

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

NOMBRE:

Dulce Navidad Hernandez García
4to “A”

Licenciatura en Enfermería

Asignatura:

Enfermería en el cuidado de la
mujer.

Docente:

LEN. Juana Inés Hernández
López.



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.

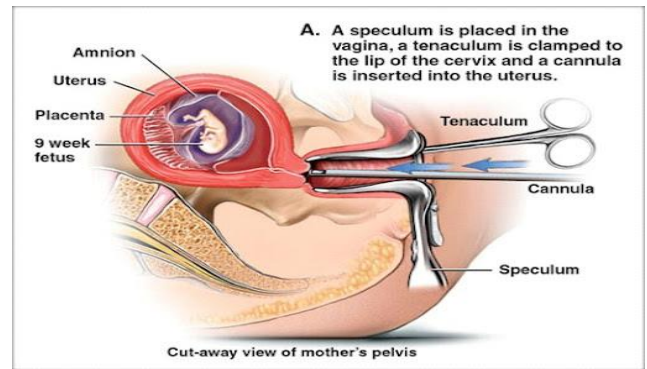
ETIOLOGIA

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 cromosómico (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

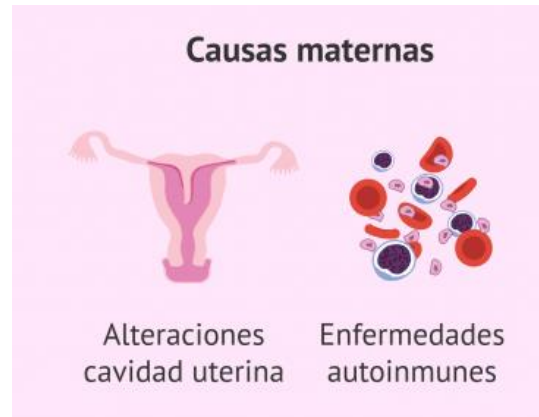
Útero tabicado

Sinequias uterinas

Miomas uterinos

Insuficiencias cervical

Pólipos endometriales



CAUSAS GENERALES:

Traumatismos diversos

Hipertermia sostenida

Desnutrición

Avitaminosis

Deficiencias del cuerpo lúteo

Factores metabólicos.



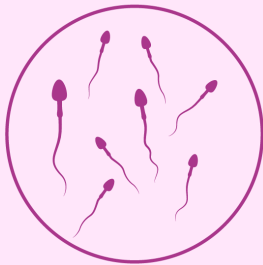
FACTORES PATERNOS:

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)

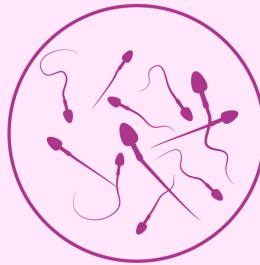


Oligospermia



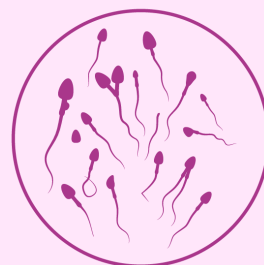
Concentración baja

Astenospermia



Problemas de movilidad

Teratozoospermia



Alteraciones morfológicas

FORMAS CLINICAS DEL ABORTO:

	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 INCOMPLETO	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
				

AMENAZA DE ABORTO:

La paciente presenta sangrado vaginal en cantidad variable y de forma continua e intermitente de color rojo, 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 palparse 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 intactas o rotas.

ABORTO INEVITABLE:

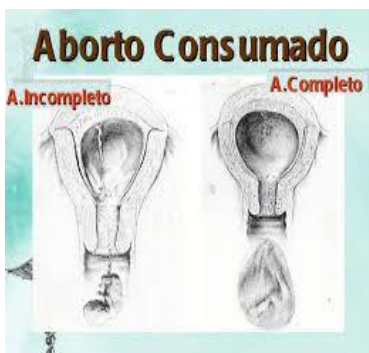
Se define como tal cuando un embarazo menor de 20 semanas ocurre la rotura de las membranas ovulares y pérdida de líquido amniótico. En este cuadro puede existir o no contracciones uterinas dolorosas no hay modificación cervical y se corrobora las salidas del líquido amnióticos por la vagina.

