



Arguello Tovar Avilene Del Rocío

Dr. Solís Pérez Mauricio

Ginecología y Obstetricia

Resúmenes

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7 B

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de noviembre del 2023

Anomalías Placentarias o de Inserción Placentaria

Se asocian a diversas complicaciones maternas y fetales, relacionadas con la hemorragia obstétrica. Las anomalías placentarias también se conocen como Placenta previa y/o Acretismo placentario, presentes causalmente principalmente durante el momento del nacimiento y que causan altas tasas de morbilidad materna y perinatal.

Hospitalización en pacientes con sospecha clínica y para confirmar el diagnóstico realizar ultrasonido y una espeúloscopia para evaluar la presencia de sangrado de cavidad uterina.

Factores:

1. Pacientes con antecedentes de cesárea previa
2. Antecedente de placenta previa en gestaciones previas o factores de riesgo para anomalías.

→ Distancia < 20 mm : Seguimiento ultrasonográfico y confirmar a las 32 SDG.

→ Confirmación diagnóstica: A las 32 SDG.

Diagnóstico: - Borde placentario < 20 mm del OCI, sin llegar a cubrirlo. = INSERCIÓN BAJA.
- Borde placentario cubre o rebasa el OCI = PLACENTA PREVIA.

- ① Acretismo = Dx: RM y Citoscopia → Grado de invasión placentaria. Tx: ^{Isterectomía} Cesárea
- ② Incretismo
- ③ Percretismo

Tratamiento: - Cesárea, Histerectomía

- Incisión media infraumbilical
- Evitar incisión transplacentaria
- Preparar protocolo de hemorragia invasiva
- No usar uterotónicos.

Anomalias Placentarias o de Inserción Placentaria

Vasa previa: USG abdominal y endovaginal
- Doppler

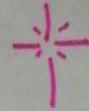
Factores de riesgo:

- Placenta previa
- Placenta bilobulada
- Embarazo gemelar.
- Inserción velamentosa del cordón umbilical.

Tratamiento:

- ① Inductores de maduración pulmonar entre las 28 y 32 SDG.
- ② Monitorización fetal intermitente.
- ③ Longitud cervical cada 1-2 semanas.

Diabetes Gestacional



La diabetes gestacional es un tipo de la diabetes mellitus tipo II y suele aparecer entre las semanas 24-28 de embarazo, producido debido a un bloqueo de la hormona insulina por parte de la hormona del embarazo, como consecuencia se incrementan los niveles de glucosa en la sangre.

Niveles sanguíneos altos de glucosa en la madre, le proporcionan glucosa adicional al bebé, haciendo que estos aumenten de peso.

Causas

- Hipercrecimiento en el tercer trimestre de embarazo y requiere grandes cantidades de glucosa.
- El cuerpo de la madre no puede producir suficiente insulina durante el embarazo.
- Sobrepeso y obesidad.
- Falta de actividad física.
- Diabetes gestacional previa o prediabetes.
- Síndrome de ovario poliquístico.

Diagnóstico

1. Realizar glucosa plasmática de ayuno en la primera visita prenatal o antes de las 13 SSG a todas las pacientes, para una detección temprana de mujeres con DM-2 no diagnosticada antes del embarazo.

- Tamiz 10-CTGO entre la semana

24-28 de gestación en mujeres con moderado riesgo, así como en las pacientes de alto riesgo que tuvieron resultado de glucosa normal en la primera visita prenatal.

Criterio diagnóstico en un paso

- Glucosa plasmática en ayuno ≥ 92 mg/dL
- Glucosa plasmática 1 hora pos carga ≥ 180 mg/dL
- Glucosa plasmática 2 horas pos carga ≥ 153 mg/dL

Riesgo Bajo

- Mujeres que cumplen con todas estas características:
 - Grupo étnico con bajo riesgo de diabetes
 - Edad < 25 años.
 - IMC normal antes del embarazo.
 - Peso normal al nacer.
 - Sin antecedentes de alteración en el metabolismo de la glucosa.

