

# **ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER GESTANTE CON COMPLICACIONES EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE**

---

TEMA 55

Valle Alguacil Sánchez  
Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Proliferación anormal del trofoblasto:

- Mola Hidatiforme
- Neoplasia Trofoblástica Gestacional



### ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

#### MOLA HIDATIFORME

MOLA COMPLETA

MOLA PARCIAL

#### Neoplasia trofoblástica gestacional

MOLA INVASIVA

CORIOCARCINOMA

TUMOR DE LECHO PLACENTARIO

TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELOIDE

# MOLA HIDATIFORME

| Características      | MOLA PARCIAL  | MOLA COMPLETA  |
|----------------------|---|--|
| Etiología            | 1 óvulo + 2 espermas  | Óvulo vacío+1 esperma que duplica(90%)<br>Óvulo vacío + 2 espermas(10%)  |
| Cariotipo            | Triploide (69,XXX o 69,XXY)   | Diploide (46,XX o 46,XY)   |
| Histología           | <ul style="list-style-type: none"><li>Feto y Hematíes A menudo presentes fetales</li><li>Edema vellosidades Variable, focal</li><li>Proliferación trofoblasto Focal, Moderada</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>Ausentes</li><li>Difuso</li><li>Difusa, severa</li></ul>   |
| Presentación clínica | <ul style="list-style-type: none"><li>Diagnóstico Aborto</li><li>Tamaño uterino Pequeño para edad gestacional</li><li>Quistes tecaluteínicos Poco frecuentes</li><li>Complicaciones médicas Poco frecuentes</li><li>Riesgo malignización 1-5%</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Gestación molar</li><li>50% aumentado para edad gestacional</li><li>15-25%</li><li>&lt;25% (más frecuentes si altura uterina &gt;14-16sg)</li><li>15-20%</li></ul> |

Es una patología localizada no invasiva, no neoplásica, no maligna:

-**Mola completa:** degeneración hidrópica y edema del estroma con ausencia de vasos sanguíneos en las vellosidades, de feto y amnios.

-**Mola parcial:** la degeneración es menos avanzada y focal, existiendo al menos saco amniótico o feto.

## Clínica

Metrorragia del primer trimestre

Abortos del primer trimestre

Dolor y presión pélvica, secundaria a aumento tamaño uterino y/o presencia quistes tecaluteínicos

Expulsión vesículas hidrólicas a través vagina



\*HIPERTIROIDISMO (Homología TSH y  $\beta$  HCG)

# MOLA HIDATIFORME

#### **Coriocarcinoma:**

Tumor de color rojo oscuro, con gran capacidad de crecimiento que invade miometrio y los vasos. Al afectar endometrio causa metrorragia, no presenta vellosidades y su capacidad de metástasis se localiza en pulmón y vagina.

#### **Mola invasora:**

Crecimiento trofoblástico excesivo y las vellosidades penetran en el endometrio e incluso en el peritoneo. No posee capacidad metastásica

#### **Tumor de lecho placentario:**

Desarrollo trofoblástico tras el embarazo o aborto. Es extremadamente inusual. Clínica: metrorragia irregular, si invasión hemorragia intraperitoneal y en caso de metástasis pulmonares hemoptisis.

