Mapas conceptuales

Alexa Avendaño Trujillo

Patología Obstétrica

6 “A”

Ginecología y obstetricia

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas

Aborto ---> expulsión <500 gr

Terminación espontánea o provocada de la gestación menor de la vigesima semana, contando desde el primer día de la última menst.

Clasificación

- Amenaza: Hemorragia genital y/o contractibilidad uterina.
- Incompleto: Expulsión de una parte del producto y el resto en la cavidad uterina.
- Completo: Expulsión del producto total
- Diferido: Muerte del producto no se expulsa de forma espontánea.
- Evolución: Hemorragia genital persistente, actividad uterina y modificac. cervical incompatibles.
- Inevitable: Hace imposible la continuidad de la gestación por hemorragia genital o ruptura.
- Séptico: variedad anteriores + infec. intrauterina.

Factores

- Anomalías uterinas
- Polipos > 2cm
- Miomas submucosa
- Aborto previo
- Edad 25 y 40 años
- Anticuerpos antifosfolipido
- Diabetes mellitus
- Alcohol
- Masa corporal >25kg

Epidemiología

- Sangrado 25%.
- Espontaneo + común
- 80% < 12 semanas
- 50 - 75% embarazo bioquímicos

Diagnóstico

- Ultrasonido vaginal
- Pruebas anticuerpo anti D
- séricas gonadotrofinas
- Progesterona séricas <20

Tratamiento

- Misoprostol 1200 - 1400
- Mefepristona 600 + misoprostol 800 <7 sem.
- Mefepristona 200 + misoprostol 800 >9 sem

Quirúrgico

- Legrado uterino instrumental
- AMEU

Placenta previa

Presencia del borde placentario sobre el orificio cervical uterino, inferior <20 mm sin obstruirlo

Factores

- Multiparidad
- edad avanzada
- Tabaquismo
- Emb. multiple
- Tecnicas asistidas.

Complicaciones

- Hemorragia obstretica
- sepsis materna
- Tromboflebitis
- Muerte materna
- Prematurez fetal

Epidemiología

- Ámbito familiar
- Perinatal 2.3%.
- Histerectomias 20 - 46.5%.
- NO diagnosticadas 60%.
- Hemorragia 51.6%.

Clínica

- Sangrado transvaginal oscuro
- Sin presencia de dolor
- Alt. cardiotocográfica

Diagnóstico

- Ultrasonido abdominal de tamizaje
- Ultrasonografico (32 sem)
- Ultrasonido endovaginal (31 - 32 sem)

Tratamiento

- Prevenir y tratar anemia
- corticoesteroides prenatal
- Nifedipino
- Tocolitos por 48h → amenaza
- Balones intrauterinos (hemorragia)
- Anestesia regional.

Enf. trofoblástica gestacional

Grupo heterogéneo de lesiones interrelacionadas las cuales surgen apartir del epitelio trofoblástico de la placenta luego de una fertilización anormal.

Clasificación:

1. Mola completa: Un espermatozoide haploide fertiliza un óvulo vacío. (69xY)
2. Mola parcial: Fertilización de un óvulo normal y dos espermatozoide. (69xY)
3. Neoplasia trofoblastica gestac: El tejido invade el miometrio y entra en los vasos sanguineos uterinos, metastatiza otras areas.

Clinica:

1. Embarazo molar:
   - sangrado vaginal
   - ↑ gonadotropina
   - Preeclampsia hipertiroidismo
   - Distrés respiratorio.
2. Neoplasia trofoblástica
   - sangrado irregular
   - ↑↓ gonadotropina
   - cefalea
   - convulsiones
   - hemiplejía

Epidemiología:

- > incidencia en mola
- rara la coriocarcinoma
- ↓ 30 años
- Afecta 1/40000.

Factores de riesgo:

- Edad productiva
- Multiparidad
- Abortos espontaneos
- estrogenos endogenos
- consumo de alcohol
- Grupo sanguineo ABO
- Exp. hierbicidas
- < 16 años
- Raza blanca

Seguimiento:

- Historia clínica
- Hemograma completo
- Radiografía para metast.
- Repetir legrado
- Ecografía pélvica.

Diagnóstico:

1. Embarazo molar
   - Análisis de suero hCG
   - ecografía
   - ultrasonido
   - Evaluación genetica
2. Neoplasia trofoblást.
   - criterio de hCG
   - Criterios de FIGO

Tratamiento:

1. Embarazo molar
   - Legrado por succión
   - Histerectomía
2. Neoplasia trofoblást.
   - > Bajo riesgo:
     - Metrotexate
     - Actinomicina D
     - Ácido fólico
     - Quimio terapia
   - > Alto riesgo:
     - ciclofosfa
     - vincristina
     - Quimioterapia
     - Radioterapia

Desprendimiento de placenta normoinserta.

Se produce antes del parto del feto, puede manifestarse cuando existe sangrado vaginal o oculto.

Epidemiología

- 0.3 - 1% partos
- Maternos coagulación intravascular
- crecimiento intrauterino y muerte
- Neonato pequeño y muerte

Fisiopatología

- causa inmediata por rotura de vasos maternos
- La hemorragia se originan en los vasos feto placentarios.
- Sangre acumulada rompe decidua
- Diatesis hemorragica libera factor tisular que genera trombina.

Etiología

No hay etiología exacta pero se conocen eventos agudos:

- Traumatismo abdom.
- Traumatismo indirecto
- Consumo de cocaina

Factores

- Desprendimiento previo
- Anomalías estructural
- consumo de cocaína
- Fumadores
- Uso de citoxina inad.

Diagnostico

- Ultrasonido
- Dolor abdominal
- contracciones uterina
- Dolor lumbar

Tratamiento

Dependera de la edad gestacional, estado de la madre y feto.

- Compromiso fetal y a termino (cesaria)

Ruptura uterina

Pérdida de la solución de continuidad de pared uterina, puede ser parcial ó total.

Epidemiología

- 2/10,000 sin cicatriz
- Pa. multiparas en trabajo de parto
- cesarea 1/20 <5%

Fisiopatología

- Ruptura uterina previa
- Cirugía previa
- Comunicación directa entre cavidad uterina y abd.
- Salida de líquido amniotico
- Sangre o tejido fetal hacia la cavidad abd.

Factores

- Ruptura uterina previa
- cesaria corporal
- Prostaglandina E2 y E1
- Miomectomía
- Plastia uterina

Clínica

- Dolor abdominal agudo
- Sangrado vaginal
- ↓ presión arterial
- Desmayo o mareos
- Palidez, sudoración
- Taquicardia
- Hipotensión arterial

Diagnostico

- Clínica
- Pruebas
- Exploración física
- Monitorización fetal
- Ecografía

Tratamiento

- Estabilidad hemodinámico
- Cirugía de emergencia
- Transfusión sanguinea
- Reposo uterino
- Antibiotico