

UDES

PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DE LA ALUMNA: ALEJANDRA PÉREZ ÁLVAREZ

NOMBRE DEL DOCENTE: JUANA INES HERNÁNDEZ

CUATRIMESTRE: 4TO

GRUPO: "B"

MATERIA: ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

ACTIVIDAD: TEMAS EXPLICADOS EN CLASE



A continuación veremos algunos temas de suma importancia para nuestra vida a futuro y largo plazo...

ABORTO.

El aborto (del latín abortus) es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.

Aborto espontáneo.

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. La pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal. Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural". Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

Aborto completo: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo

Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.

Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.

Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.

Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.

Aborto recurrente: el aborto recurrente, es la pérdida gestacional de 3 o más embarazos antes de las 20 semanas.

Su proveedor de atención médica también puede usar el término "amenaza de aborto". Los síntomas de esta afección son cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal. Son un signo de que se puede presentar un aborto espontáneo.

Causas.

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. En pocas ocasiones, estos problemas tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- Drogadicción y alcoholismo
- Trastornos de la coagulación
- Exposición a toxinas ambientales
- Problemas hormonales
- Infección
- Sobrepeso
- Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- Enfermedades graves en todo el cuerpo (sistémicas) de la madre (como la diabetes no controlada)
- Tabaquismo

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Entre las mujeres que saben que están embarazadas, aproximadamente del 10% al 25% sufrirán un aborto espontáneo. La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.

El riesgo de aborto espontáneo es más alto:

En mujeres de mayor edad. El riesgo se incrementa después de los 30 años, se vuelve mucho más grave entre los 35 a los 40 años, y es mayor después de los 40 años.

En mujeres que ya hayan tenido varios abortos espontáneos.

Síntomas.

Los posibles síntomas de un aborto espontáneo pueden incluir:

- Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales

Es posible que algunas mujeres no presenten ningún síntoma al principio.

Pruebas y exámenes.

Durante un examen pélvico, su proveedor puede observar que su cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino).

Se puede hacer un ultrasonido abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de su sangrado.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:

Tipo de sangre (si usted tiene un tipo de sangre Rh-negativo, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh).

Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.

GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.

GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.

Conteo de glóbulos blancos (GB) y fórmula leucocitaria para descartar infección.

Tratamiento.

En el caso de presentarse el aborto espontáneo, el tejido que sale por la vagina debe ser examinado. Esto se hace para determinar si era placenta normal o una afección poco común denominada mola hidatiforme. Igualmente, es importante averiguar si aún queda algún tejido fetal dentro del útero. En pocos casos un embarazo ectópico puede parecer un aborto espontáneo. Si usted ha expulsado

tejido, pregúntele a su proveedor si el tejido debe ser enviado para pruebas genéticas. Esto puede ser útil para determinar si hay una causa tratable del aborto espontáneo.

Si el tejido del embarazo no sale del cuerpo en forma natural, usted puede necesitar quedar bajo una vigilancia cuidadosa hasta 2 semanas. Es posible que se necesite cirugía (dilatación y legrado, D y C) o medicamentos para eliminar los contenidos restantes de su útero.

Después del tratamiento, las mujeres generalmente reanudan su ciclo menstrual normal al cabo de 4 a 6 semanas. Cualquier sangrado vaginal posterior debe ser vigilado cuidadosamente. A menudo, es posible quedar embarazada inmediatamente. Se sugiere que usted espere un ciclo menstrual normal antes de tratar de quedar embarazada de nuevo.

Aborto inducido.

El aborto inducido es la interrupción voluntaria del embarazo que se realiza siempre antes de los 180 días de gestación. Se realiza de forma premeditada y requiere de expertos en dicho procedimiento.

Es importante diferenciarlo del aborto espontáneo, que es la interrupción del embarazo que se produce por causas naturales, y no por voluntad de la madre.

¿Por qué se realiza el aborto inducido?

La interrupción de un embarazo puede darse por distintos motivos, que suelen estar relacionados con factores sociales, económicos, sexuales o que afecten al feto. Algunas de las situaciones que dan lugar a un aborto inducido son:

- Fallo del método anticonceptivo
- Violencia sexual
- Que la mujer no quiera tener un hijo en ese momento
- Tener demasiados hijos
- Relaciones inestables o abandono

- Salud física o mental de la mujer
- Malformaciones del feto
- Problemas económicos

¿En qué consiste?

El aborto puede ser de dos tipos: químico o quirúrgico.

Aborto químico: En este caso, sólo se puede realizar en las primeras semanas del embarazo y consiste en administrar fármacos, bien ingiriéndolos, inyectándolos en el saco amniótico de alrededor del feto, insertándolos en la vagina o inyectándolos por vía intravenosa.

aborto quirúrgico: suele realizarse mediante la técnica de aspiración, que según nuestra legislación, también debe realizarse antes de las 12 semanas. Consiste en succionar el feto mediante una bomba eléctrica de aspiración o una jeringa manual. Cuando esta técnica no es factible, se recurre a la de dilatación y raspado, que tiene un procedimiento similar al anterior, con la diferencia de que tiene que realizar aplicar una medicación en el cuello del útero para ablandarlo y dilatarlo.

Preparación para el aborto inducido.

Antes del proceso, hay que estudiar el caso de la paciente para determinar el método a seguir. Este análisis incluye los siguientes puntos:

- Ecografía obstétrica y ginecológica
- Análisis de sangre
- Análisis del historial clínico general y ginecológico
- Entrevista psicológica o psiquiátrica
- Cuidados tras la intervención

Tras el procedimiento quirúrgico de aborto inducido, el especialista suele recomendar tomar antibióticos para prevenir la infección y antiinflamatorios para aliviar el dolor tipo cólico o cualquier otra molestia. También se aconseja descansar durante unos días, no tener relaciones sexuales durante al menos una semana y,

una vez se tengan, utilizar un método anticonceptivo, preferiblemente preservativos para prevenir infecciones.

Alternativas a este tratamiento.

Aparte de los procedimientos descritos, no existe otra forma de interrumpir la gestación o embarazo y que sea segura para la salud. Existe mucha información peligrosa sobre métodos caseros para interrumpir el embarazo, pero no son métodos efectivos y en el peor de los casos pueden provocar secuelas graves en el feto o en la mujer embarazada.

Siempre que se plantee interrumpir el embarazo por cualquier circunstancia, la mujer debe ponerse en manos de un especialista en Ginecología y Obstetricia, quien sabrá analizar su estado de salud y el procedimiento que debe seguir.

