

Acretismo Placentario

Es una principal causa de Hemorragia obstetrica Masiva y muerte materna

Es la inserción anormal de Toda o Parte de la Placenta con ausencia Total o Parcial de la Decidua basal con Penetración de las vellosidades corticales al miometrio

Ocorre 1/500 Embarazos
Prevalencia 1/70 Embarazos.

Debido a la ausencia o Deficiencia de la Capa de Nitabuch. (Capa de Fibrina entre la decidua basal y Corion frondoso).

Be-nirschke-Koefman
Sugieren que es Por Fallo en la reconstrucción del endometrio/decidua Tras Cesarea o cirugias.

Se clasifica por grado de Invasión al miometrio:

Dx: ultrasonido, Doppler color, RM

Placenta acreta ya mencionada

Placenta increta vellosidades Invasores al miometrio

Placenta Percreta Penetración cortical hasta la Serran del utero e Invasión de otros organos.

Vigilancia:
Alumbamiento Incompleto
hipervascularidad durante la cesarea
Prolongación del 3º Periodo de Parto.

FR: Una o más Cesareas Previas
Cirugias uterinas
edad > 35 años
Multiparidad
infertilidad.

Complicaciones:

Hemorragia
Precretismo a veces
Mortalidad.

el Tx: Planeación del nacimiento a término de la gestación
unidad de cuidados intensivos
Preervar la Fertilidad

Alteraciones de líquido Amniótico

39 SDG = 800 ml

40 SDG = 600 ml

Sus funciones: ayudar al feto a moverse en el útero, Mantener la Temperatura Amortiguar y Proteger al feto.



Esta se produce por deglución fetal un feto a término Produce 500-1200 ml y deglute 210-760 ml.

Oligohidramnios:

Disminución de la cantidad de líquido Amniótico Pool max ≤ 2 cm o LA ≤ 5 cm. con

incidencia de 0.5-2%.



FR: Fetal: Hipoxemia fetal, insuflación por citomegalovirus

Placentaria: Ruptura de membranas

el líquido amniótico es claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero durante el embarazo y contenido en el Saco Amniótico.



Polihidramnios: Aumento de la cantidad de líquido Amniótico de terminada por USG (Pool max > 8 cm o LA > 25 cm). Con Prevalencia de 0.3-1.6% en todos los Embarazos.



DX

ultrasonido, clínica: Fonda uterino mayor a la Edad Gestacional, Dolor abdominal y demás. Laboratorios: ILA 25-29 Leve
ILA 30-39 Moderado
 > 35 Severo

DX: Disminución de Movimiento fetal.
USG ≤ 2 cm LA ≤ 5 cm.



→ **TX:** Observación y medicaciones.

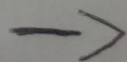
FR

Materno: DM de 2do

Fetal: SX de Transición fetal Feto
→ Atresia esofágica
Anomalia Neurológica
Tumores
Anemia fetal Severa
Taquiarritmia fetal.

TX

→ Indometacina 200mg VO en 3-4 dosis en > 39 SDG con Disnea. y Evaluar USG cada Semana.



FR

Anitidramios:

Alteración Fisiologica Caracterizada
Por la ausencia de liquido Amniotico.
Se reporta 0.2-1% de todos los
Embarazos



Fisiopato:

Disfunción Placentaria y Obstrucción
de las Vias Urinarias.



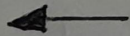
Dx

Clinica: Disminución de Movimientos
Fetales y USG.



TX

Cristalografía Para
Descartar RPM y
Valorar interrupción inmediata.



Fetal: Restricción del
Crecimiento severo
Agencia renal
obstrucción de Vias urinarias.

Materno:

(Prostaglandinas Inhibidoras,
NECA'S).

Parto Pretermino

Amenaza de Parto Pretermino:

Clinica de contracciones uterinas regulares + modificaciones cervicales entre 22-36.6 Semanas con Membranas Amnióticas Integras

Se define como aquel que se produce entre las 22 y 36 SDG 6 Días después de la Fecha de Última Menstruación.

Parto Pretermino:

Es el parto que se produce antes de las 37 SDG.

→ Espontáneo:

31-45% de incidencia
Iatrogenico: Inducido por medicamentos, orden medica o por Patogenia fetal o Materna.

Se clasifica:

Parto Pretermino Muy Temprano

Nacimiento entre 20-23.6 SDG.

P. Pretermino Temprano:

Nacimiento entre 24-33.6 SDG.

P. Pretermino Tardío:

Nacimiento de 34-36.6 SDG.

FR

P.P. Previo

→ Embarazo múltiple
Sobredistensión uterina
Dilatación cervical.
Anomalía uterina congénita. en Px
Congesta genetal se recomienda realizar Medicación de LC antes de 18 semanas como Predictor de P.P.

Representa un 6.5-9% del total de Partos.

12.5% en centros de Referencia

1° causa de mortalidad Neonatal

2° en niños < 5 años.

Dx

Actividad uterina (4 contracciones en 20 min o > 8 contracciones en

← 60 min). Cambios cervicales, ≥ 3cm Dilatación.

Borramiento ≥ 80%.

Con o Sin Membranas Amnióticas Integras.

β-miometicos

Sulfato de Magnesio

Calcio Bloqueadores

(Nifedipino)

Nitratos.

Sulfato de Magnesio por 24 h en Mujeres Pretermino

para reducir riesgo de Parálisis cerebral.

Diabetes Mellitus Gestacional.

1% de las Px Presentan DM Pre gestacional

12% Presenta DM Gestacional.

el 87.5% tiene DMG el

7.5% DM1 y 5% DM2.

la Fisiopatología es por la resistencia celular y la disfunción de las células β del páncreas por carga hormonal durante el Embarazo.