ABORTO DIFERIDO:

Se define como tal cuando un embarazo menor de 20 semanas ocurre la rotura de las membranas ovulares y pérdida 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:

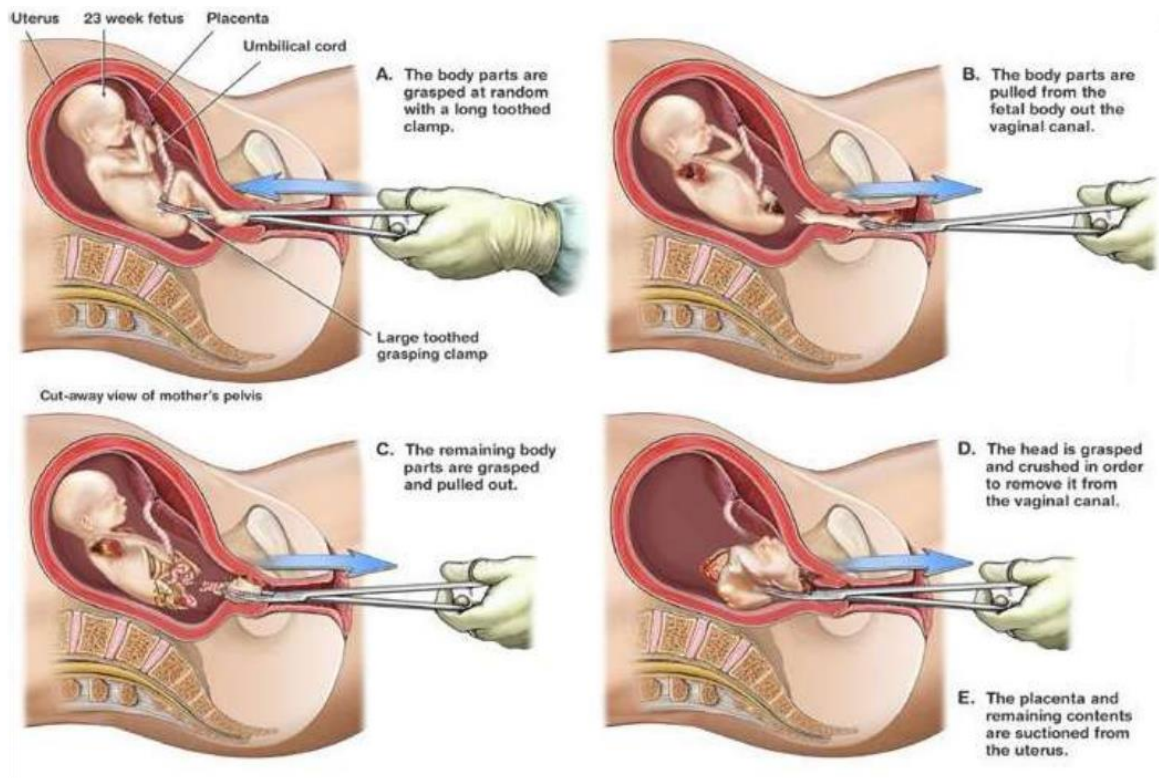
Se define con este nombre al aborto cuando el contenido uterino consiste en una mola hidatidiforme y se expulsan las vesículas trofoblásticas.



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

ABORTO SEPTICO:

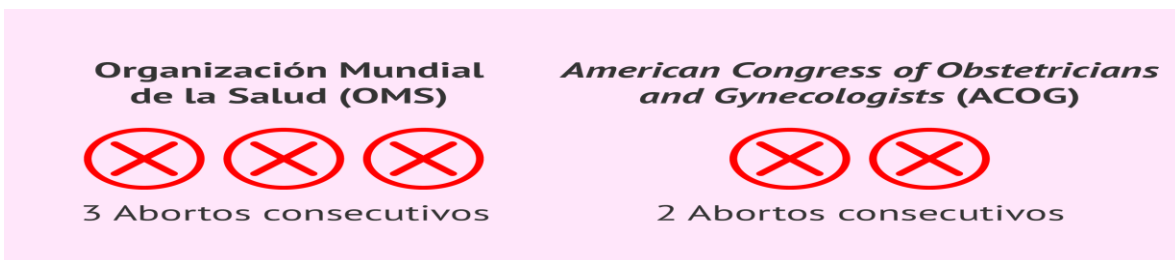
Toda variable de aborto puede coincidir con infección y constituir un aborto séptico, que se manifiesta por la salida de secreción hematópurulenta por la vagina, acompañada de un cuadro febril.