Riesgo Intermedio

- Mujeres que no cumplen criterios de bajo ni alto riesgo.

Riesgo Alto

- Mujeres que presentan cualquiera de las siguientes características:
 - obesidad severa
 - DM conocida en familiares de ter grado.
 - Antecedente de alteración en el metabolismo de la glucosa en embarazo previo.
 - Diagnóstico establecido en intolerancia a la glucosa.
 - Presencia de glucosuria.
 - Antecedente de productos macrosómicos (> 4 kg al nacer).

Criterios para establecer diagnóstico de DMG en dos pasos.

	Valores plasmáticos de referencia Coustan/Carpenter.	Valores plasmáticos de referencia NDDG.
• Glucosa plasmática en ayuno	95 mg/dL	105 mg/dL
• Glucosa plasmática 1hra pos carga	180 mg/dL	190 mg/dL
• Glucosa plasmática 2 hrs pos carga	155 mg/dL	165 mg/dL
• Glucosa plasmática 3 hrs pos carga	140 mg/dL	145 mg/dL

Criterios Diagnósticos para Diabetes Gestacional.

• Glucosa plasmática en ayuno	≥ 126 mg/dL
• Glucosa plasmática al azar	≥ 200 mg/dL
• Glucosa plasmática 2 horas pos carga oral de 75 grs.	≥ 200 mg/dL
• HbA1C	$\geq 6.5\%$

USO DE METFORMINA

- 500 - 850 mg
- Incrementar 500 mg dividido en 1 a 3 tomas al día con el alimento más importante de la comida
- Dosis máxima: 2000 mg/día
- + Pacientes con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y tratamiento con metformina.
- + Glucosa en ayuno < 110 mg/dL que no responde a tratamiento nutricional.
- + Edad gestacional al momento del diagnóstico > 25 SDG.

INSULINA

- Rápida: ① Dosis de inicio 0.2 UI/kg de peso actual/día.
- NPH: ② Dividir dosis total en 2/3 mañana y 1/3 tarde.
- ③ Dividir dosis matutina en tercios
 - Combinar 2/3 NPH → Previa al desayuno.
 - 1/3 Rápida
- ④ Dividir dosis vespertina en 1/2 y mitad de NPH - otra mitad de 1 Rápida.

	Min	Max
	0.2	0.7
	por Kg	
2/3 mañana	2/3 NPH	
	1/3 AR	
1/3 tarde	1/2 NPH	
	1/2 AR	
	(Kg) (Dosis)	

URGENCIA:

Glucosa:	
150 - 200	→ 2 UI AR
201 - 250	→ 4 UI AR
251 - 300	→ 6 UI AR
> 300	→ 8 UI AR

MANTENIMIENTO: 0.2 UI/kg / 24 hr.

Aborto ✦

Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de las 20SDG contando desde el primer día de la FUR o expulsión del producto de la gestación con peso < 500 gramos.

Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente: Pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

Factores de riesgo:

- ① Presencia de pólipos > 2 cm se asocia con pérdida del embarazo.
- ② Miomas submucosos — Pérdidas tempranas.
- ③ Pérdida del embarazo — Mayor número y tamaño de miomas.

④ Edad materna 25-40 años

⑤ Anormalidades cromosómicas.

⑥ Descontrol metabólico de DM1 y DM2 incremento riesgo de pérdida del embarazo.

⑦ IMC > 25 kg/m².

Diagnóstico:

- Ultrasonido transabdominal y transvaginal — complementarios.
- hGC urinaria

→ Sangrado transvaginal: Diagnóstico diferencial —

1. Anormalidades cervicales

2. Embarazo ectópico.

3. Sangrado idiopático en un embarazo viable.

4. Infección de vagina o cérvix

5. Aborto espontáneo

6. Hemorragia subcoriónica.

7. Embarazo molar.

Tratamiento Farmacológico:

- Legrado = Oxitocina. Primeras 24 hrs — Aborto incompleto o difido.
- AMEU. = Altura uterina < 11cm y dilatación cervical ≤ 1cm

+ otro A

Aborto recurrente: Pérdida repetida de la gestación (PRG).

