



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESQUEMAS**

**Presenta: Adriana Bermúdez Avendaño**

**Doctor: Romeo Suarez Martínez**

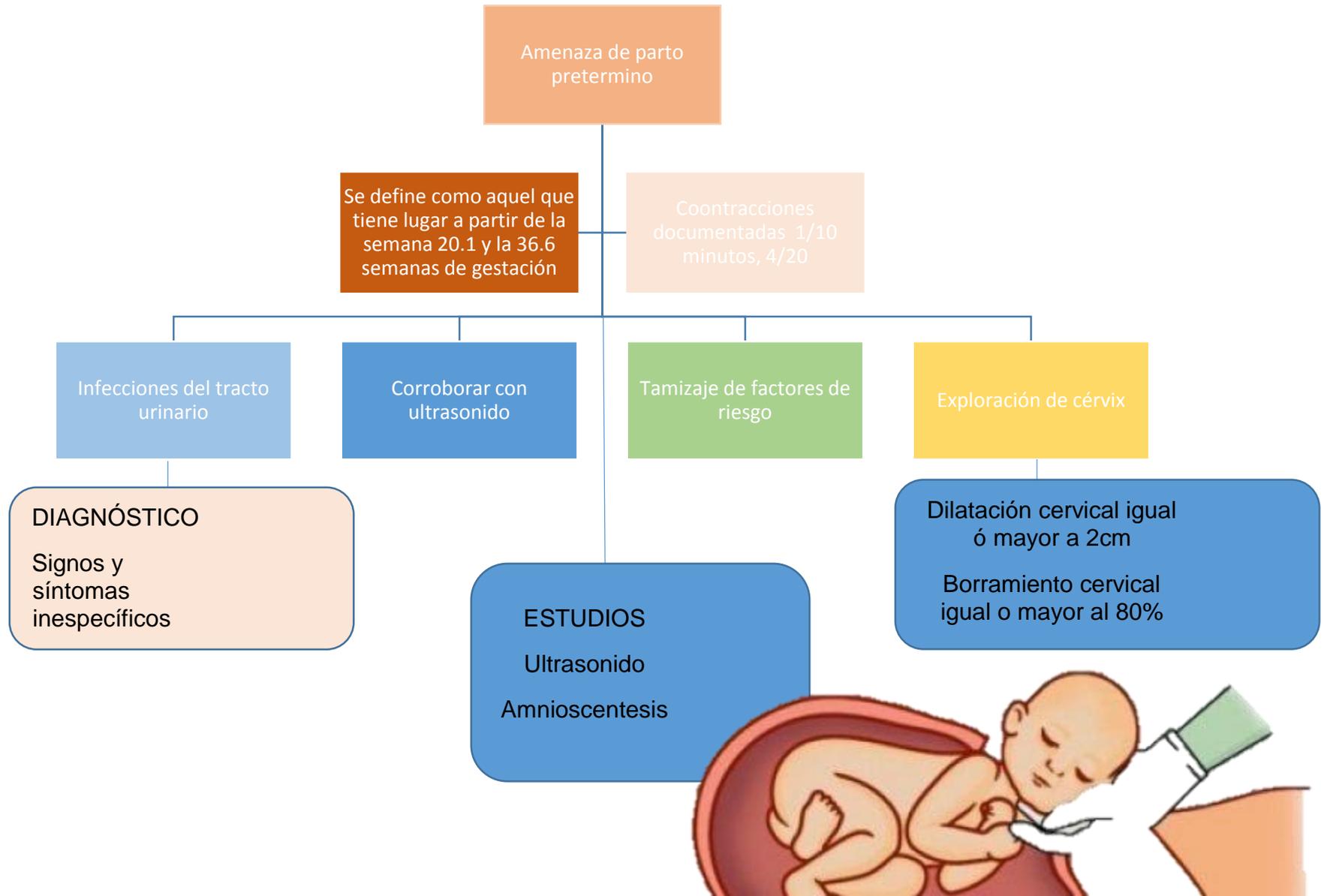
**Grado: 6to      Grupo B**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de octubre del 2020.**



Ginecología

# AMENAZA DE PARTO PRETERMINO



# TRABAJO DE PARTO ANÓMALO

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos, parto normal.