Hiperémesis gravídica.

Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo. Pueden llevar a la deshidratación, pérdida de peso y desequilibrios electrolíticos. Las náuseas matutinas se refieren a las náuseas y vómitos que ocurren al inicio del embarazo.

Causas.

La mayoría de las mujeres experimenta algo de náuseas o vómitos (náuseas del embarazo), particularmente durante los primeros 3 meses de gestación. Se desconoce la causa exacta de las náuseas y los vómitos durante el embarazo. Sin embargo, se cree que pueden ser ocasionados por una elevación rápida de los niveles sanguíneos de una hormona llamada gonadotropina coriónica humana (GCH), La GCH es liberada por la placenta. Las náuseas del embarazo leves son comunes. La hiperémesis gravídica es menos común y más grave.

Las mujeres con hiperémesis gravídica presentan náuseas y vómitos extremos durante el embarazo. Esto puede provocar una pérdida de más del 5% del peso corporal. La afección puede suceder en cualquier embarazo, pero es ligeramente

más probable en caso de estar esperando gemelos (o más bebés) o si tiene una mola hidatiforme. Las mujeres presentan un riesgo mayor de padecer hiperémesis si han tenido el problema en embarazos previos o si son propensas a los mareos por movimiento.

Síntomas.

Las náuseas del embarazo pueden causar una disminución del apetito, un bajo nivel de náuseas o vómitos. Esto es diferente a la verdadera hiperémesis debido a que las personas generalmente todavía son capaces de comer y beber líquidos algunas veces.

Los síntomas de la hiperémesis gravídica son mucho más graves. Estos pueden incluir:

- Náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo
- Mucha más salivación de lo normal
- Pérdida de peso
- Signos de deshidratación, como orina oscura, piel seca, debilidad, mareos, o desmayos
- Estreñimiento
- Incapacidad para ingerir cantidades adecuadas de líquidos o alimentos

Pruebas y exámenes

Su proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico. Su presión arterial puede ser baja. Su pulso puede estar alto.

Las siguientes pruebas de laboratorio se llevarán a cabo para revisar si hay signos de deshidratación:

- Conteo sanguíneo completo
- Electrolitos
- Cetonas en orina
- Pérdida de peso

Es posible que el proveedor necesite realizar exámenes para verificar que usted no tenga problemas gastrointestinales y hepáticos.

Se llevará a cabo un ultrasonido del embarazo para ver si usted está esperando gemelos o más bebés. El ultrasonido también verificará si hay una mola hidatiforme.

Tratamiento.

Las náuseas del embarazo casi siempre se pueden controlar evitando los alimentos que ocasionan el problema y bebiendo muchos líquidos cuando los síntomas disminuyen para permanecer hidratada.

Si sus náuseas y vómitos provocan que presente deshidratación, recibirá líquidos por vía intravenosa. También es posible que le administren un medicamento para controlar las náuseas. Si las náuseas y los vómitos son tan graves que usted y su bebé podrían estar en peligro, será admitida al hospital para recibir tratamiento. Si no puede comer suficiente para obtener los nutrientes que usted y su bebé necesitan, es posible que reciba nutrientes adicionales ya sea por vía intravenosa o a través de una sonda colocada en su estómago.

Para ayudar a manejar los síntomas en casa, pruebe estos consejos.

Evite los desencadenantes. Usted puede notar que ciertos factores pueden desencadenar las náuseas y el vómito. Estos pueden incluir:

- Ciertos ruidos o sonidos, incluso la radio o la TV
- Luces brillantes o parpadeantes
- Pasta de dientes
- Olores, como el perfume o productos de baño o de cuidado personal con fragancias
- Presión en el estómago (use ropa suelta)
- Viajar en un auto
- Ducharse

Coma y beba cuando pueda hacerlo. Aproveche las ocasiones en las que se siente mejor para comer y beber. Coma refrigerios pequeños y frecuentes. Pruebe los

alimentos secos y blandos como galletas o papas. Intente comer cualquier alimento que le llame la atención. Vea si puede tolerar batidos nutritivos con frutas o verduras.

Aumente los líquidos durante los momentos del día cuando sienta menos náuseas. El agua de soda, el refresco de jengibre u otras bebidas efervescentes pueden servir. También puede probar con el uso de suplementos con bajas dosis de jengibre o muñequerías de acupresión para aliviar los síntomas.

Se ha demostrado que la vitamina B6 (no más de 100 mg al día) disminuye las náuseas a comienzos del embarazo. Pregúntele a su proveedor si esta vitamina le podría ayudar. También se ha demostrado que otro medicamento, llamado doxilamina (Unisom), es muy efectivo y seguro al combinarse con la vitamina B6 para tratar las náuseas durante el embarazo. Puede comprar este medicamento sin receta.

Expectativas (pronóstico).

Las náuseas del embarazo generalmente son leves, pero persistentes. Pueden comenzar entre las semanas 4 y 8 de gestación. Por lo general desaparecen hacia las semanas 16 a 18. Las náuseas y los vómitos graves también pueden comenzar entre las semanas 4 y 8 de gestación y a menudo desaparecen hacia las semanas 14 a 16. Algunas mujeres seguirán teniendo náuseas y vomitando durante todo su embarazo. Con la adecuada identificación de los síntomas y un cuidadoso seguimiento, las complicaciones serias para el bebé o la madre son poco frecuentes.

Posibles complicaciones.

Los vómitos graves son dañinos debido a que producen deshidratación y un aumento de peso insuficiente durante el embarazo. En raras ocasiones, una mujer puede presentar sangrado en el esófago u otros problemas serios a causa del vómito constante.

La afección puede hacer que sea difícil seguir trabajando o cuidando de usted misma. Puede provocar ansiedad y depresión en algunas mujeres, que permanecen incluso después del embarazo.

Ruptura de membranas prematura



La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPM), es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa

(membrana amniótica) que rodea al bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta el riesgo de tener un parto prematuro.

Factores de riesgo

Historia de RPM pretérmino en embarazo anterior que puede ser tres veces más frecuente, Longitud cervical corta (cono cervical), Incompetencia ístmico cervical: al aumentar la dilatación cervical, disminuye el soporte de las membranas cervicales, esto hace que una determinada dilatación se produzca una hernia del saco ovular en ese punto. Luego las membranas se pueden romper en ausencia de contracciones: 'por estiramiento esto da mayor a exposición a los gérmenes vaginales Infecciones del tracto genital (vaginosis bacteriana,GBS),Hemorragias del primer trimestre 3 a 7 veces, IMC bajo, Tabaquismo, Drogas ilícitas, Deficiencia de Vitaminas c, zinc, y cobre.

