



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumno (a):  
Mónica Suset Albores Cruz.**

**Nombre del profesor:  
María Cacilia Zamorano  
Rodríguez.**

**Materia: ginecología y  
obstetricia.**

**Grado: 5°**

**Grupo: "A"**

PASIÓN POR EDUCAR

# PUERPERIO PATOLÓGICO

## ¿QUÉ ES?

Son las complicaciones durante el periodo puerperal, relacionadas principalmente con hemorragia e infección. Sangrado postparto que excede los 500 ml o un descenso significativo del hematocrito o que implique la necesidad de transfusión sanguínea. Cualquier pérdida hemática postparto que cause compromiso hemodinámico. Grave es el sangrado vaginal que excede los 1000 ml.

## CLASIFICACIÓN

- Precoz: Ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto
- Tardía: Después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas.



## PUERPERIO PATOLÓGICO



## FACTORES DE RIESGO

- ✓ Edad avanzada
- ✓ Gran multiparidad.
- ✓ Intervalo intergenésico corto.
- ✓ Atonía uterina.
- ✓ Legrados uterinos.
- ✓ Primiparidad.
- ✓ Obesidad materna.
- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Trabajo de parto prolongado
- ✓ Hemorragia anteparto.
- ✓ Anemia materna

## TRATAMIENTO

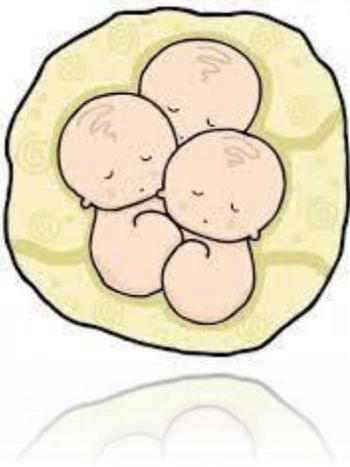
- Recuperar estabilidad hemodinámica mediante la instauración de una fluidoterapia agresiva, a razón de 3
- Transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre
- Monitorear estrechamente las constantes vitales y obtener muestras de sangre cada 30 minutos.
- Administrar Oxígeno a razón de 6 a 8 litros por minuto.
- sonda vesical para monitorear diuresis.
- Reevaluar la respuesta a la infusión de líquidos dentro de los 30 minutos para determinar la evolución de la paciente.
- Después de la estabilización hemodinámica se debe buscar identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo.
- Es la segunda causa directa de mortalidad materna y la responsable de la mayoría de las muertes del puerperio tardío.
- Durante el siglo XIX la sepsis puerperal cobró proporciones epidémicas, sobre todo en las maternidades. En la primera mitad del siglo pasado, la sepsis puerperal tenía una mortalidad muy alta, del 65 al 85% .



# EMBARAZO MÚLTIPLE

## ¿QUÉ ES?

Es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente idénticos.



## FACTORES QUE INFLUYEN

**Genética:** los antecedentes familiares de embarazo múltiple aumentan las posibilidades de que se repita.

**Embarazo tardío:** a mayor edad la mujer tiene más probabilidad de una doble ovulación, especialmente entre los 30 y los 35 años.

**Embarazos previos:** si la mujer ha tenido varios embarazos, la posibilidad de tener mellizos aumenta.

**Tratamientos de fertilidad:** los medicamentos que se administran para mejorar la fertilidad, que estimulan a los ovarios para que produzcan múltiples óvulos, y las técnicas de reproducción asistida, en las que se transfieren al útero varios embriones, incrementan considerablemente la incidencia de embarazo múltiple

## ¿POR QUÉ SE PRODUCE?

- **Herencia genética:** los antecedentes familiares de mellizos o gemelos aumentan las posibilidades de que se produzca un embarazo múltiple.
- **Edad:** a partir de los 30-35 años aumenta la probabilidad de que dé un embarazo múltiple, especialmente si ha habido embarazos previos.
- **Tratamientos de fertilidad:** los medicamentos que se administran para mejorar la fertilidad mediante la estimulación de los ovarios favorecen que se desprendan dos o más óvulos, que pueden resultar fecundados y, por tanto, dar lugar a un embarazo múltiple.
- **Técnicas de reproducción asistida:** suelen implantarse en el útero varios óvulos fecundados para lograr que al menos uno de ellos se implante correctamente. Pero pueden hacerlo varios. No obstante, en la actualidad se han desarrollado técnicas que permiten reducir las posibilidades de embarazo múltiples, al menos de más de dos embriones



# DISTOCIAS MECANICAS

## ¿QUÉ ES?

Al momento de nacer, el feto es expulsado hacia el exterior de la madre y esto se debe a las contracciones uterinas que se producen en el canal del parto, que está conformado por partes blandas y otras partes óseas.

La distocia mecánica no es más que la dificultad que se genera en el parto vaginal debido a las alteraciones en las partes blandas y óseas que allí se encuentran.



