



Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Mapas conceptuales 3ra unidad

Nombre de alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Ginecología y obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6°

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de noviembre del 2024

# ABORTO

→ la determinación de embarazo antes de la variabilidad del producto de la concepción. → 50-70% de los embarazos

80% < 12 SDG  
20% 12-20 SDG.

→ la OMS define el aborto como la terminación del embarazo antes de la semana 20 con un feto menor de peso = 500 gr.

Edad → 10-12% adolescentes  
↑ 4-5 veces en >40 años

## TIPOS

**Amenaza de aborto.**  
Hemorragia en el 1º trimestre del embarazo sin pérdida de líquidos ni tejido.

**Aborto en evolución.**  
La act. uterina propia del trabajo de aborto ocasiona borramiento y dilatación irreversible, acompañado de sangrado.

**Aborto inevitable.**  
Ruptura de las membranas sin modificaciones cervicales.

**Aborto incompleto.**  
Expulsión de una parte del producto de la concepción.

## Fx de riesgo

- Fx infecciosas:
  - Chlamydia trachomatis
  - Uterina monocitogenes
- Fx inmunológicos:
  - Trastornos genéticos de la coagulación de la sangre.
- Fx uterinos:
  - Miomas uterinos grandes.
  - Sinequias intrauterinos.
  - Una infección provocada por el legrado uterino.
- Fx endocrinos:
  - Anticuerpos tiroideos, en mujeres con DM1.
- Fx ambientales:
  - Consumo de cigarras
  - Consumo de alcohol.
  - Radiación terapéutica.
- Fx paternos:
  - Anomalías cromosómicas de espermatozoides.
- Edad materna (25-40 años).
- IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>

## Aborto completo.

Cuando el útero vacía por sí solo todo el producto de la gestación generalmente ocurre en los abortos tempranos.

## Aborto habitual

3 o más pérdidas consecutivas del embarazo antes de cumplir la semana 20 de gestación.

**Aborto diferido.**  
cuando el producto muere in utero y se retiene por más de 8 semanas.

## Aborto provocado

Es la interrupción del embarazo antes de alcanzar la variabilidad, es el tipo más frecuente.

## Aborto séptico

Se da mediante una infección intrauterina.

Dx → \*USG transvaginal (98%)

→ Progesterona.  
→ Determinación sérica de gonadotropinas coriónicas selectivas (HCG).  
→ USG vaginal y abdominal  
→ Anticuerpos anti-β

Tx → Éxito 70-96%.

→ Análogo PG dosis altas de misoprostol 1200-1400 µg<sup>r</sup> vía vaginal.  
→ < 7 SDG Mifepristona 600 mg + MISO 800 µg<sup>r</sup> (48 hrs desp)  
→ > 10 SDG Hospitalización.  
+ diclofina @ antes de 6hr de adm del MISO.

RG VO (aborto incompleto) estado control a las 24 hrs. → USG 7-14 días.

## Complicaciones

→ Hemorragia intensa es la más frecuente en el aborto incompleto y puede llevar a la px a un choque hipovolémico.  
→ La sepsis se presenta con mayor frecuencia en aquellas px sometidas a un aborto inducido y puede ser causa de muerte.

Quirúrgico (1º a 24 hrs)  
Legrado uterino instrumental  
✓ Sangrado excesivo y persistente  
✓ Inestabilidad hemodinámica.  
✓ Tejido retenido infestado.  
✓ Inf. trofoblástica.

Aspiración endouterina.  
• Aborto incompleto  
• Aborto diferido.

Complicaciones  
• Perforación uterina.  
• Lesión cervical  
• Sx Asherman.  
• Hemorragia  
→ Antibióticos.  
• Doxiciclina 100mg VO antes y 200 después.

# Enf. Trofoblastica gestacional.

Conforman un grupo de enf. Heterogéneas que se derivan de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar.

Epidemiología → 24/1000 embarazos en Mexico.

- ↑ riesgo por antecedentes
- ↳ 10 veces

## TIPOS → Benigna (mola hidatiforme)

o M. Completa (7sem)

↳ 46xx  
46xy

- o Ausencia de tejido embrionario / fetal
- Difusa.

o M. Parcial (9sem)

↳ 69xxx  
69xy

- o Presencia de tejido embrionario / fetal.
- Focal
- Edema
- Cavitación.

**TX**

o Mola Hidatiforme 100% curable.

o M. Completa

- AMEO
- Histerectomía
- AIT-AMEO-LUI

o M. Parcial

- Histerectomía
- AMEO-LUI

**X NO INDUCIR TRABAJO PARTO.**

o Preservación. NTG Químico

- Actinomicina 1.25 mg/m<sup>2</sup>.
- → 46% riesgo de recurrencia.

o Tx NTG

- Quimioterapia
  - o 4 mediciones pHC
  - o dx histológico.
  - o Metastasis.
- Histerectomía
  - o Hemorragia / sepsis.
  - o Resistencia química.
  - o Alto riesgo

## Maligno (neoplasia trofoblástica gestacional).

o M. Invasiva 15%.

- Lesión local
- Invade miometrio
- Estroma endometrial
- Metastasis.
- Tx quimioterapia
- o Tumor del lecho placentario

o Coriocarcinoma. 5%.

