Obstetricia crítica

250. Dispositivo intrauterino de vacío en hemorragia posparto

Gerardo Narciso Barreto Lepe, Arnulfo Martínez Chapa, Germán Martínez Garza, Lucila Noyola de Santiago, Viridiana Romo Cepeda
Hospital Regional Monterrey ISSSTE, Monterrey, NL.

Antecedentes: La atonía uterina es la forma más frecuente de hemorragia posparto y se han descrito múltiples opciones de tratamiento cuando las medidas médicas no han respondido.
Casos clínicos: Dos casos de atonía uterina (uno poscesárea y otro posparto) refractarias a tratamiento médico, donde se utilizó el dispositivo intrauterino de vacío. Describimos paso a paso la aplicación del dispositivo de la forma más didáctica para ser reproducido. En ambos casos, se logró contener el sangrado en alrededor de 4 minutos, requiriendo la transfusión de solo 2 unidades de paquete globular.
Conclusión: El dispositivo intrauterino de vacío es altamente efectivo en el control de la hemorragia posparto.

251. Desafío quirúrgico del embarazo ectópico

Edgar Mata Covarrubias, Adriana Arlin Ortega Juvera, Karen Montoya Vital
Unidad Medica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia 23, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: El embarazo ectópico se encuentra en más del 95% de los casos en la trompa de Falopio. Los casos raros (cervicales, ováricos, abdominales) se asocian con una morbilidad y mortalidad significativas. El embarazo ectópico abdominal representa solo el 1%, pero tiene una tasa de mortalidad materna ocho veces mayor, por lo que su abordaje es de gran relevancia.
Objetivo: Dar a conocer el desafío del tratamiento quirúrgico de un caso de embarazo ectópico abdominal y la importancia del tratamiento multidisciplinario para su abordaje.
Materiales y métodos: Se realizó un análisis de un caso clínico de embarazo ectópico abdominal de 18 semanas, al cual se le dio un abordaje quirúrgico mediante laparotomía exploradora, siendo este un tratamiento multidisciplinario que contribuyó a disminuir la morbimortalidad de la paciente.
Resultado: Se realizó laparotomía exploradora, extracción fetal y placentaria, y salpingooforectomía izquierda, con la intervención de ginecobstetricia, cirugía vascular y cirugía general. Se documentó un hemoperitoneo de 2000 cc, requiriendo transfusión. La paciente cursó con 3 días de estancia postquirúrgica, manejada por la Unidad de Cuidados Intensivos, y fue egresada con adecuada evolución.
Conclusión: El embarazo ectópico abdominal es una condición de alta morbimortalidad y un desafío quirúrgico. La sospecha temprana, el uso de estudios de imagen y la intervención oportuna son fundamentales. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha y de un abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados.

252. Preeclampsia e hipertensión reactiva

Victoria Martínez Gaytán, María Cristina Guerrero de León, Jessica Daniela Ambriz García, Juan José Basaldúa Cruz, Oscar Antonio Rueda Cervantes

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia 23 Dr. Ignacio Morones Prieto, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La preeclampsia es una de las principales complicaciones obstétricas, con consecuencias adversas maternas inmediatas como alteraciones hepáticas, renales y de la coagulación y también a largo plazo como el Infarto al miocardio y evento vascular cerebral. La hipertensión reactiva, caracterizada por elevaciones transitorias de la presión arterial, ha sido propuesta como posible predictor temprano de preeclampsia, aunque su papel aún no está claramente establecido.
Objetivo: Evaluar el riesgo de preeclampsia en pacientes con hipertensión reactiva durante la gestación.
Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo de pacientes con registros de hipertensión reactiva así como de su estado de salud para identificar el desarrollo de preeclampsia.
Resultado: Se incluyeron los registros de 71 pacientes de 29 a 32 años. Se identificó presión arterial sistólica de 143.04±3.55 mmHg y presión arterial diastólica de 93.07±3.95 mmHg, con HR en el 100.0% de los casos. Se observó que aquellas con cifras sistólicas >145 mmHg presentaron más del doble de riesgo de desarrollar preeclampsia (OR 2.21, IC 95% 0.80 - 6.06, p=0.001).
Conclusión: Se observó que las pacientes con hipertensión reactiva desarrollaron preeclampsia en casi el 50% de los casos, lo que subraya la relevancia de esta condición como un factor de riesgo importante. Además, se identificó que una presión arterial sistólica mayor de 145 mmHg puede considerarse un valor predictor significativo, ya que se asoció con un incremento de 2.21 veces más riesgo de evolucionar a preeclampsia.

