



Mi Universidad

Mapas Conceptuales

Jeferson Enrique Ogaldes Norio

Mapas

Segundo Parcial

Ginecología

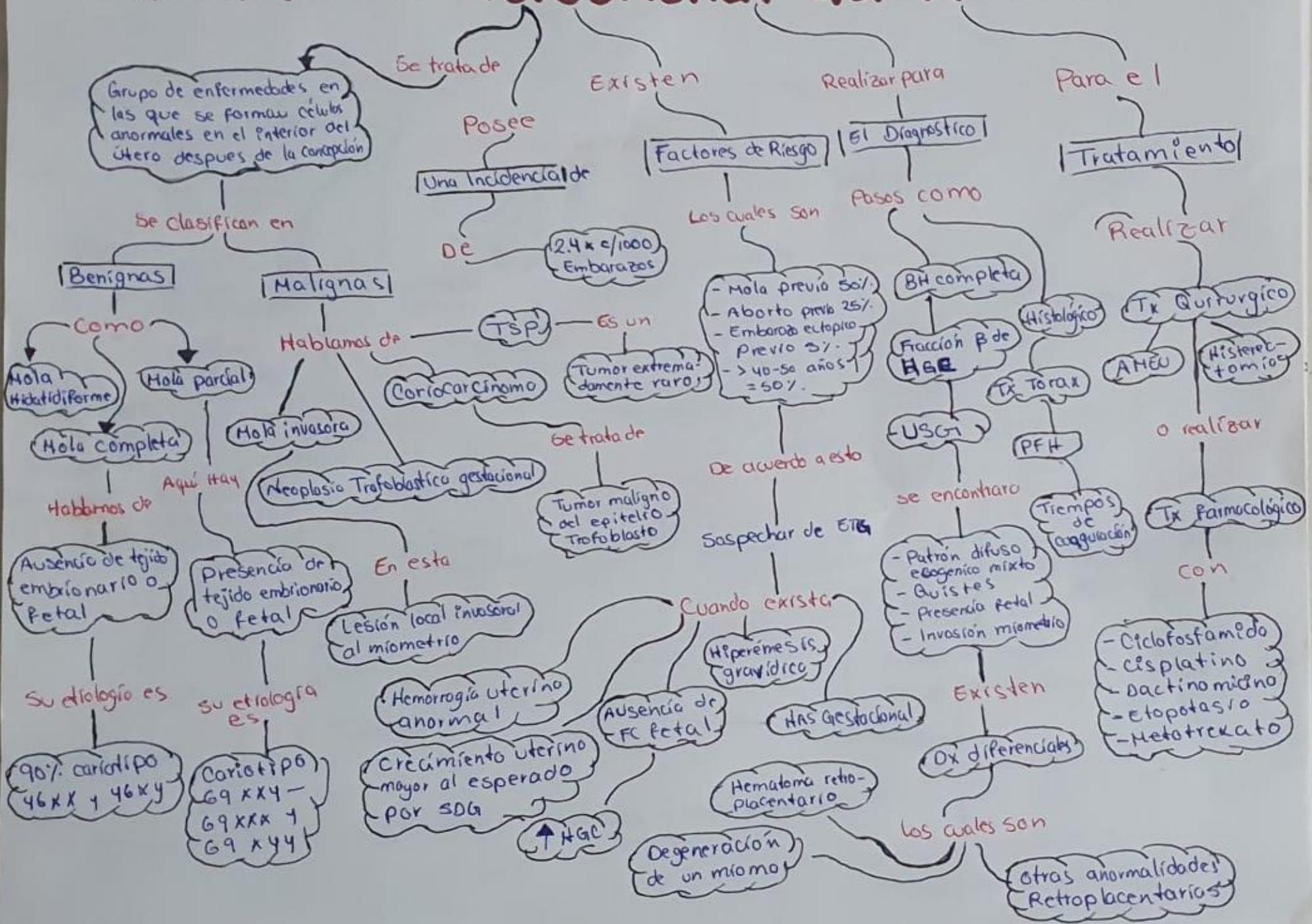
Roberto Javier Ruiz Ballinas

Licenciatura en Medicina Humana

6to. Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 02 de mayo de 2024

Enfermedad Trofoblástica Gestacional



Se trata de Placenta Previa

* "clasificación actual"

Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, recubriendo el cervix

Se clasifica en

Oclusiva total
- orificio cervical interno totalmente cubierto por la placenta

Oclusiva parcial
- orificio central parcialmente cubierto por placenta

Marginal
- placenta llega justamente al orificio cervical interno

Lateral o de inserción baja
- llega justamente al orificio cervical interno

Hay

Fx de Riesgo

Como

- Embarazo múltiple (30%)
- Cicatriz uterina anterior
- Multiparidad (30%)
- Fumadoras

Se dan Manifestaciones clínicas como

Hipertensión uterina

Act. uterina en polisistólica

Dolor

Sangrado rojo brillante

Alteración de la FCF

se debe realizar

Diagnostico

Mediante

Ecografía Transvaginal

Ecografía Transabdominal

Para observar

Placenta

Estática Fetal

Confirmación a partir 32 SDG

Permite

Delimitar el borde placentario inferior

Realizar Tratamiento

consiste en

Tocolisis

Cesarea

Nifedipino
20 mg DU 4
10 mg VO q8hs

sulfato de magnesio
4gr en 200 ml p/20min

con objetivo de

Completar Esquema de Maduración pulmonar

Existe

Complicaciones

Como

Hemorragia obstetrica

Cesarea

siempre y cuando

haya maduración pulmonar

Hay

Epidemiología

1/200 partos

Fisiopatología

Daño endometrial

Tabaquismo #1

Alt. Cicatrización uterino

Por

- Legrado
- Cesarea
- Miomectomía

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI)

Separación Parcial o completa de una placenta normalmente adherida antes del parto
o > 20 SDG

Se trata de

Epidemiológicamente ocurre

En el 0.5-2% de todos los nacimientos
50% acompañado de estado hipertensivo

Es la 2da causa de hemorragia de 3er trimestre

Se clasifica en

Existen complicaciones como

Abrupto **Avanzado**

Abrupto **Masivo**

CID

Embolia Líquido amniótico

Fracaso renal

Factores de riesgo como

Multiparidad

Edad > 35a

HTA

Tabaquismo/Alcohol

Traumatismos

Diabetes

Generan Etiológicamente

Características Principales

- Dolor uterino continuo
- Sangrado oscuro
- Útero hipertónico
- Desprendimiento de 2/3 y 1/4 de la inserción Placentario

Se manifiesta con

- Hemorragia vaginal escasa
- Sin compromiso fetal
- Dolor en hipogastrio
- Desprendimiento < 1/4 del total

- Genera
- Dolor desgarrador y no cede
 - Feto muerto
 - Shock, oliguria
 - Separación de > 2/3 de la placenta

Realizar diagnóstico por medio de

Signo de medusa

Hematoma Retroplacentario

Ecografía 1ra elección

Mejor pronóstico con un tratamiento y diagnóstico oportuno

Desprendimiento

Hemorragia (Depende Feclo Placentario)

Contracción arterias espinales

Hipoxia

Contracciones Intensas

Mayor desprendimiento

Controlar

Tratamiento

Culminar Gestación

Por medio de

Cesareo

Realizar

Valoración de signos vitales

Transfusión (si hay hemorragia)

Tiempos de coagulación

Infecciones del Tracto Urinario en el embarazo

Se trata de Desarrollo infeccioso producto del crecimiento bacteriano en el Tracto urinario

