

**Mi Universidad**

Mapas Conceptuales

*Wilder Bossuet Ramírez Vázquez*

*Mapas Conceptuales*

*2do Parcial*

*Medicina Paliativa*

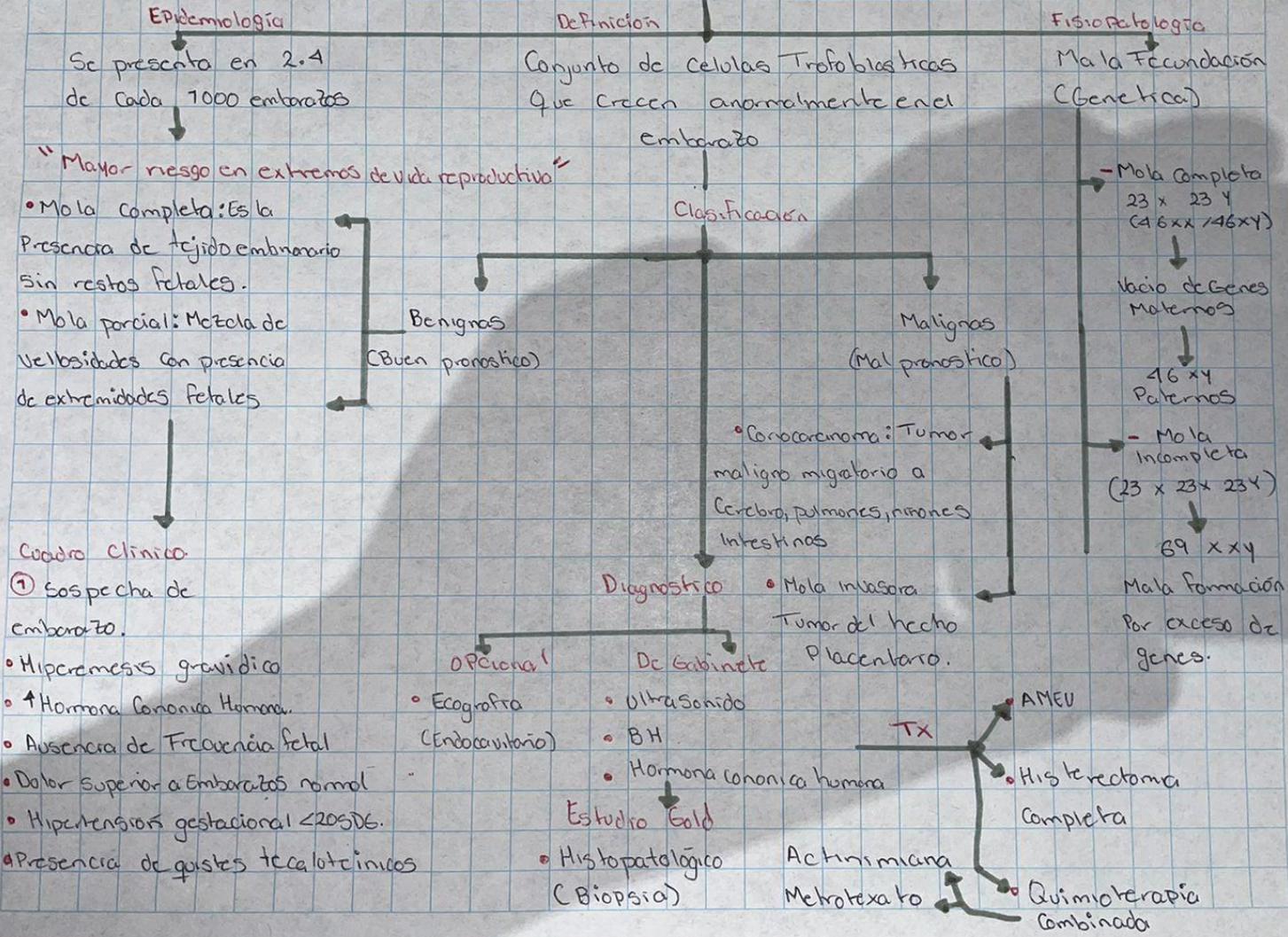
*Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas*

