



Nombre de alumno: Esmeralda Méndez
López

Nombre del profesor: MARIA CECILIA
ZAMORANO RODRIGUEZ

Nombre del trabajo: Súper nota de la 3
unidad y Práctica

Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Grado: 5

Grupo: A

Puerperio patológico. Choque séptico

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia.

Las posibles patologías acontecidas en este periodo son un motivo frecuente de consulta en urgencias, siendo además estos procesos la causa más frecuente de mortalidad materna, incluso en nuestro medio. La hemorragia postparto no va a ser incluida ya que se va a desarrollar en el capítulo de la hemorragia postparto.

PUERPERIO PATOLÓGICO

Proceso séptico localizado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, y que se manifiesta en el puerperio

Signos y síntomas comunes

- Fiebre
- Líquidos fétidos
- Dolor abdominal
- Subinvolución uterina



<i>Causas obstétricas directas</i>	50%
Hipertensión (preeclampsia y eclampsia)	30,76%
Embolia pulmonar	23,07%
Hemorragia obstétrica	23,07%
Otras causas...	7,7%
<i>Causas obstétricas indirectas</i>	42,30%
Patología cardiovascular	42,30%
Patología neurológica	36,30%
Patología infecciosa	27,27%
Patología nefrourológica	18,18%
Patología neoplásica	9,09%
Causa desconocida	7,69%

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes, han disminuido la frecuencia de esta patología.

Patología vascular del puerperio Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, representando una de las principales causas de mortalidad materna.

Patología psiquiátrica del puerperio No se sabe con certeza que la etapa perinatal aumente los trastornos psiquiátricos aunque en el primer mes postparto se considera de mayor riesgo. Conviene no olvidar que los síntomas de trastornos mentales pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio o se clasifican como propios de esa situación. E

Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversa

Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos o septillizos, entran en esta categoría.

Existen muchos factores relacionados con un embarazo múltiple. Entre los factores naturales se puede incluir:



Herencia: Los antecedentes de embarazos múltiples en la familia aumentan las probabilidades de tener mellizos.

- **Edad madura:** Las mujeres mayores de 30 años tienen más probabilidades de una concepción múltiple. En la actualidad muchas mujeres postergan la maternidad, y muchas veces el resultado es la concepción de mellizos.

- **Una alta paridad:** El hecho de haber tenido uno o más embarazos previos, en especial un embarazo múltiple, aumenta la probabilidad de tener un embarazo múltiple.

- **La raza:** Las mujeres afroamericanas son más propensas a tener mellizos que cualquier otra raza. Las mujeres asiáticas y americanas nativas tienen las tasas más bajas de embarazos múltiples. Las mujeres caucásicas, en especial las que se encuentran por encima de los 35 años, tienen la tasa más elevada de embarazos múltiples de más de dos fetos (trillizos o más).



¿Cómo se produce un embarazo múltiple?

Se describen 2 mecanismos. El primero resulta de la división de un huevo en 2 o más huevos idénticos (monocigóticos) y el segundo cuando 2 ó más óvulos son fecundados por 2 ó más espermatozoides creando huevos diferentes (bicigóticos).



Distocias mecánicas

La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana) o está mal posicionado (p. ej., presentación podálica o de nalgas). La presentación fetal normal es de vértice, con el occipucio hacia adelante

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.

Anomalías óseas



Las anomalías óseas logran afectar al estrecho superior de la pelvis, al estrecho inferior, a la excavación o a las combinaciones de las anteriores.

Tradicionalmente se encuentra que el estrecho superior (ES) está corto si su diámetro anteroposterior es igual o inferior a 10 cm o si el diámetro transversal máximo es igual o inferior a los 12 cm. Aunque en ciencia cierta estos conceptos basados en medidas se encuentran obsoletos, ya que actualmente nadie los utiliza. Está claro que las medidas de la pelvis ósea van a depender del fenotipo que posea cada mujer, y es falso que pueda ser utilizado en límites o puntos de corte de forma universal de las mediciones.

