



Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana



**Nombre del alumno:**

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

**Materia:**

Ginecología y obstetricia

**Grado: 6**

**Grupo: A**

**Nombre del profesor:**

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez a 15 de noviembre del 2024

# Ruptura uterina

Pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, puede ser parcial o total → catástrofe obstétrica.  
- Separación completa del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en cavidad peritoneal.

## Factores de riesgo

- Cirugía uterina previa
- Miso.
- Miomectomía
- Cesárea
- Placenta uterina
- Ruptura uterina previa.
- Oxitocina

## Clinica

- Pausa de contracciones
- Hemorragia transvaginal
- Hematuria
- Taquicardia e hipotensión
- Palpación de partes fetales en forma superficial o en partes altas del abd.
- Shock hipovolémico.

\* Maniobra de venterlley prohibida/proscrito.

## Diagnóstico

### Triada clásica

1. Dolor
2. Sangrado transvaginal
3. Anormalidades FC fetal

### Dx definitivo

- Cesárea de urgencia o por laparotomía postparto.

\* Monitoreo de electrocardiograma cada <math>< 4 \text{ hrs.}</math>

### Signos de shock hipovolémico:

- Palidez
- Taquipnea
- Hipoperfusión
- Taquicardia

## Tratamiento

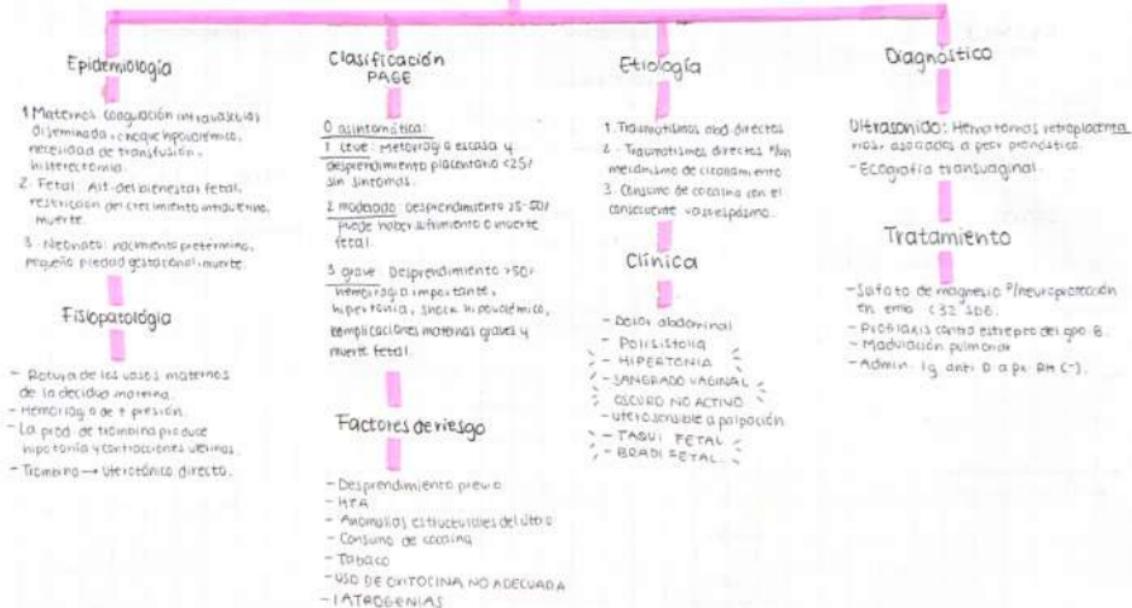
- Cesárea de urgencia.
- Histerectomía.

Manejo hemodinámico (abordaje terapéutico).

- Hemorragia más de 1000ml.

# Desprendimiento de placenta normoincorta

Desprendimiento prematuro de una placenta normoincorta de la pared uterina que se produce antes del parto del feto



# Aborto

**Aborto:** Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la 20 SDB < 500 gr

**Aborto recurrente:** Pérdida espontánea en 3 o más ocasiones en forma consecutiva

## Factores de riesgo

- Mismas: anterior 72 cm - IMC > 25
- 75 - 90 años
- 7.36 años: 107
- < 30 años: 67
- Anomalías cromosómicas: 49%
- Del 1 y 2
- Diabetes
- Cafe 100 mg/día

## Dx. aborto espontáneo

1. Ultrasonido transvaginal 98%
2. Número cromosómico 4,000 mil
3. Progesterona < 25 nmol/L
4. Descartar infecciones VD:
  - E. coli
  - C. trachomatis
  - Mycoplasma genitalium
  - Mycoplasma hominis

## Tx. farmacológico a espontáneo

- 67.506 mifepristona 200 mg y 48 h. post 800 µg misoprostol
- 19.506 mifepristona 200 mg oral y misoprostol 800 µg vaginal
- Expulsión: los primeros 24 hrs pasado 96-112 hrs
- USG a los 7-14 días desp de tx.
- Aborto diferido: Misoprostol 800 µg < 12 hrs

## Efectos secundarios MISOPROSTOL

- Dolor
- Sangrado transvaginal
- Náusea
- Vómito
- Diarrea
- Fiebre

## Tx. qx aborto espontáneo

- LUN cuando existe sangrado excesivo y persistente
- Oxitocina + sangrado post.
- S. de Asherman: coagulación de endometrio → Tx: Fibras endometrio.

