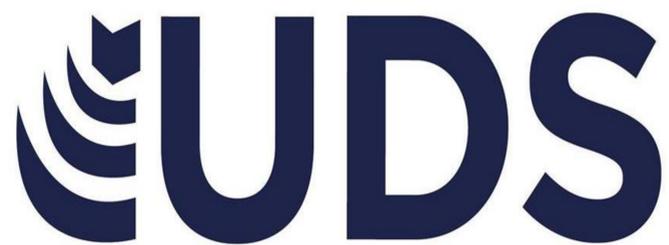


# PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**CARRERA:** Lic. en enfermería.

**MATERIA:** Ginecología y obstetricia.

**ACTIVIDAD 3:** Infografías sobre patología obstétrica.

**UNIDAD III:** Patología obstetricia y operatoria.

**DOCENTE:** Dr. Gustavo Armando López Cruz.

**ALUMNA:** Deyanira Santiago Pacheco.

**MODALIDAD:** Escolarizado.

**MATRICULA:** 422419083.

**FECHA:** 14 /03/20.

# RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

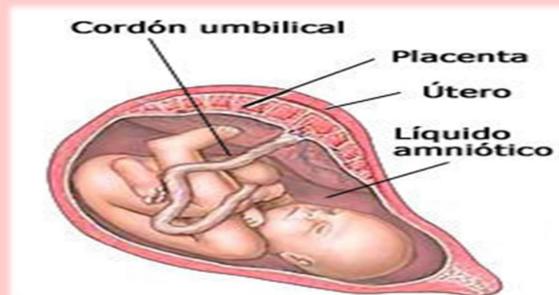


Es la pérdida de la continuidad o rotura de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto



## MEMBRANAS FETALES Y SU FUNCIÓN.

Son estructuras que protegen, sostienen y nutren al embrión y al feto. Entre las que se incluyen son: el saco vitelino, la alantoides, el amnios, el corion, el cordón umbilical y la placenta.



## CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO.



Infecciones del tracto reproductivo materno (vaginosis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnionitis oculta).



Factores conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias).



Estrato socioeconómico bajo (nutrición inadecuada).



Relaciones sexuales un mes previo al parto.



Complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia istmico cervical, cotizaciones).



Hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo.

## COMPLICACIONES MATERNAS

- Corioamnionitis.
- Infección puerperal (deciduoendometritis)
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI).
- Endometritis post parto.
- Sepsis.
- Shock séptico.
- Muerte.



Defectos en el desarrollo de las estructuras de las membranas (inserción marginal o velamentosa del cordón Umbilical)



Demasiado estiramiento del saco amniótico.



Si estuvo embarazada antes y tuvo una RPM o una RPMP.

## TRATAMIENTO

### La terapia antibiótica combinada:

- Ampicilina + eritromicina 250 mg intravenosa cada 6 horas por 48 horas, seguido de amoxicilina 250 mg + eritromicina 250 mg vía oral cada 8 horas por 5 días.
- Clindamicina 600 mg intravenosa + gentamicina 4 mg/kg/día por 48 horas, seguido de clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas + gentamicina 2 mg/kg/día intramuscular cada 12 horas por 5 días.

### Corticoesteroides:

- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis



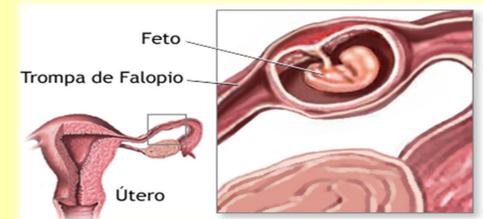
## COMPLICACIONES FETALES

- Sufrimiento fetal.
- Óbito (muerte o pérdida de un bebé antes o durante el parto).
- Compresión y prolapso de cordón.
- Premadurez.
- Sepsis neonatal.
- Neumonía séptica.
- Hipoplasia pulmonar.
- Infección neonatal.
- Síndrome de distress respiratorio
- Hemorragia intraventricular
- Daño neurológico.
- Retardo en el desarrollo.
- Muerte fetal.



