



# MEDICINA HUMANA

**Nombre del alumno: Jhair Osmar Roblero Díaz**

**Docente: Dr. Mauricio Solis 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

# Placenta previa, desprendimiento de placenta y ruptura 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 (OCI).

### \* Placenta marginal

- La placenta llega justo al borde del OCI, pero no la sobrepasa

### \* Placenta oclusiva parcial

- El OCI está cubierto de manera parcial por la placenta

### \* Placenta oclusiva total

- La placenta cubre completamente el OCI

## Factores de riesgo

### \* Factores ovulares

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

### \* Factores maternos

- Incesiones uterinas previas
- Legrado previos
- Edad materna
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Raza



## Clínica

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

## Diagnóstico

- 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 cesárea si la madre o el feto se encuentran inestables
- Si la mujer está estable, cesárea a las 36 semanas / 0 días a 37 semanas / 6 días.

## Desprendimiento de placenta

- También llamada (abruptio placentae) se refiere a una hemorragia en la interfase decídua-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 menor o mayor
- Embarazos múltiples
- Tabaquismo
- Consumo de drogas
- Embarazos multifetales
- Hipertensión (crónica y preeclampsia)
- Rotura de membranas prematura
- Oligohidramnios
- Sangrados



## Clinica

- Hemorragia interna o mixta
- Dolor
- Hipertónico (útero leñoso)
- hipertensión uterina

## Tratamiento

- hospitalización en necesario en los casos severos
- Se prepara lo necesario para la transfusión
- Se sospecha hemorragia oculta, la operación cesárea es el 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
- Cesárea corporal o segmento corporal
- Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior
- Ruptura uterina previa

## Clinica

- Dolor abdominal severo, si persiste entre contracciones
- Dolor repentino en la cicatriz
- Sangrado transvaginal anormal o hematuria
- Taquicardia materna, hipotensión o choque.

## Diagnóstico

- se realiza por laparotomía al observar la ruptura de la pared uterina

## Tratamiento

- La hemorragia materna debe controlarse y si el útero no puede conservarse, la histerectomía puede ser requerida



# Síndrome de Hellep y Síndrome fosfolípídico

Es una complicación multisistémica en el embarazo, hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y nivel bajo de plaquetas

## Factores de riesgo

- \* Multiparidad
- \* Edad materna
- \* Raza (blanca)
- \* Antecedentes de aborto

## Manifestaciones clínicas

- Edema generalizado
- ↑ de peso desproporcionado
- Dolor abdominal en el hipocondrio derecho
- Cefalea
- Visión borrosa
- Náuseas y vomito
- Malestar general
- hipertensión
- Disnea por edema pulmonar
- Ictericia por daño hepático

## Alteraciones en laboratorios

- Anemia hemolítica microangiopática
- Hemólisis
- Trombocitopenia
- ↑ de DHL y AST
- ↑ moderado de la fosfatasa alcalina y de la gamma glutamil transpeptidasa (GGT).

## Tratamiento

- Interrupción del embarazo cuando la gestación es >34 gestación
- TX conservador en las semanas 24 y 34, adm de esteroides para la maduración pulmonar.



# Síndrome fosfolipídico

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

## Anticuerpos antifosfolípido

- Son un grupo heterogéneo de inmunoglobulinas, 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.

## Manifestaciones clínicas

- Coágulos de sangre en las piernas (trombosis venosa profunda)
- Abortos espontáneos repetidos o muerte fetal intrauterina
- Accidentes cerebrovasculares
- Accidentes isquémicos transitorios
- Sangrado
- Trombocitopenia
- Demencia
- Convulsiones

## Diagnóstico

- Se caracteriza por la presencia de AcAF, trombosis (arterial o venosa) y pérdidas fetales de repetición.

## Tipos de síndromes

### Síndrome antifosfolípido primario

- Suele parecer de forma aislada

### Síndrome antifosfolípido catastrófico

### Síndrome antifosfolípido secundario

- Asociada a otras enfermedades, fundamentalmente autoinmunes

## Tratamiento

- Heparina
- Warfarina



# Hipertensión en el embarazo

Es la presencia de PAO  $\geq 90$  mm/Hg, medida en 2 ocasiones con una diferencia de 4 horas o una PAO  $> 110$  mm/Hg y una PAS  $> 140$  mm/Hg en las mismas dos tomas

## Factores de riesgo

- Edad materna
- Obesidad
- Comorbilidades maternas
  - o Diabetes
  - o Hipertensión
  - o Enfermedad renal

## Riesgo de morbimortalidad Fetal

- Aumenta debido a la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, puede causar:
  - 1.- Vasoespasmo
  - 2.- Restricción del crecimiento
  - 3.- Hipoxia
  - 4.- Desprendimiento de placenta

La hipertensión durante el embarazo puede clasificarse:

- hipertensión crónica: la presión arterial es alta antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.
- hipertensión gestacional: La hipertensión aparece después de las 20 semanas de gestación
- Preeclampsia: Síndrome específico del embarazo que ocurre en su segunda mitad y se caracteriza por la aparición de HTA (PA  $\geq 140/90$  mmHg) y proteinuria (300 mg/24 horas)
- Preeclampsia con casos de severidad: Cifras tensionales  $\geq 160/110$  mmHg y compromiso de órgano blanco. Cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, uñetas, papiledema, clonus mayor o menor a 3 t.



Eclampsia: Tiene lugar cuando se presentan convulsiones complicando una preeclampsia.

Síndrome de HELLP: Trombocitopenia, elevación de las lipoproteínas de baja densidad y enzimas hepáticas elevadas.

