



**Mi Universidad**

**NOMBRE DEL ALUMNO: KARINA LISSETH GARCIA GARCIA.**

**TEMA: CESARI, RUPTURA PREMATURA DE LA MEMBRANA.**

**PARCIAL: 3.**

**MATERIA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ERVIN SILVESTRE.**

**LICENCIATURA: LIC. EN ENFERMERÍA.**

**CUADRO  
SINÓPTICO.**

## Ruptura prematura de membranas.

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores a 20 semanas o por lo menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto.

### Diagnostico.

Se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico.

### Exámenes de laboratorio y de gabinete.

- Prueba de pH: se determinar el pH de las paredes vaginales o de la secreción del fondo de saco vaginal.
- Cristalografía: es la toma de muestra con hisopo del fondo de saco posterior de vagina.
- Ultrasonido: determina el índice de líquido amniótico y valorar riesgo de compromiso fetal.

### Manejo inicial.

- Evaluar la edad gestacional.
- Cálculo del peso fetal, índice de líquido amniótico y presentación.
- Determinar el riesgo de infección, madurez pulmonar y bienestar fetal.

### Indicadores de maduración cervical.

En los últimos años se han utilizado prostaglandinas para favorecer la dilatación y borramiento del cérvix, y mediante esta acción favorecer el nacimiento por la vía vaginal.

#### Contraindicaciones:

- Placenta previa.
- Presentación pélvica. Prolapso del cordón.
- Cesárea previa y cirugía uterina previa.
- Sospecha de macrosomía.

## Sufrimiento fetal.

Se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxemia, hipoxia, acidosis metabólica, acidemia metabólica.

Provocan.

un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Factores causales.

Hipotensión materna compresión de grandes vasos, taquisistolia o irreversibles de causa fetal, placentaria o del cordón umbilical.

Diagnostico.

Se sustenta fundamentalmente con alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre.

Auscultación clínica.

Se auscultará la frecuencia cardiaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación.

Se detecta:

- Taquicardia.
- Bradicardia.
- Desaceleraciones.

## Criterios actuales de monitorización materno fetal.

Auscultación mediante cardiotocografía.

Se estableció la adopción de un sistema de interpretación de la frecuencia cardíaca fetal de tres categorías, de acuerdo a la severidad de los patrones.

- Categoría I: es tranquilizador, se excluye la presencia de acidosis fetal.
- Categoría II: es indeterminado.
- Categoría III: son anómalos, cuando se observa son predictivos de acidosis fetal.

Contracción uterina.

Se cuantifican como el número de contracciones durante un intervalo de 10 minutos, y se miden durante 30 minutos.

Se valora:

- Frecuencia.
- Duración.
- Intensidad y tiempo de relajación entre las contracciones.

Taquisistolia.

Es la presencia de cinco o más contracciones en 10 minutos, durante 30 minutos. Cuando se detecta debe determinarse si existen o no desaceleraciones asociadas de la FCF.

Puede haber taquisistolia tanto en el parto espontáneo como en el provocado.

- Tratamiento: esto varía de acuerdo en función del tipo de parto.

## Características de los trazos de la FCF: valores basales.

Los patrones de la frecuencia cardíaca fetal se definen mediante el uso de cuatro características:

- FCF basal.
- Variabilidad de la FCF.
- Presencia de aceleraciones.
- Tipo de aceleraciones.

FCF basal.

Es la FCF media redondeada en incrementos de cinco latidos por minuto durante un intervalo de 10 minutos. Al momento de evaluar los valores, se debe de excluir:

- Aceleraciones.
- Desaceleraciones.
- Periodos de variedad notable.

Valores basales normales.

Son una media de FCF de 110 a 160 lpm durante 10 min.

- Bradicardia: valor basal anómalo de la FCF inferior a 110 lpm durante 10 minutos.
- Taquicardia: valor basal anómalo de la FCF superior a 160 lpm durante 10 minutos.

Cambios de los valores basales.

Son una aceleración o desaceleración que dura más de 10 minutos. Los cambios en la FCF basa proporcionan datos importantes:

- Cambios del estado materno.
- Cambios del estado fetal.

Características de los trazos de la FCF: aceleraciones.

Se observan visualmente y se caracterizan por un aumento súbito o deflexión hacia arriba de los valores basales. el tiempo desde el inicio de la aceleración hasta el pico debe ser menor a 30 s.

Desaceleración temprana.

Es una disminución y recuperación de la FCF basal asociada con una contracción uterina. La disminución es simétrica y gradual, lo que significa que el tiempo desde el inicio de la disminución hasta el nadir de la desaceleración es mayor o igual a 30 s.

Desaceleración tardía.

Es similar a la desaceleración precoz en el hecho de que la disminución y vuelta a la FCF basal se asocia con una contracción uterina. En esta desaceleración se presenta un cierto grado de hipoxia en el feto a causa de una insuficiencia uteroplacentaria.

Desaceleración variable.

- Variable leve: es una disminución de la FCF menor a 60 lpm por debajo de la FCF basal, dura menos de 60 s y tiene un nadir superior a 60 lpm.
- Variable grave: es una disminución de la FCF mayor de 60 lpm por debajo de la FCF basal, dura entre 60 y 120 s.

Desaceleración prolongada.

Es una disminución de la FCF que es una disminución visual del valor basal de la FCF mayor o igual a 15 lpm, tiene una duración entre 2 y 10 minutos.

## Cambio del valor basal.

Es una disminución de la FCF que dura más de 10 minutos.

Desaceleraciones recurrentes.

Son un tipo de disminución de la FCF presentes en más del 50 % de las contracciones uterinas en cualquier período de tiempo de 20 minutos.

Desaceleraciones intermitentes.