*Licenciatura en Medicina Humana*

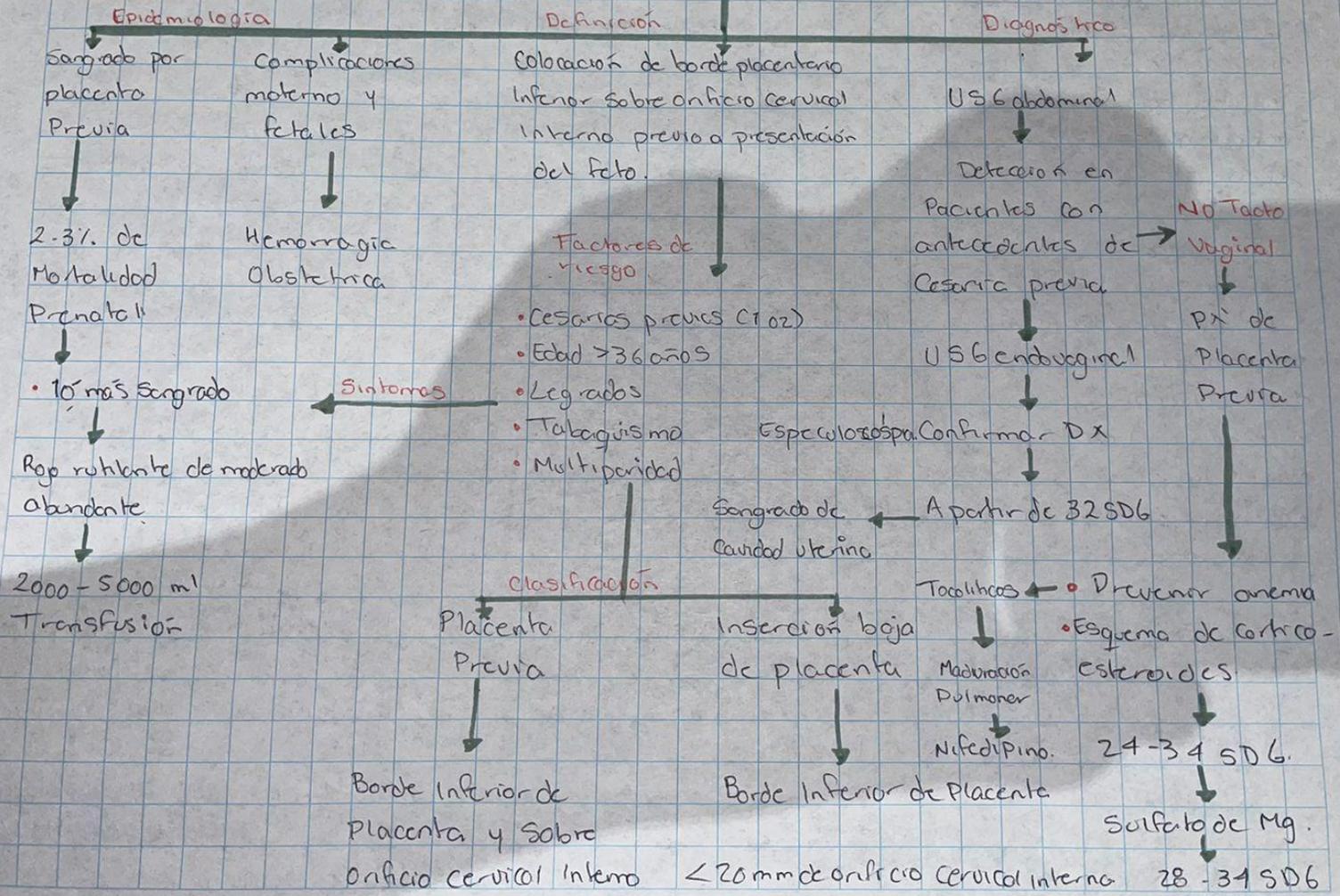
*6to Semestre*

*02 de Mayo del 2023, Comitán de Domínguez Chiapas*

# ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL



# PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA



# PLACENTA NORMOINSERTA

## Epidemiología

- Mujeres > 35 años
- (20.9%)
- Mortalidad perinatal (10-5)
- Primigesta (33%)
- Multigesta (66.3%)

## Fx de riesgo

- Edad materna > 35 años
- Sobredistensión uterina
- Multiperidad
- HAS en embarazo
- USO de drogas
- Ruptura prematura de membranas

## Definición

Separación parcial o total de la placenta con implantación Normal.

