



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Materia: Enfermería en el cuidado de la mujer

Tema: Aborto y parto prematuro, Ruptura prematura de membrana y placenta previa,

Maestra: Juana Inés Hernández López

Alumna: Reyna del Carmen montero felix

Grupo: A

Fecha: 20/11//2021

Introducción

Lo que aquí podremos saber a continuación es lo importante que es estar embarazada y sobretodo los cuidados que debemos de tener si queremos que nuestro bebe este sano. Que no es fácil decir quiero embarazarme sin tener en cuenta los riesgos que podemos pasar si no nos cuidamos nosotras.

ABORTO

¿Qué es?

Es la expulsión del producto de la concepción, antes de que ocurra la viabilidad (20 semanas o 499 gramos de peso).



Frecuencia:

El aborto espontáneo se presenta con una frecuencia del 10 % del total de embarazos; aumenta en razón directa de la edad materna y del número de embarazos previos.

El aborto provocado carece de estadísticas fidedignas y debido a que no está legalizado en México, constituye un problema de salud pública por la elevada morbilidad que ocasiona al efectuarse frecuentemente en condiciones precarias.

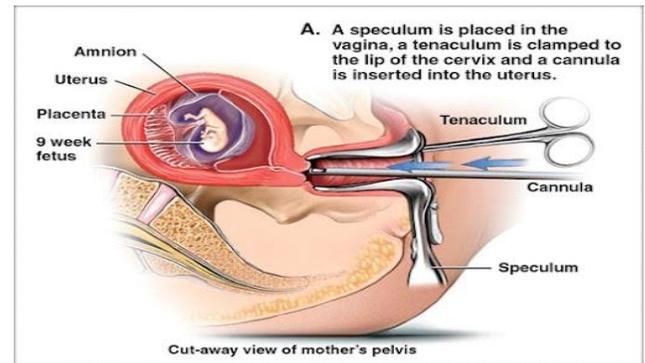
ETIOLOGIA

El aborto puede ser espontáneo o provocado.

El aborto espontáneo es aquel que no interviene ningún factor intencional o interferencia; ocurre generalmente dos o tres semanas después de la muerte del embrión, al producirse zonas de necrosis e infiltración en el sitio de implantación embrionaria con lo que se inicia su desprendimiento parcial o total.

ABORTO PROVOCADO O INDUCIDO:

Es aquel que se interrumpe intencionalmente en el embarazo.



ABORTO ESPONTANEO O NATURAL:

En la etiología espontaneo interviene factores ovulares, maternos, paternos.

La expulsión de contenido uterino se realiza debido a las contracciones del útero y la dilatación cervical.

FACTORES OVULARES:

Son los más frecuentes (60% de todos los abortos) está constituido por alteraciones patológicas del huevo, incompatible con su desarrollo, todas muestran degeneración hidrópica de ellas gran parte son de origen



cromosómicos (monosomias x, trisomía x, poliploide) y el resto defectos ovulares incompatibles con la vida, malformaciones del trofoblasto, placenta o cordón umbilical.

FACTORES MATERNOS

☞ Un 35% del total de abortos se debe a causas locales y generales de origen materno.

☞ Causas locales:

☞ Hipoplasia uterina

☞ Útero arcuato

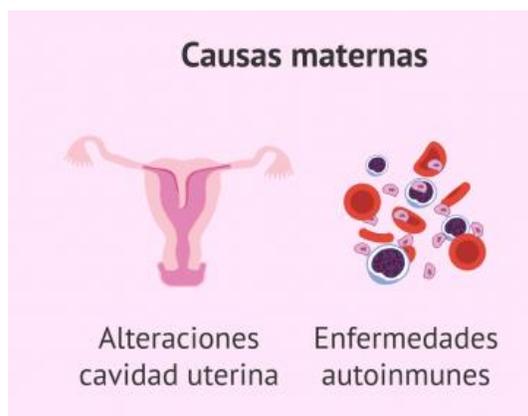
☞ Útero tabicado

☞ Sinequias uterinas

☞ Miomas uterinos

☞ Insuficiencias cervical

☞ Pólipos endometriales



CAUSAS GENERALES:

☞ Traumatismos diversos

☞ Hipertermia sostenida

☞ Desnutrición

☞ Avitaminosis

☞ Deficiencias del cuerpo lúteo

☞ Factores metabólicos.



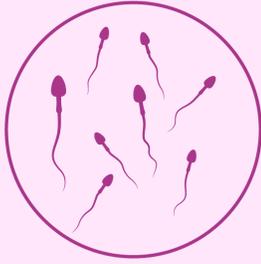
FACTORES PATERNOS:

Solamente el 2% se debe a causas atribuidas al padre como: alteraciones en su fórmula cromosómica y existencia de genes letales que no modifican el cariotipo.

- ☞ Alteraciones en el semen (oligospermia)
- ☞ Toxicomanías (alcohol, tabaquismo, drogas)
- ☞ Trastorno endocrinos (diabetes)

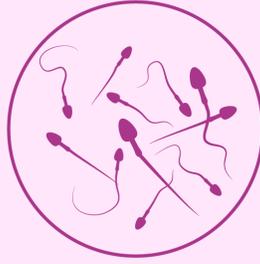


Oligospermia



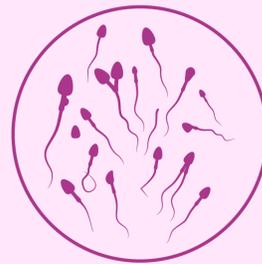
Concentración
baja

Astenoospermia



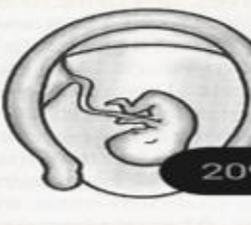
Problemas de
movilidad

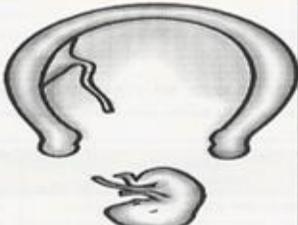
Teratoospermia



Alteraciones
morfológicas

FORMAS CLINICAS DEL

	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO EN OVOLUCION	ABORTO INEVITABLE	ABORTO INMINENTE
SANGRADO	CANTIDAD VARIABLE	AMBUNDANTE	PUEDE O NO HABER	AMBUNDANTE
DOLOR ABDOMINAL	PRESENTE O AUSENTE	INTENSO PROGRESIVO	PUEDE O NO HABER	INTENSO
MODIFICACIONES CERVICALES.	NO HAY	BORRADO Y PARCIALMENTE DILATADO	NO HAY	PROTRUSION DE CONTENIDO UTERINO
MEMBRANAS OVULARES	INTEGRAS	INTEGRAS	ROTAS	INTEGRAS O ROTAS
				

	ABORTO IMCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO DIFERIDO	ABORTO MOLAR
SANGRADO	ABUNDANTE	BAJO	NO HAY	CANTIDAD VARIABLE
DOLOR ABDOMINAL	PERSISTE EL DOLOR	NO HAY	NO HAY	PUEDE O NO HABER
MODIFICACION CERVICALES	PERMEABLE	NO HAY	NO HAY	PUEDE O NO EXISTIR
MEMBRANAS OVULARES	PARTES OVULARES	NO HAY	INTEGRAS	POSIBLE EXPULSION DE VESICULA
				

ABORTO:

AMENAZA DE ABORTO:

La paciente presenta sangrado vaginal en cantidad variable y de forma continua e intermitente de color roja, color rojo que se oscurece cuando queda retenido en la vagina.

