

== Ruptura Uterina ==

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina fetal, peritoneal y que requiere de una cesarea urgente. Es la solución de la continuidad de la pared uterina en el utero gravido, como resultado de un desgarramiento espontaneo del utero.

Factores de riesgo

Cirugia uterina previa

Miomectomia

Cesarea anterior

Plastia uterina

Ruptura uterina previa

Uso de prostaglandinas en cesarea previa

Tener más de 1 cesarea

Diagnostico

- Clínica: dolor abdominal severo, sangrado transvaginal anormal, cese de cavidad uterina, taquicardia materna.
- Anamnesis
- Laparatomia

Tratamiento

Laparatomia con cesarea

Histerectomia

Diagnostico:

= Triada =

Clinica (hemorragia vaginal / dolor abdominal / Rigidez uterina)

Anamnesis

Ecografia

Dimero D / Trombomodulina

Diagnostico diferencial

Ruptura uterina

Leiomioma

Cancer cervical

Placenta previa

Tratamiento

Hospitalizacion

Transfusion sanguinea

Indicar y preparar cesarea

— Desprendimiento de placenta —

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

Clasificación:

- a) Externo o aparente
 - Sangre escapa del útero
 - Sangrado transvaginal
- b) interno o no aparente
 - Sangre - dentro del útero

Factores de riesgo

- Edad materna < 20 años o > 35 años
- Embarazos múltiples en pacientes jóvenes
- Tabaquismo o drogas
- Cesareas iterativas
- Periodo intergenésico corto
- Ruptura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Coagulopatías
- Infecciones uterinas
- Traumatismos

Placenta previa

Se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero pudiendo cubrir el orificio cervical interno.

Clasificación:

Placenta de inserción baja

Placenta marginal

Placenta oclusiva o parcial

Placenta oclusiva total

Factores de riesgo

- Factores ovulares → Retraso en la maduración del blastocito
- Maternos: → Incisiones uterinas previas, logrados previos, edad materna > 35 años, multiparidad, tabaquismo

Diagnóstico:

Anamnesis

Exploración obstétrica externa

Ecografía

Espejalocopia

Tratamiento:

Paciente en vigilancia intrahospitalaria

Programar parto o cesarea en 36 SDG o ≥ 37 SDG

= Síndrome fosfolipídico =

Es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de un anticuerpo antifosfolípidos, fenómenos tromboticos y/o pérdida fetal recurrente.

Tipos de síndromes

Primario

Secundario

Latratífico

Factores de riesgo

Hipertensión gestacional

Enfermedad autoinmune previa

Tabaquismo

Fármacos corticosteroides

Diagnóstico

Anticoagulante lipico

Elisa

ALAF

Tratamiento

AAS 75-100 mg/día

= Síndrome fosfolipídico =

Es una trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de un anticuerpo antifosfolípidos, fenómenos tromboticos y/o perdida fetal recurrente.

Tipos de síndromes

Primario

Secundario

Latratrofico

Factores de riesgo

Hipertension gestacional

Enfermedad autoinmune previa

Tabaquismo

Farmacos corticosteroides

Diagnostico

Anticoagulante lipico

Elisa

ALAF

Tratamiento

AAS 75-100 mg/dia

Tratamiento:

Interrupción del embarazo > 34 SDG

Maduración pulmonar $\leq 24-34$ SDG \rightarrow Dexametasona
Beta metasona

Síndrome de Hellp

Es una complicación multisistémica del embarazo, que se considera una presentación particular de la preeclampsia severa, se caracteriza por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, con una elevada mortalidad y morbilidad tanto materna como el feto.

Factores de riesgo

Multiparidad

Edad materna > 25 años

Raza blanca

Antecedentes de aborto

Anomalías placentarias

Diagnóstico

Clinica/anamnesis: Edema generalizado, aumento de peso desproporcionado, dolor abdominal en hipocóndrio derecho, visión borrosa, náuseas vómitos, hipotensión, disnea e ictericia

- Laboratorios:

Aumento de DHL y AST,

Aumento de fosfatasa y GGT

Proteínuria

Plaquetopenia

Hipoalbuminemia

Embarazo ectopico

Es la implantacion de un ovulo fecundado en una localizacion anomala fuera de la cavidad uterina, siendo el sitio de implantacion mas frecuente en los trompas de falopio (ampolla)

Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Multigesta
- Antecedentes de embarazo ectopico
- Utilizar DIU
- Cirugias abdominales previas
- Edad > 35 años
- Defecto congenito de trompas de falopio
- Cicatriz uterina

Diagnostico

- Pruebas de embarazo positivo
- Dolor pelviano
- Sangrado transvaginal
- Ecografia con cavidad uterina limpia.