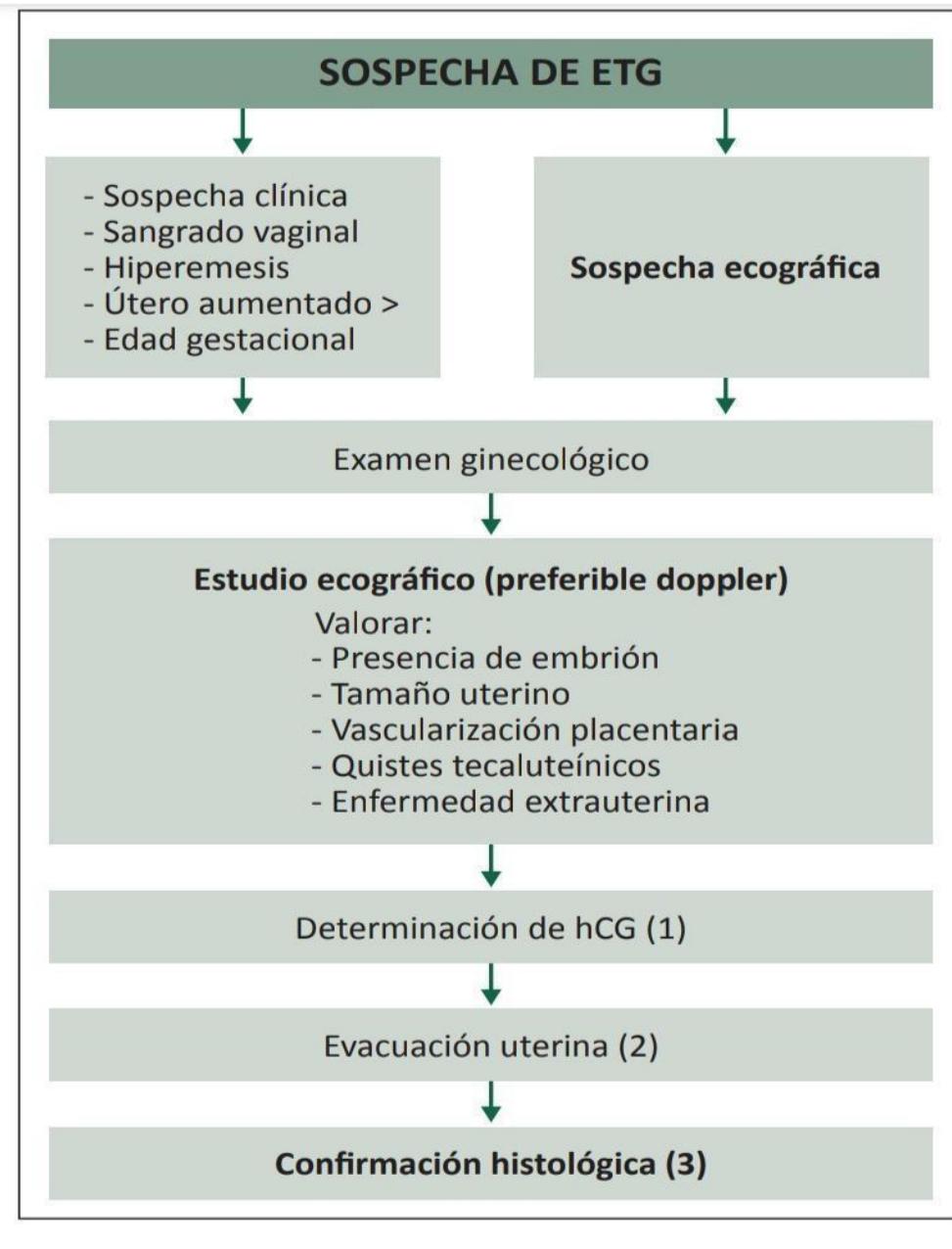
#### **Tumor trofoblástico epitelial:**

Es una variante del tumor de lecho placentario.



Dra. Pebbles Medina | foro.slap-patologia.org

# **NEOPLASIA TROFOBLÁTICA GESTACIONAL**



## ACTITUD DIAGNÓSTICA

1. Es recomendable usar la hCG total, pero puede usarse la  $\beta$  hCG. Debe usarse siempre el mismo test para el diagnóstico y seguimiento. Se recomienda además hacer el perfil básico y el tiroideo.
3. Si existiera confirmación histológica de ETG se seguirá haciendo un control de hCG postevacuación.

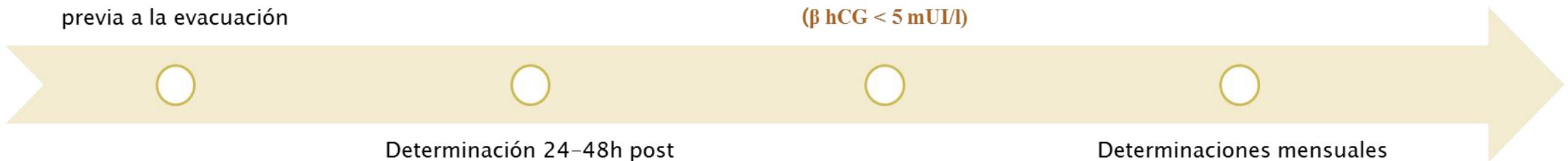
# SEGUIMIENTO

## OBJETIVO: DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE ALTERACIONES CON CARACTERÍSTICAS MALIGNAS.

### Medición niveles b-HCG

Se realizará una medición previa a la evacuación

Determinación semanal hasta obtener tres determinaciones consecutivamente negativas  
**( $\beta$  hCG < 5 mUI/l)**



Prevención embarazo durante seguimiento niveles b-HCG/ Anticoncepción oral (hay suficiente evidencia de que no aumentan el riesgo de NTG posterior, pueden incluso disminuirlo, y tienen una menor tasa de embarazo comparados con el uso de métodos barrera). AL MENOS 6 MESES POSTEVACUACIÓN.

# SEGUIMIENTO

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

- Meseta en los niveles de hCG al menos durante 4 medidas en un periodo de 3 semanas o superior.
- Aumento de hCG en 3 medidas semanales consecutivas en un periodo de al menos dos semanas o más.
- Si hay diagnóstico histológico de confirmación.

**Tabla 5: EVALUACIÓN DE LA NTG**

*Exploración ginecológica y general, analítica sanguínea, renal y hepática*

*Valor basal cuantificado de hCG*

*Radiografía o tomografía computarizada de tórax*

*Resonancia magnética cerebral*

*Tomografía computarizada o resonancia magnética de abdomen y pelvis*

# SEGUIMIENTO

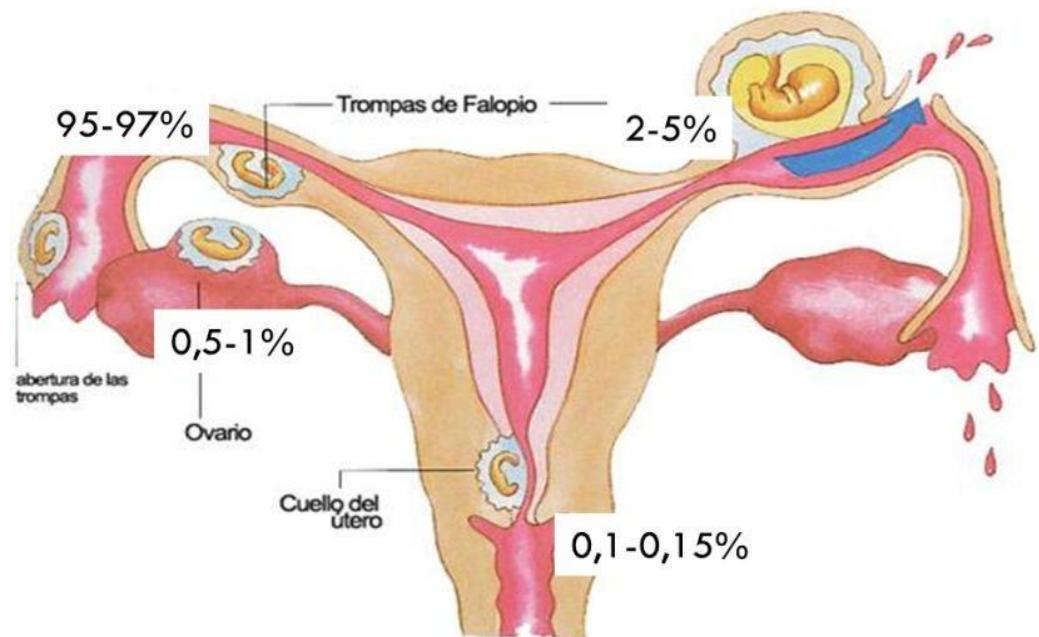
Tabla 2. Sistema de estadificación anatómica de la neoplasia trofoblástica gestacional de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia<sup>2</sup>

| Clasificación    | Características   |
|------------------|---|
| <b>Estadio 1</b> | Enfermedad confinada al útero   |
| <b>Estadio 2</b> | La neoplasia se extiende fuera del útero pero está limitada a los anexos, vagina o ligamentos anchos. |
| <b>Estadio 3</b> | La neoplasia se extiende a los pulmones, con o sin involucro del tracto genital                       |
| <b>Estadio 4</b> | Metástasis en algún otro sitio  |



