



Mapa Conceptual

Nombre del Alumno: Clara Elisa Encino Vázquez

Nombre del tema: "PATOLOGIAS DEL EMBARAZO

Parcial: III

Nombre de la Materia: Clinicas de ginecología y
obstetricia

Nombre del profesor: Dr. Carlos Ignacio Arriaga
Flores

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Cuatrimestre-Semestre

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

ABORTO

"Expulsión o pérdida del embrión o feto <500 g antes de las 20 semanas"

ETIOLOGIA

- **Causas maternas:** infecciones, hormonales, inmunológicas, psicológicas, alteraciones funcionales y orgánicas
- **Causas ovulares:** Anomalías genéticas, factores hereditarios, gametos anormales, asincronismo de la fecundación
- **Causas ambientales:** Fármacos, traumas, abuso de drogas y teratógenos

CLASIFICACION

- **Amenaza de aborto**
Hemorragia genital leve y dolor en hipogastrio tipo cólico
- **Inminente**
Dolores más intensos y sostenidos.
Hemorragia más abundante con coágulos.
- **Retenido**
Muerte del huevo in utero, no es expulsado.
Hemorragia color marrón oscuro
- **En curso**
Aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo
Hidrorrea clara con hemorragia
- **Incompleto**
Parte del producto o restos ovulares retenidos dentro de la cavidad uterina.
Hemorragia profusa y persistente
- **Completo**
El producto y los restos ovulares son expulsados espontánea y completamente del útero.
Hemorragia cesa
- **Habitual**
Caracterizado por 3 o más abortos espontáneos sucesivos
- **Infectado**
Cuadro de aborto incompleto no solucionado,
Reagudización del dolor (más sorda y permanente)
Hemorragia o flujo purulento

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada, infecciones, anomalías uterinas

DIAGNOSTICO

USG, niveles de hCG y ECO

TRATAMIENTO

Solucionar el problema etiológico, reposo, administración de misoprostol o cerclaje

EMBARAZO ECTOPICO

"Implantación y desarrollo del embrión fuera de la cavidad uterina"

UBICACION

- **Tubárica:** implantación más común, dentro de ella y según la porción de la trompa que ocupe se subdivide en ístmica, ampullar, intersticial e infundibular
- **Tubeoovárica:** Saco fetal formado en parte por trompa y tejido ovárico
- **Ovárica:** Evoluciona en el parénquima ovárico y se produce rotura en período temprano
- **Abdominal:** Primario=Implantación inicial en el abd. Secundario=Después de implantarse en ovario o trompa
- **Intraligamentaria:** Saco gestacional ubicado en un espacio de separación de los pliegues de ligamento ancho
- **Cervical:** Se implanta en el cuello del útero

ETIOPATOGENIA

- **Factores de riesgo elevado**
Cx tubárica previa, gestación ectópica previa, enf tubárica y exposición intrauterina.
- **Factores de riesgo moderado**
Infección genital previa, esterilidad, técnicas de reproducción asistida y uso de DIU.
- **Factores de riesgo bajo**
Tabaquismo, edad del 1er coito <18 años, uso de duchas vaginales e historia previa de abortos

CLINICA

- **TRIADA**
Dolor abd: pélvico, anexo y cuello + Amenorrea anterior + Hemorragia vaginal
- **Otros:**
Signos de irritación peritoneal, sangrado externo café, tensión abd, shock, útero alargado y suave.

DIAGNOSTICO

- **Laparoscopia (Gold estándar)**
- Anamnesis y clínica
- Examen ginecológico pélvico
- Ultrasonografía
- Eco TV
- Cuadricentesis
- Laparotomía exploratoria
- Doppler
- Hemograma
- Grupo Rh
- VDRL
- Glucemia
- Creatina
- ECO

TRATAMIENTO

- Control clínico y b-hCG
- Metotrexato
- Tratamiento qx

ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL

"Degeneración quística hidropica avascular de la placenta"

FACTORES DE RIESGO

- Mola previa
- Edades extremas <20 o >40 años
- Dieta baja en proteína y ácido fólico
- Primigesta añosa
- Edo. socioeconómico bajo
- Factores genéticos
- Madre con GS A y padre con GS B

CLASIFICACION

- **Alto riesgo**/B-hCG >40000, Duración >4 meses, Antecedente embarazo a término, Fracaso de quimioterapia, Metástasis cerebral, Mola hidatiforme: Completa y parcial, Mola invasora, Cariocarcinoma, Tumor trofoblástico en el sitio placentario, Tumor trofoblástico gestacional o enf. trofoblástica persistente
- **Bajo riesgo**/Sin factores de riesgo, Enf. trofoblástica persistente

CLINICA

- Hemorragia indolora
- +Fr sangrado
- Útero con mayor tamaño (50%)
- Pre eclampsia en el primer trimestre del embarazo
- Expulsión de vesículas
- Hiperemesis gravida
- Clínica de hipertiroidismo
- Dificultad respiratoria aguda
- Quistes ováricos