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

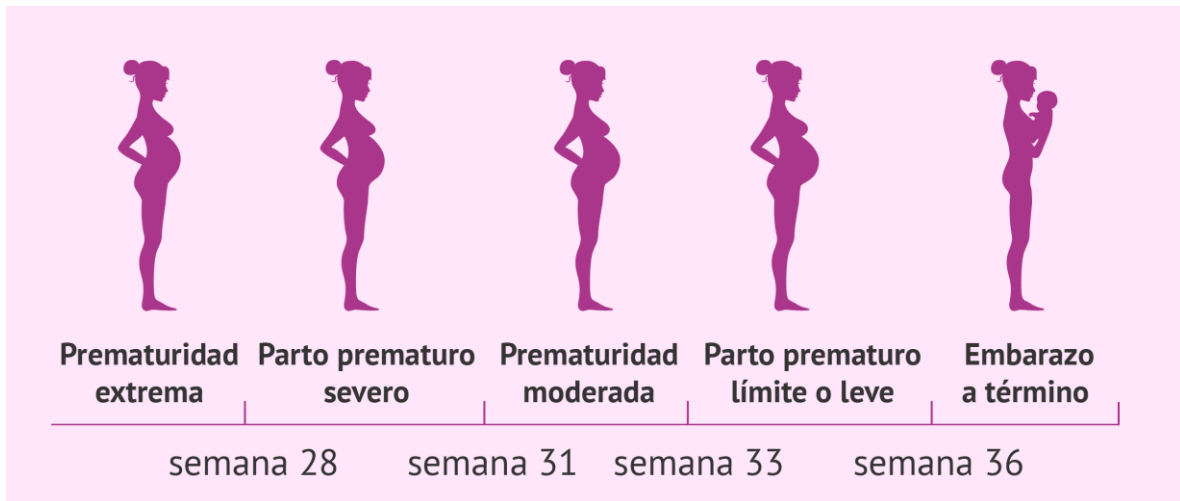
¿Qué es?



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 bebe.
- 👶 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 onfalocclisis 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.

Test de APGAR

SIGUEME EN @MEDESTUDIO_

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

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

DIABETES GESTACIONAL

¿Qué es la 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.

El alto nivel de glucosa sanguínea puede causar problemas para ti y tu bebé, incluida una mayor probabilidad de necesitar una cesárea para el parto.

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.

- Diabetes en un familiar inmediato.
- Parto previo de un bebé con un peso de más de 9 libras (4,1 kilos).
- Raza: las mujeres negras, hispanas, indígenas estadounidenses y asiático-estadounidenses tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

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.

Prevención y Tratamiento

- Come alimentos saludables.

- Mantente activa.
- Comienza el embarazo con un peso saludable.
- No aumentes más peso del recomendado.
- Revisarse los niveles de azúcar en la sangre.
- Monitorear al bebé.

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

¿Qué es?

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?

No sabemos. 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 me afectaría a mí?

Las complicaciones maternas más temidas son la Eclampsia, el daño agudo del hígado (síndrome de HELLP), edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, hemorragia, coma y la muerte. También tenemos que considerar el impacto personal y familiar de una Cesárea de emergencia, de un posible ingreso a la Terapia Intensiva de adultos, costos elevados y el costo psicológico alrededor de la madre enferma y su bebé.

¿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.

¿Quiénes están en riesgo de Preeclampsia?

Aunque muchas veces no sabemos quiénes la van a sufrir, las condiciones siguientes ponen a la paciente en particular riesgo.

Primerizas (Primigestas), Historia Familiar o Personal de Preeclampsia, Obesidad (IMC>30), Hipertensión Crónica, Enfermedad Renal, Embarazo múltiple, Diabetes Mellitus, Enfermedades autoinmunes, Baja condición socioeconómica, Usuarías de cocaína, anfetaminas y otros, Fertilización in vitro.

¿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 preclamsia, 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 preclamsia, 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

¿Qué es la 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 Preclampsia, se manifiesta como convulsiones severas de aparición brusca e inesperada (de ahí su semejanza con el rayo) en una paciente que sufre preclampsia. Es un cuadro bastante atemorizante para los que lo observan y usualmente conlleva a una cesárea de emergencia sin importar la madurez del bebé.

¿Cuáles son las manifestaciones de la Eclampsia?

Convulsiones en la mujer embarazada en presencia de una preeclampsia o sus síntomas y signos como lo son: hipertensión, pérdida de proteínas por la orina (proteinuria) y edema (hinchazón) severo. No siempre están presentes todos los síntomas y por esto la máxima: toda convulsión durante el embarazo es una eclampsia hasta demostrar lo contrario.

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 maternofetales 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 sobrevida 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.

Bibliografía:

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

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

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

<http://prenatalpuebla.com.mx/hipertension-inducida-por-el-embarazo>

Ruptura prematura de membrana

La ruptura prematura de membranas pre término (PPROM, por sus siglas en inglés) es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea a su bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones

CUÁLES SON LAS CAUSAS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRE TÉRMINO?

En la mayoría de los casos de PPRM, la causa se desconoce.

QUIÉNES CORREN EL RIESGO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRE TÉRMINO?

Las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo:

- 🌸 Nacimiento pre-término en un embarazo anterior
- 🌸 Tener una infección en su sistema reproductor
- 🌸 Sangrado vaginal durante el embarazo
- 🌸 Fumar durante el embarazo

CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO?

Los síntomas pueden ser levemente distintos en cada embarazo. Pueden incluir:

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

CÓMO SE DIAGNOSTICA UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO?

