


Universidad del Sureste.

Campus Comitán de Domínguez, Chiapas.

Licenciatura en Medicina Humana.



Tema: resúmenes de temas de la tercera unidad.

Nombre del alumno: Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Materia: clínicas de ginecología y obstetricia.

Grado: séptimo semestre **grupo:** "B"

Nombre del docente: Dr. Mauricio Solís Pérez.

Anomalías placentarias o de inserción placentaria.

Las anomalías en la placentación se asocian a complicaciones maternas y fetales, principalmente a hemorragia obstétrica. En pacientes con sospecha clínica de anomalías de inserción placentaria se recomienda la hospitalización, realizar ultrasonido para confirmar el diagnóstico y especuloscopia para evaluar la presencia de sangrado procedente de cavidad uterina.

Para el diagnóstico de inserción baja se realiza cuando el borde placentario se encuentra a < 20 mm de OCI, sin llegar a cubrirlo; el de placenta previa cuando el borde placentario cubre o rebasa el OCI. El diagnóstico se confirmará a la semana 32.

Acetismo placentario.

Ocurre cuando el borde placentario rebasa el borde del miometrio. Se recomienda el uso del ultrasonido como la primera opción para el dx, también se permite el uso de resonancia magnética y citoscopia.

Como tratamiento se recomienda la cesárea con histerectomía, sin manipular la placenta, con incisión media infraumbilical, se debe evitar incisión transplacentaria y se debe preparar un protocolo de hemorragia invasiva. El acetismo se debe diferenciar con placenta accreta y peracreta.

- Accreta → empieza a rebasar el borde de miometrio.
- Inacreta → se encuentra en todo el espesor del miometrio.
- Panacreta → Cuando se sale del miometrio.

Vasa previa.

Para su diagnóstico se recomienda el uso del ultrasonido abdominal y endovaginal, con imagen doppler para mejorar la efectividad diagnóstica.

Sus principales factores de riesgo son la placenta previa, placenta bilobulada, embarazo gemelar, inserción velamantosa del cordón umbelical.

Se recomienda el uso de inductores de maduración pulmonar entre 28 y 32 SDG., monitorización fetal intermitente, longitud cervical cada 1-2 semanas.

Hipertensión en el embarazo.

Hipertensión arterial alta.

Se define como la fuerza de la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos es más alta de lo habitual, con valores ≥ 130 mm Hg de presión sistólica o ≥ 80 mm Hg en presión diastólica.

La presión alta generalmente no presenta signos ni síntomas. Es el trastorno médico más común del embarazo y complica 1 de cada 10 gestaciones.

Hipertensión en el embarazo.

Es la presencia de PAD ≥ 90 mm Hg, medida en dos ocasiones con una diferencia de 4 horas o una PAD > 110 mm Hg y una PAS > 170 mm Hg en las mismas dos tomas.

Se diagnostica después de la semana 20 de gestación, en pacientes previamente normotensa, sin presencia de proteinuria (< 300 mg / 24 hrs).

Sus principales factores de riesgo son la edad materna, la obesidad, DMG, enfermedad renal.

El aumento de la PA aumenta el riesgo de morbilidad fetal debido a la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, ya que puede causar vado espasmo, restricción de crecimiento, hipoxia o desprendimiento de la placenta.

Se puede clasificar en dos formas:

- 1- HA crónica: se presenta antes del embarazo o antes de las 20 SDG.
- 2- HA gestacional: aparece después de las 20 SDG y remite después de la sexta semana postparto, suele ser más común en embarazos multifetales.

Las morbimortalidades más frecuentes son la presencia de encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, IR, insuficiencia ventricular izquierda. 1 ox de Hellp.

Clasificación de HTA en el embarazo.

