

**Materia:**

**Nombre del trabajo:**

**Mapas conceptuales de “Enfermedad trofoblástica gestacional, placenta previa, infección de vías urinarias, nacimiento prematuro, rotura prematura de membranas, estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional”**

**Alumna:**

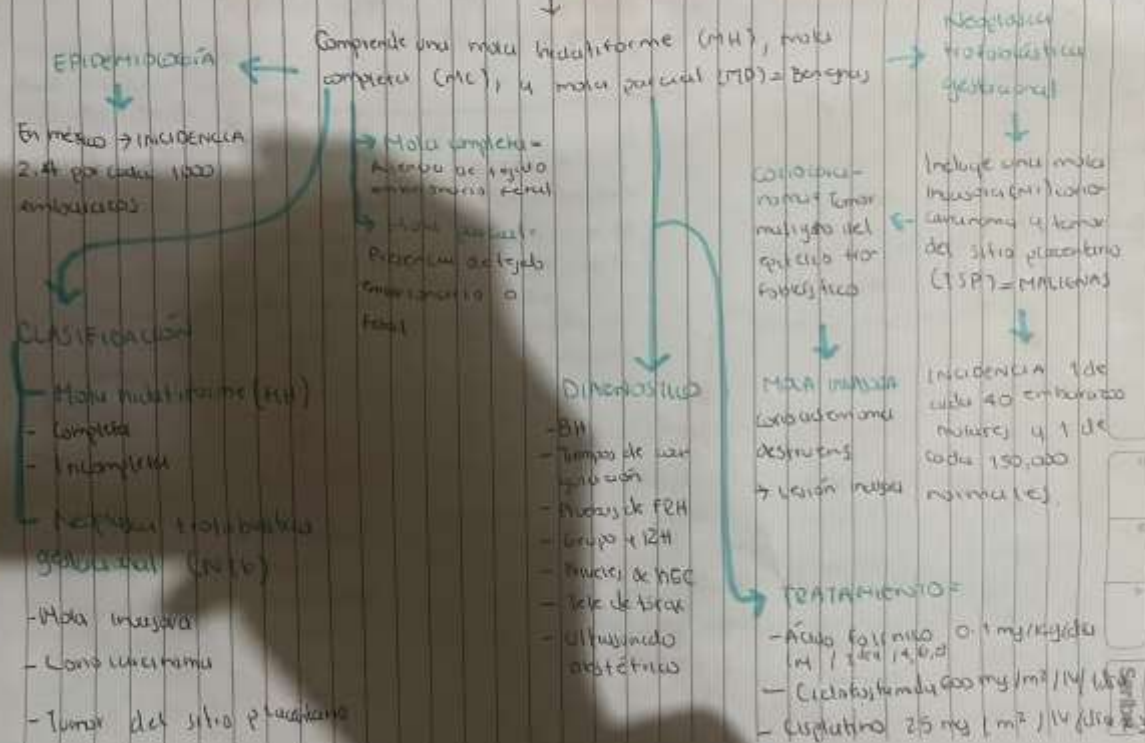
**Karen Paulina López Gómez**

**Grupo: “A” Grado: “6”**

**Docente:**

**Dr. Roberto Ruiz**

# ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL



# PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL INCIERTA

Manejo: - Hospitalización  
- Parto vaginal o cesárea  
- NO HACER TACTO VAGINAL

## PLACENTA PREVIA

Se da antes que el feto nazca el canal de parto, se implanta en algún lugar del segmento uterino inferior, ya sea justo o más cerca del orificio cervical interno

Factores de riesgo: Edad materna > 35 años, multiparidad, tener ligamentos uterinos, 1 o más partos por cesárea, ↑ de alta (MSAFP) reproducción asistida

## Diagnóstico

- Eco
- Palpación de placenta
- No examen digital
- Eco transvaginal

## Clasificación

- Placenta de inserción baja
- Marginal
- Placenta parietal
- Placenta total

## CLÍNICA

- Sangrado indoloro
- Laceraciones en el cuello del útero
- Defectos de coagulación

## DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA

Separación prematura de la placenta implantada normalmente

## Patogenia

- Puede ser parcial o completa
- Sangrado antes, durante y después

## Clasificación

- Abruerto incoagulante
- Abruerto coagulante
- Abruerto mixto

Factor de riesgo: Desgarro previo, edad > 35 años, primiparidad, pre-eclampsia, HT crónica, y Pso uterino

## Tipos clásicos

- Dolor abdominal
- Hemorragia genital (70% rojo oscuro sin coagulación)
- Hipotonía uterina

scribble

# INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO



## CLASIFICACIÓN

- Nueva o recurrente
- Alta o baja
- Aguda o crónica
- No complicada
- Sintomática o asintomática
- Comunitaria o nosocomial

