



MEDICINA HUMANA

Nombre del Alumno: Jhonatan Sánchez Chanona

Docente: Dr. Mauricio Solís Pérez

Nombre del trabajo: Resúmenes

Materia: Clínica de Ginecología y Obstetricia

Grado: 7° Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de Noviembre de 2023

Aborto

Definición: Es la terminación espontanea o provocada de la gestacion antes de la vigesima semana contando desde el primer dia de la ultima menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos. La OMS la define como la interrupción o la pérdida del embarazo menor a 22 semanas de gestacion con un peso menor de 500 gramos.

Factores de riesgo

1. Edad materna entre 25 y 40 años se relaciona con aborto.
2. Las anomalías cromosómicas son responsables de 49% de los abortos espontáneos.
3. El descontrol metabólico de DM 1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo.
4. El consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas de la concepción se asocia a aborto.
5. El consumo de tabaco se asocia a aborto, cocaína.
6. El índice de masa corporal mayor a 25 kg/m² es un factor de riesgo para aborto.

Aborto espontaneo

Se clasifica en:

1. Amenaza de aborto.
2. Aborto incompleto.
3. Aborto completo.
4. Aborto diferido.
5. Aborto inevitable.
6. Aborto séptico.

Amenaza de aborto: Flujo vaginal sangriento o el sangrado aparece a través del orificio cervical cerrado durante las primeras 20 SDG. Debe diferenciarse el sangrado al de la implantación. (Cervix cerrado).

Aborto incompleto: Sangrado, separación de la placenta total o completa, dilatación cervical menor a 10 SDG el feto y la placenta son expulsados juntos mayor a 10 SDG se expulsan por separado.

Aborto completo: La expulsión completa de todo el embarazo. Orificio cervical se cierra, si no se identifica saco gestacional realizar ecografía trasvaginal.

Aborto diferido: Producto muerto de la concepción que se ha conservado durante días o semanas.

Aborto inevitable: LA ruptura prematura de membrana en el embarazo pretermino, pH mayor a 7, oligohidramnios.

Aborto con medicamentos inducido con Mifepristona y Misoprostol combinados.

Antes de las 10 SDG, 70 dias de la fecha de ultima menstruación (FUM): Eficacia del 97%.

- 200 mg de mifepristona por via oral.
- 800 mcg de misoprostol por via vaginal, entre 1 y 2 dias despues de la mifepristona.

De 10 a 13 semanas de gestacion. Eficacia del 96%.

- 200 mg de mifepristona por via oral.
- 800 mcg de misoprostol por via vaginal entre 1 y 2 dias despues de la mifepristona o 600 mcg de misoprostol por via sublingual, luego misoprostol por via sublingual, y luego misoprostol 400 mcg por via sublingual o vaginal cada 3 horas hasta la expulsión

DE 13 semanas o más de gestación (13 - 24 semanas): Eficacia de 95% En 48 horas.

- 200 mg de mifepristona por via oral.
- 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual o vaginal, 1 y 2 dias despues de la mifepristona, luego cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria.

Aborto con medicamentos inducidos con misoprostol solo.

Antes de las 13 SDG: Eficacia de 85% .

- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual o vaginal, cada 3 horas hasta la expulsión.

De las 13 semanas o más de gestación (de 13 a 24 semanas). Eficacia de 64% en 24 horas.

- 400 mcg de misoprostol por via vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta la expulsión fetal y placentaria.

Embarazo Molar

Definición.

Coriocarcinoma: Tumor maligno del epitelio trofoblástico. Esta compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

Mola completa: Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar.

Mola invasora (corioadenoma destruens) es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local de miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Mola parcial: Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación.

Diagnóstico.

- Hemorragia uterina anormal.
- Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional.
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal
- Presencia de quistes tecaluteínicos
- Hiperemesis gravídica
- Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG.
- Niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica (hGC)
- En mujeres con antecedentes de evento obstétrico y sangrado anormal deben determinar niveles de hCG.
- ✓ Cuando exista sangrado anormal uterino por más de 6 días o cualquier embarazo a descartar.

Vigilancia de la evacuación de la paciente.

- En toda paciente con sospecha de ETG preevacuación se debe realizar los siguientes estudios:
- BH con diferencial y cuenta plaquetaria
- Tiempos de coagulación.
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático.
- Grupo y RH.
- Niveles de hCG.
- Tórax de tórax.
- Ultrasonido obstétrico.

Tratamiento Quirúrgico.

Una vez establecido el diagnóstico se debe realizar la evacuación preferentemente por AMEO, posterior a la evacuación se debe monitorizar con hGC seriada en sangre.

Placenta previa, D. placenta y R. uterina

Placenta previa.

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

Clasificación.

Placenta de inserción baja: el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm del orificio cervical interno.

