



**Universidad del Sureste
Campus Comitán
MEDICINA HUMANA**

Alumno:

Orlando Gamaliel Méndez Velazco

Materia:

Ginecología

Grado: 6 Grupo: A

Comitán de Domínguez a 18 de Diciembre del 2024

AGRETISMO PLACENTARIO

Adherencia anormal de la placenta a la pared del útero, con ausencia total o parcial de la decidua basal.

EPIDEMIOLOGÍA

- Incidencia global aumentado en las últimas décadas
- Incidencia: 1:533 nacimientos

ETIOLOGÍA

- Asociado a múltiples factores de riesgo
- Cesáreas previas
- Placenta previa
- Legrados uterinos
- Reproducción asistida

CLÍNICA

- Asintomático
- Placenta previa → USG
- Sangrado vaginal anormal → 3º Trimestre

COMPLICACIONES

- Hemorragia grave postparto
- Shock hipovolémico
- Ruptura uterina

CLASIFICACIÓN

Según su profundidad

ACRETA

Adherencia superficial al miometrio

INCRETA

Invasión dentro del miometrio

PERCRETA

Invasión a través de todo el grosor del miometrio, Puede llegar a órganos.

Según su extensión

FOCAL

Localizado en uno o varios cuillectores placentarios

TOTAL

Implantación anormal que comprende a toda la placenta

DIAGNÓSTICO

- USG obstétrico, con ausencia de la zona hipocóica placenta y miometrio
- Resonancia magnética, indicada en casos complejos, para confirmar.

TRATAMIENTO

- Planificación prenatal
- Cesárea programada, generalmente entre la semana 34-36.
- Histerectomía cesárea
- Manejo de complicaciones, control de hemorragias con transfusiones.

LIQUIDO AMNIOTICO Y ALT

Líquido que rodea el feto dentro del saco amniótico y protege durante el embarazo. Es esencial para el desarrollo fetal, ya que proporciona un ambiente óptimo para el crecimiento y desarrollo de órganos y tejidos.

PRODUCCIÓN

- Inicialmente derivado del plasma materno por difusión.
- A partir de la semana 16, la principal fuente es la orina fetal.

FUNCIONES

- Permite el movimiento fetal
- Interviene en el desarrollo pulmonar
- Protege y amortigua
- Mantiene la temperatura

CANTIDAD

- 10 SDG : 30ml
- 16 SDG : 200ml
- A término : 800ml

ALTERACIONES

Oligohidramnios

Disminución del líquido amniótico

ETIOLOGÍA

- Ruptura prematura de membranas
- Insuficiencia placentaria
- Malformaciones renales fetales
- Restricción del crecimiento intrauterino

COMPLICACIONES

- Compresión del cordón umbilical
- Hipoplasia pulmonar
- Malformaciones fetales

Dx

◦ ILA : < 5cm

Tx

- Hidratación materna
- Inducción del parto en casos graves

Polihidramnios

Exceso del líquido amniótico

ETIOLOGÍA

- Diabetes materna
- Malformación fetal
- Embarazo múltiple
- Intección intrauterina

COMPLICACIÓN

- Trabajo de parto prematuro
- Malposición fetal
- Desprendimiento prematuro de placenta

Dx

◦ ILA : > 24cm

Tx

- Amniocentesis terapéutica
- Tratamiento de causa subyacente
- Vigilancia estrecha

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La hipertensión en el embarazo se define como una presión arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg en 2 tomas separadas por al menos 4 horas, medida después de las 20 semanas de gestación, en una mujer previamente normotensa

CLASIFICACIÓN

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

- Diagnóstico antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación
- Persiste más allá de las 12 semanas postparto

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

- Hipertensión detectada por primera vez después de las 20 semanas sin evidencia de proteinuria o daño a órganos

• PREECLAMPSIA

- Hipertensión después de las 20 semanas
- ⊕ proteinuria ≥ 300 mg/24h
- ⊕ Daño a órgano blanco

ECLAMPSIA

- Preeclampsia con convulsiones

SX HELLP

- Complicación severa de preeclampsia

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia mundial: 5-10% de los embarazos
- Preeclampsia: 3-5% de las gestantes

RIESGO

- Edad materna avanzada (>35 años)
- Obesidad
- Diabetes pregestacional o gestacional
- Insuficiencia renal crónica
- Embarazos múltiples

CLÍNICA

- Hipertensión gestacional: Asintomática
- Preeclampsia: Cefalea, Edema, Náuseas
- Eclampsia: Convulsiones tónico-clónicas
- Síndrome HELLP: Anemia, dolor en hipocóndrio derecho o epigástrico.