En cada mujer que tendrá parto natural se debe evaluar su pelvis además de la relación con la presentación fetal ambas de forma individual.

El feto posee dificultad al atravesar el ES y por ello se crea la falta de encajamiento, produciendo una desproporción pélvico-cefálica

Anomalías de las partes blandas



a) Anomalías cervicales. Las anomalías secundarias a cauterización, desgarro, amputaciones o anatómicas congénitas, se ven condicionadas en repetidas ocasiones a fibrosis que logran impedir la dilatación con la que se debe recurrir a la cesárea. El edema cervical, parcialmente del labio superior y ocasionado a un comienzo extremadamente precoz de los pujos, tiende a tratarse con leves maniobras de rechazo entre la cabeza fetal y el pubis al comenzar la contracción. Es posterior al pinzamiento del cuello siendo el caso de desproporción pélvico-cefálica, se debe iniciar una cesárea.

b) Anomalías vaginales. Los tabiques suelen ser transversales y longitudinales. Los principales pueden ser incompletos y completos además asociarse a diferentes malformaciones genitourinarias. Los completos mayormente con demasiados elásticos y pocas veces ocasionan distocias. Los incompletos a veces paran la progresión de la cabeza, y en otros casos la misma dinámica uterina ocasiona la aparición de notables desgarros vaginales. Y gracias a esto se aconseja la sección quirúrgica del posterior hemostasia y tabique.

ROTURA UTERINA

La rotura uterina se puede considerar una complicación de grado alto en obstetricia. Se debe diferenciar la rotura uterina, la cual afecta a todas las capas encontradas en el útero, de la dehiscencia de la cesárea previa a la cicatriz, la cual nos proporciona que el peritoneo este íntegro, y en la mayoría de los casos posee un morbilidad escasa y por lo general es un hallazgo asintomático en el curso de una cesárea posterior o al continuar a la revisión posparto a la cicatriz uterina de la 'paciente que ha concebido por vía vaginal

Distocias dinámicas



El diagnóstico de la distocia de dinámicas del trabajo de parto solo se puede realizar en el periodo de dilatación y borramiento.

Fase latente prolongada →

Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en múltipara.

Tiene una frecuencia del 0,3 al 4.2%.

La contractibilidad uterina inadecuada se denomina distocia disfuncional o dinámica. La distocia dinámica puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo. A su turno, las distocias de tipo cuantitativo pueden ser por aumento de la actividad uterina (hiperdinamias) o por disminución de la actividad uterina (hipodinamias). Las hiperdinamias pueden ocurrir desde el inicio del trabajo de parto; en tal caso se atribuyen a mayor excitabilidad uterina, al aumento de la secreción de oxitocina y a la contextura vigorosa del miometrio. También pueden ocurrir hiperdinamias cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto, y su origen puede ser iatrogénico (administración exagerada de oxitócicos) o provocadas por obstrucción del parto. El síntoma principal es el aumento exagerado del dolor durante la contracción, el signo clínico es aumento de la consistencia del útero (leñosa) y se evidencia mediante monitoría electrónica por aumentos de la duración de la contracción (mayor de 70 segundos), de la intensidad (mayor de 50 mmHg) y, secundariamente, del tono uterino. Las hiperdinamias pueden provocar hipoxia y sufrimiento fetal, parto precipitado, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, desgarros del canal del parto y atonía posparto. Si no se establece ninguna medida terapéutica también puede ocurrir hipodinamia hipertónica (tétanos Uterino) o hipodinamia hipotónica secundaria por cansancio de la fibra muscular.

Fórceps: concepto, generalidades, requisitos, indicaciones, contraindicaciones, técnica

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. Otra técnica que el médico puede utilizar para sacar al bebé se llama parto con ventosa.



¿Cuándo es necesario un parto con fórceps?

