

Sx de ovario poliquístico
Grupo étnico: (Mx)
↳ Edad materna > 30 años.
IMC: > 30.

Diagnóstico:

Test de Osullivan:

Administración de glucosa. (50gr)
< 140mg/dl

Sobrecarga oral de glucosa.

3er trimestre

Dar 100g de glucosa.

Cuadro clínico.

Polifagia
Poliuria
Aumento de peso.
Sed.
Cansancio. AAS

150mg al día

Pero hasta la semana 32.

Tratamiento

Farmacológico.

Insulina Metformina
350mg/día

Metildopa
250mg al día.

Nifedipino

30mg c/24 hrs

Central metabólico.

Bibliografía:
Guías oficiales de práctica clínica