253. Tratamiento de paciente con cáncer de mama y embarazo

Karen María Ugalde Carapia, Ximena Hernández Camacho, Ariel Zoilo de la Puente Gómez, Yoalli Danira Estevez Fuentes, Cintia María Sepúlveda Rivera
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Antecedentes: El cáncer de mama es el más común a nivel mundial. El cáncer complica aproximadamente uno de cada 1000 embarazos. Los retrasos en la maternidad y las crecientes tasas de cáncer de aparición temprana han aumentado su incidencia durante el embarazo. El diagnóstico y tratamiento en esta etapa plantean desafíos importantes, ya que debe considerarse tanto el bienestar materno como el fetal, requiriendo un enfoque multidisciplinario.
Caso clínico: Paciente de 21 años, con autodetección de tumor en mama izquierda. El ultrasonido y la biopsia reportaron carcinoma ductal infiltrante, triple negativo, Ki67 80%. Se refirió al Instituto Nacional de Cancerología en febrero de 2023.
Conclusión: El tratamiento oncológico durante el embarazo debe ser multidisciplinario; sin embargo, esto sigue siendo un desafío que requiere la colaboración de oncólogos, obstetras y perinatólogos para optimizar los resultados materno-fetales.

254. Síndrome de HELLP. Reporte de caso

Brianda Lizeth Maldonado Campos, Daniel Ruvalcaba Hernández
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Antecedentes: El síndrome de HELLP es la primera causa de microangiopatía trombótica del embarazo. Ocurre en aproximadamente el 0.5% al 1% de todos los embarazos. La tasa de mortalidad materna asociada se estima en 1.1%, mientras que la perinatal se ha reportado entre el 7% y el 34%.
Objetivo: Presentar el caso clínico de un embarazo complicado con síndrome de HELLP diagnosticado en el tercer trimestre de gestación.

Caso clínico: Paciente de 27 años quien acudió a urgencias debido a epigastralgia y cefalea severa, con cifras tensionales de 160/110 mmHg. A la exploración física con dolor en epigastrio y cuello uterino cerrado. Se decide su pase a quirófano para resolución de la gestación, donde se obtiene un recién nacido masculino de 2895 gramos. Se decide su traslado a una unidad de tercer nivel al no observarse mejora en cifras tensionales y por deterioro clínico.
Conclusión: El síndrome de HELLP es una de las afecciones más gravess del embarazo, con una alta carga de complicaciones. Su curso clínico impredecible y la posibilidad de deterioro rápido exigen un reconocimiento temprano y una intervención oportuna. La implementación de un enfoque multidisciplinario es esencial para disminuir la tasa de morbimortalidad.

255. Hígado graso agudo del embarazo

Andrés Baca Hernández, Luis Fernando Lerma Alvarado, Hugo Alberto Chávez Vega
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro.

Antecedentes: El hígado graso agudo del embarazo es una complicación obstétrica con alta morbimortalidad, caracterizada por insuficiencia hepática aguda. Su incidencia es de 1 en 15,000 con una mortalidad del 10%. La patogénesis sigue siendo incierta, pero hay evidencia de una base genética relacionada con la betaoxidación defectuosa de ácidos grasos en el feto.
Caso clínico: Paciente de 26 años, primigesta, en curso de las 31.5 semanas de embarazo, ingresó al hospital con vómito, náusea, prurito, mialgias y dolor abdominal de 5 días de evolución. La paciente se hospitalizó con diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo.
Conclusión: El hígado graso agudo del embarazo representa una emergencia obstétrica de difícil diagnóstico por su superposición con otras patologías como el síndrome de HELLP. Diferenciar ambas entidades es crucial, ya que el retraso en el diagnóstico de AFLP puede resultar en falla hepática fulminante y muerte materno-fetal.

256. Pancreatitis aguda idiopática

Berenice Herrera Pecina, Javier A. Ontiveros Garza, Jocelyn Cantú Vázquez, Vanessa J. Meraz Pinales, Maribel Lara Chavarria
Hospital General de Reynosa, Tamaulipas.