Incluso después de que su cuello uterino esté completamente dilatado (abierto) y usted haya estado pujando, aún puede necesitar ayuda para sacar al bebé. Las razones incluyen:

- 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.

¿Cuáles son los riesgos?

En su mayoría, los partos vaginales asistidos con fórceps son seguros cuando son realizados correctamente por un médico experimentado. Además, pueden reducir la necesidad de una cesárea. Sin embargo, hay algunos riesgos asociados a un parto con fórceps.

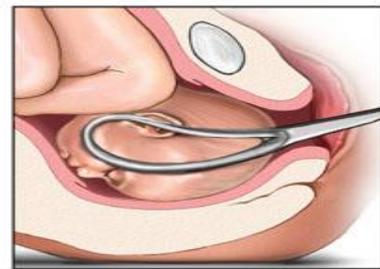
Para la madre, los riesgos son:

- Desgarros más graves en la vagina que podrían requerir una recuperación prolongada y (pocos casos) cirugía para corregirlos
- Problemas para orinar o defecar después del parto

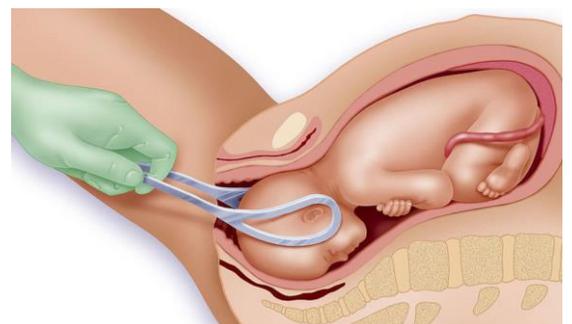
-Para el bebé, los riesgos son:

- 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.

PARTO CON FÓRCEPS

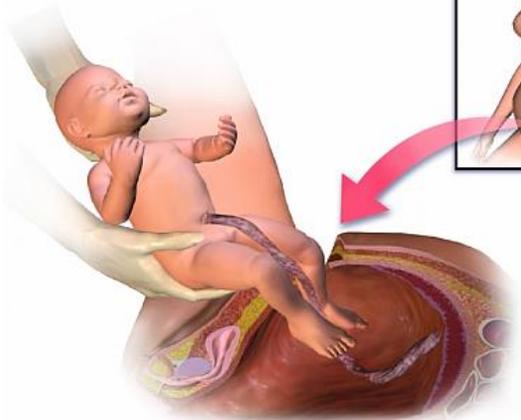


La mayoría de estos riesgos no son graves. Cuando se emplean correctamente, pocas veces los fórceps causan problemas duraderos.



Operación cesárea

La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero. Al principio la cesárea era una intervención que solo se practicaba cuando la madre moría y el feto seguía vivo en su interior.



Las principales razones por las que ha aumentado el número de cesáreas son:

- Los avances en la cirugía hacen que los riesgos de la cesárea hayan disminuido considerablemente. Una cesárea predispone a que los siguientes partos se tengan que realizar también por cesárea.

- El control de la madre y el feto durante todo el parto es más escrupuloso gracias a las nuevas tecnologías, por lo que se detecta mejor cualquier empeoramiento de la salud materna y fetal. Del mismo modo ha aumentado el control de la embarazada durante toda la gestación, y es más fácil reconocer cuándo va a ser necesario un parto por cesárea.

- Se ha incrementado el número de partos múltiples, debido a que es más común la práctica de técnicas de reproducción asistida en las parejas que no pueden tener hijos de forma natural.

- Supuestamente el parto vaginal podría aumentar el riesgo de pérdidas de orina y de prolapsos vaginales en la madre; por este motivo, hay embarazadas que presionan al médico para que lleve a cabo una cesárea en su parto. Sin embargo, no hay estudios que demuestren que el parto vaginal esté relacionado con estas alteraciones.

