

# Preeclampsia y eclampsia

► **Preeclampsia**: Es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otros sistemas de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo, en mujeres cuya presión arterial había sido normal.

Se diagnostica preeclampsia leve cuando una mujer embarazada tiene: **Presión arterial sistólica** de 140 mmHg o más, **presión arterial diastólica** de 90 mmHg o más.

Si no se trata, la preeclampsia puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales para la madre y el bebé.

Si se presenta preeclampsia, el tratamiento más efectivo es dar a luz al bebé.

► **Eclampsia**: Es una enfermedad que aparece en el embarazo y que se caracteriza por la aparición de una o más convulsiones generalizadas que no pueden ser atribuidas a otra causa y/o la aparición de un coma en el contexto de una preeclampsia. **La presión arterial** que excede los 140/90 mmHg o es mayor es anormal.

La eclampsia puede aparecer en cualquier momento, desde el segundo trimestre de la gestación hasta el puerperio.

# PREECLAMPSIA

## Concepto

Trastorno multisistémico de etiología desconocida después de las 20 semanas de gestación con aumento de la TA.

# ECLAMPSIA

Trastorno hipertensivo pero con inicio de convulsiones = 0 > 20 convulsiones.

## Factores de riesgo

- Factores nutricionales
- Edad materna >35 años y <17 años
- Antecedentes familiares / Obesidad
- Embarazo múltiple.
- Preeclampsia en embarazos previos.

- Nulliparidad
- Factores nutricionales
- Edad materna >35 años y <17 años
- Embarazo múltiple / Obesidad.

## Manifestaciones Clínicas

- \* Cefalea
- \* Fosfenos
- \* Acúfenos
- \* Epigastralgia
- \* Edema
- \* Náuseas y/o vómitos
- \* Proteinuria

- \* Cefalea
- \* Fosfenos
- \* Acúfenos
- \* Hipereflexia
- \* Amurosis
- \* Crisis convulsivas
- \* Proteinuria

## Diagnóstica

T/A: > 140/90 mmHg mas una proteinuria improplicable de comienzo reciente (>300 mg/24 h o índice proteinuria/creatininuria > 0,3)

T/A: 160/110, proteinuria 5 gr en 24 hrs en EGO o 2 tiras reactivas 3+

## Tratamiento

- 1º- Tx antihipertensivo
- 2º- Tx con sulfato de magnesio para prevención de las convulsiones.
- 3º- Inicio de parto o cesárea.

- 1º- Oxigenoterapia, nutrición adecuada
- 2º- Tx antihipertensivo Sulfato de Mg
- 3º- Tx antihipertensivo
- 4º- Inducción trabajo de parto o cesárea

## Complicaciones

- ▲ Edema pulmonar
- ▲ EVC
- ▲ Desprendimiento prematuro de placenta
- ▲ Coagulación intravascular diseminada
- ▲ Falla respiratoria y orgánica múltiple
- ▲ Crisis convulsivas eclámpticas.

- ▲ Coma
- ▲ Convulsiones
- ▲ Falla orgánica múltiple.





# Maniobra Kristeller

La maniobra Kristeller es un procedimiento que las matronas o ginecólogos pueden usar para facilitar el trabajo de parto. Sus muchos detractores advierten de los riesgos que entrañan, y proponen opciones más seguras.

Método implantado a mediados del siglo XIX por el ginecólogo alemán Samuel Kristeller con el objetivo de conseguir que el nacimiento fuera rápido y efectivo.

Según este especialista, si se empujaba o presionaba con las manos o el antebrazo en la parte superior del útero en el momento de la contracción y el pujo, se fortalecía la contracción y se ayudaba al bebé a nacer. De este modo, se aceleraba la fase del expulsivo.

Actualmente, los expertos consideran que no existe evidencia científica de que esta técnica sea efectiva y, sin embargo, se conoce que no es segura y que puede implicar importantes riesgos para la madre y el feto.

- CAPUT - Ruptura uterina

# »» Placenta ««

La placenta es un órgano de tipo glándula, efímero, que se desarrolla en el útero durante el embarazo. Esta estructura brinda oxígeno y nutrientes al ser en crecimiento, y a través de ella se eliminan los desechos. Están unida a la pared del útero, y de ella surge el cordón umbilical a través del que se alimenta el individuo en gestación.

La placenta se desarrolla a partir de las mismas células provenientes del espermatozoide y el óvulo que dieron desarrollo al embrión y tiene dos componentes: una porción fetal, el corion frondoso y una porción materna o decidua basal.

