



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana



Angelica Gonzalez Cantinca
Grupo B
Sexto semestre
Ginecología y Obstetricia
Dr. Roberto Ruiz

Enfermedad Trofoblástica gestacional

Conjunto de enfermedades interrelacionadas y cuyas características comunes incluyen hiperplasia del trofoblasto y un marcado aumento de β -HCG.

CLASIFICACIÓN

Corionoma

Tumor maligno del epitelio trofoblástico

Mola completa

Ausencia de tejido embrionario o fetal.

Tumor del sitio placentario

Tumor extremadamente raro.

Mola parcial

Presencia de tejido embrionario o fetal

EPIDEMIOLOGÍA

México 2.4 por cada 1000 embarazos

FACTORES DE RIESGO

- Mola previa
- Aborto previo
- Embarazo ectópico previo
- Embarazo a término previo
- Edad materna $<16, >40$
- Tumor.

CLÍNICA

- Hemorragia indolora
- Útero de mayor tamaño
- Pre-eclampsia
- Clínica de hipertirocismo
- Dificultad respiratoria.
- Hiperemesis gravídica

DIAGNÓSTICO

Histopatológico.
Elevación de β -HCG $>100,000$ U.
Ecográfico
Bioquímica completa (función hepática, tiroides y renal)
Rx de tórax

TRATAMIENTO

AMEU
Monitorización de β -HCG

PATOGENIA

Mola completa

- Fecundación de un óvulo por 2 espermatozoides por un espermatozoide por un espermatozoide 23 X, que duplica sus cromosomas 46 XX

Mola parcial.

- Fecundación de un óvulo normal por 2 espermatozoides o por uno anormal con dotación aneuploide. 69XXX, 69XXY, 69XXYY

COMPLICACIONES

Aborto espontáneo
Eclampsia
Muerte fetal

CONTRAINDICACION

No realizar inducción de trabajo de aborto.

Placenta Previa y Desprendimiento prematuro de Placenta ~~normal~~ *normal*

ETIOLOGIA

Asociación entre el daño endometrial y alteraciones durante la implantación uterino o durante el corte de las paredes del útero como en la cesaria o miomectomía.

PLACENTA PREVIA

Inserción bajo de placenta cuando el borde inferior de la placenta se encuentra a menos de 20 mm del orificio cervical interno.

CLASIFICACION

Oclusivas

Total

Parcial

Marginal

Lateral

No oclusivas

DIAGNOSTICO

Ultrasonido abdominal
No realizar tacto vaginal

COMPLICACIONES

Muerte fetal

TRATAMIENTO

Gesario
Feto inmaduro: expectante, considerar tocólisis y esquema de madurez pulmonar

EPIDEMIOLOGIA

2-3% de la mortalidad perinatal.

CUANDO CLINICO

Hemorragia episódica, progresiva, roja brillante, abundante, maloliente.

FACTORES DE RIESGO

Multiparidad
Edad de la madre >35
Hipertensión ent. renales
Toxemia
Traumatismo, amniocentesis

Tobaco y alcohol
Antecedente aborto
Gestación múltiple
Cicatrices
Deficit ácido fólico
Patología uterina

DP-PAI

Separación total o parcial de una placenta normalmente inserta en la pared uterina.

CLINICA

Desprendimiento leve o incipiente (<30%)
Desprendimiento moderado (30-50%)
Desprendimiento masivo (>50%)

DIAGNOSTICO

Clinica y ecografía

EPIDEMIOLOGIA

2da causa de hemorragia en la 2da mitad
Incidencia de 1 de 120 partos

TRATAMIENTO

Feto vivo: Extracción urgente
Feto muerto: Parto vaginal

COMPLICACIONES

Alteración de coagulación, Ins renal aguda, hemorragias, SA de Sheehan o necrosis hipofisaria

Infecciones del Tracto Urinario

Microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Clasificados: alto o bajo, agudo o crónico, etc.

CLASIFICACIÓN

• ITU bajo

Colonización bacteriana o nivel de uretra y vejiga

ESPECTRO

Bacteriuria asintomática

• Colonización de la orina por un germen >100,000 UFC/ml

Cistitis aguda

Infección bacteriana en vejiga

Cistouretritis aguda

• Caracterizado por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical

EPIDEMIOLOGÍA

27% de las embarazadas
Recurrencia 23% en el
embarazo o después del
nacimiento.
Patógeno causal del 70-80%
(BA) y (ITIB) • Escherichia Coli.

