



Mi Universidad

Mapas conceptuales

Alexa Avendaño Trujillo

Patología obstétrica

6 "A"

Ginecología y obstetricia

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas

Líquido amniótico y sus alteraciones

Líquido claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero y está en el saco amniótico.

POLIHIDRAMNIOS

Aumento de la cantidad de líquido amniótico (PDI máximo >8cm o ILA >25cm).

Factores

- madre: DM
- feto: Agenesia esf.

Fisiopatología

- Equilibrio dinámico entre la producción y absorción
- Alteraciones de deglución o incremento en la urésis fetal.

Diagnóstico

- Curva de tolerancia a la glucosa con 75g.
- Perfil viral
- PDI máximo
- Escala de ILA

Tratamiento

- Indometacina 10 dosis de 200mg dividido en 3-4
- Ultrasonografía
- Amnioreducción

OLIGOHIDRAMNIOS

Disminución de la cantidad de líquido (PDI máximo <2cm o ILA <5cm).

Factores

- Infección fetal por citomegalovirus
- Hipoxemia fetal
- Restricción del crec.
- Fármacos (AINES)

Fisiopatología

- Segundo trimestre ↓
- Hipoplasia pulmonar
- Alteraciones esqueléticas (hipotrofia muscular o constricción articular)

Diagnóstico

- ↓ movimientos
- Altura de fondo uterino anormal
- Ultrasonido

Tratamiento

ULTRASONIDO

ANIHIDRAMNIOS

Ausencia de líquido amniótico

Factores

- Alteraciones renales
- Restricción de crecimiento

Fisiopatología

- Disfunción placent.
- Patología renal
- Obstrucción renal

Diagnóstico

- Disminución de movimiento
- Uterino menor
- Ultrasonido

Tratamiento

- Ultrasonido
- Cistoscopia (APM)

ACRETISMO PLACENTARIO

Inserción anormal de parte o toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal con penetración de las vellosidades al miometrio.

Epidemiología

- Hemorragia masiva
- Muerte materna
- 1 / 500 embarazos
- Prevalencia 1 / 70 emb.

Factores de riesgo

- Una o varias cesareas
- Cirugía uterina
- Edad > 35 años
- Multiparidad
- Radiación pélvica
- Infertilidad

Clasificación

Invasión al miometrio

1. **Placenta accreta**: Adherencia de una parte o totalidad sin llegar al miometrio.

2. **Placenta increta**: Invasión de las vellosidades alcanzan el miometrio.

3. **Placenta percreta**: Penetración anormal de los elementos coriales hasta serosa del útero con la posibilidad de invadir órganos.

TIPOS

1. **Focal**: Invasión se limita a áreas muy pequeñas del útero.

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

3. **Total**: Toda la superficie de la placenta está anormalmente adherida.

Diagnóstico

- Ultrasonido
- DOPPLER COLOR
- RM

Tratamiento

- Histerectomía obstétrica total
- Balón de Bakri en lecho placentario.
- Aplicación de metotrexate
- Resección de partes afectadas del útero.

Parto pretermino

Parto que se produce entre las 22 semanas o 6 días después de la menstruación. (dilatación > 3cm).

Conceptos

- > Amenaza: contracciones uterinas 22 y 36.6 semanas con membranas amnióticas (< 3cm).
- > Pretermino: < 37 semanas:
 - espontáneo
 - iatrogénico

Clasificación

- > Muy temprano: 20-23 semanas
- > Temprano: 24-33 semanas
- > Tardío: 34-36 semanas

Signos y síntomas

- Tapon mucoso
- Dolor de espalda baja

Epidemiología

- 6.5 - 9% total de partos
- 12.5% centros
- 1° causa de mortalidad
- 2° en niños < 5 años

Fx. de riesgo

- Embarazo múltiple
- Sobredistensión uterina
- Anomalia uterina congénita
- Infección intraamniótica
- Dilatación cervical, grado
- Antecedentes aborto segundo trimestre de la gestación.

Riesgo bajo

- obesidad materna
- Tabaquismo
- Vaginosis bacteriana
- Sangrado transvaginal

Riesgo alto

- Gemelar múltiple
- Cervix corto
- Polihidramnios

Diagnóstico

- Urocultivo endovaginal
- Historia clínica
- Examen de especulo
- Exudado vaginal

Tratamiento

- Nifedipina:
 - Inicial: 20 mg VO DO
 - Mantenimiento: 10 mg VO c/8h
- Sulfato de magnesio:
 - 4gr + 100 ml SF en 20 min.
- Atositan:
 - F1: 1 amp 6.75 mg/0.9 ml
 - F2: 2 amp 37.5 mg/5 ml + 9ucc de SF 24 ml/hr por 3h.
 - F3: 2 amp 37.5 mg/5 ml + 9ucc SF 24 ml/hr por 43h.
- Progesterona:
 - 200 mg endovaginal c/24-12h.
- Betametasona:
 - 12 ml IM c/24h por 2 dosis
- Dexametasona:
 - 6 ml IM c/12h por 4 dosis

Inf. del tracto urinario en embarazo

Presencia de microorganismo patógeno que se encuentra en cualquier parte del tracto urinario.

Epidemiología

- ↑ frecuente en embarazo
- Pielonefritis < 1%
- Bacteriuria asintomática 2-10%
- BA ↑ riesgo de embarazo y parto preterminado.

Etiología

- Escherichia coli 86%
- Staphylococcus
- Klebsiella spp.
- Enterobacter spp.
- Streptococo grupo B

Factores

- Hospitalización
- Diabetes gestacional
- Litiasis
- Laboral
- Lavado vaginal
- Relaciones sexuales
- Lavado de mano incorrecto

Cuadro clínico

Baja

- Disuria
- Poliuria
- Urg miccional
- Olor fétido
- Dolor suprapúbico + tenesmo vesical

Alta

- Hipertermia > 38°C
- Signo de Giordano +
- Hematuria
- Urosepsis

Diagnóstico

1er. trimest.

- Urocultivo + Blee
- Concentración MIC
- EGO

Tratamiento

- Pielonefritis: Ertapenem 1gr c/24h durante 10-14 días
- Ceftriaxona + 2gr c/24h durante 10-14 días
- Bacteriuria: Amoxicilina 250-500mg c/8h 3-7 días
- Cistitis aguda: Fosfomicina trometol 3gr DU.

Estados hipertensivos del embarazo

Es el trastorno médico más común del embarazo + complican 1 de 10 gestaciones. incremento global de la edad materna, obesidad, tecnología de reproducción asistida y comorbilidades médicas que predisponen a la preeclampsia.

Preeclampsia

Se presenta > 20 SDG +
Proteinuria negativa, hace
presencia $\geq 140/90$ mmHg +
Proteinuria > 300 mg/24h, CrS > 30 .

Epidemiología

- 15% de embarazo
- 15-20% muerte materna
- 0.2-0.5% termina en eclampsia
- 4-12% termina en sx. de HELLP
- 50% termina en hipertensión crónica.

Factores

- Edad materna
- Paridad
- Raza
- Historia familiar
- Comorbilidad:
 - o Diabetes
 - o Hipertensión
 - o Insuficiencia
 - o Trombofilias
- Índice de masa corporal.
- Embarazo múltiple

Diagnóstico

- $\geq 140/90$ mmHg
- Proteinuria > 300 mg
- Proteína - creatinina > 0.28 m
- más de 1 tiva react.

Tratamiento

- Alfa - metildopa 250 - 500 mg q8h
- Nifedipino 20 - 60 VO
- Mediciones diarias
- Labetalol IV 20 mg

Sx. de HELLP

variante de preeclampsia severa + hemólisis, enzimas hepáticas \uparrow + trombocitopenia.

Triada

- Invasión anormal de trofoblasto
- Mala función placen.
- Alt. vascular materna

Clinico

- Asintom.
- Edema
- Dolr
- Cefalea
- Disnea
- Ictericia

Tratam.

- Esteroides 24-34 SDG
- valorar riesgo

Clasificación

Mississippi Tenessi

Eclampsia

Presencia de convulsiones (1-2 min)

Síntomas

- \uparrow peso 3er trimestre
- \uparrow TA
- Movimiento anormal

Diagnóstico

Preeclampsia + convulsiones

Tratam.

- Sulfato de magnesio
- Diazepam

Diabetes gestacional

- Metas:
- < 45 en ayuno
 - < 120 (2h) posprandial
 - HBA1C < 6.0%

Se define como diabetes por primera vez durante el 2do y 3er trimestre que no presentaban diabetes previa e incluye alteraciones en la glucosa por resistencia a la insulina.

Definiciones

- > DM: Grupo heterogeno de trastornos que se caracteriza por ↑ glucosa en sangre.
- > DM gestacional: intolerancia a los carbohidratos con grados de severidad y se ve por primera vez en el emb.
- > DM tipo 1: Trastorno por concentraciones ↑ glucosa en sangre por destrucción de célula beta.
- > DM tipo 2: Trastorno por concentraciones ↑ glucosa en sangre por déficit de secreción en insulina.
- > DM Pre: Diabetes tipo 1 y 2 que se embarazan o diagnostican durante el 1er trimestre.

Sintomas

- Poliipsia
- Polifagia
- Poliuria
- ↑ peso anormal
- Fatiga
- Náuseas
- visión borrosa

Epidemiología

- 7% de todos los embarazos
- 8.7 - 17.7 DM gestacional
- HBA1C > 7 se asocia a malformaciones, macrosomía y preeclampsia.

Factores

Bajo

- Grupo étnico
- NO AHF
- < 25 años
- Peso normal
- Sin ant. de glucosa

Alto

- Mujer mexicana
- Obesidad severa
- Mt. carbohidratos
- Sx. ovario poliquístico
- Glucosuria
- Macrosómicos (> 4000g)

Tamizaje

Bajo

- < 12 SDG: Glucosa en ayuno
- > Glucosa 126 dx. DM Pregestacional
- Glucosa 9-125 mg/dL realizar curva de tolerancia de glucosa

Alto

- < 13 SDG: Glucosa
- Tamizaje con curva de tolerancia a la glucosa 24-28 SDG.

Complicaciones

- HBA1C < 6.5
- Malformaciones congénitas
- Macrosomía 50%
- Hipoglucemia (madre 50%)
- Hijo de madre diabética: enf. coronaria, HAS, DM2 y obesidad.

Diagnóstico

- Auto monitoreo:
 - Ayuno: uno diario
 - Posprandial 1-2h / 3vec
- Vigilancia materno fetal
 - USG y Doppler de la arteria umbilical

Tratamiento

- Cambios de estilo de vida
- Metformina > 20 SDG
 - 500mg dividido en 1 a 3 tomas al día con alimento
- Insulina
 - 0.20 U/kg; dividir en 2/3 matutino y 1/3 vespertino

Cervicovaginitis ^{en} el embarazo

Inflamación del cuello uterino (cérvix) y vagina, que puede ser causada por infecciones, desequilibrios de la flora vaginal o factores irritantes.

Causas

- 1) Inf. bacterianas:
 - vaginosis bacteriana
 - Chlamydia trachomatis
 - Neisseria gonorrhoeae
- 2) Inf. por hongos:
 - Candida albicans
 - ↑ glucosa en la mucosa
- 3) Inf. virales: HSV
- 4) Inf. parasitarias:
 - Tricomoniasis

Síntomas

- Flujo vaginal anormal
- Picazón, ardor o irritación
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Inflamación o enrojecimiento
- Dolor al orinar
- A veces asintomática

Complicaciones

- ↑ riesgo de parto prematuro
- Bajo peso al nacer
- Corioamnionitis (inf. de membrana fetal)
- Ruptura de membrana
- Inf. postparto en la madre

Diagnóstico

- Historia clínica
- exploración física
- Frotis vaginal
- Análisis de pH (>4.5 anormal)
- cultivos específicos

Tratamiento

El manejo depende de la causa y del trimestre del embarazo:

- > vaginosis bact: metronidazol uo
- > candidiasis: Clotrimazol o miconazol
- > Tricomoniasis: metronidazol uo
- > Bacterianas: Antibióticos.