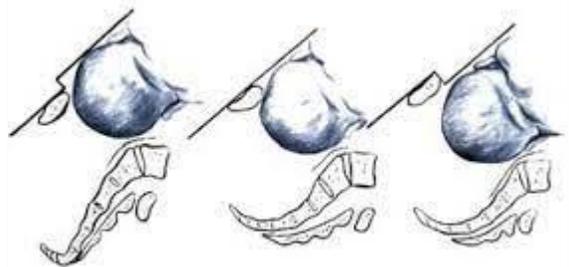
## ANOMALIAS

Existen muchas alteraciones vasculares hereditarias aunque son raras en la práctica clínica. Las alteraciones que más frecuentemente nos encontramos son debidas a procesos infecciosos, inflamatorios o traumáticos (accidentales o quirúrgicos). Los traumáticos son los únicos que pueden causar una hemorragia considerable.



## ROTURA UTERINA

La rotura uterina se identifica por un dolor en la zona abdominal intenso, colapsante, el cual tiene un inicio brusco que puede ser acompañado o no de metrorragia y una sensación de gravedad por parte del paciente. Si es producido en el momento del parto, disminuyen las contracciones y por consiguiente el feto abandona la cavidad uterina ocupando inmediatamente la cavidad abdominal por debajo, siendo palpable de manera facio a través de ella. Se evidencia hipotensión e taquicardia como consecuencia de la hemorragia intraperitoneal que por consiguiente genera un estado de shock hipovolémico con taquicardia hipotensión arterial y oliguria. Puede que típicamente una bradicardia fetal.



# DISTOCIAS DINAMICAS

## ¿QUÉ ES?

Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación.



## CONTRACCIONES

- Tono: es la presión mas baja entre las contracciones. (8-12 mmHg)
- Intensidad. la presión intrauterina en la contracción. (30-50 mmHg)
- Frecuencia: n°/10 min. (3-5 /min)
- Intervalo: tiempo entre 2 contracciones.
- Duración: es el tiempo transcurrido desde que se inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. (30 y 90 segundos)



## TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE

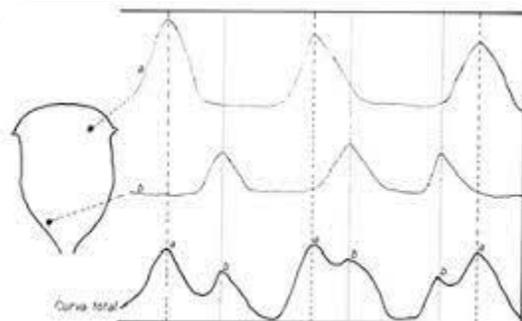
- propagación descendente
- duración de la fase sistólica de la contracción en las partes altas
- la intensidad es más fuerte en las partes altas.

## MÉTODOS DE REGISTRO

- Por palpación abdominal.
- Registro de la presión uterina
- Tocografía externa

## SINTOMATOLOGÍA

- Intensidad: < 20 mm Hg
- Frecuencia disminuida (< 2/10 min)
- Intensidad: normal.
- La duración del parto suele prolongarse se detiene < 15 mm Hg.
- El tono puede ser normal. (8 a 12 mm Hg)
- Palpación flácida, intervalo de 5 a 10 min.





# FORCEPS



## ¿QUÉ ES?

Es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal.

## PARA QUE SIRVE

Los fórceps son similares a 2 grandes cucharas para ensalada. El médico las utiliza para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto. La madre empujará al bebé hacia afuera el resto del trayecto.



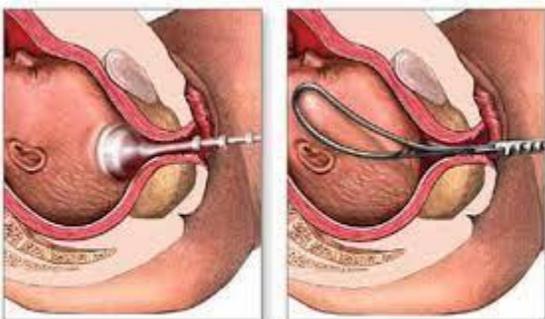
## ¿CUANDO SON NECESARIAS?

- Después de pujar por varias horas, el bebé puede estar cerca de salir, pero necesitar ayuda para atravesar la última parte de la vía del parto.
- Usted puede estar demasiado cansada para seguir pujando
- Un problema de salud puede hacer que pujar sea peligroso para usted.
- El bebé puede estar mostrando señales de estrés y necesitar salir más rápido de lo que usted puede empujarlo por su cuenta.



