



UDS

Mi Universidad

MAPAS CONCEPTUALES

Derlin Guadalupe Castillo González

Mapas conceptuales

2do parcial

Ginecología y obstetricia

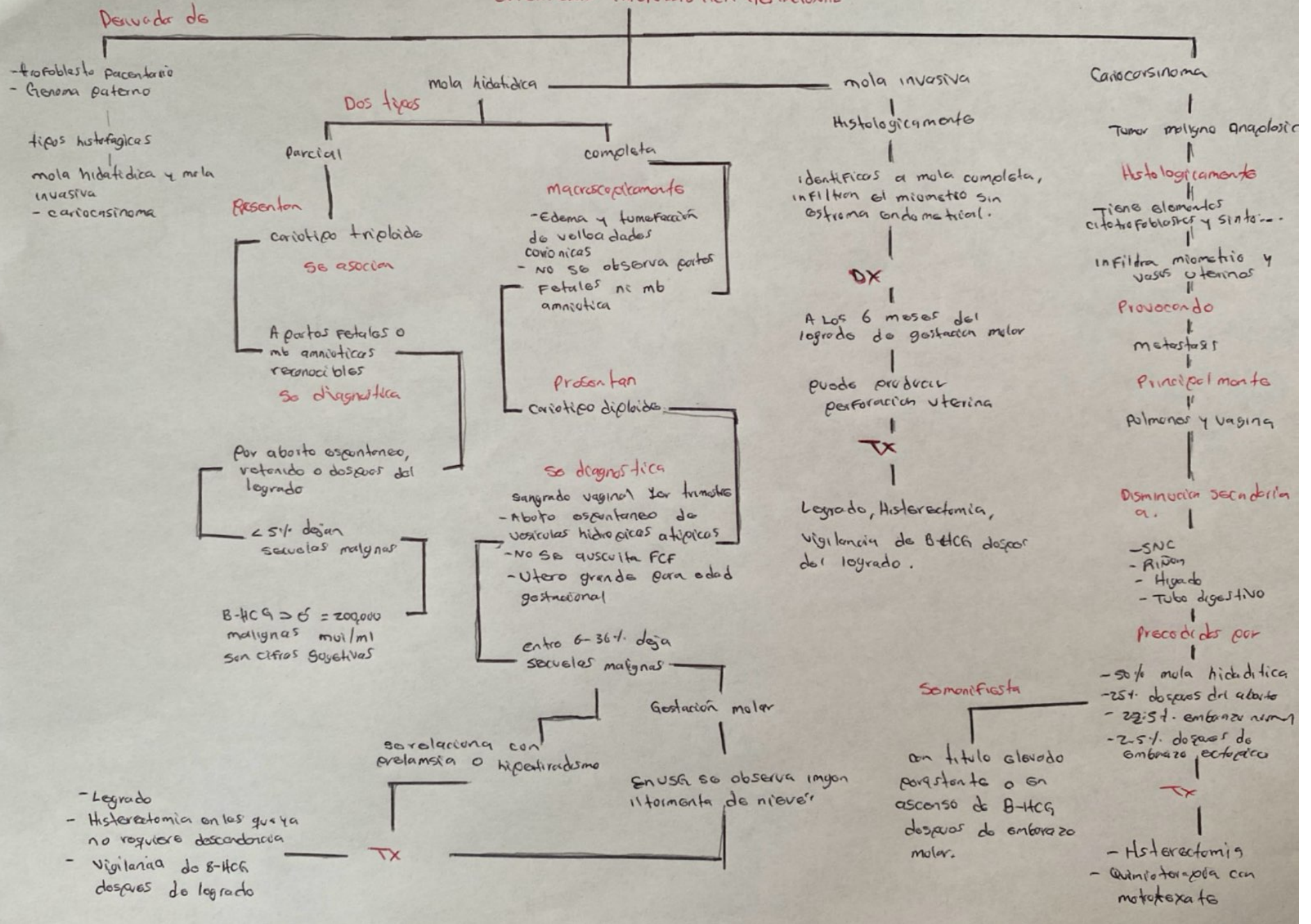
Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura en medicina humana

