



MEDICINA HUMANA

Hernández Morales Jazmín

Dr. Solís Pérez

RESUMENES

PASIÓN POR EDUCAR

Clínica de ginecología y obstetricia

7°B

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de noviembre del 2023

ABORTO

Términación espontánea o provocada de la gestación antes de la semana 22 con un peso de 500 gr.

[>22 (23) SDE
>500 (600) gr] muerte fetal

Clasificación

- ▶ Temprano → 12 SDE
- ▶ Tardío → 20 SDE
- ▶ Gestación →
- ▶ Espontáneo → antes de las 20 SDE

FACTORES DE RIESGO

- Polipos > 2 cm
- Miomas submucosa (perdida temprana)
- >36 años (mas probabilidad de aborto)
- Anormalidades cromosómicas → más común
- Descontrol metabólico de DM1 y DM2
- Toxicomanías

Tipos

Aborto espontáneo

- Amenaza de aborto → sangrado vaginal con dilatación cervical antes de las 20 SDE.
- Aborto incompleto → materia fetal o placentario en útero
- Aborto completo → expulsión total.
- Aborto diferido → retención en cavidad uterina
- Aborto inevitable → no se puede detener los síntomas
- Aborto séptico → infectado

→ Aborto inducido

provocado por medicamentos

→ Mifepristona y Misoprostol.

antes de la semana 10
200 mg por vía oral
800 mg vía bucal
Después de la mifepristona
(de 10 a 13 SDE)

Misoprostol

antes de 13 SDE
800 mcg vía bucal, sublingual
cada 3 horas hasta la expulsión

13 a 24 SDE → eficacia 64% - 24 h
400 mcg vía vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta la expulsión total fetal y placentaria.

Diagnóstico

- USG - & - transabdominal
- transvaginal

EMBARAZO MOLAR Y ECTÓPICO

Un embarazo molar ocurre cuando el tejido normalmente se convierte en un feto en su lugar se transforma en un crecimiento anormal en el útero, a pesar de que no es un embrión, esta masa provoca síntomas de embarazo

- Corio carcinoma → Tumor maligno del epitelio trofoblástico
- Mola completa → Ausencia del tejido embrionario o fetal
- Mola invasora → Lesión localmente invasora.
- Mola parcial → presencia de tejido embrionario o fetal.
- Tumor del sitio placentario → Tumor extremadamente raro.

Factores de riesgo

- > 35 años
- antecedentes de aborto espontáneo
- Dieta baja de ácido fólico.

Síntomas

- Sangrado
- Útero más grande de lo normal
- Náuseas y vómitos
- hipertiroidismo
- secreción vaginal de tejido con forma de uva

Diagnóstico

- ecografía pélvica
- Ultrasonido
- Análisis de sangre

Tratamiento

- AMEO
- histerectomía

Embarazo ectópico

embarazo en el que el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero (trompas de falopio)

- ### Síntomas
- sangrado
 - Dolor.

Diagnóstico

- prueba de embarazo
- ecografía
- CGA

Tratamiento

- cirugía (cesárea)
- metotrexato.

Factores de riesgo

- emb. ectópico previo
- anomalías (trompas de falopio)
- uso actual de DIU.

PLACENTA PREVIA

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA RUPTURA UTERINA.

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero

Clasificación

- Placenta de inserción baja → el borde placentario se encuentra a 2 cm del orificio cervical.
- placenta oclusiva parcial → La OCI está cubierta de manera parcial por la placenta
- placenta marginal → La placenta llega justo al borde del OCI, no sobrepasa
- placenta oclusiva total → cubre completamente la OCI.

Factores de riesgo (maternas)

- ▶ Inicciones uterinas previas
- ▶ Legrado previos
- ▶ edad materna
- ▶ multiparidad
- ▶ Tabaquismo
- ▶ Raza

Clinica

- ▶ hemorragia (sangre roja brillante)
- ↓
- ▶ contracciones prematuras (Dolor)

Diagnóstico

- ▶ Amniocentesis
- ▶ exploración obstétrica
- ▶ ecografía transvaginal
- ▶ cardiotografía
- ▶ especuloscopia

Tratamiento

- internación y actividad (bajas)
- parto o cesárea

Desprendimiento de placenta

hemorragia en la interfase decidua-placenta que da lugar a la separación parcial o total de la placenta del fondo uterino

Clasificación

- Externo o aparente
 - la cual la sangre escapa del útero (sangrado vaginal)
- interna o no aparente
 - la sangre permanece dentro del útero

factores de riesgo

- embarazos múltiples
- tabaquismo
- consumo de drogas
- hipertensión

Clinica.

- hemorragia vaginal
- Dolor abdominal
- Dolor de espalda
- contracciones uterinas

Tratamiento

- hospitalización
- transfusión
- cesárea → sospecha de hemorragia.

ANOMALIAS PLACENTARIAS

Se asocia a diversas complicaciones maternas y fetales relacionadas con la hemorragia obstétrica.

Sospecha

en pacientes con sospecha clínica de anomalías de inserción placentaria o de vasa previa, se recomienda hospitalización, realizar USG para confirmación de diagnóstico.

Distancia < 20 mm \rightarrow confirmar a los 32 SDC

Trastornos

- \rightarrow acreta \rightarrow cuando se adhiere al miometrio
- \rightarrow iacreta \rightarrow se encuentra en todo el espesor del miometrio
- \rightarrow percreta \rightarrow cuando se sale del miometrio y atraviesa la serosa.

Diagnostico

- se realiza cuando el borde placentario se encuentre < 20 mm
- Acretismo - ultrasonido
- \rightarrow cistoscopia

Factores de riesgo

- \rightarrow placenta previa
- \rightarrow placenta bilobulada
- \rightarrow Embarazo gemelar

Tratamiento

- Cesaria
- histerectomía
- incisión media infraumbilical
- No uso de uterotónicos

Vasa previa

- uso de ultrasonido abdominal y endovaginal, con imagen Doppler.

Recomendaciones

- inductores de maduración pulmonar
- monitorización
- Longitud cervical cada 1-2 semanas

DIABETES GESTACIONAL

Se produce debido a un bloqueo de la hormona de insulina y con consecuencia, se incrementa los niveles de glucosa en la sangre,

Causas

- crecimiento del feto durante el tercer trimestre
- insulina resistencia
- hiperglucemia

Factores de riesgo

- > 30-35 años
- Antecedentes familiares
- hipertensión arterial
- polihidramnios
- sobrepeso
- síndrome de ovario poliquístico

Diagnostico

Glucosa plasmática en ayuno $\rightarrow \geq 92$ mg/dL

Glucosa plasmática 1hr pos carga $\rightarrow > 180$ mg/dL

Glucosa plasmática 2 hrs pos carga $\rightarrow > 153$ mg/dL

3hrs pos carga $\rightarrow > 140$ mg/dL

- Realizar CTGO con carga de 75gr en las mañanas ayuno de 8hrs.

Tratamiento

- ejercicio
- glucosa en ayuno < 90 mg/dL
- metformina $\rightarrow 500 - 855$ mg
- glibenclámda \rightarrow inicial de 2,5 mg via oral por la mañana $\rightarrow 5$ mg c/12hrs (20 mg)
- insulina

HIPERTENSIÓN

Presión sistólica de ≥ 130
Presión Diastólica de ≥ 80

La presión arterial alta generalmente no presenta signos ni síntomas.

La presencia de PAO ≥ 90 mm/Hg, mediada en 2 ocasiones con una diferencia de 4 hrs o una PAO > 110 mm/Hg y una PAD > 140 mm/Hg

La causa más frecuente de morbilidad - mortalidad tanto de la mujer y el feto con los trastornos hipertensivos

Factores de riesgo

- ▶ edad materna
- ▶ obesidad
- ▶ comorbilidades
 - Diabetes
 - hipertensión
 - Enf. renal

clasificación

crónica → antes del embarazo
◦ antes de la semana 20

Gestacional → después de la semana 20

Clasificación

- hipertensión crónica → seguimiento mes a mes
- HC + preclampsia → sobregregada
- H. gestacional → > 20 semanas → $140/90$ sin proteinuria
- Pre eclampsia → proteinurias
- Eclampsia → hipertensión + convulsiones (con antecedentes de epilepsia)
- Síndrome de Hellp → complicaciones más grave (anemia, ↑ enzimas hepáticas)
↓
↓ de plaquetas

Diagnóstico

- cifras de $140/90$ mm/Hg
- después de la semana 20
- sin proteinuria (< 300 mg/24 hrs)

Laboratorios

- hemoglobina y hematocrito
- recuento plaquetario
- Deshidrogenasa láctica
- creatinina y proteinuria

SINDROME DE HELLP & FOSFOLIPIDICO.

complicación multisistémica en el embarazo
tiene una incidencia entre la semana 27 y 37

Factores de riesgo

- multiparidad
- edad materna (>35 años)
- raza blanca
- antecedentes de aborto

manifestaciones clínicas

- edema
- aumento de peso
- dolor abdominal
- malestar general
- cefaleas
- visión borrosa
- náuseas y vómitos
- hipertensión

Laboratorios

- anemia hemolítica microangiopática
- hemólisis → ↑ de DHL (>600 UI/L)
- trombocitopenia → $< 120 \times 10^9/L$
- aumento de DHL y AST.
- proteinuria, elevación de creatinina, hiperuricemia

Tratamiento

- interrupción de embarazo
- esteroides para maduración pulmonar
(dexametasona 8mg IV c/12hrs)
- estabilización de HA, hidratación
profilaxis de convulsiones

Síndrome fosfolipídico

es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos

Diagnóstico

- presencia de AcAF, trombosis y/o pérdidas fetales de repetición