## RIESGOS

- Los riesgos para la madre son:  
Desgarros más graves en la vagina que podrían requerir una recuperación prolongada y (en pocos casos) cirugía para corregirlos  
Problemas para orinar o defecar después del parto
- Los riesgos para el bebé son:  
Protuberancias, moretones o marcas en la cabeza o la cara del bebé. Estas sanarán en unos días o semanas.  
La cabeza puede hincharse o estar en forma de cono. Esto debe retornar a la normalidad generalmente al cabo de uno o dos días.  
Los nervios del bebé pueden resultar lesionados por la presión de los fórceps. Los músculos faciales del bebé pueden descolgarse si los nervios están lesionados, pero volverán a la normalidad cuando estos sanen.  
El bebé se puede cortar a causa de los fórceps y sangrar. Esto es poco común.  
Puede haber sangrado dentro de la cabeza del bebé. Esto es más grave, pero muy poco frecuente.



# OPERACIÓN CESÁREA



## ¿QUÉ ES?

Una operación cesárea es el tipo de parto mediante el cual un bebé nace a través de un corte (incisión) en el abdomen y en el útero de la madre. Suele llamarse cesárea. En la mayoría de los casos, una mujer puede estar despierta durante el parto y estar con el recién nacido poco tiempo después. Vea una imagen de un parto por cesárea.

Si está embarazada, las probabilidades de que pueda dar a luz a su bebé a través de la vía del parto (parto vaginal) son altas. Sin embargo, existen casos en los que debe realizarse una cesárea por la seguridad de la madre o del bebé. Por este motivo, incluso si planifica tener un parto vaginal, es una buena idea aprender acerca de la cesárea, en caso de que suceda algún imprevisto.

## ¿CUANDO REALIZARLA?



Una cesárea se puede planificar o no. En la mayoría de los casos, los médicos realizan operaciones cesáreas debido a problemas que surgen durante el trabajo de parto. Los motivos por los que podría necesitar una cesárea no planificada incluyen:

El trabajo de parto es lento y difícil o se detiene por completo.

El bebé muestra señales de sufrimiento fetal, como una frecuencia cardíaca muy rápida o muy lenta.

Un problema con la placenta o con el cordón umbilical pone al bebé en riesgo.

El bebé es demasiado grande para nacer por parto vaginal. Cuando los médicos saben acerca de un problema con anticipación, es posible que programen una cesárea. Los motivos por los que podría tener una cesárea planificada incluyen:

El bebé no está en una posición de cabeza abajo cerca de su fecha probable de parto.

Usted tiene un problema, como una enfermedad cardíaca, que podría empeorar por el esfuerzo del trabajo de parto.

Usted tiene una infección que podría contagiar al bebé durante un parto vaginal.

Está embarazada de más de un bebé (embarazo múltiple).

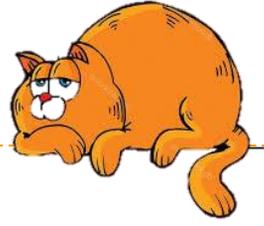
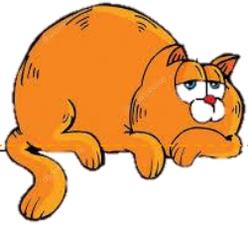


## RIESGO

- Infección de la incisión o del útero.
- Pérdida importante de sangre.
- Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones de la madre.
- Lesión a la madre o al bebé.
- Problemas relacionados con la anestesia, como náuseas, vómito y dolor de cabeza intenso.
- Problemas respiratorios en el bebé si nació antes de la fecha probable de parto.



# ABORTO



## ¿QUÉ ES?

Es la pérdida del embarazo "en un momento en el que el feto o embrión no es viable, es decir, que no es capaz de sobrevivir fuera del útero materno", explica Manuel Fernández ginecólogo y director de IVI Sevilla. Según la definición que hace la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pérdida de la gestación de un embrión o feto que tenga menos de medio kilo o 500 gramos o hasta la semana 22. En caso de que sea otra semana más avanzada u otro peso pero totalmente incompatible con la vida también se consideraría aborto.

Se puede producir tanto de forma espontánea como inducida. Sea cual sea el caso, el aborto concluye con la expulsión del feto a través del canal vaginal.



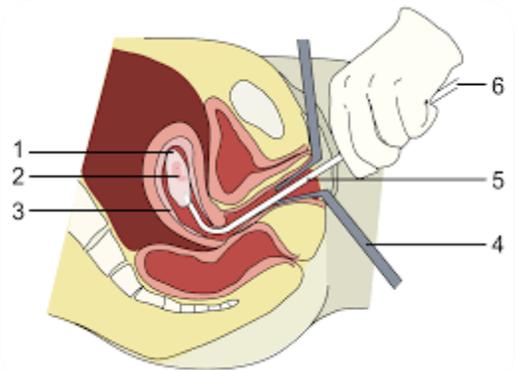
## DESPUÉS DE UN ABORTO

Una vez el aborto se ha llevado a cabo, se suele realizar un examen del útero adicional para determinar si queda tejido fetal en el útero. También se estudia si los restos expulsados correspondían a un feto o a una mola hidatiforme, una masa de células que son el resultado de un óvulo no desarrollado correctamente. En caso de que queden restos, se recurre a un legrado.