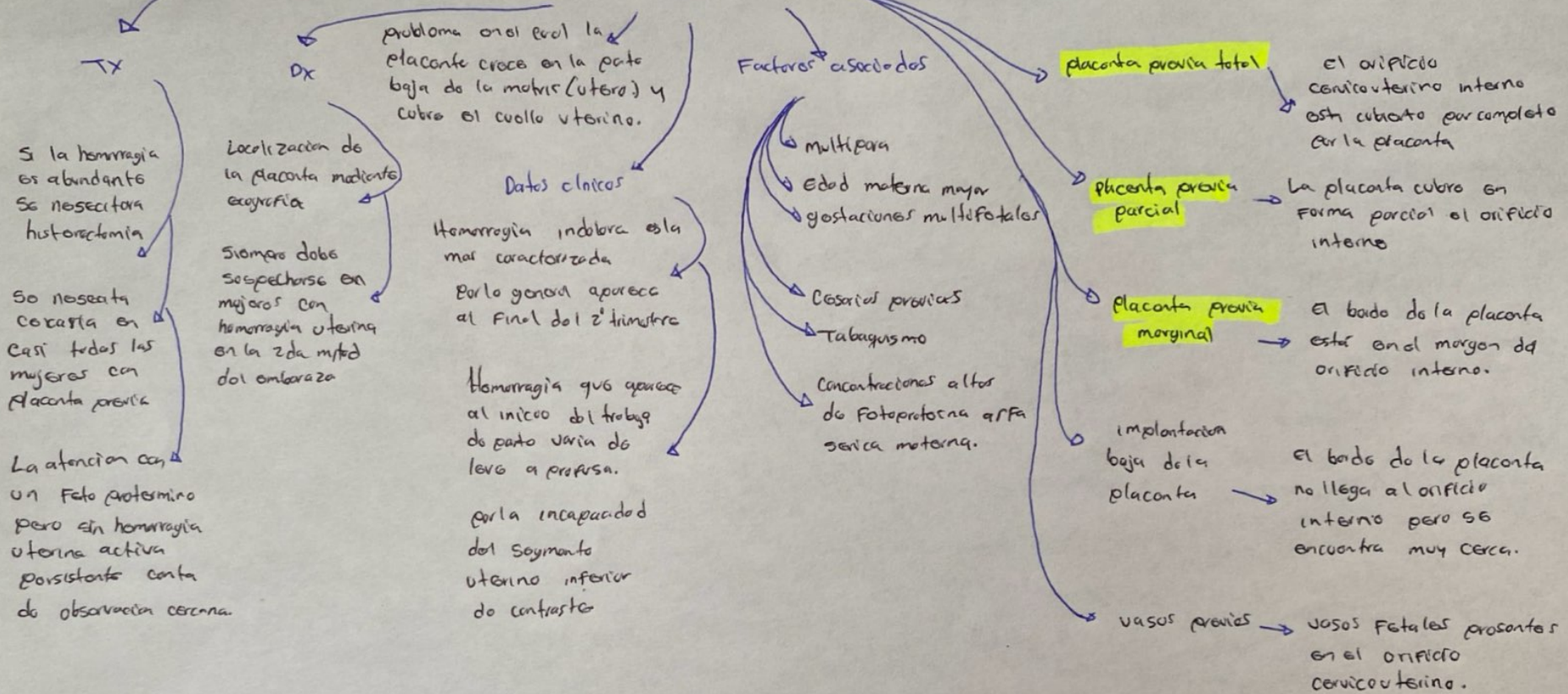
6to semestre

Grupo "C"

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL



PLACENTA PREVIA



DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOIN CERTA

Definición

Es la separación de la placenta de su área de inserción antes del 3er periodo del T. de parte.

A 20-35% mortalidad fetal

Causas

- Asfixia
- parto prematuro
- Exanguinación fetal

Epidemiología

1:100 Embarazos

Factores riesgo

- Hipertensión
- Tabaquismo
- Drogas
- subrotación uterina
- multiparidad
- vasculopatía en diabéticas
- Traumatismo abdominal grave

Cuadro clínico

- Hemorragia vaginal 80%
- inestabilidad uterina 60%
- Dolor en la parte bajo abdomen 60%
- Hipertensión uterina y contracciones frecuentes
- sufrimiento fetal < 50%
- Hipertensión aguda donde hipovolemia por hemorragia
- En un 25% la hemorragia no es visible.