Son un tipo de disminución de la FCF en menos del 50 % de las contracciones uterinas en cualquier período de tiempo de 20 minutos.

Patrón sinusoidal de la FCF.

Es cuando existe aparición progresiva de un patrón de FCF basal ondulante parecido a una curva sinusoidal. Este patrón se ha asociado con casos de anemia fetal grave o ingesta materna de narcóticos.

Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo.

El tratamiento deberá de in útero, dependiendo de las causas que lo originaron por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico. El manejo dependerá de su origen.

Factor reversible.

- Corregir adecuadamente la causa.
- Reanimación fetal intraútero.
- Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo estrecha vigilancia.

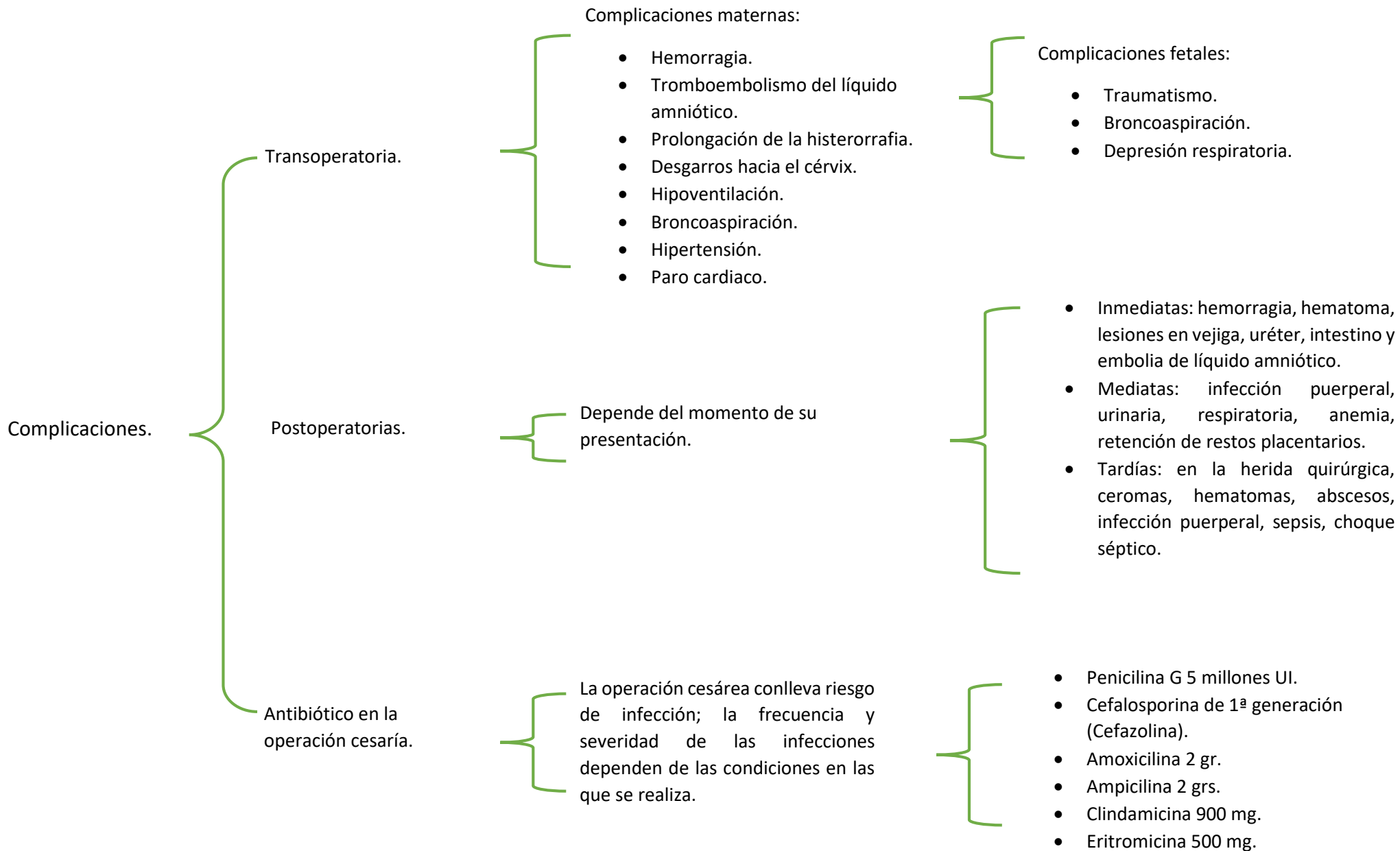
Factor irreversible.

- Reanimación fetal intraútero.
- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto.

Reanimación fetal intrauterero.

- Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
- Administrar oxígeno a la madre 8-10 litros/minuto.
- Administrar ala paciente sol glucosada al 10% en venoclisis.
- Vigilancia estrecha de la FCF.





## Requerimientos preoperatorios.

Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor. Se informará a la paciente y a sus familiares el motivo de la operación cesárea, los riesgos para ella y el recién nacido.

### Requisitos.

- Historia clínica perinatal completa con partograma debidamente llenado.
- Signos vitales.
- Exámenes de laboratorio y de gabinete.

### Cuidados preoperatorios incluyen.

- Valoración preanestésica.
- Ayuno preoperatorio de ocho horas o más.
- Rasurado suprapúbico y aseo completo.
- Colocación de sonda vesical.
- Disponibilidad de sangre segura y compatible.

### Cuidados postoperatorios consiste.

- Nota postoperatoria completa.
- Hoja quirúrgica completa.
- Hoja anestésica con llenado completo.
- Signos vitales.
- Administración de líquidos.
- Vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Vigilar sangrado de la herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura a los ocho días.