En cuanto a los problemas que tiene la mujer tras el aborto, Fernández señala que "en los abortos muy precoces, no suele afectar mucho físicamente a la mujer, salvo algún sangrado o molestia abdominal que se resuelven rápidamente. Cuando es tardío puede afectar más y si hace falta realizar un legrado, puede haber complicaciones derivadas de esta técnica".

## RIESGO

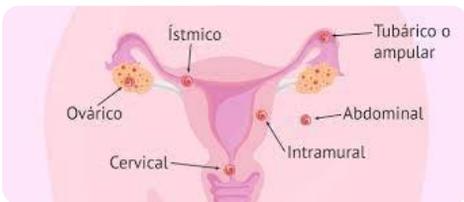
El aborto es una de las intervenciones instrumentales más frecuentes en España, "su incidencia de complicaciones es baja cuando es realizada por profesionales capacitados/as para realizar esta intervención y cuando se ha realizado un correcto acompañamiento psicológico" explican desde la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). La mayoría de los abortos no necesitan hospitalización, "las técnicas que se usan en los centros acreditados, consensuadas por los expertos, son ambulatorias, es decir, no requieren de hospitalización en el centro", informan desde ACAI. El tiempo de la intervención "varía mucho sobre todo en función de las semanas y las técnicas usadas. A más semanas más tiempo de gestación y más tiempo de estancia habitualmente"



# EMBARAZO ECTÓPICO

## ¿QUÉ ES?

Se producen con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. Este tipo de embarazo ectópico se denomina embarazo tubárico. A veces, el embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero (cuello del útero), que se conecta con la vagina. Los embarazos ectópicos no pueden continuar con normalidad. El óvulo fecundado no puede sobrevivir, y el aumento de tejido puede provocar sangrado que ponga en riesgo la vida si no se trata



## FACTORES DE RIESGO

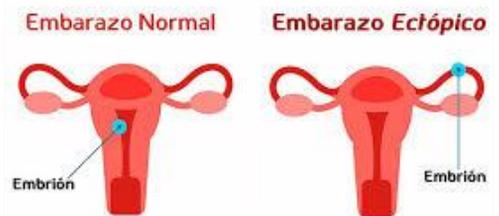
- ❑ Un embarazo ectópico anterior. Si anteriormente tuviste este tipo de embarazo, existen más probabilidades de que tengas otro.
- ❑ Inflamación o infección. Las infecciones de transmisión sexual, como la gonorrea o la clamidia, pueden provocar la inflamación de las trompas y otros órganos cercanos, y aumentar tu riesgo de tener un embarazo ectópico.
- ❑ Tratamientos de fertilidad. Algunas investigaciones indican que las mujeres que se someten a fertilización in vitro o tratamientos similares tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico. La misma infertilidad también puede aumentar el riesgo.
- ❑ Cirugía tubárica. La cirugía para corregir las trompas de Falopio cerradas o dañadas puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.
- ❑ Elección de un método anticonceptivo. La probabilidad de quedar embarazada mientras se usa un dispositivo intrauterino (DIU) es reducida.

## SÍNTOMAS

Es posible que no note ningún síntoma al principio. Sin embargo, algunas mujeres que tienen un embarazo ectópico presentan los signos o síntomas tempranos habituales del embarazo: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y náuseas. Si te haces una prueba de embarazo, el resultado será positivo. Aún así, el embarazo ectópico no puede continuar con normalidad. A medida que el óvulo fecundado crece en el lugar inadecuado, los signos y síntomas se hacen más notorios

## ADVERTENCIA

A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico. Si la sangre se filtra por la trompa de Falopio, es posible que sientas dolor en el hombro o la urgencia de realizar una deposición. Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados





# PLACENTA PREVIA



## ¿QUÉ ES?

La placenta previa ocurre cuando la placenta del bebé obstruye de manera total o parcial el cuello uterino de la madre (la salida del útero). La placenta previa puede provocar un sangrado grave durante el embarazo y el parto. Si tienes placenta previa, es posible que tengas sangrado durante todo el embarazo y durante el parto. El profesional de salud a cargo de tu atención te recomendará que evites realizar actividades que puedan provocar contracciones, como mantener relaciones sexuales, realizarte lavados vaginales, usar tampones o participar en actividades que puedan aumentar el riesgo de tener sangrado, como correr, ponerte en cuclillas y saltar



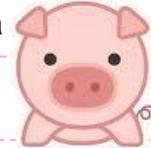
## FACTORES DE RIESGO

- La edad.
- Tuvieron un bebé
- Tienen cicatrices en el útero, por ejemplo, a raíz de una cirugía previa, como un parto por cesárea, la extracción de un fibroma uterino o un procedimiento de dilatación y legrado
- Tuvieron placenta previa en un embarazo anterior
- Están gestando más de un feto
- Tienen 35 años o más
- No son de raza blanca
- Son fumadoras
- Consumen cocaína

## SINTOMAS

El sangrado vaginal indoloro de color rojo brillante durante la segunda mitad del embarazo es el síntoma principal de placenta previa. Algunas mujeres también tienen contracciones.