Diagnóstico: el diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica de la usuaria (interrogar con precisión sobre color, cantidad, hora y fecha de comienzo de la salida del líquido, aumento de la humedad perineal, si es perdida intermitente o si fue salida franca de líquido que moja los músculos y el piso.

Observación de la salida del líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia.

Color: a veces ligeramente opaco, ambarino, blanco o teñido de meconio, olor característica semejante al semen o al hipoclorito de sodio.

Pruebas de Valsalva: colocar el espejulo, provocar aumento de la presión intraabdominal (pujo o tos), para evidenciar la salida del liquido a través del cérvix.

Maniobras de tarnier: presionar fondo uterino y con la mano intravaginal elevar la presentación, para evidenciar la salida de líquido transvaginal.

Auxiliares de diagnóstico

Prueba de Nitrazina: cambia el color del papel de amarillo para el pH normal de la vagina (4.5-6.0) a azul púrpura (PH 7.1-7.3) al contacto del líquido amniótico, precisión 87 al 95%, esta prueba puede presentar falsos positivos ante la presencia de sangre, semen, por presencia de vaginosis bacteriana.

Ecografía: cuando no se visualiza salida del líquido amniótico transcervical y hay historia de salida de líquido, la presencia de oligoamnios (índice de phelan menor de 5 o índice de bolsón único menor de 2).

Pruebas de laboratorio

Biometría hemática completa, tipo de Rh, examen general de orina, cultivo de líquido vaginal, tinción de Gram de líquido amniótico y evaluación de la madurez fetal es importante en determinadas circunstancias obstétricas, cuando es necesario interrumpir el embarazo lo que se pretende investigar y conocer si el feto ha alcanzado la aptitud funcional de sus órganos para la vida extrauterina, sin necesidad de cuidados especiales la plena madurez fetal se alcanzó durante el tercer trimestre gestacional. Las diversas pruebas disponibles para evaluar la madurez fetal investigan la madurez de órganos tales como, pulmón, hígado, riñones y sangre.

Tratamiento

Extracción del feto si hay compromiso fetal, infección o a la edad gestacional es mayor a 34 semanas.

hospitalización, reposo pelviano, donde se vigile, el movimiento y la frecuencia cardíaca del bebe

Medicamentos:

Corticoides. Es tos medicamentos ayudan pueden ayudar con el crecimiento y maduración de los pulmones.

Antibióticos: sirve para combatir las infecciones (clindamicina, penicilina, gentamicina, etc.).

Medicamentos relajantes uterino, se usa para detener un trabajo de parto prematuro. (orciprenalina sulfato, Ritodrina clorhidrato, sulfato de magnesio.

Parto prematuro

Un parto prematuro es el que ocurre más de tres semanas antes de la fecha de parto estimada. En otras palabras, un parto prematuro es el que ocurre antes de la semana 37 de embarazo.

Los bebés prematuros, en especial, los que nacieron con mucha anterioridad, suelen tener problemas médicos complicados. Por lo general, las complicaciones por el nacimiento prematuro varían. Sin embargo, cuanto más temprano nazca un bebé, el riesgo de tener complicaciones será más alto.

Según qué tan temprano nazca un bebé, puede ser:

Prematuro tardío, si nació entre la semana 34 y la semana 36 completas de embarazo

Prematuro moderado, si nació entre la semana 32 y la semana 34 de embarazo

Muy prematuro, si nació antes de las 32 semanas de embarazo

Prematuro extremo, si nació antes de las 25 semanas de embarazo

Factor de riesgo

- Haber tenido otro parto prematuro
- Embarazo de mellizos, trillizos o más
- Un intervalo de menos de seis meses entre embarazos
- Concepción a través de una fertilización in vitro
- Problemas en el útero, el cuello uterino o la placenta
- Tabaquismo o consumo de drogas ilegales

- Algunas infecciones, especialmente del líquido amniótico y de aparato genital inferior.
- Algunas afecciones crónicas, como presión arterial alta y diabetes.
- Estar por debajo del peso o tener obesidad durante el embarazo.
- Sucesos estresantes, como la muerte de un ser querido o sufrir violencia doméstica.
- Múltiples abortos espontáneos o voluntarios.
- Lesiones físicas o traumatismos.

Síntomas de parto prematuro

Sangrado en el 2º y 3º trimestre. Excluyendo la causa placentaria (por ejemplo, por placenta previa), la presencia de sangrado predispone a complicaciones como la rotura prematura de membranas o la amenaza de parto prematuro.

Aparición de contracciones uterinas. Síntomas como el endurecimiento de la barriga acompañado de dolor tipo menstruación, deben alertar de la posibilidad de amenaza de parto prematuro.

Pérdida de líquido amniótico. Descartada la pérdida de orina involuntaria o flujo vaginal o semen, la pérdida de líquido vaginal alerta de la posibilidad de rotura prematura de membranas.

Tratamiento

Una vez que estás de parto, no hay medicamentos o procedimientos quirúrgicos para detener el trabajo de parto, excepto temporalmente. No obstante, el médico podría recomendarte los siguientes medicamentos:

Medicamento:

Corticoesteroides. Los corticoesteroides pueden ayudar a promover la madurez pulmonar de tu bebé. Si tienes entre 23 y 34 semanas, es probable que tu médico te recomiende corticoesteroides si cree que tienes un mayor riesgo de parto en los próximos uno a siete días. Tu médico también puede recomendarte esteroides si corres el riesgo de tener un parto entre 34 y 37 semanas.

Se podría repetir el tratamiento con corticoesteroides si estás embarazada de menos de 34 semanas, con riesgo de dar a luz dentro de los siete días, y si realizaste un tratamiento previo con corticoesteroides por más de 14 días anteriormente.

Sulfato de magnesio. El médico podría ofrecerte sulfato de magnesio si corres riesgo alto de dar a luz entre la semana 24 y la 32 del embarazo. Algunas investigaciones han demostrado que podría reducir el riesgo de un tipo específico de daño al cerebro (parálisis cerebral) en bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación.