- **HTA gestacional:** consiste en una HTA de novo que aparece después de la semana 20 de gestación y que se diferencia de la preeclampsia por la ausencia de proteinuria.
- **Preeclampsia:** es un síndrome específico del embarazo que ocurre en su segunda mitad y se caracteriza por la aparición de HTA (PA $\geq 140/90$ mm Hg) y proteinuria (≥ 300 mg/24 hrs). Se presenta cefalea, dolor abdominal, plaquetopenia o aumento de las transaminasas. Se diagnostica a través de la proteína en orina con ≥ 300 mg/24 hrs o con proteína en EGO > 30 mg/dL o con más de + en tira reactiva.
- **Preeclampsia con causas de severidad:** se observan cifras tensionales $\geq 160/110$ mm Hg y compromiso de órgano blanco. Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor de flanco derecho, vómito, papiledema, clonus ≥ 3 , hipersensibilidad hepática, Síx de Hellp, trombocitopenia (plaquetas < 150.000 mm³, elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), enzimas hepáticas elevadas (ALT o AST).
- **Eclampsia:** se presentan convulsiones complicando una preeclampsia; se diagnostica a través de exploración física.

Exámenes de laboratorio.

- Hemoglobinas y hematocrito.
- Recuento plaquetario
- La medición de ácido úrico, como marcador de gravedad.
- Deshidrogenas láctica
- Creatinina y en presencia de proteinuria en orina de 24 h.

Tratamiento.

- Se recomienda cuando la PAD se encuentra > 90 mm Hg.
- METILOPA: como tx de 1ra línea (250-500 mg/c 8h.)
 - Betabloqueadores de canales de calcio.
 - HIDRALAZINA: como tx de 2da línea, 25-50 mg c/6h.

- Labetalol 100-100 mg VO c/
- Nifedipino 20-60 mg VO, liberación prolongada c/24h.
- En presencia de convulsiones se administra:
 - Sulfato de magnesio a dosis de 1-1,5 g/h por IV en perfusión continua
 - Se administra una dosis de ataque inicial de 2-4g IV a pasar en 5-10 min.
 - Diazepam: dosis de ataque: 10 mg por IV, dosis de mantenimiento: 10 mg/h en perfusión continua.

Diabetes gestacional.

La DMG se incluye dentro de la DM tipo II, suele aparecer entre la semana 24-28 de embarazo.

Es causada por el bloqueo de las hormonas del embarazo, y como consecuencia, se incrementan los niveles de glucosa en sangre. El crecimiento rápido del feto, aumenta los niveles de glucosa para su desarrollo bloqueando los receptores de insulina que conlleva a la insulinoresistencia, la glucosa no se transforma en energía y se acumula en sangre produciendo hiperglucemia.

Los principales factores de riesgo son la edad (30-35 años) antecedentes de DM, parto anterior de un bebé con >4 kg, HTA, polihidramnios, aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina (antecedentes)

Los criterios de diagnóstico pregestacional son:

- Glucosa en ayuno >126 mg/dL
- Glucosa en cualquier hora del día >200 mg/dL
- Glucosa postprandial >200 mg/dL
- Hemoglobina glucosilada >0.6 .

