



Medicina Humana

Nombre del alumno: Luz Angeles Jiménez
Chamec

Nombre del profesor: Dr. Mauricio Solís
Pérez

Nombre del trabajo: Resumen de temas

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Clínica de ginecología y obstétrica

Grado y grupo: 7° B

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de Noviembre de 2023.

Aborto

Es la **terminación espontánea** o **provocada** de la gestación antes de las semana 22, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente:

Es la pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO:

- + Temprano: Antes de las 12 SDG.
- + Tardío: Entre las 12 y las 20 SDG.
- + Espontánea: Pérdida de embarazo antes de las 20 SDG.
- + Inducido: Terminación del embarazo.
- + Amenaza de aborto: Sangrado vaginal antes de las 20 SDG sin dilatación cervical.
- + Inevitable: Sangrado vaginal o rotura de membranas antes de las 20 SDG acompañada de dilatación del cuello uterino.
- + Incompleto: Dilatación del cuello uterino y expulsión de algunos productos de la concepción.
- + Completo: Cuello uterino cerrado después de la expulsión de todos los productos de la concepción.
- + Retenido: Muerte de un embrión o un feto que no es expulsado y que no produce sangrado o dilatación cervical.
- + Recurrente o habitual: Mayor o igual 2 a 3 abortos espontáneos.
- + Séptico: Infección grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto.

FACTORES DE RIESGO:

- + La presencia de pólipos mayores de 2cm puede asociarse con pérdidas del embarazo.
- + Los miomas submucosas se asocian a pérdidas tempranas.
- + La pérdida del embarazo se asocia en mayor porcentaje con el mayor número y tamaño de miomas.
- + Cuando existe un aborto previo se incrementa la probabilidad de nuevo aborto (5%).
- + La edad materna entre 25 y 40 años se relaciona con aborto.
- + Las anomalías cromosómicas son responsables de 49% de los abortos espontáneos.
- + El descontrol metabólico de DM1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo.
- + El consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas de la concepción se ha asociado a aborto.
- + El consumo de tabaco se asocia a abortos, cocaína.
- + El índice de masa corporal mayor 25 Kg/m² es un factor de riesgo para aborto.

DIAGNOSTICO:

- + El **ultrasonido transabdominal y transvaginal** son complementarios.
- + La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal.

DIAGNÓSTICO

DIFERENCIAL: EN EL SANGRADO TRANSVAGINAL DEL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN SE ESTABLECE CON:

- El ultrasonido transvaginal, determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo.
- + Anormalidades cervicales (excesiva friabilidad, trauma, pólipos y procesos malignos).
- + Embarazo ectópico.
- + Sangrado ideopático en un embarazo viable.
- + Infección de vagina o cervix.
- + Embarazo molar.
- + Aborto espontáneo.
- + Hemorragia subcoriónica.
- + Trauma vaginal.

TRATAMIENTO:

- + Aborto espontáneo:
 - Es necesario informar a las px que de continuar el embarazo (falla del tratamiento médico) es necesario la realización de tratamiento quirúrgico.
 - A las px que se les haya proporcionado el tx médico del A.E. se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días, y continuar con un manchado por 2 semanas más.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- + El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.
- + Debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento médico cuando el sangrado es abundante y persistente.
- + La aspiración endouterina es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido.
- + Las complicaciones más serias del LUI incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intraabdominal, Síndrome Asherman y hemorragia con una morbilidad de 2.1% y mortalidad de 0.5/100,000.
- + ~~NO~~ se recomienda realizar LUI posterior a realización de AMEU.
- + Se debe utilizar solución con oxitocina durante y posterior a la evacuación uterina por AMEU o por LUI.

MANEJO DE DOLOR DURANTE EL ABORTO CON MEDICAMENTOS:

- + A las 13 semanas o menos de gestación:
 - /- Se recomienda el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como ibuprofeno.
 - Se pueden usar analgésicos: narcóticos.
 - El paracetamol o acetaminofén NO se recomiendan, a menos de que la mujer presente alergia o contraindicación a los AINE.

Embarazo Molar

Es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional que esta caracte rizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el Útero.

Es una complicación relativamente frecuente del embarazo 1/1000.