En muchas mujeres a las que se les diagnosticó placenta previa durante las primeras etapas del embarazo, la placenta previa se resuelve. A medida que el útero crece, puede aumentar la distancia entre el cuello uterino y la placenta. Cuanto más placenta recubre el cuello uterino y permanezca sobre el cuello uterino durante el embarazo, es menos probable que se resuelva



## COMPLICACIONES

- Sangrado. Durante el trabajo de parto, el parto o en las primeras horas después de dar a luz, puede presentarse un sangrado (hemorragia) vaginal intenso que puede poner en riesgo la vida.
- Parto prematuro. El sangrado intenso puede dar lugar a una cesárea de emergencia antes de que tu embarazo haya llegado a término.

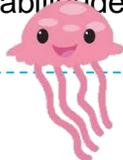


# INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS Y EMBARAZO



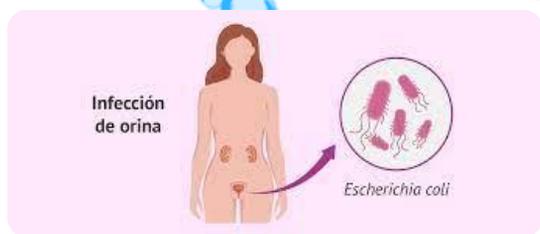
## ¿QUÉ ES?

Las infecciones de las vías urinarias son frecuentes durante el embarazo, probablemente porque el crecimiento uterino y las hormonas producidas durante el embarazo ralentizan el flujo urinario en los conductos que conectan los riñones a la vejiga (uréteres). Cuando el flujo urinario es lento, es probable que las bacterias no sean arrastradas fuera de las vías urinarias, con lo que aumentan las probabilidades de infección.



## FACTORES DE RIESGO

Parto prematuro  
Rotura prematura de las membranas que contienen el feto  
Algunas veces, las bacterias presentes en la orina provocan una infección en la vejiga o los riñones que causa síntomas. Pero las bacterias pueden infectar la orina sin producir síntomas de infección del sistema urinario, por lo que los médicos habitualmente comprueban la orina en busca de bacterias incluso en las mujeres gestantes sin síntomas. Si las mujeres embarazadas tienen bacterias en la orina o sufren una infección renal, se toma una muestra de orina cada mes y se analiza.

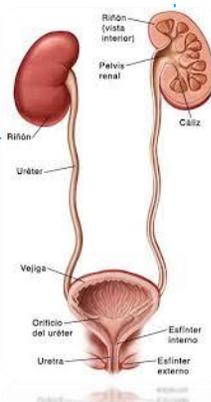


## TRATAMIENTO

El tratamiento de la infección urinaria sintomática no cambia por el embarazo, excepto que deben evitarse los fármacos que pueden dañar al feto (véase tabla Algunos fármacos con efectos adversos durante el embarazo). Como la bacteriuria asintomática puede producir una pielonefritis, debe tratarse con antibióticos como si fuera una infección urinaria.

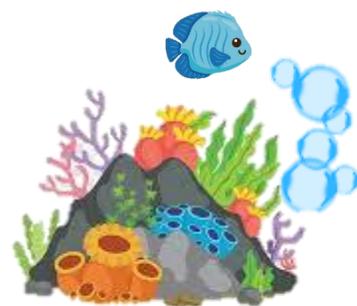


La selección del antibacteriano se basa en la susceptibilidad individual y local y los patrones de resistencia, pero una buena elección inicial empírica incluye:  
Cefalexina  
Nitrofurantoína  
Trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX)

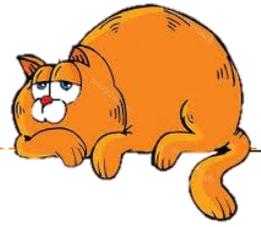
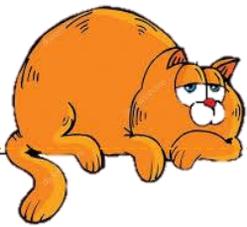


## FACTORES DE RIESGO

- Bacteriuria asintomática.
- IVU a repetición.
- Malformaciones uroginecológicas.
- Litiasis renal.
- Reflujo vesico ureteral.
- Insuficiencia renal.
- DM
- Enfermedades neurológicas.



# AMENAZA DE PARTO PREMATURO



## ¿QUÉ ES?

(APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación.



