



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITAN**



TEMA:  
MAPAS CONCEPTUALES

MATERIA:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:  
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

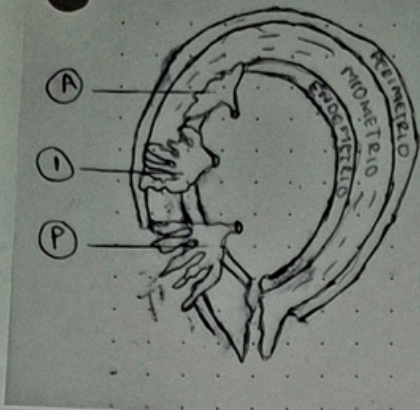
GRADO Y GRUPO:  
SEXTO "A"

DOCENTE:  
DR, ROBERTO JAVIER RUIZ BALLINAS

---

COMITAN DE  
DOMINGUEZ CHIAPAS  
19 DE DICIEMBRE DEL  
2024

# ACRETISMO PLACENTARIO



Placenta acreta: adherencia en que las vellosidades coriales permanecen en el miometrio

**Acreta**

vellosidades adheridas directamente al miometrio.

"ALCANZA"

① Parcial

② Total

**Increta**

las vellosidades invaden al miometrio.

"CUVADE"

**Percreta**

vellosidades atraviesan todo el miometrio y pueden invadir órganos adyacentes.

"PENETRA"

- ① Cesarea previa.
- ② Multiparidad
- ③ Anomalías uterinas
- ④ Tabaquismo.
- ⑤ Edad materna avanzada

Factores riesgo

(↑) Riesgo de Placenta Previa.

(↑) #. Cesareas = (↑) riesgo.

- 1 cesarea = 3%
- 2 cesareas = 11%
- 3 cesareas = 40%
- 4 cesareas = 61%
- ≥ 5 cesareas = 67%

**Cuadro clínico**

👁️ Sospecha: Dificultad para la expulsión de la placenta o sangrado abundante a la expulsión.

→ Retención Placentaria

Ⓟ Percreta → Rectorragia (si hay invasión rectal).

↳ Hematuria (si hay invasión vesical)

Ⓟ Riesgo de C.I.D.

ⓧ Se expulsa en 30 min

**Epidemiología**

Incidencia: (↑) 2/1000

**Diagnóstico**

⊛ Elección: USG Doppler

2da: USG Abdominal

Ⓟ RMN: si hay invasión vesical o rectal

Espacios vasculares

→ lacunares en el parenquima placentario

"QUESO GRUYERE"

**Fisiopatología**

Ⓝ = las cel. trofoblásticas invasoras se detienen en la decidua basal

Ⓟ Falta de decidua basal funcional. Cicatrices uterinas, infección/inflamación

Ⓟ Invasión directa del trofoblasto en el miometrio = Ausencia de barreras

Ⓟ Deficiencia vascular: cicatrices (↓) flujo vascular, favorece crecimiento anormal

**Tratamiento**

⚠️ Inestabilidad hemodinámica materna a cualquier semana = ① Cesarea + Histerectomía

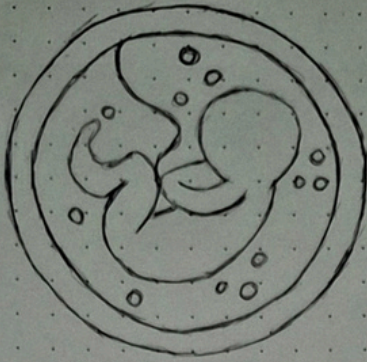
Ⓟ < 34 S.O.G.: Vigilancia, maduración pulmonar, ① RM cada 7 días, ② Mantener HB > 11, ③ USG cada 2 semanas

Ⓟ > 34 S.O.G.: ① Cesarea + Histerectomía

👁️ Manejo conservador: metotrexato y embolización selectiva.

# ALT. LIQ. AMNIOTICO

Es un liquido claro y ligeramente amarillento que rodea al feto dentro del utero durante el embarazo.



34-36 SG: 800 ml  
40-50 SG: 600 ml

Funciones →

1. Mov. del feto
2. Termoregulación
3. Protección del exterior "Amortiguadora"

Poli hidramnios

Oligohidramnios

Exceso liq.

Cantidad reducida liq.

ILA > 24 cm  
SDP > 8 cm

ILA < 5 cm  
SDP < 2 cm

1-2% de los embarazos.

0.5-5% de los embarazos.

