



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/m²

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 provocado

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

Aborto séptico

Se da mediante una infección intrauterina.

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

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^r vía vaginal.
→ < 7 SDG Mifepristona 600 mg + MISO 800 µg^r (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
69xxy

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

TX

o Mola Hidatiforme 100% curable.

o M. Completa

- AMEO
- Histerectomía
- Alt. AMEO - LUI

o M. Parcial

- Histerectomía
- AMEO - LUI

X NO INDUCIR TRABAJO PARTO.

o Preservación. NTG Químico

- Actinomicina 1.25 mg/m².

↳ 46% riesgo de recurrencia.

o Tx NTG

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

Maligno (neoplasia trofoblástica gestacional).

o M. Invasiva 15%.

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

o Coriocarcinoma. 5%.

- Cel. gigantes
- Metástasis.

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^{da} 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 cocaina.

Muerte fetal
o 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 un lapso de 24-48 hrs.

Tx

- o Sulfato de magnesio 432 mg.
- o Profilaxis contra S. del grupo B.
- o Hidratación 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 ^{de} 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.