Se presenta

Factores de Riesgo

Se dan

Manifestaciones Clínicas

Realizar el

Diagnostico

Para el Tratamiento

Hacer uso de

Epidemiología es

2% de todos los embarazos

Reurrencia de

23% en el mismo embarazo

Como

Anemia

Adolescencia

Como

Disuria

Polaquiuria

Ardor

Tenesmo

Olor fétido

Dolor

Mediante

Laboratorios

Tamizaje

Antibiótico de 4 a 7 días

Nitrofurantoina 100 mg 6hrs

De elección

por lo menos

Bacteriuria entre 12 y 16 SDG

Amoxicilina 500 mg 6hrs

Durante 4 - 7 días

Aguda o Crónica

Nosocomial o Comunitario

Nuevo o Recurrente

Complicado o No complicado

Primigestación

Control prenatal inadecuado

Varias parejas sexuales

- BH
- grupo RH
- Glucosa
- Creatinina
- CGO

Lavados vaginales frecuentes

Aseo genital inadecuado

No usar ropa interior de algodón

En eso considerar

Urocultivo

Densidad $pt > 6$

Siendo positivo con $> 100,000$

Bacteriuria

Alta o baja

Se trata de

Colonización bacteriana a nivel de vejiga

Bacteriuria asintomática

Incluye

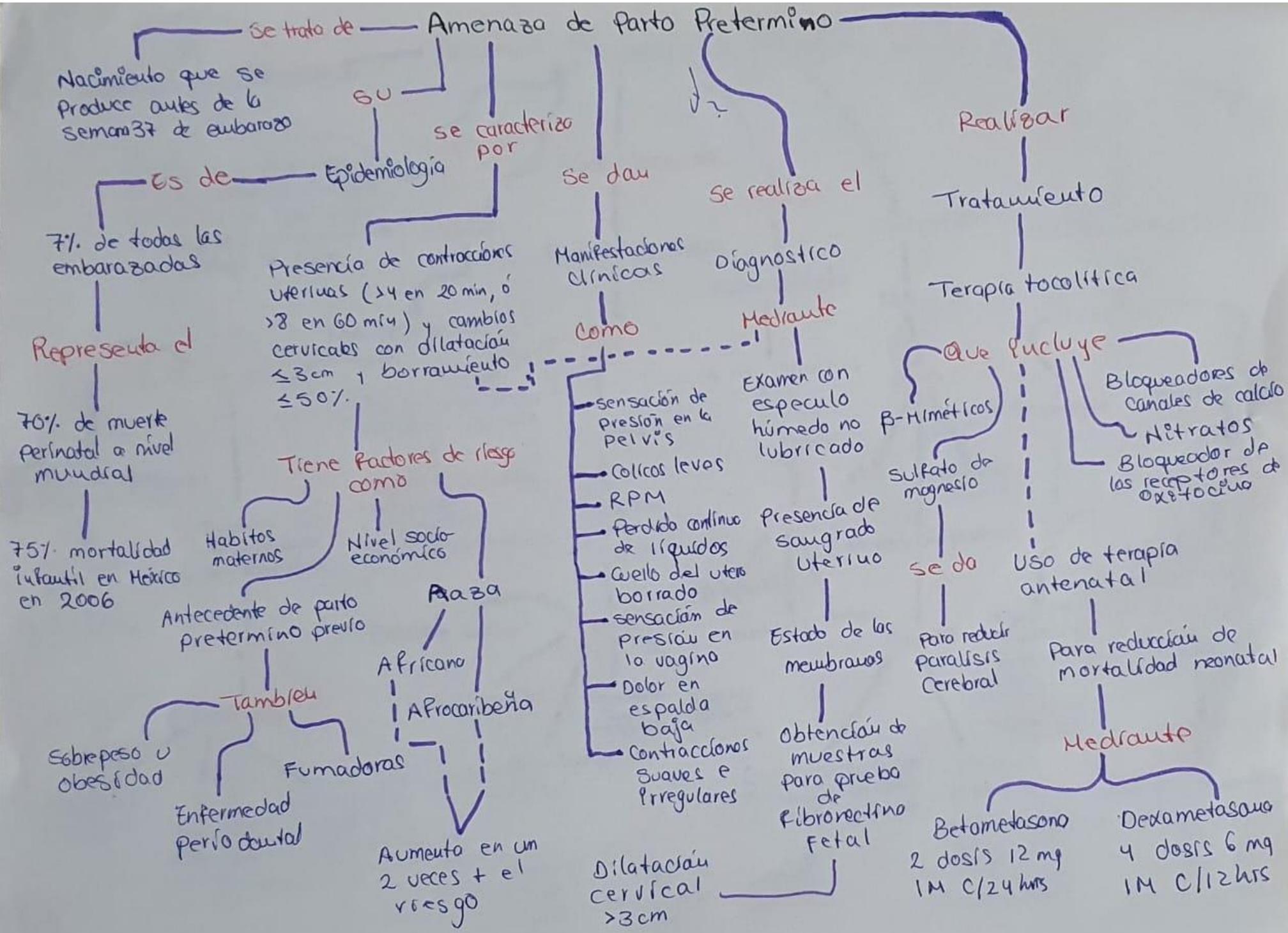
Síntomas

Como

Disuria
Polaquiuria
Turbidez

Olor fétido
CISTITIS aguda

Cistouretritis Aguda



3-15% de todos los embarazos

Epidemiología

Ruptura Prematura de Membranas

Perdido de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal antes del inicio del trabajo de parto

Se trata de

Tiene

Pueden presentarse

Tiene

Comprende

Es muy importante el

Tratamiento

Das categorías

Como

Las cuales son

Infecciones del Tracto Reproductivo materno

Conductuales

Es más comunes

con

No farmacológicos

Farmacológico

Ruptura de membranas a término

Ruptura de membranas Pretermino

- Vaginitis bacteriana
- Gonorrea
- Clamidia
- Corio amniotitis oculta

- Tabaquismo
- Estado nutricional
- Relaciones sexuales

La infección

HC

Puebas diagnósticas

especho clínico

Hablamos de

Algunos son

- Penicilina
- Ampicilina
- Eritromicina
- Clindamicina
- Cefazolina

Se da

≥ 37 SDG

Se da

< 37 SDG

Previales ≤ 23 SDG

Remota del término 24-32 SDG

Cercana del término 33-36 SDG

Embarazo múltiple

Polihidramnios

Incompetencia istmico cervical

Tambien

Hemorragias durante embarazo

Trauma durante embarazo

- Manobra de Valsalva
- Manobra de Tarnier

Esto mediantemente

Colagenasas

muínasas

Proteasas

Como

Métodos de vigilancia

- B I t
- USG
- EGO
- amniocentesis
- Doppler arterio umbilical

Especuloscopia con visualización de salida de líquido amniótico

- Prueba de nitrazina
- Cristalografía
- Prueba de la Plame
- Amniocentesis

- Ampicilina + Eritromicina
- Clindamicina + gentamicina

usar

Tocolisis (48-72hrs)

Corticosteroides

Estados Hipertensivos del Embarazo

Se trata de

Un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves o severas

Se da

En el 10% de los embarazos y causante de 25.7% muerte materna

Existen

Factores de Riesgo

Como

- Edad materna <16 años y >40 años
- Raza
- Historia familiar
- obesidad
- IMC >30
- DM

Tiene una

Clasificación la cuales

Hipertensión Gestacional

- Hipertensión que se presenta >20 SGG
- Proteinuria \emptyset (negativa)
- Hipertensión transitorio

Pre-Eclampsia

- Cifras tensionales $\geq 140/90$
- Proteinuria $>30\text{mg}/24\text{h}$
- Creatinina $>30\text{mg}/\text{mmol}$
- $>20\text{SDG}$
- Hasta 2 semanas pos-parto

Pre-Eclampsia con datos de severidad

- Cifras tensionales $\geq 160/110$
- Cefalea
- visión borrosa
- pospeos
- vómito
- Hipersensibilidad hepático

Eclampsia

- Complicación de la pre-eclampsia severa
- Convulsiones
- hiperreflexia
- Escotomas
- ceguera cortical
- volospasmo retinal

Hipertensión crónica

- Hipertensión arterial mayor $\geq 140/90$
- $<20\text{SDG}$
- o sexta semana post-parto

Síndrome de HELLP

- Hay presencia de
- Hemólisis
- \uparrow enzimas hepáticas
- Trombocitopenia

Para realizar el diagnóstico hacer uso de

Cifras tensionales EGO

Cuantificación de creatinina sérica

Índice de Proteína >0.28

Hb, Hto, AST, ALT

Recuento plaquetario

perfil toxémico

Criterios de MISSISSIPPI

Tratamiento

Alfametildopa
250-500 mg VO

Labetalol
100-400 mg VO

Nifedipino
20-60 mg VO c/24hr

Hidralazina
25-50 mg VO c/6hr