CUADRO CLÍNICO

Urgencia
Disuria
Polaquiuria
Turbidez
Olor fétido

FACTORES DE RIESGO

Hidroneftosis fisiológica
Uretia corto
Cambios vesicales
Estasis urinaria
Cambios fisiológicos en la orina
Relajación del músculo liso inducida por la progesterona.

COMPLICACIÓN

Parto prematuro

TAMIZAJE

EN0 entre 12 y 16 SDG
Seguimiento 18-20 y 32-34 SDG

DIAGNOSTICO

Urocultivo
>100,000 UFC/ml
pH: 5-6
Densidad 1.020 o +
Leucocitario >8 mm³
Bacteriuria: Presencia de bacterias.

TRATAMIENTO

BA → regimen de 4 a 7 días
en 12-16 SDG

EMPIRICO

Amoxicilina 500 mg c/8 hrs por 4 a 7 días
Nitrofurantoina 100 mg U.C cada 6 hrs por 4 a 7 días
Amoxicilina + nitrofurantoina por 4 a 7 días

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

CLASIFICACIÓN

Termino < 237 semanas

Pretermino < 37 semanas

TIPOS

Pre viable 423 SD6
Remota del término 24 a 32 SD6
Cercana al término 33 a 36 SD6

Patogénica
Modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas.

Epidemiología
3 al 15% de todos los nacimientos, aproximadamente del 23 al 33% los nacimientos prematuros asociados.
México se encuentra entre 10 y 20%.

Factores de riesgo

Infecciones del tracto reproductivo

Vaginitis bacteriana

Conductuales

Tobaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales.

Complicaciones obstétricas

Embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia istmica cervical, contracciones, hemorragias y trauma.

Otros

Raza negra, nivel socioeconómico bajo, cirugías cervicales previas, enfermedades colágeno, enf. sistémicas antecedente de RPPM.

Complicaciones

Prolapso o lesión del cordón umbilical
Desplazamiento placentario
Corionamnionitis
Hipertensión pulmonar, hipoplasia pulmonar, SDRA
Infección postparto
Endometritis
Muerte fetal

DIAGNÓSTICO
- Clínico
- Pruebas diagnósticas

Espectroscopia (blanco y tainer)
Problema nitroazina y cristología
Fibronectina fetal > 50 ng/ml
Oligonucleótidos
Ph vaginal (4.4 a 6.0)
Ph líquido amniótico (7.1 a 7.3)
Prueba flama
Inhibicina (17.9 ng/dl)
Lecositas (≥ 30)
Glucosa (≤ 10 mg/dl)
Glam positivos
Amniocentesis (microbiológico del líquido amniótico y carboxar la mucosidad pulmonar)
E60

TRATAMIENTO

Profilaxis antibiótica contra estreptococo del grupo B.

Penicilina sodica 1113 U/ml
Ampicilina 2g bolus IV / seguido 1g cada 24 hrs
Eritromicina 300 mg IV, cada 6 hrs durante 10 días.
Clindamicina 900 mg IV cada 8 hrs

Riesgo prematuro, para madurez pulmonar fetal.

Betomecasona 12 mg IM cada 24 hrs 2 dosis
Dexametasona 6 mg IM cada 12 hrs 4 dosis

Embarazo de Parto Pretermino

Embarazo de 20.1 - 36.6 SDG con presencia de contracciones uterinas con frecuencia de 2 en 10 min. o 4 en 20 min. y 8 en 60 min.

ACOMPANADA

- Dilatación cervical ≤ 3 cm
- Borramiento $\leq 50\%$.
- Cambios cervicales.

CLASIFICACIÓN

- Muy temprano: 20.0 - 23.6 SDG
- Temprano: 24.0 - 33.6 SDG
- Tardío: 34.0 - 36.6 SDG

EPIDEMIOLOGÍA

- 70% mortalidad perinatal a nivel mundial
- 2006 \rightarrow Prematurez mortalidad infantil 35%
Mortalidad neonatal temprana 62%.

Bajo riesgo

- Raza africana y afrocaribeña
- Peso bajo materno
- Enfermedad periodontal
- Tabaquismo
- Vaginosis bacteriana
- Sorjado transvaginal en 2do. trimestre
- Embarazo con técnica reproducción asistida

FACTORES DE RIESGO

- Miomatosis uterina submucosa
- Período intergenésico < 18 meses

PATOGENIA

- Poco conocida
- Liberación momentánea de factores mediadores de la inflamación producidas por coinfecciones crónicas.

MÁS FRECUENTE

Vaginitis bacteriana, por lo colonización de membranas por gérmenes procedentes de otro foco infeccioso

Alto riesgo

- Antecedente parto pretermino precoz
- Antecedente de 3 pérdidas
- Longitud cervical < 25 mm entre 20-24 SDG
- Longitud cervical < 15 mm entre 14-15 SDG
- Gestación múltiple
- Polihidramnios
- Antecedentes deo cervical
- Más de 2 factores de riesgo bajo.