Es la complicación médica más frecuente en el embarazo

→ Si no se diagnostica, incrementa en la mortalidad de la madre y el feto

## COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Punto prematuro causa de morbilidad perinatal

→ 5-10% en falsos los embarazos (6-73%)

## EPIDEMIOLOGÍA

Entre el 2% de embarazadas con tasa de recurrencia de hasta 23%

## Factores de riesgo

Combinación que origina por un mismo germen que produce uretritis en una en 2 o más mujeres

## involucre

- Infecciones del tracto urinario bajo
- Cistitis aguda
- Cistitis recurrente

## DIAGNÓSTICO

Urocultivo, estudio de detección para la detección de bacterias asintomáticas

## TRATAMIENTO

Nitrofurantoina (50mg) / día / 7 días  
Antibiótico = Amoxicilina 500mg / día / 7 días

## REPRESENTA

El 75% de las mujeres perinatales y 50% de secuelas neurológicas por prematuridad

# nacimiento PREMATURO

## CLASIFICACIÓN

- Pk determinado  
may temprana  
20 JDE
- Tardío 34-36w  
50%

Inicio de trabajo de parto  
antes de los 40 semanas

## FACTORES DE RIESGO

- Hábitos de la madre
- Desarrollo de la gestación actual
- Nivel socio económico
- Obesidad
- Ejercicio intenso

## CLÍNICA

- Contracción débil
- Sensación de presión vaginal

## DIAGNÓSTICO

- Contracción (1 uterino 2-10 min  
1-20 / 8 en 60 minutos)

## TRATAMIENTO

- B. amniótico
- Sulfato de magnesio
- Bloqueo de canal de  $Ca^{2+}$

Obrigar por tiempo  
eficiente para adm  
Corticosteroides  
minutos

Se recomienda  
administración  
por 24 horas

Esquema de  
nuevo infección  
fetal

Antibióticos  
tempr

# Rotura PREMATURA DE MEMBRANAS

↓  
Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas

FACTORES DE RIESGO

- Infección
- Traumatismo
- Relaciones sexuales

↓  
Diagnóstico

CLÍNICA = Historia clínica + Signos de alarma

→ Prueba de coagulación de LAN

↓  
MANEJO

- Evitar medicación
- Posición decúbil

↓  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Profilaxis por infección (Streptococcus B)

- Penicilinas 5 millones de U
- Ampicilina en bida
- Cefotaximona 500mg

# ESTADOS hipertensivos DEL EMBARAZO

## EPIDEMIOLOGÍA

Representan 50000 muertes maternas y 400000 perinatales

## PREDISPOSICIONES

Complicaciones cardiovasculares, HTA en edades tempranas, uso con SE metabólicas

Trastorno médico más común en el embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones

## CLASIFICACIÓN

→ Hipertensión gestacional: Presente después de la semana 20, proteinuria negativa post 12.50g.

Pre-eclampsia = cifras tensionales  $\geq 140 \times 90$  mm Hg, proteinuria  $> 300$  mg/24h, Creatinina  $> 30$  mg/mol

Hipertensión crónica  $> 140-90$  mmHg antes del embarazo ó  $< 20$  semanas hasta 650g

Pre-eclampsia con datos de severidad  $> 160 \times 110$  mmHg

Eclampsia: complicación de la pre-eclampsia + síntomas neurológicos

## DIAGNÓSTICO

Medición de proteínas urinaria (colectación de orina de 24h para cuantificar control) + medición de ácido úrico

## TRATAMIENTO

- Px con hipertensión persistente por arriba de 160 mmHg
- Metildopa, labetalol
- Bloqueadores de canales de calcio

# DIABETES GESTACIONAL

Intolerancia a los carbohidratos de diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede resolverse o no, después del embarazo

## EFFECTOS DE LA DIABETES EN LA MADRE Y EL PRODUCTO

- Macrosomía y poli-hidramnios
- Abortos
- Malformaciones congénitas
- Retención del líquido amniótico
- Prematuridad, preclampsia - edema pú, trauma obstétrico, cesárea y mortalidad perinatal

## DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

Realizar tamiz 50g a toda mujer embarazada a la semana 24 de gestación.

Mayor a 130mg/dl - 180mg/dl curva de tolerancia a la glucosa

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- 1- Glucemia en ayuno mayor o igual a 26mg/dl en dos ocasiones
- 2- Glucemia casual mayor de 200mg/dl
- 3- Prueba de tamiz con 50g con resultado mayor o igual a 180mg/dl
- 4- Curva de tolerancia a la glucosa con 100mg o 75g (2 o más de ayuno > 95mg/dl)

## META TERAPÉUTICA

→ Glucemia en ayuno menor o igual a 95mg/dl y menor de 120mg/dl 2 hrs desp. de alimentos

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

→ Insulina 0.3UI a 1.5 UI por kilo