- Cel. gigantes
- Metastasis.

o Tumor trofoblástico epitelioide

**TX**

- o Dilatación cervical, legrado pos aspiración y segundo legrado.
- o Metotrexato
- o Actinomicina D

## Suspechar

- o Hemorragia uterina anormal → 6 sem post embarazo. ↳ USS.
- o Crecimiento uterino mayor
- o Ausencia FC Fetal
- o Hiperemesis gravídica
- o HTA 2<sup>da</sup> 20 SIG

## Ex riesgo.

- o Edad materna (<20 >40 años).
- o Dieta baja en proteínas, ácido fólico y Betacaroteno.

o Antecedentes de gestación molar previa.

o Antecedentes de abortos con repetición.

# Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal.

## Clasificación.

1. Desprendimiento leve (<30%)  
- Afectación materna / fetal.  
- Oscura.

2. Desprendimiento moderado (30-50%)  
- Gradual - Hipertonia  
- Brusco - Dolor a la palpación.  
- Oscura

3. Desprendimiento masivo (>50%)  
- Dolor - Atonia  
- Hipertonia - shock hipovolémico.  
- se contrae.

## Etiopatogenia.

- HTA materna
  - o Persistencia de endotelio en las arterias espirales.
- Edad materna y paridad.
  - o Multifaridad y edad avanzada.
- Hábitos tóxicos.
  - o Consumo de cigarras
  - o Consumo cocarria.

Muerte fetal  
↳ Separación placentaria >50%.

- >35 años
- Deficit de ácido fólico
- Traumatismos
  - o Traumas abdominales.
- Ruptura de membrana.
  - o Cuando hay cambios de presión intrauterina.

## Pronóstico.

- Mortalidad materna (1%).
- Mortalidad fetal (50-70%).

+ Frecuente en el tercer trimestre gestación.  
Causa de hemorragias del tercer trimestre.

FE Fetal categoría III

- Hipertonia
- Contracciones.

Complicaciones de parto 0.3-1%

## Abordaje.

- o Posterior.
  - Sangrado
  - Uter
  - Coágulos retroplacentarios en cavidad amniótica.

- Placenta engrosada.

## Clinica

- o Dolor abdominal
- o Contracciones
- o Utero esta sensible a la palpación.

Dx  
o Monitorización fetal  
o Ecografía.

## Inicio:

- Monitoreo FE Fetal
- Acceso intravenoso
- Adm. cristaloides
- + Mantener diuresis >30 ml/d

- Monitoreo del estado hemodinámico de la madre
- Cuantificación de la pérdida de sangre.
- Lab completos.
- Reemplazar sangre y productos sanguíneos.

En los partos en el lapso de 24-48 hrs.

## Tx

- o Sulfato de magnesio 432 mg.
- o Profilaxis contra S. del grupo B.
- o Nebulización pulmonar.
- o Anti hemoglobulina anti-B para Px que son RhD-negativos.

## Dx diferencial

- o Placenta previa
- o Amenaza de parto prematuro.
- o Ruptura uterina.

# Ruptura Uterina.

Es una solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto.

## Clasificación.

### Ruptura completa.

- Solución de continuidad que afecta a todas las estructuras de la pared uterina.

### Ruptura Incompleta.

- No afecta a todo el espesor de la pared uterina, con conservación del peritoneo visceral.

En el tercer trimestre.

## Fx de riesgo.

- Cesárea previa.
- Parto vaginal traumático.
- Hiperdinamia uterina.
- Hiperestimulación uterina.
- Versión cefálica externa.
- Multiparidad.
- Hipoplasias y malformaciones del útero.
- Antecedente de legrado uterino a repetición.
- Acrecimiento placentario.
- Traumatismos externos.

## Dx.

- Manifestaciones clínicas.
- Dolor abdominal (entre contracciones).
- Dolor repentino en la cicatriz.
- Sangrado transvaginal anormal o hematuria.
- Registro cardiocardiográfico anormal.

## Tx

- Laparotomía urgente.
- Laparotomía exploradora oportuna.

# Placenta previa.

Se produce cuando la placenta se inserta en el segmento uterino inferior de modo que puede ocluir el orificio cervical interno

↑ frecuencia en el 3º trimestre.

## Tipos.

Placenta previa total

→ El orificio cervicouterino interno está cubierto por completo por la placenta.

Placenta previa parcial

→ La placenta cubre en forma parcial el orificio interno.

Placenta previa marginal

→ El borde <sup>de</sup> la placenta está en el margen del orificio interno.

Implantación baja de la placenta

→ El borde de la placenta no llega al orificio interno.

\* Vasos previos

→ Vasos fetales presentes en el orificio cervicouterino.

Fx asociadas

- Multiparidad
- Edad materna mayor.
- Gestaciones multifetales
- Cesareos previos.
- Tabaquismo.

Clinica.

- Hemorragia episódica.
- Progresiva.
- Rojo brillante.
- Abundante.
- Indolora.

Manejo.

- Hemorragia grave.  
o Cesarea urgente.

Fx riesgo (comorbilidades (36-37 SDE).

Fx riesgo 1º episodio de sangrado (34-36 SDE).

Dx (32 SDE).

- \* USG abdominal.
- \* USG endovaginal → Confirma el dx.

Contraindicado.

- Tacto vaginal.
- USG 2º trimestre.