El examen se puede hacer con un instrumento (espéculo) para observar dentro de su vagina. Su proveedor de atención médica observará si se está escapando líquido de su cuello uterino. También tomará una muestra de ese líquido para analizarlo. Esto se hace para comprobar si es líquido amniótico, líquido vaginal u orina. Los análisis pueden incluir:

- 🌸 Pruebas del equilibrio del pH (ácido-base). El equilibrio del pH del líquido amniótico es distinto de aquel del líquido vaginal y la orina. Su proveedor de atención médica colocará el líquido en una tira de análisis para verificar el equilibrio.
- 🌸 Observación de la muestra con un microscopio. Cuando el líquido amniótico se seca, tiene un patrón tipo helecho.

Es probable que también le hagan una ecografía (ultrasonido). Se hace para evaluar la cantidad de líquido amniótico que hay alrededor de su bebé.

CÓMO SE TRATA UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO?

El tratamiento dependerá de sus síntomas, su embarazo y su salud general. También variará según la gravedad de la afección.

Hospitalización y reposo en cama

Su proveedor de atención médica la vigilará de cerca. Es posible que vigile:

- Signos de trabajo de parto o contracciones.
- El movimiento y la frecuencia cardíaca de su bebé, y otras pruebas.

- Síntomas de infección. Pueden incluir fiebre y dolor. La frecuencia cardíaca de su bebé también puede aumentar.

Medicamentos

Es posible que usted necesite los siguientes medicamentos:

- Corticosteroides. Estos medicamentos pueden ayudar con el crecimiento y la maduración de los pulmones de su bebé. Si su bebé nace prematuramente, es posible que sus pulmones no puedan funcionar por sí solos.
- Antibióticos. Es posible que usted los necesite para prevenir o tratar una infección.
- Medicamentos relajantes uterinos. Se usan para detener un trabajo de parto prematuro.

Inducción del trabajo de parto

Placenta previa

Es posible que su proveedor de atención médica le administre un medicamento para comenzar el trabajo de parto. Es posible que le pida que usted deje de tomar los medicamentos relajantes uterinos. Probablemente no se le inducirá el trabajo de parto hasta por lo menos la semana 34 de su embarazo. Sin embargo, puede ser necesario hacerlo antes en caso de problemas.

La placenta previa ocurre cuando la placenta del bebé obstruye de manera total o parcial el cuello uterino de la madre (la salida del útero). La placenta previa puede provocar un sangrado grave durante el embarazo y el parto.

Complicación que se produce cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la madre.

Los factores de riesgo de placenta previa incluyen la edad superior a 35 años, los antecedentes de cirugías anteriores, como una cesárea, haber tenido un parto anterior o la extracción de fibromas uterinos.

El síntoma principal es el sangrado vaginal de color rojo intenso sin dolor durante la segunda mitad del embarazo. La afección también puede causar una hemorragia grave antes o en el transcurso del parto.

SÍNTOMAS

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

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

CAUSAS

Se desconoce la causa exacta de la placenta previa.

FACTORES DE RIESGO

La placenta previa es más frecuente en las mujeres que:

 Tuvieron un bebé

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

Si tiene placenta previa, el profesional de salud le supervisará para reducir el riesgo de estas complicaciones graves:

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

TRATAMIENTO

Su proveedor evaluará cuidadosamente el riesgo de sangrado comparado con el riesgo de un parto prematuro para el bebé. Después de las 36 semanas, dar a luz al bebé puede ser el mejor tratamiento.

Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea. Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso. Esto puede ser mortal para la madre y el bebé.

Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de este, el proveedor puede recomendar:

- 🌸 Reducir actividades
- 🌸 Guardar reposo en cama
- 🌸 Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, no usar tampones ni practicarse duchas
- 🌸 No se debe colocar nada en la vagina.

Es posible que deba permanecer en el hospital para que el equipo de atención médica pueda monitorearlos cuidadosamente.

Otros tratamientos que puede recibir incluyen:

- 🌸 Transfusiones sanguíneas
- 🌸 Medicamentos para prevenir un parto prematuro
- 🌸 Medicamentos para ayudar a que el embarazo continúe por lo menos hasta la semana 36
- 🌸 Inyección de un medicamento especial llamado Rhogam si su tipo de sangre es Rh negativo
- 🌸 Inyecciones de esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé maduren
- 🌸 Se puede hacer una cesárea de emergencia si el sangrado es abundante y no se puede controlar.

EXPECTATIVAS (PRONÓSTICO)

El mayor riesgo es el sangrado intenso que puede ser potencialmente mortal para la madre y el bebé. Si tiene mucho sangrado, el bebé tal vez necesite nacer de manera prematura,

antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado.

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 copia adicional del material genético del padre.



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.

No existen maneras conocidas para prevenir que se formen estas masas.

Complicaciones:

-No malignas:

Hemorragia, infección intrauterina, perforación uterina, ruptura espontánea del útero.