TX: Prevención Primaria + Dieta Baja en carbohidratos, Cambios en el Estilo de vida, Dieta y Ejercicio
Contraindicado: Glargina. e Insulina

Metas:

1600-1800 calorías en ayuno

Menos de 95 en ayuno

Menos de 120 2h Postprandial

HbA1C = < 6.0%

← Hace referencia a Px con Dx de la enfermedad o Adquirida Durante el Primer trimestre del Embarazo.

→ la DMG se define como Diagnosticada Por Primera vez durante el Segundo o Tercer trimestre del Embarazo

→ Clínica: Polidipsia
Poliuria
Fatiga
Aumento de Peso
Polifagia.
Macrosomía fetal
etc.

↓
Dx: Clínico de signos y Síntomas Compatibles durante el 2do o 3er Trimestre, Laboratorios:
HbA1C / OGTT de 75g

Glucosa: DMG.
< 95 mg/dL Antes de comer
→ Comer
120 mg/dL después de comer

→ En México se reporta 8.7% al 17.7%.

FR

→ < 25 Años
Peso Normal al Nacer
Mujer
Obesidad severa
Familiares de I° con DM
ovario Poliquístico
glucosuria.

Px en el Embarazo en 24-28 SDG.
→ Glucosa Plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dL y al azar ≥ 200 mg/dL
HbA1C = $\geq 6.5\%$

HTA Gestacional:

Hipertensión que se presenta después de las 20 SDG, Proteinuria Negativa
Puerperio (12 SDG) Cifras Tensionales Normales (Hipertensión Transitoria)
Cifras Elevadas.

Dx

Clinico: Cifras Tensionales 140/90 mmHg. en la Pre-Eclampsia se suma Proteinuria $\geq 300\text{mg}$ en 24h

Más de una + en tira reactiva y Proteinuria-Creatina Mayor a 0.28M.

Eclampsia: Preclampsia + Convulsiones

Enf. Hipertensivas en el Embarazo

La hipertensión es el trastorno más común en el Embarazo y se complican 1/10 Embarazos 50,000 mil. Muertes Maternas en el año, la Preclampsia causa de 25.7% + Muertes Maternas

Etiología: Placentación Anormal y liberación de factores como Angiotensina y Disminución de la Prostaciclina y óxido nítrico

Tx Pre-Eclampsia:

- Alfa-metilbexa: 250mg - 500mg VO/8h.
- Labetalol: 100-400mg VO
- Nifedipina: 20-60mg VO.

Eclampsia:

Sulfato de Magnesio 2h después de la última convulsión,

Pre-Eclampsia:

Cifras Tensionales $\geq 140/90\text{mmHg}$ + Proteinuria $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ + creatinina sérica $\geq 30\text{ng}/\mu\text{mol}$ con Embarazo $\geq 20\text{SDG}$ has 2 sem Post-Parto.

Eclampsia = Preclampsia + Convulsiones.

Convulsiones Generales Cadas (Limitadas 1-2 minutos) Sintomas: Aumento de Peso en el 3º trimestre Aumento de TA Forma brusca hiperreflexia

ITU en el Embarazo

Colonización de la orina por un mismo germen >100 mil UFC/ML en 2 o más muestras. →

Cistitis aguda: Vejiga y uretra
Cistouretritis aguda: Dolor, Polaquiuria y Tenesmo Vesical
10² y 10⁵ colonias de bacterias/ML de orina.

Dx

Clinico: Sintomatología compatible ←

Laboratorios: Examen General de orina. PCR - urocultivo.

Tx

El esquema Antibiótico debe valorarse por las SDG de la Px. En ocasiones no se recomienda Cefalosporinas o Quinolonas.

↓

Se define como Existencia de Microorganismos Patógenos en el tracto urinario con o sin Presencia de síntomas. Se clasifican en altas y bajas.

↓

Etiología: Echerichia coli. El más común

↓

Clinica: Dolor al Mijionar
Mal olor Puede ser en ocasiones Sangrado Urinario
Molestias como ardor y En ocasiones Tenesmo Vesical.
Puede haber Fiebre de 38°C.

Prevención:

Evitar lavados Vaginales
→ Evitar contacto con Múltiples parejas Sexuales
Evitar ropa ajustada

El Tx Puede ser Betalactámicos como las Penicilinas y la Prevención

PR

- DM no controlada
- Inmunodeficiencia
- hiperestrogenismo
- uso de anticonceptivos hormonales
- Ropa sintética.
- Ropa ajustada
- uso de Jabones Perfumados

Dx

Clinico:

Signos y Sintomas
compatibles

Laboratorio: Cultivo de

Toma de Muestra vaginal
del Flujo.

PCR.

Cervico Vaginitis

← En condiciones Normales la
Secreción vaginal es inodora, clara,
viscosa pH = < 4.5



Se Puede encontrar Gardnerella
Vaginales, Estreptococo B y
Candida Albicans de manera Normal



Se define Vaginitis como cambio
de la Naturaleza Normal, Dolor,
Mal olor, Prurito, irritación,
Disuria, dispareunia y aumento de
la secreción vaginal.



TX

Dependiendo el agente causal
usa Antibiotico y Antimicoticos
Como el metocanazol ovulos o
unguento o Antibioticos como
el trimetoprim.

→ La Prevención
Radica en el
uso de ropa algada
y seca, tener una
Parceja Sexual o
usar condon. Evitar
el uso de jabones o
lociones Perfumadas
y el uso de TX
hormonales así
como de planificación