



**Mi Universidad**

**Mapa conceptual**

*Orlando Gamaliel Méndez Velazco*

*Mapas conceptuales*

*Tercer Parcial*

*Ginecología y obstetricia*

*Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas*

*Medicina Humana*

*Sexto Semestre*

*Comitan de Domínguez Chiapas a 15 de noviembre del 2024*

# Aborto

Terminación espontánea  
o provocada de la gestación  
< 80 SDG, contando desde  
FUM o peso < 500g.

## Epidemiología:

- 50-70% de los Emb.
- 30% falta implantación.
- 30% A. preclínicos.
- 10% A. clínicos.
- 30% Nacen vivos.

## Edad:

- Adolescentes 10-12%
- Aumenta 4-5 > 40 años.

## Factores Riesgo:

- Anomalías uterinas.  
(Polípos > 2cm).
- Aborto previo (5%).
- Edad materna (25-40 años).
- Alt. cromosómicas (49%).
- Alt. metabólicas (DM).
- Consumo alcohol durante la  
concepción (tabaco, cocaína y  
cafeína).
- IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>.

## Cuadro Clínico:

- Sangrado vaginal.
- Exp. sión vaginal.
- Dolor abdominal,  
(bélvico).
- Calambres abdom.

## Diagnóstico:

- $\beta$ hCG transvaginal.  
(98%)  $\beta$  Progesterona  $\downarrow$  25 nmol/L.
- Loc. indeterminado:
  - x Intra/extra uterino
  - x Retención.
  - ✓ Prueba positiva.
- Viabilidad incierta:
  - saco < 20mm.
  - no hay Feto.
  - long. cefalocaudal.  
< 6mm.
  - no hay act. card.
- Anticuerpos anti D.
- Determ. Sérica hCG.
- $\downarrow$  LUI  $\rightarrow$  descart. infecc.
  - C. trachomatis
  - N. gonorrhoea.
  - Vag. bacteriana,

## Tratamiento:

### ★ Farmacos:

- Misoprostol: D. Altas.  
1200-1400 mgr. V.V.
- Efect. adversos:
  - Dolor - vómitos
  - Sangrado - Diarrea.
  - fiebre - Ansiedad.

- Mifepristona 600 mg.  
+ Misoprostol 800 mgr.  
(48 hrs después) V.O.

> 9 SDG.

- Mifepristona 200mg V.O.  
+ Misoprost. 800mg V.V.

### ★ Quirúrgico:

#### LUI

- Sangrado exc. y persist.
- Inestabilidad hemodinam.
- Tej. retenido infect.
- Enf. trofoblástica.

### ★ Aspiración Endo uteri:

- Aborto incompleto.
- Aborto diferido.

# Placenta Previa.

H. obstétrica 31%.  
Mort. Perinatal 2.3%

Placenta insertada en el segmento uterino int. de modo que se puede ocluir el orificio cervical interno.

## Clasificación

### Oclusivos

- Total (tipo I):  
↳ oclusión total de C.I.
- Parcial (tipo II):  
↳ oclusión parcial de C.I.

### No oclusivos:

- Marginal (tipo III)
- Lateral / inserción baja (tipo IV).

Inserción normal:  
por encima 20mm de O.C.I.  
Sang. Intrauterino:  
2000 - 3000 ml.

### Fact de Riesgo:

- Abortos Previos
- Multiparidad.
- Edad avanzada.
- Gest. múltiple.
- Tabaquismo.

### Cuadro clínico:

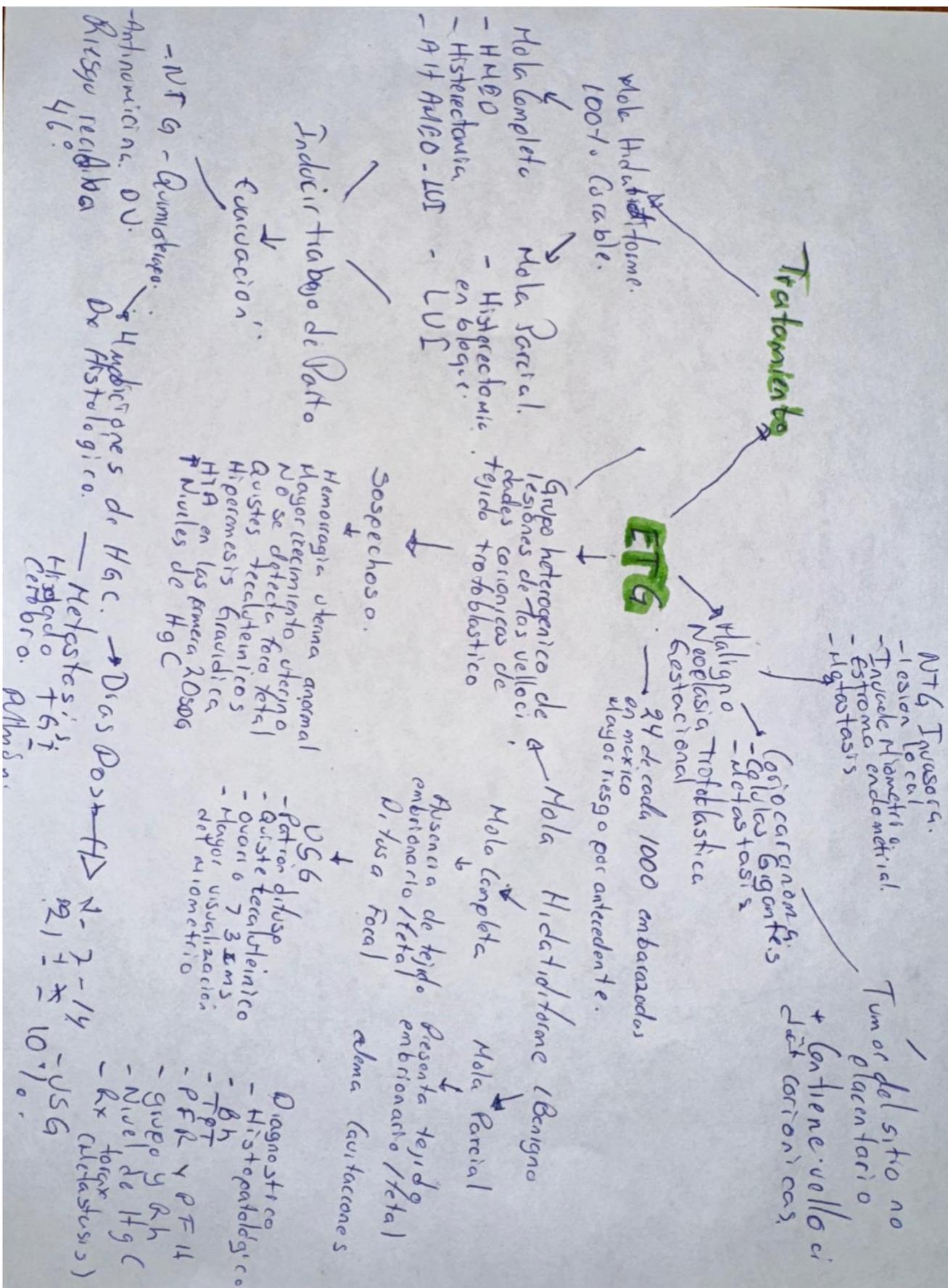
- Hemorragia  
o epistáxica  
o progresiva
- Indolora
- Prematuridad (alt. hemodinámica).

## Diagnóstico:

- USG abdominal:  
- Inserción baja o placenta previa.
- USG Endovaginal:  
↳ Confirma Diagnóstico.
- Tacto vaginal contraindicado.

## Tratamiento:

- Prevenir Aterria
- Esq. maduración Pulmonar.
- Manejo de hemorragia  
↳ Cesarea urg:  
↳ Fx riesgo: 36-37 JGG.  
↳ Fx riesgo / 1 episod. sang:  
34-36 JGG.



# Rotura Uterina

Es la solución de la continuidad de la pared uterina en el útero, se incluye las perforaciones uterinas.

## Completa

- Peritoneo
- Miometrio
- Maniobras Ovulares

## Incompleta

- peritoneo
- ↓
- permanece en el útero

## Diagnostico

- > Cesarea Urgente
- > Laparotomía

## Pronostico

- > feto muerto 30%

90% durante el parto

18% Segundo periodo de parto

8% del parto

## Fx de riesgo

- Debilidad intrínseca de la pared.
- Multiparidad
- Intervalo intergenesico
- Edad materna avanzada
- Obesidad (IMC > 40)
- Macrosomía
- Placentación anormal
- Cx uterina previa
- Maniobras traumáticas.

## Clinica

Tríada clásica 10%

- Dolor
- Sangrado transvaginal
- Anormalidades FCF.

- Incapaz captar fcf
- Dolor abdominal severo
- Dolor en el pecho
- Dolor repentino agudo
- Sangrado transvaginal
- Taquicardia materna
- Cambia en el contorno abdominal.

## Complicación Intraparto

- > Riesgo 3%
- > Útero sano 40-80%
- > 1/5700 - 1/20000 embarazos sin cicatrices.

# Desprendimiento prematuro de Placenta normoinserta

Se produce antes del parto, sangrado vaginal, cuando el sitio desprendido se encuentra detrás de la placenta.

## Fisiopatología

- Rotura vasos maternos, acumula sangre.
- Hemorragia ↑ presión
- C.I.D. materna
- FC fetal categoría III
- Ausencia trauma agudo
- Desarrollo normal a espiral.
- Necrosis decidual
- Inflamación placentaria
- Hemorragia venosa + presión.

- Hipertonia
- Contracciones

## Clasificación

- > Desprendimiento leve
  - Afección materna
- > Desprendimiento mod (30-50%)
  - Oscura
  - Hipertónica
  - Dolor palpación
- > Desprendimiento masivo
  - Dolor brusco
  - Hipertonia ↑
  - Contrae
  - Atonía
  - Oscura
  - Shock hipovolemico
  - Maduración pulmonar

## Factores de riesgo

- Desprendimiento previo
- HTA
- Anomalías estructurales del útero.
- Consumo cocaína
- Fumar.
- ↳ Muerte fetal
- ↳ Separación placentaria > 50%
- Deficit ácido fólico.

## Etiologías

- Traumatismo abdominales directos.
- Traumatismo indirectas por mecanismo de cizallamiento
- Consumo cocaína

## Abordaje

- \*posterior
- sangrado
- USG
- Coágulos retroplacentarios
- placenta engrosada

## Clinica

- Dolor abdominal
- Contracciones
- Útero sensible a la palpación

## USG

- Hematoma retroplacentaria
- Hematoma preplacentaria
- Engrosamiento y subecogenicidad placentaria.
- Acumulación subcorionica.

## Inicio

- > Monitoreo FC fetal
- > Asegurar el acceso intravenoso
- > Adm. cristaloïdes (mantener ↑ diuresis 30 ml/h)
- > Monitoreo del estado hemodinámico de la madre.
- > Cuantificar pérdida de sangre.

## pronóstico

- Mortalidad materna (1%)
- Mortalidad fetal (50-70%)