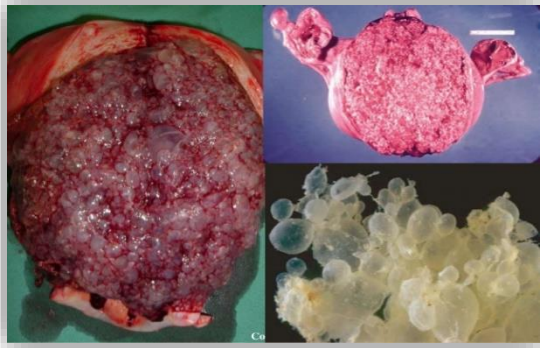
-Malignas:

Mola invasiva (15%), Coriocarcinoma (4 %).
Metástasis pulmonares, pared vaginal anterior, cerebro, vísceras abdominales.

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.





Factores de riesgo

Aproximadamente 1 de cada 1.000 embarazos se diagnostica como embarazo molar. Existen diversos factores asociados con el embarazo molar, entre ellos:

✚ **Edad de la madre.** Un embarazo molar es más probable en mujeres mayores de 35 años o menores de 20 años.

✚ **Embarazo molar anterior.** Si has tenido un embarazo molar, eres más propensa a tener otro. La repetición de un embarazo molar ocurre, en promedio, en 1 de cada 100 mujeres.

Prevención: Durante los embarazos posteriores, es posible que el proveedor de atención médica te realice ecografías tempranas para controlar tu estado y brindarte seguridad de que hay un desarrollo normal. También es posible que el profesional analice la posibilidad de realizar análisis genéticos prenatales, que pueden utilizarse para diagnosticar un embarazo molar.

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.

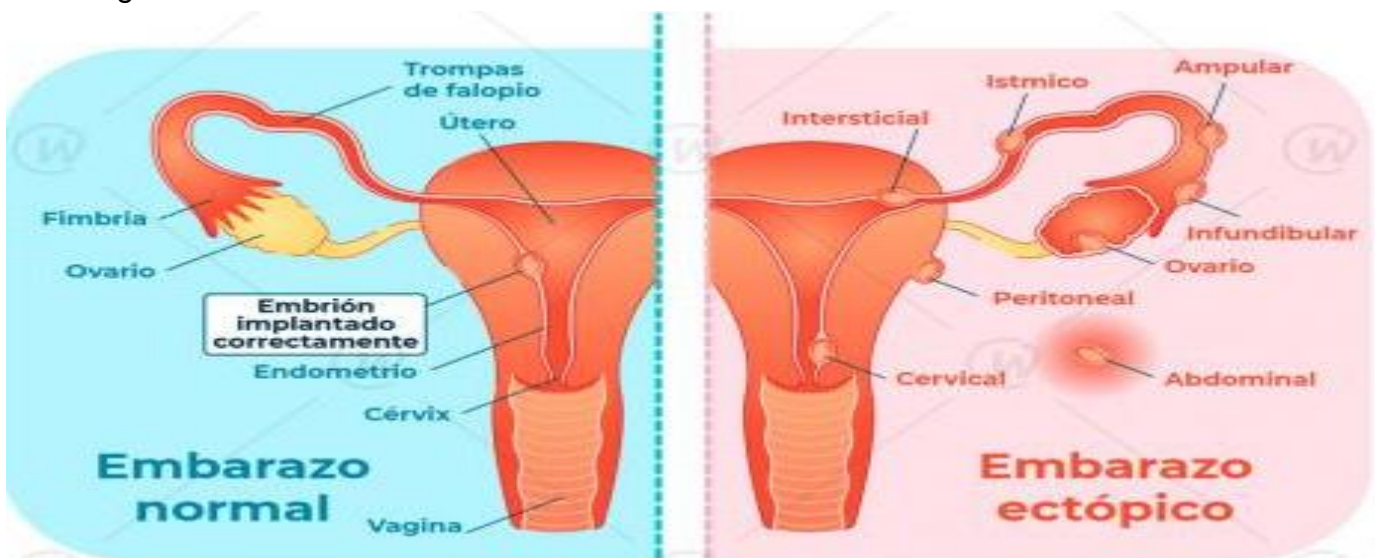
EMBARAZO ECTOPICO

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.

Si te haces una prueba de embarazo, el resultado será positivo. Aun así, el embarazo ectópico no puede continuar con normalidad. A medida que el óvulo fecundado crece en el lugar inadecuado, los signos y síntomas se hacen más notorios.

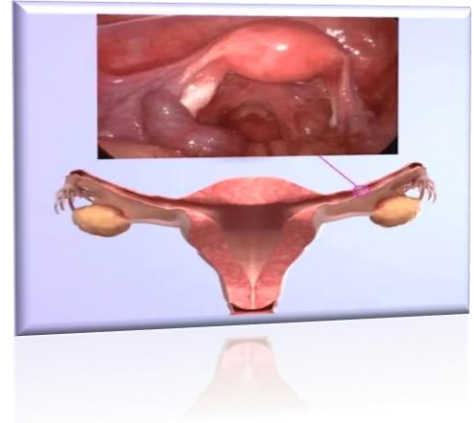
Síntomas de emergencia

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.