Tocolíticos. Tu proveedor de atención médica podría darte un medicamento llamado tocolítico para retardar temporalmente las contracciones. Los tocolíticos pueden utilizarse durante 48 horas para retrasar el parto prematuro y así permitir que los corticosteroides proporcionen el máximo beneficio o, si es necesario, que te trasladen a un hospital que pueda proporcionar atención médica especializada a tu bebé prematuro.

Los tocolíticos no abordan la causa subyacente del trabajo de parto prematuro y en general no se ha demostrado que mejoren los resultados de los bebés. Tu proveedor de atención médica no te recomendará un tocolítico si tienes ciertas afecciones, como presión arterial alta inducida por el embarazo (preeclampsia).

Si no te hospitalizan, posiblemente tengas que programar consultas con el proveedor de atención médica todas las semanas o con mayor frecuencia, para que pueda controlar los signos y síntomas del trabajo de parto prematuro.

Procedimientos quirúrgicos

Si tienes riesgo de parto prematuro debido a un cuello del útero corto, tu médico puede sugerir un procedimiento quirúrgico conocido como cerclaje cervical. Durante este procedimiento, el cuello del útero se cierra con suturas fuertes. Normalmente, las suturas se retiran después de 36 semanas completas de embarazo. Si es necesario, las suturas se pueden extraer antes.

El cerclaje cervical puede ser recomendado si tienes menos de 24 semanas de embarazo, si tienes un historial de nacimiento prematuro temprano, y si una ecografía muestra que el

cuello del útero se está abriendo o que la longitud del cuello del útero es menor de 25 milímetros.

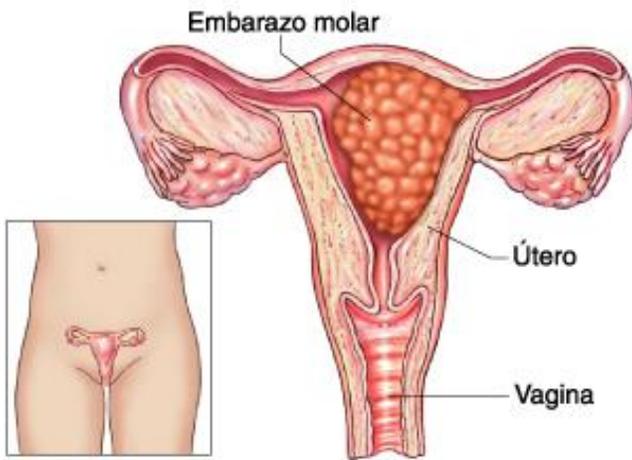
Medicamentos preventivos

Si tienes antecedentes de nacimiento prematuro, tu proveedor de atención médica podría sugerirte inyecciones semanales de un tipo de hormona progesterona llamada caproato de hidroxiprogesterona, a partir del segundo trimestre y hasta la semana 37 del embarazo.

Además, tu proveedor de atención médica podría ofrecerte progesterona, que se inserta en la vagina, como medida preventiva contra el parto prematuro. Si se te diagnostica un cuello del útero corto antes de la semana 24 del embarazo, tu proveedor de atención médica también podría recomendarte el uso de progesterona hasta la semana 37 del embarazo.

Investigaciones recientes sugieren que la progesterona vaginal es tan eficaz como el cerclaje cervical para prevenir el parto prematuro en algunas mujeres que están en riesgo. Los medicamentos tienen la ventaja de no requerir cirugía ni anestesia. Tu médico puede ofrecerte medicamentos como alternativa al cerclaje cervical.

MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)



¿QUE ES?

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). Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas (células del útero que ayudan a que el embrión se adhiera al útero y ayudan a formar la placenta) después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo. Una mola hidatiforme contiene muchos quistes (bolsas de líquido). Por lo general, es benigna (no cancerosa), pero se puede diseminar hasta los tejidos cercanos

(mola invasora). Asimismo, puede transformarse en un tumor maligno llamado coriocarcinoma. La mola hidatiforme es el tipo más común de tumor trofoblástico de la gestación. También se llama embarazo molar.

La mujer con una mola hidatiforme experimenta la sensación de estar embarazada. Pero, como la mola hidatiforme crece mucho más rápidamente que un feto, el abdomen aumenta de tamaño también más rápidamente de lo que sucede en un embarazo normal. Son frecuentes las náuseas y los vómitos intensos, así como el sangrado vaginal. Cuando alguna zona de la mola degenera, pequeñas cantidades de tejido, que asemejan un racimo de uvas, se eliminan a través de la vagina. Estos síntomas indican la necesidad de una rápida evaluación por parte de un médico.

CAUSAS

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.

SINTOMAS

Los síntomas de un embarazo molar son:

- Crecimiento anormal del útero, ya sea más grande o más pequeño de lo usual
- Náuseas y vómitos intensos

- Sangrado vaginal durante los primeros 3 meses del embarazo
- Síntomas de hipertiroidismo, incluso intolerancia al calor, deposiciones acuosas, frecuencia cardíaca rápida, inquietud o nerviosismo, piel caliente y húmeda, manos temblorosas, o pérdida de peso inexplicable
- Síntomas similares a los de la preeclampsia que ocurren en el primer trimestre o a comienzos del segundo trimestre, incluso presión arterial alta e hinchazón de los pies, tobillos, y piernas (esto casi siempre es indicio de mola hidatiforme, ya que la preeclampsia es muy poco común tan temprano en los embarazos normales)



PRUEBAS Y EXAMENES

Su proveedor de atención médica realizará un examen pélvico, que puede mostrar signos similares a los de un embarazo normal. Pero el tamaño del útero puede ser anormal y puede no haber ruidos cardíacos fetales. También puede haber algún sangrado vaginal.

Un ultrasonido durante el embarazo mostrará una apariencia de tormenta de nieve con una placenta anormal, con o sin algún desarrollo de un bebé.

Los exámenes pueden incluir:

- Examen de GCH (niveles cuantitativos) en sangre
- Ultrasonido pélvico abdominal o vaginal
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada o resonancia magnética del abdomen (pruebas de imagenología)
- Hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC)
- Pruebas de coagulación sanguínea
- Pruebas de la función hepática y renal

PRONOSTICO

La mayoría de las molas hidatiformes no son cancerosas (benignas). El tratamiento por lo general es exitoso. Es importante un seguimiento minucioso por parte del proveedor para

asegurar que las señales de un embarazo molar han desaparecido y los niveles hormonales del embarazo han regresado a la normalidad. Alrededor del 15% de los casos de molas hidatiformes pueden convertirse en invasivos. Estas molas pueden llegar a crecer profundamente en la pared uterina y provocar sangrado u otras complicaciones. Este tipo de mola muy a menudo responde bien a los medicamentos. En muy pocos casos de mola hidatiforme completa, la mola se transforma en una coriocarcinoma. Este es cáncer de rápido crecimiento. Es tratado exitosamente con quimioterapia, pero puede ser mortal.