DIAGNÓSTICO

- Clínico: Presión arterial
- Presencia signs: cefalea persistente, escotomas, dolor epigástrico.
- Laboratorio:
 - Proteinuria en orina 24h
 - Enzimas hepáticas elevadas
 - Recuento plaquetario ↓
 - Creatinina elevada

TRATAMIENTO

- Control de presión arterial
- Fármacos: Metildopa, labetalol, nifedipino
- Seguimiento materno-fetal
- Estabilización materna
- Anticonvulsivos: Sulfato de magnesio

ALTERACIONES METAB EN EL EMBARAZO

DIABETES GESTACIONAL

Es una alteración en el metabolismo de los carbohidratos diagnosticada por primera vez durante el embarazo.

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta aproximadamente a 7-14% de los embarazos mundiales
- Más común en ciertas etnias

CLÍNICA

- Asintomática
- Hiper glucemia significativa:
 - Poliuria
 - Polidipsia
 - Polifuria
 - Fatiga
 - Visión borrosa

DIAGNÓSTICO

- Cribado inicial: Prueba de tolerancia a la glucosa oral de 1 hora → 50g glucosa
- Confirmación del diagnóstico: PTCG de 3 horas → 100g glucosa

TRATAMIENTO

- Dieta controlada de carbohidratos
- Ejercicio físico (moderado)
- Monitoreo de glucosa en sangre e insulina
- Antidiabéticos orales

TRASTORNOS TIROIDEOS

HIPOTIROIDISMO

Disminución de la función tiroidea, caracterizada por niveles elevados de TSH y T4 bajos libres

CLÍNICA

- Fatiga
- Somnolencia
- Intolerancia al frío
- Estreñimiento
- Depresión

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta el 2-3% de los embarazos
- Prevalencia: 0.3-0.5%

DIAGNÓSTICO

- TSH elevada
- T4 libre disminuida

TRATAMIENTO

- Levotiroxina
 - 1º Trim: 0.1-2.5mlU
 - 2º Trim: 0.2-3.0mlU
 - 3º Trim: 0.3-3.5mlU
- Dieta: Suplem de yodo (250 µg/día)

HIPERTIROIDISMO

Exceso de la función tiroidea, caracterizado por niveles disminuidos de TSH y T4 elevado

EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta el 0.1-0.4% de los embarazos, siendo la causa más común

CLÍNICA

- Taquicardias
- Palpitaciones
- Ansiedad
- Intolerancia al calor

DIAGNÓSTICO

- TSH suprimida
- T4 libre elevada

TRATAMIENTO

- Antitiroideos
- Betaquecantes
- Monitoreo fetal

PARTO PRETERMINO

Se define como aquel que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación, pero después de las 20 SDG (límite de viabilidad). Es una de las principales causas de morbilidad neonatal.

EPIDEMIOLOGÍA

- Representa el 5-10% de los nacimientos mundiales.
- Mayor incidencia en países de ingresos bajos.

RIESGO

- Historia de parto pretérmino previo
- Edad materna extrema
- Infecciones genitourinarias
- Enfermedades crónicas
- Gestación múltiple
- Polihidramnios u oligohidramnios
- Tabaquismo
- Alcoholismo

ETIOLOGÍA

- Espontáneo 70-80%
Contracciones uterinas prematuras y rupturas prematuras de membrana

CLASIFICACIÓN

- PRETERMINO EXTREMO < 28 SDG
- MUY PRETERMINO 28-32 SDG
- PRETERMINO MODERADO o TARDÍO 32-37 SDG

CLÍNICA

- Contracciones uterinas regulares, al menos 4 en 20 minutos o 8 en 60 minutos.
- Dolor pélvico o lumbar
- Aumento del flujo vaginal
- Presión pélvica
- Dilatación cervical ≥ 2cm