Placenta oclusiva parcial: el orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

Placenta marginal: la placenta llega justo al borde del orificio cervical, pero no la sobrepasa.

Placenta oclusiva total: la placenta cubre completamente el OCI.

Factores de riesgo.

Factores ovulares.

- Retraso en la maduración del blastocito podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

Factores maternos.

- Incisión uterinas previas.
- Legrado previos.
- Edad materna.
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Raza.

Clinica.

Hemorragia indolora de sangre roja brillante y de intensidad variable. El sangrado puede estar acompañado de contracciones prematuras del útero que causan dolor.

Diagnostico.

- Anamnesis, exploración obstétrica externa, ecografía transvaginal, cardiotocografía, especuloscopia.

Tratamiento.

Internación y actividad modificada en el primer episodio de sangrado antes de las 36 semanas

Parto o cesarea si la madre o el feto se encuentran inestables.

Si la madre está estable cesarea a las 36 semanas

Desprendimiento de placenta.

También llamado abruptio placentae, se refiere a una hemorragia en la interfase decidua-placenta que da lugar a la separación parcial o total de la placenta del fondo uterino antes del nacimiento del feto.

Clasificación.

Externa o aparente: la cual la sangre escapa del útero y se manifiesta por sangrado vaginal.

Interna o no aparente: la cual la sangre permanece dentro del útero.

Factores de riesgo.

Edad materna mayor o menor.

- Embarazos múltiples y partos muy seguidos.
- Tabaquismo.
- Consumo de drogas.
- Hipertensión crónica y preclampsia.
- Rotura de membranas prematura.
- Oligohidramnios.
- Corioamnionitis.
- Mala alimentación.
- Traumatismos.
- Coagulopatías.

Clinica

- Hemorragia vaginal, aunque puede ser que no haya ninguna.
- Dolor abdominal.
- Dolor de espalda.
- Sensibilidad o rigidez uterina.
- Contracciones uterinas, a menudo una tras otra.

Tratamiento.

- Hospitalización es necesaria en los casos severos.
- Transfusión
- Cesárea procedimiento de elección.

Ruptura uterina.

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía.

Factores de riesgo.

- Cirugía uterina previa.
- Miomectomía
- Cesárea anterior
- Plastia uterina
- Periodo intergenesico corto

Diagnostico.

- Dolor abdominal severo, especialmente si persiste entre contraccion
- Dolor en el pecho o en el hombro y repentinamente perdida de aliento
- Dolor repentinamente en la cicatriz
- Sangrado transvaginal anormal o hematuria
- Cese de la actividad uterina previamente eficiente
- Taquicardia materna, hipotension o choque

Tratamiento.

Laparotomia exploradora oportuna, la cual se realiza despues de estabilizar y de anestesiar a la madre.

Anomalias Placentarias o de inserción placentaria

Definición.

Las anomalías en la placenta se asocian a diversas complicaciones maternas y fetales, fundamentalmente relacionadas con la hemorragia obstétrica.

Las anomalías en la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario) se asocian a graves complicaciones que se presentan principalmente durante el momento del nacimiento y que causan altas tasas de morbilidad materna y perinatal.

Factores de riesgo.

Placenta previa.

- Placenta bilobulada.
- Embarazo gemelar.
- Inserción velamentosa de cordón umbilical.

Diagnóstico de inserción baja.

El diagnóstico de la inserción baja de la placenta se realiza cuando el borde placentario se encuentra a menos de 20 mm del OCI, sin llegar a cubrirlo; y el de placenta previa cuando el borde placentario cubre o rebaza el OCI.

Sospecha: se recomienda realizar ultrasonido abdominal de tamizaje para la detección de placenta previa en pacientes con antecedentes de placenta previa en gestaciones previas o con factores de riesgo para anomalías de la inserción placentaria.

Distancia sea menor a 20 mm se debe realizar seguimiento ultrasonográfico y confirmar el diagnóstico a las 32 semanas de gestación. La confirmación diagnóstica de placenta previa o inserción baja de placenta, se debe a partir de las 32 semanas de gestación.

Diagnóstico de acretismo placentario.

En pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, especialmente con sospecha de percrecimiento, se podrá considerar el uso de la resonancia magnética y de la citoscopia, para confirmar el diagnóstico y establecer el grado de inserción placentaria.

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

Vasa Previa.

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

Tratamiento.

Cesarea histerectomia sin manipular placenta.

Se recomiendan inductores de maduraci^on pulmonar entre las 28 y 32 S

Monitorizaci^on fetal intermitente

Longitud cervical cada 1 - 2 semanas.

Diabetes Gestacional

Definición.

La diabetes gestacional se incluye dentro de la diabetes mellitus de tipo II y suele aparecer entre la semana 24 y 28 del embarazo. Este tipo de diabetes se produce debido a un bloqueo de la hormona 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 1 a un 3%.