Clasificación

- Grado 0 = asintomático
- Grado 1 = H. vaginal
- Grado 2 = H. vaginal, Hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina, signos de sufrimiento fetal
- Grado 3 = Hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina, choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.

DX

- Gestante mayor de 20 Sdg + cuadro clínico + hemorragia en USG.

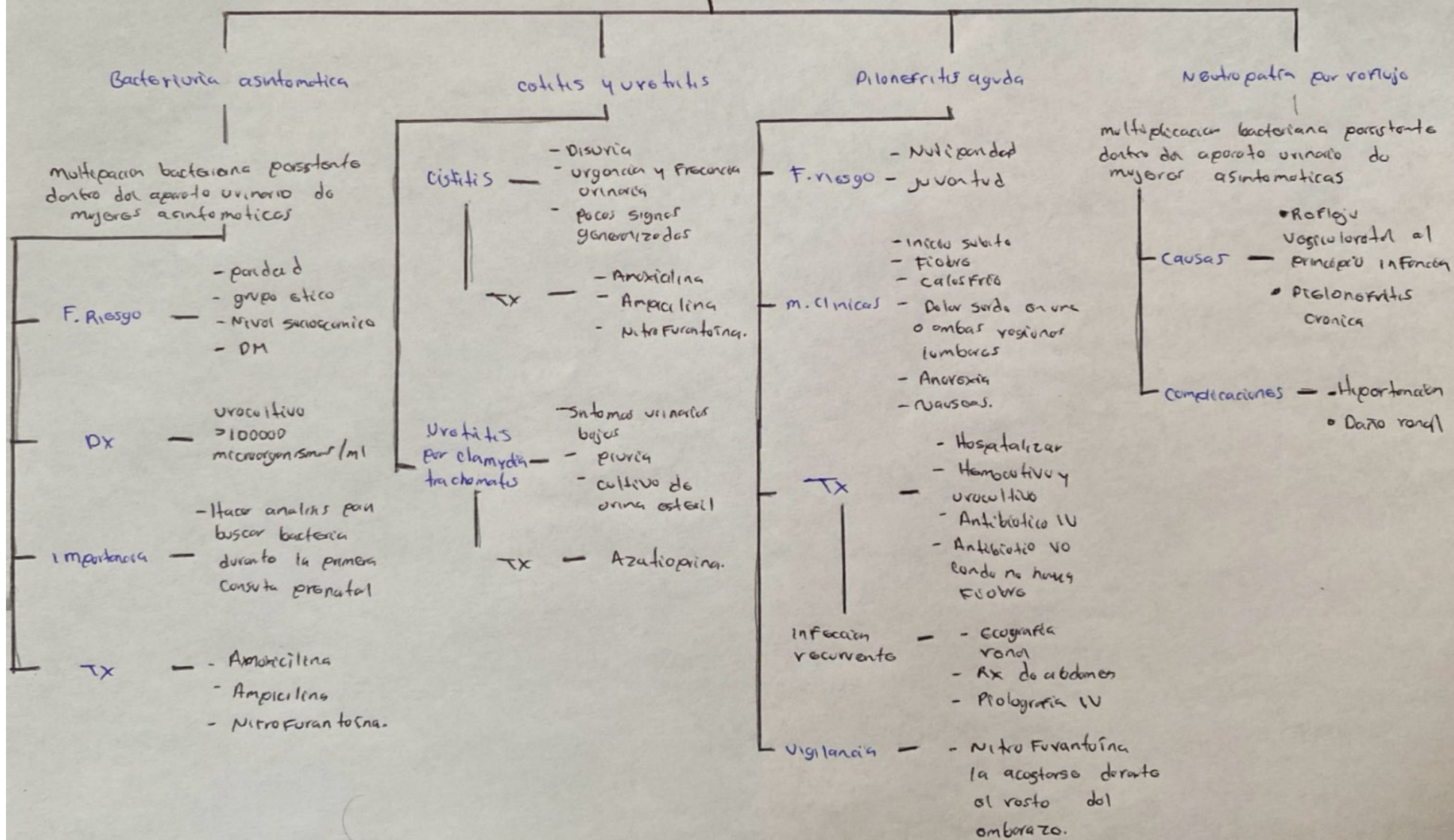
Complicaciones

- choque hipovolémico
- Hipoperfusión = coagulopatía de consumo = muerte fetal
- Trombocitopenia
- insuficiencia renal.