DIAGNÓSTICO

- Valoración del cervix
- Dinámica uterino

POE

- Tacto vaginal
- Ecografía
- Determinación de fibronectina fetal

TRATAMIENTO

Desde semana 24+0 a la 34+6 de gestación

Imviente

- Antibiótico
- Profilaxis con sulfato magnesio (4-6 g u. sol. al 10-20% / 30 min)
- Nitroglicerina 10 uo 4/15 min durante 1 hora hasta contracciones máximo 40 mg
- Indometacina 25-50 mg VO 24-25 h/4 a 6 hrs por 48 hrs

CUADRO CLÍNICO

- Contracciones suaves e irregulares
- Dolor de espalda bajo
- Sensación de presión en la vagina.
- Secreción vaginal de mucosidad

CONTRAINDICACIÓN

- Trabajo de parto avanzado
- Ruptura fetal
- Mortalidad fetal
- Patología placentaria o asociada

RECURSOS

- Hemorragia aneural
- Rótura de membrana
- Crecimiento intrauterino
- Registro cardiotocografía

Estados hipertensivos del Embarazo

DEFINICIONES

Hipertensión gestacional

- Después de la semana 20, presión negativa

Pre-eclampsia

- ≥ 140/90 mmHg, proteinuria > 300 mg/24 h. creatinina sérica elevada > 30 mg/mol. Pesteante mayor a 20 sem o hasta 2 sem postparto

Pre-eclampsia con severidad

- ≥ 160 x 90 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco.

ECLAMPSIA

Complicación de la pre-eclampsia severa, acompañada de síntomas neurológicos.

Hipertensión crónica

≥ 140 x 90 mmHg antes del embarazo, antes de semana 20 de gestación hasta la semana sexto postparto

Hipertensión crónica más

Pre-eclampsia sobreagregada

Desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

EPIDEMIOLOGIA

1-5% de la población, siendo más frecuente en primiparas, multíparas y raza negra.

FACTORES DE RIESGO

- Hereditarios
- Inmunológicos
- Embarazo por concepción de óvulo
- Factores maternos:
 - edad
 - Tabaquismo
 - DM
 - Ent. renales
- gestación

PATOGENIA

Implantación placentaria inadecuada que disminuye la producción de factores citotóxicos que producen una disfunción endotelial y vasoespasmo generalizado.

CUANDO CLÍNICO

- Hipertensión > 140/90
- Proteinuria ≥ 300 mg en orina 24 hrs
- Edeema generalizados

COMPLICACIONES

- Edeema agudo de pulm.
- Sx HELLP
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura hepática

DIAGNOSTICO

Tamizaje.
Monitorización de PA
Bióquimicos de control

TRATAMIENTO

- Control terminando la gestación
- Antihipertensivos:
 - Labetalol

Diabetes Gestacional

Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de este

EPIDEMIOLOGÍA

México, prevalencia entre el 8.7 a 17.7%.
 7.7% de todos los embarazos

ETIOLOGÍA

Trastorno metabólico favorecido por el estado diabético que surge la gestación a partir de la semana 22-24.

CUANDO CLÍNICO

- Neuropatía
- Preeclampsia
- Poliuria
- Polidipsia
- Poliuria

COMPLICACIONES

- Vasculares
- Neuropatía
- Retinopatía
- vasculopatía

Factores de riesgo

- Obesidad
- Antecedentes familiares
- Aborto de repetición
- Malformaciones congénitas
- Infecciones repetidas
- Preeclampsia
- Fetos muertos
- Microsomia

TRATAMIENTO

- Autocontrol glucémico
- Dieta calculada IMC
- Insulina
- Metformina
- Determinación HbA1c
- Finalizar gestación 38 semanas

Diagnóstico

TAMIZAJE

→ 24 y 28 semanas
 curva de tolerancia de glucosa
 glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dl

UN PASO

→ C760 75 g / ayuno 8 h 15
 glucosa en ayuno: ≥ 126
 glucosa 1 h postcarga: ≥ 180
 glucosa 2 h post: ≥ 155

DOS PASO

→ 50 g de glucosa:
 Niveles plasmáticos de glucosa ≥ 140 mg/dl

glucosa con 100 g
 glucosa en ayuno: ≥ 95 mg/dl
 glucosa 1 h post: ≥ 180 mg/dl
 2 h post: ≥ 153 mg/dl
 3 h post: ≥ 140 mg/dl