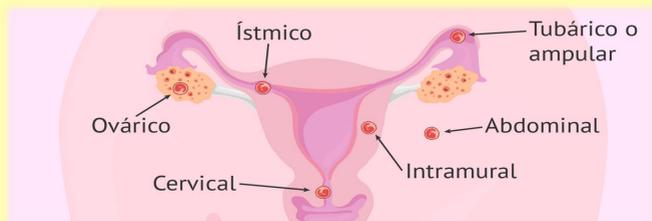
# EMBARAZO ECTÓPICO.

Ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta y se desarrolla en algún lugar fuera del útero. Lo más probable es que ocurra en una de las trompas de falopio (llamado embarazo tubárico).

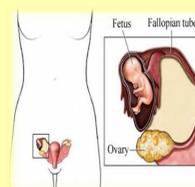


## TIPOS

- **Embarazo ectópico tubárico o ampular:** el embrión se anida en las trompas de Falopio.
- **Embarazo ectópico ístmico:** la implantación tiene lugar en el istmo, al final de la trompa de falopio.
- **Embarazo ectópico ovárico:** el embrión se implanta en el ovario y puede confundirse con un quiste.
- **Embarazo ectópico cervical:** la anidación tiene lugar en el cuello uterino o cérvix.
- **Embarazo ectópico abdominal:** el embrión se implanta dentro de la cavidad peritoneal. Es muy infrecuente.
- **Embarazo ectópico intramural:** se localiza en el miometrio. Es el tipo mas raro de todos.



## CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO



Embarazo ectópico previo.



Bloqueo o retraso del trayecto del óvulo fecundado por un alargamiento anormal de las trompas.



Edad materna mayor de 35 años.



Tabaquismo.



El uso del dispositivo intrauterino (DIU).



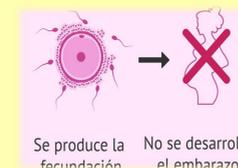
Enfermedad inflamatoria pélvica.



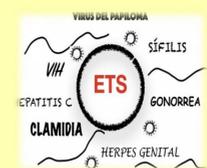
Cirugía tubárica previa.



Procedimientos quirúrgicos (aborto o una ligadura de trompas).



Infertilidad debida a un trastorno de las trompas de falopio.



Antecedentes de (ETS) o endometriosis.



cirugía de pelvis o de abdomen previas.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS



Retraso o ausencia de la menstruación.



Dolor en el hipogastrio o en la pelvis, especialmente de un lado.



Palpación de una protuberancia en un lado del útero,



Dolor de hombro.



Sangrado vaginal.



Gran sensación de debilidad, mareos o desmayos.



Dolor lumbar



Pechos sensibles.



Palidez y presión arterial baja.

## DIAGNOSTICO

- Una prueba de embarazo.
- Un examen pélvico para revisar el tamaño del útero y palpar bultos o zonas sensibles en su abdomen.
- Una ecografía.
- Análisis de sangre, para medir una hormona producida por la placenta al principio del embarazo, denominada gonadotropina coriónica humana (hCG).



## COMPLICACIONES

- Puede causar que las trompas de Falopio se abran repentinamente. Si no se trata.
- Depresion después de un embarazo ectópico.
- Dificultad para quedar embarazada.
- Mayor probabilidad de tener otro embarazo ectópico.



## TRATAMIENTO

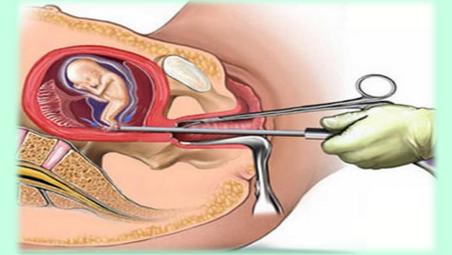
Cirugía laparoscópica o cirugía abdominal.  
Una inyección de metotrexato, que detiene el crecimiento celular y disuelve las células existentes.  
La salpingostomía y la salpingectomía son dos cirugías laparoscópicas utilizadas para tratar algunos embarazos ectópicos.  
Cirugía de emergencia (laparotomía)



# ABORTO



Es la interrupción espontánea o provocada de un embarazo antes de semana 20 – 22 contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.