Los 20 Semenos de gestación

## Clasificación

Asintomática

Al hacer el Dx en el alumbramiento

Leve

Desprendimiento < 25%

## Cuidado clínico

Dolor/Hipertonía uterina  
 Polisistole 76  
 Sofrimiento fetal  
 Sangrado obscuro.

Moderado

Desprendimiento de 25-50%

Desprendimiento > 50%

Feto muerto

Dexametasona  
 6mg 1IM  
 C/12 h. 4dosis

Esquema de madurez pulmonar

## Diagnóstico

1º clínico  
 2º USG Transvaginal

- Colección entre Placenta y líquido amniótico.
- Colección retroplacentaria.
- > 5 cm grosor de Placenta
- Hematoma retroplacentario

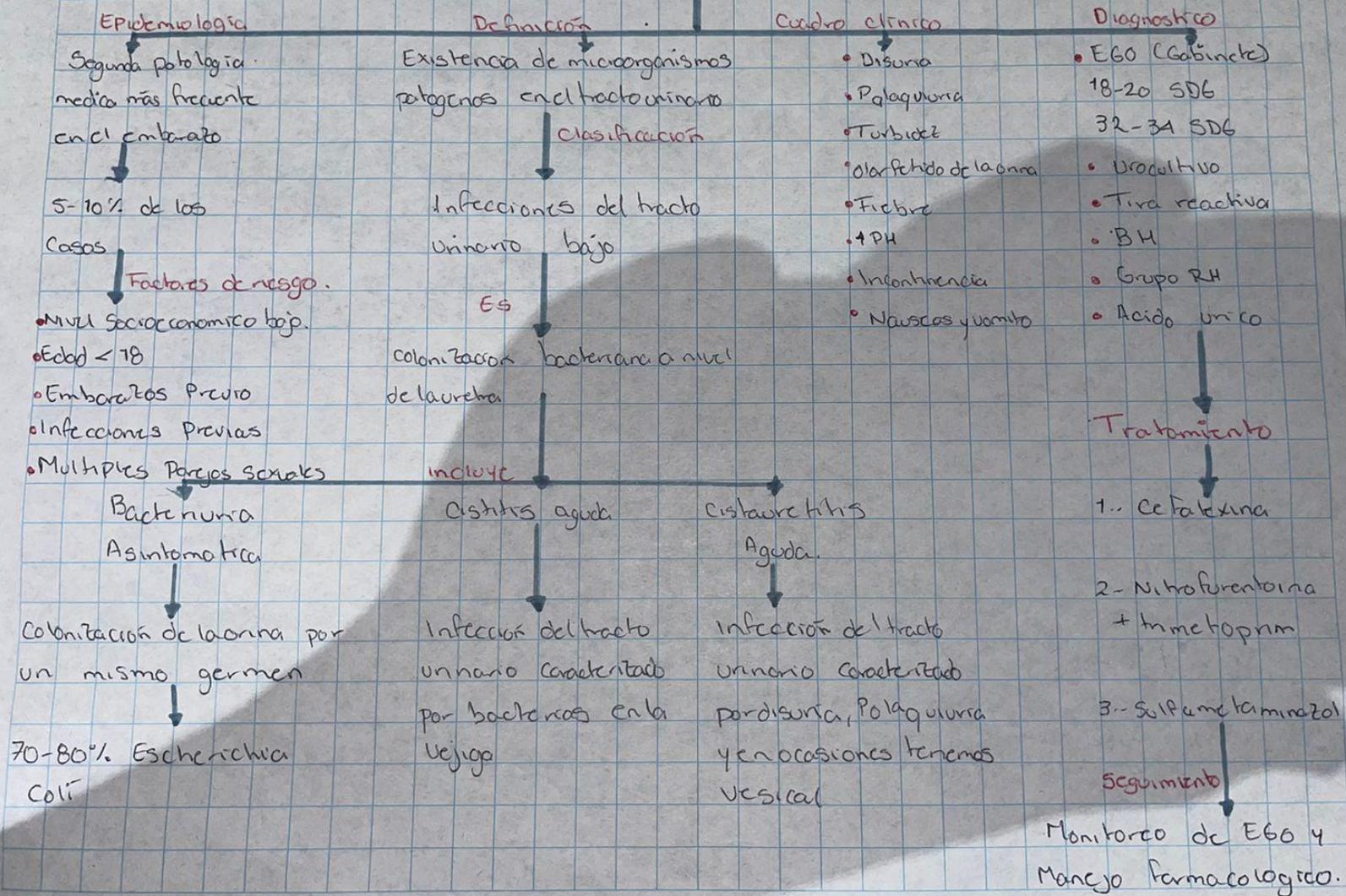
## Tratamiento

En caso de

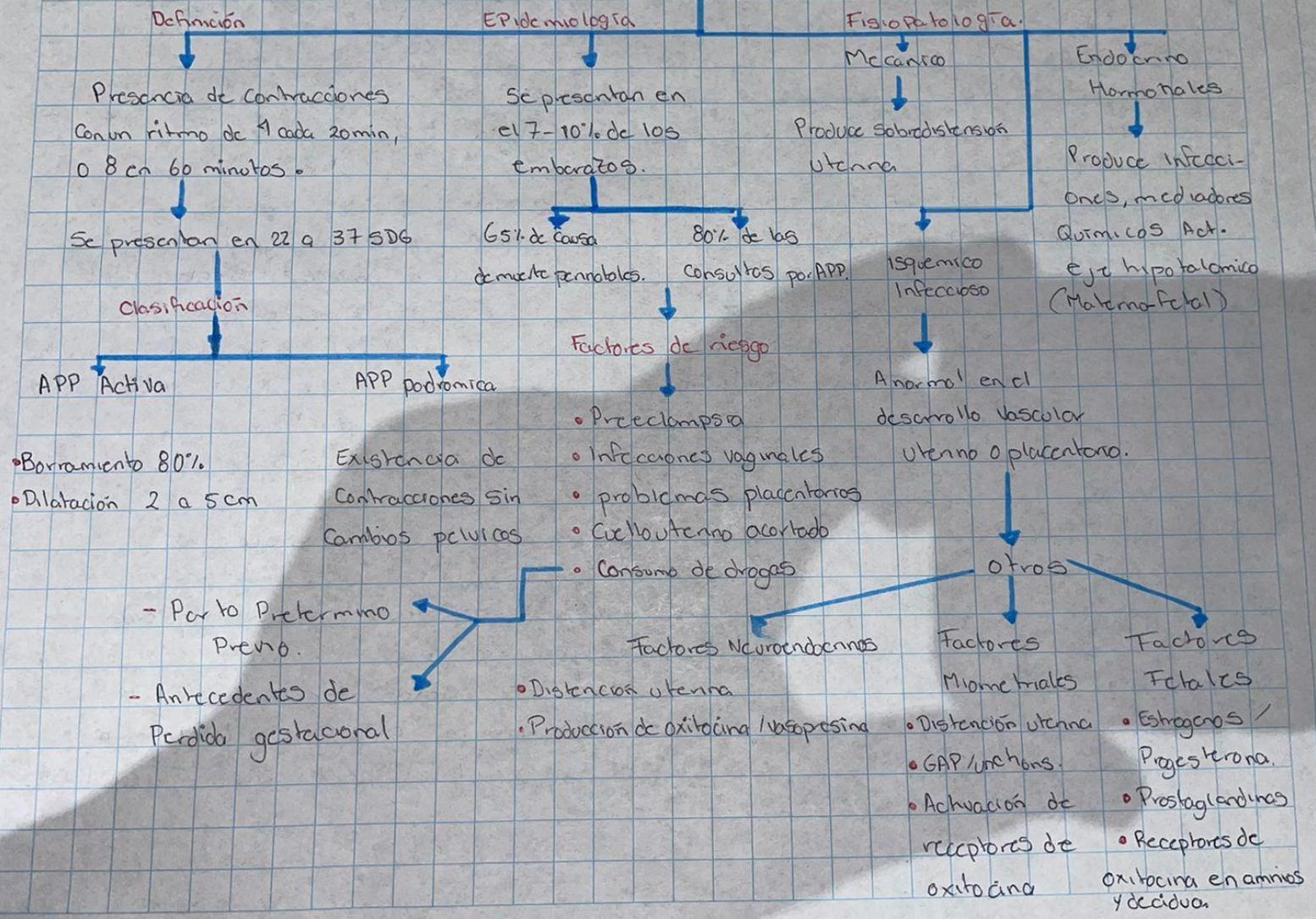
Coagulopatía y shock hipovolémico

Betametaxona  
 + 2 mg 1M C/24h

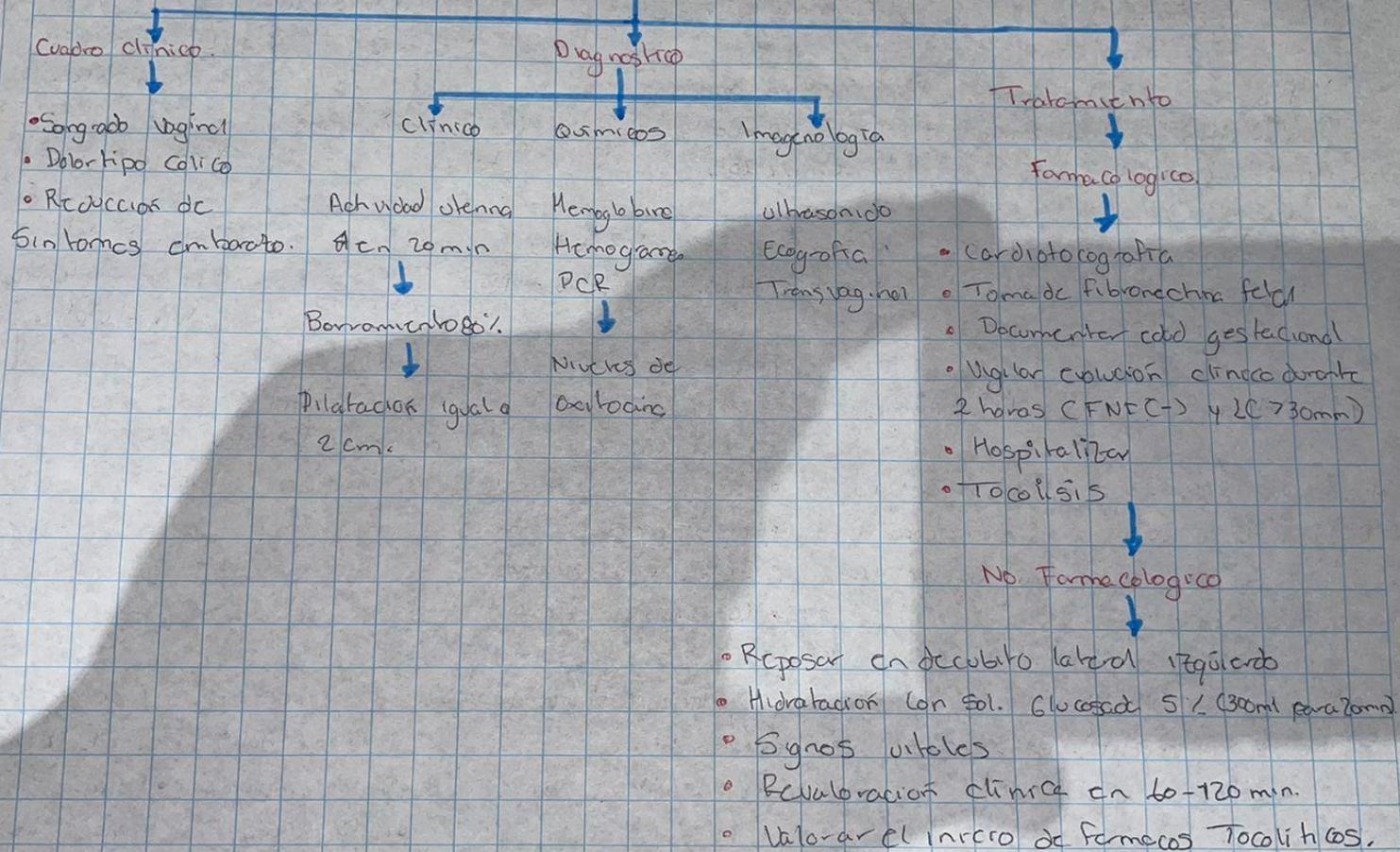
# INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO



# AMENAZA DE PARTO PREMATURO



# AMENAZA DE PARTO PREMATURO



# RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definición	Epidemiología	Fx de riesgo	Diagnóstico
Perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio de trabajo de parto.	La ruptura prematura de las membranas antes de iniciar el trabajo de parto ocurre entre el 3 al 15% de todos los embarazos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raza negra</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• IMC bajo</li> <li>• Cingros cervicales</li> <li>• Previos</li> <li>• Enfermedades sistémicas</li> <li>• Antecedentes de RPM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía</li> <li>• Prueba de nitrazina</li> <li>• USG Cuantificación de líquido amniótico</li> <li>• Amniocentesis</li> <li>• Perfil biofísico fetal</li> </ul>

## asociados a.

Del 23 al 33% de todos los nacimientos prematuros están asociados a la RPM.

La RPM está asociado a un 20% de todas las muertes perinatales.

## Cuidado clínico

- Fiebre
- Flujo vaginal abundante
- Dolor abdominal
- Taquicardia fetal

## Tratamiento

Esquemas de Medicación

## Manejo S.

Esquemas

Antimicrobianos

Corticoides

Clinدامicina 600 mg IV + Gentamicina 4 mg/kg/día por 48 hrs, seguido de clindamicina 300 mg VO 1/6 hrs + Gentamicina 2 mg/kg/día IM 1/12 hrs. Por 5 días.

Ampicilina 2gr + Entamicina 250 VO 1/6 hrs por 48 hrs. seguido de Amoxicilina 250 mg + Entamicina 250 mg VO 1/8 hrs por 5 días.

Betametasona 12 mg IM 1/24 hrs por 2 días  
↓  
Dexametasona 6 mg IM 1/12 hrs por 4 días.

# ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

## Definición

La hipertensión es el trastorno más común del embarazo y se complica 1 de cada 10 gestaciones.

## Epidemiología

- Representa 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales

La preeclampsia es causante de 25-7% de las muertes maternas.

Cerca de 50 a 700 desarrollan secuelas y fallecen.

## Clasificación

### ① Hipertensión gestacional

cc

- Después de los 20 SDG
- Proteinuria negativa
- H. Transitoria  $140/90$  mmHg
- H. crónica  $> 140/90$  mmHg

### ② Pre-eclampsia

cc

- P. A.  $\geq 140/90$  mmHg
- Proteinuria  $\geq 300$  mg/24h.
- $\uparrow$  creatinina serica  $\geq 1.1$  mg/dl

### ③ Preeclampsia con datos de severidad

cc

- P. A.  $\geq 160/110$  mmHg
- Síntoma de compromiso a órganos blancos
- Cefalea, visión borrosa, acúfenos, fosfenos.

### ④ Eclampsia

- Síntomas neurológicos: Convulsiones
- Hiporreflexia, cefalea.
- $< 20$  SDG.

### ⑤ Hipertensión crónica

cc

- P. A.  $\geq 140/90$  mmHg
- Proteinuria negativa
- Antes de 20 SDG.

### ⑥ Hipertensión crónica + Preeclampsia sobre agregada

cc

Desarrollo de preeclampsia en una mujer con hipertensión crónica existente

$< 20$  SDG.

# ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

## Factores de riesgo.

- Edematoso (Extremos de la cara)
- Diabetes mellitus
- Insuficiencia renal
- Obesidad
- H.A crónica
- Embarazo múltiple
- PA  $> 130/80$  mmHg. antes de las 20 SDG.