# EMBARAZO EXTRAUTERINO/ECTOCIESIS

- Incidencia: 1-2%
- Técnicas reproducción asistida,
- EIP Métodos anticonceptivos.
- Mayor capacidad diagnóstica:  
Determinación b-HCG y ecografía.

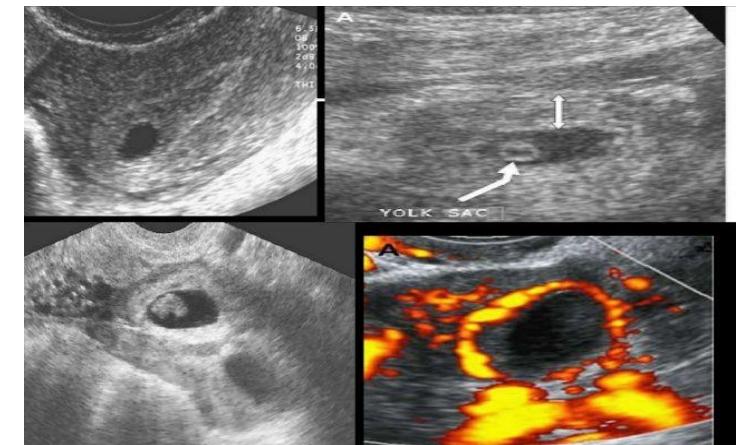


SIGNO DEL “DOBLE HALO” EN TROMPA para el diagnóstico del embarazo ectópico.

# EMBARAZO EXTRAUTERINO

## Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal y escasa hemorragia.
- Accidentes hemorrágicos agudos o aborto tubárico con hemorragia peritoneal raros:
  - Abdomen agudo, defensa peritoneal y Blumberg positivo con shock hipovolémico.



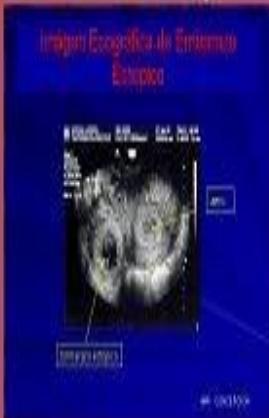
- ✓ Exploración clínica
- ✓ Ecografía
- ✓ Determinaciones seriadas  
 $\beta$  hCG

La sospecha de embarazo ectópico es alta cuando por ecografía transvaginal se objetiva un útero vacío y los niveles de  $\beta$ -hCG sérica **son >1800 mUI/mL.** (B)

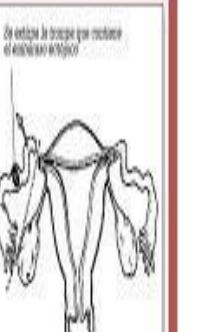
# EMBARAZO EXTRAUTERINO

## TRATAMIENTO MÉDICO(Metrotrexate) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

## ACTITUD EXPECTANTE

| INDICACIONES   | CONTRAINDICACIONES   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aq-)</li><li>• Diámetro&lt;4 cms</li><li>• B-hCG &lt;5000UI/l</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Mal estado general.</li><li>• Hemoperitoneo.</li><li>• Antecedentes de EE homolateral con tto conservador previo.</li><li>• EE heterotópico.</li><li>• Leucopenia, anemia, plaquetopenia, elevación enzimas hepáticos, elevación creatinina, úlcera péptica, lactancia materna.</li><li>• Rechazo a eventual trasfusión sanguínea.</li></ul> |

La presencia de latido cardíaco embrionario o líquido libre en la pelvis no contraindica por sí sola la terapia con MtX, pero lo hace menos aconsejable.

| INDICACIONES  | SALPINGECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aq+)</li><li>• Diámetro&gt;4 cms</li><li>• Hemoperitoneo.</li><li>• EE heterotópico.</li><li>• Antecedentes de EE homolateral con tto conservador previo.</li><li>• Contraindicación metrotrexate o fallo tto médico.</li><li>• No deseo tratamiento médico.</li><li>• Dificultad seguimiento posterior de la paciente.</li></ul> | <br><br>Figura Sa. Salpingectomía parcial.<br>La trompa puede volver a unirse más adelante para preservar la fertilidad.<br>Figura Sb. Salpingectomía total.<br>Se extirpa la trompa que contiene el embarazo extruterino. |

- Mujeres hemodinámicamente estables.
- B hCG < 1500 mU/ml y en descenso
- Localización desconocida del embarazo

PROTOCOLO  
SEGUIMIENTO



# ABORTO

La SEGO define aborto como «la expulsión o extracción de sumadre de un embrión o de un feto de menos de 500g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.



peso < 500g



**Inferior a  
500 gramos**

Aborto precoz < 12SG (80-85%)