- Las demandas judiciales ante partos por vía vaginal son más frecuentes que en los partos por cesárea. Los médicos, entonces, optan por una vía más segura judicialmente cuando se presenta algún problema en el transcurso del embarazo o del parto, que indiquen la posible conveniencia de cesárea.

Motivos que afectan a la madre

Hay situaciones en las que una cesárea es un beneficio claro para la madre, frente a la opción del parto vaginal. Por ejemplo, las mujeres enfermas del corazón se exponen a grandes riesgos en un parto vaginal. También puede indicarse una cesárea si hay un tumor en el cuello uterino u otro lugar que dificultara el paso del feto hacia el exterior, o cuando existe una desproporción evidente entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre.

Motivos que afectan al bebé

Más de la mitad de las cesáreas se deben a algún motivo relacionado con el bebé. Hay muchas circunstancias en las que el parto vaginal supone un peligro para el feto, las más importantes son:

Pérdida de bienestar fetal: en ocasiones, el interior del útero ya no es un lugar seguro y cómodo para el bebé, principalmente porque no le llega suficiente oxígeno y nutrientes. En un parto vaginal esta situación empeoraría aún más. Las nuevas tecnologías detectan mejor que antes estas alteraciones, lo que permite decidir en cualquier momento si es necesario extraer al bebé del modo más rápido, que es la cesárea.

- Presentación de nalgas: aunque se puede realizar un parto vaginal si el bebé viene de nalgas, muchos médicos prefieren realizar una cesárea y evitar así los riesgos añadidos que supone un parto de nalgas.

Aborto: etiología y clasificación

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción.



Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en:

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado
- Aborto terapéutico

Aborto espontáneo o natural: El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.

Aborto espontáneo



Aborto provocado o aborto criminal:

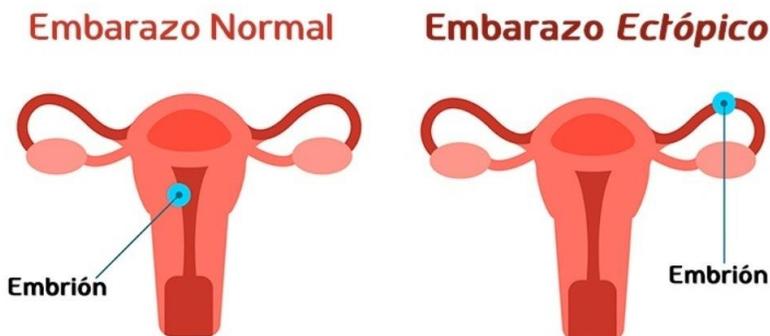
Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptualizado como un acto natural.

Aborto terapéutico: Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenido.



Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es un problema que se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta de forma equivocada en otras estructuras que no sean el útero. La forma más común de embarazo ectópico es el embarazo tubárico, que ocurre en las trompas de Falopio.



El embarazo ectópico es un embarazo sin futuro. El huevo, además de no poder desarrollarse normalmente fuera del útero, también puede causar graves lesiones de las estructuras que lo rodean. Si no se trata, el embarazo ectópico presenta alto riesgo de muerte.

Factores que aumentan moderadamente el riesgo

- Tabaquismo.
- Quedarse embarazada con el tratamiento para la infertilidad.
- Infección ginecológica previa por clamidia o gonorrea.
- La paciente ha tenido un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Historia de múltiples parejas sexuales.

Existe tratamiento quirúrgico y tratamiento con drogas para el embarazo ectópico.

2. Tratamiento quirúrgico →

Históricamente, el tratamiento del embarazo ectópico siempre fue llevado a cabo con cirugía para extirpar el embrión mal implementado. Actualmente, la cirugía es el tratamiento de elección para el 60% de los casos.

Factores que aumentan mucho el riesgo:

- Inflamación o infección de la trompa de Falopio (salpingitis).
- Lesión estructural de la trompa de Falopio por inflamaciones previas.
- Cirugía previa de las trompas. Fallas de la ligadura de trompa.
- Episodio de embarazo ectópico previo.
- Uso de DIU (el DIU rara vez falla, pero cuando esto ocurre, el riesgo de embarazo tubárico es enorme).