El sangrado es indoloro o puede acompañarse de dolor tipo cólico y hipogastrio, intermitente de intensidad variable que en ocasiones se irradia a las regiones lumbosacras.



ABORTO EN EVOLUCION:

Este cuadro es consecutivo a la amenaza de aborto su sintomatología es similar a la descrita pero con mayor intensidad de dolor; el dolor y el sangrado son progresivos en la exploración se encuentra modificaciones cervicales, el orificio externo y el canal cervical se encuentra con cierto grado de dilatación y a través del canal cervical puede palpase membranas ovulares.

ABORTO INMINENTE:

Cuadro clínico del aborto similar al anterior en el cual las modificaciones cervicales son tan importantes que permiten la protrusión parcial del contenido uterino las membranas pueden estar integras o rotas.

ABORTO INEVITABLE:

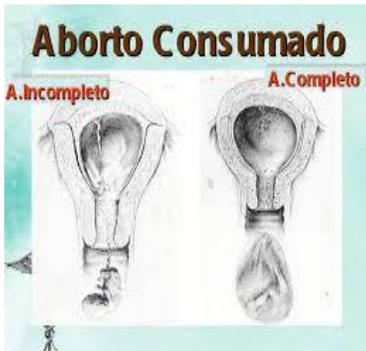
Se define como tal cuando un embarazo menor de 20 semanas ocurre la rotura de las membranas ovulares y perdida de líquido amniótico. En este cuadro puede existir o no contracciones uterinas dolorosas no hay modificación cervical y se corrobora las salidas del líquido amnióticos por la vagina.



ABORTO DIFERIDO:

Se define como tal cuando un embarazo menor de 20 semanas ocurre la rotura de las membranas ovulares y perdida de líquido amniótico. En este cuadro puede existir o no contracciones uterinas dolorosas no hay modificación cervical y se corrobora las salidas del líquido amnióticos por la vagina.

ABORTO CONSUMADO:



Se emplea este término cuando ocurre la expulsión de la totalidad del contenido uterino durante un aborto. Esta condición ocurre con poca frecuencia ya que lo habitual es que quede retenidos restos o fragmentos ovulares que ocasionan sangrado de intensidad variable, generalmente acompañado de coágulos.

ABORTO MOLAR:

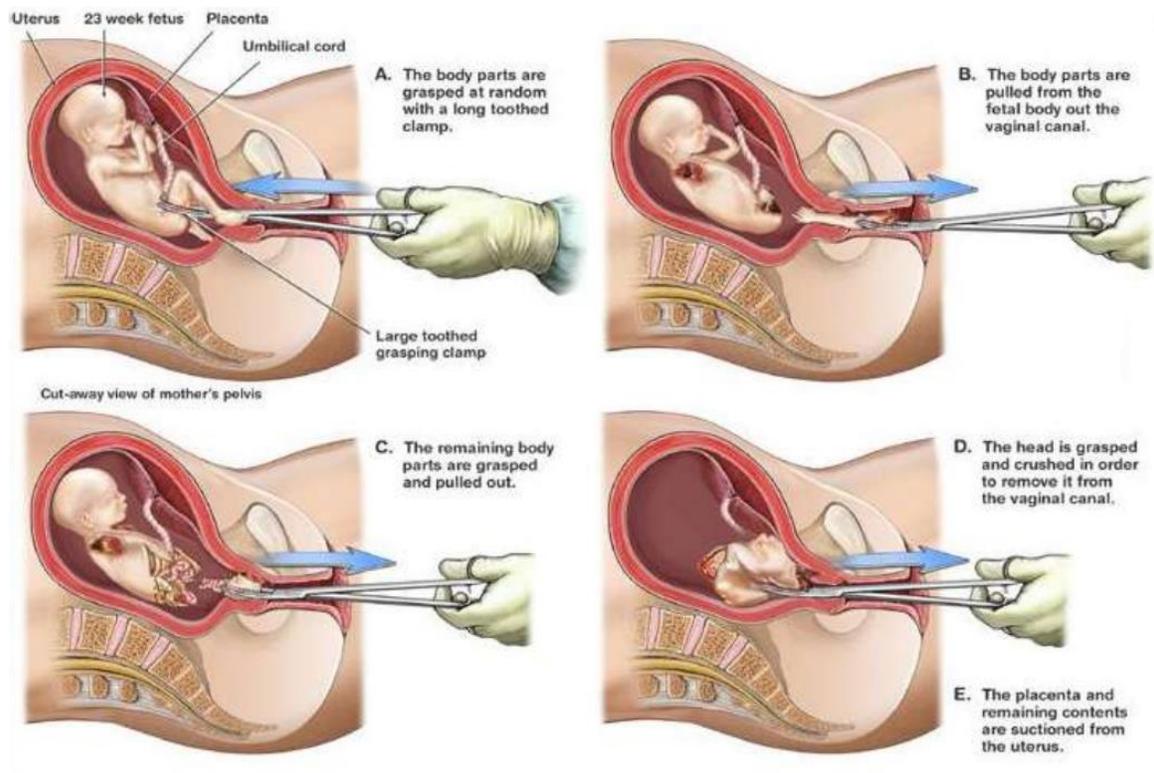
Se define con este nombre al aborto cuando el contenido uterino consiste en una mola hidatidiforme y se expulsan las vesículas trofoblastica.



Figura 2. Imagen macroscópica muestra feto con presencia de tejido molar.

ABORTO SEPTICO:

Toda variable de aborto puede coincidir con infección y constituir un aborto séptico, que se manifiesta por la salida de secreción hematopurulenta por la vagina, acompañada de un cuadro febril.



ABORTO HABITUAL:

Es cuando ocurren tres o más abortos en una forma consecutiva como causa de aborto habitual de denomina lo siguiente.

- ☼ Insuficiencia lútea
- ☼ Diabetes mellitus
- ☼ Toxoplasmosis
- ☼ Insuficiencias de vías urinarias
- ☼ Hipotiroidismos o hipertiroidismo

DX: DIAGNOSTICO:

Para diagnosticar el aborto son de mucha importancia los datos mencionados en las formas clínicas:

- Amenorrea
- Síntoma de embarazo
- Sangrado: escaso, intermitente al principio, indoloro, abundante con coágulos acompañados de dolor.
- Dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio.

TRATAMIENTO:

Cada una de las formas clínicas del aborto requiere tratamiento especial, como medidas generales se puede mencionar en forma de lista:

- Biometría hemática; grupo y Rh.
- Canalización de vena periférica con catéter.
- Hidratación adecuada y transfusión en caso necesario.
- Valoración anestésica.
- Anestesia general o con bloqueo.
- Aplicación de antibióticos en caso necesario previo al legrado.
- Aplicación de oxitócicos durante el legrado.
- Tratamiento quirúrgico en cada caso.

MEDIDAS TERAPEUTICAS:

- REPOSO ABSOLUTO EN CAMA.
- AMINISTRAR SEDANTE LIGERO.
- ADMINISTRACION DE INHIBIDORES.

PARTO PREMATURO



Se produce las Contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo.

Se define como prematuro el producto que pesa menos de 2,500g. Cuya edad es menor a 37 SDG.

Según la semana en que ocurra el nacimiento puede ser grave, moderada o leve.