## TIPOS

- Prematuro tardío, si nació entre la semana 34 y la semana 36 completas de embarazo
- Prematuro moderado, si nació entre la semana 32 y la semana 34 de embarazo. Muy prematuro, si nació antes de las 32 semanas de embarazo
- Prematuro extremo, si nació antes de las 25 semanas de embarazo



## PROCEDIMIENTO

- ✓ Examen pélvico. El proveedor de atención médica puede evaluar la firmeza y la sensibilidad del útero, y el tamaño y la posición del bebé. Siempre que no hayas roto bolsa y que la placenta no esté cubriendo el cuello del útero (placenta previa).
- ✓ Ecografía. Puede usarse una ecografía transvaginal para medir la longitud del cuello del útero. También podría hacerse para verificar si existen problemas con el bebé o la placenta, confirmar la posición del bebé, evaluar el volumen de líquido amniótico y estimar el peso del bebé.
- ✓ Control del útero. El proveedor de atención médica puede usar un monitor uterino para medir la duración y la distancia entre las contracciones.
- ✓ Análisis de laboratorio. El proveedor de atención médica puede tomar una muestra de tus secreciones vaginales para detectar la presencia de determinadas infecciones y de fibronectina fetal, una sustancia que actúa como un adhesivo entre el saco fetal y el revestimiento del útero, y que se expulsa durante el trabajo de parto.

## SÍNTOMAS

- Tamaño pequeño con cabeza desproporcionadamente grande
- Apariencia más delgada con rasgos menos redondeados que los de un bebé que nació a término, debido a la falta de reservas de grasa
- Cabello fino (lanugo) en casi todo el cuerpo
- Temperatura corporal baja, en especial, inmediatamente después del nacimiento en la sala de parto debido a la falta de grasa corporal almacenada
- Respiración fatigosa o dificultad para respirar
- Falta de reflejos para succionar y tragar, lo que provoca dificultades para alimentarse



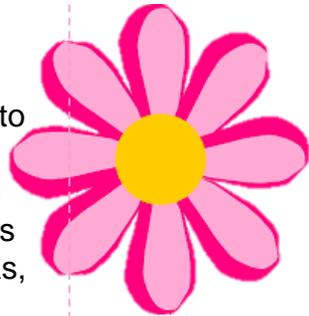
# EMBARAZO DE ALTO RIESGO



## ¿QUÉ ES?

Un embarazo de alto riesgo es un embarazo que pone en riesgo la salud o la vida de la madre o del feto. A menudo requiere atención especializada de proveedores especialmente capacitados.

Algunos embarazos se vuelven de alto riesgo a medida que progresan, mientras que algunas mujeres tienen mayor riesgo de tener complicaciones incluso antes de quedar embarazadas, por diversas razones.



## FACTORES DE RIESGO

- Afecciones de salud existentes, como presión arterial alta, diabetes o ser VIH positivo
- Sobrepeso y obesidad. La obesidad aumenta el riesgo de tener presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional, mortinatalidad, defectos del tubo neural y parto por cesárea.
- Nacimientos múltiples. El riesgo de complicaciones es mayor en las mujeres embarazadas con más de un feto (mellizos y otros embarazos múltiples). Las complicaciones comunes incluyen preeclampsia, trabajo de parto prematuro y nacimiento prematuro.
- Madres jóvenes o de edad avanzada. El embarazo en adolescentes o mujeres de 35 años de edad o más aumenta el riesgo de preeclampsia y presión arterial alta gestacional.



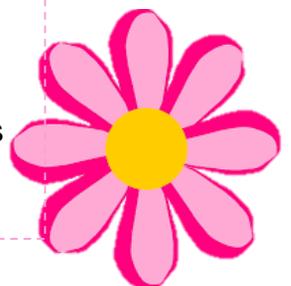
## PREVENCIÓN

Tomar al menos 400 microgramos de ácido fólico (un tipo de vitamina B) todos los días antes y durante el embarazo.

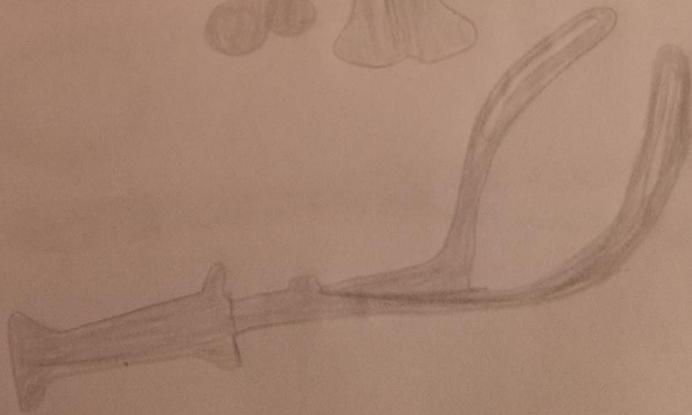
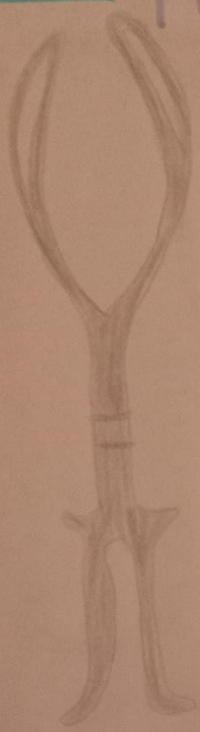
Recibir las inmunizaciones adecuadas.