Factores que aumentan ligeramente el riesgo:

- Cirugía abdominal o pélvica previa.
- Costumbre de usar ducha vaginal.

1.- Tratamiento medicamentoso →

Si el embarazo ectópico se diagnostica temprano, puede administrarse medicamentos para prevenir el desarrollo del embrión, haciendo con que el mismo no evolucione. El medicamento generalmente utilizado es el metotrexato por vía intramuscular en dosis única. En la actualidad, aproximadamente 1/3 de los embarazos ectópicos son tratados con metotrexato.

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios (ver Saco amniótico y placenta).

Esta enfermedad puede aparecer durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico



Patología

La enfermedad trofoblástica gestacional se puede clasificar en

Mola hidatiforme, que puede ser completa o parcial
La neoplasia trofoblástica gestacional, que incluye corioadenoma destruens (lunar invasor), coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario (muy raro) y tumor trofoblástico epitelioides (extremadamente raro)

La enfermedad trofoblástica gestacional también se puede clasificar desde el punto de vista morfológico:

Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.

Mola invasora: el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.

Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.

Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.

Tumor trofoblástico epitelioides: esta rara variante del tumor trofoblástico del sitio placentario está compuesto por células trofoblásticas intermedias. Al igual que los tumores trofoblásticos del sitio placentario, puede invadir tejidos adyacentes o hacer metástasis.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

Se define como el desprendimiento Prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI) al desprendimiento de la placenta del útero antes de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo durante el parto. A diferencia de la placenta previa en esta patología la placenta que implantada a alguna distancia del orificio cervical interno.

Su incidencia es baja sin embargo esta aumenta en presencia de embarazo gemelar. Los principales factores de riesgo son:



Apoplejía uteroplacentaria, degeneración deciduo-placentaria precoz, traumatismos, hematoma retroplacentario, edad materna, multiparidad, hipertensión, preeclampsia, rotura prematura de membranas pretérmino, corioamnionitis, tabaquismo, trastornos tromboembólicos, leiomiomas, cesárea anterior, diátesis hemorrágica.

Dentro de las manifestaciones clínicas la hemorragia vaginal es el signo de presentación más frecuente, Generalmente no es tan abundante como en el caso de placenta previa. Es probable que haya hemorragia oculta cuando en caso de derrame sanguíneo por detrás de la placenta, en tal caso puede existir desprendimiento de placenta sin embargo las membranas se mantienen fijas, así la cabeza fetal está tan adaptada al segmento uterino inferior que imposibilita el paso de sangre. También la gestante puede presentar dolor abdominal a la palpación uterina. El estado general de la gestante es alterado con angustia, dolor abdominal y en ocasiones un cuadro de shock. Esta patología puede provocar: Pérdida de bienestar fetal, Polisistolia o hipertonía, Amenaza de parto pretérmino

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

El cuadro de DPPNI, o “Abruptio Placentae” se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto. Puede ser Parcial o total.



Desprendimiento prematuro de placenta

- Separación de la placenta
- Sitio de implantación
- Hemorragia entre membranas y útero
- Luego cuello uterino y sale
- Hemorragia externa
- Menor frecuencia se queda atrapada
- Hemorragia oculta
- Desprendimiento puede ser:
- Parcial
- Total
- La hemorragia oculta Peligrosa
- Coagulopatía y Diagnóstico lento

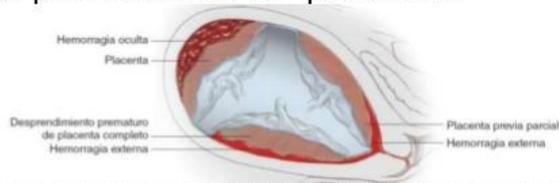


FIGURA 35-3 Hemorragia por separación prematura de placenta. **Hemorragia externa:** la placenta se desprendió en la periferia y las membranas entre la placenta y el conducto cervicouterino se desprendieron de la decidua subyacente. Esto permite la salida de sangre por la vagina. **Hemorragia oculta:** la periferia de la placenta y las membranas continuaron adheridas y la sangre permanece dentro del útero.