Con tratamiento, muchas mujeres se curan. La probabilidad de que esto ocurra depende de si la mola se ha diseminado y de otros factores:

- Si la mola no se ha diseminado: prácticamente el 100%
- Si la mola se ha diseminado pero se considera de bajo riesgo: 90 a 95%
- Si el coriocarcinoma se ha extendido ampliamente y se considera de alto riesgo: 60 a 80%

La mayoría de las mujeres que han tenido una mola hidatiforme pueden tener hijos después y no tienen mayor riesgo de abortos espontáneos, complicaciones durante el embarazo o de hijos con malformaciones congénitas.

Aproximadamente el 1% de las mujeres que han sufrido una mola hidatiforme tienen una segunda. Por consiguiente, se les debe practicar una ecografía al inicio de los siguientes embarazos.

TRATAMIENTO

- Extirpación de la mola
- Pruebas para verificar la recurrencia y/o diseminación
- Si es necesario, quimioterapia

Las molas hidatidiformes o cualquier otro tipo de neoplasia trofoblástica gestacional se extirpan en su totalidad, generalmente mediante D y C con aspiración. La extirpación del útero (histerectomía) rara vez es necesaria, pero se puede indicar si la mujer afectada no planea tener hijos.

Las **pruebas** para determinar si la mujer afectada necesita tratamiento adicional se realizan una vez extirpada la mola.

Se toma una radiografía de tórax para ver si la mola se ha diseminado a los pulmones.

Se mide la concentración de gonadotropina coriónica humana en sangre para determinar si se ha extirpado por completo. Si la extirpación es completa, el nivel de esta hormona regresa a la normalidad, por lo general, en unas 10 semanas, y se mantiene en esos

valores. No es necesario más tratamiento. Si no regresa a la normalidad, la enfermedad se considera persistente. Entonces se realiza una tomografía



computarizada (TC) del cerebro, tórax, abdomen y pelvis para determinar si se ha desarrollado y diseminado un coriocarcinoma.

Si la mola persiste o se ha diseminado, pero se considera de bajo riesgo, es necesaria la **quimioterapia**. La quimioterapia puede consistir en un solo medicamento (metotrexato o dactinomicina). Si este tratamiento no es efectivo, se puede usar una combinación de medicamentos quimioterápicos (como etopósido, metotrexato, dactinomicina, ciclofosfamida y vincristina) o se puede realizar una histerectomía.

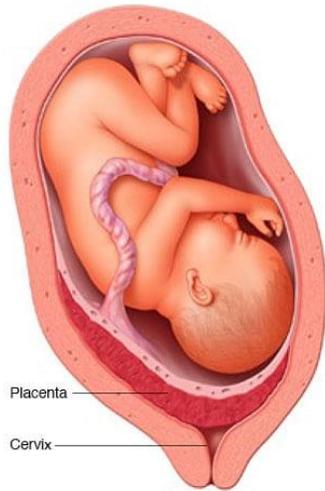
Si el lunar se ha diseminado ampliamente y se considera de alto riesgo, se utilizan varios fármacos de quimioterapia (generalmente etopósido, metotrexato, dactinomicina, ciclofosfamida y vincristina).

A la mujer a la que se ha extirpado una mola hidatiforme se le aconseja no quedarse embarazada durante 6 meses a 1 año. Con frecuencia se recomiendan anticonceptivos orales, pero pueden utilizarse otros métodos anticonceptivos eficaces. El embarazo se retrasa para que los médicos puedan asegurarse de que el tratamiento ha tenido éxito.

Si las mujeres que han tenido una mola hidatiforme se quedan embarazadas, los médicos hacen una ecografía al comienzo del embarazo para determinar si este es normal. Después del parto, los médicos suelen enviar la placenta a un laboratorio para comprobar la presencia de anomalías.

PLACENTA PREVIA

¿QUÉ ES?



La placenta es una estructura que se forma dentro del útero durante el embarazo y proporciona oxígeno y nutrición al bebé, a la vez que elimina sus desechos. La placenta se conecta con el bebé mediante el cordón umbilical. En la mayoría de los embarazos, la placenta se adhiere a la parte superior o lateral del útero.

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.

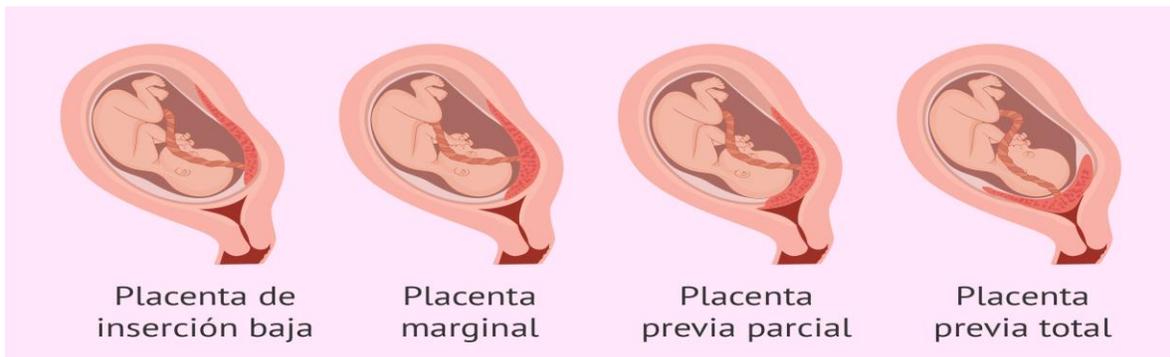
© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Si tienes placenta previa, es posible que tengas sangrado durante todo el embarazo y durante el parto. El profesional de salud a cargo de tu atención te recomendará que evites realizar actividades que puedan provocar contracciones, como mantener relaciones sexuales, realizarte lavados vaginales, usar tampones o participar en actividades que puedan aumentar el riesgo de tener sangrado, como correr, ponerte en cuclillas y saltar.

TIPOS

Cuando la placenta se fija cerca de la abertura del cuello uterino o lo cubre, se llama placenta previa. Existen tres tipos de placenta previa:

- **Placenta previa total.** La placenta cubre completamente el cuello uterino.
- **Placenta previa parcial.** La placenta cubre parcialmente el cuello uterino.
- **Placenta previa marginal.** La placenta está cerca del borde del cuello del útero.



CAUSAS

Los médicos no saben cuáles son las causas de la placenta previa. Es más probable que se presente cuando se dan ciertas condiciones. Por ejemplo:

- Embarazo anterior
- Tumores (fibromas) en el útero (no son cancerosos)
- Antecedentes de cirugías del útero o partos por cesárea
- Mujer mayor de 35 años
- Mujer afroamericana o de antecedentes étnicos no blancos
- Fumar cigarrillos
- Placenta previa en un embarazo anterior
- Embarazo de un varón

SIGNOS Y SÍNTOMAS

En general, los síntomas comienzan durante la parte final del embarazo. Luego empieza un sangrado vaginal repentino e indoloro; la sangre puede ser rojo brillante y abundante, a veces incluso con shock hemorrágico. En algunas pacientes, hay contracciones uterinas con el sangrado.

DIAGNÓSTICO

La mayoría de los casos de placenta previa se encuentran durante el segundo trimestre cuando una mujer se realiza una ecografía de rutina. O podría descubrirse cuando una mujer embarazada tiene sangrado vaginal y se realiza una ecografía para averiguar cuál es la causa. Algunas mujeres no descubren que tienen placenta previa hasta que tienen sangrado al inicio del trabajo de parto.

No se realizará un examen pélvico a no ser que usted necesite una cesárea de inmediato. Un examen pélvico podría dañar la placenta y dar lugar a un sangrado más intenso.

TRATAMIENTO

El tipo de tratamiento que usted recibirá depende de:

- Si está sangrando o cuánto sangra.
- Cómo afecta el problema a su salud y la salud de su bebé.
- Lo cerca que esté a su fecha prevista de parto.

Si antes de la semana 20 de su embarazo el médico determina que su placenta se encuentra en la parte inferior del útero, hay una buena probabilidad de que se mejore por

sí sola. La posición de la placenta puede cambiar a medida que crece el útero. Por lo tanto, para el final del embarazo la placenta podría no bloquear más el cuello uterino.

Si usted no tiene sangrado, es posible que no tenga que estar en el hospital. Pero tendrá que tener mucho cuidado.

- Evite toda actividad extenuante, como correr o levantar peso.
- Evite tener relaciones sexuales y no introduzca nada en la vagina.
- Llame a su médico y vaya a la sala de urgencias de inmediato si tiene **cualquier** sangrado vaginal.

Si usted tiene sangrado, es posible que deba permanecer en el hospital. Si está cerca de su fecha prevista de parto, usted dará a luz a su bebé. Los médicos siempre realizan un parto por cesárea cuando hay placenta previa en el momento del parto. Un parto vaginal podría alterar la placenta y causar sangrado intenso.

Si el sangrado se puede reducir o detener, su médico podría retrasar el parto y vigilarlos a usted y a su bebé atentamente. Es posible que el médico lleve a cabo una cardiotocografía para evaluar el estado del bebé.

Es posible que le administren:

- Sangre por medio de una transfusión si ha perdido mucha sangre.
- Esteroides si aún no está cercana a la fecha prevista de parto. Estos medicamentos ayudan a preparar a su bebé para el parto haciendo que se acelere el desarrollo de los pulmones.
- **Relajantes uterinos** para reducir o inhibir las contracciones si usted está en trabajo de parto antes de término.

Si su recién nacido es prematuro, es posible que se trate a su bebé en una unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés). Los bebés prematuros deben permanecer en el hospital hasta que puedan comer, respirar y conservar el calor corporal por sí solos.

EMBARAZO ECTOPICO

Definición

El embarazo ectópico se presenta cuando el ovulo fecundado no se implanta en el útero, sino otra cavidad.

Es un embarazo no viable y se debe actuar de inmediato para evitar complicaciones.

Localizaciones

De acuerdo con el sitio de la impanación, el embarazo ectópico se designa tubario cuando se localiza en la tuba uterina y es el mas frecuente con el 99% y puede ser fimbrico, ampular, ístmico e intersticial, según el sitio de la tuba en que se encuentre.

El 1% de los embarazos ectópicos, el huevo puede ubicarse en el ovario o en el cuello uterino, incluso puede estar implantado en las viseras abdominales.

Factores etiológicos más frecuentes

- Procesos infecciosos tubarios tales como, endosalpingitis operisalpingitis.
- Adherencias posquirúrgicas
- Antecedentes de esterilidad
- Tumorações de órganos vecinos como miomas o quistes de ovarios
- Defectos del peristaltismo tubario (insuficiencia dinámica)
- Tubas muy largas y flexibles
- Endometriosis
- Tuberculosis genital tratada

Fisiopatología

Al desarrollarse un embarazo tubario ovular, que es el mas frecuente, puede ocurrir que:

Al implantarse y penetrar el trofoblasto en la pared tubaria, produzca erosión de ésta y por lo consiguiente, sangrado que deriva hacia la cavidad abdominal produciendo irritación peritoneal o a la cavidad uterina manifestándose al exterior.

- Se rompa la tuba uterina al crecer el huevo.
- Se produzca un aborto uterino si el huevo se desprende.
- Evolucione hacia un embarazo abdominal si el huevo desprendido conserva actividad trofoblástica y se implante en las viseras próximas dando lugar a un embarazo abdominal.

Síntomas

Las personas pueden sufrir:

Áreas de dolor: pelvis, abdomen o lateral del cuerpo
Gastrointestinales: meteorismo, náusea o vómitos
También comunes: calambres o sangrado vaginal anormal

Diagnostico

Para diagnosticar el embarazo ectópico, se debe tener en

cuenta:

histórica clínica: que es sin duda la base del diagnóstico: Infecciones del aparato genital

Abortos con legrado uterino

Esterilidad

Cirugía tubaria o abdominal

Dispositivos intrauterinos

Uso de anticonceptivos orales Oclusión tubaria fallida

cuadro clínico sugestivo

Amenorrea

Signos y síntomas sugestivos de embarazo

Sangrado por vía vaginal

Tumoración anexial

Punción del fondo de saco de Douglas: en el momento de realizar la exploración de la paciente bajo anestesia se punciona el fondo de saco posterior de la vagina, si se obtiene sangre fresca se denomina positivo y permite diagnosticar un embarazo tubario roto recientemente.

