

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana

MATERIA:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DEL TRABAJO:
"Reforzamiento de patología obstétrica"

ALUMNA:
Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"
GRADO: "6"

PASIÓN POR EDUCAR
DOCENTE:
Dr. Roberto Ruiz

ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL

Definición

Placentas inmaduras excesivamente edematosas.

ETG comprende

Mola Completa:

- Ausencia de tejido embrionario o fetal.
- Hiperplasia trofoblástica difusa.

Mola Parcial:

- Presencia de tejido embrionario o fetal.
- Hiperplasia trofoblástica focal.

↳ Benignas

↳ NTG incluye

Mola invasora? (Coriocarcinoma destructivo)
(Tumor del lecho placentario)

- Lesión localmente invasora al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.
- Rara metástasis a distancia

Coriocarcinoma:

◦ Tumor del epitelio trofoblástico, compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y cel gigantes multinucleadas, invade y da metástasis a sitios distales.

Tumor del sitio placentario

◦ se origina en el sitio de implantación de la placenta, secreción de lactogéno placentario y pequeñas cantidades de fracción B de HCG.

↳ Malignas

Epidemiología

México 2.4 / 1000 embarazos

Factores de riesgo ETG

- Mola previa 80%.
- Aborto previo 25%.
- Embarazo ectópico previo 05%.
- Embarazo previo de término 20%.

↳ NTG

- Mujeres > 40-50 años 40-50%.

Patogénesis

◦ mola completa → cariotipo 46 XX

◦ mola incompleta → cariotipo 69 XX

Cuadro Clínico (ter trimestre)

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino mayor al esperado
- Ausencia de FC fetal
- Presencia de quistes tercoaterínicos
- Hiperemesis gravídica
- Hipertensión gestacional en primeros 20sog
- Niveles ↑ de hormona HgC

Diagnóstico

▶ USG endocavitario
"aparición de tormento de nieve"

▶ Cariotipo fetal

▶ Histopatológica → DEFINITIVO

↳ Gabinete

↳ Bioquímicos?

- Bh con diferencial y cuenta plaquetaria
- Tiempos de coagulación
- Prueba de funcionamiento renal y hepático → metástasis
- Grupo y Rh
- Niveles de hCG
- Tele de torax
- USG obstétrico

Tratamiento

AMEO ó histerectomía en bloque.

↳ No realizar inducción de trabajo de parto

Post-evacuación

- ▶ Exploración ginecológica en cada consulta
- ▶ Cuantificación de hCG semanal hasta ⊖ y posteriormente mensual hasta los 6 meses
- ▶ Tele de torax para búsqueda de metástasis.
- Anticoncepción por 6-12 meses → Orais
- Si después de la 7-8 mes se ↑ hCG
⇒ mola persistente

PLACENTA PREVIA Y DESPAGNDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCLERATA

Definición

- ▶ Presencia del borde placentario sobre el orificio cervical interno.
- ▶ Inserción baja: Borde inferior se encuentra a menos de 20 mm del orificio cervical interno, sin obstrucción.
- ↳ Normal: Borde en una de los 20 mm del orificio.

Epidemiología

Sangrado asociado a causa 2.3% de mortalidad perinatal.

Factores de Riesgo

- Multiparidad
- Edad materna avanzada
- Tabaquismo
- Uso de cocaína
- Embarazo múltiple
- Placenta previa
- Cesárea o miomelectomía
- Antecedentes de reproducción asistida

Patogénesis

Asociado a daño endometrial y alteraciones durante la acatización uterina

Cuadro Clínico

- * Sangrado transvaginal obscuro
- * Sin presencia de dolor
- * Alteraciones súbitas en FC fetal

Diagnóstico

- USG → confirmación
- Especuloscopia → sangrado
- Tacto vaginal
- USG endovagina o abdominal
- ↳ Confirmación a partir 32 s06

Tratamiento

- 1- Prevenir y tratar anemia durante etapa prenatal
- 2- Administración de esquema de corticosteroides para maduración pulmonar
- 3- Programar el nacimiento entre la semana 34-36
- 4- Cesárea
- 5- En caso de hemorragia: balones intrauterinos o técnicas quirúrgicas conservadoras

Definición

- Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido transvaginal que se presenta antes del inicio de trabajo de parto
- ▶ A término: > 37 s06
 - ▶ Pre término: < 37 s06