Clasificación.

▶ Polihidramnios.

- Leve: ILA de 24-29.9 cm
- Mod: ILA de 30-34.9 cm
- Severo: ILA de ≥ 35 cm

▶ Oligohidramnios

- Leve: ILA de 5-8 cm
- Mod: ILA de 3-5 cm
- Severo: ILA ≤ 3 cm.

ILA

- Se divide el abdomen en 4 cuadrantes
- Medir profundidad del bolsillo de liq. libre del cordón umbilical o partes fetales
- Suma de las mediciones.

Normal: 5-24 cm

SDP

(Alternativa ILA)

- Identificar el bolsillo más grande x USG
- Medir vertical.

Normal: 2-8 cm

- Util en embarazos gemelares

Clinica

- ↑ rápido del tamaño uterino
- Sensación de pesadez o disconfort abdominal.
- Dificultad respiratoria por presión sobre el diafragma.
- Edema de extremidades inferiores.

- ↓ movimientos fetales percibidos
- ↓ tamaño uterino en relación con la edad gestacional.

Diagnostico

★ USG

- Monitoreo fetal (cardiotocografía)
- Amniocentesis (evaluar posibles infecciones o anomalías genéticas.)

Tratamiento

Poli hidramnios

- Monitoreo fetal y materno
- Amniocentesis para el vol. en casos severos
- Indometacina: ↓ la producción de líquido

Complicaciones:

- Parto prematuro
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Atrofia del cordón umbilical
- Hemorragia posparto

Oligohidramnios

- Hidratación materna
- Amniocentesis en trabajo de parto
- Finalización temprana del embarazo

Complicaciones:

- RCIU
- Hipoplasia pulmonar fetal
- o sufrimiento fetal

PADRUS

# ENF. HIPERTENSIVAS

HTA: Hace referencia a cifras  $\geq 140/90$  mmHg. con dos mediciones anormales de 4-6 horas

HTA Crónica en embarazo

- ⊗ HTA presente antes del embarazo (antes de 20 SOG)

HTA Gestacional

- ⊗ Presenta posterior a las 20 SOG hasta la sem. 12 postparto
- ⊗ TA  $> 140/90$  mmHg
- ⊗ Proteinuria

Preclampsia

- ⊗ TA  $\geq 140/90$  mmHg
- ⊕ Proteinuria
- ⊖ Proteinuria = ⊗ Criterios de severidad

Eclampsia

- ⊗ Preclampsia + Convulsiones

Factores riesgo

- ⊗ Edad materna
- ⊗ Multiparidad
- ⊗ Raza
- ⊗ Historia familiar de pre-eclampsia
- ⊗ HTA crónica
- ⊗ IMC
- ⊗ Comorbilidades (DM, HTA, IGA)

Epidemiología

- 15% de los embarazos
- 15-20% muertes maternas
- ⊗ Complicación más común del embarazo
- 0.2-0.5% Eclampsia
- 4-12% de las eclampsias terminan en Sx HELLP

Fisiopatología

- ⊗ Placentación anormal
- ⊗ Liberación de factores
- ⊗ Prostaglandina y Óxido nítrico = HTA + Proteinuria

Tamizaje / Prevención

- ★ USG = Índice gestacional (11-13.6 SOG)
- ⊗ AAS: 100 mg antes de 16 SOG
- ⊗ Calcio = 1 gr.
- ⊗ Vitaminas

Diagnóstico (Preclampsia)

- ⊗ HTA
- ⊗ Proteinuria 300 mg en orina 24hrs
- ⊗ relación proteinuria-creatinina  $> 0.28$
- ⊗ más de 4 en tira reactiva

Datos de severidad

- ⊗ TA  $> 160/110$
- ⊗ Proteinuria  $> 3g$  en 24 hrs o tira reactiva (4+)
- ⊗ Oliguria  $< 400$  ml en 24 hrs - Cr  $> 1.2$
- ⊗ Alt. estado de conciencia
- ⊗ Plaquetas  $< 150$  ml
- ⊗ AST y ALT  $\times 2$
- ⊗ DNL  $> 600$

Hospitalización

- ⊗ Dolor en el epigastrio
- ⊗ Dolor en hipocostria Dcho
- ⊗ Náuseas y vómitos

Tratamiento

- ⊗ Alfa-metildopa (250-500 mg VO q 8 hrs)
- ⊗ Labetalol (100-400 mg VO)
- ⊗ Hidralazina (25-50 mg VO c/6 hrs)
- ⊗ IECA y ARA II

Sx HELLP

- Agg = Sulfato Mg
- ⊗ Corticosteroides

Farmacos contraindicados

- ⊗ IECA / ARA II = alt congenita renal
- ⊗ Diuréticos tiazidas = nefrototoxicidad
- ⊗ Prazosin = Obito
- ⊗ Atenolol = RCIU
- ⊗ B-bloqueador = bajo peso parto prematuro, mortalidad perinatal

⊗ Resolución del embarazo

Eclampsia

- ⊗ Sulfato Mg
- ⊗ Diazepam o Fenitoina

Clasificación (Mistisip?)