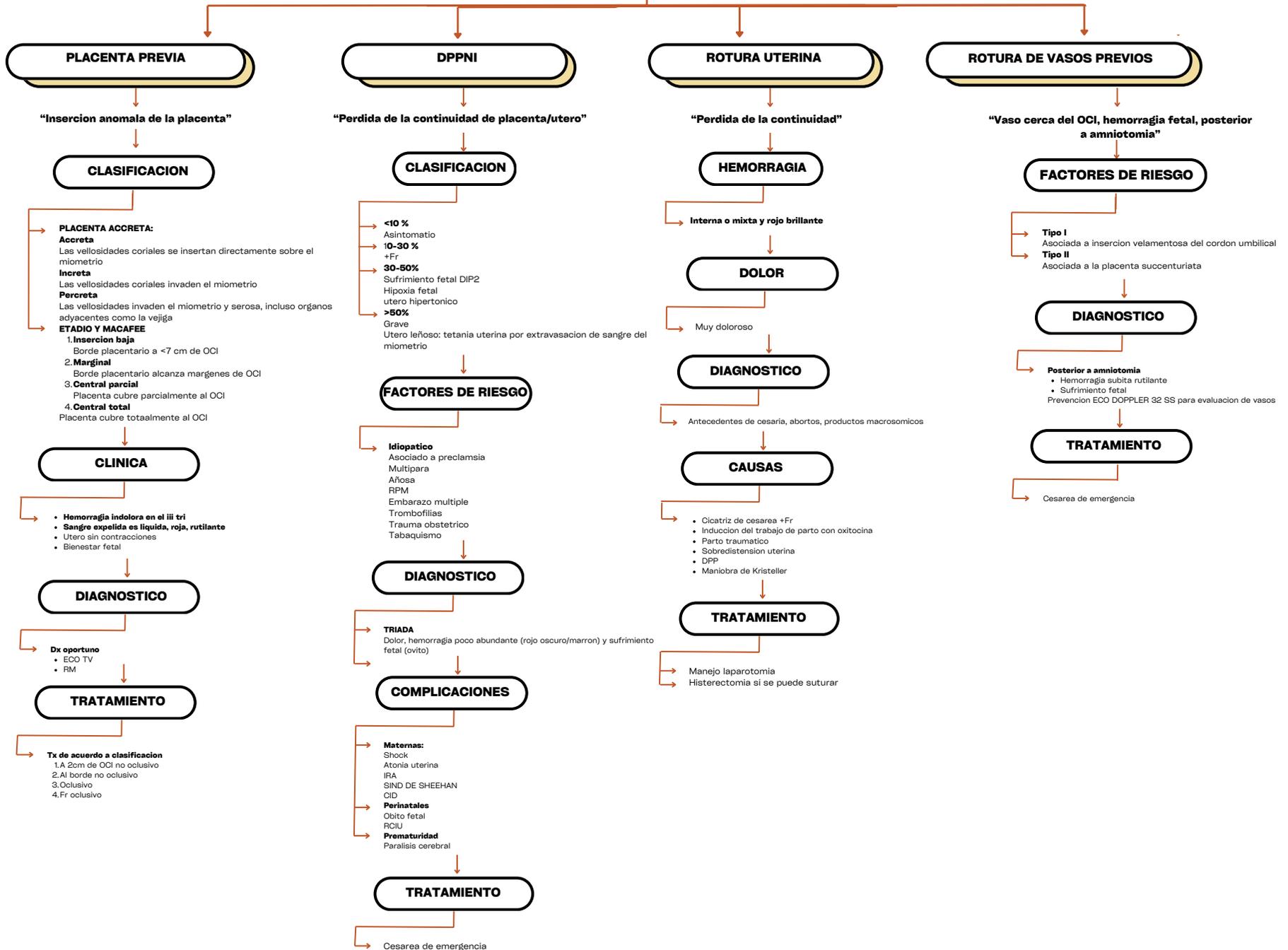
DIAGNOSTICO

- Anatomía patológica (Dx definitivo)
- Elevación de niveles de B-hCG >100000 u
- ECO
- Vesículas múltiples de pequeño tamaño
- No se observa saco gestacional
- Bioquímica completa
- Rx torax

TRATAMIENTO

- Evacuación inmediata del útero (Legrado por aspiración)
- Mujeres de alto riesgo o >40 años o con deseos genéticos cumplidos
- Seguimiento: Titulaciones semanales de B-hCG hasta remisión completa

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO



Bibliografía:

Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra Constanza Ralph T. Octava Edición. 2017. Cunningham, FG, MD, Leveno, KJ, Bloom, SL, Dashe, JS, Hoffman, BL, Casey, BM y Spong, CY (2021). Obstetricia de Williams - 25.ed. McGrawHill