- + Un embarazo molar, resulta de la sobreproducción de tejido y los tejidos se transforman en un tumor anormal, llamado masa.
- + Una mola se caracteriza por un producto de la concepción con tejido trofoblástico hiperplásico que rodea la placenta.

CLASIFICACIÓN:

Hay dos tipos:

- + Embarazo molar parcial: Hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal. Se da cuando dos espermatozoides fertilizan el mismo óvulo. En estos casos, la masa que se forma puede contener una mola y el inicio de un embrión, pero este tiene defectos severos y es pronto absorbido por la mola.
- + Embarazo molar completo: Hay una placenta anormal pero no hay ningún feto. El Óvulo fecundado no posee información genética. El espermatozoide inicia la división celular y se forma una placenta, pero no existe un embrión.

FACTORES DE RIESGO:

- + Edad: mayor 35 años y adolescentes.
- + Antecedentes: Embarazos molares previos.
- + Deficiencias en dieta: la falta de caroteno, que es una pro-vitamina A. Una dieta baja en proteína y grasa animal.
- + Ovulación estimulada: Estimular la ovulación con medicamentos (cuando se tiene problemas de fertilidad).

SINTOMAS:

- + Un embarazo molar empieza como cualquier otro, con una prueba positiva y los síntomas tempranos del embarazo.
- Las señales que podrían alertarte sobre un embarazo molar son:
 - + Hiperémesis gravídica, o náuseas intensas.
 - + Sangrado vaginal.
 - + Un útero demasiado grande o pequeño para la edad gestacional.
 - + No se detecta movimiento fetal y ni latido.
 - + Síntomas tempranos de preclampsia, como hipertensión arterial e hinchazón en las extremidades inferiores.
 - + Incomodidad en el área pélvica.
 - + Niveles de hCG elevados para la edad gestacional.

P

PRUEBAS Y EXAMENES:

- + Examen pélvico:
 - tamaño del útero anormal
 - no hay ruidos cardíacos fetales
 - sangrado vaginal
- + Una ecografía durante el embarazo mostrará una placenta anormal con o sin algún desarrollo de un bebé.
- + Examen de GCH en sangre.

TRATAMIENTO:

- + Todos los tejidos de la mola deben ser removidos, de lo contrario podrían convertirse en una masa cancerígena,
- + El procedimiento más común para extraerlo es un legrado, que suele hacerse por succión o aspirado
- + También puedes tener una histerectomía si no quieres tener un embarazo.
- + Después del tratamiento, se vigilan los niveles séricos de la GCH.
- + Después de un embarazo molar, solo tienes un 1% de posibilidades de tener un segundo, pero si has tenido dos embarazos molares, el riesgo de tener un tercero es de 32%.

PRONOSTICO:

- + Más del 80% de las molas hidatiformes son benignas (no cancerosas). El tratamiento por lo general es exitoso.
- + Después del tratamiento, se deben usar anticonceptivos muy efectivos por lo menos de 6 a 12 meses para evitar el embarazo.
- +

Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico, también conocida como embarazo extrauterino, surge como consecuencia de alguna complicación durante el descenso del embrión por la trompa. Este no es capaz de llegar al útero e implanta en un lugar anómalo que no permite su desarrollo.

FACTORES DE RIESGO:

- + Endometriosis
- + Salpingitis: infección de la trompa
- + Defectos congénitos en trompas de falopio
- + Edad materna mayor de 35 años.
- + Embarazo ectópico previo
- + Tabaquismo
- + DIU
- + Enfermedad inflamatoria pélvica
- + Cirugía pélvica o abdominal previas
- + Tratamientos de reproducción asistida.
- + Cirugía de reversión de ligadura de trompas

SINTOMAS:

- + Dolor abdominal muy fuerte que suele ser unilateral
- + Sangrado vaginal anormal
- + Debilidad y sensación de desmayo
- + Dolor de lumbago
- + Dolor en los hombros
- + Presión intensa en el recto
- + Palidez y tensión baja

DIAGNOSTICO:

- + Determinación de la beta hCG
- + Ecografía transvaginal
- + Marcadores bioquímicos

TRATAMIENTO:

- + Médico;
 - Metotrexate (vía intramuscular)
 - Prostaglandinas, glucosa hiperosmolar, cloruro de potasio entre otros.
- + Quirúrgicos:
 - Cirugía por laparoscopia
 - Cirugía por laparotomía
 - Salpingostomía (técnica conservadora).