Epidemiología

3-15% de los embarazos

Factores de Riesgo

- Infecciones del tracto reproductivo
- Abuso de sustancias, tabaquismo
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Hemorragias y trauma durante el embarazo
- Deficit cobrico, ácido ascórbico, Vit. C y Zn

Patogénesis

Debilitación al amnios y corion por infección focal e inflamación

Cuadro clínico

Salida de líquido amniótico

Diagnóstico

- EGO, urocultivo y cultivo de secreción vaginal (infección)
- Especuloscopia
- Maniobra de Valsalva y Tarnier (salida de liq. amniótico)
- Prueba de nitrazina y cristalografía
- Fibrinólisis fetal
- Prueba de la plama
- Amniocentesis

Tratamiento

- 1- Suspender consumo de tabaco
- 2- Evitar relaciones sexuales en los últimos 2 meses
- 3- Manejo conservador hasta las 33 semanas
- 4- Inducción del parto en semana 34 o más \checkmark exitosa
- 5- Antibioterapia
- 6- Administración de corticosteroides prenatales (dexametasona o betametasona)

INFECCION DE VIAS URINARIAS Y EMBARAZO

Definición

- ▶ IVU: existencia de MO patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas
- Clasificación: alta o baja, aguda o crónica, no complicada/complicada, asintomática/sintomática, nueva o recurrente, Comunitaria o nosocomial

Epidemiología

Complicación más frecuente en el embarazo
2% de los embarazos

Factores de Riesgo

- Edad avanzada
- Nivel socioeconómico bajo
- Múltiparos
- Infecciones urinarias previas
- Úteru corto
- Relaciones sexuales frecuentes
- Uso de espermicidas

Patogénesis

Durante el embarazo, el 90% de las mujeres desarrollan dilatación del sistema colector (uréteres y pelvis renal) y disminución del peristaltismo de uréteres y vejiga

↳ Facilita la colonización bacteriana debido a la estasis urinaria

↳ Agentes: 1. Escherichia coli

Diagnóstico

- Tamizaje para bacteriuria
 - ↳ EGO entre las 12-16 SDC
- Bh completa
- Grupo Rh
- Glucosa
- Creatinina
- Ácido úrico
- Urocultivo (selección)

Tratamiento

- 1- Evitar contacto c/múltiples parejas sexuales
- 2- Uso de preservativo
- 3- Evitar lavados vaginales
- 4- Vaciamiento completo de vejiga frecuente y después de tener relaciones
- 5- aseo genital adecuado y ropa interior de algodón.
- 6- Consumo de líquidos abundante ≥ 2000 ml
- 7- Antibioterapia de 4-7 días
Al comienzo del 2do trimestre (12-16 SDC)
- 8- Amoxicilina 500 mg c/6 horas por 4-7 días

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Definición

Presencia de contracciones uterinas (>4 en 20 minutos ó >8 en una hora) y cambios cervicales (<20mm ó fibronectina fetal ⊕ asociado a longitud cervical entre 20-29mm)

↓
De acuerdo a la edad gestacional

- ▶ Parto pretérmino muy temprano: nacimiento entre 20-23.6 SOG
- ▶ Pretérmino temprano: 24-33.6 SOG
- ▶ Pretérmino tardío: 34-36.6

↓
De acuerdo a su causa:

- ▶ Pretérmino espontáneo
- ▶ Pretérmino iatrogénico

Epidemiología

70% de mortalidad perinatal a nivel mundial

Factores de Riesgo

- Infección de las vías urinarias
- Hábitos maternos: tabaquismo
- Parto pretérmino previo
- Nivel socioeconómico
- Embarazadas con bajo peso
- Embarazadas con sobrepeso/obesidad
- Enfermedad periodontal
- Período intergenésico ≤ 18 meses

Patogénesis

Maduración temprana del cuello uterino

Cuadro clínico

- Contracciones nuevas e irregulares
- Dolor de espalda baja
- Sensación de presión en vagina
- Secreción vaginal de mucosidad, clara, rosada o con sangre (tapon mucoso)
- Ruptura prematura de membranas

Diagnóstico

Presencia de contracciones con frecuencia de 2 en 10 min o 4 en 20 min u 8 en 60 min. más; Dilatación ≥ 3cm, borramiento ≥ 50%.

