

UDS

Ginecología y Obstetricia.

Sergio Fabián Trejo Ruiz

Mapas Conceptuales : Aborto, ETG, DPPN, RU, IBP/PP.

6A

Bibliografía: Instituto Nacional de
Perinatología: Normas y
Procedimientos de obstetricia
2021.

FR:

- o PP Anterior.
- o Cesárea RR 4.5 IC 95%.
- o Tabaquismo
- o uso Materno de cocaína
- o Edad Materna: >40 años
- o Antecedentes de Aborto Espontáneo
- o Indicado
- o Multiparidad.

Clinica

Sangrado Rojo brillante
Indicado en el segundo o
Tercer trimestre

70% - 80% Tienen menos
Episodios de sangrado

20% presentan Actividad
Uterina antes del sangrado

10% Son asintomáticas.

Placenta Previa / Inserción baja de Placenta.

Definición: Placenta Previa es la que
Cubre directamente el orificio cervical
interno (OCI). / Placenta de inserción
baja: es cuando el borde Placentario
Se encuentra a menos de 20mm
del OCI.

Epidemiología:

PIB: 3: 1,000 gestaciones

PP: 1: 200 Nacimientos.

Global: 5.2: 1,000 Nacimientos.

TX

Cesárea.

un OCI > 2cm o

Más de 35 SDG. es

Cesárea Directa.

OCI 0cm - 2cm

Puede haber o no la
Posibilidad de Parto Vaginal.

Fisiopatología

Daño endometrial
generado por un
Cicatriz Previa
o daño en el
Seg. Uterino. Inferior
que inicia el
Crecimiento
Placentario al
Termino "Migración"
es cuando quedada
que durante el
Embarazo, migra
el borde Placentario.

Dx.

No se realiza
< 18 - 20 Semanas
de Gestación.

Se realiza > 32 SDG.
Por ultrasonido Trans
Vaginal.

FR:

Ruptura uterina

Fisiopato:

Prevalencia:

Cesárea Previa.

Dos cesáreas: 0.9-6%.

Cesárea clásica: 4-11.5%.

Miomectomía Transabdominal: 4%.

R. Previa segmento inferior: 6%.

R. Previa del seg sup: 52%.

Epidemiología:

Primarias: Distocias mecánicas, Mult. paridad, desnutrición, Malformaciones.

Secundarias: USO de utero-estirpantes (oxitocicos, prostaglandinas, Tx abdominal, Man. obras obstétricas).

Definición: Solución de la continuidad de la pared uterina y la serosa que la cubre. Se asocia a sangrado uterino signific. Falta de bienestar fetal y puede requerir resolución inmediata por cesárea o histerectomía, dependiendo del grado de lesión.

Clasificación

Espontánea: Sin intervención médica previa.

Traumática: con intervención (uso de oxitocicos y manobras obstétricas).

Septos: Completa: Abarca todo el grosor del músculo uterino

Incompleta: lesión que no incluye el peritoneo visceral.

Total: segmento y cuerpo uterino.

Parcial: solo el segmento del cuerpo uterino.

Resultado de una combinación de fac. mecánicas y fisiológicas especialmente en cicatrices previas.

Clinica

- Alt. Frec. Card. fetal
- ↓ Tono uterino basal
- Polar disminuido a masivo abdominal sub. to
- Choque hipovolemico
- Arritmias ↓ Fetales

Dx:

- Clinica y FR.
- Sig. clásicos: dol. abd, hemorragia,
- Arritmias FC fetal.
- Ruptura en cicatrices.

• Soporte para evitar hemorragia o choque.

• Qx: Sutures Transversales bajas.

• Histerectomía.

TX

Complicaciones

• Pérdida masiva sanguínea (≥ 1500 ml)

• Lesiones vesicales.

• Mortalidad Materna

1% en países desarrollados & 5-10% en desarrollo.

FR

Desprendimiento prematuro de placenta normal o anormal

Fisiopatía

- Cesárea previa: 1.3-2.4
- Abortos previos: 1.4-3.4
- Preeclampsia: 1.9
- Diabetes Mellitus pregestacional: 2.7
- Hipertensión crónica: 1.8-2.4
- Otros: Hipertrombocitemia, tromboembolismo, hipotiroidismo, anemia, gestación múltiple, etc

Epidemiología

- Complicación entre el 0.2% y el 2% de los embarazos
- 19% antes de la semana 32 de embarazo
- 40-60% antes de la semana 37
- Aproximadamente 30% de las causas de sangrado en la segunda mitad del embarazo

Complicaciones

- Maternas: Hemorragia anteparto, hemorragia postparto, necesidad de cesárea, transfusiones sanguíneas, alteraciones en funciones hepáticas, muerte materna
- Fetales: Bajo peso al nacer, muerte fetal, baja calificación de Apgar

Definición: Separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina después de 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo del trabajo de parto

Epidemiología

- Complicación entre el 0.2% y el 2% de los embarazos
- 19% antes de la semana 32 de embarazo
- 40-60% antes de la semana 37
- Aproximadamente 30% de las causas de sangrado en la segunda mitad del embarazo