SIGNOS Y SINTOMAS DE UN PARTO PREMATURO:

- 👶 Sangrado o cólicos en el abdomen.
- 👶 Contracciones con lumbago o presión en la ingle.
- 👶 Líquido que se filtra de su vagina en gotas o chorros.
- 👶 Secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina.
- 👶 Ruptura de membranas.
- 👶 Más de 5 contracciones por hora.

CAUSAS:

Las afecciones que puede incrementar el riesgo de un parto prematuro:

- Antecedentes de cirugía de cuello uterino.
- Quedar embarazada de gemelos.
- Infección de la madre o de las membranas alrededor del bebé.
- Hipertensión arterial de la madre.
- Demasiado líquido amniótico.
- Obesidad.
- Estrés.

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EDAD GESTACIONAL:

• PRODUCTO DE ABORTO:

El que tiene menos de 19 semanas y 6 días de edad gestacional y pesa menos de 500g

• PRODUCTO INMADURO:

Producto preciable. Aquel que tiene una edad gestacional de 20 y 27 semanas y cuyo peso es de 500g y 999g.

👶 PRODUCTO PREMATURO:

El que proviene de una edad gestacional de 28 y 36 semanas, cuyo peso oscila entre los 1000g y 2500g.

👶 PRODUCTO DE TERMINO:

Nace en embarazo de 37 a 42 semanas. Se le considera producto eutrófico cuyo peso es superior a los 2500g.

👶 Producto pos maduro:

R/N en embarazo de más de 42 SDG sin importar su peso.

Clasificación del RN según la Edad Gestacional

POSTÉRMINO	> 42 semanas
TÉRMINO MADURO	39-41,6 semanas
TÉRMINO PRECOZ O INMADURO	37-38,6 semanas
PRETÉRMINO TARDÍO	34-36,6 semanas
PRETÉRMINO MODERADO	≤33-31 semanas
PRETÉRMINO SEVERO	≤30-28 semanas
PRETÉRMINO EXTREMO	≤28 semanas
GRAN INMADURO	23-25 semanas

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El producto prematuro presenta los siguientes datos:

- 👁️ Apatía
- 👁️ Llanto débil
- 👁️ Movimientos musculares limitados
- 👁️ Reflejos de succión y búsqueda débil.
- 👁️ Tendencia a la hipotermia
- 👁️ Mayor frecuencia de infecciones y hemorragias
- 👁️ Piel arrugable, rojiza con lanugo.



El producto de un embarazo de 37 semanas de evolución tiene las medidas siguientes:

- 👁️ Talla: 47 cm
- 👁️ Perímetro cefálico: 32 cm
- 👁️ Perímetro torácico: 30 cm
- 👁️ Longitud pie: 7 cm



TRATAMIENTO EN R/N PREMATURO:

- Habrá de proporcionarle calor (32°) esto debido a su fácil tendencia a enfriarse.
- Con humedad de 65% por su labilidad respiratoria. En caso necesario procedimiento de reanimación, aspiración continua de secreciones y administración de oxígeno a razón de 3 a 5 litros por minuto.
- Si hay Apgar bajo. Después de 5 minutos aplíquese onfaloclisis con solución glucosada al 10% y agregar 1mg de bicarbonato de sodio por kg de peso, para corregir la acidosis.
- Proteger además de infecciones, mediante la administración de antibióticos y administrar vitamina K(2mg IM) , para evitar hemorragias.

TEST DE APGAR:

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento.

Virginia Apgar, MD (1909-1974), comenzó a utilizar el puntaje Apgar en 1952.

Forma en que se realiza el examen

La prueba de Apgar la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El proveedor examina en el bebé:

- 👶 Esfuerzo respiratorio
- 👶 Frecuencia cardíaca
- 👶 Tono muscular
- 👶 Reflejos
- 👶 Color de la piel
- 👶 A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

👶 ESFUERZO RESPIRATORIO:

Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.

Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.

Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

- 👶 LA FRECUENCIA CARDÍACA SE EVALÚA CON EL ESTETOSCOPIO. ESTA ES LA EVALUACIÓN MÁS IMPORTANTE.

Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.

Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.

Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

☺ TONO MUSCULAR:

Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.

Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.

Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

☺ RESPUESTA A LAS GESTICULACIONES (MUECAS) O REFLEJO DE IRRITABILIDAD ES UN TÉRMINO QUE DESCRIBE LA RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN, COMO UN LEVE PINCHAZO:

Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.

Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.

Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

☺ COLOR DE LA PIEL:

Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.

Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.

Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Sirve para evaluar la vitalidad y pronóstico del recién nacido inmediatamente después del nacimiento
@Medestudio_

Test de APGAR

SIGUEME EN @MEDESTUDIO_

PUNTAJE

	0	1	2
A PARIENCIA (coloración de la piel)	 Cianosis generalizada	 Cianosis distal	 Todo rosado
P ULSO (Frecuencia cardíaca)	 Latidos ausentes	 Fc <100/min	 Fc >100/min
G ESTOS (Respuesta a estímulos)	 Ausentes	 Escasos	 Positivos
A CTIVIDAD (Tono muscular)	 Flacidez	 Hipotónico	 Tono normal
R ESPIRACIÓN	 Ausente	 Lenta e irregular	 Normal, llanto

✓ 7-10
ÓPTIMO

💡 4-6
DIFICULTAD MODERA

✗ 1-3
DIFICULTAD GRAVE



👶 Razones por las que se realiza el examen

Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos.

👶 Resultados normales

El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

👶 Significado de los resultados anormales

Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo es el puntaje, mayor ayuda necesita el bebé para adaptarse fuera del vientre materno.

Casi siempre un puntaje de APGAR bajo es causado por:

👶 Parto difícil

👶 Cesárea

👶 Líquido en la vía respiratoria del bebé

8 Un bebé con un puntaje de Apgar bajo, puede necesitar:

Oxígeno y despejar las vías respiratorias para ayudar con la respiración.

Estimulación física para lograr que el corazón palpite a una tasa saludable.

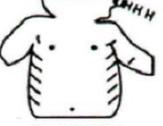
La mayoría de las veces, un puntaje bajo al minuto 1 está cerca de lo normal hacia los 5 minutos.

Una calificación baja en la prueba de Apgar no significa que el bebé tendrá problemas de salud graves o crónicos. La prueba de Apgar no está diseñada para predecir problemas de salud futuros en el bebé.