Mantener un peso saludable; llevar una dieta sana; realizar ejercicio físico de forma regular; y evitar los cigarrillos, el alcohol o las drogas.

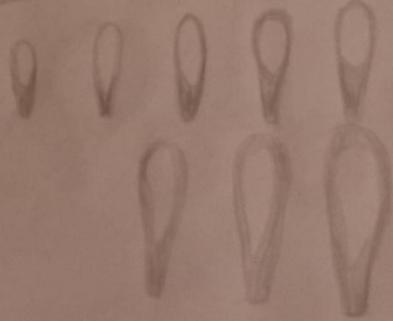
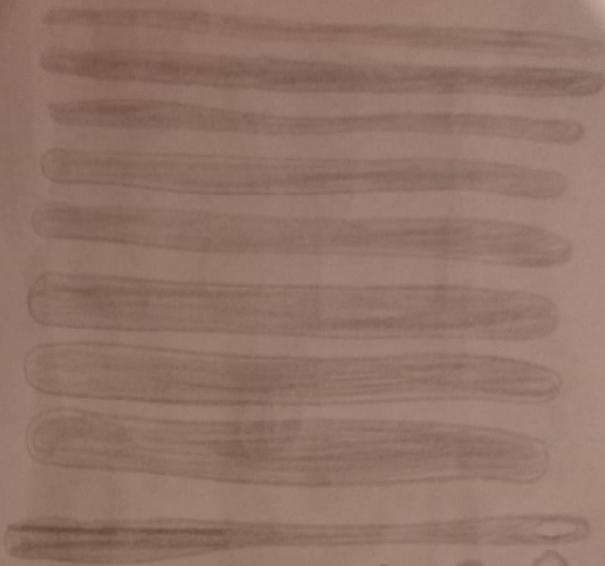
Acudir a las visitas prenatales desde las primeras etapas del embarazo y visitar a un profesional de la salud de forma regular durante el embarazo.