Aborto tardío > 12SG

Possible causa embrionaria

Factores maternos

2º Aborto

16%

3er aborto

25%

4º aborto

45%

# ABORTO

## Formas clínicas del aborto

**Signo Hartman:**  
sangrado genital ligero  
producido por la  
implantación

Amenaza de aborto

Aborto en curso

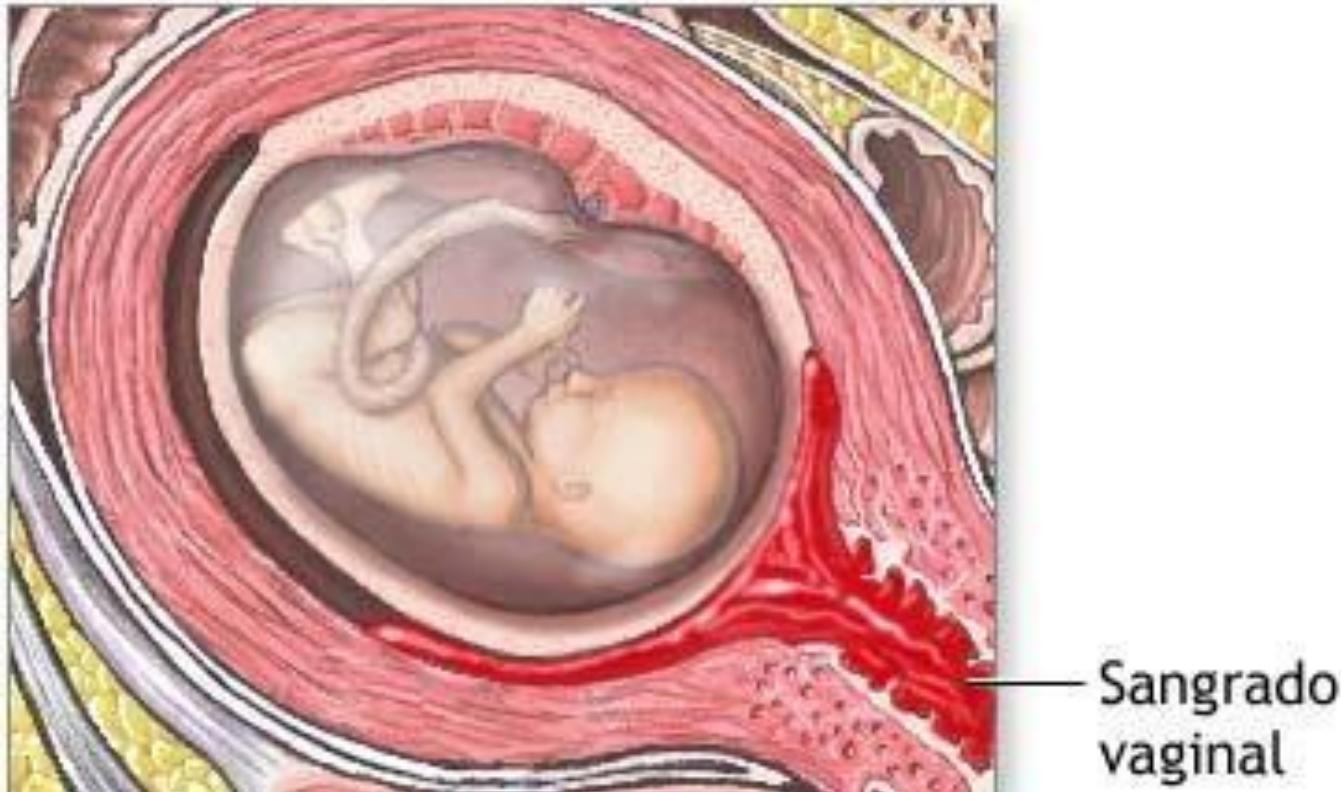
- Aborto inicial
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto.