TEST DE SILVERMAN
ANDERSON

TEST DE VALORACION
RESPIRATORIA DEL R/N

TEST SILVERMAN ANDERSON

SIGNOS CLÍNICOS	ELEVACIÓN DE TORAX Y DEL ABDOMEN	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN DEL XIFOIDES	DILATACIÓN DE LAS ALAS NASALES	QUEJIDO ESPIRATORIO
GRADO 0	 SINCRONIZADAS	 NO EXISTE	 AUSENTE	 AUSENTE	 NO EXISTE
GRADO 1	 POCA ELEVACIÓN EN INSPIRACIÓN	 APENAS VISIBLE	 APENAS VISIBLE	 MÍNIMA	 SOLO AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO
GRADO 2	 BALANCEO	 MARCADA	 MARCADA	 MARCADA	 AUDIBLE SIN ESTETOSCOPIO



PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	PUNTAJE
0	NO DIFICULTAD RESPIRATORIO	EXCELENTE
1 - 4	AUSENTE O LEVE	SATISFACTORIO
5 - 7	MODERADA	GRAVE
8 - 10	SEVERA	MUY GRAVE

Es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

LA SUMATORIA DE LOS PUNTOS OBTENIDOS DURANTE LA EVALUACIÓN SE INTERPRETA ASÍ:

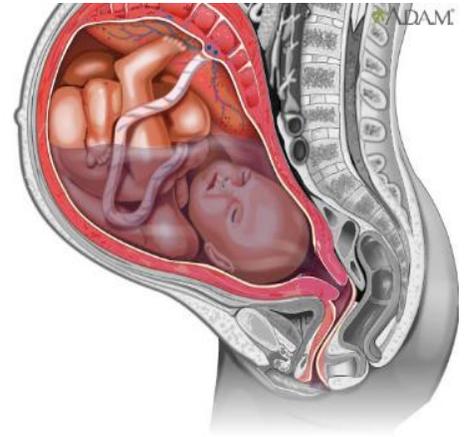
- ❁ Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- ❁ Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- ❁ Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
- ❁ Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa



Ruptura prematura de membrana

Es la rotura de la bolsa, o del saco amniótico. Se manifiesta como la pérdida del líquido amniótico que rodea al feto en cualquier momento antes de que comience el parto. A menudo el parto se desencadena poco después de la rupturas de membranas.

Si el parto no comienza de 6 a 12 horas después, aumenta el riesgo de infección en la mujer y el feto.



En la mayoría de los casos se desconoce la causa de la RPM (ruptura prematura de membrana) algunas causas pueden ser: infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina. Demasiado estiramiento del saco amniótico, esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o mas de un bebe ejerciendo presión sobre las membranas.

Síntomas

- ✓ Un chorro repentino de líquido que sale de su vagina.
- ✓ Escape de líquido de la vagina.
- ✓ Una sensación de humedad en la vagina o ropa interior.



Quien corre el riesgo

- Nacimiento predeterminado en un embarazo anterior.
- Tener una infección en el sistema reproductor.
- Sangrado vaginal durante el embarazo.
- Fumar durante el embarazo.

Como se diagnostica

Se puede hacer el examen con un espejulo, para observar dentro de la vagina y así poder saber si se esta escando liquido en el cuello uterino. Tan bien se tomara una muestra del liquido para analizarlo, el cual se hace para comprobar si es liquido amniótico, liquido vaginal u orina.

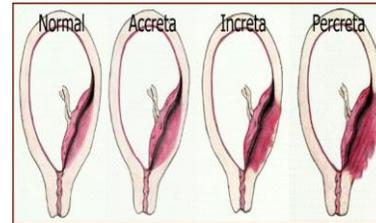


Como tratarlo

Depende de los síntomas, su embarazo y su salud general. Pero se mantiene vigilada lo que son sus: signos de trabajo de parto o contracciones, el movimiento y la frecuencia cardiaca del bebé, síntomas de infección, que pueden incluir fiebre y dolor.

Placenta previa

Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte mas baja de la matriz y cubre toda la abertura del cuello uterino. El borde de la placenta no el orificio interno, pero esta mas o menos de 2cm de el.

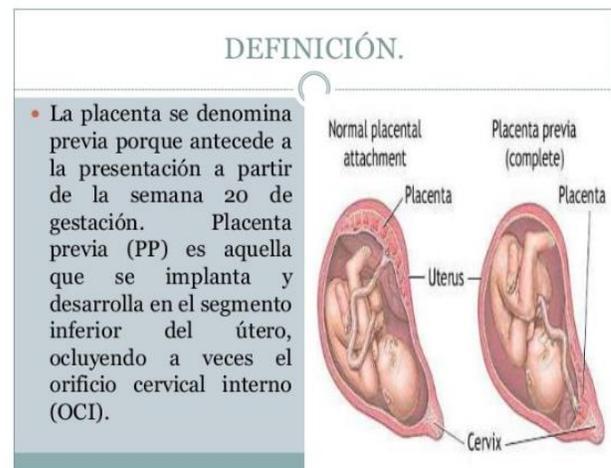


Factores de riesgo

- Multi-paridad.
- Cesaría previa.
- Anomalías uterinas que inhiben la implantación normal.
- Cirugía o procedimiento uterino previo.
- Tabaquismo.
- Embarazo multi-fetal
- Edad materno avanzada.

Complicaciones

Una placenta previa o una placenta de implantación baja, los riesgos incluyen mala presentación fetal, ruptura prematura de membranas predeterminada, restricción del crecimiento fetal. En las mujeres que han tenido una cesaría previa, la placenta previa aumenta el riesgo de placenta acreta.



- DEFINICIÓN.**
- La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. Placenta previa (PP) es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI).

Síntomas

Los síntomas comienza durante la parte final del embarazo, luego empieza un sangrado vaginal repentino e indoloro, la sangre puede ser roja brillante o como shock hemorrágico.



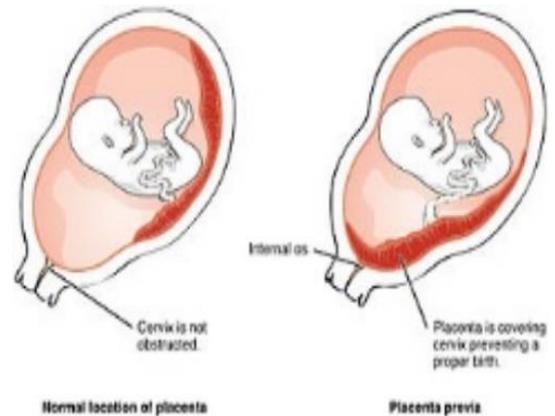
Diagnostico

Ecografía transvaginal.

Se debe tener en cuenta en toda mujer con sangrado vaginal desde las 20msemanas. Si se encuentra una placenta previa, el acto vaginal puede aumentar el sangrado y puede causar una hemorragia repentina y masiva, si se produce un sangrado vaginal después de las 20 semanas el examen pélvico esta contraindicado.

Tratamiento

- ☀ Internación y actividad modificada en el primer episodio del sangrado, antes de las 26 semanas.
- ☀ Parto o cesaría si la madre o el feto se encuentran inestable.
- ☀ Si la mujer esta estable, el parto se realiza entre las 36 semanas/0 días y 37 semanas/6 días.



MOLA HIDATIFORME

Descripción general

Un embarazo molar, también conocido como «mola hidatiforme», es una complicación poco frecuente del embarazo caracterizada por el crecimiento anormal de trofoblastos, las células que normalmente se convierten en la placenta.

Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo. Es un tipo de [enfermedad trofoblástica gestacional \(ETG\)](#).