## TIPOS

- **Aborto espontáneo:** es aquel tipo de aborto debido a causas naturales, no siendo voluntario ni provocado.
- **Aborto espontáneo inevitable:** la hemorragia aumenta, y tu cuello uterino se abre. Si ocurre esto, no hay posibilidades de que tu embarazo continúe
- **Aborto por infección o séptico:** es una infección intrauterina grave durante o poco después de un aborto.
- **Aborto fallido o retenido:** Se trata de un tipo de aborto natural en el que por algún motivo el feto en gestación fallece naturalmente, pero permanece en el útero materno durante semanas sin ser expulsado por el cuerpo de la mujer.
- **Aborto inducido:** Se trata del aborto provocado voluntariamente, es decir el resultado de aplicar determinados procedimientos de manera voluntaria para interrumpir la gestación.
- **Aborto terapéutico:** es el proceso de interrupción de embarazo por indicación médica, cuando existe riesgo para la vida de la madre o el feto.
- **Aborto por medio mecánicos/quirúrgicos:** es aquel tipo de aborto inducido en que el método de interrupción es mecánico, removiendo al feto a través de procedimientos como la aspiración, el raspado o la inyección de sustancias que generan quemaduras al feto y le provocan la muerte.
- **Aborto químico o farmacológico:** es el tipo de aborto inducido en el se le suministra a la gestante determinados medicamentos con tal de finalizar la gestación.
- **Aborto completo:** aquel aborto en el que se expulsan o son retirados la totalidad de restos biológicos del feto y placenta.
- **Aborto incompleto:** parte del feto o de los productos de la gestación permanecen dentro del útero, quedando restos en el interior.

## FACTORES DE RIESGO.



Edad avanzada <35 años.



Toxicomanías (alcohol, tabaco, drogas, cafeína).



Factores anatómicos (miomas, malformaciones uterina o incompetencia cervical)



Anormalidades cromosómicas.



Desnutrición.



Estrés.



Abortos espontáneos anteriores.



Diabetes no controlada.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

- **Aborto espontáneo:** sangrado vaginal, contracción uterina, flujo vaginal con mal olor, dolor intenso o calambres en el abdomen o la parte inferior de la espalda o pelvis, fiebre y escalofríos, fluidos o tejidos que salen por la vagina.
- **Aborto espontáneo inevitable:** Hemorragia abundante, puede haber o no dilatación cervical.
- **Aborto por infección o séptico:** existe secreción hematurpurulenta fétida a través del cérvix, fiebre sin otro foco evidenciable, hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdominopélvico a la movilización del cérvix y el útero, alteración del estado general.
- **Aborto fallido o retenido:** este no muestra ningún síntoma y al no expulsar los restos, la mujer no nota nada. La única manera de descubrir este aborto es mediante una ecografía.
- **Aborto por medio mecánicos/quirúrgicos:** sangrado irregular o manchado y cólico durante las primeras 2 semanas.
- **Aborto químico o farmacológico:** sangrado vaginal, calambres abdominales, náuseas, vómitos, fiebre, escalofríos, diarrea, dolor de cabeza y secreción vaginal con mal olor.
- **Aborto incompleto:** Hemorragia y dolor cólico de magnitud variable.

## FÁRMACOS ABORTIVOS

- Mifepristona + misoprostol por vía oral.
- Mifepristona oral + misoprostol vaginal, bucal o sublingual.
- Metotrexato + misoprostol vaginal.
- Misoprostol vaginal solo.