FIGURA 35-4 Desprendimiento prematuro de placenta total con hemorragia oculta y muerte fetal.

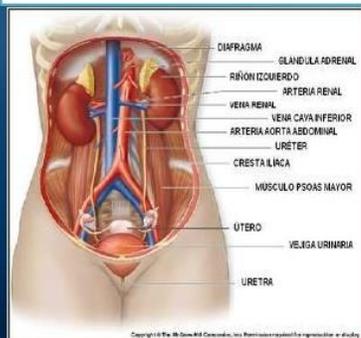


FIGURA 35-5 Desprendimiento prematuro de placenta parcial con coágulo adherente.

INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

IVU EN EL EMBARAZO

“es la invasión, proliferación de bacterias en el aparato urinario que desencadenan una respuesta inflamatoria de la mujer grávida.”



Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Madrid – España 2007. Pág. 627-633.

La presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye:

Bacteriuria asintomática: Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100 000 UFC//mL de orina en dos o más muestras y en ausencia total de síntomas urinarios (Schneeberger C, 2015).

-Cistitis aguda: Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.

-Cistouretritis aguda: Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vesical. Se acompaña de bacteriuria entre 10² y 10⁵ colonias/mL de orina.

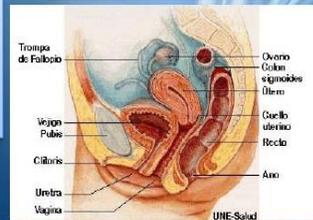
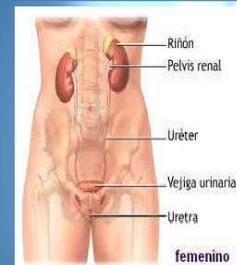
La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, conlleva a un incremento significativo en la morbilidad tanto en la madre como en el feto.

Infecciones del tracto urinario: Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

PATOGENIA

- Uretra femenina de 3-4 cm
- Cercanía con canal vaginal y ano
- Colonización de introito, piel periuretral y uretra distal por microorganismos.



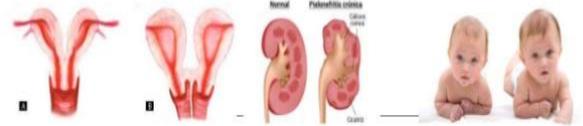
Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Madrid – España 2007. Pág. 627-633.

Amenaza de parto prematuro. Ruptura prematura de membranas

La amenaza de parto pretérmino (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. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical > a 2 cm y borramiento >80%.

Causas y factores de riesgo

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc.



- **Factores uterinos:** malformaciones útero arcuado hasta septo uterino total
- **Factores maternos:** infecciones sistémicas, pielonefritis, pre eclampsia, consumo de drogas
- **Traumatismo:** secreción de adrenalina y noradrenalina, intervención quirúrgica
- **Anomalías fetales:** polhidramnios, tumoración, malformaciones
- **Ruptura prematura de membranas:** causa mas importante
- **Embarazo múltiple**
- **Idiopático**



COMPLICACIONES

FETALES Y NEONATALES

1. Desencadenamiento del trabajo de parto 80-90% en embarazos a término en 24 hrs 50% en embarazos pre término en 48 hrs
2. Prematuridad síndrome de dificultad respiratoria, enteritis necrosante y hemorragia cerebral
3. Hipoplasia pulmonar
4. Riesgo de pérdida del bienestar fetal
5. Infección fetal importante después de las 24 hrs
6. Prolapso de cordón desprendimiento de placenta normalmente inserta
7. Morbimortalidad perinatal



Evaluación clínica

Cuando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros:

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal...
- Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
- Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.