USG pélvico

Cerclaje cervical en pacientes con más de 3 pérdidas o antecedente de nacimientos pretérmino.

Tratamiento farmacológico:

① Ergometrina ampolla 0.2 a 0.4 mg 2-4 veces/día

② Indometacina 50-100 mg (VO) 100-200 mg (VRectal)

- Vaginal 100 mg en fondo de
saco posterior c/12 hrs 2/dosis.

- 25-50 mg c/4-6 hrs por 48 hrs.

• < 10 SDG

Mifepristona + Misoprostol

200 mg (VO) + 800 mcg (bucal, sublingual, vaginal) entre 1-2 días después de mifepristona.

• 10-13 SDG

Mifepristona 200 mg (Vaginal)

Misoprostol 800 mcg (VO, sublingual, bucal).

• 13-24 SDG.

Mifepristona: 200 mg

Misoprostol: 400 mcg.

→ Tocolíticos.

- Sulfato de magnesio.

4-6 g en 20-30 mins.

Síndrome de Hellp.

Hemolysis: hemólisis
 Elevated Liver enzymes: Enzimas hepáticas elevadas
 Low Platelets: Nivel bajo de plaquetas

Complicación multisistémica en el embarazo

- Factores de riesgo:**
- Multiparidad
 - Edad materna > 25 años
 - Raza blanca
 - Antecedentes de aborto

Fisiopatología:

Arterias espirales → Inervación trofoblástica incompleta o errónea en las arterias espirales ocasionando que sean más cortas.

1. Isquemia placentaria
2. Estrés oxidativo
3. Óxido nítrico
4. Prostaglandinas
5. Endotelina
6. Lesión endotelial vascular.

- Agregación plaquetaria
- Disfunción endotelial
- Hipertensión
- Disfunción multisistémica

Manifestaciones clínicas:

- Edema generalizado
- Aumento de peso desproporcionado
- Dolor abdominal en hipocóndrio derecho
- Disnea por edema pulmonar.
- Ictericia por daño hepático.
- Malestar general
- Náuseas y vómitos
- Epigastro tipo cólico
- Cefalea
- Visión borrosa

Alteraciones en laboratorio:

1. Anemia hemolítica microangiopática.
2. Hemólisis
3. Trombocitopenia
4. Aumento de DHL y AST
5. Aumento moderado de la fosfatasa alcalina y de la gamma glutamil transpeptidasa (GGT)
6. Proteinuria, elevación de creatinina, hiperuricemia e hipalbuminemia.

Clasificación:

1. Mississippi
 - Plaquetas $\leq 50,000$ mL
 - LDH > 600 U/L
 - AST o ALT ≥ 70 U/L
2. Tennessee
 - Plaquetas $\leq 100,000$ mL
 - LDH ≥ 600 U/L
 - AST o ALT ≥ 70 U/L
3.
 - Plaquetas $> 100,000$ mL y $\leq 150,000$ mL
 - LDH > 600 U/L
 - AST o ALT ≥ 40 U/L

Tratamiento

1. Interrupción del embarazo cuando la gestación es > 34 SGG.
2. Tratamiento conservador en 24-34 SGG
 - Admin. ESTEROIDES para mediación pulmonar y la interrupción del embarazo a las 48 hrs aprox.
 - 1. Dexametasona 8 mg IV c/24hrs.
 - 2. Betametasona
3. Estabilización de HA, hidratación
4. Profilaxis de convulsiones con Sulfato de Magnesio 4-6g IV — Mantenimiento 1-2g/h.