Diagnóstico

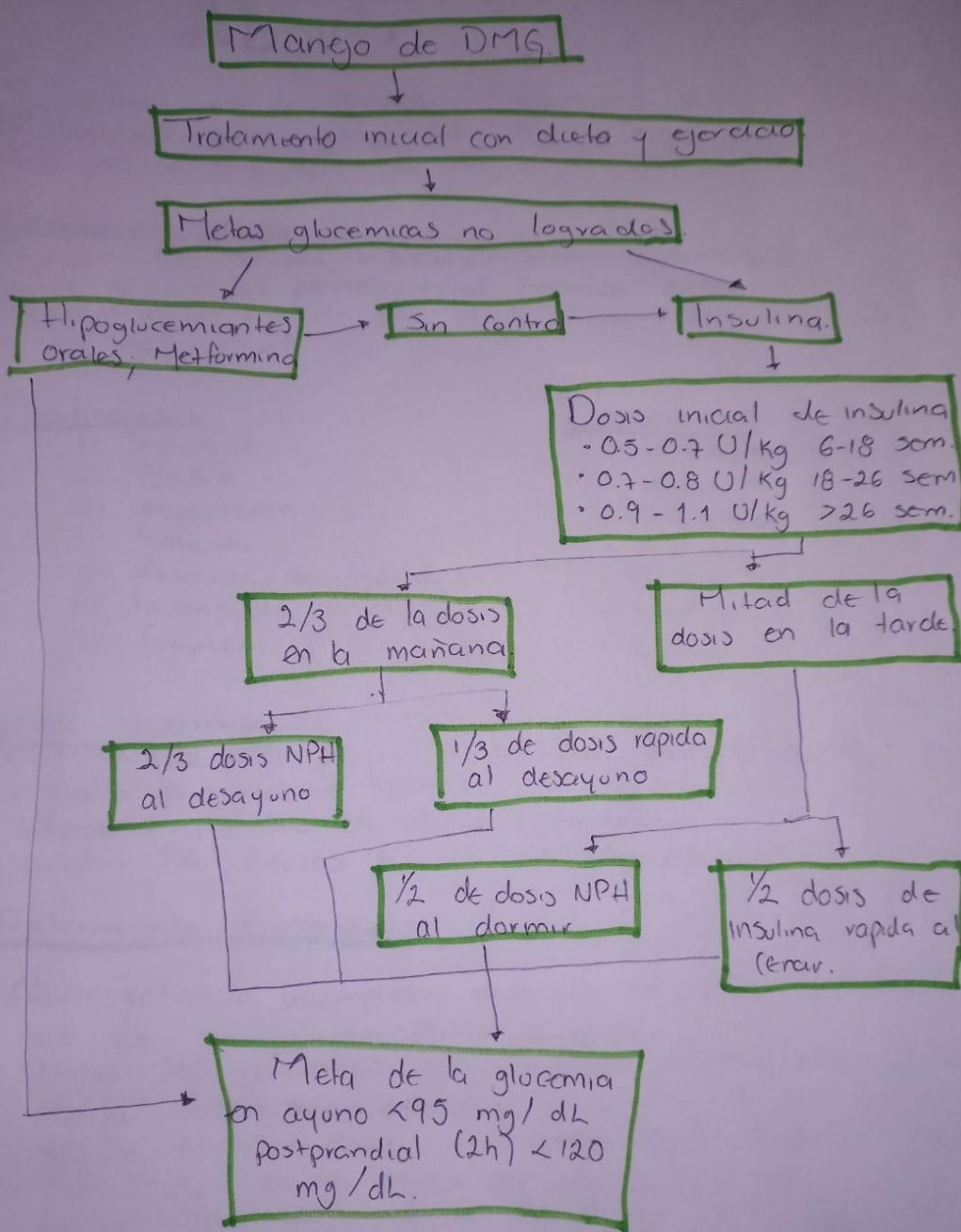
Se realiza el test O' sullivan, suele hacerse a partir de la SDG 24, pero si la paciente tiene antecedentes o FR puede hacerse en el primer trimestre.

• Test O' sullivan:

- 1- La prueba se toma en ayunas para determinar la glucemia
- 2- A continuación, se toma 50 gr de glucosa y repetir el análisis pasada una hora.
- 3- Si los resultados son alterados (>95 mg/dL en ayunas y >170 mg/dL después de haber ingerido el azúcar).

Síntomas:

Visión borrosa, Fatiga, Polifagia, Polidipsia, pérdida de peso, prurito, poliuria, IVU y candidiasis.



Aborto.

Se define como la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la 22 SDG o expulsión del producto con un peso menos de 500 gr.

Factores de riesgo:

Presencia de polipos > 2 cm, miomas submucosos, antecedentes de abortos previos, edad materna entre 25-40 años, descontrol metabólico de DM, alcoholismo, consumo de tabaco e IMC > 25 kg/m²

Clasificación:

- 1- Temprano
- 2- Tardío
- 3- Espontáneo
- 4- Inducido
- 5- Amenaza de aborto.
- 6- Incompleto.
- 7- Completo.