Diagnóstico

- Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:
 - 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
 - Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
 - Palpables y dolorosas. Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.

Embarazo de alto riesgo toxemia diabetes y embarazo



Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio (después del parto). En estos casos, tanto la mujer como el bebé deben someterse a un control más completo, para evitar posibles riesgos.

Diabetes

Las mujeres que tienen diabetes antes de quedar embarazadas, tienen entre 2 y 3 veces más riesgo que las no diabéticas de presentar complicaciones durante el embarazo como aborto espontáneo, malformaciones congénitas, preeclampsia o parto prematuro.

Controlar la diabetes antes de la concepción reducirá el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos. Por tanto, es importante que las mujeres con esta condición médica planifiquen su embarazo.

Hipertensión arterial

En este caso, el objetivo se centra en normalizar los valores de la presión arterial antes de concebir. Además, hay que evaluar el tratamiento que se sigue, ya que algunos medicamentos están contraindicados durante el embarazo por sus efectos adversos para el feto.

Complicaciones durante el embarazo

Cuando un embarazo es considerado de alto riesgo la mujer embarazada llevará un seguimiento más completo y una serie de cuidados especiales. Además, hay ciertas medidas que puedes tomar para disminuir las complicaciones.

Entre ellas se incluyen:

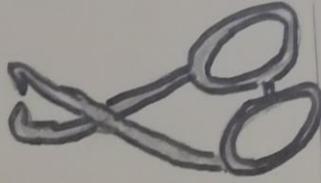
- Problemas en el útero, el cuello uterino o la placenta ☒
- Embarazo múltiple
- Demasiado, o bien, poco líquido amniótico ☒ Crecimiento fetal restringido
- Preeclampsia y eclampsia
- Parto prematuro
- Diabetes gestacional
- Incompatibilidad de grupos sanguíneos madre-bebé.

- Cita preconcepcional
- Atención prenatal regular
- Dieta saludable
- Evitar el estrés y la actividad física intensa

