



**Mi Universidad**

**Mapas conceptuales**

*Abril Amairany Ramírez Medina*

*Patologías en el embarazo*

*2do parcial*

*Ginecología y obstetricia*

*Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas*

*Medicina humana*

*6to semestre Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 02 de mayo de 2024*

# Enfermedad trofoblástica gestacional

## Cariocarcinoma

Tumor maligno del epitelio trofoblástico. Compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplástico y células gigantes multinucleadas, que invaden y puede dar metástasis a sitios distantes

## Epidemiología

Antecedentes de mola parcial o completa tienen 10 veces más riesgo de un embarazo molar subsiguiente (incidencia 1-2%)

## Estudios de dx.

BH con diferencial y coenta plaquetaria  
 Tiempos de coagulación  
 Pruebas de funcionamiento renal y hepático.  
 Grupo y BH  
 Niveles de hCG  
 Tele de tórax  
 Ultrasonido obstétrico

## Mola Completa.

Ausencia de tejido embrionario o fetal.  
 Degeneración hidrópica de vellosidades coriales.

## Factores de riesgo

Mola previa 50%, aborto previo 25%, embarazo ectópico previo 0.5%, embarazo previo de término 20%, mujeres mayores de 40 y 50 años la incidencia de NTG es de 40% y 50% respectiva.

## Tratamiento

Evaluación mediante AMEO, o histerectomía en bloque.  
 Monitorizar con hCG seriada en sangre  
 Quimioterapia profiláctica pos evaluación de RH

## Mola invasiva.

Lesión localmente invasora, rara vez da metástasis a distancia.

## Cuadro clínico

1er trimestre: hemorragia uterina anormal, crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, presencia de quistes decidual uterinos, hipertensión gravídica, hipertensión crónica en los tras sos, niveles elevados de hormona HCG

## Tratamiento.

Quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única. (1.25mg/m<sup>2</sup>)  
 Combinación de fármacos quimioterápicos: EMA/CO, MAC O EMA-CE, CHAMOXA O CHAMOXA  
 Metotrexato 1gr por m<sup>2</sup>

## Mola parcial

presencia de tejido embrionario o fetal.  
 triplosía trofoblástica fetal.

## Tumor del sitio placentario.

Tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta.

## Estudios de dx.

Ultrasonografía  
 Niveles de Hcg  
 Dx definitivo histopatológico.

Ginecología

Abril

D 02 M 05 A 24

Scribe

F



# Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normal/corta.

## Placenta previa

Cuando la placenta se coloca en un lugar que causa obstrucción parcial o total del cuello uterino.

### Signos y síntomas/acompañar

Sangrado vaginal repentino e indoloro, abundante, puede ocasionar shock.

Puede haber contracciones uterinas con el sangrado. Los síntomas suelen comenzar después de las 20 SGA.

### Desprendimiento placentario.

Separación prematura de la placenta del útero

### signos

Hemorragia, dolor, dolor lumbar, sensibilidad vaginal, contracciones uterinas, una fosa cava.

### Factores de riesgo D.O.

Múltiple, embarazo múltiple, anomalías y tumores del útero, legrado uterino

### Factores de riesgo.

Cesárea previa, múltiples embarazos anteriores, embarazo de gemelos, episodio de placenta previa en un embarazo anterior, edad materna temprana o tardía, reproducción asistida, antecedentes de aborto, tabaquismo.

### Diagnóstico

• Ecografía transvaginal

### Rotura uterina

Desgarro del útero que se produce al final del embarazo o durante el parto.

### Factores de riesgo.

Edad materna avanzada o temprana, hipertensión, vasculitis, antecedentes de desprendimiento de placenta, traumatismo abdominal, tabaquismo, rotura prematura de membranas (polihidramnios).

### Tipos.

- Placenta de inserción baja: Se encuentra en el segmento inferior del útero, no alcanza la abertura del cuello uterino.
- Placenta previa marginal: Esta al lado del cuello uterino pero no cubre la abertura.
- Placenta previa parcial: Cubre parte de la abertura cervical.
- Placenta previa total: Cubre toda la abertura cervical.

### Tratamiento.

Hospitalización, reposo, interrupción de la actividad sexual, esquema de moderación palmarar. (24-34 SGA).

### Diagnóstico

Ecografía

### Rotura uterina causas.

Sobrealistensión uterina, versión fetal externa o interna, perforación iatrogénica, uso excesivo de uterotónicos.

### Tratamiento

Cesárea urgente (corticoides (<34 SGA) o corticosteroides, reposo.

### Signos y síntomas

Batido cardíaco fetal, hipotensión fetal, pérdida de la estación fetal.

02 05 24

scriba



## Amenaza de parto prematuro.

### Parto pretérmino

Tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 SDG

### Signos y síntomas

Contracciones uterinas (110 min, 4/20 min o 6/60 min o más). Dilatación cervical igual o mayor de 2 cm. Borramiento cervical  $\geq 80\%$ .

### Epidemiología

Se calcula que nacen en el mundo anualmente 13 millones de niños antes del término.