Antecedentes: La pancreatitis en mujeres embarazadas ocurre con una frecuencia de 1/1000 a 1/5000 embarazos. La principal causa es de origen biliar (66%). Las causas más frecuentes incluyen colelitiasis, hipertrigliceridemia y, en menor medida, etiología idiopática (5-10%). El diagnóstico oportuno y el abordaje multidisciplinario son esenciales.
Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de seis embarazos, sin control prenatal, acudió a consulta debido a una epigastralgia súbita, vómito y dolor abdominal intenso. A la exploración tuvo dolor epigástrico, deshidratación y embarazo de 32.4 semanas. Las categorías de diagnóstico y gravedad de la pancreatitis aguda idiopática en el embarazo (APIP) se establecieron de acuerdo con los Criterios de Atlanta y la guía de práctica clínica.
Conclusión: La pancreatitis aguda durante el embarazo es una entidad infrecuente pero potencialmente grave. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico diferencial ante dolor epigástrico persistente. El uso de biomarcadores pancreáticos y escalas pronósticas, junto a un tratamiento conservador con vigilancia intensiva, es fundamental.

257. Evento vascular cerebral hemorrágico asociado con preeclampsia

Adriana Laura Arteaga Santa María, Ignacio Morales Álvarez, Maryjose Montserrat Ramírez González, Mariana Asali de Alba, Hugo Alejos Garduño
Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Caso clínico: Paciente de 36 años en puerperio mediato ingresa a urgencias inconsciente, tras

referir cefalea intensa y presentar una convulsión. A su ingreso, TA de 180/100, anisocoria y Glasgow 6/10. La TAC muestra una hemorragia intraparenquimatosa con diagnóstico de hemorragia intracerebral secundaria a eclampsia durante el puerperio, resaltando el tratamiento interdisciplinario oportuno y correcto. La supervivencia de la paciente se debió principalmente a la atención multidisciplinaria y oportuna que recibió, lo que permitió un tratamiento adecuado y evitó mayores complicaciones.
Conclusión: Durante el embarazo y el puerperio, las cifras tensionales pueden elevarse a tal grado de causar complicaciones mortales como la hemorragia intracraneal. Los prestadores de servicios de salud deben estar preparados para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad oportunamente y así mejorar el pronóstico.

258. Percretismo placentario en el primer trimestre del embarazo

Lucila Noyola de Santiago, Viridiana Romo Cepeda, Melannie Paola Benavides Mier, René de León Salazar, Arnulfo Martínez Chapa
ISSSTE

Antecedentes: El percretismo placentario es una enfermedad poco frecuente. La etiología se debe a un defecto en la interfaz endometrial/miometrial que permite una infiltración anómala del trofoblasto. Suele diagnosticarse en el segundo y tercer trimestre en pacientes con factores de riesgo como placenta previa y cesáreas previas. Presentamos un caso de percretismo placentario en un embarazo de 7 semanas.
Caso clínico: Paciente de 37 años con antecedente de dos embarazos y una cesárea, con sangrado transvaginal abundante asociado con un aborto incompleto con falla del tratamiento médico. Los estudios paraclínicos relevantes fieron: anemia y hCG-B de 22,198.32 mUI/mL.
Resultado: El percretismo es la forma más grave del espectro de acretismo placentario. Su diagnóstico en etapas tempranas, especialmente en localizaciones atípicas, es infrecuente y representa un gran desafío clínico, por lo que se deben tomar en cuenta los hallazgos ultrasonográficos y los factores de riesgo.
Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar el espectro del acretismo placentario como diagnóstico diferencial en etapas precoces del embarazo. Se deberá realizar ecografía detallada o resonancia magnética, además de un abordaje multidisciplinario, para optimizar los resultados y evitar complicaciones catastróficas.