Tx:

- Evaluación con ecografía y monitorización continua
- Administración de soluciones cristaloides para mantener un gasto urinario de 30ml/h

Fármacos:

- Magnesio: 4-6 intravenosos inicial seguido de 1-2g/hora en infusión
- Corticoides
- Betametasona 12 cada 24 horas por 2 dosis

Ruptura de vasos maternos en la decidua basal provoca acumulación de sangre que separa la decidua de la placenta

Puede ser pequeña y auto-limitada o llevar una separación completa de la placenta

Factores como accidentes automovilísticos, uso de cocaína y tabaquismo contribuyen a isquemia decidual y hemorragia

Clinico

- Triada clásica en DPN Lagudo
- Hemorragia transvaginal brusca y oscura (78% de los casos)
- Dolor abdominal leve-moderado y/o dolor lumbar
- Contracciones uterinas hipertónicas

Clasificación según grado

- Grado 0: Sin sangrado
- Grado I: Sangrado 150-300ml hipertensión leve
- Grado II: Sangrado >500ml hipertensión
- Grado III: Sangrado severo y choque

Px:

- Principalmente clínico: hemorragia genital oscura, dolor abdominal, hipertensión uterina
- Ultrasonido: para identificar hematoma retroplacentario; sensibilidad del 25-50%
- Pruebas de laboratorio: niveles de fibrinógeno, tiempo de coagulación, etc

FR

Aborto:

Etiología:

edad materna:

- 2-30 años: 9-17%
- 35 años: 20%
- 40 años: 40%
- 45 años: 80%

Definición: Culminación de la Gestación antes de las 20 semanas, con o sin Expulsión del Producto de la concepción.

- Anomalías cromosómicas 45% - 50%
- Causas Anatómicas: Infecciosas, Metabólicas, Autoinmunes.

Abortos Previos:

- Aborto: Riesgo igual.
- Abortos: 25%
- Abortos: 54%

Tipos:

- Amenaza de Aborto: Presencia de hemorragia genital / Contractibilidad uterina sin modificaciones cervicales?
- Aborto incompleto: Expulsión Parcial del Producto de la Concepción con Restos de la cavidad uterina.
- Aborto completo: Expulsión Total del Producto de la concepción.
- Aborto Diferido: Muerte del Producto sin Expulsión Espontánea.
- Aborto Evolución: Hemorragia Genital Persistente / actividad uterina y modificaciones cervicales?
- Aborto inevitable: Imposibilidad de continuar con la Gestación. Ruptura de Membranas.
- Aborto séptico: Cualquier variedad con infección Intrauterina.
- Pérdida Temprana del EMB. Emb. No viable sin bt. Cardíaco antes de las 13 Sem.

Fisiopatía:

- Intervención de Factores genéticos y Ambientales.

clínica:

- Dolor abdominal
- Sangrado Genital
- Asintomático
- contracciones uterinas
- ↑ Temperatura
- Dolor Tacto Vaginal
- Sangrado abundante.

Epidemiología

Sangrado 1º trimestre: 25%
 Aborto Espontáneo: 10-25% y
 0-25% Abortos bioquímicos

Dx:

- HC y EF
- Gonadotropina (hCG)
- ultrasonido Trans Vag.
- AMEU
- LUI.

Quirúrgico

AMEU: Aspiración Manual Endocervical
 LUI: legrada Intrauterina.

Misoprostol
 800 mcg IV.

Expectante: < 8 sem
 80% Expulsión Compl.

Mifepristona:
 600 mcg VO + Misoprostol
 400 mcg / 48h.

Tx

FR

Enfermedad trofoblástica gestacional

Clasificación

El OPNI complicado entre el 0.2% y el 2% de los embarazos

Factores de riesgo para ETG: Mola previa, aborto precoz, embarazo ectópico o previo, embarazo precoz término

Mola invasora:
Lesión localmente invasora, rara vez da metastasis a distancia, invasión al miometrio

Epidemiología

Prematuridad: Un 14% de los casos ocurren antes de la semana 32 de embarazo, y entre el 40% y el 60% antes de la semana 37.

Dx histopatológico: El dx definitivo de ETGs histopatológico

Utilidad de la ultrasonografía: Datos de ETG por ultrasonido: patrón ecogénico mixto, quistes decalcuterinos, presencia de feto

Utilidad de la determinación del Cariotipo fetal: Se recomienda solo en embarazos múltiples con fetovivo y mola completa o parcial

Tumor maligno del epitelio trofoblástico, invasión vascular tempranas metastasis a distancia

Tumor extremadamente raro, se origina en el sitio de implantación de placenta

Tx

Tx quirúrgico mediante AMBO

histerectomía en bloque o evacuación del útero por histerotomía, AMBO o LVU

Quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única

Esquemas de quimioterapia:

EMBO, MAC, AMA-EE, CHAMOCA

Parámetros para sospechar ETG

Diagnóstico definitivo de ETG

Conductancia dx cuando los niveles de hGC persisten elevados
Identificación de valores hGC falsos positivos

Datos Dx de ETG por ultrasonido

Dx diferenciales de una mola parcial por USG