DIAGNÓSTICO

- Historia de contracciones uterinas regulares
- Evaluación física para determinar dilatación

LABORATORIO

- Cultivo cervicovaginal para infecciones
- Pruebas de fibronectina fetal → Positiva > 50ng/ml

IMAGENOLÓGIA

- Longitud cervical < 25mm antes de las 24 SDG
- Presencia de tunisitis

TRATAMIENTO

- Reposo relativo → Evitar actividad física
- Hidratación
- Betamiméticos → Limitado por efectos secundarios
- Antagonistas de calcio → 1º Línea
- Corticoides → 24-34 SDG

ITU : EMBARAZO

En el embarazo son infecciones bacterianas que afectan cualquier parte del tracto urinario, desde la uretra hasta los riñones.

CLASIFICACIÓN

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Presencia de bacterias en orina sin síntomas clínicos.

CISTITIS AGUDA

Infección de la vejiga con síntomas típicos

PIELONEFRITIS AGUDA

Infección de los riñones, con potencial de complicaciones graves

PREVENCIÓN

- Cribado sistemático mediante urocultivo en el 1º trimestre
- Tratamiento oportuno de bacteriuria asintomática

EPIDEMIOLOGÍA

- Bacteriuria asintomática : 2-10% gestantes
- Cistitis Aguda : 1-2%
- Pielonefritis aguda : 0.5-2%

CLÍNICA

- Bacteriuria asintomática : Sin síntomas clínicos y diagnóstico incidental en estudios de cribado
- Cistitis aguda : Disuria, Polaquiuria, urgencia miccional, Dolor suprapúbico
- Pielonefritis aguda : Fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, escalofríos, dolor lumbar, náuseas

DIAGNÓSTICO

- Urocultivo (prueba de referencia).
Bacteriuria sig : $\geq 100,000 \times$
Leucocituria (>10 leucocitos)
Nitritos positivos
Hematuria microscópica

IMAGENOLÓGIA

- Ecografía renal, indicada en casos de pielonefritis complicada

TRATAMIENTO

- Bacteriuria Asint : Antibióticos orales seguros en embarazo Nitrofurantoina, Amoxicilina, cefalosporinas 1º Gen
- Cistitis Aguda : Reposo e hidratación adecuada
- Pielonefritis aguda : Hospitalización en caso mod-sev. Antibiótico intravenoso (ceftriaxona, ampicilina)
- Monitorización de signos de complicaciones

CERVICOVAGINITIS: EMBARAZO

Es la inflamación o infección del cuello uterino (cérvix) y la vagina, que puede ser causada por diversos agentes infecciosos, incluidas bacterias, hongos, y parásitos. Afecta tanto a la mucosa cervical como la vaginal.

EPIDEMIOLOGÍA

- Causa más común de vaginitis durante el embarazo
- 15-25% de las mujeres embarazadas desarrollan algún tipo de infección.

ETIOLOGÍA

- Bacterias
vaginosis bacteriana
- Hongos
Candida albicans
- Parásitos
Trichomonas vaginalis

CLÍNICA

- Flujo vaginal anormal
- Vaginosis bacteriana:
Flujo grisáceo con olor fétido
- Candidiasis vaginal:
Flujo blanco, espeso.
- Tricomoniasis:
Flujo amarillo-verdoso
- Prurito vaginal
- Disuria
- Dolor abdominal bajo
- Sangrado vaginal leve

FX RIESGO

- Cambios hormonales
- Historia previa de infecciones vaginales
- Diabetes mellitus
- Higiene inadecuada
- sistema inmunológico debilitado

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Examen físico
- Exudado vaginal (Gram, PH vaginal, KOH)
- Pruebas ITS
- USG → Bienestar fetal

TRATAMIENTO

- Vaginosis bacteriana:
(Metronidazol o clindamicina)
- Candidiasis
(Fluconazol / oral o vaginal)
- Tricomoniasis
(Metronidazol o tinidazol)

SOPORTE

- Higiene adecuada
- control de síntomas
- Prevención recurrencias