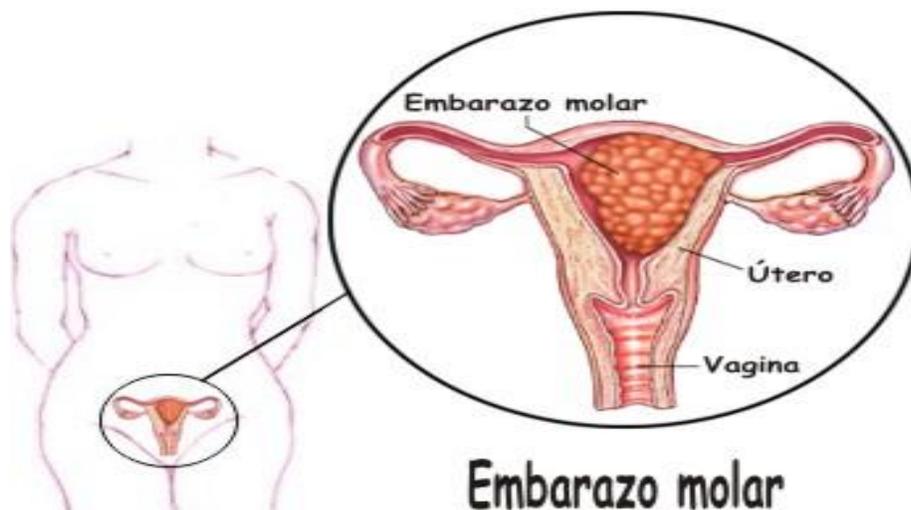
Causa: Una mola hidatiforme, o un embarazo molar, es el resultado de la fertilización anormal de un ovocito (óvulo). Esto resulta en un feto anormal. La placenta crece normalmente con poco o ningún crecimiento del tejido fetal. El tejido de la placenta forma una masa en el útero. Generalmente, en el ultrasonido, esta masa muestra una apariencia de mora ya que contiene muchos quistes pequeños.

Las mujeres mayores corren más riesgo de tener una formación molar. Un historial de embarazo molar en años anteriores también es un factor de riesgo.

Un embarazo molar es provocado por un óvulo fecundado de forma anormal. Las células humanas normalmente contienen 23 pares de cromosomas. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro, de la madre.

En un embarazo molar completo, se fecunda un óvulo vacío con uno o dos espermatozoides, y todo el material genético proviene del padre. En esta situación, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o se inactivan y los cromosomas del padre se duplican.

En un embarazo molar parcial o incompleto, permanecen los cromosomas de la madre, pero el padre provee dos grupos de cromosomas. Como resultado, el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de 46. Esto suele ocurrir cuando dos espermatozoides fecundan un óvulo, lo que provoca que haya una



Definición de la enfermedad

Una mola hidatiforme es una enfermedad trofoblástica gestacional benigna desarrollada durante el embarazo, resultado de una fecundación anómala caracterizada por una proliferación trofoblástica que hace que sea imposible el desarrollo embrionario normal. Las molas hidatiformes pueden ser completas o parciales.

Existen dos tipos de estas masas:

- Embarazo molar parcial: hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal y en otro concepto es posible que haya tejido placentario normal junto con tejido placentario formado de manera anormal. También puede haber un feto, pero no hay posibilidades de que sobreviva, y, por lo general, se produce un aborto al principio del embarazo.
- Embarazo molar completo: hay una placenta anormal pero no hay ningún feto en otro el tejido placentario es anormal y está hinchado; además, parece formar quistes llenos de líquido. Otra característica es que no hay formación de tejido fetal.

Cuadro Clínico:

- -Sangrado uterino desde la 6 – 8° sem. rojo oscuro o café (50 %).
- -Crecimiento excesivo del útero (50 %).
- -Tumores quísticos de ovarios (50 %).
- -Náuseas y vómitos excesivos (33 %).
- -Molestias uterinas por la sobre distensión (33 %).
- -Toxemia gravídica severa, en especial en el II trimestre.
- -Expulsión de vesículas intactas o colapsadas. Estas son pálidas, brillantes, translúcidas, café amarillentas, las mayores se asemejan a uvas sin semilla. Las mayores pueden alcanzar un diámetro de 1 cm.

Cuidado de enfermería

- ✚ El objetivo de nuestro trabajo es proporcionar una buena educación sanitaria a las mujeres gestantes que puedan ser sorprendidas por un problema de salud durante el embarazo como es una enfermedad trofoblástica.
- ✚ La Enfermería juega un papel fundamental frente a la educación para la salud y la prevención, el objetivo fundamental es mantener informada a la mujer gestante de todos los riesgos y así tener un mayor control de las complicaciones.
- ✚ La mola hidatiforme se caracteriza por una tumefacción quística de las vellosidades coriónicas junto a una proliferación trofoblástica variable. Por lo general las intervenciones quirúrgicas practicadas en el paciente son correctamente realizadas ya que consiste en la extracción del tejido molar del útero con un procedimiento llamado “dilatación y legrado”. Los procesos

que cumplen todo el personal de enfermería y lo primordial en su labor cotidiana prometen una mejoría significativa por medio de esta metodología de trabajo.

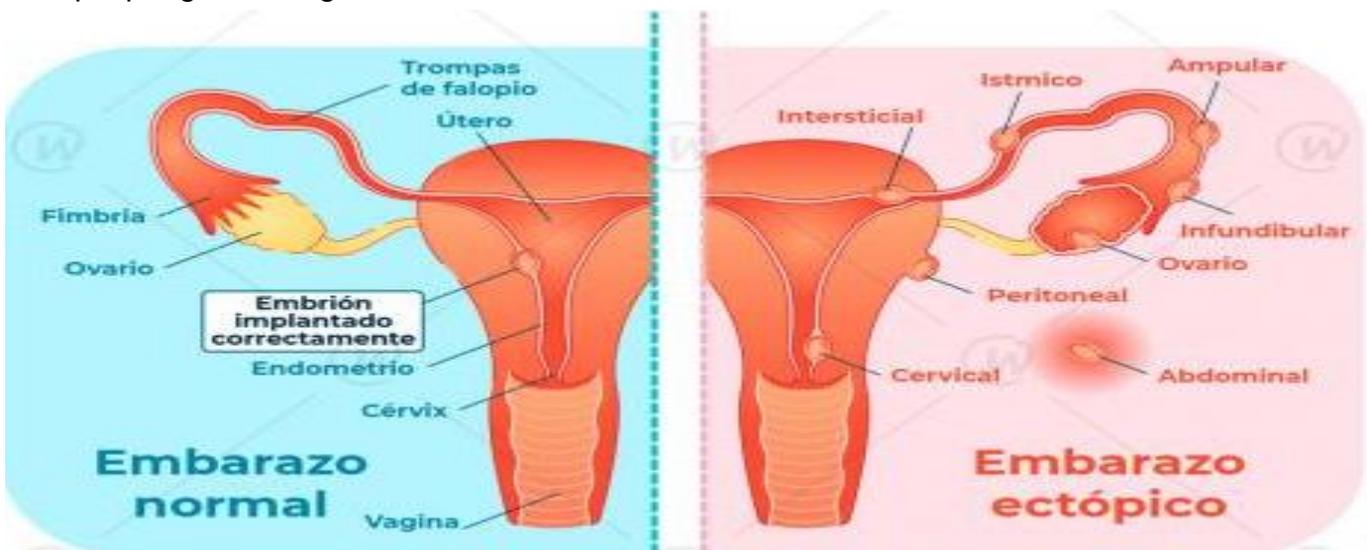
EMBARAZO ECTOPICO

DESCRIPCION

El embarazo comienza con un óvulo fecundado. Normalmente, el óvulo fecundado se adhiere al revestimiento del útero. Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.

Los embarazos ectópicos 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.



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. **Síntomas de emergencia**

Si el óvulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa. Es probable que se produzca un sangrado intenso en el interior del abdomen. Los síntomas de este evento potencialmente mortal incluyen aturdimiento extremo, desmayos y choque.

Cuando debes consultar con un médico

Busca atención médica de emergencia si presentas signos o síntomas de un embarazo ectópico, incluidos:

- ✚ Dolor abdominal o pélvico grave acompañado de sangrado vaginal
- ✚ Aturdimiento extremo o desmayos
- ✚ Dolor de hombro.