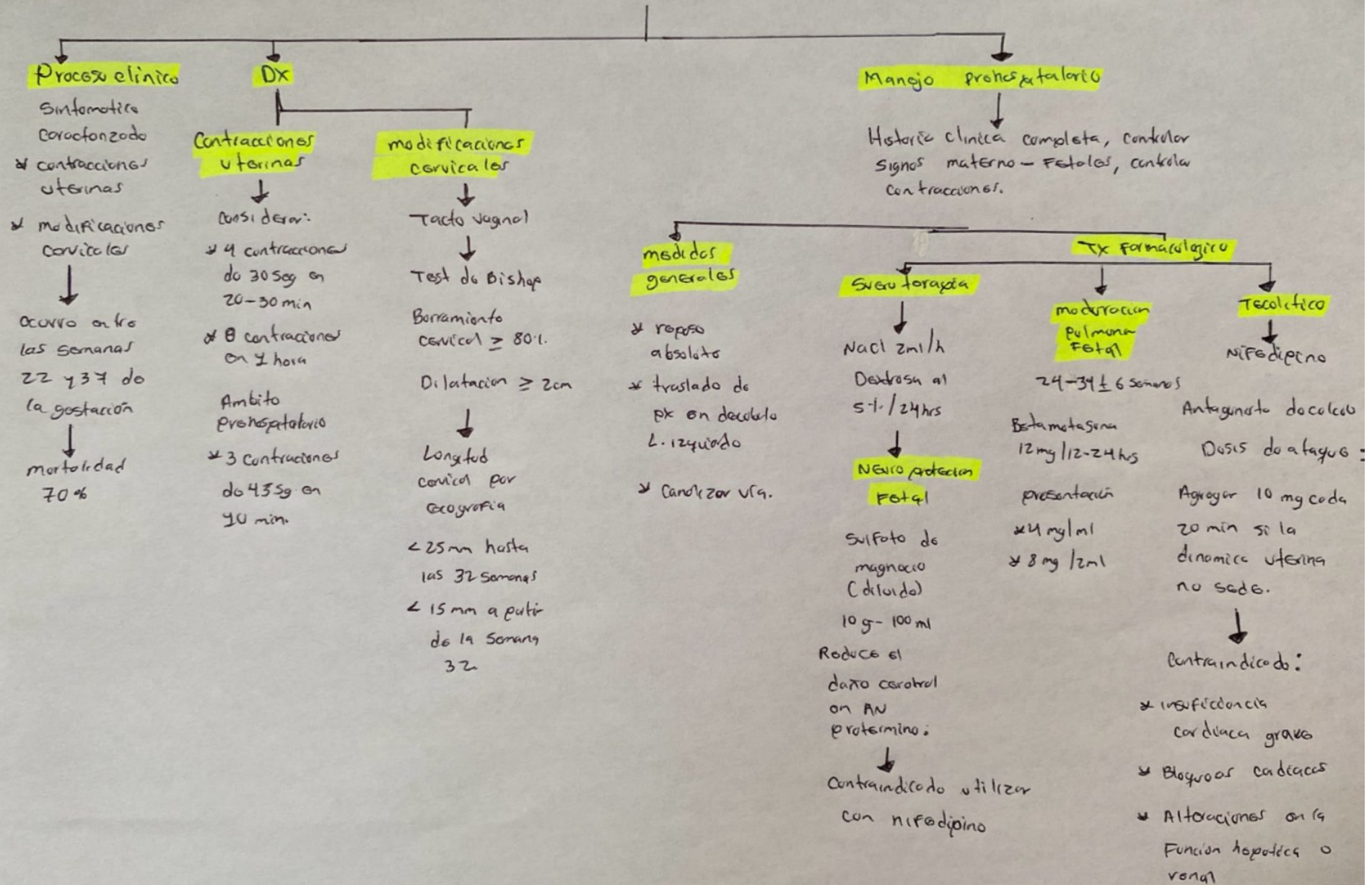
Tx

- Reestablecer pérdidas sanguíneas
- soluciones parenterales
- interrupción del embarazo
- valorar vía de nacimiento.

INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

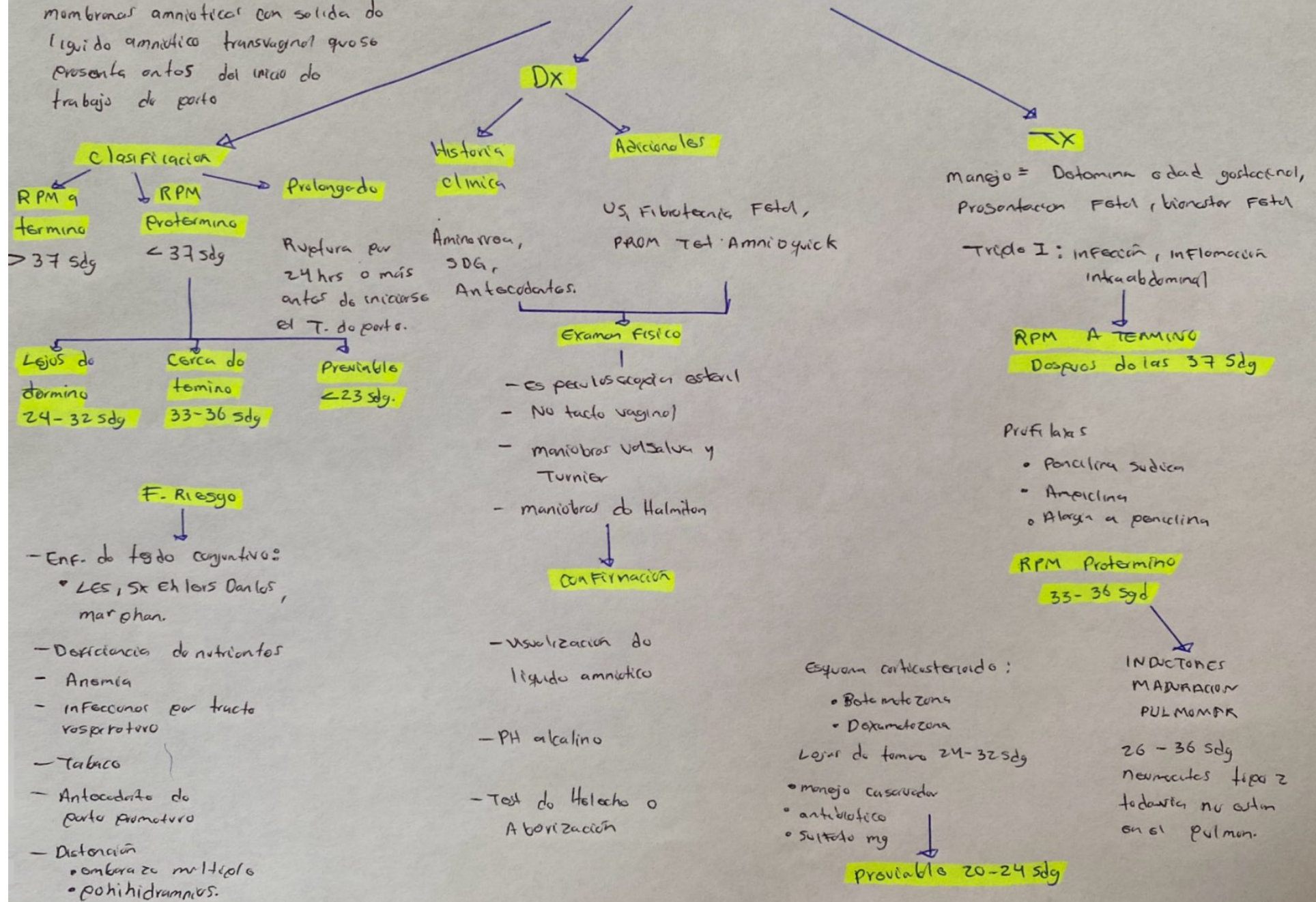


AMENAZA DE PARTO PRETERMINO



Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio de trabajo de parto

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

140/90 mmHg → SI ES HIPERT.
139/89 mmHg → NO ES HIPERT.