Clasificaciones: Un embarazo ectópico se clasifica según donde exactamente los implantes fertilizados del huevo.

▪ 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

Causas

Un embarazo tubárico (el tipo más frecuente de embarazo ectópico) ocurre cuando un óvulo fecundado queda atrapado mientras se dirige al útero, a menudo, debido a que las trompas de Falopio están dañadas por inflamación o malformación. Los desequilibrios hormonales o el desarrollo anormal del óvulo fecundado también pueden intervenir.

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.
- ✚ **Elección de un método anticonceptivo.** La probabilidad de quedar embarazada mientras se usa un dispositivo intrauterino (DIU) es reducida. Sin embargo, si quedas embarazada mientras tienes colocado un DIU, lo más probable es que sea un embarazo ectópico. La ligadura de trompas, un método anticonceptivo permanente que comúnmente se conoce como "ligarse las trompas", también aumenta el riesgo si quedas embarazada después de este procedimiento.
- ✚ **Tabaquismo.** Fumar cigarrillos antes de quedar embarazada puede aumentar el riesgo de un embarazo ectópico. Cuantas más fumas, mayor el riesgo.

Complicaciones

Un embarazo ectópico puede causar que las trompas de Falopio se abran repentinamente. Si no se trata, la trompa desgarrada puede ocasionar un sangrado que pone en riesgo la vida.

Prevención

No hay forma de evitar un embarazo ectópico, pero estas son algunas maneras de disminuir el riesgo:

- ✚ Limitar el número de parejas sexuales y utilizar un preservativo durante las relaciones sexuales ayuda a prevenir las infecciones de transmisión sexual y puede reducir el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica.
- ✚ No fumes. Si fumas, deja de hacerlo antes de intentar quedar embarazada.

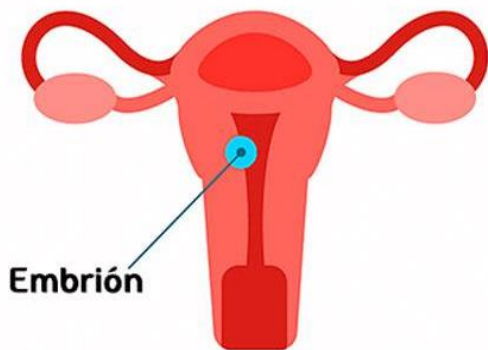
cuidados del embarazo ectópico en urgencias

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.

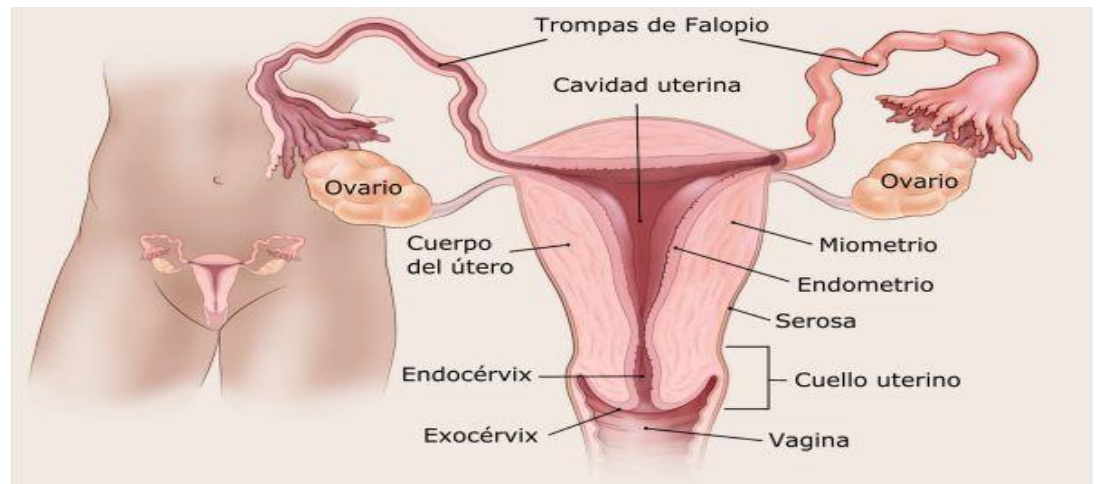
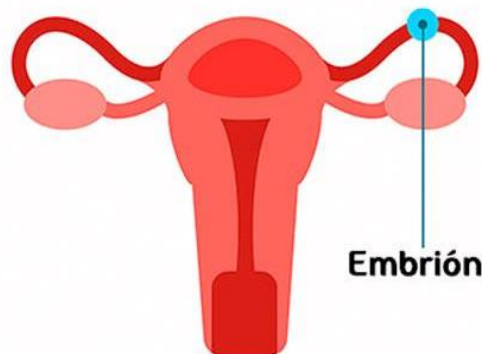
Esta patología constituye una urgencia obstétrica y requiere tratamiento y diagnóstico precoz con el fin de preservar la función reproductora de la paciente, y en casos más graves la vida.