Síndrome Fosfolipídico ✨

Trombofilia autoinmune adquirida que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípido (AcAF), fenómenos trombóticos y/o pérdidas fetales recurrentes.

Anticuerpos antifosfolípido

— Inmunoglobulinas (Ig)

- IgG Que se ligan al complejo formado por fosfolípidos
 - IgM aniónicos
 - IgA aniónicos
- Cardiolípidos
 - Proteínas plasmáticas
 - B2-GPI
 - Protrambina

— Anticuerpos provocan la aparición de trombosis alterando la función que estas proteínas en el proceso de coagulación.

Manifestaciones asociadas:

- Cardiovascular
- Neurológicas
- Cidneas
- Trombocitopenia
- Renales

Diagnóstico:

- Laboratorios:
- a) Interferencia con pruebas de coagulación fosfolípido-dependientes.
 - Anticoagulante lúpico (ACL)
 - b) Mediante ELISA.
 - Fosfolípido como antígeno (cardiolipina) o extractos purificados de proteína como antígeno (anti B2-GPI)

Síndromes

- ① Síndrome antifosfolípido primario - De forma aislada
- ② Síndrome antifosfolípido catastrófico - De forma clínica de SAF (trombosis)
- ③ Síndrome antifosfolípido secundario - Asociada a otras enfermedades

Placenta Previa

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

Clasificación:

- ① Placenta de inserción baja.
BP < 2cm del orificio cervical interno.
- ② Placenta oclusiva parcial.
OCI cubierto de manera parcial.
- ③ Placenta marginal.
Placenta llega justo a borde OCI, pero no lo sobrepasa.
- ④ Placenta oclusiva total.
Placenta cubre completamente el OCI.

Factores de riesgo:

- Factores ovulares
- Factores maternos
 - Incisiones uterinas previas.
 - Legrados previos.
 - Edad materna.
 - Multiparidad.
 - Tabaquismo
 - Raza.

Clinica:

- Hemorragia indolora de sangre rojo brillante y de intensidad variable.
- Sangrado acompañado de contracciones prematuras del útero que causan dolor.

Diagnóstico:

1. Anamnesis.
2. Exploración obstétrica externa.
3. Ecografía transvaginal
4. Cardiotocografía
5. Especuloscopia

Tratamiento:

- Intervención por parto cesárea.
- Intervención y actividad modificada en el primer episodio de sangrado < 36 SGA.
- Embarazada estable, realizar cesárea a las 36 SGA.

Desprendimiento de Placenta

También llamado

"abruptio placentae"

Hemorragia en la interfase decidua-placenta que da lugar a separación total o parcial de la placenta o fondo uterino antes del nacimiento del feto.

Clasificación:

- ① Externa o aparente: Sangre escapa del útero y se manifiesta en sangrado vaginal.
- ② Interna o no aparente: Sangre permanece dentro del útero.

Clinica:

- ① Hemorragia vaginal
- ② Dolor abdominal.
- ③ Dolor de espalda
- ④ Sensibilidad o rigidez uterina
- ⑤ Contracciones uterinas, una tras otra.

Factores de riesgo:

- Edad materna
- Tabaquismo
- Coagulopatías
- Traumatismo
- Concurrencia de:
 - Oligohidramnios
 - Rotura de membranas prematuras
 - Embarazos multifetales.
 - Hipertensión (Crónica y preeclampsia)

Tratamiento:

- Hospitalización
- Transfusión
- Cesárea.

Ruptura Uterina

Completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina peritoneal y requiere de una cesárea de emergencia o de una laparotomía.

Factores de riesgo

- Cirugía uterina previa
- Miomectomía
- Cesárea anterior
- Plastia uterina
- Periodo intergenésico de 18-24 meses.

Diagnóstico: Se confirma con una cesárea de emergencia o laparotomía posparto.

- Dolor abdominal severo
- Dolor repentino en cicatriz
- Sangrado transvaginal.

Tratamiento: Laparotomía.