## COMPLICACIONES

- Aborto séptico o Infección uterina, está asociado a manipulación de la cavidad uterina por uso de técnicas inadecuadas e inseguras.
- Hemorragia grave.
- Peritonitis.
- Lesiones en vagina y útero.
- Infertilidad.
- Pueden quedar restos de tejido del embarazo en tu útero.
- Coágulos de sangre en el útero.
- Muerte materna.



## DIAGNOSTICO

- Examen pélvico.
- Ecografía.
- Análisis de sangre.
- Análisis de tejidos.
- Estudios cromosómicos.

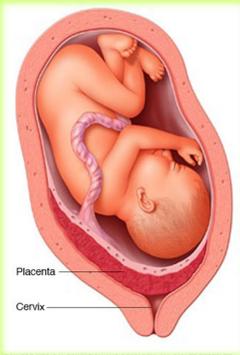


## TRATAMIENTO

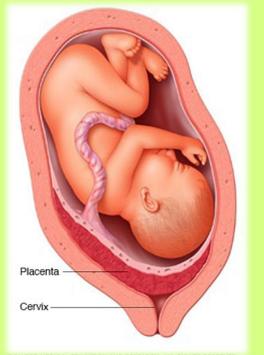
- Evitar realizar ejercicio y mantener relaciones sexuales.
- Observación para la amenaza de aborto.
- Cuando vuelva a tener relaciones sexuales, use un método anticonceptivo para prevenir infecciones.
- Evitar los lavado vaginales.
- Para los abortos inevitables, incompletos o retenidos, el tratamiento es la evacuación uterina o la espera hasta la eliminación espontánea de los productos de la concepción.
- Misoprostol vía vaginal 800 ug cada 6 a 12 hrs hasta completar 3 dosis.
- Misoprostol vía sublingual 400 ug cada 3 o 4 hrs hasta completar 3 dosis.



# PLACENTA PREVIA.

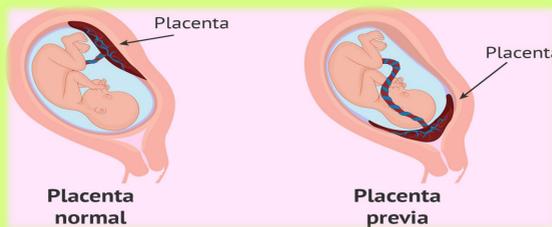


Ocurre cuando la placenta del bebé se forma en la parte inferior del útero y obstruye de manera total o una parte del cuello uterino de la madre (la salida del útero).



## SITIO NORMAL DE INSERCIÓN PLACENTARIA

Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. Al inicio del embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja del útero. Pero a medida que el embarazo avanza, la placenta se desplaza hacia la parte superior de este. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.



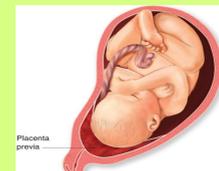
## CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO



Antecedentes de partos por cesárea.



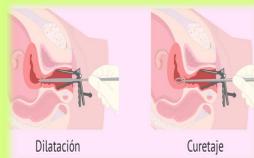
Edad materna avanza (>35 años).



Antecedentes de placenta previa en un embarazo anterior.



Tabaquismo.



Antecedentes de cirugías (una dilatación, legrados, extracción de miomas).



Embarazos múltiples (gemelos, trillizos).



Anomalías estructurales del útero (mioma).



Haber tenido mas de un embarazo.

## SIGNOS Y SÍNTOMAS



Sangrado vaginal repentino indoloro. La sangre es de color rojo brillante y varía de leve a intenso.



Síntomas de trabajo de parto antes de termino (contracciones irregulares y dolores en la parte baja de la espalda o el abdomen)

## COMPLICACIONES

- El feto puede encontrarse en una posición anómala.
- Restricción del crecimiento uterino.
- Rotura prematura de las membranas.
- Parto prematuro.
- Vasa previa e inserción velamentosa del cordón.
- Anomalías congénitas.
- Hemorragia vaginal intenso.



