

Brenda Nataly Galindo Villarreal

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

ABORTO

DIA	MESES	AÑO

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.

Clasificación del Aborto:

Temprano: Aborto antes de las 12 semanas de gestación.

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

Spontáneo: 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.

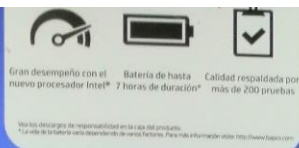
Retenido: Muerte de un embrión o un feto que no es expulsado y que no produce sangrado o dilatación cervical.

Recurrente o habitual: ≥ 2 o 3 abortos espontáneos.

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

Factores de Riesgo:

- Presencia de pólipos mayores de 2 cm puede asociarse con pérdidas del embarazo.
- Las miomas submucosas se asocian a pérdidas tempranas.



- Edad materna entre 25 y 40 años se relaciona con aborto.
- Las anomalías cromosómicas (aborto espontáneo 99%).
- El descontrol metabólico de DM 1 y 2.
- Consumo de alcohol, tabaco, cocaína.

Manejo expectante:

- 1.- Resolución temprana completa puede durar varias semanas y que las tasas de éxito son bajas.
- 2.- Es altamente efectivo en A. Incompleto.
- 3.- Niveles séricos de progesterona bajos predicen mayor probabilidad de que se resuelva espontáneamente.

Legrado: Se raspa el útero para sacar su contenido

- La recuperación es de 2 a 3 semanas.
- Si no es practicado correctamente pone en riesgo de la mujer.

Aspiración Manual Endouterina: Es segura y eficaz

- El procedimiento dura 10 minutos.
- Se usa anestesia local
- La recuperación es el mismo día
- Menor probabilidad de infección y de perforación uterina o lesiones.

Uso de Tocolíticos: ◦ Sulfato de Magnesio, Nifedipino, Terbutalina, Fenoterol.

Manejo del dolor durante el aborto con medicamentos:
Aines: ibuprofeno, analgésicos, narcóticos.

Gran desempeño con el nuevo procesador Intel®
Batería de hasta 7 horas de duración*
Calidad respaldada por más de 200 pruebas

EMBARAZO MOLAR

DÍA	MES	AÑO

El embarazo molar es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por la multiplicación anormal de células llamadas trofoblasto. Estas células se suelen convertir en el órgano que alimenta al feto en desarrollo, es decir, el placenta.

Hay dos tipos de embarazos molares:
• Embarazo molar completo
• Embarazo molar parcial.

Síntomas: un embarazo molar puede parecer un embarazo normal al principio.

- Sangrado vaginal de color rojo brillante o marrón oscuro durante los primeros 3 meses.
- Náuseas y vómitos.
- Expulsión de quistes con forma de uva por la vagina, presión o dolor pélvico.

Factor de riesgo: Embarazo molar anterior, *Edad de la madre

Tratamiento:

Dilatación y curetaje: se extirpa el tejido molar del útero (legado)

Se realiza una ecografía, análisis de sangre para medir la gonadotropina coriónica humana.

Si la enfermedad persiste, es necesario el tratamiento con quimioterapia.

EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.

Los embarazos ectópicos se producen con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el

Ótero. Este tipo de embarazo ectópico se denomina embarazo tubárico. A veces, el embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo, como los ovarios, cavidad abdominal o la parte inferior del útero (cuello del ótero).

Síntomas: Ausencia de menstruación/sensibilidad en los senos, náuseas, desmayos, dolor intenso en la parte baja del abdomen, sangrado vaginal o manchado.

Factores de riesgo: Un embarazo ectópico anterior, inflamación o infección, tratamientos de fertilidad, cirugía tubárica, elección de un método anticonceptivo, tabaquismo.

Tratamiento: E.E. Temprano sin sangrado inestable Metotrexato, detiene el crecimiento celular y disuelve las células existentes.

- Inducir el aborto
- Procedimientos laparoscópicos: salpingostomía y salpingectomía.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno.

Una placenta se denomina baja cuando el borde placentario no cubre el orificio interno, pero está a menos de 2 cm de él.