- ⊗ Alt. de plaquetas
- ⊗ Alt. AST/ALT
- ⊗ DNL  $> 600$  etc

PADRUS

# DIABETES

- Pre-gestacional**
- ① Dx. previo al embarazo
  - ② Dx. en 1er. trimestre

- Fisiopatología**
- ① Anabolismo (crea reservas)
  - ② Catabolismo (destruye reservas)
  - ③ Catabolismo placentario (↑ resistencia a la insulina)
  - ④ Resolución del embarazo = x placenta (hormona)

- Clinica**
- ① Polidipsia
  - ② Poliuria
  - ③ Fatiga
  - ④ Vision borroso
  - ⑤ Propension a infecciones
  - ⑥ Macrosomia
  - ⑦ Polifagia
  - ⑧ Aumento de peso anormal
  - ⑨ Náuseas y vómitos

- Factores de riesgo**
- ① Bajos
    - ② Etnia bajo riesgo
    - ③ No. A.H.F
    - ④ > 25 años
    - ⑤ Antecedentes de DM
  - ② Alto
    - ③ Etnia (Mx)
    - ④ Obesidad severa
    - ⑤ Familiar, 1er grado
    - ⑥ SOP
    - ⑦ Antecedente macrosomia
    - ⑧ Glucosuria

- Glucosuria (Embarazo)**
- ① Antes de comer < 95 mg/dL
  - ② Después de comer > 120 mg/dL

- Epidemiología**
- ③ 7% de los embarazos
  - Mx = 8.7 - 17.7% (10-15%)
  - ④ > 90% se complican
  - ⑤ HbA1c > 7 = malformaciones, macrosomia, preeclampsia
  - ⑥ Alto riesgo de DM2 en 10 años

- DM2**
- Prct. Insular**
- ① Ganancia de peso
  - ② Automonitoreo
    - Ayuno = 1 diario
    - Posprandial 1-2 hrs = 2-3 veces/día
  - ③ Aspirina (60-1500 mg/día)
  - ④ Acido fólico (5mg/d)

- Tratamiento**
- ① Cambios en el estilo de vida (Dieta y ejercicio)
  - ② Insulina NPH
  - ③ Insulina Glargina (FDA: categoría C)

- Metformina (500-850 mg)**
- ① Rx con SOP y Tx con metformina
  - ② Rx con falla en Tx nutricional
  - ③ Rx con IMC > 35 (Maxima = 2000 mg/día)

- Insulina NPH**
- Inicio acción = 60-120 min
  - Pico max = 240-480 min
  - Duración max = 10-20 hrs

- ① Dosis inicio: 0.2 U/kg de peso actual/día
- ② Dividir dosis total en 2/3 matutino, 1/3 vespertino
- ③ Combinar 2/3 NPH y 1/3 insulina rápida previa al desayuno
- ④ Vespertina dividida en media = mitad NPH / rapida previa a la cena

## Gestacional

Intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de este

## Diagnostico

Control prenatal < 13 SOG

Glucemia en ayuno

≥ 92 mg/dL (↑ factores riesgo)

① 24-28 SOG > 92 mg/dL

Metodo 1 paso

CTGO 75g

① 1 valcatt

DMG

Metodo 2 pasos

≥ 140 mg/dL

① CTGO 100g > 153 mg/dL

## Complicaciones

- ① Malformaciones congénitas
- ② Macrosomia
- ③ Hipoglucemia

## Hospitalizar

- ① Glucemia ayuno > 140 mg/dL o posprandial 1hr a 180 mg/dL
- ② Cetosidosis diabética o estado hiperosmolar
- ③ Hipoglucemia en ayuno (< 60 mg/dL) con o sin datos de neuroglucopenia

# PARTO PRETERMINO

Nacimiento antes de las 37 S/G.