Placenta Previa

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

CLASIFICACION:

- + Placenta de inserción baja: El borde placentario se encuentra a menos de 2cm del orificio cervical interno (OCI)
- + Placenta oclusiva parcial: El OCI esta cubierto de manera parcial por la placenta.
- + Placenta marginal: La placenta llega justo al borde del OCI, 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:
 - Incisiones uterina previas
 - Legrado previosa
 - Edad materna
 - Multiparidad
 - Tabaquismo
 - Raza

CLINICA:

- + La 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 obstetrica 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 llamado (abrupio 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.

CLASIFICACION:

- + Externa o aparente; la cual escapa del útero y se manifiesta por sangrado vaginal.
- + Interna o no aparente: la cual la sangre permanece dentro del útero.
- + Desprendimiento parcial, hemorragia oculta
- + Desprendimiento parcial, hemorragia patente
- + Desprendimiento total, hemorragia oculta

FACTORES DE RIESGO:

- + Edad materna menor o mayor
- + Embarazos múltiples y partos muy seguidos sobre todo en mujeres más jóvenes
- + Tabaquismo
- + Consumo de drogas
- + Embarazo multifetales
- + Hipertensión
- + Rotura de membranas prematura
- + Oligohidramnios
- + Corioamniotitis
- + Mala alimentación
- + Traumatismo
- + Coagulopatías

CLINICA:

- + Hemorragia vaginal
- + Dolor abdominal
- + Dolor de espalda
- + Sensibilidad o rigidez uterina
- + Contracciones uterinas

TRATAMIENTO:

- + Hospitalización
- + 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 lapototomía.

FACTORES DE RIESGO:

- + Cirugía uterina previa
- + Miomectomía
- + Plastia úterina
- + Periodo intergenésico de 18-24 meses de una cesárea anterior
- + Ruptura uterina previa
- + Cesárea corporal o segmento corporal
- + Uso de prostaglandina E2 (dinoprostona) con cesárea previa
- + Uso de prostaglandina E1 (misoprostol) con cesárea previa
- + Tener más de una cesárea

DIAGNOSTICO:

- + Registro cardiotocográfico anormal
 - + Dolor abdominal severo,
 - + Dolor en el pecho o en el hombro y repentina pérdida del aliento.
 - + Dolor repentino en la cicatriz
 - + Sangrado trans vaginal anormal o hematuria
 - + Cese de la actividad uterina previamente eficiente
 - + Taquicardia materna, hipotensión o choque
 - + Pérdida de la estación de la presentación
- El diagnostico se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto.

TRATAMIENTO:

- + Es la laparotomía exploradora oportuna, la cual se realizará después de estabilización y anestesia maternas.
- + La hemorragia materna debe controlarse, y si el útero no puede conservarse, la histerectomía puede ser requerida.

Anomalías placentarias o de inserción placentaria

LAS ANOMALIAS EN la placentación se asocian a diversas complicaciones maternas y fetales, fundamentalmente relacionadas con la hemorragia obstétrica.

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

Acretismo:

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

DIAGNOSTICO:

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

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

FACTORES DE RIESGO:

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

VASA PREVIA:

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

TRATAMIENTO:

- cesarea histerectomía, sin manipular placenta
- † Incisión media infraumbilical
- + Evitar incisión transplacentaria
- + Preparar protocolo de hemorragia invasiva
- + No usar uterotonicos

RECOMENDACIONES:

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

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se incluye dentro de la diabetes mellitus de tipo 2 y suele aparecer entre la semana 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.
- + Antecedentes familiares de diabetes.
- + Parto anterior de un bebé de más de 4kg (macrosoma) o con alteraciones genéticas.
- + Hipertensión arterial
- + Polihidramnios exceso de liquido amniótico
- + Haber tenido un aborto espontaneo o muerte fetal intrauterina sin causa aparente.
- + Sobrepeso antes del embarazo
- + Excesivo aumento de peso durante la gestación
- + Padecer el síndrome de ovarios poliquísticos

DIAGNOSTICO:

- + Test de O' Sullivan suele hacerse a partir de la semana 24 pero si la mujer tiene antecedentes o factores de riesgo puede hacerse en el primer trimestre.

