



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Juan Bernardo Hernández López

Docente: DR. SOLIS PEREZ MAURICIO

Nombre del trabajo: Resúmenes de unidad

Materia: Clínica de Ginecología y obstetricia

Grado: 7°

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de noviembre de 2023.

Anomalías Placentarias o de Inserción.

- Las anomalías en la placentación se asocian a diversas complicaciones maternas y fetales, fundamentalmente relacionadas con la hemorragia Obstétrica

Suspecha → En pacientes con sospecha clínica de anomalías de inserción placentaria o de vasa previa, se recomienda hospitalización, realizar ultrasonido para confirmar el dx y espiculoscopia para evaluar la presencia de sangrado procedente de cavidad uterina.

- Se recomienda realizar ultrasonido abdominal de fémur para la detección de placenta previa en pacientes con antecedente de cesárea previa, antecedente de placenta previa en gestaciones previas.

- La confirmación diagnóstica la placenta previa o inserción lateral de placenta, debe apartir de las 32 semanas de gestación.

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

En presencia de acortismo se podría considerar el uso de RM y la citoscopia

Tx.

- Cesaria histerectomía, sin manipular placenta
- Invasión media infraumbilical
- Evitar invasión transplacentaria
- preparar protocolo de hemorragia invasiva

FR

- placenta previa
- II bilobulada
- Embarazo gemelar
- Inserción velamentosa del cordón umbilical.

Recomendaciones

- Inductores de maduración pulmonar entre la 28 y 32
- Monitoreo con fetal intermitente
- Longitud cervical cada 1-2 semanas

Hipertensión en el embarazo.

- También llamada HTA o hipertensión se produce cuando la presión arterial.

• La PA ↑ generalmente no presenta signos ni síntomas por eso lo peligrosa.

"Fuerza de la carga que fluye a través de los vasos sanguíneos es + alta de lo habitual"

La causa más frecuente de morbi-mortalidad tanto de la mujer como en el feto son los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Se diagnostica cuando → Las cifras tensionales están por

- Encima de 140/90 mm/Hg
- Después de la semana 20 de gestación, en px previamente normotensa.
- en proteinuria (>300 mg/24 hrs).

FR.

- Edad materna
 - Tecnología de reproducción asistida
 - Obesidad
 - Comorbilidades maternas
- Diabetes
→ Hipertensión
→ Enf. Renal.

Riesgo de morbi-mortalidad fetal

- Aumenta debido a la ↓ del flujo sanguíneo utero-placentario vasoespasmo, Restricción del crecimiento, hipoxia, desprendimiento de la placenta

Puede clasificarse como:

• Crónica: PA < del embarazo o antes de la semana 20 semanas de gestación

• Gestacional: Aparece después de las 20 semanas de gestación (típicamente después de la semana 37).

Ambos tipos de hipertensión ↑ el riesgo de preeclampsia y de eclampsia

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina y hematocrito

- Recuento plaquetario

- Deshidrogenasas lácticas

- creatinina (cuantificación de proteínas en Orina de 24 hrs.)
- Medición de ácido úrico.

Tx farmacológico.

- Metildopa (1ra línea)

- Bloqueadores de canales de calcio

- Hidralazina (2da línea)

SINDROME DE HELLP

- Es una complicación multisistémica en el embarazo

Hemólisis: Hemólisis

Elevated liver enzymes: enzimas hepáticas elevadas

Low platelets: Nivel bajo de plaquetas.

Epidemiología

- El 70% de los casos se presenta antes de terminar el embarazo
- El 30% se diagnostica en las primeras 48 hrs del parto
- Afecta entre el 0.5% y el 0.9% de los embarazos y el 20% de los embarazos complicados con preeclampsia grave.
- * Tiene una incidencia entre la semana 27 y 37.

Factores de riesgo

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

Fisiopatología

- Semedante a preeclampsia grave
- Enfermedad inducida por la placenta pero con un proceso inflamatorio agudo, más grave y dirigido, principalmente contra el hígado
- Irritación de foliculo incompleto o aneural en las arterias espirales ocasionando que sean más cortas

↓

- Injuria placentaria
- Estrés oxidativo
- Óxido nítrico
- prostaglandinas
- Endotelina
- Lesión endotelial vascular
- Agregación plaquetaria
- Disfunción endotelial
- Hipertensión
- Disfunción multisistémica.

T
R
A
T
A
M
I
E
N
T
O

- Interrupción del embarazo cuando la gestación es > 29 semanas
- Tx conservador en las semanas 24 y 34, adm de esteroides para la maduración pulmonar y programación de interrupción del embarazo en los prox 48 hrs (dexametasona 8 mg iv cada 12 hrs; Betametasona)
- El tx conservador está contraindicado en px con datos de CID o condición clínica deteriorable.

Síndrome Fosfolipídico

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

• Anticuerpo antifosfolípido

- Son un grupo heterogéneo de inmunoglobulinas (Ig), fundamentalmente IgG, IgM e IgA, que se ligan al complejo formado por fosfolípidos aniónicos principalmente cardiolipina y proteínas plasmáticas que se ligan a estos fosfolípidos.

Estos proteínas son fundamentalmente beta 2-glicoproteína 1 (β2-GP1) y protrombina.

- Estos anticuerpos provocan la aparición de trombosis alterando la función que estas proteínas tienen en el proceso de la coagulación, además de actuar directamente sobre el endotelio vascular y el sistema inmune.

Detección de laboratorio de 2 formas

- por su interferencia con las pruebas de coagulación fosfolípido-dependientes

- Mediante Elisa.

Diagnóstico se caracteriza por la presencia de AaF, trombosis (arterial o venosa) y/o pérdidas fetales de repetición

Manifestaciones clínicas asociadas al síndrome antifosfolípido:

- Enfermedad vascular cardíaca
- Manifestaciones neurológicas
- Manifestaciones cutáneas
- Trombocitopenia.
- Manifestaciones renales

• No se pueden utilizar para establecer un diagnóstico definitivo de SAF

Tipos de síndromes

- Síndrome antifosfolípido primario
- Síndrome antifosfolípido secundario
- suele parecer de forma aislada
- Asociado a otras enfermedades autoinmunes
- síndrome antifosfolípido catostófico
- forma clínica perniciosa de SAF / presencia de trombosis.

Manejo del síndrome antifosfolípido.

AaF + NO manifestaciones pueras obstétricas o trombóticas:

- aCL-, aCA+ < 40: no hacer nada
- aCL+ y/o aCA 19G y/o anti β2-GP1 o títulos altos: AAS 75-100 mg/día.

ABORTO

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.

perdida repentina de la gestación o aborto recurrente: Es la pérdida espontánea en 2 ó más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

- Factores de Riesgo.
- Edad materna entre 25 y 40 años de relación
 - Anomalías cromosómicas, responsables de 19% (A. Espontáneos)
 - Descontrol metabólico de DM 1 y 2
 - Consumo de alcohol / tabaco / cocaína
 - IMC > 25 kg/m²
 - polipos > 2 cm
 - Miomas submucosos
 - Aborto previo.

Diagnóstico.

- Ultrasonido transabdominal y transvaginal con complementarias.
- La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hCG urinaria es un excelente marcador.

Tx farmacológico del aborto espontáneo.

- Necesario informar a las px que de continuar el embarazo (Fallo del tratamiento médico) es necesario la realización de tratamiento quirúrgico.

Manejo expectante.

Método es preferentemente indicado en px con cura intacta que no sean tratamiento quirúrgico ni médico.

- Se le debe explicar que la expulsión de las restas puede ocurrir en horas ó días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3 ó 4 días y continuar con un manchado por 2 semanas más.
- El aborto incompleto, detenido, inevitable y en evolución pueden ser manejados únicamente con prostaglandinas. No existe diferencia significativa entre la evacuación médica o qx

Indicaciones para AMEU:

- Siempre y cuando se tenga una altura menor a 11 cm y dilatación cervical menor ó = 1cm.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 hrs después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto séptico hasta 6 a 8 hrs " " " " " ". La profilaxis antibiótica se encuentra en discusión en 11 de 15 estudios clínicos aleatorizados apoyan el uso de profilaxis antibiótica al momento de realizar AMEU o LU

- Se recomienda régimen de antibiótico con doxiciclina 100 mg oral una hora previa al procedimiento y 200 mg oral después de realizado el AMEU o LU

Manejo del dolor durante

el aborto con medicamentos

→ A las 13 semanas o menos de gestación:

- Se recomienda el uso de medicamentos antiinflamatorios → Etoricoxib
- Se pueden usar narcóticos
- paracetamol o acetaminofen No se recomienda.

DIABES 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 la hormona insulina por parte de las hormonas insulina por parte de las hormonas del embarazo y como consecuencia, se incrementan los niveles de glucosa en la sangre

→ En la mayoría de los casos los niveles de glucosa retornan a la normalidad después del parto, siendo su prevalencia de uno a un 3%.

Causas.

- El rápido crecimiento de feto durante el 3er trimestre de embarazo requiere grandes cantidades de glucosa que obtiene de la madre
- Las hormonas que produce la placenta bloquean la acción de la insulina producida por la madre y aumenta el nivel de azúcar disponible para el feto

- La respuesta normal del cuerpo ante esta situación de insulinoresistencia es que el páncreas de la madre produzca más insulina durante el embarazo

Hiperoglucemia.

Factores de riesgo.

- Embarazo en mujeres mayores de 35
- Gpos étnicos de mayor riesgo: hispanoamericano, afroamericano, nativo americano
- Hipertensión arterial - polihidramnios
- Antecedentes familiares de diabetes
- Parto anterior de un bebé de más de 4 kg (macrosoma) o alteraciones genéticas.

Dx.

- La prueba que se realiza a los embarazados para saber si sufren diabetes gestacional es el denominado test de O'Sullivan. (semana 24) FR puede hacerse en el 1er trimestre.

→ Si la mujer obtiene unos resultados alterados (más de 95 mg/dl en ayunas y más de 140 mg/dl después de haber ingerido el azúcar)

- Indicador de diabetes gestacional 1 Repeti.

- Tx
- Ejercicio moderado
 - Alimentos ricos en fibra
 - Evitar la bollería.
 - Ejercicio mensual.

EMBARAZO MOLAR

→ Enfermedad trofoblástica gestacional

- Un embarazo molar (mola hidatidiforme) y otros tipos de enfermedad trofoblástica gestacional corresponden al crecimiento de un óvulo fecundado anormal o al crecimiento excesivo de tejido de la placenta.

Síntomas.

- Sienten que están embarazadas.
- Los embarazos molares pueden causar complicaciones graves, como las siguientes:
 - Sangrado grave, posiblemente con presión arterial peligrosamente baja.
 - Hipertensión arterial grave junto con una concentración elevada de proteínas en la orina.
 - Quistes en los ovarios.

Diagnóstico.

- Análisis de sangre • Ecografía.

Tx del embarazo.

- Extirpación de la mola
- prueba para verificar la recurrencia y la diseminación
- si es necesario quimioterapia.

Se producen con mayor frecuencia en los tiempos de folopio.

Síntomas.

- posibles síntomas de un embarazo normal
- Puede existir un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico.

Estadificación

- Estadio I: Tumor se encuentra sólo en cuerpo del útero
- " II: " " ha diseminado fuera del útero hacia el ovario.
- " III: " " " a los pulmones
- " IV: " " " a lugares más alejados, como cerebro, hígado, riñones y/o digestivo.

Embarazo ectópico.

Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.

Factores de riesgo.

- Embarazo ectópico con anterioridad
- Inflamación o infección
- Elección de un método anti-conceptivo
- Tx de fertilidad.
- Tuberculosis.

Dx.

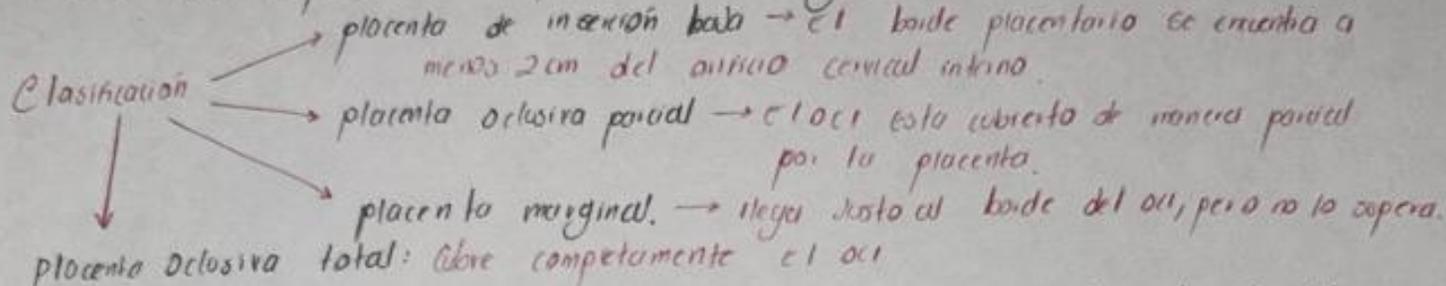
- Examen pélvico
- prueba de embarazo
- Ecografía / transvaginal.

Tx.

- Laparoscopia.
- Metotrexato
- cirugía de emergencia.

Placenta Previa, desprendimiento de placenta y ruptura Uterina.

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



Factores maternos: - Incesiones uterino
 Pirmas
 - Legrado previo - Edad materna - Multiparidad - Tabagismo - Razo

FR → factores ovulares: Retraso de la maduración del blastocito podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

Clinica.

- La hemorragia indolora de sangre roja brillante y de intensidad variable.
- puede acompañarse de contracciones uterinas (prematuros) que causan dolor.

Dx

- Anamnesis - Exploración obstétrica externa
- Ecografía transvaginal - Cardiotopografía
- Especulos copia.

Tx

- Internación y actividad modificada en el primer episodio de sangrado < de las 36 semanas
- parto o cesárea si la madre o el feto se encuentran inestables

Desprendimiento

- También llamado (abruptio placentae)
- hemorragia en la interfase decidua-placenta que da lugar a una separación parcial o total → Se clasifica en externa o aparente
- si la madre está estable, cesárea a las 36 semanas 10 días o 37 semanas 16 días.
- Interna o no aparente.

FR

- Edad materna (menor ó mayor) - tabagismo - Hipertensión - Oligo hidramnios
- Embarzos múltiples - Drogo - Ruptura de membranas - Mala alimentación.

completa expansión del miometrio con ó

sin expulsión de partes retales

Clinica.

Tx

- Hemorragia vaginal - Hospitalización
- Dolor abdominal - Transfusión
- " Espalda - Cesárea Hemorragia O.

Ruptura Uterina

Dx

- Rigidez cardiotopográfica - se confirma
- Dolor abdominal severo con una cesárea
- " Redo thombio / cicatriz

Tx

- Laparotomía Oportuna.
- Control hemorrágico.