## TRATAMIENTO

- No existe un tratamiento para cambiar la posición de la placenta. Es posible que se necesite:
- Más ecografías para hacer un seguimiento de dónde está la placenta.
- Descanso en cama u hospitalización. Parto anticipado. Esto dependerá de cuánto sangrado tenga la embarazada, de qué tan avanzado esté el embarazo y de qué tan saludable esté su bebé.
- Parto por cesárea.
- Transfusión de sangre para tratar una pérdida de sangre importante.
- No tener relaciones sexuales, ya que podría desencadenarse una nueva hemorragia.
- Administrar corticoesteroides para ayudar a que los pulmones del feto maduren cuando sea necesario un parto prematuro,



El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezado el tercer trimestre. Puede detenerse por si solo, pero puede empezar de nuevo en días o semanas después,



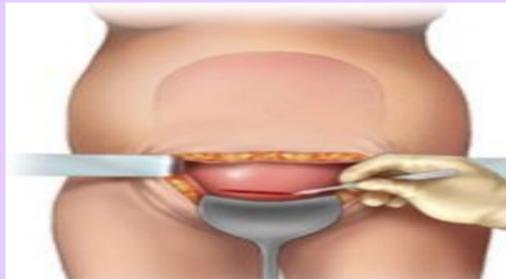
# CESÁREA



Extracción de un feto vivo o muerto, con la placenta y sus membranas por vía abdominal a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero de la madre.

## CAPAS ABDOMINALES QUE SE CORTAN.

- La piel.
- La capa de grasa subcutánea.
- La **aponeurosis**: que recubre la musculatura abdominal. Los músculos abdominales no se cortan, sino que se abre un hueco entre ellos y se apartan a los lados.
- El **peritoneo parietal** (membrana que recubre la pared abdominal) se desgarrar con los dedos y se llega al útero que se abre con un corte horizontal, en la zona llamada segmento
- La **parte baja del útero y la bolsa amniótica**: para permitir que salga el líquido amniótico, y por último el bebé y la placenta.



## INDICACIONES

- Mujeres con dos o más cesáreas previas.
- Cirugía previa sobre el músculo uterino.
- Una deformidad de la pelvis.
- Fístulas urinarias o intestinales graves.
- Cáncer del cuello del útero.
- Estrechez pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Hemorragia ante parto
- El trabajo de parto no progresa
- Malformación del feto que dificulta el trabajo de parto.
- Placenta previa oclusiva total.
- Posición fetal (transversa u oblicua, de nalgas).
- Prevención de infección fetal por infección del canal de parto (VIH, herpes, condilomas, etc.).
- Prolapso de cordón umbilical.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Cabeza del bebé demasiado grande para pasar a través del canal del parto normal.
- Dilatación del útero insuficiente.
- Circular del cordón.
- Embarazos múltiples.
- Enfermedad materna grave (cáncer, cardiopatías, etc.).



## COMPLICACIONES.

- Infección de la herida.
- La necesidad de transfusión de sangre.
- Hemorragia.
- Endometriosis.
- Lesiones en la vejiga y en los intestinos.
- Infección en el útero.
- Dificultad para orinar y/o infección en las vías urinarias.
- Lesiones fetales.
- Problemas respiratorios en el feto.
- Reacciones a la anestesia
- Retraso en el regreso de la función intestinal.
- Coágulos de sangre.
- Mientras más cesáreas tengas, mayores serán los riesgos de padecer placenta previa



## CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA.

- Mantenga el área de la herida limpia, lavándola con jabón suave y agua una vez al día. No es necesario que la frote, evitar el uso de esponjas que pueda engancharse en las grapas o en la costura, simplemente dejar que el agua corra sobre la herida en la ducha es suficiente y secarla muy bien con ligeros toquecitos ayudándonos de una gasa estéril.
- Algunos médicos aconsejan usar un antiséptico, como la clorhexidina para curar la herida tras el baño, pero es importante saber que si se ha optado por dar el pecho hay que evitar las soluciones con yodo ya que pasan al bebé a través de la leche materna.
- No será necesario cubrir la herida con ningún apósito, a no ser que el médico lo hayan aconsejado otra cosa.
- Debemos evitar que la ropa ajuste o apretada, que roce o pueda engancharse en la cicatriz. Es mejor optar por prendas holgadas.
- La madre debe descansar el mayor tiempo posible, no debe conducir, subir o bajar escaleras ni cargar peso.