### Exámenes de laboratorio

- 1.- Hemoglobina y hematocrito
- 2.- Recuento plaquetario
- 3.- Deshidrogenasa láctica
- 4.- Creatinina y en presencia de proteinuria, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas.
- 5.- Medición de ácido úrico

### Tratamiento farmacológico

#### \* Hipertensión gestacional

- Metildopa (primera línea) → 250-500 mg vía oral c/8 hrs
- Hidralazina (segunda línea) → 25-50 mg vía oral c/6 hrs.

#### \* Preeclampsia grave

- Labetalol por VI, durante 1-2 minutos, de 20 mg
- Hidralazina por VI, bolo de 5 mg
- Nifedipino 10 mg por VO, y repetir en 30 min.

#### \* Eclampsia

- Sulfato de magnesio
  - Dosis de ataque: 4 g de 504 mg por vía IV
  - Dosis de mantenimiento: 2 g/h de 504 Mg en perfusión continua
- Diazepam
  - Dosis de ataque: 40 mg VI
  - Dosis de mantenimiento: 10 mg/h en perfusión continua



# Embarazo molar y ectópico

Coriocarcinoma: tumor maligno del epitelio trofoblástico, está 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

Mola invasora: (coriocarcinoma destructivo) es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizado por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Mola parcial: Presencia de tejido embrionario o fetal

## Diagnóstico

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal
- Presencia de quistes decalutéricos
- Hiperémesis gravídica
- Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG
- Niveles elevados de h. gonadotropina coriónica

## Tratamiento para mola Hidatidiforme

### Tx quirúrgico

- Debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEO, posterior a la evacuación se debe monitorizar con hCG seriada en sangre.
- Una alternativa del AMEO es el LUI, considerando el mayor riesgo de perforación uterina.



# 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 del embarazo y como consecuencia se incrementan los niveles de glucosa en la sangre.

## Factores de riesgo

- Embarazo en mujeres mayores de 30-35 años
- Grupos étnicos
- Antecedentes familiares de diabetes
- Parto anterior de un bebé de más de 4 kg (macrosomía)
- Hipertensión arterial
- Polidramnios
- Aborto espontáneo

## Diagnóstico

\* La prueba que se realiza a los embarazadas para saber si sufren diabetes gestacional es el denominado test de O'Sullivan, suele hacerse a partir de la semana 24 de embarazo.

- Esta prueba consiste en tomar un análisis de sangre en ayunas (en ayunas se refiere a que la mujer debe haber estado 8-12 horas sin comer) y luego el análisis resultará un hora.

\* En la mujer embarazada con antecedentes familiares (más de 40 mg/dl de ayunas y más de 125 mg/dl después de haber ingerido el azúcar).



## Síntomas

- o Visión borrosa
- o Fatiga
- o Polidipsia
- o Poliuria
- o Náuseas y vomito
- o Pérdida de peso
- o Infecciones urinarias

## Tratamiento

- \* Hacer ejercicio moderado
- \* Consumir alimentos ricos en fibras
- \* Evitar la bollería
- \* No consumir sacarina
- \* Disminuir el consumo sal
- \* Evitar los fríos



# Anomalías placentarias o de inserción placentaria

Las anomalías en la placentación 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 de nacimiento y que causan altas tasas de morbilidad materna y perinatal

## Sospecha

- Se recomienda realizar ultrasonido abdominal de tamizaje para la detección de placenta previa en pacientes con antecedentes de cesárea previa, antecedentes de placenta previa en gestaciones previas.
- Distancia sea menor a 20 mm se debe realizar seguimiento ultrasonográfico y confirmar el diagnóstico a los 32 SDG.
- La confirmación diagnóstica de placenta previa o inserción baja de placenta, debe a partir de los 32 SDG.

## Acretismo

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

## Diagnóstico

- Se podrá considerar el uso de la resonancia magnética y de la cistoscopia

## Tratamiento

- Cesárea histerectomía, sin manipular placenta
- \* Inserción media infraumbilical
- \* Evitar inserción transplacentaria
- Preparar protocolo de hemorragia invasiva



## Vasa previa

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

## Factores de riesgo

- o Placenta previa
- o Placenta bilobulada
- o Embarazo gemelar
- o Inserción velamentosa del cordón umbilical

## Recomendaciones

- Inductores de maduración pulmonar entre las 28 y 32
- Monitorización fetal intermitente
- Longitud cervical cada 1-2 semanas.



# 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.

## Factores de riesgo

- La edad materna entre 25 y 40 años
- Las anomalías cromosómicas
- El descontrol metabólico de DM 1 y 2
- El consumo de alcohol
- El consumo de tabaco
- IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>

## Diagnóstico

- \* El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarias
- \* La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hCG urinaria es un excelente marcador

## Diagnóstico diferencial

- Anormalidades cervicales
- Embarazo ectópico
- Sangrado ideopático
- Infección de vagina o cervix
- Embarazo molar
- Aborto espontáneo
- Hemorragia subcomórnica

## Tratamiento

- A los pacientes que se les haya proporcionado el tx médico del A.E. se le debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días y que puede sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días y continuar con un manchado por 2 semanas más.



\*En presencia de aborto retenido se debe realizar altos dosis de prostaglandinas por tiempo prolongado

\*El aborto incompleto, diferido, inevitable y en evolución pueden ser manejados únicamente por prostaglandinas.

\*Se recomienda realizar tratamiento médico en pacientes con menos de 10 semanas de gestación con aborto incompleto o aborto diferido.