La incidencia de placenta es de aproximadamente 1/1000 nacimientos. Si la placenta previa se descubre durante la primera parte del embarazo, en general se resuelve para la 28 semanas a medida que el útero se agranda.

Factores de Riesgo:

- Multiparidad
- Cesárea previa
- Anomalías uterinas
- Tabaquismo
- Edad materna avanzada que inhiben la implantación normal.
- Embarazo multifetal

Complicación:

- Mala presentación fetal, rotura prematura de membranas
- Restricción del crecimiento fetal, vasa previa e inserción velamentosa del cordón umbilical.

Se manifiesta con sangrado vaginal indoloro después de las 20 SGA, la fuente de sangrado en la placenta previa es materna.

El diagnóstico se realiza con una ecografía.

El tratamiento consiste en actividades modificadas para el sangrado vaginal menor antes de las 36 SGA, y cesárea entre las 36 y las 37 semanas o días.

Si el sangrado es grave o refractario o si el estado fetal es anormal, está indicada la cesárea inmediata.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Es una complicación poco frecuente, pero grave del embarazo. La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo. Se adhiere a la pared del útero y suministra al bebé nutrientes y oxígeno.

El desprendimiento de la placenta se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto.

Esto puede disminuir o bloquear el suministro de oxígeno y nutrientes del bebé y causar una fuerte sangrado en la madre.

El desprendimiento de placenta con frecuencia

DIA	MES	AÑO

aparece de manera repentina. Si no se trata, pone en peligro a la madre y al bebé.

Síntomas:

- hemorragia vaginal
- dolor abdominal
- Dolor de espalda
- sensibilidad o rigidez uterina
- contracciones uterinas

Factores de riesgo:

- hipertensión arterial
- Preeclampsia, Sx de Hellp, eclampsia
- Una caída u otro tipo de golpe en el abdomen.
- Fumar
- Uso de cocaína.
- edad > 40 años, etc.

Tx: Parto depende de la edad gestacional.

RUPTURA UTERINA

La ruptura uterina es el desgarro espontáneo del útero, que puede ocasionar que el feto quede flotando en el abdomen.

Se trata de una emergencia que requiere tratamiento inmediato.

El útero puede romperse antes o durante el parto.

Factores:

- Mujeres que han tenido un parto anterior por cesárea.
- El feto este en una posición incorrecta para la expulsión y debe ser girado.

DÍA			MES			AÑO		

Para confirmar el diagnóstico de una rotura del útero el médico pueden practicar una incisión en el abdomen para visualizar directamente el útero. (laparotomía).

Debe hacer por cesárea de inmediato, se repara el útero quirúrgicamente. Si es necesario extirpar el útero (histerectomía).

ANOMALIAS PLACENTARIAS

PLACENTA PREVIA:

Paciente con sangrado transvaginal escaso y hemodinámicamente estable o sospecha de placenta previa en usg obstetrico de 2do trimestre.

- No realizar tacto vaginal, realizar especuloscopia
- Realizar usg endovaginal (personal capacitado). (32 SDG).
- Prevenir y tratar anemia
- Aplicar inductores de madurez pulmonar entre las 24-32 SDG.

Tiene 1 o más episodios de sangrado: cesárea entre las 38-36 SDG.

No programar interrupción del embarazo entre las 36-37 SDG: Placenta previa: inserción baja de placenta: cesárea: Condiciones obstetricas para parto: si para parto, NO: cesárea.

PLACENTA ACRETA:

Sospecha clínica de acretismo placentario: usg de 2do trimestre con sospecha de acretismo placentario

Paciente con factores de riesgo para acretismo

Placenta previa o de inserción baja, antecedente de cesárea, legrado o cirugías uterinas.
Signos USg de acromefia. Valorar resonancia magnética y/o cistoscopia.

Planear interrupción del embarazo a las 34-36 semanas. Esquema de manejo pulmonar.

Cesárea histerotomía, sin manipular placenta.