259. Tormenta tiroidea precipitada

Cristopher Alejandro Macías Romero, José Luis Rodríguez Chávez, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La tormenta tiroidea es una urgencia endocrina infrecuente y con elevada mortalidad, especialmente de baja frecuencia en el embarazo. Las infecciones graves, como la corioamnionitis, constituyen desencadenantes potenciales. Su diagnóstico en obstetricia es complejo debido al solapamiento con cambios fisiológicos gestacionales.
Objetivo: Describir un caso de tormenta tiroidea secundaria a triple I y urosepsis en una paciente con embarazo de 21 semanas, resaltando la importancia del diagnóstico oportuno, el tratamiento multidisciplinario y la revisión de la literatura disponible.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de un caso clínico atendido en el Hospital General de Occidente, con revisión narrativa de bibliografía internacional y guías clínicas.
Resultado: La asociación de tormenta tiroidea con triple I y urosepsis en el embarazo es excepcional. El diagnóstico debe basarse en escalas clínicas, dado que los síntomas pueden confundirse con sepsis obstétrica. La atención multidisciplinaria y el inicio temprano del tratamiento antitiroideo son determinantes para la supervivencia de la madre.
Conclusión: La tormenta tiroidea debe sospecharse en pacientes obstétricas con sepsis

refractaria y taquicardia desproporcionada. Este caso subraya la importancia de un tratamiento coordinado entre obstetricia, endocrinología y cuidados intensivos, así como la difusión de reportes que fortalezcan la evidencia en escenarios críticos.

260. Resurgimiento de neuroinfección por tuberculosis

María Fernanda Lupercio Segoviano Guille, José Luis Rodríguez-Chávez, María Carolina Becerra-Iñiguez, María José Herrera Saldaña
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La tuberculosis meníngea es poco frecuente, pero implica una morbimortalidad elevada. El diagnóstico puede ser retardado por las múltiples pruebas moleculares que se requieren. La eclampsia también presenta alta morbimortalidad, por lo que su desarrollo coadyuvante con una neuroinfección aumenta el riesgo.
Objetivo: Determinar una causa y asociación para un tratamiento dirigido y una evolución óptima puede ser complejo cuando coexisten dos etiologías con alta morbimortalidad. Además, se busca valorar la respuesta al esquema de antibióticos.
Materiales y métodos: Se realizó resonancia magnética de cráneo, TAC de cráneo, electroencefalograma, perfil TORCH, serologías, GeneXpert y citología de líquido cefalorraquídeo.
Resultado: El estatus epiléptico en el tercer trimestre se asocia a un mayor índice de morbimortalidad materna, principalmente relacionado con eclampsia. No obstante, existen otras etiologías como trastornos convulsivos, infecciosas o desequilibrios metabólicos.
Conclusión: La coexistencia de neuroinfección por tuberculosis meníngea resistente y eclampsia destaca la importancia de un tratamiento multidisciplinario, con múltiples pruebas de laboratorio e imagen para determinar la etiología infecciosa y vascular en conjunto y así dirigir los tratamientos.

261. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso

Karen Montoya Vital, Adriana Arlin Ortega Juvera, Edgar Mata Covarrubias
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23, IMSS; Ciudad de México.

Antecedentes: El embarazo ectópico se implanta fuera de la cavidad uterina, siendo la trompa de Falopio el sitio más frecuente. La localización abdominal (menos del 1% de los casos) es de diagnóstico complejo y tardío, conllevando un elevado riesgo de morbimortalidad materna por hemorragia masiva.
Caso clínico: Paciente de 36 años, asintomática, con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal de 18 semanas. Se realizó laparotomía, extracción fetal y placentaria, y salpingooforectomía izquierda. Se documentó un hemoperitoneo de 2000 cc, que requirió transfusión.
Conclusión: El embarazo ectópico abdominal es una entidad poco frecuente pero con alto riesgo vital para la madre. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y uso de estudios de imagen. El abordaje quirúrgico debe realizarse con un equipo multidisciplinario preparado para el control de hemorragia masiva.

262. Predicción de complicaciones postparto

Luis Raúl García Tapia Prandiz, Mario Martínez Ruiz
Hospital Ángeles México, Ciudad de México.

Antecedentes: La cirugía ginecológica mínimamente invasiva (CGI) ofrece ventajas sobre los procedimientos abiertos, pero las complicaciones siguen siendo relevantes. Existen pocos instrumentos validados para cuantificar el riesgo quirúrgico individual en ginecología. La Calculadora de Riesgo Quirúrgico del Colegio Americano de Cirujanos (ACS NSQIP) fue desarrollada para estimar la probabilidad de resultados adversos.