Diagnóstico:

- Ultrasonido transabdominal
- Ultrasonido transvaginal.
- Determinación seriada
- hGC en orina.
- Evolución del embarazo.

Manejo expectante.

Esta indicado para pacientes con saco intacto que no desean tratamiento quirúrgico ni médico.

Es altamente efectivo en aborto incompleto.

Se valoran los niveles séricos de Progesterona.

Tratamiento farmacológico.

- Aborto retenido, incompleto, diferido, inevitable y en evolución se maneja con Prostaglandina.
- Todas las pacientes que reciben tratamiento para aborto deben ser citadas a control a las 24 h de la primera dosis de misoprostol y debe ser informada de la presencia de sangrado.
- Se realiza USG entre los 7-14 días para la valoración de la total evacuación.

b) 800 mcg de ...

- las pacientes que se haya administrado misoprostol, la oxitocina no deberá iniciarse antes de 6h.
- Se debe esperar la expulsión del producto en las 1ras 24 hrs con una demora de 78-72 hrs.

Tratamiento quirúrgico.

- LUI para sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido intacto o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.
- La aspiración endouterina es preferible al LUI en caso de aborto incompleto o aborto diferido.
- Se debe utilizar solución con oxitocina durante y posterior a la evacuación uterina por AMEU o por LUI.
- Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico
- Indicaciones para AMEU.
 - Altura uterina < 11 cm y dilatación ≤ 1 cm.
 - Aborto séptico:
 - a) altura uterina ≥ 12 cm y dilatación ≥ 1 cm
 - b) 6-8 hrs después de haber iniciado el +x antibiótico
- Antibióticos: doxiciclina 100 mg 1hr previa al procedimiento; 400 mg después del AMEU o LUI
- Hemorragia uterina:
 - Ergonometrina 0.2-0.4 mg: control de aborto o sangrado postparto, se utiliza apoyo de USG.
 - Indometacina: 50-100 mg VO o 100-200 mg vía vaginal, dosis de continuación: 25-50 mg c/4-6 hr por 48 hr. Utilizado como prevención de aborto, se usa < 32 SDG (> 32 SDG nintedipina).
- Aborto con medicamentos inducidos (< 10 SDG).
 - 200 mg de mifepristona VO
 - 800 mcg de misoprostol por VO, sublingual o vaginal, entre 1 y 2 días después de la mifepristona
 - De 10-13 SDG:
 - a) 200 mg de mifepristona VO

b) 800 mcg de misoprostol por vía vaginal entre 1 y 2 días después de la mifepristona o 600 mcg de misoprostol vía sublingual, y luego misoprostol 400 mcg por vía sublingual o vaginal c/ 3 hrs hasta la expulsión.

c) Como alternativa, se puede utilizar 200 mg de mifepristona por vía oral seguida 1 o 2 días después de 800 mcg de misoprostol por vía oral, sublingual o vaginal; se puede repetir la dosis de misoprostol para finalizar el aborto.

• > 13 SDG:

a) 200 mg de mifepristona VO

b) 400 mcg de misoprostol por vía bucal, sublingual o vaginal, 1 y 2 días después de la mifepristona, luego c/ 3 hrs hasta la expulsión

— Aborto inducido solo con misoprostol.

• < 13 SDG:

a) 800 mcg de misoprostol VO, sublingual o vaginal c/ 3 hrs hasta la expulsión.

• > 13 SDG:

a) 400 mcg de misoprostol por vía vaginal o sublingual c/ 3 hrs hasta la expulsión

— Uso de medicamentos p/ tratamiento de A.I., A.D. o muerte fetal intrauterina.

• Tamaño uterino < 13 semanas.

a) Aborto incompleto: Dosis única de misoprostol de 600 mcg por VO o dosis única de 400 mcg vía sublingual o por vía vaginal (en ausencia de sangrado vaginal).

b) Aborto diferido: 600 mcg de misoprostol vía sublingual u 800 mcg por vía vaginal (en ausencia de sangrado) c/ 3 hrs hasta la expulsión (generalmente 1-3 dosis).