▪ **Embarazo tubárico**

Un embarazo tubárico ocurre cuando el huevo ha implantado en el tubo de falopio. Éste es el tipo más común de embarazo ectópico y la mayoría de embarazos ectópicos es embarazos tubáricos. El tipo de embarazo tubárico puede ser clasificado más a fondo según donde dentro del tubo de Falopio el embarazo se establece.

▪ **embarazo ectópico No-tubárico**

El casi dos por ciento de todos los embarazos ectópicos se establece en otras áreas incluyendo el ovario, la cerviz o la región intrabdominal.

▪ **Embarazo de Heterotópica**

En algunos casos raros, uno fertilizó los implantes del huevo dentro del útero y otro implanta el exterior de la estructura. El embarazo ectópico se descubre a menudo antes del embarazo intrauterino, principal debido a la naturaleza dolorosa del embarazo ectópico. Si los niveles humanos de la gonadotropina coriónica continúan subir después de que se haya quitado el embarazo ectópico, el embarazo dentro de la matriz puede todavía ser viable



Factores de riesgo

Algunos de los factores que aumentan las probabilidades de que tengas un embarazo ectópico son los siguientes:

- ✚ **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.

✚ **cuidados del embarazo ectópico en urgencias**

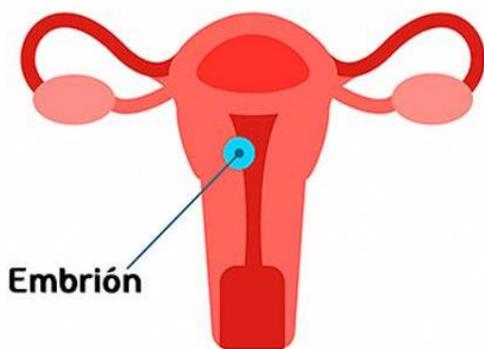
- ✚ El embarazo ectópico se da con una frecuencia de 1-2 cada 100 embarazos, aunque en los últimos años esta incidencia se ha visto aumentada debido tanto a la utilización de las técnicas de fertilización como a la elevada prevalencia de la enfermedad inflamatoria pélvica.

✚ Esta patología constituye una urgencia obstétrica y requiere tratamiento y diagnóstico precoz con el fin de preservar la función reproductora de la paciente, y en casos más graves la vida.

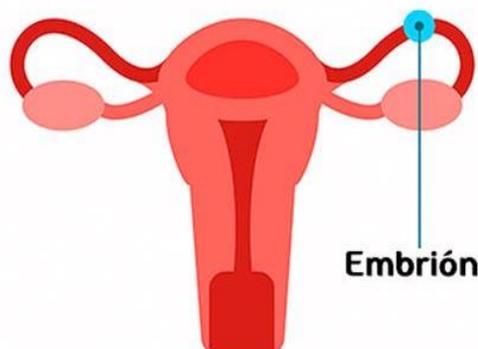
- ✚ Para la correcta asistencia en la urgencia obstétrica por parte de enfermería, se ha elaborado un plan de cuidados detallado y centrado en los principales problemas de la paciente con embarazo ectópico.

✚

Embarazo Normal



Embarazo Ectópico



OBITO FETAL

Definición:

feto sin signo de vida como respiración, latidos cardiacos, pulsación del cordón o movimientos musculares voluntarios antes de la separación completa de su madre.

Según la OMS, se define muerte fetal tardía como “la muerte acaecida a las 28 semanas de gestación o después, antes de la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte se señala por el hecho de que el feto no respira o ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios”.

Uno de los eventos más dramáticos que debe enfrentar el médico que atiende a una embarazada, es encontrarse con la muerte del feto en gestación. Algunas veces es parte de un proceso diagnosticado con antelación, lo que permite de alguna forma, preparar a los padres para ese momento. En la mayoría de las ocasiones, sin embargo, se trata de un hallazgo y, por lo tanto, de un evento no previsto. Esto generará un golpe de tal magnitud que muchas veces dificultará la toma de decisiones para esa pareja y su entorno. Por eso, el médico debe estar preparado para afrontar este momento y dar luces a esos padres de los pasos a seguir, programar la evacuación uterina, estudiar la etiología del caso y dar directrices para una siguiente gestación.

En resumen.

La muerte fetal tardía se define como la muerte a las 28 semanas de gestación y en adelante.

- Su frecuencia se estima en 3,9 millones/año, ocurriendo mayoritariamente en países en vías de desarrollo.
- Existen múltiples clasificaciones, la más aceptada actualmente es la Recode.
- La etiología de la muerte fetal es desconocida en un gran número de casos a pesar de su estudio.
- Tras el diagnóstico es importante la finalización de la gestación y el soporte emocional a los padres

Estudio fetal: se debe realizar un examen físico macroscópico detallado por un neonatólogo, patólogo o genetista, incluyendo fotografías y radiografías de cuerpo entero. Siempre se debe solicitar una autopsia, con autorización de los padres. En caso de negativa, puede sugerirse una autopsia parcializada (exceptuar el cráneo) o resonancia magnética fetal con biopsias dirigidas. Si se observan anomalías fetales, una radiografía simple es de utilidad.

Resolución del parto

La edad gestacional es, posiblemente, la variable más relevante al decidir el momento y la forma de resolución del parto en estas pacientes. Si bien es comprensible el deseo materno de resolverlo prontamente, en general no es una situación de emergencia. En el segundo trimestre la dilatación y evacuación es posible, pero limita el estudio fetal posterior. La manera más aceptada y difundida es la inducción del trabajo de parto. Antes de las 28 semanas

¿Qué es una muerte fetal?

Se considera que una muerte fetal tiene lugar cuando un bebé nace sin presentar síntomas de vida después de un tiempo determinado, que generalmente se asocia a la edad gestacional (el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento) o al peso del bebé.

Dado que las muertes fetales se notifican de distintas formas en cada país, las estimaciones de mortalidad fetal utilizadas por las Naciones Unidas en este artículo consideran “muertes fetales en un estado avanzado de gestación” a las muertes que se producen a las 28 semanas o más de gestación.

