



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana**



**Xóchitl Monserrath Jiménez del Agua
y Culebro.**

Ginecología y Obstetricia.

6° "A"

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas.

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de diciembre del 2024

ACRETISMO PLACENTARIO

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

EPIDEMIOLOGÍA

- 1ª causa de hemorragia
- 1/500 embarazos
- Prevalencia 1/700 E.

FISIOPATOLOGÍA

Capa de Nitabuch (esta) (capa de fibrina entre la decidua basal y el corión frondoso).

Puede estar ausente o deficiente

Falla en la reconstrucción del endometrio / decidua basal ↑ después de una cesarea.

FX DE RIESGO

- 1 o + cesáreas previas
- Cirugía uterina (miomectomía, histeroscopia, legrado, ablación endometrial).
- Edad > 35 a
- Multiparidad
- Historia en radiación pélvica
- Infertilidad.

CLASIFICACIÓN

- Por el grado de invasión al miometrio
- Por su extensión
- 1. Focal
- 2. Parcial
- 3. Total

PLACENTA ACRETA

Parcial o total sin llegar al miometrio

PLACENTA INCRETA

Invasión de las vellosidades alcanza el miometrio

PLACENTA PERCRETA

Penetración anormal de los elementos hasta la serosa del útero u órganos.

DX Y TX

sospecha:
USG, RM, Doppler color.

nacimiento sospecha:
- Prolongación período de parto
- Alambra. incomp.

Tx quirúrgico:
- cesarea
- Histerectomía
- Balón de Bakri

Manejo conservador:
Histerectomía.
- Proced. adyuvantes
- Embolización de vasos ilíacos
- Aplicación de metotrexate
- Resección de partes afectadas del útero

COMPLICACIONES

Hemorragia
Pericretismo a vejiga
Mortalidad

LIQUIDO AMNIOTICO Y SUS ALT.

Líquido claro o amarillento que rodea y protege al feto a medida que crece durante el embarazo.

POLIHIDRAMNIOS

Acomulación excesiva de liq. amniótico > 2,000 ml

CAUSAS

- Idiopática
- Trastornos gastro-intestinales (atresia duodenal/esofágica, gastrosquisis, hernia diafragmática)
- Acondroplasia
- Sx de Beckwith-Wiedeman
- DM mal controlada
- Embarazos múltiples
- Malformación TU (Sx Bantler)
- Anemia fetal (Gitelman)
- Otros (infecciones)
- Anormalidades genéticas.

DIAGNÓSTICO

- USG
- Prueba de glucosa materna
- Índice de Chamberlain
- Amniosentesis
- ILA > 25 cm
- SDP ≥ 8 cm

TRATAMIENTO

- Parto aprox. 39 sem
- Amniorreducción
- Amniocentesis
- Monitorización x gravedad 32 sem
- ILA ≥ 30 ↑ $\times \times$ fetal
- USG C/4 semanas

COMPLICACIONES

- TPP
- RPM
- Compromiso respiratorio materno
- Prolapso del cordón umbilical.
- Atonia uterina
- H. posparto
- Muerte fetal

CLÍNICA

- Asintomático
- Tamaño uterino > para la fecha
- Disnea
- Contracciones pretermino

OLIGOHIDRAMNIOS

Cantidad baja de liq. amniótico < 300 ml

CAUSAS

- Preeclampsia
- HT crónica
- Desprendimiento prematuro de placenta
- RPM
- Emb. postérmino
- Fármacos (IECA/AINE)
- Aneuploidias
- $\times \times$ fetal
- Idiopática

CLÍNICA

- ↓ movimientos fetales
- Tamaño uterino < para edad gestac.

COMPLICACIONES

- Restricción del crecimiento intrauterino
- Contracturas de extremidades
- Maduración pulmonar tardía o incompleta
- Incapacidad fetal para TP.
- $\times \times$ fetal

TRATAMIENTO

- Control con:
- USG 1 o 2 veces a la semana por AFI y MVP
 - Prueba sin estrés o perfil biofísico

ANHIDRAMNIOS

Ausencia de líquido amniótico

CAUSAS

- HT crónica
- ERC / EH
- Anomalías renal fetales
- A. urinarias fetales.
- Placenta insufic.
- Placenta previa
- Deshidratación
- Fármacos (AINE)
- Enf. autoimmune.

COMPLICACIONES

- Malformación congénita
- Hipoplasia pulmonar
- Parto prematuro
- Placenta previa
- Hemorragia post-parto.
- Infección
- $\times \times$ fetal

GRADOS DE ANHIDRAMNIOS SEGÚN ILA

- A. leve: ILA entre 5-8 cm
- A. moderado: ILA entre 2-4 cm
- A. severo: ILA < 2 cm

TRATAMIENTO

1. Hidratación
 2. Monitoreo fetal
 3. Amniocinfusión
 4. Cesárea
- SOPORTE:
- Oxígeno
 - Monitoreo de la FC
 - Apoyo emocional

HT del embarazo

Presencia arterial sistólica ≥ 140 mmHg o PA diastólica ≥ 90 mmHg, medida en 2 ocasiones separadas por al menos 4 hrs, sin daño orgánico en px normotensas sin proteinuria.

Clasificación

- HT preexistente
- HT gestacional
- Pre-eclampsia
- HT transitoria
- HT bata blanca

EPIDEMIOLOGÍA

- 15% de embarazos
- 15-20% de 2^x maternas son por complicaciones HT
- 0.2-0.5 terminan en eclampsia
- 4-12% de preeclampsia se convierten en Sx de Hellp
- 50% de HT gestacional terminan como HT crónica.

Fx DE RIESGO

- Edad materna
- Paridad
- Raza
- HF de pre-eclampsia
- PAM
- Reproducción asistida.
- IMC > 30
- Comorbilidad:
 - DM
 - HTA crónica
 - IRC
 - Trombofilia
 - Trastornos inmunológicos (LES, SAAF).
- Primigesta.
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia en embarazo previo < 34 sdg
- Historia familiar.

ETIOLOGÍA

- Placentación anormal
- Liberación de Angiotensina y \downarrow prostaciclina y ON
- Fallo en la organización de las Art. espirales.

DIAGNÓSTICO

- HT gestacional $> 140/90$ mmHg
- Proteinuria de 300 mg en orina de 24 hrs
- Relación proteína - creatinina > 0.28
- Tira reactiva +
- AUSENCIA DE PROTEINURIA
- Trombocitopenia < 100 mil plaquetas
- Creatinina de 1.1 en ausencia de ERC
- \uparrow enzimas hepáticas (doble o normal)
- Edema agudo pulmonar.

TRATAMIENTO DE PRECLAMPSIA

- 1 Alfa-metildopa: 250mg - 500mg VO c/8 hrs
 - 2 Labetalol 100-400 mg VO
 - 3 Nifedipino 20-60 mg VO
 - 4 Metoprolol 100-200 mg VO c/8-12 hrs
 - 5 Hidralazina 25-50 mg VO c/6 hrs
- Metas: 130/155 / 8-105 mmHg
Laboratorio c/10-15d.

PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA

- Sulfato de Mg
- Esquema de SO_2 fcin: 4 gr IV para 30 min + 1gr x hr IV.
- Esquema colaborativo eclampsia + rital: 4gr de $MgSO_4$ IV en 5 min y 1gr IV x 24 hr
- 2° elección: Fenitoina.
- Antídoto: Gluconato de Ca

CRISIS HIPERTENSIVAS

- 1° Labetalol IV 20mg en bolo hasta 40 mg
- 2° Nifedipino VO 10mg c/10-15 min
- 2° Hidralazina IV 5-10mg en bolo

Sx HELLP

CARACTERÍSTICA

- 1 Hemólisis
- 2 Enz. hepáticas \uparrow
- 3 Trombocitopenia

TRIADA

- Invasión anormal del trofoblasto
- Mala adaptación función placentaria
- Alt. vascular materna generalizada

Variedad de la preeclampsia

CLÍNICA

- 1 Asintomática
- 2 Edema generalizado 50% px
- 3 Dolor en hipocóndrio derecho o epigástrico
- 4 Cefalea 60%
- 5 Visión borrosa 20%
- 6 Náuseas y vómito
- 7 TAT, disnea, ictericia

TRATAMIENTO

- 1° Resucción del Embarazo > 34 sdg
- 24-34sdg: esteroides para acelerar maduración pulmonar del feto

ECLAMPSIA

Complicación del embarazo después de la preeclampsia

CARACTERÍSTICA

- Convulsiones generalizadas de 1-2 min.

SINTOMAS PREMONITORES

- \uparrow Peto en 3° trimestre
- \uparrow TA de forma brusca
- Síntomas vasculares
- Movimientos anormales

DIAGNÓSTICO

Preeclampsia + convulsiones

TRATAMIENTO

1° Sulfato de Mg: Hasta 24hrs después de la última convulsión

2° Diazepam o fenitoina

CONSIDERACIONES

Vigilar diuresis: > 30 ml x hr
Valorar reflejo rotuliano en presencia de abolición indica intoxicación por sulfato de Mg.

DIABETES EN EL EMBARAZO.

Intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por 1º vez en el embarazo y que \rightarrow 2º y 3º trimestre puede no resolverse después de este.