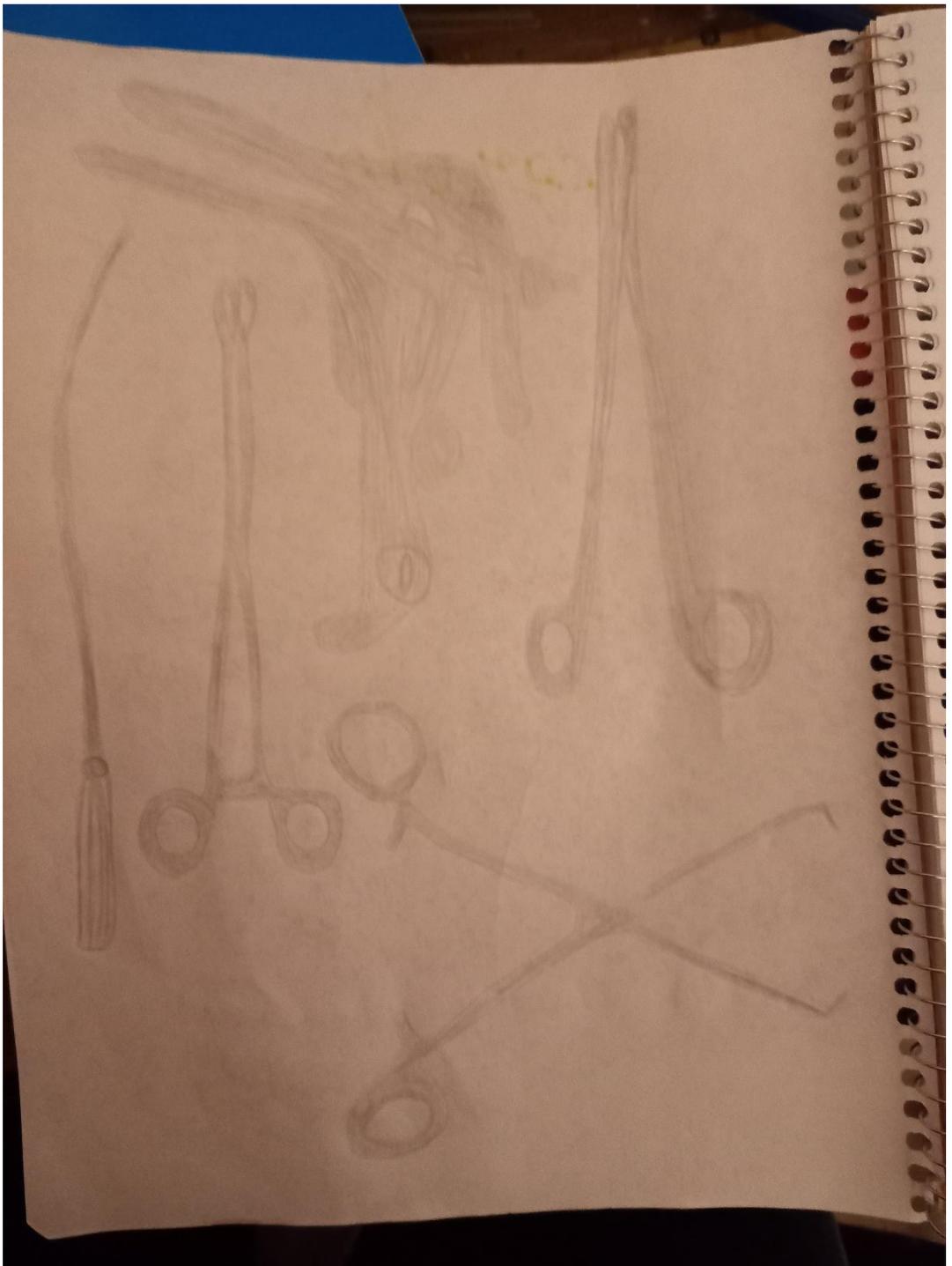


# FORCEPS

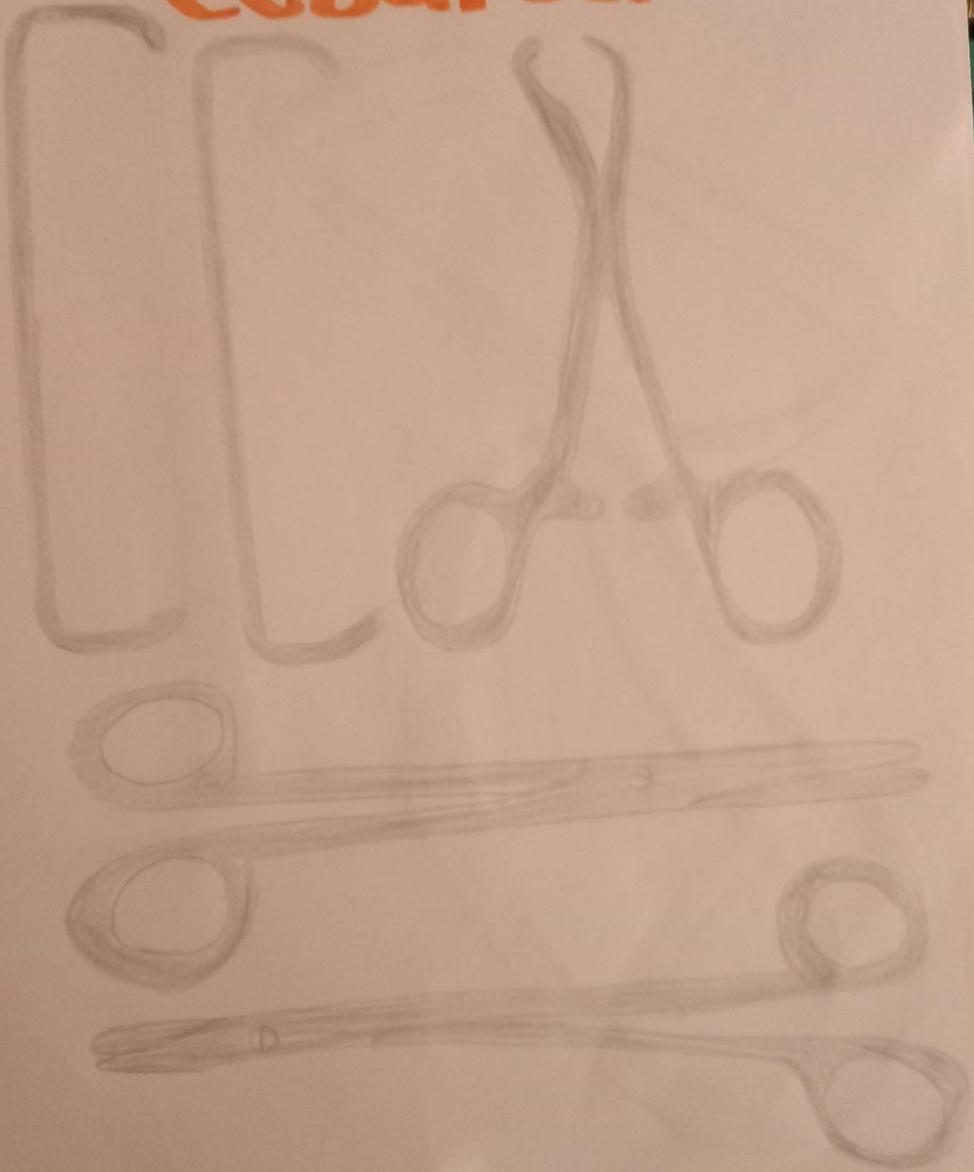


# Legrado





# Cesarea



CEGALCO

