



# Mi Universidad

**NOMBRE DEL ALUMNO: MERARI ABIGAIL SANCHEZ ALFARO**

**NOMBRE DE LA MATERIA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**NOMBRE DEL PROFESOR: JOSE FRANCISCO VAZQUEZ VAZQUEZ**

**NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERIA**

**CUATRIMESTRE: 5**

**FECHA DE ENTREGA:13-FEBRERO-2024**

## Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional incluye un espectro de trastornos proliferativos que abarcan desde molas hidatiformes no neoplásicas hasta trastornos neoplásicos malignos. Estos trastornos se originan en la capa trofoblástica del embrión, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion.

La enfermedad trofoblástica gestacional puede ocurrir durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico. El riesgo aumenta en los embarazos en los extremos de la vida reproductiva, especialmente después de los 45 años. Durante un embarazo, la enfermedad suele provocar aborto espontáneo, eclampsia o muerte fetal.

La enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica en molas hidatiformes o neoplasias trofoblásticas gestacionales:

- 
- Las molas hidatiformes son tumores placentarios benignos con potencial maligno. Consisten en proliferaciones de trofoblastos vellosos. Se clasifican además como molas completas o parciales.
- 
- Las neoplasias trofoblásticas gestacionales son tumores malignos de la placenta. Estos tumores incluyen neoplasia trofoblástica gestacional posmolar (neoplasia trofoblástica gestacional que se desarrolla después de un embarazo molar), tumor trofoblástico del sitio placentario, tumor trofoblástico epitelióide, coriocarcinoma y mola invasora.

**infecciones  
urinarias en el  
embarazo**

Las infecciones de vías urinarias (bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda), se consideran las complicaciones de mayor frecuencia durante la gestación secundario a cambios anatómicos y fisiológicos que facilitan su presentación y aumentan la morbimortalidad materno-fetal. Por lo que esta revisión tiene como objetivo, la importancia de establecer la prevención, el cuadro clínico, los uropatógenos, junto a la detección y tratamiento temprano de forma más adecuada para evitar complicaciones materno-fetales que pueden evolucionar inadecuadamente.

**Tratamiento:**

El tratamiento de la infección urinaria sintomática no cambia por el embarazo, excepto que deben evitarse los fármacos que pueden dañar al feto (véase tabla Algunos fármacos con efectos adversos durante el embarazo). Como la bacteriuria asintomática puede producir una pielonefritis, debe tratarse con antibióticos como si fuera una infección urinaria. La selección del antibacteriano se basa en la susceptibilidad individual y local y los patrones de resistencia, pero una buena elección inicial empírica incluye:

- Cefalexina
- Nitrofurantoína
- Trimetoprima/sulfametoxazol

# Amenaza de parto prematuro.

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical  $\geq$  a 2 cm y borramiento  $\geq$ 80%.

La prevalencia del parto pretérmino es del 7-10%. Supone un 65% de muertes perinatales y la principal causa de morbilidad neonatal.

## Causas y factores de riesgo:

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo.

## Evaluación clínica:

- Quando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros:
- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal...
  - Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
  - Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
  - Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
  - Exploración genital con la finalidad de realizar:
    - Especulospia para ver las condiciones del cuello uterino, el estado de las membranas amnióticas y la presencia de hemorragia genital.
    - Recogida de cultivo vagino-rectal para Estreptococo grupo B (EGB) y otros frotis y cultivos si fueran necesarios.
  - Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal y volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
  - Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.
  - Valorar realizar urocultivo previo a tratamiento con antibióticos si se decide ingreso de la paciente.

## Rotura prematura de membranas

la rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. La prevalencia en gestaciones menores de 37 semanas es del 1-4 %.

### Evaluación clínica inicial:

- Confirmar la RPM con las pautas mencionadas anteriormente: anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.
- Valoración del riesgo de inmadurez fetal. Es importante establecer con exactitud la edad gestacional.
- Las pacientes con feto viable y RPM deben hospitalizarse hasta el parto.
- Al ingreso es necesario hacer:
  - Control de temperatura y pulso cada 6 horas y de tensión arterial cada 8 horas.
  - Comprobar bienestar fetal y existencia de actividad uterina mediante cardiotocografía.
  - Valorar el riesgo de infección mediante una analítica de sangre con hemograma con recuento de serie blanca y roja y determinación de proteína C reactiva. Se realizarán tomas para cultivo vagino-rectal para EGB y urocultivo. Se pueden realizar también cultivos para chlamydias y gonococo del exudado endocervical.
  - Valorar amniocentesis si existen dudas sobre la madurez pulmonar o infección amniótica.
- Si se evidencia corioamnionitis clínica, *abruptio placenta* o compromiso fetal se debe finalizar la gestación de manera inmediata.

### Tratamiento

- Reposo en cama.
- Tratamiento antibiótico<sup>8</sup>. La profilaxis antibiótica ha demostrado retrasar el parto, disminuir el número de infecciones maternas, infecciones neonatales, distrés respiratorio, secuelas neurológicas mayores y la mortalidad antenatal y neonatal. Por todas estas razones se recomienda su uso profiláctico en el tratamiento expectante en la RPM pretérmino. Respecto al tipo de antibiótico a utilizar existen diferentes pautas propuestas y combinaciones:
  - Ampicilina 2 g iv/6h + Eritromicina 250 mg iv/6h durante 48 horas, seguido de amoxicilina 500 mg vo/8h + Eritromicina 250 mg vo/6h durante 5 días.
  - Eritromicina 250 mg vo/6h durante 10 días.
  - Eritromicina 250 mg iv/6h durante 24 horas, seguido de eritromicina 500 mg vo/6h hasta una semana.
  - Ampicilina 1g iv/6h durante 24 horas, seguido de amoxicilina 500 mg vo/8h hasta una semana o hasta recibir el resultado negativo del cultivo vagino-rectal y de líquido amniótico.

**MÉTODOS DE  
PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR:  
MÉTODOS  
TEMPORALES Y  
DEFINITIVOS**

Son aquellos métodos que tienen un efecto pasajero es decir que cuando se suspende el método la persona recobra su fertilidad y puede nuevamente quedar embarazada entre estos métodos están:

- **Métodos naturales.**
- **Métodos de barrera**
- **Dispositivos intrauterinos**
- **Endoceptivos**
- **Métodos hormonales**

Son aquellos métodos en los que no es posible quedar nuevamente embarazada a menos que se hagan nuevos procedimientos. Tenemos entonces:

- **Ligadura de trompas o Pomeroy en la mujer**
- **Vasectomía en el hombre**