Objetivo: Evaluar la validez diagnóstica de la Calculadora de Riesgo Quirúrgico ACS para predecir morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a CGI, y evaluar su validez predictiva para los días de estancia hospitalaria.
Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo que recolectó datos de octubre de 2023 a marzo de 2025 en el Hospital Ángeles México. La información se obtuvo del expediente clínico completo de cada paciente.
Resultado: Se analizaron los datos de 301 pacientes sometidas a CGI. Los procedimientos más frecuentes fueron la histerectomía laparoscópica con salpingooforectomía (44.85%) y la fulguración de lesiones peritoneales (27.9%).
Conclusión: La calculadora NSQIP-SRC de la ACS, aunque validada en cirugía general, mostró una capacidad predictiva limitada para estimar complicaciones a 30 días en CGI. La baja incidencia de eventos adversos y la falta de variables específicas pueden explicar su discreto rendimiento en este contexto.

263. Tromboembolia pulmonar masiva

Alexa Paola Galván del Toro, Natalia Rivera Elizarraras
Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, Toluca, Estado de México.

Antecedentes: La tromboembolia pulmonar es una de las principales causas de mortalidad materna. La forma masiva constituye una emergencia con mortalidad de hasta el 30% sin tratamiento oportuno.
Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedente de tres embarazos y tres cesárea, con puerperio quirúrgico y reposo absoluto durante 25 días por práctica cultural de "cuarentena". Inició súbitamente con disnea, mareo y somnolencia, motivo por el cual ingresó al área de cuidados intensivos.
Conclusión: El puerperio poscesárea y la inmovilización prolongada, como la "cuarentena", incrementan el riesgo trombótico. El diagnóstico temprano mediante ECG, ecocardiografía y angio-TC es fundamental. En tromboembolia pulmonar masiva, la trombólisis sistémica con tenecteplasa en bolo único constituye una alternativa eficaz y segura.

264. Insuficiencia hepática aguda asociada con dengue

María Carolina Becerra Íñiguez, Berenice García Gonzaález, José Luis Rodríguez Chávez
Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: El dengue en embarazadas puede tener complicaciones tanto para la madre como para el bebé, como parto prematuro, bajo peso al nacer, e incluso, en casos graves, muerte fetal.
Caso clínico: Paciente con 29.5 semanas de embarazo, con un diagnóstico de dengue grave que derivó en insuficiencia hepática aguda. El caso evidencia la gravedad potencial del dengue durante el embarazo, así como su capacidad de desencadenar insuficiencia hepática aguda con afectación multiorgánica. La detección temprana, el tratamiento obstétrico oportuno y la atención médica intensiva y multidisciplinario son decisivas
Conclusión: Es indispensable fomentar el tamizaje viral oportuno en las embarazadas con síntomas febriles en zonas endémicas, así como fortalecer la cobertura de control prenatal para detectar condiciones de riesgo de manera anticipada.

265. Efecto de pravastatina en preeclampsia

Leopoldo Santiago Sanabria, Ricardo Esquiliano Raya, Ory Gal Or, Ximena González López
Unidad Médica de Alta Especialidad 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS, Ciudad de México.

Antecedentes: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que complica del 2% al 8% de las gestaciones. Su fisiopatología se caracteriza por placentación anormal y disfunción endotelial. Las estatinas han surgido como una terapia potencial. La pravastatina, por su perfil hidrofílico,

presenta un perfil de seguridad más favorable en el embarazo.
Objetivo: Esta revisión evalúa la evidencia disponible sobre el uso de pravastatina como terapia adyuvante en mujeres diagnosticadas con preeclampsia severa de inicio temprano o pretérmino, en tratamiento conservador.
Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la bibliografía en la base de datos PubMed, utilizando una estrategia de búsqueda con los términos "preeclampsia" y "pravastatin".
Resultado: De los 10 estudios incluidos, se identificó la postura respecto al uso de pravastatina. Se evaluaron tres parámetros: disminución de biomarcadores endoteliales, mejoría en desenlaces clínicos y seguridad. La evidencia sobre pravastatina en preeclampsia muestra un contraste entre resultados traslacionales y clínicos.
Conclusión: Si bien la pravastatina ejerce efectos sobre la disfunción endotelial, su traducción a beneficios clínicos claros en preeclampsia severa ya establecida es limitada. El momento de inicio de la terapia parece crucial: la profilaxis temprana muestra resultados alentadores, mientras que el tratamiento tardío no ha demostrado eficacia.