### Estudios dx.

Ultrasonografía de longitud cervical y prueba fibronectina fetal, medición de la longitud cervical, amniocentesis.

### Clasificación

Según su evolución (Clínica: pretérmino  $< 32$  semanas, pretérmino  $\geq 32$  semanas. Embarazos  $< 32$  semanas. Extremos: 20 a 27 semanas y moderados: 28 a 32s.

### Tratamiento.

Indometacina 100mg rectal D. 1. 25-50 mg VO OVB cada 4-6 hrs / 48 hrs. Terbutalina 0.25 mg subcutánea cada 20 min a 3 hrs. 2 dosis de 16 mg de betametasona IM 12-24 hrs de intervalo. Atosiban bolo inicial de 6.7 mg, seguido de 300 mcg por min por 3 hrs, luego 100 mcg por min a completar 48 hrs.

### Factores de riesgo

Antecedentes de partos pretérminos anteriores, antecedentes de aborto terdido (ITS), antecedentes de fetos muertos, antecedentes de ruptura prematura de membrana.



## Rotura prematura de membranas

### Definición

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

### Tratamiento

Penicilina 5 millones de unidades en bolo intravenoso, seguido de 2.5 millones de unidades cada 24 hrs. Ampicilina 2gr en bolo intravenoso, seguido de 1gr por cada 4 hrs. Clindamicina 500 mg IV cada 6 hrs. Clindamicina 900 mg IV cada 8 hrs. Cefazolina 2gr en bolo IV, seguido de 1gr cada 8 hrs.

### Epidemiología

La prevalencia es de aprox. 8% de todos los embarazos.

### Factores de riesgo

Infecciones del tracto reproductivo materno, conductuales, complicaciones obstétricas.

### Estudios de dx

Especuloscopia con visualización de la salida de líquido amniótico (manobra de Valsalva y Tanier) Prueba de nitrazina y la cristalografía

02 05 24

Scribe



## Estados hipertensivos del embarazo.

### Definición

Tensión arterial  $\geq 140$  mmHg de sistólica y/o 90 mmHg de diastólica. En dos tomas separadas por lo menos 6 hrs en el transcurso de 1 sem.  $< 20$  sog.

### Signos y síntomas

Pre-eclampsia con datos de severidad: cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, papiledema  
Eclampsia: convulsiones, hiperreflexia, cefalea, alteraciones (fotopsias, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmo retinal), EVC, edema pulmonar, abrupción placentar.

### Clasificación

Hipertensión gestacional, preeclampsia, preeclampsia leve, preeclampsia grave, hipertensión crónica, preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica, eclampsia, síndrome de HELLP.

### Estudios de diagnóstico

Pruebas para la medición de proteinuria  
Evaluación de la función renal  
Electrocardiografía  
Evaluación oftálmica

### Epidemiología

Prevalencia entre el 6% y el 17% en nulíparas y entre el 21% y el 41% en mujeres multíparas.  
La incidencia es de 47.3 por cada 1000 nacimientos.

### Tratamiento

Metildopa  
Bloqueadores de canales de calcio

### Factores de riesgo

Edad materna  
Paridad  
Raza  
Historia familiar de preeclampsia  
Reproducción asistida



# Infección del tracto urinario durante el embarazo

## Infecciones del tracto urinario bajo.

Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas o signos urinarios (urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina).

## Epidemiología.

Segunda patología médica más frecuente en el embarazo, con una incidencia del 5-10%. Incidencia en México es del 2%; con una recurrencia del 23%.

## Factores de riesgo.

Frecuencia de relaciones sexuales.  
Uso de espermicidas.  
Nuevas parejas sexuales.  
Elevada paridad.

## Cuadro clínico

Bacteriuria  
Disuria  
Frecuencia urinaria.

## Estudios de diagnóstico.

ECG entre las 12 y 16 SGA.  
BH completo  
Grupo Rh  
Glucosa  
Creatinina  
Ácido úrico  
Urocultivo.

## Tratamiento.

Amoxicilina 500 mg cada 6 hrs de 4 a 7 días  
Nitrofurantoina 100 mg cada 6 hrs de 4 a 7 días





# Diabetes gestacional

## Diabetes gestacional

La diabetes mellitus gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconocen por primera vez durante el embarazo y que puede o no resolverse después de éste.

## Epidemiología

Afecta al 7% de mujeres embarazadas en el mundo.  
En México la prevalencia de DG se reporta entre el 8.7 a 17.7%.

## Factores de riesgo

Edad materna >30 años  
Historia previa de DMG.  
Historia familiar de diabetes  
IMC >30  
Historia de abortos o muerte fetal in útero de causa inexplicable.

## Cuadro clínico

Polidipsia  
Poliuria  
Fatiga

## Estudios de diagnóstico

Glucosa plasmática de ayuno (tra vista prenatal o antes de los 13 SDG.)  
Tamiz CTGO entre la semana 24 y 28 de gestación.  
Hiperglicemia.  
Carga de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) con carga de 75gr

## Tratamiento

Metformina,  
Glibenclámda  
Insulina  
Terapia médica nutricional