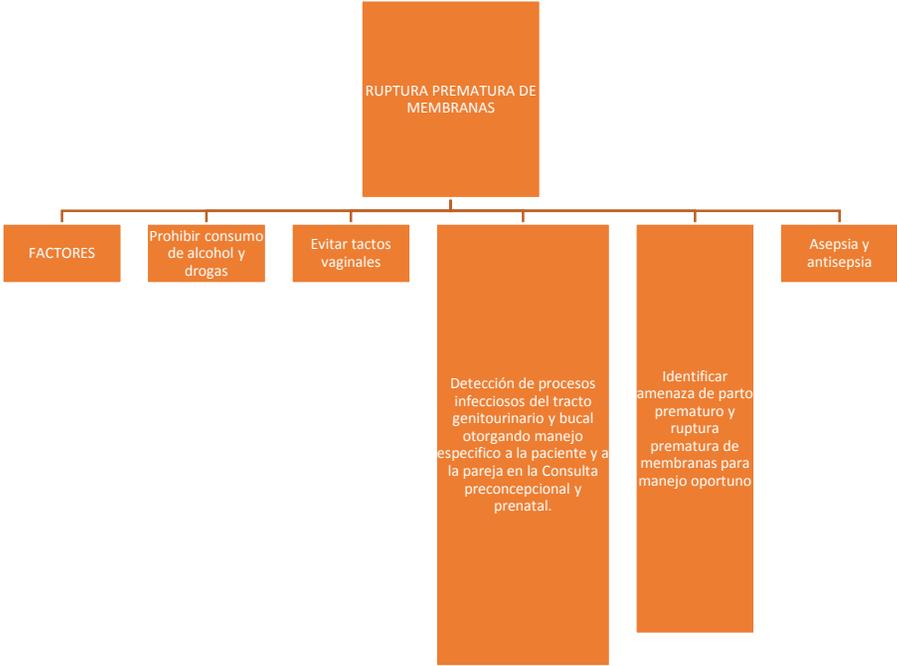
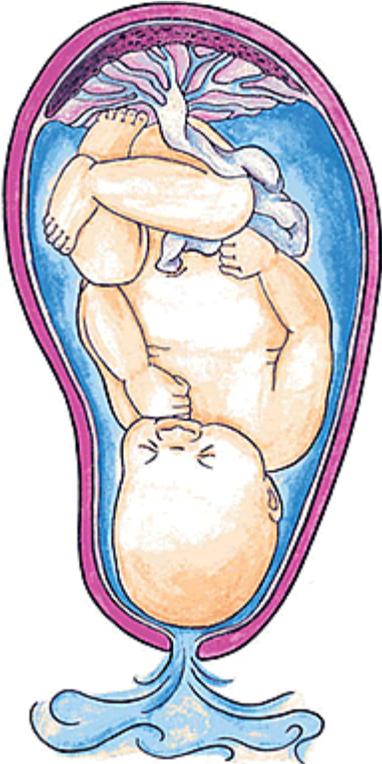


# RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Inflamación o infección de la placenta, corión y el amnios (membranas fetales) puede ser definida clínica o histológicamente



La mayoría de los gérmenes llegan a la cavidad amniótica por vía ascendente, sin embargo existen otras vías menos frecuentes que permiten la entrada de bacterias al Líquido Amniótico



# DIABETES GESTACIONAL

La diabetes mellitus gestacional es definida como la intolerancia a los carbohidratos con diversos grados de severidad que se reconoce por primera vez durante el embarazo, y que puede o no resolverse después del embarazo

En la diabetes pregestacional existe mayor riesgo de abortos, malformaciones congénitas y restricción del crecimiento intrauterino

Realizar tamiz con 50g a toda mujer embarazada a la semana 24 a 28 de gestación.

En pacientes con varios factores de riesgo se realizará en cualquier momento del embarazo; si el resultado es negativo, se repetirá a la semana 24 a 28 de gestación.

Existen 4 formas de realizar el diagnóstico de Diabetes Gestacional.

La meta terapéutica es tener una glucemia en ayuno menor o igual a 95 mg/dl y menor de 120 mg/dL dos horas después de los alimentos.

Dieta y ejercicio

Hipoglucemiantes orales

Los análogos de insulina de acción rápida como lispro y aspart son seguros en el embarazo

Glucemia en ayuno mayor o igual a 126 mg/dL en dos ocasiones.

Glucemia casual mayor de 200 mg/dL

Prueba de tamiz con 50g con resultado mayor o igual a 180mg/dl

Curva de tolerancia a la glucosa con 100g o 75g

Dosis de 0.3 a 1.5 ml por kilo de peso

- La dosis total calculada se dividirá en 2/3 pre-desayuno 1/3 pre-cena (30 minutos antes de los alimentos). La razón NPH/Rápida será 2/1 pre-desayuno y 1/1 pre-cena.

# ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

PREECLAMPSIA

ECLAMPSIA

SINDROME DE HELLP

## - HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

PAS > o igual a 140mmHg y/o PAD > o igual a 90mmHg, después de las 20DSG, sin proteinuria.  
 ❖ En 2 tomas separadas por un intervalo de 4-6hrs entre ellas.

## - PREECLAMPSIA

Hipertensión gestacional + proteinuria significativa (>300 mg en 24 hrs)

## - HTA CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA

Px con HTA crónica que presenta descompensación de las cifras tensiones y aparición de proteinuria después de la 20 SDG

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Hipertensión que se presenta después de la semana veinte de gestación, proteinuria negativa.

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90mmhg, proteinuria mayor a 300mg/24h, Creatinina Sérica elevada (>30 mg/mmol)

PREECLAMPSIA

Es una complicación de la pre-eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos

ECLAMPSIA

<20 SEMANAS

>20 SEMANAS

HIPERTENSIÓN CRÓNICA HIPERTENSIÓN DEL EMBARAZO PREECLAMPSIA ECLAMPSIA SX HELLP + convulsiones

Factores de riesgo:

Obesidad  
 Lupus  
 DM  
 Edad reproductiva >40  
 SAF  
 Trombofilia

TRATAMIENTO

Metildopa  
 Beta-bloqueantes  
 Bloqueantes de los canales de calcio

DIAGNÓSTICO

Creatinina, electrolitos, y niveles de ácido úrico en suero  
 Hepatograma  
 Recuento de plaquetas  
 Evaluación de la proteinuria  
 Por lo general, fondo de ojo