Aborto completo

Aborto diferido

Aborto de repetición

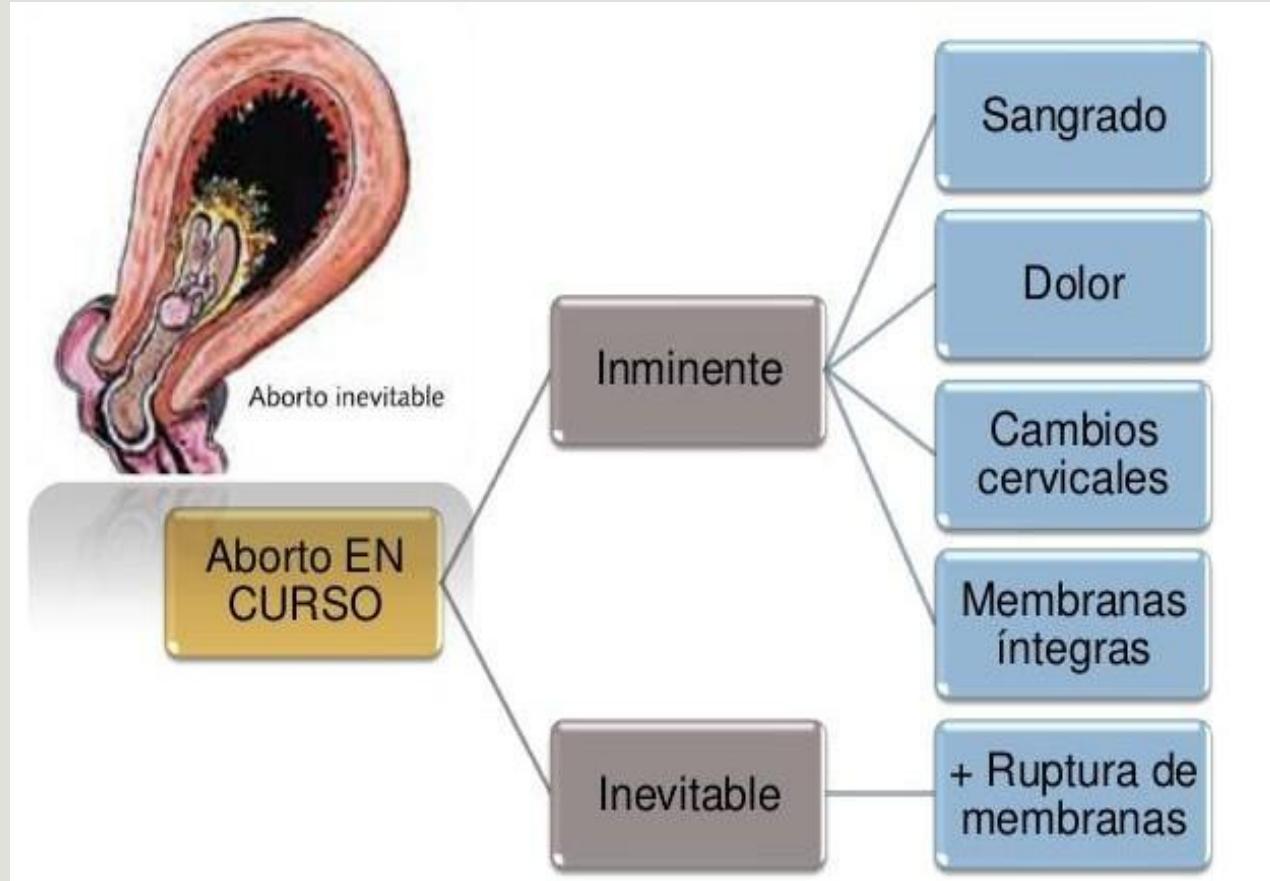
## Amenaza de aborto espontáneo



- Hemorragia genital procedente de cavidad.
- Cérvix cerrado +desarrollo acorde a edad gestacional con AC+.

Reposo relativo.  
Abstinencia sexual.  
Apoyo psicológico.

## AMENAZA DE ABORTO



- Hemorragia genital + dolor.
- Modificaciones cervicales  
(orificio cervical > 8 mm)

## ABORTO EN CURSO

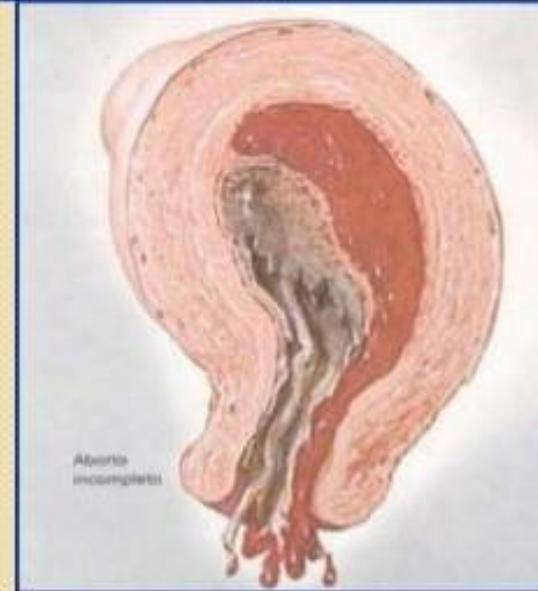
## -ABORTO COMPLETO:

- Expulsión completa , luego del desprendimiento de los productos de concepción.



## -ABORTO INCOMPLETO:

- Expulsión parcial del embrión, feto o placenta hacia el exterior quedando tejido retenido en la cavidad uterina o canal cervico vaginal.



## ABORTO INCOMPLETO/ABORTO COMPLETO

| Aborto consumado                                      |                                 |
|---|---------------------------------|
| Incompleto  | Completo                        |
| Persiste  | Minima                          |
| Persisten   | Cesan y merma el dolor          |
| Cuello abierto<br>Restos ovulares en útero y/o vagina | Cuello cerrado                  |
| Expulsión en dos tiempos. Retención de anexos         | Expulsión total: huevo y anexos |
| Restos endocavitarios y vaginales                     | Útero involucionado y vacío     |

Organización Mundial  
de la Salud (OMS)



3 Abortos consecutivos

*American Congress of Obstetricians  
and Gynecologists (ACOG)*



2 Abortos consecutivos

- Dos abortos o más consecutivos o más de dos alternos (SEGO)
- Aborto habitual o recurrente.



No existe consenso relativo al número de abortos previos que justifique el inicio del estudio por infertilidad.

C

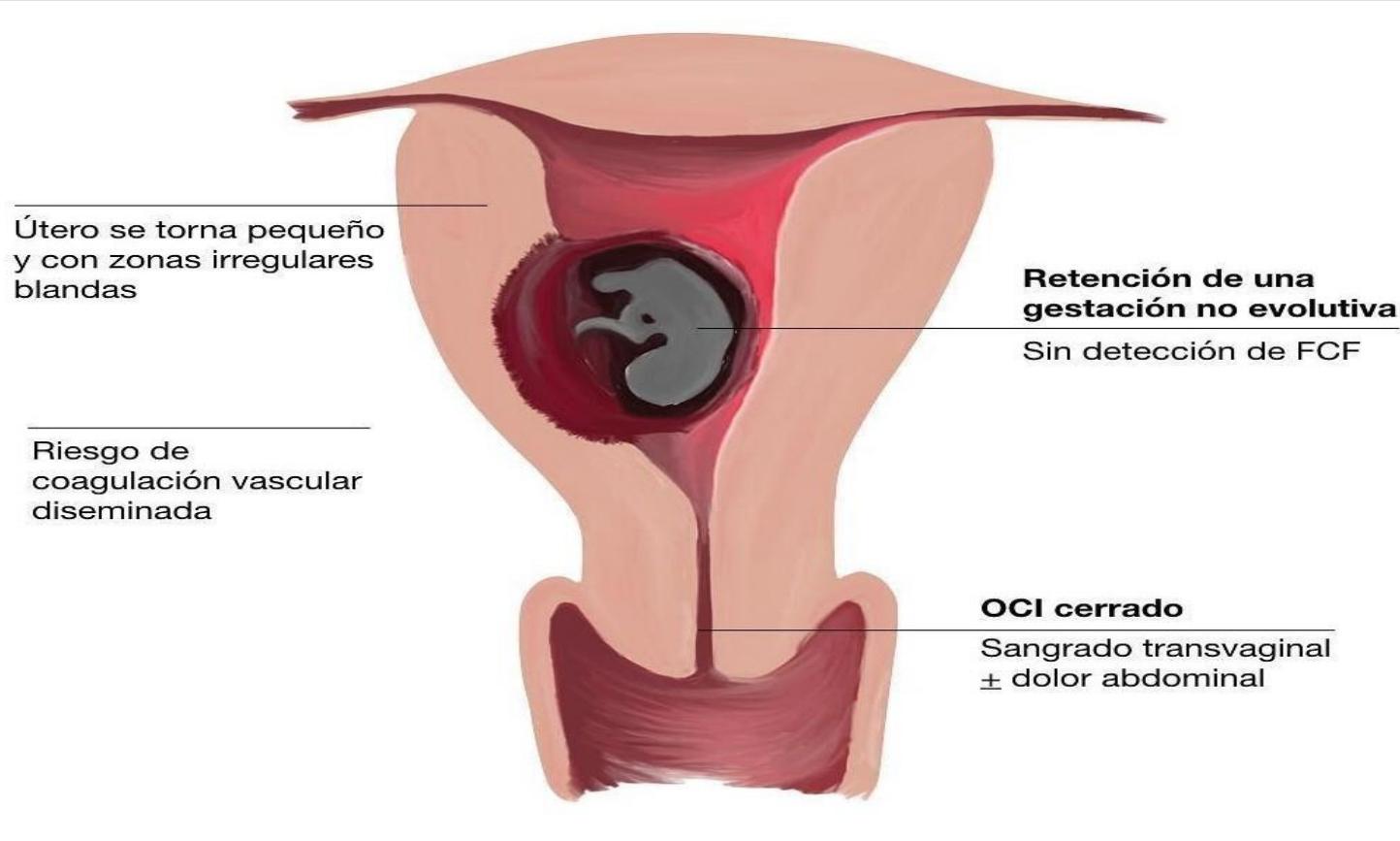
La decisión de iniciar el estudio con el segundo o tercer aborto debe hacerse teniendo en cuenta la edad de la paciente, los antecedentes personales y familiares, las circunstancias de las pérdidas gestacionales y la ansiedad de la pareja.

