



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Antonia Berenice Vázquez Santiz

Grupo: "A"

Grado: 6to semestre

Materia: Ginecología y Obstetricia

Nombre del profesor: Dr. Ruiz Ballinas Roberto Javier

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de diciembre del 2024

# ACRETISMO PLACENTARIO

## Definición

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal, con penetración de los vellosidades coriónicas al miometrio.

## Epidemiología

- Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica masiva y muerte m.
- ocurre en 1 de cada 500 embarazos
- Prevalencia es de 1 de cada 70 embarazos

## Fisiopatología

El acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso.

## Rx de riesgo

- una o varias cesáreas previas
- cirugía uterina
- Edad >35 a
- Multiparidad
- historia de radiación pélvica
- infertilidad

Clasificación por el grado de invasión al miometrio se divide en:

- placenta acreta!
- placenta increta!
- placenta parcreta!

## por su extensión - tipos

- Focal:** → la inva se limita a áreas muy pequeñas del útero
- Parcial:** → uno o mas cotiledones se involucran en el proceso
- Total:** → toda la superficie de la placenta está anormalmente adherida.

Dx de sospecha - período prenatal

- USG
- POPPler color
- RM

Nacimiento - se debe sospechar ante los sig. clínicos

- Alumbroamiento incompleto
- Dificultad para encontrar el plano de despegamiento placentario
- Durante una cesárea

## Tratamiento

Px de placenta acreta

- planeación del n al término de la gesta
- banco de sangre con disposición inmediata
- unidad de cuidados intensivos
- anestesiólogo

## 3 manejo de acretismo placentario

Tx qx o tradicional

Manejo conservador

Indicaciones para manejo conservador

preservar la fertilidad

Retrasar la histerectomía para estabilizar a la px

px con acretismo muy inva

## complicaciones

- \* hemorragia
- \* pericretismo a vejiga
- \* mortalidad

## placenta acreta

la cual adhiere al miometrio 75%

## increta

penetra miometrio 15%

## placenta parcreta

traspasa miometrio hasta serosa y algonos.

# Líquido Amniótico

## Introducción

ES un liq claro y ligeramente amarillento que rodea al bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico

- \* 34 sem de gestación es de 800ml
- \* 40 SGA es de 600ml

## Función del líquido amniótico

Ayuda al feto a moverse en el útero, crecimiento aseo

A mantener una temp relativamente constante

A proteger al bebé de lesiones externas.

## POLIHIDRAMNIOS

### Fx de riesgo

Aumento de la cantidad de Liq amniótico - presencia global de AS - 1.6% de todos los embarazos

### Tratamiento

Dureza de embarazo > 34 SGA  
→ indometacina VO dosis de 200mg dividido en 3-4 dosis

- Dureza materna
- Parto prematuro
- Prolapso del cordón umbilical

### DX

- \* Variación subjetiva
- \* Semicuantitativa en la medición de Liq
- \* Curva de tolerancia a la glucosa

- Datos clínicos → Fondo uterino mayor a la edad gestacional, dolor abdominal y edema
- Datos de laboratorio → USG con pool > 8cm

Maternal → \* DM descontrolada  
Se encuentra con asociación de macrosomía

Fetal → \* Atresia esofágica  
\* Anomalías neurológicas  
\* Tumores fetales  
\* Anemia fetal severa

## OLIGOHIDRAMNIOS.

### Definición

se caracteriza por la disminución de la cantidad de Liq amniótico determinada por USG de modo cualitativo o cuantitativo

### Diagnostico

#### Clinico

No exist datos clínicos propios se puede sospechar por la disminución de movimientos fetales

#### Lab

USG con pool max menor a 2cm o indice de Liq amniótico menor a 5cm

### Pronostico

- \* Muerte fetal
- \* Hipoplasia pulmonar
- \* Perforaciones esqueléticas y facial

### Prevención

- evitar el consumo de:
  - \* inhibidores de enzima convertidora de angiotensina
  - \* antiinflamatorios

### Fx de riesgo

#### Fetal

- \* Hipoxemia fetal intermitente
- \* Restricción del crecimiento
- embarazo preeclámpsico

#### Materna

- \* Tormados
- \* Enf hipertensiva del embarazo
- \* Nefropatía o DM

#### placentarias membranas

- \* Ruptura prematura de membranas < 34.0 tri-

### Tratamiento

- USG estructural con un mayor énfasis del sist genitourinario
- ILA se encuentra entre 3-5cm se realizaran evaluaciones semanales hasta la resolución del embarazo se recomienda la vía abdominal

# DIABETES GESTACIONAL

## Introducción

Es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad.

## Diabetes gestacional control

Un control glucémico óptimo en el periodo periconcepcional y durante el embarazo se asocia a mejores resultados materno-fetales.

## Etiología patogénica

- Primer mitad del embarazo: Anabolismo, puede haber hipoglucemia.
- segunda mitad del embarazo: catabolismo, incremento de lipólisis.
- El lactógeno placentario es una hormona producida en la segunda mitad del embarazo.

## Fisiopatología

- Resistencia a la insulina inducida por hormonas placentarias.
- Disminución de la secreción de insulina.
- Aumento de lipólisis.

## Síntomas clínicos

- Poliuria
- Polidipsia
- Fatiga
- visión borrosa
- Polifagia
- Aumento de peso anormal
- Náuseas, vómitos

## Fx de riesgo

- grupo étnico de alto riesgo
- NO AHF
- menores de 25 años
- peso anormal al nacer

## Complicaciones

- se recomienda HbA1c menor de 6.5
- malformaciones congénitas de 4 a 10 veces
- Hipoglucemia del 25 al 50%

## TX

- cambios en el estilo de vida
- Insulina
- Tx inicial: Dieta y ejercicio
- Reducir la mortalidad perinatal



# PARTO PRETERMINO

## Definición

Se define parto pretermino aquel que se produce entre las 22 a las 36 sem con 6 dias despues de la fecha de ultima menstruacion

## Caracteristicas

Presencia de contracciones uterinas  $>4$  en 20 min o  $>8$  en una hora y cambios cervicales  $<20mm$  o Fibronectina fetal positiva

## Clasificación

- parto pretermino muy temprano 20 - 23 sem con 6 dias
- parto pretermino temprano - 24 sem hasta 33 sem con 6 dias
- parto pretermino tardio: 34 - 36 sem con 6 dias

## Fx de riesgo

- \* Raza africana
- \* peso bajo materno
- \* obesidad materna
- \* Enf periodontal
- \* Sangrado transvaginal

## Diagnostico

- Historia clinica
- Evaluacion de signos y sintomas de parto Pretermino
- Signos vitales maternos
- Revisión del patron de PCF
- Examen del útero

## EXPLORACION fisica

- Presencia y la cantidad de sangrado uterino
- Estado de las membranas fetales
- obtencion de muestras para la prueba de fibronectina fetal
- Dilatacion cervical

## Tratamiento

### Terapia tocolitica

- B<sub>2</sub> miméticos
- sulfato magnesio
- Bloqueadores de canales de calcio
- Nitratos

### Prevenición

\* medicion de la longitud cervical entre la semana 18 y 22 sem. en aquellas Px con malformaciones maternas y embar así como en las Px con antecedentes de concepcion