**Aborto diferido:** cuando el producto no se expulsa en forma espontánea.

**Aborto en evolución:** Hemorragia genital persistente.

**Aborto incompleto:** Expulsión de una parte del peso y resto de producto en c. uterino.

**Aborto inestable:** hemorragia genital, expulsión de membranas.

**Aborto seguro:** 4 pastillas de 200 µg (Acta una (Total 800 µg por toma) con 3 días de diferencia entre tomas) total 4.000 µg.

**Amenaza de aborto:** Presencia de 20 mg grado transvaginal, acompañado o no de dolor abdominal, ausencia de expulsión cervical antes de la 22 SDB.

Amenaza de aborto torpida: < 19 SDB  
Amenaza de aborto tardía: 14-22 SDB

## Factores de riesgo

- Edad materna avanzada
- Antecedente de pérdida temprana.

## Prevención

- Misoprostol 400 µg (200 µg)

## Tratamiento farmacológico

- Progesterona 200 - 400 mg / c/12 hrs.
- Reposo absoluto hasta 96 h. tras el cese de sangrado.
- Suplemento con Vit. folic. 0.4 mg c/24 h.

# Enf. trofoblástica gestacional

Aterización de los vasos de las corionicas del tejido trofoblástico CAUSA DE MUERTE MATERNA EN EL 1ER. TRIMESTRE

- **Benignas:** Mola hidatiforme, mola completa, mola parcial.
- **Malignas:** Mola invasiva (vagina, Riñón, cerebro, pulmón), Carcinoma, tumor del sitio placentario.

## Factores de riesgo

- Mola previa 50%
- Aborto previo 25%
- Mujeres 40-50 a
- Mujeres <17 años
- Enf. trofoblástica

## Clinica

- Crecimiento uterino >EB
- ↑ progesterona y HCG
- Sangrado vaginal + FRESCO
- Hipertensión ginecólica
- Expulsión parcial de unidades
- HTA gestacional sin las 20 sb.

## Diagnóstico

- USG endovaginal
- Niveles de HCG cuantitativa (cuantificación beta >100.000 EFB >150.000 Patología maligna)

## Tratamiento

1. Estabilidad hemodinámica
2. Evacuación del contenido uterino
  - > Mola completa: AMEC + histerectomía en bloque
  - > Histerectomía cuando el tamaño fetal no permite el AMEC
  - > p.e. RH(-) → Ig anti D.

## Seguimiento:

- 48 h → Pos + USG endovaginal
- Cuantificación fib. y HCG
- Anticoagulantes hepar de progeste
- Al mes hacer cuantificación
- Seg. cada 2 meses por 6 meses post
- Del 6 a 12 meses hasta completar el año post evacuación
- HCG mola completa → sem 7
- Mola parcial → sem 9

## ¿Qué vemos en el USG?

1. Imagen en copos de nieve
2. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hipocóicas e hiperecóicas)
3. Quistes decelulares (quistes >3 cm. de diámetro)
4. Envoltura parcial o incompleta → Feto.

## Tiempo de recuperación

1. Mola hidatiforme completa o parcial:
  - 4 riesgo EFB → 3d postevacuación
  - 4 riesgo EFB → 14d postevacuación
  - 4 riesgo EFB → 21d postevacuación
2. Neoplasia trofoblástica gestacional:
  - 4 riesgo 7d
  - 4 riesgo 7d

## Cariotipo

Sólo en embriozos múltiples que coexisten entre uno con placenta normal en un SA gestacional con mola completa o parcial.

## \* Sospecha solicitar:

- BH
- Tiempo de evacuación
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático
- Grupo RH
- Niveles de HCG
- Test de tóxicos
- USG obstétrica.

## Dx. Definitivo

### HISTOPATOLÓGICO

- **Carcinoma:** Tumor maligno del epitelio trofoblástico.
- **Mola completa:** Ausencia de tej. embrionario o fetal.
- **Mola invasiva:** células trofoblásticas invaden los metales y a distancia.
- **Mola parcial:** Presencia de tej. embrionario o fetal viable.

# Placenta previa

- Aquella que cubre directamente el orificio cervical interno.
- Placenta de inserción baja: cuando el borde placentario se encuentra a menos de  $< 2 \text{ cm}$  de orificio cervical interno.
- Placenta normal:  $> 2 \text{ cm}$  del orificio cervical.

## Factores de riesgo

- Placenta previa ant.
- Cesáreas previas
- Tabaquismo
- Cocaína
- $> 40$  años
- Multiparidad

## Fisiopatología

- Cicatriz previa e el daño al segmento uterino inf. que puede incrementar el acúmulo placentario.

- \* Migración placentaria = Resolución.
- \* 28 SDE  $\rightarrow$  Resolución de placenta baja

## Clinica

- \* Hemorragia INDOLORA brillante
- \* Act. uterina AUSENTE

## Diagnóstico

1. Ultrasonido trans vaginal y transabdominal.
2. Espectroscopia  $\rightarrow$  verificar fondo

- \* Tacto vaginal CONTRAINDICADO

## Tratamiento

1. Cesárea

## Referencias

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2020.

Prevención, diagnóstico, tratamiento del aborto espontáneo y manejo de inicial del aborto recurrente. México: Secretaría de Salud; 2009.

Normas y procedimientos de obstetricia 2021. Secretaría de Salud.

Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica México, CENETEC; 2017.

Ricardo Enríquez López. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Revista Conamed.

GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional, México; Secretaría de Salud, 2009.