266. Embolia pulmonar bilateral más cor pulmonar

Patricia Isabel Macías Carreón, Perla Patricia Torres Blancarte
Hospital General de Durango, Durango.

Antecedentes: El tromboembolismo pulmonar durante el embarazo es una causa significativa de morbimortalidad materna. Su presentación puede ser crítica cuando se acompaña de compromiso hemodinámico del ventrículo derecho (corazón pulmonar agudo).
Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedente de dos embarazo y un parto, tromboembolismo pulmonar en el puerperio anterior. Acudió a consulta debido a la disnea súbita y taquicardia. Las escalas de estratificación (Wells, PESI, Ginebra) indicaban probabilidad moderada a intermedia. Se logró el control del tromboembolismo con resolución clínica y ecocardiográfica progresiva. Se evitó el colapso hemodinámico mediante una intervención escalonada (anticoagulación-resolución obstétrica-trombectomía mecánica) y se logró un desenlace perinatal favorable.
Conclusión: El tromboembolismo pulmonar en el embarazo requiere el establecimiento de un diagnóstico temprano y atención multidisciplinaria. La heparina de bajo peso molecular es el tratamiento de elección, pero cuando hay afectación hemodinámica, las intervenciones avanzadas como la trombectomía mecánica pueden salvar vidas. La atención médica, en conjunto con el cardiólogo, obstetra e intensivista es fundamental para lograr resultados materno fetales óptimos.

267. Tormenta tiroidea en el puerperio

Sergio Díaz Ramos, Estefania Montserrat Martínez Montes, Sharon Gutiérrez Saucedo, Rogelio Castillo Luna
Hospital General de Cholula IMSS Bienestar, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Antecedentes: La tormenta tiroidea es una emergencia médica infrecuente, caracterizada por un estado hipermetabólico. Se presenta en el 1% de las mujeres con hipertiroidismo no tratado durante el embarazo y presupone un alto riesgo de falla cardiaca, con una mortalidad materna de hasta el 25%.
Caso clínico: Paciente de 38 años, con embarazo previo y en curso de las 36 semanas de la gestación actual y antecedente de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol. Inició con edema bilateral de miembros pélvicos y cefalea súbita.
Conclusión: La paciente de este estudio tenía antecedente de muerte fetal y preeclampsia en un embarazo previo, lo que pudo relacionarse con hipertiroidismo no diagnosticado. El feto puede padecer hipertiroidismo, ya que los anticuerpos maternos pueden cruzar la placentaEl diagnóstico temprano y el tratamiento de las alteraciones tiroideas durante el embarazo son esenciales. El hipertiroidismo no es común en

el embarazo, pero el ginecólogo debe ser capaz de diagnosticarlo oportunamente. La evaluación de la función tiroidea debe realizarse mediante evaluación clínica y medición de TSH y hormonas tiroideas libres.

268. Causas de los ingresos a la UCIO

Bianca Guadalupe Montoya López, Francisco Javier Castro Apodaca, Maria Graciela Torres Castellanos Ley, Joel Murillo Llanes
Hospital de la Mujer, Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: Algunas pacientes obstétricas presentan complicaciones potencialmente mortales que requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos son las dos principales causas de ingreso. En México, las principales causas son preeclampsia, hemorragia y sepsis.
Objetivo: Identificar los principales motivos de ingreso a la UCI obstétrica de un centro de atención terciaria en Sinaloa, México, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 83 registros de pacientes ingresadas en la UCI del Hospital de la Mujer de Sinaloa en 2023.
Resultado: La edad media fue de 24 ± 7.25 años. El 65% de los embarazos había sido interrumpido por parto y el 72.2% por cesárea. El 27.7% de los casos no había recibido atención prenatal. La estancia media en la UCI fue de 3.1 días.
Conclusión: Las principales causas de ingreso en la UCI de nuestro hospital fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y sus complicaciones, seguidas de la hemorragia obstétrica. La formación continua en estos temas es clave para reducir la mortalidad materna.