Tratamiento:

- Metotrexato
- Salpingostomia
- Salpingectomia
- Cirugia de emergencia

Clasificación:

- Mola total o completa (Más frecuente)
- Mola parcial

Tratamiento:

Legrado por aspiración

Mifeprestona + Misoprostol

Terminación médica del embarazo

Histerectomía abdominal

Quimioprofilaxis (Metotrexato)

Embarazo molar

Es una complicación poco frecuente del embarazo que se caracteriza por una aparición de un tumor benigno que se desarrolla en el útero a causa de un embarazo no viable, donde puede o no que haya un embrión o tejido placentario.

Signos y síntomas:

- Sangrado transvaginal intenso de color rojo rutilante o vinoso
- Náuseas y vómitos
- Choque hipovolémico
- Metrorragia (97%)
- Expulsión de vesículas
- Insuficiencia respiratoria aguda

Factores de riesgo

Edad materna >35 años

2 o más abortos previos

Dieta baja en ácido fólico

Tabaquismo materno

Antecedentes de enfermedad trofoblástica.

Diagnóstico

Anamnesis

Exploración general

Exploración ginecológica

Ecografía

Determinación de B-HCG.

Clinica para abortos:

- 1- Amenaza de aborto: Orificio cervical cerrado, <22 SDG, Sangrado transvaginal, molestia suprapubica
- 2- Aborto incompleto: Dilatacion cervical, expulsion separada de placenta y feto, sangrado sin parar, tacto vaginal para restos en cervix
- 3- Aborto completo: Dilatacion cervical inicial, abundante sangrado, cervix cerrado
- 4- Aborto diferido: Hallazgo, producto muerto, sin dolor o alguna molestia
- 5- Aborto inevitable: Membranas rotas, salida de liquido inevitable, tira de nitrosina, PH >7.
- 6- Aborto septico Cualquiera de todas las anteriores + infeccion

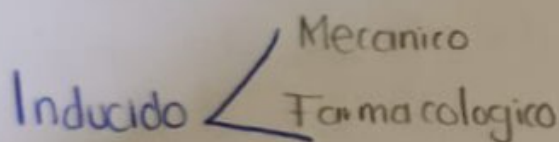
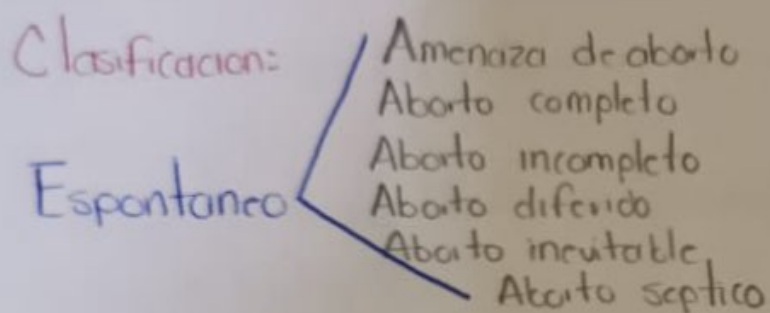
Tratamiento:

- Espontaneo: tratamiento especifico para posibles complicaciones.
- Inducido: Farmacologico
 - < 10 SDG Misoprostol + mifepristona : 200 mg de mifepristona vo 800 mg de misoprostol sublingual / 2-3 dias despues mifepristona
 - 10-13 SDG 200 mg mifepristona vo + 600 mg misoprostol sublingual
 - 13-24 SDG Misoprostol puro 400 mcg/sublingual c/d 3hrs
- Mecanico o instrumentado: AMEU
Legrado

— Aborto Seguro —

Se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la vida fetal sea viable (<22 SDG o menos de 500 gr.)

Clasificación:



Factores de riesgo:

- Anomalías congénitas antes de las 12 SDG (70-80%)
- Abortos previos
- Madres alcohólicas, fumadoras
- Edad materna mayor a 35 años
- Infecciones vaginales en el embarazo

Diagnóstico:

- Uso de ultrasonido
- Clínica o identificación de factores de riesgo
- Medición de la subunidad de la gonadotropina coriónica humana