## Clasificación

- Pretermino, extremo: < 28 S/G
- Muy pretermino: 28 - 31 S/G
- Pretermino, mod-tardío: 32 - 36 S/G

## Fisiopatología

- ⊕ Activación prematura del eje Hipotálamo-hipofisis-adrenal fetal. (libera hormonas que inducen el parto)
- ⊕ Inflamación/infección. (Produce PG y citoquinas que promueven las contracciones)
- ⊕ Hemorragia decidual. (libera trombina = contracción)
- ⊕ Distensión uterina excesiva. (↑ presión uterina = trabajo de parto)

## Prevención

- ⊕ Progesterona vaginal
- ⊕ Cerclaje cervical
- ⊕ Tratar ITU en el embarazo

## Complicaciones neonatales asociadas

- ⊕ Sínd. dificultad respiratoria; por inmadurez pulmonar
- ⊕ Hemorragia intraventricular; sangrado cerebral
- ⊕ Enterocolitis necrotizante: inflamación y necrosis intestinal
- ⊕ Sepsis neonatal: infección sistémica

## Epidemiología

Principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel mundial

## Diagnóstico

- ⊕ Clínico
  - Contracciones uterinas regulares antes de 37 S/G
  - Cambios cervicales: abramiento y dilatación
- ⊕ USG + transvaginal.
  - Medición de la longitud cervical < 25mm en 20-24 S/G = ↑ riesgo
- ⊕ Biomarcadores
  - Fibronectina fetal en las secreciones cervicovaginales
  - ⊕ 22-34 S/G = 25% (↑)

## Tratamiento

- ⊕ Corticoides sintéticos
  - Betametasona (12 mg IM cada 24 hrs = 2 dosis)
  - Dexametasona (6 mg IM cada 12 hrs = 4 dosis)
- ⊕ Sulfato de Mg
  - Inicio: bolo 4-6g en 20-30 min IV
  - mantenimiento: 1-2g/h x 24 hrs
  - indicación: < 32 S/G

Progesterona vaginal.  
- Dosis: 200 mg vía vaginal desde las 6-24 semanas hasta las 36 S/G

## Etiología y Riesgo

### Factores maternos:

- ⊕ Edad materna avanzada o adolescente
- ⊕ Antecedente de parto pretermino
- ⊕ Infecciones urinarias
- ⊕ Enf. crónicas (DM, HTA)
- ⊕ Tabaquismo
- ⊕ Alcoholismo
- ⊕ Desnutrición

### Factores uteroplacentarios:

- ⊕ Anomalías uterinas (bicorne, miomas)
- ⊕ Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta

### Factores fetales:

- ⊕ Embarazo múltiple
- ⊕ Polihidramnios

## Tocolíticos

- ⊕ Nifedipina.
  - Dosis inicial: 20mg VO
  - mantenimiento: 10-20 mg cada 6-8 hrs x 48 hrs
  - Max: 160mg/d.
- ⊕ Atosiban.
  - Dosis inicial: 6.75mg en 1min
  - Infusión continua: 18mg/h x 3hs
  - mantenimiento: 6mg/h x 48 hrs
- ⊕ Indometacina.
  - Dosis inicial: 50-100mg VO/VE
  - mantenimiento: 25mg c/6hrs x máximo 48 hrs
- ⊗ Después de 32 S/G por cierre prematuro del conducto arterioso fetal

# ITU

Presencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario, con o sin síntomas

## Clasificación

- 1) Bacteriuria asintomática
  - ⊗ Bacterias en orina
  - ⊗ Síntomas
- 2) Cistitis
  - ⊗ Infección en vejiga
  - ⊗ Disuria
  - ⊗ Urgencia y frecuencia miccional
- 3) Pielonefritis aguda (4) 1%
  - ⊗ Infección renal
  - ⊗ Fiebre
  - ⊗ Dolor lumbar
  - ⊗ Síntomas sistémicos

## Tamizaje

- 1) Urocultivo en la 1ª visita prenatal.