RSAA

En el 50% de los casos el estudio del aborto de repetición no pondrá de manifiesto ninguna causa.

C

## ABORTO DE REPETICIÓN



- ❑ Falta de expulsión de los productos de la concepción.
- ❑ Cursa sin hemorragia ni dolor.
- ❑ Conocido también como aborto retenido.
- ❑ En el caso en el que se observe un saco  $\geq 20\text{mm}$  sin identificarse embrión se hablará de **gestación anembriónada** ("huevo huero")

## ABORTO DIFERIDO

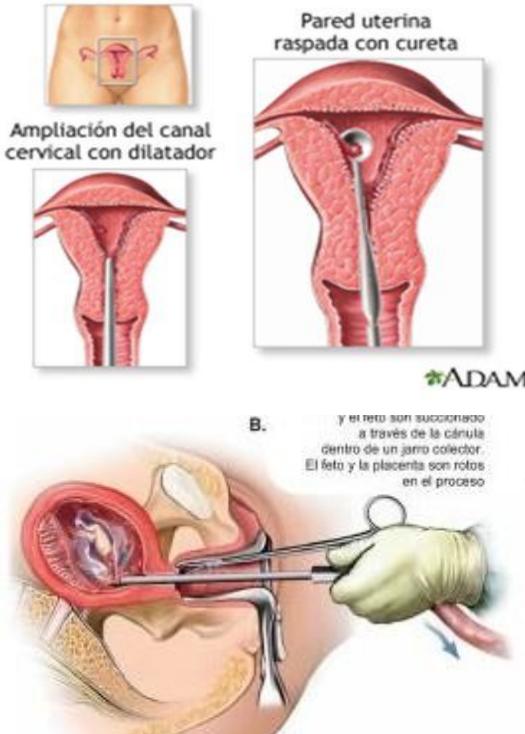
# MANEJO DEL ABORTO

| Amenaza de aborto  | Aborto en curso                                  | Aborto incompleto                 | Aborto completo | Aborto diferido                             |
|--|--|-----------------------------------|-----------------|---|
| -Reposo relativo<br>-Abstinencia sexual<br>-Apoyo psicológico. | -Evacuación uterina mediante legrado obstétrico. | -Tratamiento médico o quirúrgico. | -No precisa.    | -Evacuación uterina.<br>-Tratamiento médico |

-Grupo y Rh sanguíneo materno.

-No se requiere la administración de gammaglobulina en abortos completos precoces que no precisan evacuación uterina.

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABORTO



## 1. Dilatación cervical (en casos de cérvix cerrado)

- Dilatadores Higroscópicos: tallos de Laminaria Digitata o Laminaria Japónica (alga)
- Dilatadores médicos:
  - Misoprostol: dosis 440µg intravaginal.
- Dilatadores mecánicos:
  - Tallos de Hegar.

## 2. Evacuación uterina o legrado.

- Legrado quirúrgico: raspado sistemático guiado.
- Legrado por aspiración: preferible por causar menos dolor y hemorragia.

## Posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico

Perforación uterina, sinequias uterinas(Sd. Asherman), traumatismos cervicales, infección, hematometra.

# TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

- Uso de PG por vía intravaginal u oral.
- Efectos secundarios: hemorragia, dolor, fiebre, náuseas, diarrea y vómitos.
- Contraindicaciones: alergia al medicamento, presencia de DIU, anemia (Hb<10mg/dl), fiebre, coagulopatía o uso de anticoagulantes, cesárea previa...

MIFEPRISTONA(RU486)

MISOPROSTOL

# MANEJO EXPECTANTE EN ABORTO

- Eficacia similar al tratamiento médico y qco.
- En caso de dudas permite confirmación del diagnóstico.
- Aborto en las dos primeras semanas tras el diagnóstico.