• Tamaño uterino > 13 semanas.

a) Misoprostol de 200 mcg vía oral, sublingual o vaginal c/ 6 hrs hasta la expulsión.

b) 200 mg de mifepristona VO, 10 a 2 días antes del misoprostol podría reducir el intervalo de la inducción.

c) Muerte fetal intrauterina (has 24 sem):
misoprostol 100 mcg c/ 4-6 hrs.

- Manejo del dolor:

- Ibuprofeno
- No se utiliza paracetamol.
- Analgésicos, narcóticos.

- Sulfato de magnesio:

- Neuroprotección para el feto con riesgo de parto pretérmino.
- 4-6 g carga inicial. c/ 20-30 min seguido de 1-2 g de mantenimiento.
- Nifedipino en 24 hr 160 mg; 10 mg de inicio y 7.5 mg/15 min sucesivamente.

Embarazo molar y ectópico.

Embarazo molar.

Es una complicación poco frecuente del embarazo, caracterizado por multiplicación anormal de células llamadas trofoblastos.

Existen dos tipos de EM:

1- Molar completo: el tejido de la placenta se inflama y parece formar quistes llenos de líquido y no hay presencia de feto.

2- Molar parcial: la placenta puede tener tejido normal y anormal. Puede haber feto pero no suele sobrevivir.

Síntomas < a 3 meses

- Sangrado vaginal color rojo brillante o marrón oscuro durante los 1ros 3 meses.
- Náuseas y vomito intenso
- Explosión de quistes con forma de uva por la vagina.
- Presión o dolor pélvico.

Síntomas > 3 meses:

- Utero de crecimiento rápido y de un tamaño demasiado grande
- Preeclampsia
- Quistes ováricos
- Tiroides hiperactiva.

Causas.

Es generado por la fecundación atípica.

- EMC: uno o más espermatozoides fecundan un óvulo. los cromosomas de la madre no son funcionales o no están presentes, por lo que se duplican los del padre.
- EMI: los cromosomas de la madre están presentes y el padre provee dos o más grupos de cromosomas. Por lo tanto el embrión tiene 69 cromosomas y no 46. Aquí dos espermatozoides fecundan un óvulo.

Diagnostico.

- 1er trimestre: sangrado, crecimiento uterino anormal, ausencia de TCF, quistes decalutéricos, hiperinestis, HTAG, aumento de HGC.
- Sangrado anormal $>60\text{cm}$ posterior al embarazo.
- Abortos anteriores
- Embarazos a termino, pretermino
- Doppler:
 - Sin presencia de embrión
 - Tamaño uterino \uparrow
 - Vasculadad placentaria
 - Quiste
 - enf. extrauterino.
- USG:
 - Patrón difuso ecogenico mixto.
 - Presencia de quiste decalutérico.
- Dx diferencial:
 - Hematoma retroplacentario
 - Otras anomalidades.

Tratamiento.

- Histerectomia total
- Histerectomia radical
- Histerectomia con salpingoferectomia.
- Neoplasia:
 - 4 medicos de BhGC en el día (1, 7, 14, 21).
 - Carcinoma.
 - Metastasis de higado, cerebro, tracto gastrintestinal o pulmones ($>2\text{cm}$ en TT).

Embarazo tubarico. (mas frecuente en Emb. ectopico).

Implantación del huevo fecundado en las trompas de falopio.

Factores de riesgo:

- Antecedentes de cirugía tubarica.
- enfermedad pelvica inflamatoria.

Tipos de emb ectopico

- Emb. intersticial
- Istmico - Abdomino
- Ampular - Cervical
- Ovarico - Fimbriado.

Clasificación:

- 1- Ectopico conservado no remoto
- 2- Ectopico roto.

Diagnostico:

- a) Clínica: dolor abdominal + amenorrea + sangrado transvaginal.
- b) USG: Utero vacío y decida hiperplásica.

Tratamiento:

- 1- Medico: Metotrexate con o sin ácido fólico.
- 2- Quirurgico: laparoscopia o laparotomía