

**Brissa del Mar Antonio Santos**

**Mauricio Solís Pérez**

**Nombre del trabajo: Resumen de temas**

PASIÓN POR EDUCAR

**Clínica de ginecología y obstetricia**

**Grado: 7mo Semestre**

**Grupo: "B"**

**Carrera: Medicina Humana**



Dx  
 Dolor  
 Sangrado  
 Masa anexial  
 Ultrasonido transvaginal  
 Niveles sericos de B-HCG

Tratamiento  
 Metotrexate  
 Laparoscopia o laparotomia  
 Salpingectomia

## Embarazo molar

Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo.

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

**Parcial:** Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación.

### Diagnostico:

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino mayor a lo esperado
- Ausencia de FC fetal
- Niveles elevados de gonadotropina corionica
- Ultrasonido

### Tratamiento

- Evacuación por AMEO
- Se debe indicar quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única
- Histerectomía

## Embarazo ectopico

Implantación en la trompa de falopio

### Rx Riego

Antecedente de cirugía tubaria, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo tubario previo, dispositivo in uterino, pacientes a fec de fertilización asistida, tabaquismo.

## Placenta previa

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

### Factores de riesgo

#### Fx Ovarios

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

#### Fx maternos

Incisiones uterinas previas

Legrado previo

Edad materna

Multiparidad

Tabaquismo

Raza

### Clinica

- Hemorragia indolora de sangre roja brillante y de intensidad variable

- Contracciones prematuras del útero que causan dolor.

### Diagnostico

- Anamnesis
- Ecografía transvaginal
- Espectroscopia
- Exploración obstétrica externa
- Cardiocitografía

### Tratamiento

Parto o cesárea

### Desprendimiento de placenta

Se refiere a una hemorragia en la interfase de cidua-placenta que da lugar a la separación parcial o total de la placenta de fondo uterino antes del nacimiento del feto.

### Clasificación

#### Externa o aparente

la sangre sale del útero y se manifiesta por sangrado vaginal

#### Interna o no aparente

la sangre permanece dentro del útero

# Placenta previa

## Factores de riesgo

- Edad materna
- Embarazos múltiples y partos muy seguidos
- Tabaquismo
- Consumo de drogas
- Embarazos multifetales
- Inf. Intrauterina
- Hipertensión
- Rotura de membranas
- Oligohidramnios
- Corionitis
- Mala alimentación
- Traumatismo
- Coagulopatías

## Clinica

- Hemorragia
- Dolor abdominal
- Dolor en la espalda
- Sensibilidad o rigidez uterina
- Contracciones uterinas

## Tratamiento

- Hospitalización
- Preparar para transfusión
- Hemorragia oculta (Cesarea)

# Rotura uterina

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal

## Factores de riesgo

- Cirugía uterina previa
- Miomectomía
- Cesarea anterior
- Cesarea o seg corporal
- Plastia uterina
- Periodo intergenésico de 18-24 semanas
- Rotura uterina previa
- uso de prostaglandinas E2 y E1

## Diagnostico

- Dolor
- Sangrado
- Choque
- taquicardia
- Hipotensión

## Tratamiento

laparotomía



### Anomalías placentarias o inserción placentaria

Se asocian a graves complicaciones que se presentan principalmente durante el momento del nacimiento y causan altas tasas de morbilidad materna perinatal.

Sospecha  
distancia menor a 20mm, se debe sospechar y confirmar el diagnóstico a las 32 semanas.

Diagnostico  
ultrasonido, resonancia magnetica, citoscopica

Accretismo: Provoca invasión mas alla de la pared del utero y puede implantarse en organos vecinos

Pericretismo Penetra mas profundamente la pared uterina

Inicretismo: Atraviesa completamente la pared uterina, se puede adherir a organos

Tratamiento  
- cesarea y maduración pulmonar.

## Hipertensión 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 paciente previamente normotensa  
Sin proteinuria (<300 mg / 24 hrs)

Factores de riesgo

Edad materna

Obesidad

Tecnología de reproducción asistida

Comorbilidades maternas

## Clasificación de hipertensión arterial en el embarazo

**HTA gestacional:** Aparece después de la semana 20 de gestación y ausencia de proteinuria

**Preeclampsia:** PA  $\geq$  140/90 mmHg y proteinuria  $\geq$  300 mg / 24 hrs

**Preeclampsia con causas de severidad:**  $\geq$  160x110 mmHg compromiso a órgano blanco, cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en el flanco derecho, vomito, papiledema

**Eclampsia:** tiene lugar cuando se presentan convulsiones.

## Tratamiento

Metildopa 250-500 mg vía oral cd 8 hrs

Hidralazina 100-400 mg vía oral 25-50 mg cd 6 hrs

Nifedipino 20-60 mg vía oral cd 24 hrs.

Eclampsia

Sulfato de magnesio

Diazepam



## S. HELLP y Fosfolipidico

Complicación multisistémica en destrucción eritrocitaria

Características: Plagutaria

Hemolisis

↑ Enzimas hepáticas

Fx Riesgo: Multiparidad, edad materna > 25 años, raza blanca, ant. aborto

Manifestaciones clínicas: Edema generalizado, ↑ peso, desproporcionado, cefalea, visión borrosa, hipotensión, ictericia, disnea, edema pulmonar.

Clasificación Mississippi, Tennessee

Sx HELLP: Completo / Incompleto

Tratamiento:

Interrupción del embarazo

Dexametasona 8mg IV/12 hrs.

S. Fosfolipidico: Trombofilia autoinmune.

- Anticuerpos antifosfolipidico (ACAF)

Fenómenos trombóticos y/o pérdidas totales fetales recurrentes

Laboratorios: Método elisa, pruebas de coagulación fosfolipidico de pendiente

Diagnostico:

Presencia de ACAF, trombosis (Arterial, venosa), pérdidas fetales de repetición.

# Diabetes gestacional

Suele aparecer entre las semanas 24-28 de embarazo.

## Factores de riesgo

Edad	Abortos
Antecedentes familiares	Muerte intrauterina
Hipertensión arterial	Sobrepeso
Polihidramnios	SOP

## Diagnostico

Test de Sullivan.

Glucosa en ayunos de  $>95 \text{ mg/dl}$

y después de consumir azúcar de  $>140 \text{ mg/dl}$

## Sintomas

Vision borrosa	Poliuria	Infecciones
Fatiga	Nauseas	Candidiasis
sed	Perdida de peso	

## Dieta y tratamientos

Alimentos ricos en fibra

No consumir alimentos azucarados

Metformina

Insulina de acción rápida

# ABORTO

Es la determinación 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.

**Temprano:** Aborto antes de las 12 semanas de gestación

**Tardío:** Aborto entre las 20 y 12 semanas de gestación

**Spontáneo:** Pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional

**Inducido:** Pérdida terminación del embarazo

**Amenaza de aborto:** Sangrado vaginal antes de las 20 SDCs sin dilatación

**Inevitable:** Sangrado vaginal o rotura de membranas antes de las 20 SDCs con dilatación

**Incompleto:** Dilatación del cuello uterino y expulsión de algunos productos de concepción

**Completo:** Cuello uterino cerrado

## Clasificación

**Retenido:** Muerte de un embrión o un feto que no es expulsado que no produce sangrado o dilatación cervical

**Recurrente:**  $\geq 2$  a 3 abortos espontáneos

**Septico:** Infección grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto.

## Fx. Riesgo

Edad materna de entre 25 y 40 años

Descontrol metabólico DM 1 y 2

Consumo de alcohol, tabaco, cocaína

Índice de masa corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> es un factor de riesgo para aborto.