# COMPLICACIONES DEL ABORTO

## Complicaciones del Aborto

- Hemorragia
- Coagulopatía Intravascular Diseminada (CID).
- Aborto séptico

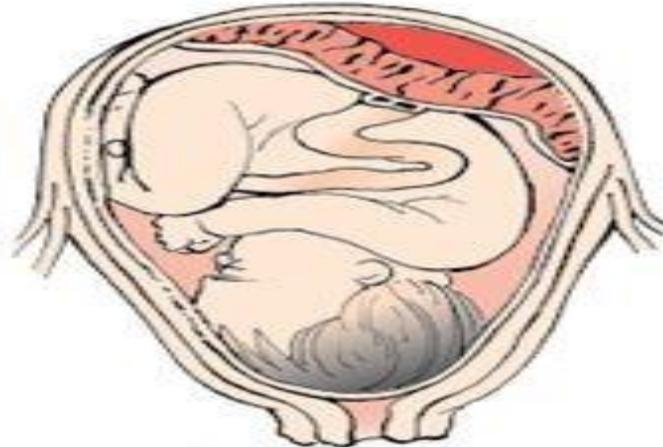
### CLASIFICACIÓN DEL ABORTO SÉPTICO

- GRADO I: Infección localizada en cavidad uterina
- GRADO II: Infección que sólo se extiende a otras estructuras pélvicas
- GRADO III: Infección diseminada asociada a:
  - Septicemia o sepsis
  - Pelviperitonitis
  - Tromboflebitis pélvica
  - Shock séptico complicada con IRA o CID

# ABRUPTO PLACENTAE/DPPNI

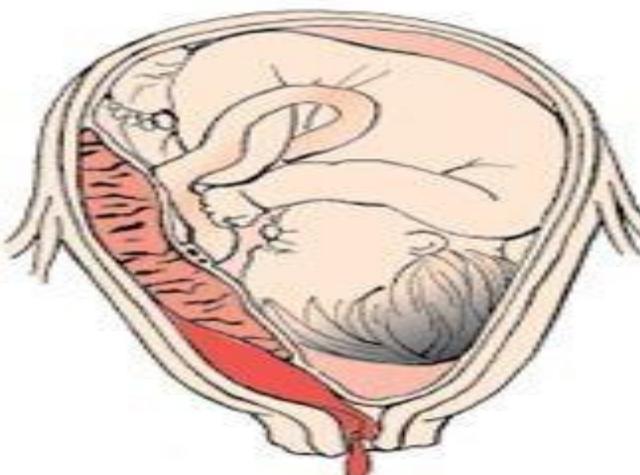
## TRIADA CLÁSICA

Hemorragia



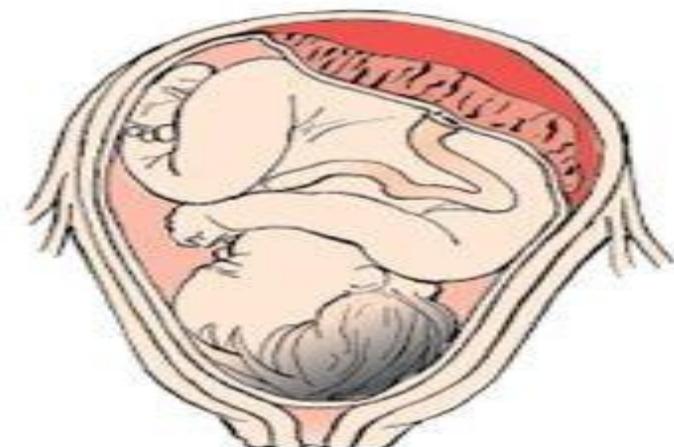
Partial abruption,  
concealed hemorrhage

Dolor



Partial abruption,  
apparent hemorrhage

Hipertensión uterina



Complete abruption,  
concealed hemorrhage

# Dx DIFERENCIAL

|                | Placenta previa                  | DPPNI                                   |
|----------------|----------------------------------|---|
| Fcia           | 1/200                            | 1/1500                                  |
| Predisponentes | Multipara<br>Gemelar<br>Fumadora | Multipara<br>HIPERTENSA<br>COAGULOPATÍA |
| SANGRADO       | ROJO, más con contracción        | Poco y OSCURO                           |
| Dolor          | NO DOLOR                         | DDOOLLOORR                              |
| Estado general | Bueno                            | Horrible                                |
| Tono utero     | Normal                           | ALTO                                    |
| Madre          | HIPOVOLEMIA<br>ATONÍA<br>SHEEHAN | CID<br>Fracaso renal / Embolia          |
| Feto           | Prematuro                        | RPBF                                    |

# ABRUPTO PLACENTAE/DPPNI

## Clasificación de Page

- 1. Grado 0 o asintomática.** Diagnosticada al realizar el examen de la placenta en el momento del alumbramiento.
- 2. Grado I o leve.** Metrorragia escasa y desprendimiento inferior al 30% de la placenta. Discreta hipertensión. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.
- 3. Grado II o moderada.** Desprendimiento de entre el 30 y el 50% de la placenta. No existen trastornos de la coagulación, y puede haber sufrimiento o muerte fetal.
- 4. Grado III o grave.** Desprendimiento superior al 50% de la placenta. Hemorragia importante e hipertensión manifiesta, shock, trastornos de la coagulación, complicaciones maternas graves y muerte fetal.