269. Síndrome de Weil en el embarazo

Adán Morales Flores, Angel Avila Cervantes, Miltzi Rivera Beltrán, José Luis Rodríguez Chávez, Laura Victoria Monosalva Angelats
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La leptospirosis es una enfermedad zoonótica. En el embarazo, es poco frecuente pero de gran importancia debido a su presentación inespecífica y al riesgo de complicaciones maternas y fetales, con una mortalidad de hasta el 40%. Su diagnóstico representa un desafío clínico.
Caso clínico: Paciente de 19 años, primigesta, procedente de zona rural, acude en la semana 17.3 por dolor abdominal, vómito, fiebre y mialgias. A su ingreso presenta hipotensión, taquicardia, ictericia y desaturación.
Conclusión: La leptospirosis en el embarazo es poco frecuente, pero con consecuencias maternas y fetales graves. Aunque poco común, la leptospirosis en el embarazo debe sospecharse ante cuadros febriles con ictericia en áreas endémicas. El diagnóstico temprano y el inicio oportuno de antibióticos son fundamentales para reducir complicaciones.

270. Cesárea perimortem

Adan Morales Flores, Miltzi Rivera Beltrán, José Luis Rodríguez Chávez, María Carolina Becerra Iñiguez, Iván Morales Flores
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La cesárea perimortem es un procedimiento de emergencia indicado en mujeres embarazadas en paro cardiorrespiratorio, cuyo objetivo es aliviar la compresión aortocava y mejorar la supervivencia materno-fetal. Su incidencia es baja (1/30,000 embarazos) y la tasa de supervivencia reportada es del 6.9%.
Caso clínico: Paciente de 28 años, con antecedente de dos embarazos y un parto, con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional en descontrol, acude por dificultad respiratoria y náuseas. Se activa código mater. La paciente presenta paro cardiorrespiratorio y se inicia reanimación.
Conclusión: La cesárea perimortem tiene escasa experiencia en la literatura. Si bien los resultados para el binomio varían, una intervención oportuna puede mejorar la supervivencia. La decisión

de iniciarla está influenciada por la causa del paro, la edad gestacional y los recursos disponibles. La cesárea perimortem es un procedimiento de emergencia vital para la supervivencia de la madre y el feto en situaciones de paro cardíaco materno, que debe ser realizado rápidamente y por personal entrenado siguiendo los lineamientos establecidos.

271. Rabdomiólisis inducida por misoprostol

Adán Morales Flores, Miltzi Rivera Beltrán, Rocio G, Sandoval Martínez, María Carolina Becerra Iñiguez, Leslie Michelle Ruiz Cázares
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Antecedentes: La hemorragia posparto es responsable del 20.4% de las muertes maternas en México. El uso de misoprostol es una herramienta eficaz para su tratamiento, aunque puede generar efectos adversos. La rabdomiólisis es una complicación extremadamente rara y potencialmente letal, con menos de cinco casos reportados.
Caso clínico: Paciente de 25 años, con un embarazo y parto en el puerperio inmediato complicado por hemorragia obstétrica, manejada con oxitocina, carbetocina, ergonovina, dos dosis de misoprostol sublingual y balón de Bakri.
Conclusión: El misoprostol se asocia con efectos adversos como escalofríos y fiebre. La mayoría de los casos cursan con fiebre leve y autolimitada, aunque episodios de hiperpirexia mayor de 40 °C pueden presentarse de manera infrecuente. La detección temprana y el tratamiento oportuno con reposición hídrica y monitoreo electrolítico permiten la recuperación y disminuyen el riesgo de complicaciones sistémicas. Este caso resalta la importancia de vigilar las posibles complicaciones relacionadas al uso de misoprostol.

272. Preeclampsia severa-eclampsia

Dayana Fernanda Espinoza Montes, Miguel Ángel Bonaparte Pimentel, María Fernanda Huerta Pérez, Verónica Denise de Alba Hernández, José Luis Rodríguez Chávez
Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco.

Caso clínico: Paciente de 33 años, con cesárea a las 38.5 semanas. En el puerperio mediato presentó cefalea postural, que evolucionó a cifras tensionales elevadas, diagnosticándose preeclampsia severa de inicio tardío. Al tercer día, presentó una convulsión tónico-clónica, con hallazgo en TAC de hemorragia subaracnoidea. Fue manejada con sulfato de magnesio y levetiracetam, con evolución favorable. La evolución clínica de la paciente fue de cefalea, hipertensión, convulsión y HSA plantea un escenario clínico complejo. La bibliografía actual ofrece contrastes en relación a casos conocidos.
Conclusión: La preeclampsia-eclampsia en su forma tardía es una entidad de alto riesgo que exige un umbral bajo de sospecha ante la aparición de síntomas neurológicos, particularmente cefalea persistente, alteraciones visuales o cualquier evento convulsivo.

273. Acretismo placentario

Mariana Machado Bodarth, Daniel Zúñiga Fajardo, Sergio Esteban Beltran Urias, Paul González Quintero, Roberto Colin Peraza
Hospital de la Mujer Culiacán, Sinaloa.

Antecedentes: El espectro de acretismo placentario se caracteriza por una adhesión anormal de la placenta al miometrio. Se asocia con considerable morbilidad materna. La insuficiencia placentaria es una falla en la remodelación vascular que provoca placentación deficiente, resultando en hipoxemia fetal.
Objetivo: Resaltar los mecanismos fisiopatológicos implicados y su impacto en el desenlace neonatal adverso, con el fin de contribuir al reconocimiento temprano y la prevención de complicaciones materno-fetales.
Materiales y métodos: Revisión de la bibliografía y análisis fisiopatológico.
Resultado: La identificación temprana de esta combinación es un reto, ya que el diagnóstico

prenatal suele centrarse en la invasión placentaria. Diversos estudios han señalado que los factores de riesgo compartidos, como la multiparidad y las cesáreas previas, pueden explicar la asociación entre ambas entidades.
Conclusión: El acretismo placentario puede coexistir con insuficiencia útero-placentaria, aumentando el riesgo de desenlaces neonatales adversos. La detección temprana y la vigilancia multidisciplinaria son clave para reducir complicaciones. La documentación de casos como este contribuye a la evidencia clínica y a la concientización sobre el tratamiento integral en embarazos de alto riesgo.

275. Embarazo en estado vegetativo

Maleni Martínez Rodríguez, Tania Lizbeth Avendaño García, Carlos Augusto Gutiérrez Santiago
Hospital General zona Norte Bicentenario de la Independencia, Puebla.

Caso clínico: Paciente de 20 años, primigesta, con embarazo de 18 semanas, con un traumatismo craneoencefálico grave que la deja en estado vegetativo persistente. El tratamiento incluyó la participación de un neurólogo, un neurocirujano, un intensivista, un obstetra, un médico materno fetal y un neonatólogo. El soporte hemodinámico fue fundamental para mantener una adecuada perfusión uteroplacentaria. Previa valoración de equipo multidisciplinario, se procedió a la cesárea programada a las 34.4 semanas, obteniendo un recién nacido femenino de 2150 g, con buena evolución del puerperio. El recién nacido presentó síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal, con estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
Conclusión: La bibliografía acerca del embarazo en estado vegetativo persistente es escasa y antigua. No se cuenta con protocolos para su tratamiento multidisciplinario, por ser casos especiales.

276. Eclampsia y hemorragia cerebral

Juan Antonio Soria López, Ricardo Jose Garces Cañizalez, Clara Del Carmen Flores Acosta, Lilia Cano Hinojosa, Viviane Borrayo Garza
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Antecedentes: La eclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo y conlleva una alta morbimortalidad. Se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas en mujeres con un trastorno hipertensivo del embarazo.
Caso clínico: Paciente de 17 años, con dos embarazos previos, y el actual en las 34 semanas, atendida por eclampsia, con múltiples crisis convulsivas, hipertensión severa y síndrome de HELLP. Se inició tratamiento con sulfato de magnesio y se decidió interrupción del embarazo vía cesárea por estado crítico materno.
Resultado: La eclampsia puede evolucionar a complicaciones neurológicas severas como edema cerebral, hemorragia intracerebral y síndrome de encefalopatía posterior reversible. La eclampsia y el síndrome de HELLP representan entidades graves. Aunque el parto es la medida definitiva, este no siempre garantiza una recuperación inmediata y sin secuelas.
Conclusión: El tratamiento exitoso de esta entidad requiere de una estrategia multidisciplinaria, combinando terapéutica obstétrica, neurológica e intensivista para optimizar los resultados maternos y fetales.