Laparoscopia o culdoscopia

permite hacer un diagnóstico de certeza al visualizar el embarazo implantado en su sitio ectópico.

Ultraecsonograma

permite diagnosticar con facilidad la presencia de tumoraciones anéxales, es el recurso más útil para el diagnóstico del embarazo ectópico en casos con amenorrea de cinco semanas o más, en el embarazo abdominal puede ser también muy útil al apreciar el feto fuera de la cavidad uterina.

Análisis clínico

se debe realizar biimetría hemática para conocer las cifras de hemoglobina y hematocrito, dichos análisis pueden servir para hacer el diagnóstico diferencial con anexitis o algún padecimiento inflamatorio, se debe conocer el grupo sanguíneo y el Rh de la paciente en caso que requiera transfusión sanguínea durante el tratamiento.

Tratamiento

el tratamiento siempre es quirúrgico, de preferencia debe realizarse tan pronto se tenga la certeza diagnosticada, sin dar margen a que ocurra la rotura tubaria, en caso que sea así se debe seguir los siguientes pasos:

Valorar el estado general de la paciente

canalizarla y mantenerla permeable con solución glucosada al 5%

Aplicar un catéter para medir la presión venosa, en caso que se presente en estado de choque.

Reponer los líquidos y sangre necesarios, aplicar premedicación anestésica necesaria, intervenir quirúrgicamente a la mayor brevedad e informar a sus familiares acerca del procedimiento.

El embarazo ectópico deja secuelas importantes en la mujer que lo padece, como las siguientes:

Adherencias posquirúrgicas

Ausencia de una tuba uterina, con la disminución de su fertilidad y predisposición a que ocurra otro embarazo ectópico.

Este embarazo pone en peligro la vida de la mujer, por la hemorragia y el estado de choque que produce, este riesgo de muerte es 10 veces más alto que un parto normal.

DIABETES GESTACIONAL

DEFINICIÓN

La asociación de la diabetes con el embarazo siempre es un riesgo ya que el embarazo produce aumento de hormonas, como lactogeno placentario, cortisol y prolactina, que ejercen un efecto antiinsulinico y por lo tanto diabetogeno.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres embarazadas que no tenían 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. Entre las 24 y 28 semanas del embarazo

La hiperglucemia durante el primer trimestre del embarazo produce las malformaciones

congénitas del producto.

Por ejemplo:

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

- Se considera cuatro estados:

1.- Diabetes clínica o manifiesta:

- Signos y síntomas producidos por la hiperglucemia
- Cifras de laboratorios definitivamente alteradas
- 2.- Diabetes química:
 - Asintomática
 - Glucemia en ayunas normal
 - Cifras postprandiales elevadas
 - Pruebas de tolerancia a la glucosa normal

3.- Diabetes latente o de estrés.

- Se manifiesta durante el embarazo
- Intolerancia temporal de los hidratos de carbono

4.- Prediabetes

- Potencialidad a la diabetes

ACCIÓN DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO

- Malformaciones congénitas
- Polihidramnios
- Esterilidad primaria
- Aborto habitual o parto prematuro
- Macrosomía fetal que produce el aumento de:

Distocias: parto con carácter de urgencias para evitar lesiones fetales

Operatoria obstétrica Morbilidad fetal

Atonía uterina: incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento

- Preeclampsia

- Mortalidad fetal y neonatal
- Infecciones maternas

SÍNTOMAS

Puede no presentar síntomas, pero las personas pueden sufrir:

- Todo el cuerpo: fatiga, hambre excesiva o sed excesiva
- También comunes: candidiasis o micción frecuente
- Vista borrosa
- infecciones en la piel

FACTORES PREDISPONENTES

- Antecedentes familiares:
- Padres diabéticos
- Obesidad
- Antecedentes obstétricos:
- Obesidad
- Macrosomía fetales
- Presencia de glucemia mayor de 110mg

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

• Unos de los aspectos fundamentales, en el manejo de la diabética gestante es la interrupción del embarazo. El embarazo siempre se debe interrumpir antes de la semana 38 ya que si se hace después se corre el riesgo de que ocurra la muerte fetal intrauterina.

- Para poder hacer la interrupción se debe tener en cuenta:
- Antecedentes obstétricos
- Preeclampsia asociada
- Gravedad de la diabetes
- Edad de la paciente

- Control radiológico a fin de detectar malformaciones, inmadurez fetal, peso del producto etc.

PRONOSTICO

La diabetes generalmente se basa en el tiempo de evolución y en el grado en que ha sido afectado

el organismo materno.

Es importante saber antes del embarazo si la paciente es diabética, con el objetivo de iniciar el tratamiento del trastorno metabólico y evitar o disminuir la posibilidad que aparezcan complicaciones.

ALIMENTOS PERMITIDOS

- Caldo de frijol
- Sopa de lentejas, habas o garbanzo
- Galletas soda
- Carne de res, conejo, carnero, pollo, pato
- Hígado de res
- Pescados
- Pan: blanco, de caja de centeno
- Tortilla
- Frutas y verduras: guayabas, mandarina, manzana, melón, sandía, naranja, papaya, pera, tejocote,

jitomate, calabaza tierna, lechuga, nopales, pepino etc.

- Leche entera o en polvo.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

- Carnes: cerdo en general, enlatadas, ahumadas
- Embutidos
- Queso de puerco
- Frutas: en almíbar y secas
- Nuez, pistaches, almendras

- Toda clase de dulces y pasteles
- Grasas: manteca vegetal y de cerdo
- Chocolates
- Mermeladas
- Sal

TRATAMIENTO

- Medidas generales:

Control prenatal, evitar el aumento de peso, administrar diuréticos si hay edema, vigilar las infecciones por monilia, administrar dieta de 30 kcal X Kg de peso ideal, glucosurias de control. Control con insulina o hipoglucemiantes orales previa valoración y respuesta.

Cálculo de requerimiento diario de azúcar.

INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS

Una infección de las vías urinarias es una infección que se produce en cualquier parte del sistema urinario: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. La mayoría de las infecciones ocurren en las vías urinarias inferiores (la vejiga y la uretra).