VASA PREVIA

La vasa previa (VP) es una rara causa de metrorragia del tercer trimestre del embarazo, en el cual vasos sanguíneos procedentes de la placenta se interponen entre la presentación y el orificio cervical interno (OCI).

Dx: Ecografía transvaginal

Síntomas: sangrado vaginal sin dolor, rotura de membranas y bradicardia fetal.

Tx: Monitorización prenatal para detectar la compresión del cordón, cesárea.

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se da durante el embarazo. A diferencia de la diabetes de tipo 1, la diabetes gestacional no se debe a tener demasiado poca insulina. En lugar de eso, una hormona fabricada por la placenta evita que su cuerpo use la insulina como debería.

Los síntomas de la diabetes gestacional por lo general desaparecen después del parto.

Pero en ocasiones no desaparece, o pueden correr más riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2 más adelante.

Norma

Riesgo de tener diabetes gestacional:

- Tiene sobrepeso o es obesa
- Antecedentes
- edad
- Ser afroamericana, indocamericana, asiática americana, hispana, latina, etc.
- Tener prediabetes
- Hipertensión

Síntomas: Poliguna, Polifagia, Polidipsia, acufenos y fosfenos, náuseas y vómitos, perder peso a pesar de tener apetito.

Diagnóstico:

Realizan análisis de DG en las semanas 24 a 28 del embarazo.

Pruebas: Prueba de tolerancia a la glucosa de una hora.

Pruebas de tolerancia a la glucosa de 3 hrs.

Tx: dieta especial, act. física, controlar la glucosa, inyecciones de insulina.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA:

También llamada HTA o hipertensión se produce cuando la presión arterial

La presencia de PAD ≥ 90 mm/Hg medida en 2 ocasiones con una diferencia de 4 hrs o una PAD ≥ 110 mm/Hg y una PAS ≥ 140 mm/Hg en las misma dos tomas.

Se Dx cuando las cifras tensionales están por encima de 140-90 mm/Hg, después de la semana 20 de gestación. Sin proteinuria < 300 mg / 24 hrs.

Factores de riesgo:

- Edad Materna, obesidad, diabetes, hipertensión enf. renal.

Riesgo de morbimortalidad fetal:

- 1- Utero espasmo
- 2- Restricción del crecimiento
- 3- Hipoxia
- 4- Desprendimiento de placenta.

Se clasifica:

- Crónica
- Acostacional

Tx:

Primera línea: Metildopa, bloqueadores de canales de calcio, segunda línea: hidralazina

Tx: Eclampsia: Tx anticonvulsivante, sulfato de magnesio, diazepam.

SINDROME DE HELLP

Complicación multisistémica en el embarazo.

- Destrucción eritrocitaria (característico).
- Plaquetario
- Hemólisis
- ↑ enzima hepática
- Daño endotelial

Factores de riesgo:

- Fisiopatología: anomalía de inserción placentaria
- Manifestaciones clínicas: Edema generalizado, ↑ de peso desproporcionado, cefalea, visión borrosa, hipertensión, ictericia por daño hepático, disnea por edema pulmonar

◦ No se corrige: coagulación vascular diseminada.

Alteración en laboratorio.

- Clasificación: Mississippi, Tennessee.
- Incompleto (1, 2 criterios) / completo.
- Tx: Interrupción del embarazo
- Dexametasona 8 mg IV/12 hrs.

Sx FOSFOLIPIDICO:

Trombofilia autoinmune

Por anticuerpos antifosfolipidico (AcAF).

- Menos trombóticos y/o pérdidas fetales recurrentes

Laboratorios: Método elisa, pruebas de coagulación fosfolipidico-dependientes (anticoagulante lúpico (ACL)).

Dx: Presencia AcAF, trombosis (arterial, venosa), pérdidas fetales de repetición

- Asociado a lupus eritematoso

Tipos: Primario / secundario

↳ Asociado a enf. autoinmunes (Lupus).

Terciario: Sx antifosfolipidico catastrofico

- Manejo: aspirina, heparina, anticoagulación oral.