Las mujeres que han sufrido diabetes durante su primer embarazo tienen un mayor probabilidad de que vuelva a aparecer en una segunda gestación.

Factores de riesgo.

- Embarazo en mujeres mayores de 30-35 años
- Grupos étnicos de mayor riesgo. Hispanoamericanos.
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Parto anterior de un bebé de más de 4 kg (macrosomía) o con alteraciones genéticas.
- Hipertensión arterial.
- Polihidramnios.
- Haber tenido aborto espontáneo o muerte fetal intrauterina.
- Sobrepeso antes del embarazo.
- Excesivo aumento de peso durante la gestación.
- Ppadecer de síndrome de ovarios poliquísticos.

Diagnóstico.

SE recomienda realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 semanas a todas las pacientes, para una detección temprana de mujeres con DM tipo 2 no diagnosticado antes del embarazo.

En embarazadas con riesgo bajo se recomienda realizar glucosa de ayuno a las 24 a 28 semanas de gestación, en caso de resultado mayor o igual a 92 mg/dl realizar búsqueda de DMG.

Criterios diagnóstico.

Glucosa plasmática en ayuno 105 mg/dl

Glucosa plasmática una hora pos carga 190 mg/dl

Glucosa plasmática 2 horas pos carga 165 mg/dl

Glucosa plasmática 3 horas pos carga 145 mg/dl

Tratamiento farmacológico.

- Glucosa en ayuno menor a 90 mg/dl.
- El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran las cifras meta (menor de 95 mg/dl en ayuno y 120 mg/dl 2 horas postprandial).

Metformina: se debe iniciar con 500-850 mg con el alimento mas importante de la paciente e incrementar semanalmente la dosis inicial (2-2.5 gr)

Glibenclamina: la dosis de inicio es de 2,5 mg, via oral, por la mañana luego 5 mg por la mañana luego 5 mg cada 12 horas (20 mg).

Insulina

Dosis de inicio 0.2 UI/kg de peso actual por dia.

Dividir las dosis total en 2/3 matutino y 1/3 vespertino.

Dividir la dosis matutina en tercios, combinar 2/3 de insulina NPH y 1/3 de insulina de accion rapida. Esta se aplicara previo al desayuno

Dividir la dosis vespertina en medios y aplicar la mitad de NPH y la otra mitad de insulina rapida. Esta se aplicara previa a la cena.

Nota. Considerando que cada unidad de insulina metaboliza alrededor de 30-50 mg de glucosa. Se podran realizar ajustes de 2-4 UI dependiendo del control glucemico.

Enfermedad Hipertensiva

Definición.

También llamada HTA o Hipertensión se produce cuando la presión arterial "fuerza de la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos es alta de lo habitual".

Valores:

Presión sistólica mayor a 140 o una presión diastólica mayor a 90

Clasificación:

- Hipertensión crónica: por debajo de las 20 SDG
- Hipertensión crónica más preclampsia: mayor a 20 SDG Mas proteinuria.
- Preclampsia con datos de severidad: mayor a las 20 SDG mas Proteinuria.
- Hipertensión gestacional: mayor a 20 SDG.
- Eclampsia: estado hipertensivo mas convulsiones.
- Síndrome de Hellp: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia.

Factores de riesgo.

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

Diagnóstico.

- Tensión por encima de 140/90 mmHg, después de la semana 20 de gestación, en pacientes previamente normotensas.

T

Tratamiento.

Alfametildopa 250-500 mg VO cada 8 horas

Nifedipino 20-60 mg VO liberación prolongada cada 24 horas

Hidralazina 25-50 mg VO cada 6 horas .

AAS: Dar tratamiento en aquellas que tengan factores de riesgo
80-150 mg, de 12 a 16 semanas de gestación.

Sulfato de magnesio.

Síndrome de Hellp Sx. Fosfolipídico

Definición

Complicación multisistémica en el embarazo, caracterizada por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y nivel bajo de plaquetas.

Factores de riesgo.

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

Manifestaciones clínicas.

- Edema generalizado.
- Aumento de peso desproporcionado.
- Dolor abdominal en hipocondrio derecho
- Cefalea.
- Visión borrosa.
- Náuseas y vómito
- Malestar general.
- Hipertensión.
- disnea por edema pulmonar.
- Ictericia por daño hepático.

Alteraciones de laboratorio.

- Aumento de DHL y AST
- Hemólisis.
- Trombocitopenia.
- Proteinuria elevada.

Tratamiento.

Interrupción del embarazo cuando la gestación es mayor a 34 semanas

Síndrome fosfolipídico.

Es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, fenómenos tromboticos y pérdidas fetales recurrentes.

Manifestaciones clínicas.

Enfermedad valvular cardíaca, manifestaciones cutáneas, manifestaciones renales, manifestaciones neurológicas, trombocitopenia.