## De Sher

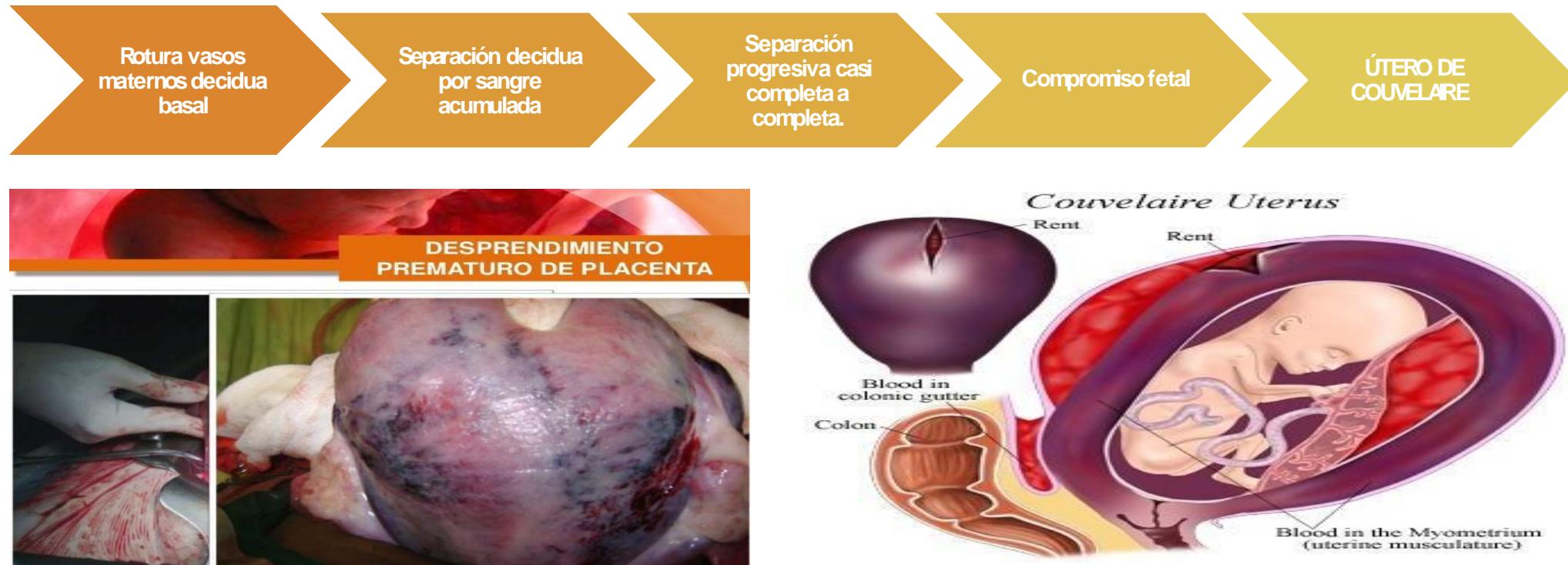
**Grado I (leve):** corresponde a los casos donde el diagnóstico se realiza de manera retrospectiva. Presentan hematomas retroplacentarios de aproximadamente 150 ml. Este no supone riesgo alguno para el feto.

**Grado II (moderado):** la hemorragia anteparto va acompañada de los clásicos signos de DPP y el feto está vivo. El volumen de hematoma oscila entre 150- 500 ml. Presencia de alteraciones en FCF y la mortalidad perinatal es elevada

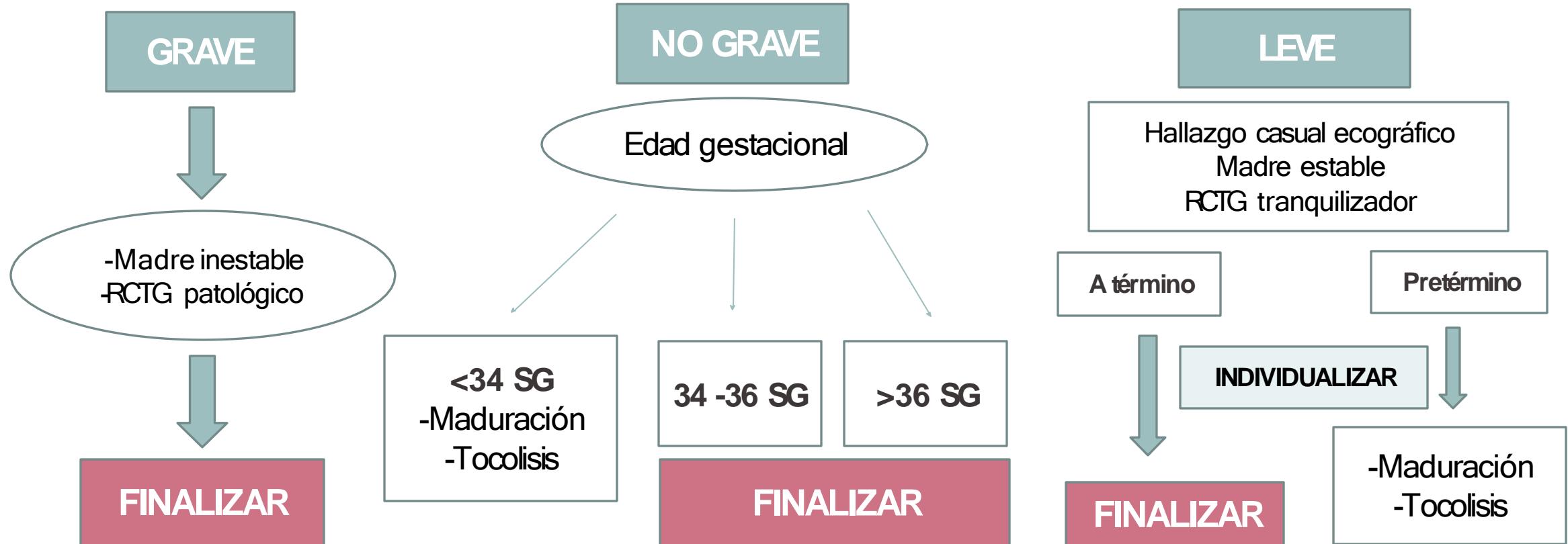
**Grado III (severo):** se presentan las mismas circunstancias del grado II, pero, además, se confirma muerte fetal. Puede subdividirse en 2 categorías, dependiendo de la presencia o ausencia de coagulopatía.

## Etiopatogenia:

- HTA.
- Incidencia>edad y paridad(edad>35 años; multiparidad>3 hijos).
- Mal estado nutricional.
- Traumatismos.
- Cordón umbilical corto (<20cms).
- Hábitos tóxicos: tabaco, cocaína...



# MANEJO DEL DPPNI





# MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

---

Valle Alguacil Sánchez  
Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología