



Universidad del Sureste
Campus San Cristóbal de las Casas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Mapa Conceptual.
“Patologías del Embarazo”

Nombre del alumno: José Alberto
Cifuentes Cardona

Grupo: “A” Grado: Séptimo Semestre.

Materia: Clínica de Ginecología y
Obstetricia.

Nombre del profesor: Dr. Carlos Ignacio
Arriaga Flores.

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

→ Sangrado que tiene lugar < 21 SDG.

ABORTO

Definición

→ Interrupción o pérdida del embarazo.
→ Antes de las 20 SDG y < 500 gr.

CLASIFICACIÓN

Aborto Espontaneo

→ Muerte del embrión dentro de las 12 SDG
→ Anomalías genéticas, cromosómicas y del trofoblasto.
→ Anomalías endocrinas, infecciones y HPTA.

Amenaza de Aborto

→ Hemorragia genital y contractibilidad uterina.
→ Sin modificaciones cervicales.

Aborto en Evolución

→ Hemorragia genital persistente
→ Actividad uterina reconocible clínicamente.
→ Modificaciones cervicales (dilatación y borramiento)
→ Incompatibles con la continuidad de la gestación.

Aborto Inevitable

→ Hemorragia genital intensa, imposible continuación.
→ Ruptura de membranas sin modificaciones cervicales.
→ Sin actividad uterina reconocible.

Aborto Incompleto

→ Expulsión parcial del producto.
→ Resto en cavidad uterina.

Aborto Completo (AC)

→ Expulsión total del producto.
→ No requiere evacuación complementaria.

Aborto Diferido

→ Antecedentes de amenaza de aborto.
→ Antes de Huevo muerto y retenido.
→ Ocurrida la muerte del producto no se expulsa espontáneamente.

Aborto Recurrente

→ Pérdida espontánea del embarazo consecutiva o alterna.
→ En dos o más ocasiones.

Aborto Séptico.

→ Cualquiera de las variedades anteriores.
→ Mas infección intrauterina o pélvica.

DIAGNOSTICO Y CLÍNICA

→ Retraso menstrual o amenorrea secundaria.
→ Dolor tipo cólico progresivo y frecuencia.
→ Con o sin modificaciones cervicales.
→ Expulsión parcial del producto.
→ Ausencia de vitalidad al USG o Doppler (**HMR**)
→ Hemorragia abundante y persistente y en disminución (**AC**)

Aborto séptico

→ Secreción fétida hematopurulenta.
→ Temperatura >38°C sin otro foco de infección.
→ Hipersensibilidad suprapúbica y dolor abdomino pélvico.

Signos de Alarma

→ Palidez
→ Diaforesis
→ Taquicardia y Taquipnea.
→ Pulso débil
→ Alteraciones en el estado de alerta.
→ FIEBRE (en caso de choque séptico)

TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

→ Reposo en cama.
→ Hidratación vía oral.
→ Dolor: Administración de antiespasmódico oral o rectal.

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

→ sangrado que tiene lugar > 21 SDG.

PLACENTA PREVIA

Definición

→ Implantación placentaria a nivel de segmento uterino.
→ Cubre el orificio cervical interno parcial o totalmente.
→ Obstruye el paso del feto durante el parto

CLASIFICACIÓN

Inserción baja

→ Borde placentario en el segmento inferior.
→ Menos de 2cm del orificio cervical interno.

Marginal

→ Borde placentario alcanza márgenes del orificio cervical.

Central parcial

→ Con una dilatación igual o > 3 cm.
→ La placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.

Central total

→ La placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno.
→ Aun con dilatación avanzada.

FACTORES DE RIESGO

→ Cicatrices uterinas previas (Cesárea y Miomectomía)
→ Multiparidad
→ Tabaquismo
→ Mujer mayor de 35 años
→ Anormalidad en vascularización endometrial.

DIAGNOSTICO Y CLÍNICA

→ Oportuno por control prenatal
→ *Sangrado*

- Rojo Brillante/Rutilante

→ *Dolor*

- Mayormente no se acompaña de dolor abdominal.

→ *Comienzo*

- Insidioso

→ *Tono uterino*

- Habitualmente normal.

→ *USG*

- Probable diagnóstico entre las 20 y 24 SDG
- Seguimiento y confirmar en la 28 SDG
- Se recomienda Doppler para descartar acretismos.

Estado fetal

→ No hay presencia de sufrimiento fetal.
→ Puede presentarse restricción en el crecimiento uterino.
→ Riesgo de prematuridad.
→ Presentaciones anormales del feto.