EPIDEMIOLOGÍA

- Mundial 7%, en + 200mil casos anuales
- México: 8.7 al 17.7%
- Niveles > de HBA1C > 7 asociado a malformación, macrosomía, preeclampsia.

ETIOLOGÍA

- HF de DM
- Obesidad
- Edad avanzada
- H. previa de DG
- Parto previo con un bebé > 4kg
- SOP
- HT
- AHF cardiovascular
- Resistencia a insulina
- Deficiencia a insulina
- Alt. en la función pancreática

CLÍNICA

- Polidipsia
- Poliuria
- Fatiga
- Visión borrosa
- Infecciones
- Macrosomía fetal al USG
- Polifagia
- ↑ Peso anormal
- Náuseas, vómito

FX RIESGO

RIESGO BAJO

- Grupo étnico
- No AHF
- Peso normal al nacer
- Sin antecedent de alt. glucosa

RIESGO ALTO

- Mujer mexicana
- Obesidad severa
- Familiares de 1º grado
- Intolerancia a carbohidratos
- SOP
- Productos macrosómicos previos.
- Glucosuria.

DIAGNOSTICO

- En el embarazo durante la sem. 24-28sdg
- Prueba OGTT de 75g
- Resistencia a insulina.

COMPLICACIONES

- Malformaciones congénitas de 4-110 veces
- Regresión causal
- Macrosomía
- Hipertrofia del tabique IV
- Hipoglucemia
- Enf. coronaria.
- Dislipidemia
- Obesidad.
- Polhidramnios
- Hipocalcemia
- Ictericia
- Prematurez
- Sx respiratorio
- Aborto espont.
- *x fetal.

DX DIABETES PREGESTACIONAL

- Glucosa en ayuno > 126 mg/dL
- Glucosa al azar > 200mg/dL
- HBA1C > a 6.5%
- Glucosa plasmática 2hr pos-carga oral de 75grs

TRATAMIENTO

NO FARMACOLÓGICO

- Cambios en el estilo de vida e insulina
- Dieta y ejercicio
- Medidas higiénico diabeticas
- Act. aerobica por 30min / día
- 1,600 a 1,800 kcal ✓ glucemia

METAS

- < 95 en ayuno
- < 120 en 2hrs post prandial
- HBA1C < 60%

FARMACOLÓGICO

INSULINA

	Inicio A.	Pico Max	Durac. Max
1. Rápida	30-60m	90-120m	5-12hrs
1. NPH	60-120m	240-480	10-20hrs

- 1) DI 0.2UI/Kg peso x día
- 2) Dividir dosis total en 2/3 matutina y 1/3 vespertino
- 3) Dividir dosis matutina en tercios, combinar 2/3 de insulina NPH y 1/3 de insulina rápida. Previa al desayuno
- 4) Dividir dosis vespertina en medios y aplicar la mitad de NPH y la otra mitad de insulina rápida. Previa a la cena

Realizar ajustes de 2-4UI dependiendo el control glucémico en ayuno y posprandial.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Glucemia en ayuno > 140mg/dL y post-prandial, \geq 180mg/dL
- Hipoglucemia en ayuno < 60mg/dL con o sin datos de neuroglucoopenia.
- Inestabilidad metabólica por episodios de hipoglucemia (< 60mg/dL) seguidos de hiperglucemia postprandial (> 300mg/dL).

PARTO PRETERMINO

Parto que se produce entre la semana 22 - 36 y 6 días después de la FUM

EPIDEMIOLOGÍA

Espontáneo: 31-45% de partos pretermino

Iatrogénico 6.5-9%
Representa

CARACTERÍSTICAS

Contracciones uterinas (>4 en 20 min. o >8 en una hora) y cambios cervicales (<20 mm o fibronectina fetal positiva asociado a longitud cervical entre 29-20mm)

CLASIFICACIÓN

- PP extremo: Semana 20-23
- PP temprano: Semana 24-33
- PP tardío: Semana 34-36

FX DE RIESGO

- PP previo
- IVU
- Embarazos múltiples
- Sobredistensión uterino
- Alt. vasculares
- Cr cervical: LETL contusión
- Hábito tabáquico
- IMC < 19.8
- Estrés materno
- Raza afroamericana
- Infección intra-amniótico
- ↓ progesterona.

