



Nombre del Alumno: Elena Guadalupe Maldonado Fernández

Nombre del tema: Mapas conceptuales

Parcial: Cuarto

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Semestre: Sexto

Comitán de Domínguez Chiapas 19 de diciembre 2024

Acretismo Placentario

- Expulsión placentaria de 30 min.
- Principal causa de hemorragia obstétrica masiva y muerte materna.

Inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la cavidad verdadera, con penetración de las vellosidades coriales al miometrio de manera variable

Factores de riesgo

- ①- Cesáreas previas
 - Cx. uterina
 - > 35 años
 - Multiparidad
 - Remoción manual de la placenta.
 - Endometriosis postparto

Clasificación

Placenta acreta: Adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina SIN LLEGAR AL MIOMETRIO.

Placenta increta: VELLOSIDADES EN MIOMETRIO

Placenta percreta: Las vellosidades invaden órganos (vejiga).

Tipos de placenta percreta

Focal: Limita a áreas muy pequeñas del útero.

Parcial: Uno o más cotiledones se involucran en el proceso.

Total: Superficie de la placenta anormalmente adherida.

Diagnóstico

- ① Antenatal ←
 - USG doppler
 - RM

Signos

- Prolongación del 3er. periodo del parto.
- Alumbramiento incompleto
- Durante la cesárea HALLAZGO **hipervascularidad** en el segmento uterino **CABEZA DE MEDUSA**.

Complicaciones:

1. Hemorragia: 2,000 - 3,000 ml. (0.5-1.8 lts).
2. Pericretismo a vejiga.
3. Mortalidad.

Tratamiento

- Planeación **DE NACIMIENTO A TERMINO**
- Tx. OX: Cesárea + histerectomía total o subtotal.
- * Taporamiento uterino / colocación de un balón de Bakri → solo si placenta extraída previamente.
- Manejo conservador: Histerectomía, embolización de vasos ilíacos, aplicación de metotrexato local o sistémico.
- Técnica Rodríguez Bosch: manejo cx + manejo conservador.
- * Histerecto + dejar placenta in situ + admin metotrexato intraplacentario en vena umbilical + histerectomía obstétrica diferida 7-10 d. desp. de cesárea.

Alt. de líquido amniótico

Feto → 800-1200 cc de orina
→ Deglute 500-1000 cc p/d

* Cristalografía P/descartar RPM.

1er. trimestre → Proviene de la sup. fetal placentaria y secreciones de superficie.

- LA regulado por la producción de orina fetal y líquido pulmonar.
- Eliminado desde las 16 sds a través de la deglución y orina fetal.

Polihidramnios

- ↑ de la cantidad de LA
- pool max > 8 cm ILA > 25 cm.

Fx. riesgo

- Condiciones maternas: DM, = poliuria fetal.
- Condiciones fetales: sx. de transfusión feto-feto, atresia esofágica, páncreas anular.
- Condiciones placentarias: Copioangioma.

Diagnóstico

- **Maxima columna vertical:** Normal → 2-8 cm.
- **Método de 4 cuadrantes (ILA):** Suma de las max. columnas verticales de líquido Normal → 5-25 cm. REALIZAR A LAS 24 SEMANAS.
- ILA 25-29: polihidramnios leve
- ILA 30-34: polihidramnios moderado
- ILA ≥ 35: polihidramnios severo.

Tratamiento

- Indometacina 200 mg dividido en 3 o 4 dosis.
- Indometacina estimula la secreción fetal de angina-vasopresina = ↓ flujo fetal.
- Amniocentesis descompresiva: 1500 cc.

Oligohidramnios

- ↓ líquido amniótico.
- Pool max ≤ 2 cm o ILA ≤ 5 cm.

Fx. riesgo

- Fetales: Hipoxemia, posttérmino, infección Citomegaló.
- Maternas: Fármacos, HTA, nefropatía, DM.
- Placentaria: RPM.

Prevención NO X

- Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina.
- AINES
- ARA II

Anhidramnios

- Ausencia de líquido amniótico.

Fx. riesgo

- Fetales: Restricción del crecimiento, alteraciones → Agenesia renal.
- Maternas: Fármacos.
- Placentaria: RPM. ①

Diagnóstico

- ↓ movimientos fetales
- ↓ altura de fondo uterino
- Ausencia de LA.

Tratamiento

- Interrupción del embarazo.

Parto Pretermino

- Anomalías mullerianas
 1. Útero didelfo
 2. Útero septado, unicorno, arcuato.

(Contracciones uterinas >4 en 20 o >8 en 1 hr)
Cambios cervicales (<20 mm o fibronectina fetal (+) asociado a longitud cervical entre 29 o 20 mm).

Clasificación

- Parto pretérmino muy temprano: 20-23 sem c/6 días
- Parto pretérmino término: 24-33 sem c/6 días.
- Parto pretérmino tardío: 34-36 sem c/6 días.
- Causa: espontáneo e iatrogénico.