- Ecografía transvaginal → predictivo
 - < 15mm a las 14-15 SOG
 - < 25m a las 22-24 SOG

↳ Medición de longitud cervical

- Fibronectina fetal > 22 SOG
- Examen con espéculo húmedo no lubricado

Tratamiento

- Índice tocolítico de Gruber-Baumgartner
- Administración de progesterona micronizada no tóxico vaginal
- Terapia tocolítica β-miméticos
 - Tx < 48 hrs
 - Sulfato de magnesio
 - Bloqueadores de canal de calcio (Nifedipino)
 - Nitatos
- ▶ Bloqueadores del receptor de oxitocina
 - Atosiban IV
 - Indometacina oral 50mg en < 32 SOG

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Definición

- ▶ Cifras tensionales $\geq 140/90$ mmHg, después de los 20 SOG, en paciente previamente normotensa, sin proteinuria.
- ▶ Pre-eclampsia: $\geq 140/90$ mmHg, proteinuria > 300 mg/24 hrs, creatinina sérica > 30 mg/mmol, > 20 SOG o hasta 2 semanas postparto.
- ▶ Eclampsia: Complicación severa frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos

Epidemiología

Trastorno más común en el embarazo. 5-10% incidencia
Complica 1 de cada 10 gestas.

Factores de riesgo

- > 35 edad materna
- Paridad
- Raza
- Antecedentes familiares de pre-eclampsia
- Técnica de reproducción asistida
- Índice de masa corporal
- DBT
- HTA crónica
- Insuficiencia renal crónica
- Trastornos inmunológicos (LES)
- Trombopáticos

Patogénesis

- ▶ Pre-eclampsia temprana: mediada por factores placentarios
- ▶ Pre-eclampsia tardía: Se asocia a factores maternos: Obesidad

Cuadro clínico

- ± Dolor de cabeza severo
- ✱ Problemas de la visión
- ✱ Dolor severo debajo de las costillas

Diagnóstico

EGO

- Toma de PA $\geq 140/90$ mmHg
- Cuantificación de proteínas:
 - Tira reactiva $> 1+$
 - En orina de 24 hrs > 300 mg
 - Índice proteína:creatinina > 0.28
- Pruebas de función renal y hepática
- Medición de ácido úrico \rightarrow gravedad

USG fetal

Tratamiento

- Profilaxis con AAS a dosis bajas 80 / 150 mg/día
 - ↳ < 16 SOG > 12 SOG
- En persistencia de PA $> 140/90$ mmHg
 - ↳ Metildopa (elección)
 - ↳ Bloqueadores del canal de calcio
 - ↳ Hidralazina (2do)

DIABETES GESTACIONAL

Definición

- ▶ Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste.
- ▶ Preexistente o pregestacional:
Pacientes con DM tipo 1 ó 2 que se embarazaron o se diagnostican durante el 1er trimestre.

Epidemiología

México prevalencia de 8.7-17.7%.
Mujer Mexicana pertenece a un grupo étnico de alto riesgo

Factores de Riesgo

- Edad materna > 30 años
- Historia previa de DMG
- Historia familiar de DBT
- IMC > 30
- Historia de abortos o muerte fetal in útero de causa inexplicable
- Dx previo de síndrome de ovario poliquístico
- Antecedente de productos macrosómicos (24kg al nacer)

Patogénesis

Estado de resistencia a la insulina periférica inducida por el embarazo

↳ ↑ hormonas diabéticas

Cuadro clínico

- Hipoglucemia postprandial
visión borrosa
fatiga
- Hipoglucemia en ayunos

Diagnóstico

- ▶ Recomendable realizar glucosa plasmática en ayuno en la 1era visita prenatal o ≤ 13.506 y después entre la semana 24-28
- ▶ Criterios de DMG en un paso
- ▶ Criterios de DMG en 2 pasos
- ▶ Dx de DM pregestacional ≤ 13.506 con el criterio estándar de la población general

Tratamiento

- ▶ Terapia médica nutricional
 - ↳ control glucémico
- ▶ Ejercicio 30 min. (aeróbico)
- ▶ Tx. farmacológico cuando no se logran los cifras meta ($\leq 95\text{mg/dl}$ en ayuno y 120mg/dl 2 horas postprandial) en 2 semanas
 - ↳ Metformina
 - ↳ No suspende si ya la toma o si toma otros hipoglucemiantes cambiar a metformina
- ▶ Insulina de acción intermedia (NPH) única aprobada en terapia basal, estándar en embarazadas

BIBLIOGRAFIA

Guiaspracticaclinica- GOB. (s. f.). https://www.imss.gob.mx/guias_practicaclinica?field_categoria_gs_value=All