La placenta humana es de tipo hemocorial, lo que quiere decir que el tejido fetal penetra el endometrio hasta el punto de estar en contacto con la sangre materna, la membrana placentaria que separa la circulación materna y fetal está compuesta de 4 capas; después de las 20 semanas disminuye a 3.

- **Endoteliochorial**: en la que el corion penetra en el endometrio, llegando a tocar los vasos de la madre.
- **Sindesmocorial**: en ella el epitelio de la mucosa uterina sigue intacto pero el trofoblasto llega a tener contacto con el tejido uterino permitiendo el paso de nutrientes.
- **Epiteliochorial**: el corion toca ligeramente el endometrio materno, pero

no lo penetra.

Normalmente la placenta crece en la parte superior del útero y permanece ahí hasta que nace el bebé. Durante la última etapa del parto, la placenta se separa de la pared del útero y sus contracciones ayudan a empujarla hacia la vagina. A esto se lo llama también expulsión o alumbramiento de placenta. A veces la placenta se adhiere a la pared del útero con mucha profundidad, esto puede causar problemas como por ejemplo:

\* **Placenta accreta**: La placenta se adhiere con demasiada profundidad y muy firmemente al útero.

\* **Placenta increta**: La placenta se adhiere aun con más profundidad en la pared muscular del útero.

\* **Placenta percreta**: La placenta se adhiere y crece a través del útero, extendiéndose en ocasiones a los órganos cercanos como la vejiga.

En estas condiciones, la placenta no se separa completamente del útero después de dar a luz, puede causar sangrado peligroso.

La placenta previa se define como la inserción total o parcial de la misma en el segmento inferior uterino, se clasifica como:

- **Placenta de inserción baja**: el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm. del orificio cervical interno (OCI).
- **Placenta marginal**: la placenta llega justo al borde de OCI pero no lo sobrepasa.

# Caput succedaneum

Es un término usado para referirse a una lesión cefálica localizada en el cuero cabelludo de un recién nacido que se caracteriza por una acumulación serosanguinolenta, subcutánea y extraperiosteica de líquidos, sin márgenes definidos. Es causado por la presión ejercida durante el trabajo de parto sobre una zona de la cabeza que comprende el tejido subcutáneo y la galea aponeurótica.

# ~MECONIO~

El meconio es la primera deposición de un bebé. Tiene un color negro o verde muy oscuro, y es una sustancia viscosa formada por células muertas y secreciones del estómago y el hígado, que se ha mantenido en el intestino del bebé hasta el momento de su nacimiento.

En ocasiones, el feto expulsa el meconio dentro del útero antes de nacer. Esto pone en peligro al bebé ya que lo puede aspirar accidentalmente, depositarlo en sus pulmones y causar una inflamación. Este síndrome ocurre entre el 12 y el 14% de los partos y tiene un índice de mortalidad del 4%.

Los bebés varones tienen mayor predisposición a padecerlo que las mujeres. En la mayoría de los casos, eliminar el meconio que haya sido aspirado es posible, lo que permite al bebé volver a respirar sin problemas.

# DESARRROS VAGINALES DURANTE EL PARTO Y TIPOS

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de desgarro es bastante común.

Los desgarros que implican solamente la piel, alrededor de la vagina suelen curarse por sí solos en algunas semanas. Algunos desgarros son más extensos y requieren tratamiento.

**Desgarro vaginal de primer nivel:** Los desgarros vaginales de primer grado son los menos graves e involucran solamente la piel perineal, es decir la piel entre la abertura vaginal y el recto y el tejido que se encuentra directamente debajo de la piel. Es posible sentir un dolor leve o ardor durante la micción, estos desgarros pueden requerir suturas o no y suelen curarse en el plazo de algunas semanas.

**Desgarro vaginal de segundo nivel:** Los desgarros vaginales de segundo grado involucran la piel y los músculos del perineo y pueden extenderse dentro de la vagina. Por lo general, los desgarros de segundo grado, requieren suturas y se curan en unas semanas.



**Desgarro vaginal de tercer nivel:** Los desgarros vaginales de tercer grado se extienden al músculo que rodea el ano. Algunas veces, estos desgarros requieren una reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y puede tardar un poco más de algunas semanas en curarse. Es posible que haya complicaciones, como escape de las heces (incontinencia fecal) y coito doloroso.

**Desgarro vaginal de cuarto nivel:** Son los más graves, se extienden por todo el esfínter anal hasta la membrana mucosa que recubre el recto, los desgarros vaginales de cuarto grado suelen requerir reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y a veces requieren una reparación más especializada, la curación puede llevar más de algunas semanas.

- Crómico