## Complicaciones

- ⊗ Parto prematuro
- ⊗ Urosepsis
- ⊗ Amenaza de aborto

## Materna

- ⊗ Anemia
- ⊗ Sepsis

## Fetales

- ⊗ Bajo peso
- ⊗ Mortalidad

## Seguimiento

- 1) Urocultivos de control 1-2 semanas después de finalizar el TX para confirmar erradicación

## Epidemiología

- 1) 2-10% de las embarazadas
- 2) La bacteriuria asintomática puede progresar a una pielonefritis en un 25-40% de los casos

## Diagnóstico

- 1) Bacteriuria asintomática:
  - ≥ 100,000 UFC/ml en dos muestras consecutivas sin síntomas
- 2) Cistitis:
  - ≥ 100,000 UFC/ml con síntomas urinarios
- 3) Pielonefritis:
  - ≥ 100,000 UFC/ml con fiebre, dolor lumbar y síntomas sistémicos

## Tratamiento

- 1) Bacteriuria asintomática y cistitis
  - ⊗ Amoxicilina/clavulánico 500mg/125mg q8hr x 7 días
  - ⊗ Cefalexina 500mg q6hr x 7 días
  - ⊗ Fosfomicina trometamol 3mg en dosis única

## Etiología

- 1) 70-90%: E. coli
- 2) Klebsiella pneumoniae
- 3) Proteus mirabilis
- 4) Staphylococcus saprophyticus

## Factores de riesgo

- 1) Cambios fisiológicos del embarazo
  - Dilatación uretral
  - Estasis urinaria
  - ↑ pH urinario
- 2) Antecedentes de ITU previas
- 3) DM
- 4) Hospitalizaciones
- 5) Citias
- 6) Lavados vaginales
- 7) Relaciones sexuales
- 8) Catéteres urinarios en ITU previas
- 9) BLEE

## 3) Pielonefritis aguda

- 1) Hospitalización y TX IV
  - ⊗ Ceftriaxona 1-2g q24hs
  - ⊗ Ampicilina/sulbactam 1.5-3g q6hs

# CERVICOVAGINITIS

Inflamación del cuello uterino y de la vagina

## Etiología

### Infecciosa

- ✓ Bacterias: Gardnerella vaginalis
- ✓ Fúngica: Candida albicans
- ✓ Parasitarios: Trichomona vaginalis
- ✓ Virales: VPH

### No infecciosa

- ✓ Reacciones alérgicas (Productos de higiene, preservativos)
- ✓ Alt. hormonales propios del embarazo

## Factores de riesgo

- ✓ Cambios hormonales y del pH vaginal
- ✓ Actividad sexual sin protección
- ✓ Uso de duchas vaginales o productos irritantes

## Clinica

- ✓ Secreción vaginal anormal (color, olor, consistencia)
- ✓ Prurito o irritación vulvo vaginal
- ✓ Disuria
- ✓ Dispareunia
- ✓ Eritema y edema de mucosas vaginales y cervicales

## Diagnóstico

- 1) Anamnesis y Examen físico
- 2) Laboratorios
  - ✓ Toma de muestra de la secreción vaginal para:
    - Tinción de Gram
    - Cultivo microbiológico
    - NAAT para ETS

## Seguimiento

- ✓ Reevaluación clínica después del Tx para confirmar resolución
- ✓ Considerar tx de la pareja sexual en caso de ETS

## Tratamiento

- 1) Vaginitis bacteriana
  - ✓ Metronidazol oral: 500mg 4/2hs x 7d
  - ✓ Clindamicina oral: 300mg 4/2hs x 7d
  - ✓ Metronidazol gel vaginal: 5g al acostarse x 5d
- 2) Candidiasis vaginal
  - ✓ Clotrimazol crema: 5g (1%) al acostarse x 7d
  - ✓ Miconazol crema: 5g (2%) al acostarse x 7d
  - ✓ Nistatina ovulos: 100,000 U/d al acostarse x 14d
- 3) Tricomoniasis
  - ✓ Metronidazol oral: 2gen dosis única 500mg 4/2hs x 7 días

## Complicaciones

- 1) Maternas
  - ✓ Corioamionitis
  - ✓ Endometritis posparto
  - ✓ Inf. inflamatoria pélvica
- 2) Fetales
  - ✓ Parto prematuro
  - ✓ Bajo peso al nacer
  - ✓ Infecciones neonatales

## Prevención

- ✓ Uso de preservativo en relaciones sexuales
- ✓ Evitar duchas vaginales y productos irritantes
- ✓ Control prenatal regular con tamizaje de infecciones vaginales



# Bibliografía

---

- INFORMACIÓN RECOPIADA DE LAS DIFERENTES GPS ACTUALIZADAS DE LOS TEMAS
- ACTUALIZACIONES DE LA FIGO
- INFORMACIÓN DE LA NUEVA GUÍA DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBSTETRICIA 2021 DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES