

ABORTO SEGURO.

1º Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la vida fetal sea viable (< 22 SDG o Peso < 500 gr.).

2º Clasificación.

- | | | | |
|---------------|---|---------------------|---------------------|
| a) Espontáneo | } | - Amenaza de aborto | - Aborto Diferido |
| b) Inducido | | - Aborto Incompleto | - Aborto Inevitable |
| - Mecánico | | - Aborto Completo | - Aborto Séptico. |
- Farmacológico.

3º Factores De Riesgo.

- Anomalías Congénitas antes de 12 smb (70-80%)
- Edad materno mayor a 35 años
- Abortos previos
- Fumadoras / Alcohólicas / Drogadictas.
- Sobrepeso u Obesidad materna
- Infecciones del tracto vaginal en el embarazo
- Patologías en el Cuello Cervical o Uterino.
- Prevalencia de tricómios fetal
- Polipos > 2 cm
- Miomas submucoso

4º Diagnóstico.

1º Clínica e identificación de factores de riesgo

2º Ultrasonido

3º Medición de Subunidad beta de b Gonadotropina Coriónica humana.

4º Diagnóstico Diferencial.

1º Embarazo Ectópico

2º Embarazo Anembrionario.

3º Se realiza diagnóstico diferencial toda vez que exista una prueba de embarazo positivo y no es posible localizar la gestación por ecografía.

5º Clínica De Aborto Espontaneo.

1º Amenazo de Aborto.

- Orificio Cervical cerrado
- < 22 cmg
- Sangrado transvaginal
- Molestia suprapubica.

2º Aborto Incompleto.

- Dilatacion Cervical
- Expulsion separada de placenta y feto
- Sangrado que no cesa
- Tacto vaginal para restos en Cervix.

3º Aborto Completo.

- Dilatacion Cervical normal
- Abundante sangrado
- Cervix cerrada.

6º Tratamiento.

1º Aborto Espontaneo.

- Tratamiento especifico para posibles complicaciones.

2º Aborto Inoluido

a) Farmacologico.

- Mifeprestona + Misoprostol < 10cmg
200mg de mifeprestona VO / 800mcg de misoprostol, sublingual / 2-3 dias despues de mifeprestona.

- Mifeprestona + Misoprostol 10-13cmg.
200mg / mifeprestona / VO + 600mcg / misoprostol / sublingual /

- Mifeprestona + Misoprostol > 13cmg.
200mg / mifeprestona / VO + 400mcg misoprostol / sublingual.

4º Aborto Diferido.

- Hallazgo
- Producto muerto
- Sin dolor o molestia.

5º Aborto Inevitable.

- Membranas rotas
- Salida de liquido inevitable
- Tiro de Nitrosina
- PH > 7.

6º Aborto Septico.

- Cualquiera de los anteriores + Intencion.

- Misoprostol Puro < 13cmg.

- 85% eficacia
- 800mcg / sublingual / 3 hrs.

- Misoprostol Puro de 13-24 cmg.

- 64% de eficacia.
- 400mcg / sublingual / cada 3 hrs.

b) Mecanico o Instrumentado

- AMEU
- LEGRADO.

EMBARAZO MOLAR.

1: Definición.

Un embarazo molar es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizado por la aparición de un tumor benigno que se desarrolla en el útero a causa de un embarazo no viable. Donde puede o no que haya un embrión o tejidos placentarios.

2: Factores De Riesgo.

- Edad materna >35 años
- 2 o mas abortos previos
- Dieta baja en ácido fólico
- Tabaquismo materno.
- Antecedentes de enfermedad trofoblástica.

3: Signos y Síntomas.

- Sangrado transvaginal intenso de color rojo rutilante o rojo vinoso
- Náuseas y vómito
- Choque Hipovolémico
- Metrorragia (97%)
- Expulsión de Vesículas
- Insuficiencia respiratoria Aguda.

4: Diagnóstico.

- 1º Anamnesis (signos y síntomas)
- 2º Exploración General
- 3º Exploración Ginecológica.
- 4º Ecografía

5- Determinación de β -HCG

5: Diagnóstico Diferencial.

- Abortos espontáneos
- Embarazo ectópico
- Error en fecha de última regla
- Mioma gestacional
- Hidramnios
- Hematometra
- Embarazo múltiple.

6: Tratamiento.

- Legrado por aspiración
- Mifepristona ± Misoprostol
- Terminación médica del embarazo
- Histerectomía abdominal
- Quimioterapia (metotrexato)
- Control de β -HCG.
1º 3 títulos negativos < 5mUI/ml

7: Clasificación.

- Mola total o Completa.
1º Mas frecuente de todas
2º Ausencia de tejidos y de amnios
3º Fecundación de Ovulo con material genético ausente o inactivo.
Espermatozoide 23X
Cariotipo 46XX / 46XY

- Mola Parcial.

- 1º Tejido embrionario y amnios presente.
- 2º Material genético materno
- 3º Cariotipo 69XXY
- 4º Ovulo fecundado por 2 espermatozoides.

EMBARAZO ECTOPICO.

1: Definición.

El embarazo ectópico es la implantación de un ovulo fecundado en una localización anómala fuera de la cavidad uterina, siendo el sitio de implantación mas comun las trompas de Falopio (ampolla).

2: Factores De Riesgo.

- Tabaquismo
- Multigesta
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Utilizar DIU
- Cirugías abdominales previas
- Edad mayor a 35 años
- Defecto congénito de trompas uterinas
- Endometriosis
- Cuerviz uterina.

3: Diagnostico.

- 1º Prueba de embarazo positivo
- 2º Dolor pelviano
- 3º Sangrado transvaginal
- 4º Ecografía. Con cavidad uterina limpia.

4: Diagnostico Diferencial.

- 1º Enfermedad pélvica inflamatoria
- 2º Embarazo molar
- 3º Apendicitis.

5: Tratamiento.

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

PLACENTA PREVIA.

1º Definición.

Se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero pudiendo cubrir el orificio cervical interno.

2º Clasificación.

- Placenta de inserción baja
- Placenta marginal
- Placenta oculta o parcial
- Placenta oculta total.

3º Factores De Riesgo.

- Factores Ovulares. (Retraso en la maduración del blastocito)
- Factores Maternos.
 - 1º Anovulaciones uterinas previas
 - 2º Legrados previos
 - 3º Edad materna >35 años
 - 4º Multiparidad
 - 5º Tabaquismo
 - 6º Raza.

4º Diagnóstico.

- Anamnesis (identificar signos y síntomas)
- Exploración obstétrica externa
- Ecografía
- Cardiología
- Especuloscopia.

5º Diagnóstico Diferencial.

Se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia obstétrica durante el 2º trimestre o 2ª mitad de gestación:

- Polipos
- Neoplasias
- Traumatismos
- Ruptura de vasos previos
- Ruptura uterino
- Prolapso de cordón umbilical

6. Tratamiento.

- Paciente en vigilancia intrahospitalaria
- Programar parto o cesárea.
 - < 36 smg
 - ≥ 37 smg.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA.

1. Definición.

También llamado (abruptio Placentae) se refiere a una hemorragia en la interfase decidual-Placentaria que da lugar a la separación parcial o total de la placenta del fondo uterino antes del nacimiento del feto.

2. Clasificación

a) Externo o Aparente.

- Sangre escapa de útero
- Sangrado transvaginal.

b) Interno o no aparente.

- Sangre dentro de útero.

3. Factores De Riesgo.

- Edad materna < 20 años o > 35 años
- Embarazos múltiples. en pacientes jóvenes
- Tabaquismo y/o Toxicomanías
- Cesáreas iterativas
- Periodo intergenésico corto.
- Ruptura prematura de membranas
- Corioamnionitis.
- Oligohidramnios
- Coagulopatías
- Infecciones intrauterinas
- Enfermedad hipertensiva en el embarazo.
- Traumatismos

4º Diagnóstico.

- Clínica (Hemorragia vaginal / Dolor abdominal / Rigidez Uterina / Contracción uterina).
- Anamnesis.
- Ecografía.
- Anatomopatológico (Coágulo Retroplacentario)
- Dímero D / Trombomodulina.

5º Diagnóstico Diferencial.

- Ruptura uterina
- Leiomioma
- Cáncer Cervical
- Placenta Previa
- APP
- DPPNI grave.

6º Clasificación PAGE.

- Grado 0
 - * Asintomática
 - * Grado 1
 - * Leve
 - * Desprendimiento < 25%
- Grado 2
 - * Moderado
 - * Desprendimiento 25-50%
- Grado 3.
 - * Grave / Desprendimiento > 50%

7º Tratamiento.

- Hospitalización
- Transfusión sanguínea
- Inducir y Preparar Cesarea

RUPTURA UTERINA.

1º Definición.

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina fetal, peritoneal y que requiere de una cesarea urgente. //².

Es la solución de la continuidad de la pared uterina en el útero gravido, como resultado de un desgarramiento espontáneo del útero.

2. Factores De Riesgo

- Cirugía uterina previo
- Miomectomía
- Cesárea anterior
- Placenta uterina
- Periodo intergenésico de 18-24 meses con cesárea anterior
- Ruptura uterina previa
- Uso de prostaglandinas Ez con cesárea previa.
- Tener más de 1 cesárea.

3. Diagnóstico.

- Clínico (Dolor abdominal severo / Sangrado Transvaginal anormal / Cese de actividad uterina / Taquicardia materna /).
- Laparotomía
- Anamnesis.

4. Diagnóstico Diferencial.

- Choque (hipovolemia)
- Causas de sangrado del 2do y 3er trimestre aunque clínicamente es muy evidente e inconfundible.

5. Tratamiento.

- Laparotomía con cesárea
- Histerectomía.

ANOMALIAS PLACENTARIA.

1. Definición.

Es toda aquella alteración en la inserción placentaria que altera la funcionalidad placentaria y viabilidad del embarazo. Los patologías más comunes son:

- a) Placenta Previa; Es un trastorno que se produce durante el embarazo en el que la placenta cubre total o parcialmente el orificio cervical interno.
- b) Placenta Accreta; Afección grave que ocurre cuando las arterias espirales se adhieren profundamente a la capa basal uterina.
- c) Placenta Increta; Afección grave en la placenta en desarrollo donde las arterias espiraladas se adhieren a la pared muscular uterino y casos más graves a tejidos fuera de cavidad uterino.
- d) Placenta Percreta; Placenta invade tejidos fuera de cavidad uterino.

2. Factores De Riesgo.

- Hipertensión gestacional
- Cesáreas previas
- Edad materna avanzada
- Tratamiento de infertilidad
- Tabaquismo.
- Antecedente de aborto
- Cirugía uterina previa.

3. Diagnóstico.

- a) Clínico + Anamnesis.
- b) Ultrasonido (Gold Estándar) Endovaginal y/o Doppler.
- c) Resonancia magnética.

4. Diagnóstico Diferencial.

- Placenta de inserción baja
- Desprendimiento Placentario.

5. Tratamiento.

- Hospitalización (Pacientes Inestables)
- Interrupción del embarazo ≥ 36 semanas
- Esquema de maduración pulmonar ≤ 34 semanas
- Programación de Cesárea.

DIABETES GESTACIONAL.

1º Definición.

Según lo GPC 2019 se define como "Un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después del nacimiento del producto.

2º Factores De Riesgo.

- Sobrepeso u Obesidad
- Edad materna avanzada
- Antecedentes heredo-familiares
- Vida sedentaria
- Diabetes gestacional previa
- Deficiencia en la dieta.

3º Diagnóstico.

- Cribado Intencional a las 24-28 SDG

- Test de Sullivan Poso Unica

1º Curva de tolerancia a la glucosa con 75mg de glucosa

2º Positivo con ≥ 92 mg/dl

- 1 hr después ≥ 180 mg/dl

- 2 hrs después ≥ 153 mg/dl.

- Teste de 2 pasos.

1º Curva de tolerancia a la glucosa con 50mg de glucosa Positivo si;

- 1 hr después ≥ 130 mg/dl - 135 o 140 mg/dl

2º Curva de tolerancia a la glucosa con 100mg de glucosa positivo si;

- ≥ 95 mg/dl

- 1 hr después 180 mg/dl

- 2 hrs después 155 mg/dl

- 3 hrs después 140 mg/dl.

- Glucosa en Ayuno ≥ 95 mg/dl

- Curva de tolerancia a la glucosa > 130 mg/dl

- Hemoglobina glicosilado > 6.5

4o Tratamiento.

a) Médico Nutricional.

- Reprocento el 82 o 93%
- Objetivos específicos.

TOTAL 1908

La ganancia de peso recomendada 14-16.5 kg.

3 Colonos Kg / día 30.

b) Farmacología

- Metformina con dosis inicial de 500-850 mg.
- Glibencloamida dosis de inicio 2.5 mg i.v.o., No cumple metas
Incrementar a 5 mg cada 12 hrs.

- Esquema de Insulina.

* Dosis inicial 0.2 UI / Kg / día. → Repartidos en 3

* Mañana 2/3

- 2/3 de NPH

- 1/3 de AR

* Tarde 1/3

- 1/2 de NPH

- 1/2 de AR.

5o Criterios De Hospitalización.

- a) Glucemia en ayuno mayor a 140 mg/dl
- b) Sospecho de complicaciones materno-fetal.
 - Cetoacidosis Diabética
 - Estado Hiperosmolar.
- c) Hipoglucemia en ayuno < 60 mg/dl
- d) Inestabilidad metabólica.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO.

1º Diagnóstico.

Se define como la aparición de cifras tensionales elevadas $>20/140$ con cifras $\geq 140 / \geq 90$ en pacientes que previo al embarazo no presentaban un estado hipertensivo y que puede resolverse después del nacimiento del producto.

2º Factores De Riesgo.

- Edad materna ≥ 35 años
- Obesidad
- Tecnología de reproducción asistida

- Comorbilidad materna
 - 1º Diabetes
 - 2º Enfermedad renal
 - 3º Endocrinos.

3º Clasificación.

- Crónica.

1º Hipertensión antes del embarazo o <20 smg.

- Crónica + Preeclampsia Sobreañorada.

1º Hipertensión antes del embarazo o <20 smg

2º Proteinuria en Orina.

- Preeclampsia.

1º Hipertensión arterial diagnosticada >20 smg ($\geq 140 / \geq 90$)

2º Presencia de proteinuria

- Eclampsia.

1º Hipertensión arterial diagnosticada >20 smg

2º Presencia de Proteinuria

3º Episodios de Crisis Convulsivas.

- Sx de HELLP

- Hipertensión Gestacional.

4º Diagnóstico.

1º Hipertensión Arterial antes del embarazo o <20 smg para Hipertensión Crónica.

2º Presencia de PAD ≥ 90 mmHg / PAS ≥ 140 mmHg medidos en 2 ocasiones con diferencia de 4 hrs. o 3 tomas a lo semana en 3 días diferentes 2 tomas por día

3º Proteinuria ≥ 300 mg / 24 hrs. - $\geq +1$ cruz en tira reactiva.

5º Tratamiento.

- Farmacología Vía Oral

- 1º Alfo Metil Dopa 250-500mg / VO / cada 8 hrs
- Dosis máxima 2gr / día

- 2º Labetalol 100-400mg / VO

- Dosis máxima 1,200 mg / día.

- 3º Nifedipino 20-60mg / VO / liberación Prolongada / cada 24 hrs

- Dosis máxima 120 mg día.

- 4º Hidralazina 25-50mg / VO / Cada 6 hrs

- Dosis máxima 200mg / día.

- Fármacos Intravenosos.

- 1º Labetalol 20mg / IV / durante 1-2 minutos

- 2º Hidralazina / IV / 5mg en bolo

- 3º Nifedipino / IV /

- Anti Convulsionantes.

- 1º Sulfato de Magnesio 1-1.5 g / h / IV / Perfusión continua.

- Dosis de ataque 2-4g / IV / Pasar en 5-10 min.

- AAS.

- 1º Pacientes con factores de riesgo de preeclampsia / Eclampsia.

- 2º Imbuor o lo 12-13 mg

- 3º Suspendes < 36 mg

- 4º Dosis de 100mg / día.

- Medicamentos Contraindicados En Embarazados.

- 1º IECAS

- 2º ARA II

SINDROME DE HELLP.

1º Definición.

Es una complicación multisistémica en el embarazo. Que se considera una presentación particular de la Preeclampsia severa. Que se caracteriza por Hemólisis, Elevación de los enzimas hepáticos y plaquetopenia, con elevada morbilidad y mortalidad materno-fetal.

2º Factores De Riesgo.

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

3º Diagnóstico.

- Clínico / Anamnesis.

- 1º Edema generalizado
 - 2º Aumento de peso desproporcionado
 - 3º Dolor abdominal en hipocóndrio derecho
 - 4º Cetosis
 - 5º Visión Borrosa
- Laboratoriales.
- 1º Aumento de DHL y AST.
 - 2º Aumento de fosfatasa alcalina y GGT
 - 3º Proteinuria
 - 4º Plaquetopenia.
 - 5º Hipoalbuminemia.

- 6º Náuseas y Vomito
- 7º Malestar general
- 8º Hipertensión
- 9º Disnea
- 10º Ictericia.

4º Tratamiento.

- Interrupción del embarazo > 34 semanas
- Maduración pulmonar $\leq 24-34$ semanas
- 1º Dexametasona 6mg /vo / cada 12 hrs / 4 dosis.
- 2º Betametasona 12mg /vo / cada 24 hrs / 2 dosis

SINDROME FOSFOLIPIDICO.

1º Definición.

Es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolipidicos ACAF. Fenómenos tromboticos y/o pérdida fetal recurrente.

2º Tipos De Síndromes.

- Síndrome antifosfolipidico Primario
- Síndrome antifosfolipidico Secundario
- Síndrome antifosfolipidico Catastrofico.

3º Factores De Riesgo.

- Hipertensión gestacional
- Enfermedad autoinmune previo
- Tabaquismo
- Fármacos Corticosteroides.

4º Diagnóstico.

- Anticoagulante lupico
- ELISA
- ACAF

5º Tratamiento.

- AAS 75-100 mg / dia

UDS

Mi Universidad



Julián Santiago Lopez

Dr. Solís Pérez Mauricio

**Resumen sobre temas vistos en TERCERA
unidad**

Clínica de Ginecología y Obstetricia

Séptimo Semestre Grupo "B"

Facultad de Medicina Campus Comitán

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de Octubre del 2023