## Cuadro clínico

- T/A sistólica  $\geq 140$  mmHg
- T/A diastólica  $\geq 90$  mmHg
- Proteinuria
- Cefalea severa o persistente
- Fotopsia
- $\uparrow$  creatinina sérica  $> 1.1$  mg/dL

## Laboratorios

- Hemograma
- Perfil plaquetario
- EGO (proteína creatinina)
- pruebas de función hepática (TGO, TGP, bilirrubinas)

## Doppler

## Ecografía

## Tratamiento

Betabloqueadores

Labetalol: 100, 200 mg VO.

Bloqueadores de los canales de calcio.

Nifedipino: 30 mg q/12 hrs

Ca<sup>++</sup> prolongado

Methyldopa.

Hydrozine.

U.O dosis mínima 50 mg q/8hrs

IV. 5 mg q/20 min.

## Complicación

Síndrome de HELLP

- Hemólisis
- $\uparrow$  Transaminasas
- $\downarrow$  Plaquetopenia.

# DIABETES GESTACIONAL

## Definición

La diabetes mellitus gestacional es un padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de Severidad durante el embarazo que pueden o no resolverse.

## Epidemiología

A nivel mundial se ha estimado en 7% de todos los embarazos, resultando en más de 200 mil casos anuales.

Es recomendable suspender IECA y ARA2 contraindicado

Utilizar alfa metildopa, nifedipino o hidralazina para controlar PA.

Mantener cifras tensionales por debajo de 130/80 mmHg.

## Consejos Preconcepcional

- Educación y consejería
- Metas de control glucémico.
- Automonitoreo
- Consejo Nutricional

Iniciar administración de ácido fólico tres meses antes del embarazo o dosis de 5 mg diarios.

## Fx de riesgo bajo

- Edad < 25 años
- IMC pregestacional < 25 kg/m<sup>2</sup>
- Sin antecedentes de alteración en el metabolismo de la glucosa.
- Sin antecedentes de malos resultados obstétricos
- Grupo étnico con bajo riesgo DM.

## Riesgo medio

- Mujeres que no cumplen criterios de bajo ni alto riesgo

## Riesgo Alto.

- Obesidad Severa
- Edad > 25 años
- Peso materno > 4 kg al nacer
- Polihidramnios antecedentes actual.
- Glucosuria, Sx metabólico

# DIABETES GESTACIONAL

## Cuadro Clínico

- Visión borrosa
- Fatiga
- Sensación de sed
- Polidipsia
- Poliuria
- Infecciones urinarias

## Diagnostico

Glucosa plasmática de ayuno antes de los 13 semanas

Realizar hemiz o CTGO en la semana 24 y 28

Si los niveles plasmáticos de glucosa a la hora son  $\geq 140$  mg/dL se procede a CTGO.

Realizar CTGO en ayuno con carga oral de 100 g de glucosa y mediciones en ayuno con carga y 3 horas pos carga

La presencia de glucosuria 2+ en una ocasión o 1+ en 2 o más ocasiones en exámenes de orina rutinarios.

## Tratamiento

El tratamiento farmacológico se debe considerar cuando la dieta y el ejercicio no logran los cifras meta (menor de 95 mg/dL en ayuno y 120 mg/dL 2 horas).

• Hipoglucemiantes orales

- Metformina
- Glibenclamide

Tratamiento con insulinas de primera elección, de acción intermedia (NPH).

## Seguimiento

- Auto monitoreo
- Ayuno mínimo de 8 hrs.
- Postprandial (1-2 horas).
- Alcanzar metas control.

# Bibliografía

- Guia de practica clinica diagnostico y tratamiento de la enfermedad trofoblastica gestacional. Publicado por IMMS
- Guia de practica clinica . Diagnostico y manejo de anomalias en la inserción placentaria y vasa previa. Actualización 2019
- Guia de practica clinica . Prevención, diagnostico y Tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en el primer nivel de atención. Actualización 2016
- Guia de practica clinica. Prevención, diagnostico y tratamiento del parto pretérmino. Actualización 2017
- Guia de practica clinica. Prevención, diagnostico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas (RPM) 2010.
- Guia de practica clinica. Detección, diagnostico y tratamiento de las enfermedades hipertensivas del embarazo. Actualización 2017
- Guia de practica clinica . Diagnostico y tratamiento de la diabetes en el embarazo, actualización 2016