



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Galia Madeline Morales Irecta

Mapas conceptuales

Segundo Parcial

Ginecología

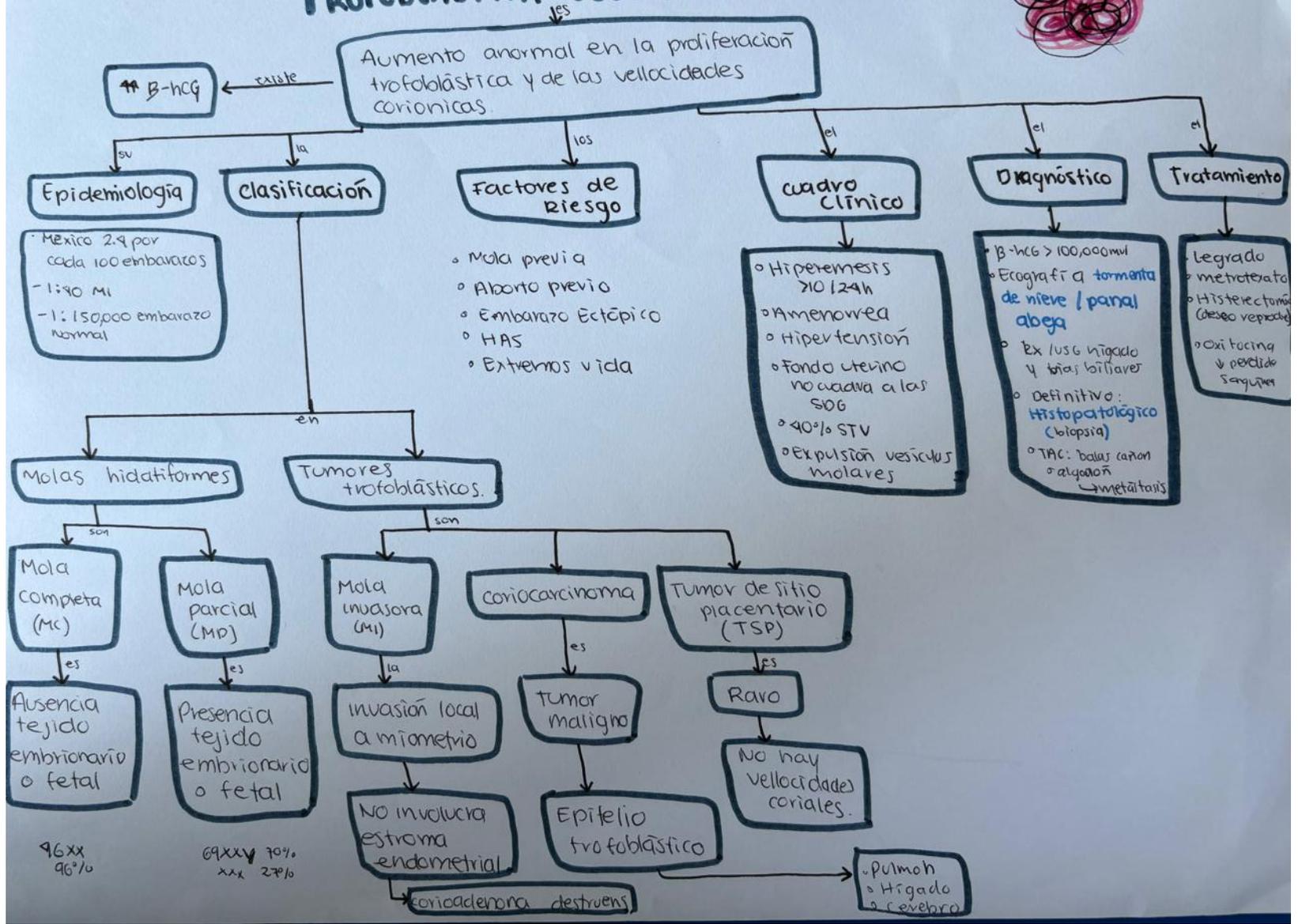
Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura en Medicina Humana

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 02 de marzo del 2024.

Enfermedad TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



Placenta Previa

Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior recubriendo el cérvix.

Epidemiología

forma más común anomalías de placenta

- incidencia 0.5% PP
- 70% PP: STV indoloro 3er trimestre
- 10% Dx incidental

Factores de riesgo.

- multiparidad
- >35a
- Gesta múltiple
- cicatriz uterina previa
- 1) cesárea
- 2) LVI
- 3) tabaquismo

Clasificación

I
lateral
◦ inserción baja

borde placentario < 2cm de OCI

II
PP marginal

borde inferior de placenta llega a OCI no lo cubre

III
PP parcial central

placenta cubre una parte OCI

IV
central o total

cubre entrada OCI

Clinica

- hipertensión uterina
- sangrado rojo brillante
- Alt. FCF
- dolor
- Act. uterina en polisistolia

Complicaciones

hemorragia obstétrica

Diagnóstico

- No tacto vaginal
- Ecografía transvaginal
- Ecografía transabdominal
- B_h tiempo
- GPO Rh

Tratamiento

Toco lis

- Nifedipina 20mg b.i.d
- 10mg VO
- Sulfato Mg
- Esquema maduración

RUPURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico trasvaginal antes de inicio del TPO en cualquier momento de la gestación.

Epidemiología
3-15% de todos los embarazos

Infecciones vaginales y cervicales

50-60%

- 1) Chlamydia
- 2) N. gonorrhoeae
- 3) EBHqB

Factores de riesgo

- Anormalidades de la fisiología de membrana
- incompetencia cervical
- Deficiencia nutricional
- tabaquismo
- Relaciones sexuales
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple

Clasificación

Ruptura de membranas a término

> 37 SDG

Ruptura de membranas pretérmino

< 37 SDG

Previales ≤ 23 SDG

Remota de término 29-32 SDG

Diagnóstico

- Taquicardia materno fetal
- Hipersensibilidad uterina
- Pt. C reactiva
- Leucocitosis (eosinofilia)
- maniobras de Valsalva y Tamier +
- USG → oligohidramnio
- Puebas cristalográficas

Amniocentesis (feto infectado)

Cercana a término 33-36 SDG

Tratamiento

> 36 SDG (condición cervical favorable)

TPO inducción

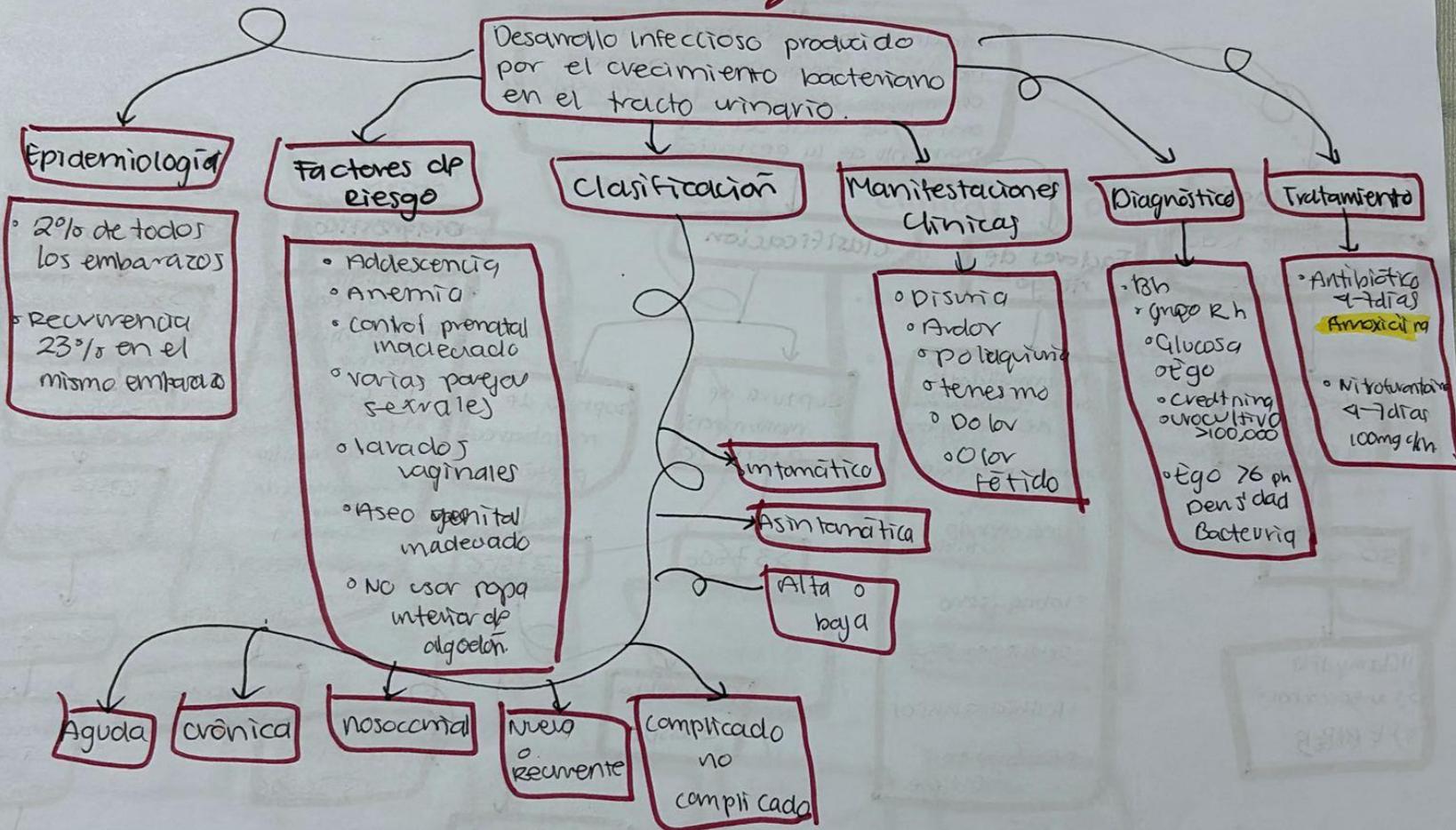
< 36 SDG interrupción embarazo

29-32 SDG

Inducción TPO
◦ Antibiótico

- Ampicilina + eritromicina/gen #
- refajos paring

Infección de vías urinarias en el embarazo



Amenaza de PARTO PRETÉRMINO

Nacimiento que se produce antes de la 37 semanas de embarazo

Presencia contracciones
 > 9-20 min + cambios
 > 8-60 min cervical
 (Dilatación < 3 cm
 Cervicamiento < 50%)

Epidemiología

- 70% muerte perinatal mundo
- 75% mortalidad infantil en 2006 Mx
- 7% de todos los embarazos

Factores de Riesgo

- Hábitos malos
- Nivel socio-económico
- Antecedente de parto pretérmino previo
- Tabaquismo
- Sobrepeso
- Obesidad
- Raza Africana

Manifestaciones clínicas

- Sensación opresión pelvis/vagina
- Cólicos leves
- Uterio abarrotado
- Dolor espalda baja
- Contracciones suaves e irregulares
- Percepción continua de líquidos

Diagnóstico

- presencia sangrado
- muestra con Fibropecto Fetal Dilatación < 3 cm
- Examen especulo húmedo

Tratamiento

Terapia tópic

- B. metano
- Sulfato mg
- Bloqueo canal CA
- Nitatos
- Bloqueo R'oxitona

Terapia antenatal

Betametaxona
 2 dosis 12mg
 IM c/24h

Dexametaxona
 2 dosis 6mg
 IM c/12h

Enfermedad Hipertensiva EN EL EMBARAZO



Desorden hipertensivo con cifras tensionales de 140/90 mmHg después de las 20 SOG, previamente normotensa sin proteinuria.

○ 1 línea
○ 2 línea

Epidemiología

- Trastorno más común en embarazo
- 1:10 gestaciones
- causante 25% muerte materna
- 50-100 secuelas

Factores de riesgo

- Edad materna (<16 y >40a)
- Paridad
- Raza
- Historia familiar
- DM
- IRC
- Amiscuidad
- Trastornos inmunitarios
- IMC >30

Clasificación

Hipertensión crónica

≥ 140/90 mmHg antes del embarazo / < 20 SOG
No proteinuria

cifras tensional Normal
Hipertensión transitoria

Hipertensión gestacional

≥ 20 SOG
Sin proteinuria
Postparto (2 semanas)

cifra tensional elevada
Hipertensión crónica

Preclampsia

≥ 140/90 mmHg
Proteinuria > 300 mg/24h
Creatinina sérica > 30 mg/lmol
> 20 SOG / 2 semanas postparto

con datos de Severidad
≥ 160/110 mmHg
Daño órgano blanco
Datos encefalopática hipertensiva
Clonus ≥ 3+
Hipersensibilidad hepática
Sx HELLP

Eclampsia

complicación pre-eclampsia severa
Síntomas neurológicos: **convulsiones**
Hiperrreflexia (votileano)
Alt. visuales

Causas muerte materna

- Hemorragia
- Trastornos Hipertensivos
- Sepsis

Diagnóstico

- EGO
- Cuantificación de creatinina en orina 24h > 300mg
- Índice de proteína: creat. > 0.28
- Hb, Hto
- AST, ALT
- Deshidrogenasa láctica
- Reuento plaq.
- Cifras tensionales

Tratamiento

- α-metil dopa
- Labetalol**
- Nifedipino
- Hidralazina
- Atenolol

Criterios mississippi
Perfil toxémico
Resolución del embarazo

Diabetes Gestacional

Intolerancia a los CH con diferentes grados de severidad que se reconoce por Travez durante el embarazo y puede o no resolverse despues de este.

Epidemiología

- Prevalencia 7% en el mundo
- 5-20% DG en todas sus formas
- México prevalencia 8.7 - 17.7%
- >90% se complica por DM

Mujeres que desarrollan DG tienen > riesgo de desarrollar DM 2 en 10 años postembarazo.

Factores de riesgo

- Edad materna >30a
- Historia previa de Diabetes gestacional
- IMC >30
- Historia de aborto
- muerte fetal in utero
- Historia familiar de DM

Grupos de riesgo

- Grupo étnico en México ↑ riesgo de DG
- DM conocida en familia Ter.
- Obesidad severa
- Dx establecido de intolerancia a glucosa.
- Dx previo a 50p
- Producto macrosémica

Manifestaciones clínicas

- ↑ peso
- Sed
- Poliuria
- Polidipsia
- polifagia
- cansancio

Complicaciones

- preeclampsia
- malformación congénita
- macrosomía
- prematuraz
- Hipoglucemia
- ictericia
- muerte fetal

Diagnóstico

- Datos clínicos
- Glucosuria: EGO rutinario: 2++ en 1 ocasión
- 1+ en 2 o más ocasiones
- Glucosa sérica: CTGO
- Ayuno $\geq 92 \text{mg/dl}$
- 1h carga $> 180 \text{mg/dl}$
- 2h poscarga $> 153 \text{mg/dl}$

1 paso

Visita control prenatal < 13 semanas

glucemia causal $> 200 \text{mg/dl}$

glucemia Ayuno > 125

Tratamiento

- medidas higienico-dietéticas
- metformina 500-850mg
- insulina
- nifedipino 30mg c/24