Las infecciones de las vías urinarias no siempre causan signos y síntomas, pero cuando lo hacen, estos pueden incluir lo siguiente:

- Necesidad imperiosa y constante de orinar.
- Sensación de ardor al orinar.
- Orinar frecuentemente en pequeñas cantidades.
- Orina de aspecto turbio.
- Orina de color rojo, rosa brillante o amarronado (un signo de sangre en la orina).
- Orina con olor fuerte Dolor pélvico en las mujeres, especialmente en el centro de la pelvis y alrededor de la zona del hueso púbico.
- En los adultos mayores, es posible que las infecciones de las vías urinarias se pasen por alto o se confundan con otras afecciones.

TIPOS DE INFECCIONES EN LAS VIAS URINARIAS

-Riñones (pielonefritis aguda)

- Dolor de espalda o en un costado (flanco)
- Fiebre alta
- Temblores y escalofríos
- Náuseas
- Vómitos

Vejiga (cistitis)

- Presión en la pelvis.
- Molestias en la parte inferior del abdomen.
- Micciones frecuentes y dolorosas.
- Sangre en la orina.

-Uretra (uretritis)

- Sensación de ardor al orinar.
- Secreciones.

Las infecciones urinarias suelen producirse cuando ingresan bacterias en las vías urinarias a través de la uretra y comienzan a multiplicarse en la vejiga. Aunque el sistema urinario está preparado para impedir el ingreso de estos invasores microscópicos, estas defensas a veces fallan. Cuando esto ocurre, las bacterias pueden proliferar hasta convertirse en una infección totalmente desarrollada en las vías urinarias.

La bacteria E. coli puede causar infecciones urinarias

INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO

Las infecciones urinarias son comunes durante el embarazo, aparentemente debido a la estasis urinaria que resulta de la dilatación ureteral hormonal, la hipoperistalsis ureteral hormonal y la compresión del útero en crecimiento contra los uréteres. Hay una bacteriuria asintomática en alrededor del 15% de los embarazos que a veces progresa a una cistitis sintomática o una pielonefritis. La infección urinaria franca no siempre es precedida por una bacteriuria asintomática. La bacteriuria asintomática, la infección urinaria y la pielonefritis aumentan el riesgo de:

- Trabajo de parto pretérmino
- Ruptura prematura de membranas

TRATAMIENTO

- Agentes antibacterianos como la cefalexina, la nitrofurantoína y la combinación trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX)
- Cultivos postratamiento y, a veces, tratamiento supresor
- El tratamiento de la infección urinaria sintomática no cambia por el embarazo, excepto que deben evitarse los fármacos que pueden dañar al feto (véase tabla [Algunos fármacos con efectos adversos durante el embarazo](#)). Como la bacteriuria asintomática puede producir una pielonefritis, debe tratarse con antibióticos como si fuera una infección urinaria.

PREVENCIÓN

Para reducir el riesgo de sufrir una infección de las vías urinarias, puedes adoptar las siguientes medidas:

- **Bebe mucho líquido, especialmente agua.** Beber agua ayuda a diluir la orina y garantiza que orinarás con mayor frecuencia, lo que permite expulsar las bacterias de las vías urinarias antes de que pueda comenzar la infección.
- **Bebe jugo de arándanos agrios.** Si bien los estudios no son concluyentes sobre las propiedades del jugo de arándanos agrios para evitar las infecciones de las vías urinarias, probablemente no sea nocivo.
- **Límpiate desde adelante hacia atrás.** Hacerlo de esta forma después de orinar y evacuar los intestinos ayuda a evitar que las bacterias de la región anal se propaguen a la vagina y la uretra.
- **Vacía la vejiga poco después de tener relaciones sexuales.** También bebe un vaso lleno de agua para ayudar a expulsar las bacterias.
- **Evita utilizar productos femeninos potencialmente irritantes.** El uso de desodorantes en aerosol u otros productos femeninos (como las duchas y los talcos) en la zona genital puede irritar la uretra.
- **Cambia tu método anticonceptivo.** Los diafragmas o los condones sin lubricante o con espermicida pueden contribuir al crecimiento de bacterias.

Por lo general, los médicos tratan las infecciones de las vías urinarias con antibióticos. Sin embargo, puedes tomar medidas de prevención como las que acabamos de mencionar para reducir las probabilidades de contraer una infección de las vías urinarias.

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

La hipertensión inducida por el embarazo es una enfermedad que complica el embarazo progresiva y solapadamente, acarreado con frecuencia graves consecuencias maternas y perinatales. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. La presión arterial alta, o hipertensión, es cuando esta fuerza es demasiado alta

Se presenta en alrededor de 3 de cada 50 embarazos.

FACTORES DE RIESGO

Tener presión arterial alta antes del embarazo o en un embarazo anterior

Tener enfermedad renal

Tener diabetes

Ser menor de 20 años o mayor de 40 años

Tener un embarazo múltiple, como mellizos o trillizos

Ser afroamericana

¿QUÉ PROVOCA LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO?

La hipertensión podría causar un crecimiento menor o retardado en tu bebé (restricción del crecimiento intrauterino). Lesión en otros órganos. La hipertensión mal controlada puede dar lugar a lesiones en el cerebro, el corazón, los pulmones, los riñones y el hígado, así como en el resto de los órganos principales

SÍNTOMAS

El aumento de la presión sanguínea

proteínas en la orina

Edema

Aumento de peso repentino

Alteraciones visuales

Nauseas vómitos

Epigastralgia

Oliguria

¿Se puede prevenir la hipertensión gestacional?

El diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden ayudar a reducir su riesgo de tener complicaciones. Por otra razón es tan importante asistir a sus chequeos prenatales. Esto puede evitar que su afección empeore.

¿Cuáles son las complicaciones de la hipertensión gestacional?

La presión arterial alta puede afectar sus vasos sanguíneos. Esto puede disminuir la circulación de sangre en su hígado, riñones, tetero y placenta.

Esta afección puede empeorar y llevar a preeclampsia y eclampsia. Estos son problemas serios de la presión arterial y pueden provocar lo siguiente:

Desprendimiento de la placenta. Se presenta cuando la placenta se separa del útero demasiado temprano.

Crecimiento fetal insuficiente (restricción del crecimiento intrauterino)

Mortinato

Convulsiones (eclampsia)

Muerte de la madre y del bebé

En conclusión estos temas nos serán de mucha ayuda, ya que a futuro podemos estar en algunos de estos casos y gracias a la información proporcionada por mis compañeros sobre como actuar, que síntomas tendré, que patologías presentare, etc....