## TIEMPO DE REPOSO DE LA MADRE POSTERIOR A LA CIRUGÍA

La madre debe permanecer en el hospital unos días más de 3 a 5. Después de una cesárea, las mujeres deben reposar unas 6 semanas y renunciar completamente a realizar esfuerzos físicos, como por ejemplo cargar peso o las tareas domésticas.



## RETIRO DE PUNTOS.

Si no se ha utilizado sutura convencional los puntos se reabsorberán solos, pero si no es el caso, los puntos o las grapas suelen ser retirados al cabo de los 10 o 12 días tras la cesárea. Será el ginecólogo, el médico o la enfermera quien te los quite en consulta, tras haber valorado la herida y su estado de cicatrización.





# PREEMCLAPSIA / ECLAMPSIA



- **Preemclapsia:** es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daño hepático o renal que ocurren en las mujeres después de la semana 20 de embarazo.
- **Eclampsia:** son crisis convulsivas o coma desencadenada por una hipertensión mal controlada durante el embarazo, es decir aparecen en la gestante con hipertensión.

## FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS



Ser gestante primeriza o primípara.



Antecedentes familiares de preeclampsia.



Edad materna avanza >35 años o adolescente.



Antecedentes de diabetes, hipertensión o enfermedad renal.



Trastornos vasculares (trastornos renales, vasculopatía diabética).



Nueva paternidad.



Preeclampsia o malos resultado en embarazos previos.



Embarazos múltiple.



Obesidad.



Trastornos trombóticos (síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos)



Ser afroamericana.



Aumento de la presión arterial (140/90 mmHg).



Exceso de proteínas en la orina (proteinuria).



Dolores de cabeza intensos.



Dolor abdominal en la parte superior, por lo general, debajo de las costillas y en el lado derecho.



Trombocitopenia (niveles bajos de plaquetas)



Edema (hinchazón de manos, cara y ojos).



Aumento repentino de peso de 2 kilos en 1 o 2 días o una semana.



Visión doble, visión borrosa, sensibilidad a la luz o visión de lucecitas.



Problemas para respirar.



Oliguria (menos producción de orina).



Nauseas y vómitos.



Sentirse mareada y desmayarse.

## DIAGNOSTICO

- Midiendo la presión arterial.
- Análisis de sangre.
- Análisis de orina.
- Ecografía fetal.
- Prueba en reposo o perfil biofísico.
- Cardiotocografía en reposo.



## COMPLICACIONES

- Restricción del crecimiento fetal.
- Nacimiento prematuro.
- Desprendimiento de la placenta.
- Síndrome de HELLP.
- Convulsiones (eclampsia).
- Daño a los órganos (riñones, hígado, pulmones, corazón y ojos) y puede causar un accidente cerebrovascular.
- Enfermedad cardiovascular.
- Parto prematuro o pérdida del embarazo.
- Mayor riesgo de desarrollar problemas a futuro (enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedades renales, presión arterial alta crónica).
- Muerte de la madre y/o del feto.



## TRATAMIENTO

- El tratamiento más efectivo para la preeclampsia es el parto. No obstante, si el embarazo no está lo suficientemente avanzado, el parto no será la mejor opción para el bebé.
- Antihipertensivos, se utilizan para bajar la presión arterial.
- Corticosteroides, pueden mejorar temporalmente la función hepática y plaquetaria para ayudar a prolongar el embarazo, también facilitan la maduración de los pulmones de tu bebé.
- Medicamentos anticonvulsivos, como el sulfato de magnesio, para evitar una primera convulsión.