SINTOMAS:

- + visión borrosa
- + Fatiga
- + Mucha sed
- + Ganas frecuentes de orinar
- + Náuseas y vomitos
- + Pérdida de peso
- + Infecciones urinarias y candidiasis vaginal

TRATAMIENTO:

- + tratamiento inicial con dieta y ejercicio
- + Dosis inicial de insulina:
 - /- 0.5-0.7 U/kg 6-18 semanas
 - 0.7- 0.8 U/KG 18-26 semanas
 - 0.9-1.1 U/kg mayor de 26 semanas
- 2/3 en la mañana
- 2/3 NPH al desayuno
- 1/3 de insulina al desayuno
- 1/2 NPH al dormir
- 1/2 de insulina en la cena

Hipertensión en el embarazo

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".

Se diagnóstica cuando las cifras tens onlaes estan por:

- Encima de 140-90 mm/Hg
- / D spues de la semana 20 de gestación previamente normotensas
- Sin proteinuria

FACTORES DE RIESGO:

- + Edad materna
- + Obesidad
- + Tecnología de reproducción asistida
- + Comorbilidades maternas: Diabetes, hipertensión y enf. renal

DIAGNOSTICO:

- + Hemoglobina y hematocrito
- + Recuento plaquetario
- + D shidrogenasas láctica
- + Creatinina y en presencia de proteinuria, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas
- + Ácido úrico se utiliza como marcador de la gravedad de la preeclampsia.

TRATAMIENTO:

- + Metildopa como medicamento de primera línea
- + Hidralazina como alternativa de segunda línea

+

CONTROL Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA LEVE

- + CONTROL domiciliario: PA cada 24 hrs, proteinuria cada 24 hrs
- + Controles en consulta o en el hospital de día

GRAVE:

- + Monitorización fetal continua
- + Labetalol por vía intravenosa durante 1-2 min. de 20mg
- + Hidralazina por vía intravenosa bolo de 5mg
- + Nifedipino 10 mg vía oral y repetir 30 min

CONVULSIONES:

- + Sulfato de magnesio de 1-1,5 g/h vía intravenosa en perfusión continua.

Síndrome de Hellp

Es una complicación multisistémica en el embarazo

H= Hemólisis

EL= enzimas hepáticas elevadas

LP= Nivel bajo de plaquetas

FACTORES DE RIESGO:

- + Multiparidad
- + edad materna mayor a 25 años
- + Raza blanca
- + Antecedentes de aborto

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- + edema generalizado
- + aumento de peso
- + dolor abdominal en hipocondrio derecho
- + Cefalea
- + Visión borrosa
- + Náusea y vómito

ALTERACIONES EN LABORATORIO:

- + Anemia hemolítica microangiopática
- + Hemólisis
- + Trombocitopenia
- + Aumento de DHL y ASTT
- + Aumento moderado de la fosfatasa y de la GGT
- + Proteinuria, elevación de creatinina, hiperuricemia e hipocalcemia

TRATAMIENTO:

interrupción del embarazo mayor de 34 semanas

- 24-34 ad. esteroides para la maduración pulmonar (betametasona es el esteroide de elección)
- Sulfato de magnesio 4-6 IV de impragnación para convulsiones y estabilización de HA.

Síndrome fosfolipídico

ES una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos AcaF fenómenos trombocíticos y/o pérdidas fetales recurrentes.

SE DETECTAN EN EL LABORATORIO DE DOS FORMAS:

- + Interferencia con las pruebas de coagulación fosfolipido-dependientes
- + Mediante ELISA

DIAGNOSTICO:

- + se caracteriza por la presencia de AcaF, Trombosis (arterial o venoso) y/o pérdidas fetales de repetición.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

- + No se pueden utilizar para establecer un diagnostico definitivo de SAP.
- + trombosis periféricas
- + Neurológicas
- + pulmonares
- + cardiacas
- + hematológicas
- + intraabdominales

TIPOS DE síndromes

- + antifosfolípido primario
- + antifosfolípido primario
- + antifosfolípido catastrofico