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.

Diagnóstico: De sospecha:

desaparición movimientos fetales, ausencia de foco audible de latido cardíaco fetal, líquido amniótico marrón. Si han pasado varios días: ausencia de crecimiento uterino.



De certeza: ecografía. La muerte fetal se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, demostrándose la ausencia de actividad cardíaca durante al menos 2 minutos



Signos radiológicos: tienen un interés histórico, siendo de sospecha y certeza

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

Factores de riesgo:

La edad materna aumenta el riesgo progresivamente a partir de los 35 años, así, comparado con una madre menor a esta edad, la paciente tendrá un riesgo de 1,5 veces mayor entre 35 y 40 años; 2 veces mayor entre 40 y 45 años; y 3 veces más alto sobre los 45 años.

De los factores de riesgo modificables los de mayor importancia son el uso de tabaco, que aumenta el riesgo 1,5 a 3 veces; y la obesidad que incrementa el riesgo 2 veces. La ausencia de control prenatal tiene una Razón de Oportunidad (OR) de 3,3. El uso de drogas ilícitas, de 1,9. El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educacional tienen OR de 1,2 y 1,7 respectivamente. Otros factores de riesgo importantes son patologías crónicas maternas como la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, patología tiroidea, enfermedades de la mesénquima y reumatológicas

Estudio materno:

Se debe realizar una anamnesis personal, familiar y laboral detallada, que debe incluir la historia personal y familiar del cónyuge. El examen físico debe ser completo y riguroso.

Una vez obtenidos los consentimientos es importante realizar una amniocentesis (en ocasiones este examen no es factible de realizar) para poder tener un análisis citogenético preciso y con vitalidad celular. Aproximadamente un tercio de las veces el cardiograma hecho a partir de tejido placentario obtenido postparto, no entrega información ya sea por falta de vitalidad y crecimiento celular o bien por infección del tejido. Respecto al estudio citogenético surge la interrogante en relación a la dificultad del sitio y la hora a la que ocurra el parto y la posibilidad de realizar este examen. El tejido trofoblástico puede permanecer 24 horas a 4°C en un frasco estéril antes de llegar al laboratorio.

Estudio fetal: e 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, el empleo de

Misoprostol en dosis de 200 a 400 mkg cada 4 a 6 horas por vía vaginal y oxitocina i/v son opciones aceptables. Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional. La operación cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal.

intervenciones para reducir la frecuencia de muerte fetal

Lo primero a considerar es que la población más vulnerable en términos socioeconómicos y culturales, tiene una mayor frecuencia de esta condición por lo que, para conseguir una reducción significativa debe existir un mayor y mejor acceso al cuidado médico general y reproductivo. Adicionalmente, un objetivo importante es influenciar los factores de riesgo biológico más potentes y ampliamente difundidos. Entre ellos el consejo preconcepcional en poblaciones médicamente en riesgo (diabetes, epilepsia, hipotiroidismo) y la reducción de:

- ✚ El peso corporal preconcepcional
- ✚ La frecuencia de tabaquismo
- ✚ La ingesta de alcohol, drogas ilícitas
- ✚ La maternidad sobre los 35 años, en especial sobre los 40 años

¿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.

¿Cuáles son las principales causas de la mortalidad fetal?

Entre las causas más frecuentes de la mortalidad fetal se encuentran las complicaciones durante el parto, las hemorragias previas al parto (incluido el desprendimiento de placenta), las infecciones y enfermedades maternas y las complicaciones durante el embarazo, cuya causa subyacente puede ser la restricción del crecimiento fetal.