EPIDEMIOLOGIA

- 1 - Hemorragia
- 2 - Estados Hipertensivos
- 3 - Sepsis

causas más frecuentes de muerte materna

- > Común del embarazo
- Presión elevada durante el embarazo

CLASIFICACION

H. GESTACIONAL

- semana 20 de gestación
- proteinuria negativa
- H. transitoria

PRECLAMPSIA

- > 140/90
- proteinuria > 300 mmHg
- creatinina sérica > 300 mg/dmol
- LCV E - 140-160/
40-90
• proteinuria 300
- GRAVE - 160-140
• proteinuria > 300
• Deter de encefalopatía hipertensiva

ECLAMPSIA

- Complección de la preclampsia
- acompañada de
sx neurológicos,
hiperreflexia,
voso espasmo,
convulsiones, etc

H. CRONICA

- < 20 sdg
- > 140/90 mmHg
- asociada o no a proteinuria.

FR

- Edad materna < 16 y > 35 años
- Paridad
- raza negra
- preclampsia
- Embarzo mediante técnicas de reproducción asistida
- IMC
- Comorbilidades (DM, Hipertensión)

Dx

- TAS > 140
- FAD > 90
- Presencia de > 300 mmHg de proteínas (Proteinuria)

Tx

- Metildopa
- Labetalol
- Atenolol
- Enfis dipono
- Hidralasina
- Sulfato de Mg.

Dx

- ECG
- Perfil toxémico
- BH

DIABETES GESTACIONAL

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa durante el embarazo. Se considera si la condición era previa al embarazo.

- Afecta al 7% de las mujeres en el mundo. (Embarazadas)
- en México se reporta un 3 - 19.6%

D. Pregestacional

- < 20 sem de embarazo

D. Gestacional

- > 20 sem embarazo

FR

- Sobrepeso u obesidad
- Falta actividad física
- Tabaquismo
- Prediabetes
- Síndrome de ovario poliquístico
- Preeclampsia
- Cesárea del canal
- Edad > 30 años

Dx

• Test de Screening = Test de O'Sullivan

→ se practica a todas horas entre la 24 - 28 sem

• Si > 140 mg/dl, confirmar con test de sobrecarga oral de glucosa

→ Basal ≥ 105 mg/dl

→ 1 hora ≥ 190 mg/dl

→ 2 horas ≥ 165 mg/dl

→ 3 horas ≥ 145 mg/dl

C. CLINICO

- Fatiga
- Hambro excesiva
- Sed
- candidiasis
- micción frecuente

TX

No Farmacológico

- Dieta
- Ejercicio físico

Farmacológico

- Hipoglucemiantes orales
- insulina
- Metformina

Dx

Tamizaje

- pregestacional < 13 sdg
- gestacional Bajo riesgo 24 - 28 sdg
- gestacional Alto riesgo 24 - 28 sdg
- carga de glucosa 75g.

2 o más valores iguales o superiores hacen Dx de Diabetes gestacional

ETIOLOGIA

- Lactogeno placentario
- Hormona somatotrofica corionica
- Prolactina
- cortisol
- TNF.

BIBLIOGRAFÍAS

Guía de Práctica Clínica (GPC).

- Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL. Evidencias y Recomendaciones Número de Registro: SS-228-09
- Diagnóstico y Manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-589-19 (2019).
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO BAJO DURANTE EL EMBARAZO, en el Primer Nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-078-08 (2016).
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento DEL PARTO PRETÉRMINO. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-063-08 (2017).
- Guía de Referencia Rápida. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Octubre 2009.
- Detección, Diagnóstico y Tratamiento. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-058-08 (2017).
- Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES EN EL EMBARAZO. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-320-10 (2016).