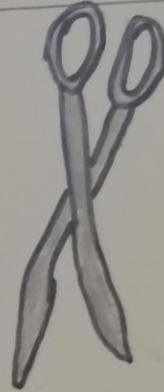
INSTRUMENTAL CESAREA



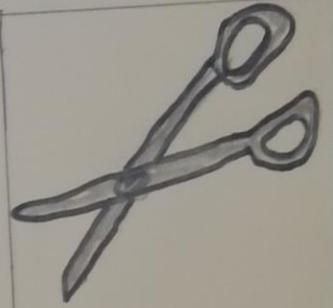
Selander farabert



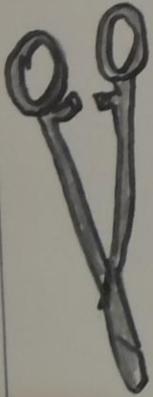
Pinzu curvo
backhaus



Tijera de mayo
recta



Tijera
Metzenbaum
curva 18 cm



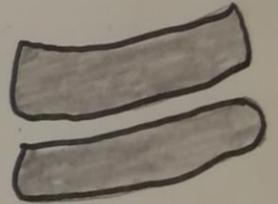
Portagusa
mayo hegar
18 cm



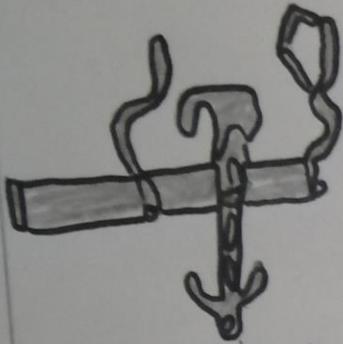
Portagusa
mayo 20 cm



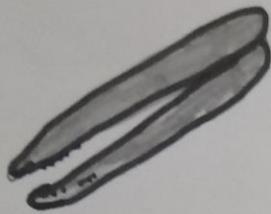
Canula de
succión
Yankaver
standard



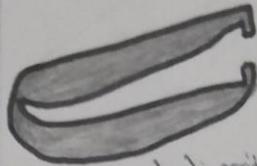
Valva
maleable mediana
40 mm x 13



Valva supraPubica Para
Serrador bulfour 8,5cm



Pinza diseccion
sin dientes 20 cm



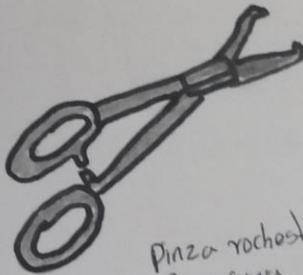
Pinza de diseccion
con diente 18 cm



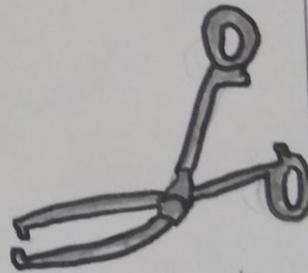
Pinza diseccion
rusa 20 cm



Pinza Kelly curva
14 cm



Pinza Rochester-
Pear curva
30 cm

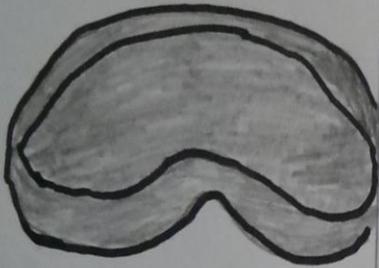


Pinza ailes 5x6
dientes 19 cm

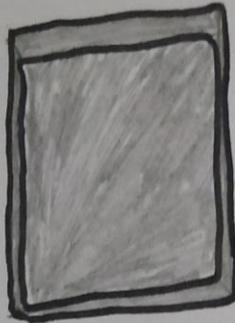


Mango de
bisturi No 4

INSTRUMENTAL DE LEGRADO



Riñonera



Banda en
acero inoxidable



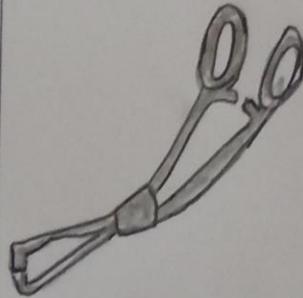
Pinza de
bozeman



Set de dilataores de
hegar 3mm a 18mm
de diametro



Cureta de novak



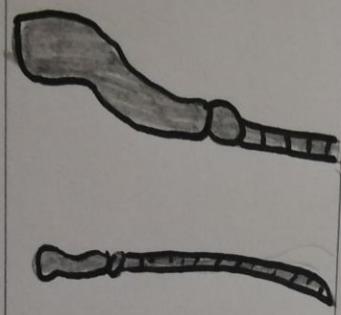
Pinza de tenaculo
schoerer



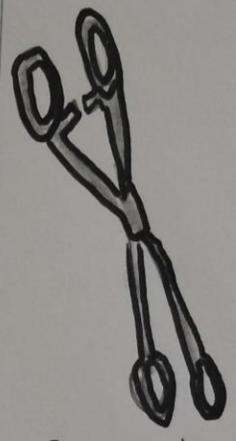
Especulo
vaginal de
graves
mediano



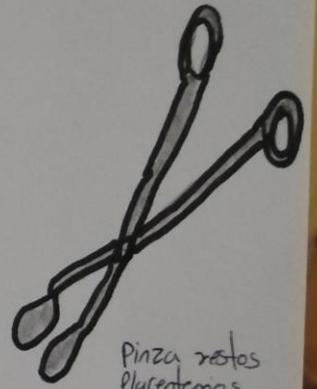
Pinza Schubert para biopsia



Histerometro de Sims
Graduado en 32 cm



Pinza foerster 25cm



Pinza nates
Placentarios
Pozzi 25.5 cm