TRATAMIENTO EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

→ Hospitalizar y corroborar diagnóstico para manejo específico.
→ USG vaginal cada 2 semanas.
→ Reposo absoluto hasta corroborar madurez fetal.
→ Uteroinhibición antes de las 32 SDG (Indometacina 100mg).
→ Inductores de madurez fetal entre 28 a 34 SDG.

- Betametasona 12 mg IM cada 24 horas 2 dosis
- Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas 4 dosis

→ Perfil biofísico semanal.
→ Sulfato ferroso vía oral.
→ Gammaglobulina anti D entre 28 y 32 SDG con Rh Negativo.

Criterios para interrupción de la gestación

→ Cesárea cuando la hemorragia sea grave.
→ Interrumpir antes de semana 36 si hay maduración pulmonar.
→ Cuando la placenta se encuentre en el segmento anterior.
→ Usar uterotónicos a dosis altas para lograr hemostasia.
→ Histerectomía en caso de hemorragia masiva.
→ Dos vías permeables en caso de hemorragia masiva.
→ Tener disponible sangre en el banco de sangre.

- Informar al paciente los signos de alarma.
- Tratamiento infeccioso si hay evidencia.
- Si continua hemorragia, derivar a 2 nivel.

TRATAMIENTO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- Reposo absoluto.
- Hidratación vía oral o parenteral.
- Solicitar cuantificación de B (hCG).
- Realizar USG pélvico y endovaginal.
- Solicitar (BH, Grupo y Rh, TP y TPT, Glicemia, EGO, Urocultivo y VDRL).

Aborto incompleto

- Previa valoración, hospitalizar al paciente.
- Estudios básicos ya mencionados.
- Realizar AMEU o LUI.
- Valorar cavidad uterina mediante USG.

Aborto séptico

- Previa valoración, hospitalizar al paciente.
- Estudios básicos ya mencionados y hemocultivo con antibiograma.
- Sondaje vesical para cuantificar diuresis horaria.
- Valorar cavidad uterina mediante USG y radiología.
- Interconsulta Medicina interna.
- Iniciar doble esquema con antibiótico.
 - Penicilina o Clindamicina.
 - Gentamicina o Amikacina.
- Hidrocortisona C/24 hrs.
- AMEU.

Hemorragia abundante o estado de choque

- Verificar vía aérea permeable.
- Verificar respiración y circulación.
- Acceso venoso con solución cristaloides.
- Exámenes de laboratorio ya mencionados + fibrinógeno y dímero D.
- Signos vitales C/15 min.
- Hemoderivados si es necesario.
- Evacuación uterina urgente con AMEU o LUI.
- 1.- Masaje Uterino
- 2.- Tratamiento médico (Uso de uterotónicos)
 - Oxitocina 20 UI en 500ml goteo rápido.
 - Ergonovina 0.2 mg DU C/2-4hrs.
 - Misoprostol 600-1000 mcg Rectal C/8 hrs.
- 3.- Balón Bakri.
- 4.- Pinzamiento arterias uterinas técnica ZEA.
- 5.- Ligadura arterias hipogástricas.
- 6.- Histerectomía parcial o total.

EMBARAZO ECTÓPICO

Definición

- Implantación del huevo fuera de la cavidad endometrial.
- En los segmentos de la trompa de Falopio.

CLASIFICACIÓN

- Ampular 70%.
- Istmo 12%.
- Fimbria 11%.
- Tubáricos intersticiales 2%.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes de cirugía tubaria.
- Embarazo ectópico previo.
- ETS y Tabaquismo.
- Oclusión tubárica bilateral (OTB)
- Técnicas de reproducción asistida.

DIAGNOSTICO Y CLINICA

- Triada clásica
 - Menstruación retrasada, Dolor y sangrado vaginal.
- Dolor abdominal bajo y pélvico intenso
- Rotura de trompas.
- Hemorragia transvaginal leve y oscura.
- Palpación de tumoración en anexo.
- Cérvix con signos de embarazo.
- Cuantificación seriada de B-hCG y USG.
 - β -HGC está entre 1500 -2000 IU/L
 - Saco gestacional (SG) > 5mm

TRATAMIENTO MEDICO

- Metotrexato 50mg (1 Día)
- Dosis adicional si el nivel de β -hCG no disminuye un 15% del 4 al 7 día.
- Vigilancia hasta niveles indetectables de β -hCG.

Complicaciones Maternas

- Accidentes tromboembólicos.
- Acretismo placentario.
- Choque hipovolémico.
- Lesión de vejiga, uréteres o intestino.
- Histerectomía obstétrica
- Morbilidad infecciosa.
- Anemia
- Muerte materna

Complicaciones Fetales

- Prematurez
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Sufrimiento fetal
- Muerte perinatal

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Definición

- Separación parcial o total de la placenta normo-inserta.
- Después de las 20 SDG.
- Antes del tercer periodo del trabajo de parto.