Factores de riesgo

- Hábitos maternos
- PPT previo
- Desarrollo de la gestación actual.
- Nivel socioeconómico.
- Raza africana y afrocaribeña x 2.
- Obesidad y sobrepeso.
- Sangrado vaginal 2do tri: (<28 sem)

Clínica

- Contracciones suaves e irregulares.
- Dolor de espalda baja
- Sensación de presión en la vagina.
- Secreción vaginal de mucosidad.

Diagnóstico

- Act. uterina (4 contracciones en 20 min o >8 en 1 hr).
- Dilatación cervical (≥ 3 cm. dilata).
- Borramiento $\geq 80\%$.
- Con o sin membranas amnióticas íntegras.

• Medición de longitud cervical:

- >2.5 (sin riesgo)
- $2.5 - 2$ (riesgo moderado).
- <2 cm (alto riesgo)

• Exudado vaginal

- Cultivo → Cristales de hebrecho
RPM

- * Dexametasona 4 dosis 6 mg IM c/12h
- * Betametasona 2 dosis 12 mg IM c/24h.

Tratamiento

- Terapia tocolítica

- SO. Mg/neuroprotector (1 gr/hr → 500 ml sln. 50ml p/hr).
- NIFEDIPINO (impregnación 20 mg VO dosis única) (mantenimiento 10 mg VO c/8hr).

• ATOSIBAN → Elección.

1. 1 amp 3.65 mg / 3 ml bolo → (300 mcg/ml).
2. 2 amp. 37.5 mg / 5 ml + 90 ml sln.
3. 3 amp. 37.5 mg / 7 ml + 90 ml sln. (100 mg/min).

- Progesterona 200 mg endovaginal c/12-24 hrs.

• Dexa, betametasona

Maduradores pulmonares.

HTA gestacional: >20 SDG, proteinuria negativa (días >90).

Pre-eclampsia: ≥140/90

proteinuria >300 mg/24 h.

Pre-eclampsia (severidad): ≥160/110, con síntomas (cefalea, vómito).

HTA en embarazo

Eclampsia: Complicación de pre-eclampsia severa, convulsiones, hiperreflexia, fotopsia.

HTA crónica: ≥140/90 antes del emb.

HTA crónica + pre-eclampsia: Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia con HTA crónica preexistente.

Fx. riesgo

- Edad materna
- Raza
- Historia fam de pre-eclampsia.
- DM
- HTA crónica.
- IMC

Meta:
sis → 115/120
dias → 65/80

* Medición de índice de pulsabilidad de art. uterinas

Diagnóstico

- Proteinuria >1+ o 300 mg/24 h.
- Creatinina >0.28
- Hemoglobina
- HTO
- DLH
- * A. único → Marcador de gravedad de preeclampsia.
- USG

Hospitalización

- > HTA severa
- > Dolor en epigastrio
- > Dolor en hipocondrio derecho
- > Náusea
- > Vómito.

AAS ¿?

- 80-150 mg nocturnos. antes de la 16 SDG.
- Suspender en la 36 SDG.

Tx. NO farmacológico

- Dieta normosódica
- Ejercicio individualizado.

• Prueba de bienestar fetal sin estrés realizar semanal en emb. >32 SDG.

• Preeclampsia <34 SDG doppler p/complicaciones.

• Interrupción del embarazo entre las 38 y 39+6 SDG. } HTA crónica bien controladas.

• Inducción parto >38 SDG } HTA controlado.

Tx. farmacológico

- **HTA gestacional:** Diastólica >90 mmHg
METILDOPA.
HIDRALAZINA >200 mg/día.
* Efectos sec. de metildopa → sedación, ait. sueño.
- **HTA crónica:** IECA y ARA II CONTRAINDICADOS.
> Metildopa DIURETICOS CONTRAINDICADOS.
> Alfametildopa 250-500 mg c/18h.
> Nifedipino 20-60 * Meta <130/80
> Hidralazina, 25-50

B-BLOQUEADORES = ↓ peso p/edad gestacional

Diabetes en el embarazo

Complicaciones: Retinopatía, neuropatía y vasculopatía.

Metformina: Sensibilizador de la insulina, inhibe la gluconeogénesis y lib. de glucosa hepática. Cruza la barrera placentaria.

Diabetes gestacional: Intolerancia a los carbohidratos
1ra vez en el emb., puede o no resolverse después.

Diabetes pregestacional: Dx. previo o dx en el
1er. trimestre.

- Mantener HbA1C < 6.5%
- IECA y ARA II contraindicados.
- Diuréticos = ↓ plasma materno.
- Admin. a. fólico 3 meses antes del emb. 5 mg/diarios.

Fx. riesgo

- DM tipo 1 y 2
- Enf. renal
- HTA sistémica crónica
- Enf. autoinmune.
- > 30 años
- DM anterior
- IMC > 30
- Abortos.

* Realizar glucosa plasmática en ayuno < 13 SDG.

* Realizar tamiz o CTGO 24-28 SDG.

* Curva de tolerancia a la glucosa con carga de 75gr.

Resultados perinatales adversos

1. Macrosomía
2. Acidosis fetal
3. Mortalidad perinatal.

* Restricción energética moderada
1600-1800 kcal/día.

* Ejercicio aeróbico 30 min.

* Glucosas < 90 mg/dl ✓
↓ riesgo macrosomía.

Criterios DX

• Glucosa plasmática en ayuno
≥ 92 mg/dl.

• Glucosa plas. + hr. pos carga
≥ 180 mg/dl

• Glucosa plas. 2 hr. pos carga
≥ 153 mg/dl.

Tx. farmacológico

Solo si ↓

- < 95 mg/dl en ayuno
- 120 mg/dl 2 hrs. postprandial.

① ≥ Metformina ≤ emb > 20 SDG.

② ≥ Insulina ≤ ~~500~~ 500-850 mg.

* Metas. DM. gestacional
> Ayuno < 95 mg/dl.
> HbA1C ≤ 6.0%

* Metas DM. pregestacional.
> Ayuno < 90 mg/dl.
> HbA1C ≤ 6.0%

IVU en embarazo

Fx: Bacteriuria asintomática.
ATB → 4-7 días.

Infecciones del tracto urinario: MO. patógenos con o sin síntomas.
Alta, baja — aguda o crónica,
no complicada, complicada, asinto → sinto,
nueva, recurrente — comunitaria, nosocomial.

Infecciones tracto urinario bajo: A nivel de uretra y vejiga.

Bacteriuria asintomática: > 100 000 UFC

Cistitis aguda: Infección bacteriana de la vejiga.

Cistouretritis aguda: Disuria, poliuria, tenesmo vesical.

Recomendaciones

- Micción frecuente y completa
- Micción desp. de relaciones sexuales
- Líquidos ≥ 2000 ml
- Técnicas de limpieza urogenital.

Etiología

1. E. coli
2. Klebsiella sp.
3. Proteus V.

* Realizar tamizaje P/bacteriuria asintomática con EGO 12-16 SDG.

↳ 18-20 SDG

↳ 32-34 SDG.

Antibióticos

- Amoxicilina 500 mgs
c/6 hrs 4-7 días.
- Nitrofurantoina 100 mgs
c/6 hrs 4-7 d.

Referencia

- Refractario a tx
- IUU recurrentes
- Hematuria persistente.
- Urolitiasis.
- Pielonefritis
- Complicaciones obstétricas.
- Alergia a ATB.

Parámetros en EGO

- PH: 6 o más
- Densidad: 1.020 o más.
- Leucocitosis: > 8 leucos mm³ de orina.
- Bacteriuria: 100 000 UFC/ml.

Cervicovaginitis

*RPM

Inflamación de la mucosa vaginal.

Etiología

- Hongos → Candida ✓
- Bacterias → vaginosis
- Protozooario → Trichomonas vaginalis.

Clínica

- ↑ flujo
- Prurito
- Ardor
- Irritación
- Disuria
- Dispareunia
- Fetidez vaginal.

MO. + frecuentes

1. Gardnerella vaginalis ✓
2. Estreptococo del gpo B (Candida albicans).

* ph > 4.5 acidez

Riesgo

- **Vaginosis bacteriana**: Duchas vaginales, anticonceptivos hormonales.
- **Vaginitis P/ candida sp**: DM descontrolada, anticonceptivos orales, obesidad.
- **Vaginitis P/ tricomona**: ITS, sexo oral.
- **Vaginitis P/chlamydia Trachomatis**: ETS, preservativo P/sexo seguro.

Diagnóstico

- **Vaginosis bacteriana**: Flujo o leucorrea blanca o grisáceo, fetido, ausencia de dolor.
- **Vaginitis P/candida**: Inflamación vulvar, queso cottage, no fetido, eritema, pruriginosa, molestia al orinar.
- **Tricomonal vaginal**: Flujo amarillo, espumoso abundante, fetido, disuria, dolor pélvico bajo, vulvitis, cuello uterino en fresa.
- **Chlamydia trachomatis**: Px. asintomática o ardor al orinar, dolor en hipogastrio, ardor y prurito vaginal durante el coito pH > 4.5.

Pruebas DX

- Gram (frotis)
- Estudio citológico cervicovaginal
- Papanicolaou.

Tratamiento

- **Vaginosis bacteriana**:
 - ① Metronidazol 400-500mg VO 2 veces al día 5-7 días.
Metronidazol local vaginal P/5 días.
 - ② Tinidazol 2g orales.
 - ③ Clindamicina 300mg oral P/7 días.
- **Candidiasis vaginal**:
 - > Sintomática: itraconazol, ketoconazol, fluconazol.
 - > Tx. tópico: Miconazol crema 2%. ap. 5 gramos en vulva y vagina P/7 días.
- **Tricomona vaginal**.
 - Metronidazol 500 mg 1 vez al día P/7d.
ORAL
- **Chlamydia**:
 - Azitromicina 1g oral dosis única.
 - Doxiciclina 100 mg VO 2 veces al día x 7d.