

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana

Nombre del alumno: Yamili Lisbeth Jiménez Arguello.

Nombre del docente: Dr. Mauricio Solís Pérez.

Nombre del trabajo: Resumen de temas.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Clínica de ginecología y obstetricia.

Grado: 7° Grupo: B.

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de noviembre del 2023.

Aborto

Es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente:

Es la pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

Factores de riesgo:

- Edad materna entre 25 y 40 años.
- Anormalidades cromosómicas.
- Descontrol metabólico de DM1 y 2.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.

Diagnóstico:

- Mercurio: El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios.
-

Manejo expectante:

- 1 Resolución completa puede durar varias semanas y que las tasas de éxito son bajas.
- 2 Este método es altamente efectivo en aborto incompleto.
- 3 Niveles séricos de progesterona bajos predicen mayor probabilidad de que se resuelvan espontáneamente.

Tipos:

- Inducido.
- Espontáneo: Amenaza de aborto.
Incompleto.
Completo.
Diferido.
Inevitable.
Séptico.

Tratamiento:

- 1 Es necesario informar a las px que continúan el embarazo (falla del tratamiento médico), es necesario la realización de tratamiento quirúrgico.
- 2 A las px que se les haya proporcionado el tx médico del A.E. se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días, y continuar con un manchado por 2 semanas más.



Embarazo molar y ectópico

Molar: Complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por la multiplicación anormal de células llamadas trofoblastos.

Tipos:

- Embarazo molar completo.
- Embarazo molar parcial.

Causas: Es la fecundación de un óvulo de manera atípica.

Cuadro clínico:

- Sangrado vaginal
- Náuseas y vómitos.
- En ocasiones, expulsión de quistes con forma de uva por la vagina.
- Presión o dolor pélvico.

Factores de riesgo:

- Edad de la madre.
- Embarazo molar anterior.

Diagnóstico:

- Análisis de sangre.
- Ecografía.

Tratamiento:

- Dilatación y curetaje.
- Extirpación del útero.
- Control de la gonadotropina coriónica humana.

Ectópico: Se producen con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero.

Causas:

- Desequilibrios hormonales.
- Desarrollo anormal del óvulo fecundado también pueden intervenir.

Cuadro clínico:

- Ligero sangrado vaginal.
- Dolor pélvico.
- Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados.

Factores de riesgo:

- Embarazo ectópico anterior.
- Inflamación o infección.
- Tratamiento de fertilidad.
- Cirugía tubárica.
- Tabaquismo.
- Elección de un método anticonceptivo.

Diagnóstico:

- Prueba de embarazo.
- Ecografía.
- Ecografía transvaginal.
- Análisis de sangre.

Tratamiento:

- Metotrexato.
- Salpingostomía.
- Salpingectomía.
- Cirugía de emergencia.

Placenta previa

La inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

Clasificación:

- Placenta de inserción baja.
- Placenta oclusiva parcial.
- Placenta oclusiva total.
- Placenta marginal.

Clínica:

Una hemorragia indolora de sangre roja brillante y de intensidad variable.

Factores de riesgo:

- Incisión uterina
- Grado previo
- Edad materna
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Raza

Tratamiento:

- Parto o cesárea si la madre o el feto se encuentran inestables.

Diagnóstico:

- Exploración.
- Ecografía
- Cardiotocografía
- Especuloscopia.

Desprendimiento de placenta

Se refiere a una hemorragia en la interfase decidua-placenta.

Clasificación:

- Externa o aparente.
- Interna o no aparente.

Clínica:

- Hemorragia vaginal.
- Dolor abdominal.
- Dolor de espalda.
- Sensibilidad o rigidez.
- Contracciones uterinas.

Tratamiento:

- Hospitalización en caso severo.
- Transfusión.
- Cesárea en caso de hemorragia.

Ruptura uterina

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales.

Factores de riesgo:

- Cirugía uterina
- Miomectomía
- Cesárea
- Plastia uterina

Diagnóstico:

- Registro cardiotocográfico.
- Laparotomía posparto.
- Cesárea de emergencia.

Tratamiento:

- Laparotomía.
- Histerectomía.

Anomalías placentarias o de inserción placentaria

Se asocian a graves complicaciones que se presentan principalmente durante el momento del nacimiento y que causan altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

Diagnóstico:

Se realiza cuando el borde placentario se encuentre a menos de 20mm del OCI, sin llegar a cubrirlo; y el de placenta previa cuando el borde placentario cubre o rebasa el OCI.

Acretismo:

Se recomienda el uso del ultrasonido como la primera opción para el diagnóstico de acretismo, incretismo o percretismo placentario.

Tratamiento:

- Cesárea histerectomía.
- Incisión media infraumbilical.
- Evitar incisión transplacentaria.
- Preparar protocolo de hemorragia.

Factores de riesgo:

- Placenta previa.
- Placenta bilobulada.
- Embarazo gemelar.
- Inserción velamentosa del cordón.

Recomendaciones:

- Monitorización fetal.
- Longitud cervical 1-2 semanas.
- Inductores de maduración pulmonar entre 28 y 32 semanas.

Vasa previa:

Se recomienda el uso del ultrasonido abdominal y endovaginal, con imagen doppler, para mejorar la efectividad de la vasa previa.

Paciente con sospecha:

Se recomienda hospitalización, realizar ultrasonido para confirmar el diagnóstico y especuloscopia para evaluar la presencia de sangrado procedente de cavidad uterina.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se incluye dentro de la diabetes mellitus de tipo II y suele aparecer entre las semanas 24-28 de embarazo. Este tipo de diabetes se produce debido a un bloqueo de las hormonas insulina por parte de las hormonas del embarazo y, como consecuencia, se incrementan los niveles de glucosa en la sangre.

Factores de riesgo:

- Embarazo en mujeres mayores de 30-35 años.
- Grupos étnicos de mayor riesgo.
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Parto anterior de un bebé de más de 4 kg.
- Hipertensión arterial.

Diagnóstico:

- Test de O'Sullivan.

Síntomas:

- Fatiga.
- Visión borrosa.
- Sed.
- Banos frecuentes de orinar.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de peso.
- Infecciones urinarias.

Dieta y tratamiento:

- Hacer ejercicio moderado.
- Consumir alimentos en fibras.
- Evitar la bollenta.

Riesgos para la madre:

Desprendimiento de placenta, parto prematuro, preeclampsia, parto por cesárea y mayor incidencia de diabetes mellitus en los años posteriores al embarazo.

Riesgo para el bebé:

La glucosa de la sangre de la madre puede pasar a través de la placenta al bebé, convirtiéndose en grasa y generar macrosomía, es decir, un bebé de alto peso.

Después del parto, el bebé puede sufrir crisis hipoglucémicas, dificultad para respirar e ictericia. También hay una mayor tendencia de sufrir diabetes y obesidad en la edad adulta.

Hipertensión en el embarazo

Presión arterial alta

Fuerza de la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos es más alta de lo habitual.

Valores

Presión sistólica (PAS) = > 130

Presión diastólica (PAD) = > 80

Los desórdenes hipertensivos durante el embarazo:

- 50,000 muertes maternas.
- 900,000 perinatales.

Se diagnostica cuando las cifras:

- Encima de 140-90 mm/Hg
- Sin proteinuria (< 300 mg/24 hrs).

Factores de riesgo:

- Edad materna.
- Obesidad.
- Tecnología de reproducción asistida.
- Comorbilidades maternas
- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedad renal.

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina y hematocrito.
- Recuento plaquetario
- Deshidrogenasa láctica (DLH).
- Creatinina.

Tratamiento farmacológico

Se recomienda la metildopa como medicamento de primera línea en el tratamiento de hipertensión gestacional.

Los bloqueadores de canales de calcio han demostrado ser seguros en el tratamiento de hipertensión gestacional demostrado una reducción significativa de la presión arterial materna.

Se debe utilizar hidralazina como alternativa de segunda línea.

Síndrome de HELLP

Es una complicación multisistémica en el embarazo.

Hemólisis

Enzimas hepáticas elevadas

Nivel bajo de plaquetas

Factores de riesgo:

- Multiparidad.
- Edad materna >25 años
- Raza blanca
- Antecedentes de aborto.

Manifestaciones clínicas:

- Edema
- Cefalea
- Hipertensión
- Ictericia
- Náuseas
- Vómito

Epidemiología

- El 70% de los casos se presenta antes de terminar el embarazo.
- El 30% se diagnostica en las primeras 40 horas del parto.
- Afecta entre el 0.5% y el 0.9% de los embarazos y el 20% de los embarazos complicados con preeclampsia grave.

Síndrome fosfolipídico

Es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípido (ACAF), fenómenos trombóticos y/o pérdidas fetales recurrentes.

Diagnóstico:

- Se caracteriza por la presencia de ACAF, trombosis (arterial o venosa) y/o pérdidas fetales de repetición.

Manifestaciones clínicas asociadas:

No se pueden utilizar para establecer un diagnóstico definitivo.

Tipos de síndrome:

- Síndrome antifosfolípido.
- Síndrome antifosfolípido secundario.
- Síndrome antifosfolípido catastrófico.