FACTORES DE RIESGO

- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Edad materna > 35 años.
- Uso inadecuado de oxitocina o prostaglandinas.
- Traumatismo abdominal.
- Miomatosis uterina.
- Antecedentes de DPPNI previo.
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas.
- Tabaquismo y Cocaína.

DIAGNOSTICO Y CLINICA

- Inicio Brusco/súbito
- *Sangrado*
 - Rojo Oscuro/Marrón
- *Dolor*
 - Mayormente muy doloroso.
- Comienzo
 - Brusco/súbito
- Tono uterino
 - Leñoso hipertónico aumentado de volumen.
- Feto
 - Afectado (generalmente muerto)
- USG
 - Taquisitole uterina
 - Datos de sufrimiento fetal agudo.

TRATAMIENTO MEDICO

- Emergencia obstétrica del feto y la madre.
- Interrupción del embarazo inmediata.
- Cesárea + Histerectomía
 - En caso de encontrar infiltrado hemático.

RUPTURA UTERINA

Definición

- Presencia de cualquier desgarro del útero.

CLASIFICACIÓN

Espontanea

- Cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico.

Traumáticas

- En la cual interviene un factor extrínseco.
 - Oxitócicos, Parto pélvico, Fórceps

Completas

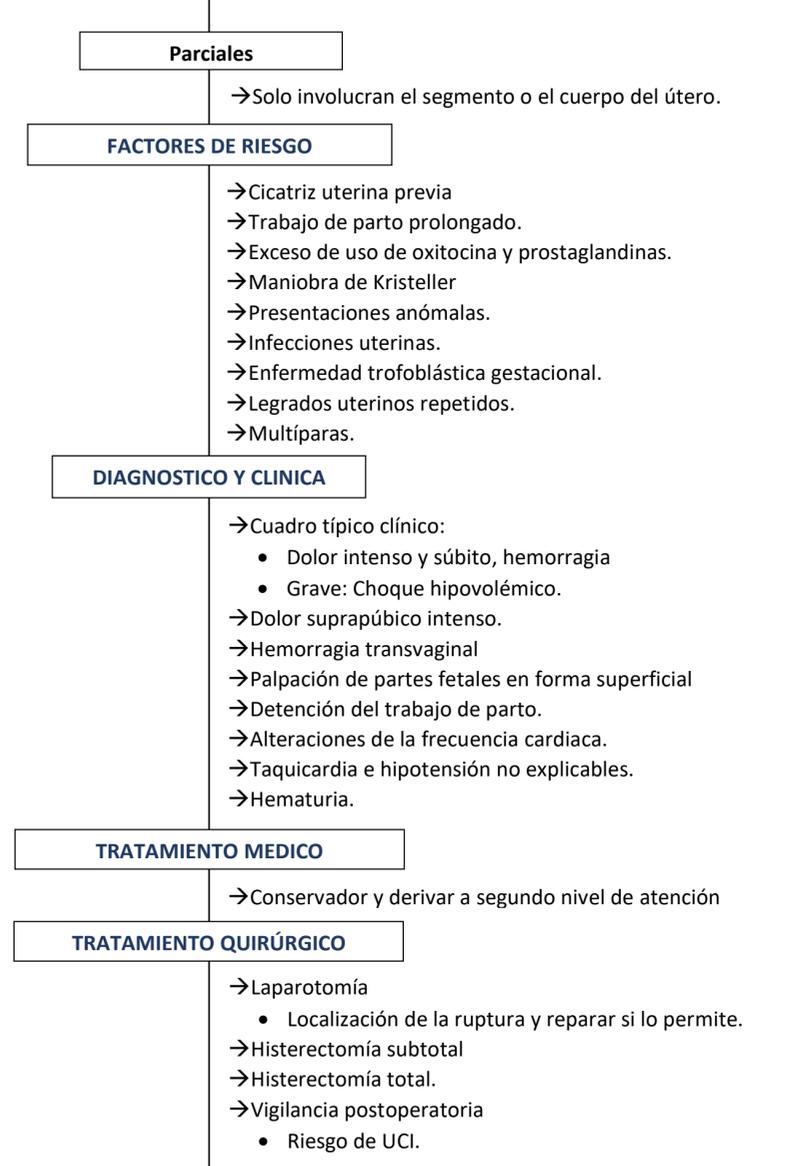
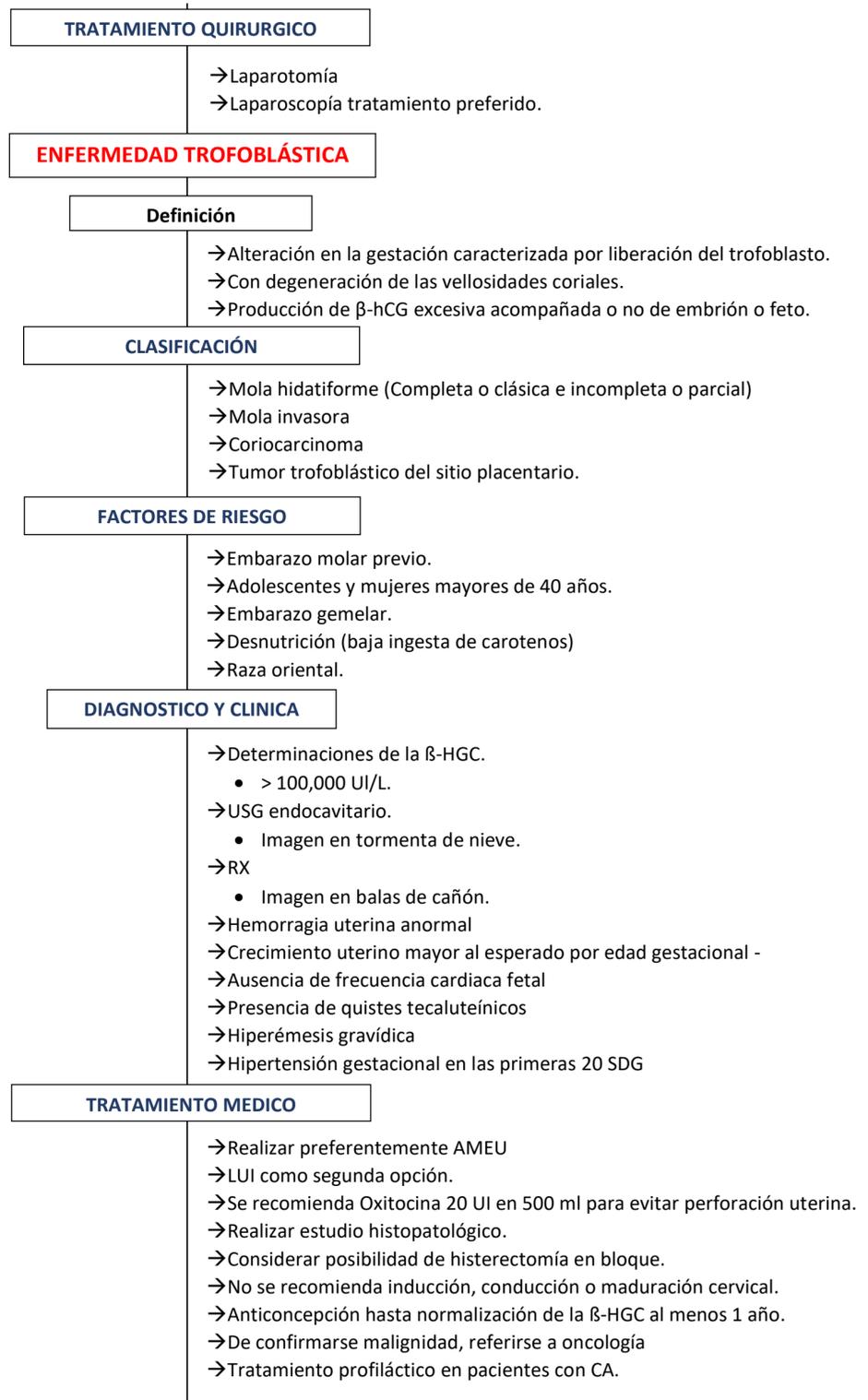
- Abarcan todo el espesor del musculo uterino.
- abarca peritoneo cervical.

Incompletas

- No incluye el peritoneo cervical.

Totales

- Involucran tanto el segmento como el cuerpo uterino.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.-WILLIAMS. (2019). *Obstetricia 25 Edición*. Impreso en México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- 2.-GPC diagnostico y Tratamiento (HEMORRAGIA OBSTÉTRICA en la primera mitad del embarazo y Puerperio inmediato)
- 3.-GPC diagnostico y Tratamiento (HEMORRAGIA OBSTÉTRICA en la segunda mitad del embarazo y Puerperio inmediato)

- 3.-AMIR, (2019). *Manual de Ginecología y obstetricia 12° Edición*. Academia de Estudios MIR editorial.
- 4.-Mar Muñoz M, (2021). *Manual de Ginecología y obstetricia 12° Edición*. Grupo CTO editorial.

Las causas principales de hemorragia durante el primer trimestre son:

- El aborto y amenaza de aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica.

Las causas más comunes de hemorragia en la segunda mitad del embarazo son:

- Acretismo placentario
- Placenta previa,
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Ruptura uterina