DIAGNÓSTICO

- Act. uterina (4 contracciones en 20 min. o >8 contracciones en 60 min.)
- Cambios cervicales
- Dilatación cervical (≥ 3 cm dilatación).
- Borramiento $\geq 80\%$
- Con o sin membranas amnióticas íntegras

TRATAMIENTO

Tecolíticos

1. Nifedipino
DI: 30mg ^o/8hrs
DM: 90mg ^o/8hrs
2. B-miméticos
3. Sulfato de Mg
DI: 4-6gr IV en 20-30min.
D.mantenimiento: 1-2gr por hora.
4. Atosiban
 - ① 1 ampola: 6.75mg/0.9ml en bolo
 - ② 2 ampulas: 37.5mg/5ml + 90cc de SF en bomba de infusión a una velocidad de 24ml/hr (300mcg/min) x 3hrs
 - ③ 2 ampulas: 37.5mg/5ml + 90cc de SF en Bomba de infus. a una veloc. de 8ml/hr (100mcg/min) x 45hrs

ITU EN EL EMBARAZO

Presencia de microorganismos patógenos en cualquier parte del tracto urinario incluyendo riñones, ureteres, vejiga, ureter.

EPIDEMIOLOGÍA

- Asintomática 2-70%
- Cistitis 1-2%
- Pielonefritis <1%
- BA 20-30%, asociada a riesgo pp y pielonefritis

ETIOLOGÍA

- 1° E. coli 86%
- Staphylococcus saprophyticus
- Klebsiella spp
- Enterobacter spp
- Proteus spp
- Enterococcus spp
- Streptococcus del grupo B

FX DE RIESGO

- Hospitalizaciones
- Historia previa de ITU
- Diabetes
- Obesidad
- Emb. múltiple
- Preeclampsia
- Cateteres urinarios
- Malformaciones urológicas
- Litiasis
- Relaciones sex.
- Betalaclamasas

CLÍNICA

- Disuria
- Poliuria
- Urgencia miccional
- Hematuria
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Dolor lumbar
- Discomfort
- Taquicardia
- Taquipnea

CLASIFICACIÓN

- Cistitis
- Pielonefritis
- Uretritis
- ITU Pielonefritis

DIAGNÓSTICO

- Clinica
- EGO
- Urocultivo
- ESG renal
- TC
- B4
- Prot. C

TRATAMIENTO

- Bac asintomática.
- Fosfomicina Trometamol 3gr dosis única
- Nitrofurantoina 100mg c/12hr x 5 días Tx alternativo.
- Amoxicilina 250 a 500mg c/8hrs x 3-7 días
- TMP/SMN 160/800mg c/12hr x 3 días
- CISTITIS AGUDA
- Fosfomicina trometamol 3gr dosis única
- Nitrofurantoina 100mg c/12hr x 5 días
- Cefalosporina 2° generación Alternativo
- TMP/SMN 160/800mg c/12hrs x 3 días
- PIELONEFRITIS
- Ertapenem 1gr c/24hrs durante 10-14 días
- Ceftriaxona 2gr c/24hrs x 10-14 días.

CERVICOVAGINITIS EN EL EMBARAZO

Inflamación del cérvix y la vagina caracterizado causada por infecciones, irritantes, cambios hormonales.
↑ Ph (Hasta 7.0)

FX DE RIESGO

- Por candida:
 - Ropa sintética y ajustada e irritantes locales
 - DM no controlada
 - Inmunodeficiencia
- Por Tricomona V:
 - Edad ≤ 25 años con cambio de pareja o con más de una pareja sexual en el último año
 - Relaciones sexuales sin condón
- Historia previa
 - ITS
 - DG
 - Obesidad.
 - Edad avanzada.
 - Multiparidad.
 - Uso de antibióticos

ETIOLOGÍA

- Gardnerella vaginalis
- Prevotella
- Mycoplasma hominis
- Bacteroides
- Fusobacterium
- Mobiluncus

COMPLICACIONES

- PP
- Bajo peso al nacer
- Infección neonatal
- Endometritis
- Sepsis
- Salpingitis
- XX fetal.

CLÍNICA

- Asintomática
- FLUJO
- Prurito
- Ardor
- Irritación
- Disuria
- Dispareunia
- Mal olor vaginal

DIAGNOSTICO

- Frotis de exudado vaginal con tinción de Gram
- Cultivo (Trichomona).
- Citología vaginal
- USG pélvico
- EF: Evaluación de la vulva, espejo vaginal, medición del pH
- Prueba de aminas

TRATAMIENTO

PARA VAGINOSIS BACTERIANA

- Metronidazol 500mg VO q12hrs por 7 días ó;
- Metronidazol 2g VO sola dosis Tx alternativo
- Clindamicina crema vaginal al 2% q/24hrs por 7 días ó;
- Clindamicina 300mg VO q/12hrs por 7 días.

VAGINITIS POR CANDIDA

Tx tópico

- Miconazol*** crema 2%, 1 aplicación 5gr en vulva y vagina q/24hrs x 7d
 - Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100 ccu, 7aplicación vaginal al día x 14 días Tx oral
 - Fluconazol capsulas 250mg dosis única
 - Itraconazol capsula 200mg q/12hr x 7día
- Contraindicados en lactancia y cmb.