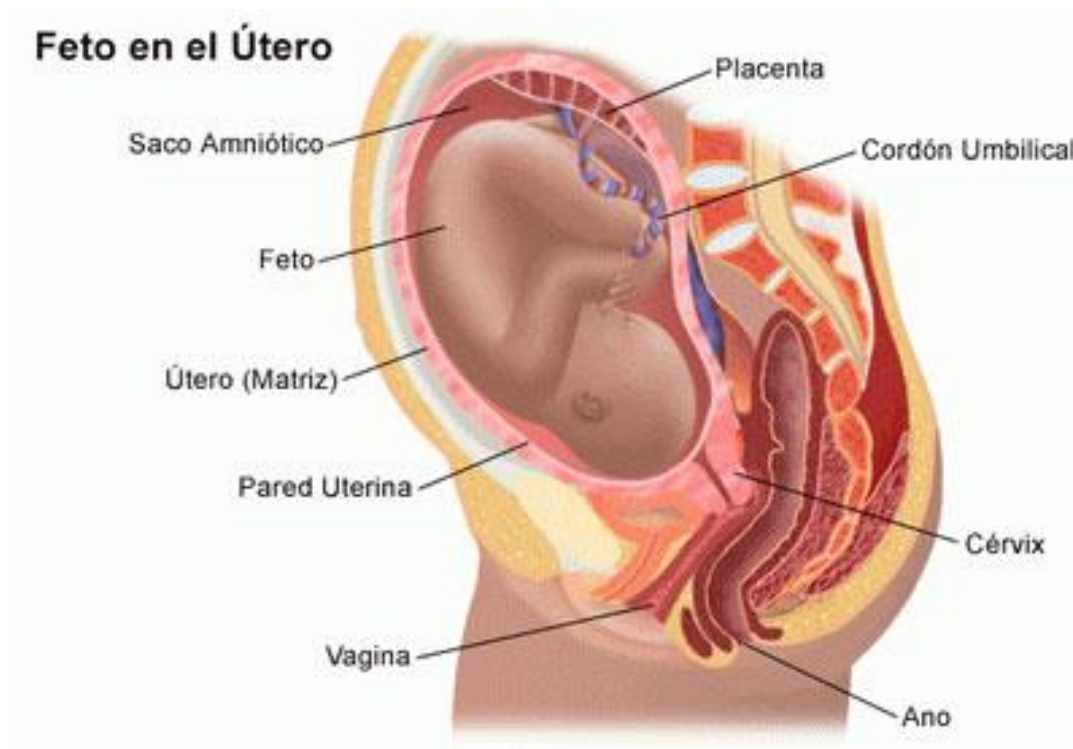
La salud de la madre también puede ser una causa de la mortalidad fetal. Se estima que un 10% de las muertes fetales de todo el mundo se producen como resultado de la obesidad, la diabetes y la hipertensión. Otros factores relacionados con la madre, como su edad o si es fumadora, también pueden aumentar el riesgo de que se desarrollen enfermedades maternas o de que el bebé nazca muerto.

¿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:

¿Qué causa la hidrocefalia fetal?



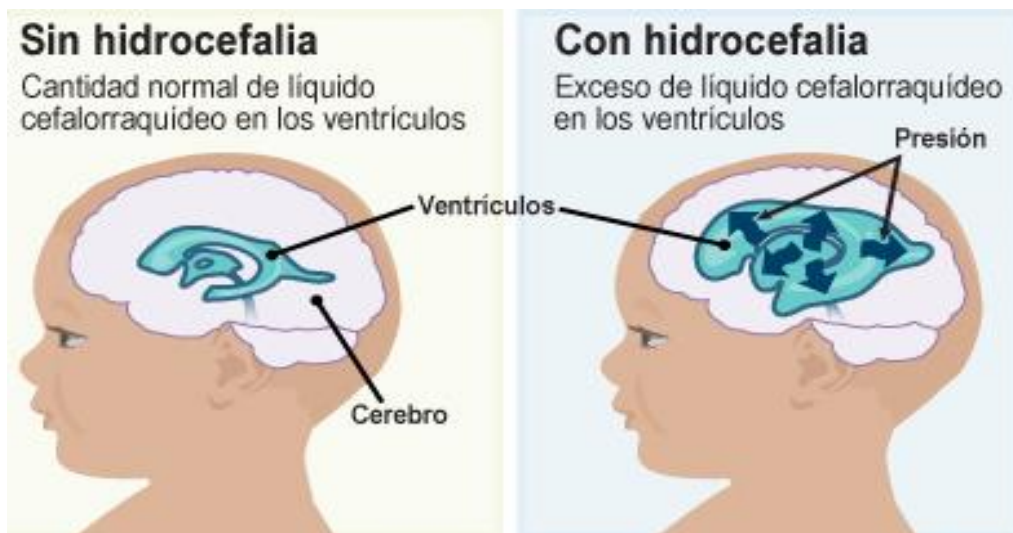
Sus causas incluyen problemas genéticos y problemas que se desarrollan en el feto durante el embarazo. El principal signo de la hidrocefalia congénita es una cabeza con un tamaño fuera de lo normal.

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

La hidrocefalia congénita constituye un síndrome polimórfico, que reúne afecciones diversas 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, 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.



La anencefalia.

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.

tratamiento

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



¿Cómo se puede prevenir la anencefalia?

Si todas las mujeres en edad fértil tomaran 0.4 mg de Ácido Fólico todos los días antes y por lo menos hasta el final del primer trimestre de su embarazo, se podría prevenir entre un 50 a 70 % de casos potenciales de anencefalia y espina bífida