



Mi Universidad

Mapas conceptuales

Hugo de Jesús Monjaras Hidalgo

Patología Obstétrica

6 "A"

Ginecología y obstetricia

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas

Placenta previa

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

Factores

- Multiparidad
- Edad avanzada
- Tabaquismo
- Embarazo multip.

Complicaciones

- Hemorragia obstétrica
- Sepsis materna
- Tromboflebitis
- Muerte materna
- Prematuridad

Epidemiología

- Perinatal 2.3%
- Histerectomías 20-46.5%
- No diagnosticado 60%
- Hemorragia 51.6%

Clinica

- Sangrado transvaginal oscuro
- Sin presencia de dolor
- Alteraciones cardiotocográficas

Diagnóstico

- Ultrasonido abd.
- Ultrasonográfico
- Ultrasonido endovaginal.

Tratamiento

- Prevenir y tratar anemia
- Nifedipino
- Balones intrauterino
- Corticosteroides.

Aborto → expulsión <500 gr

Terminación espontánea o provocada de la gestación menor de la vigésima semana.

Clasificación

- Amenorci: Hemorragia genital y 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 espont
- Evolución: Hemorragia genital persist, actividad uterina y modificación
- Inevitable: Imposible la continuidad de la gestación por hemorragia
- séptico: Infecciones

Factores

- Anomalías uterina
- Polipos >2cm
- Miomas previo
- Edad 25 y 40 años
- Diabetes mellitus

Epidemiología

- Sangrado 25%
- Espontáneo más común
- 80% <12 sem
- 50 - 75% embarazo bioquímicos.

Diagnóstico

- Ultrasonido vaginal
- Pruebas antieuerpo
- Séricas gonadotropina

Tratamiento

- Misoprostol 1200
- Mefepristono 600 + misoprostol 800 <7 semanas.
- Mefepristono 200 + misoprostol 800 <9 semanas
- QUIRÚRGICO
 - Legrado uterino instrumental
 - AMEU

Enfermedad trofoblástica gestacional.

Grupo heterogéneo de lesiones caracterizado de alteraciones en vellosidades coriónicas del tejido trofoblástico.

Clasificación

- Mola completa: Ausencia del tejido fetal (sem 7)
- Mola incompleta: Presencia del tejido fetal (sem 9)
- Mola persistente: Gonadotropina no se negativiza (>9 sem)

Epidemiología

- > 50 años y < 16 años
- Enf. trofoblástica previa

Clinica

- Agrandamiento de fondo uterino
- ↑ gonadotropina y progesterona
- Exposición parcial de vellosidades
- Hipertensa

Diagnóstico

- Cuantitativa de gonad: > 100,000 u/dL
- Ultrasonido endovaginal
- BH, Grupo y tiempo
- TAC cerebral

Tratamiento

- Estudio histopatológico
- Valorar estabilidad hemodinámica.

Seguimiento

- un año de consulta
- 48h hacer cuantificación de gonadot.
- Anticonceptivo
- Al mes cuantificación
- > 6 meses cada 3 meses hasta el año.

Desprendimiento de placenta

Antes del parto del feto, puede manifestarse cuando existe sangrado vaginal u oculto.

Epidemiología

- 0.3 - 1% partos
- Maternos coagulación intravascular
- Crecimiento intrauter. y muerte
- Neonato pequeño

Fisiopatología

- Causa inmediata por ruptura de vasos maternos.
- La hemorragias se origina en vasos
- La sangre acumula - do rompe decidua.

Factores

- Desprendimiento previa
- Anomalías estructural
- consumo de cocaína
- Fumadores
- uso de citaxina

Diagnóstico

- Ultrasonido
- Dolor abdominal
- contracciones uterina

Tratamiento

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

Ruptura uterina

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

Epidemiología

- 2/10,000 sin cicatriz
- Px. multiparas en trabajo de parto
- cesárea $\frac{1}{20} < 5\%$.

Factores

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

Clinica

- Dolor abdominal
- sangrado vaginal
- Desmayo
- Palidez
- Hipotensión

Diagnóstico

- Clínica
- Exploración física
- Ecografía

Tratamiento

- Estabilidad hemodinámica
- Reposo uterino
- Antibiótico
- Transfusión sanguínea.