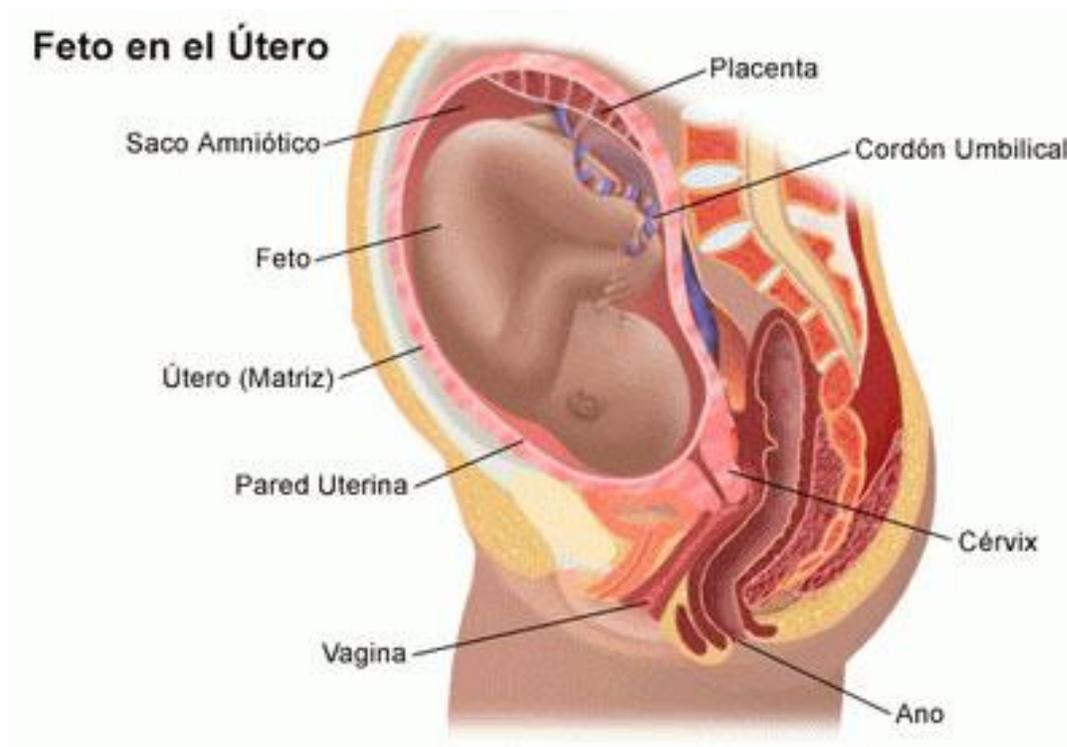
La definición de “28 semanas o más” sirve de ayuda a la hora de establecer comparaciones de los niveles internacionales de mortalidad infantil, pero excluye las muertes fetales que ocurren en estados previos de gestación. Esto, sumado al hecho de que el número de muertes que se notifican está muy por debajo de la realidad, apunta a que la incidencia real de la mortalidad fetal es aún más elevada.

¿Porque tantas mujeres pierden su bebe en el parto?

Las causas más comunes de las muertes fetales que ocurren durante el parto son la hipoxia (falta de oxígeno), las obstrucciones provocadas por la placenta y otras complicaciones relacionadas con el parto. Muchas de ellas pueden evitarse cuando se cuenta con intervenciones básicas tales como el parto vaginal asistido, la presencia de matronas cualificadas o las cesáreas de emergencia.

Los síntomas pueden incluir:

- ✚ Detención de los movimientos y patadas del feto.
- ✚ Manchas de secreción o sangrado.
- ✚ Ausencia de latidos del corazón del feto con estetoscopio o Doppler.
- ✚ Ausencia de movimientos y latidos del corazón en la ecografía, lo que posibilita el diagnóstico definitivo de que el feto está muerto y para terminar, es necesario tener el máximo cuidado requerido para lograr estar bien y así no correr ningún riesgo.



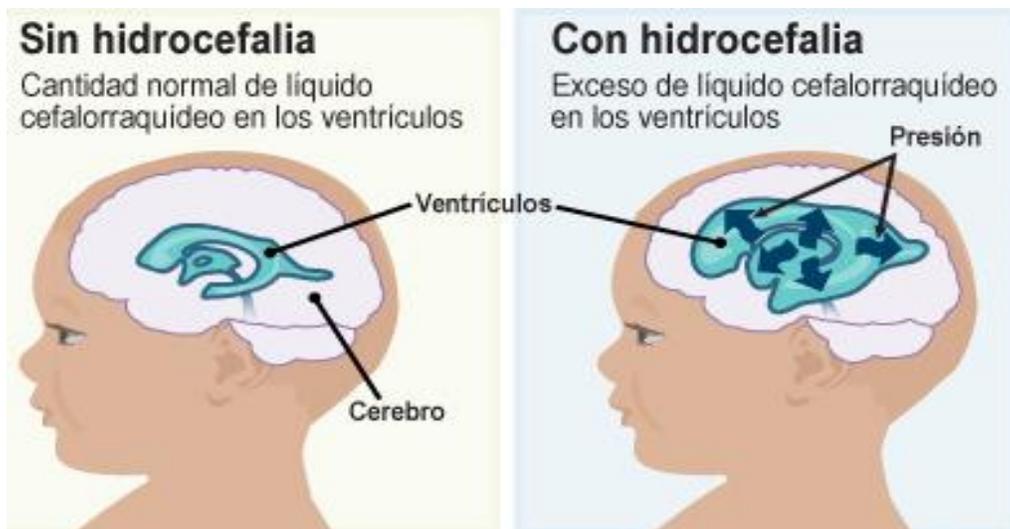


La hidrocefalia:

Sus causas incluyen problemas genéticos y problemas que se desarrollan en el feto durante el embarazo. El principal signo de la hidrocefalia congénita es una cabeza con un tamaño fuera de lo normal.

La hidrocefalia también puede presentarse después de nacer. Esto se llama hidrocefalia adquirida.

que conllevan a la discapacidad mental y a la muerte, puede aparecer como una malformación aislada o asociarse a otras, relacionada con un gran número de defunciones. La mayoría de los casos diagnosticados prenatalmente no llegan al nacimiento, lo cual significa que es necesario la prevención preconcepcional de los factores de riesgo asociados, los cuales son disímiles y en su mayoría prevenibles. Se avisó la bibliografía actualizada en las bases de datos bibliográficas Scielo y ClinicalKey, además de tesis de terminación de las especialidades Embriología Médica, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna. Entre los factores de riesgo asociados se destacan el déficit de ácido fólico, las infecciones maternas, así como agentes físicos y químicos.



Los síntomas de la hidrocefalia incluyen:

- Aumento de tamaño de la cabeza y protrusión de la fontanela en recién nacidos.



Anacefalia.

La **anencefalia** es un defecto de nacimiento grave en el cual el bebé nace sin partes del encéfalo y el cráneo. Es un tipo de defecto del tubo neural (DTN). Esta entidad es definida como “la ausencia del cráneo y de los hemisferios cerebrales”.^{1,2} Las causas implicadas en esta malformación son diversas; puede ser debida a factores del ambiente, genéticos, de la nutrición de la madre y de otra naturaleza, que las más de las veces es desconocida.

- o Lamentablemente, **no hay tratamiento** para los niños Anencefálicos. Casi todos los bebés que nacen mueren poco después del nacimiento.



Estos son algunos ejemplos de cómo se ve lo que es la anacefalia.



Síntomas

Ausencia de cráneo
Ausencia de cerebro (los hemisferios cerebrales y el cerebelo)
Anomalías en los rasgos faciales
Defectos cardíacos

Es la ausencia de una gran parte del cerebro y del cráneo.



DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres embarazadas que nunca antes padecieron esta enfermedad. En algunas mujeres, la diabetes gestacional puede afectarles en más de un embarazo. La diabetes gestacional por lo general aparece a la mitad del embarazo. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo.

La diabetes gestacional se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre también necesitará insulina.

Cusas:

El exceso de peso antes del embarazo a menudo juega un papel importante. Normalmente, diversas hormonas trabajan para mantener los niveles de glucosa sanguínea bajo control. Sin embargo, durante el embarazo, los niveles hormonales cambian, lo que dificulta que el cuerpo procese la glucosa sanguínea de manera eficiente. Esto hace que aumente tu nivel de glucosa sanguínea.

Los factores de riesgo de la diabetes gestacional incluyen los siguientes:

- Sobrepeso y obesidad.
- Falta de actividad física.
- Diabetes gestacional previa o prediabetes.
- Síndrome de ovario poliquístico.

Complicaciones que pueden afectar al bebé:

- Sobrepeso al nacer.
- Nacimiento temprano (prematuro).
- Dificultades respiratorias graves.
- Bajo nivel de glucosa sanguínea (hipoglucemia).
- La obesidad y la diabetes tipo 2 más tarde en la vida.
- Muerte fetal intraútero.

En las madres, la diabetes gestacional también puede aumentar el riesgo de lo siguiente:

- Presión arterial alta y preeclampsia.
- Tener un parto quirúrgico (cesárea).
- Diabetes en el futuro.

Prevención

- Es posible que pueda prevenir la diabetes gestacional antes de quedar embarazada si baja de peso (en caso de que tenga sobrepeso) y hace actividad física regularmente.

No intente bajar de peso si ya está embarazada. Necesitará subir algo de peso — pero no demasiado rápido— para que el bebé sea sano. Pregúntele al médico cuánto peso debe subir para tener un embarazo saludable

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

La aparición de cifras tensionales elevadas durante el embarazo, en una mujer previamente normotensa, se denomina hipertensión inducida por el embarazo (HIE). Sus formas más importantes son la Preeclampsia y la Eclampsia, tratadas en este artículo; su forma más leve, la Hipertensión Gestacional, sólo incluye elevaciones ocasionales y leves de la tensión arterial que ceden con el reposo

Preeclampsia

Médicamente hablando es, entonces, Hipertensión arterial, proteinuria y edema anormal durante el embarazo. La Preeclampsia es una enfermedad que solo se presenta en el embarazo y es el embarazo quién le dá origen, es una de las enfermedades que forman parte del conjunto de la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE): al terminar el embarazo desaparece la enfermedad y no puede existir Preeclampsia si no hay embarazo. Este problema se presenta en 2-7% de todas las mujeres embarazadas sanas y su frecuencia es muchísimo mayor cuando la paciente presenta algunas enfermedades previas particulares. En la población de mujeres sanas, la Preeclampsia se ve con mayor frecuencia en las primerizas.

¿Cuál es el Origen de la Preeclampsia?

. Pero se sospecha que hay un defecto en la forma como la placenta se desarrolla dentro del útero materno y eso trae como consecuencia una serie de cambios vasculares que conducen a daños reversibles en los riñones (Glomeruloendoteliosis), elevación de la tensión arterial materna, mala irrigación sanguínea del útero y aporte inadecuado de nutrientes y oxígeno para el feto.

¿Cuáles son los síntomas?

Una parte importante de las pacientes no presenta síntoma alguno. Son datos de severidad y/o complicaciones la presencia de trastornos visuales (estrellitas), dolor abdominal en la boca del estómago, hinchazón importante en pies, manos y cara; dolor de cabeza, mareos, náuseas y vómitos, disminución de los movimientos fetales, sangrado genital y convulsiones.

¿Cómo afectaría a mi bebé?

El riesgo más temido es la muerte fetal y el más frecuente es la prematuridad ya sea porque se inicie un trabajo de parto prematuro o porque haya que interrumpir el embarazo debido a la imposibilidad de controlar la enfermedad. Por otra parte, el trastorno placentario (insuficiencia placentaria) conduce a bebés de bajo peso y en algunos casos a lesión neurológica con secuelas motoras e intelectuales importantes.

¿Se puede prevenir?

Es posible minimizar el número de casos y limitar sus efectos adversos si cambiamos algunos aspectos negativos en nuestras vidas, controlamos seriamente nuestras enfermedades crónicas e iniciamos un control prenatal adecuado y temprano, preferiblemente antes del embarazo. En el peor de los casos al menos podríamos detectarla precozmente y tomar medidas más estrictas de control prenatal para atenuar las consecuencias materno-fetales de la enfermedad. Los estudios más recientes (Werner et al.) indican el uso de aspirina de manera mucho más amplia y con reducción aproximada del 20% sobre el riesgo inicial:

ASPIRINA 81 MG: 1 tableta diaria durante todo el embarazo iniciando antes de la semana 16 si Ud. sufre alguna de estas condiciones: hipertensión crónica,

diabetes mellitus, historia de preeclampsia, enfermedad renal, enfermedad autoinmune. Si tiene al menos dos de estos factores también deberá usarla: nuliparidad, obesidad (IMC > 30), más de 35 años, raza negra, historia familiar de preeclampsia, último embarazo hace más de 10 años y bebés con restricción del crecimiento

Algunos estudios sugieren que el uso de Aspirina, L-Carnitina, Vitamina E y Vitamina C podría prevenirla en pacientes seleccionados pero los reportes demuestran una efectividad muy variable.

Eclampsia

Eclampsia (del Griego eklampsis) quiere decir destello brusco (como el de un rayo) e implica el grado más severo de las condiciones hipertensivas del embarazo y representa la complicación más temida de la Preeclampsia, se manifiesta como convulsiones severas de aparición brusca e inesperada (de ahí su semejanza con el rayo) en una paciente que sufre Preeclampsia. Es un cuadro bastante atemorizante para los que lo observan y usualmente conlleva a una cesárea de emergencia sin importar la madurez del bebé.

Síntomas que preceden a la Eclampsia

Las manifestaciones siguientes o síntomas premonitorios, en presencia de preeclampsia, sus manifestaciones o factores de riesgo, nos sugieren la posibilidad de que la paciente convulsione en cualquier momento:

Dolor de cabeza (50-75%)

Alteraciones visuales: estrellitas en los ojos, visión borrosa, molestia con la luz (19-32%)

Dolor en la boca del estómago

Trastornos mentales y neurológicos

¿Cómo se cura la eclampsia?

La única manera conocida para curar la Preeclampsia/Eclampsia es la interrupción del embarazo.

En nuestro medio es muy frecuente la interrupción por cesárea de emergencia dentro de las primeras 24 horas de iniciado el cuadro, una vez que hemos

controlado las convulsiones y hemos estabilizado a la madre y al feto, SI EL EMBARAZO HA LLEGADO AL TERMINO O ESTA CERCA DE EL Y EL PARTO NO ES INMINENTE. Si las condiciones para el parto vaginal están dadas se permite el nacimiento por ésta vía.

Si surgen complicaciones materno-fetales usualmente practicamos una cesárea de emergencia independientemente de la madurez fetal.

Si el bebé es muy inmaduro (24-34 semanas) y las condiciones maternas se han estabilizado intentamos prolongar el embarazo para permitir una mejor supervivencia fetal. La observación se hace hospitalizada y bajo estrictas medidas médicas que incluyen control materno, vigilancia fetal continua y medicación apropiada.

Recomendaciones finales:

Planifica tu embarazo.

Inicia un Control Preconcepcional (esta es la planificación ideal de un embarazo)

Inicia un Control Prenatal precoz si ya estas embarazada.

Si sufres alguna enfermedad crónica contrólala adecuadamente con un especialista idóneo antes de iniciar un embarazo.

Conclusión

Creo que sin importar que tenemos que tener en cuenta de todas las enfermedades durante en el embarazó que tenemos que prevenir lo ante todo, tomar medidas preventivas, y más que nada chearnos ya sea antes de embarazarnos, durante y hasta después de nuestro embarazo ya que es muy importante para nosotras y para nuestro bebe.

Bibliografía:

<https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-gestational.html>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/gestational-diabetes/symptoms-causes/syc-20355339>