



Atlas del

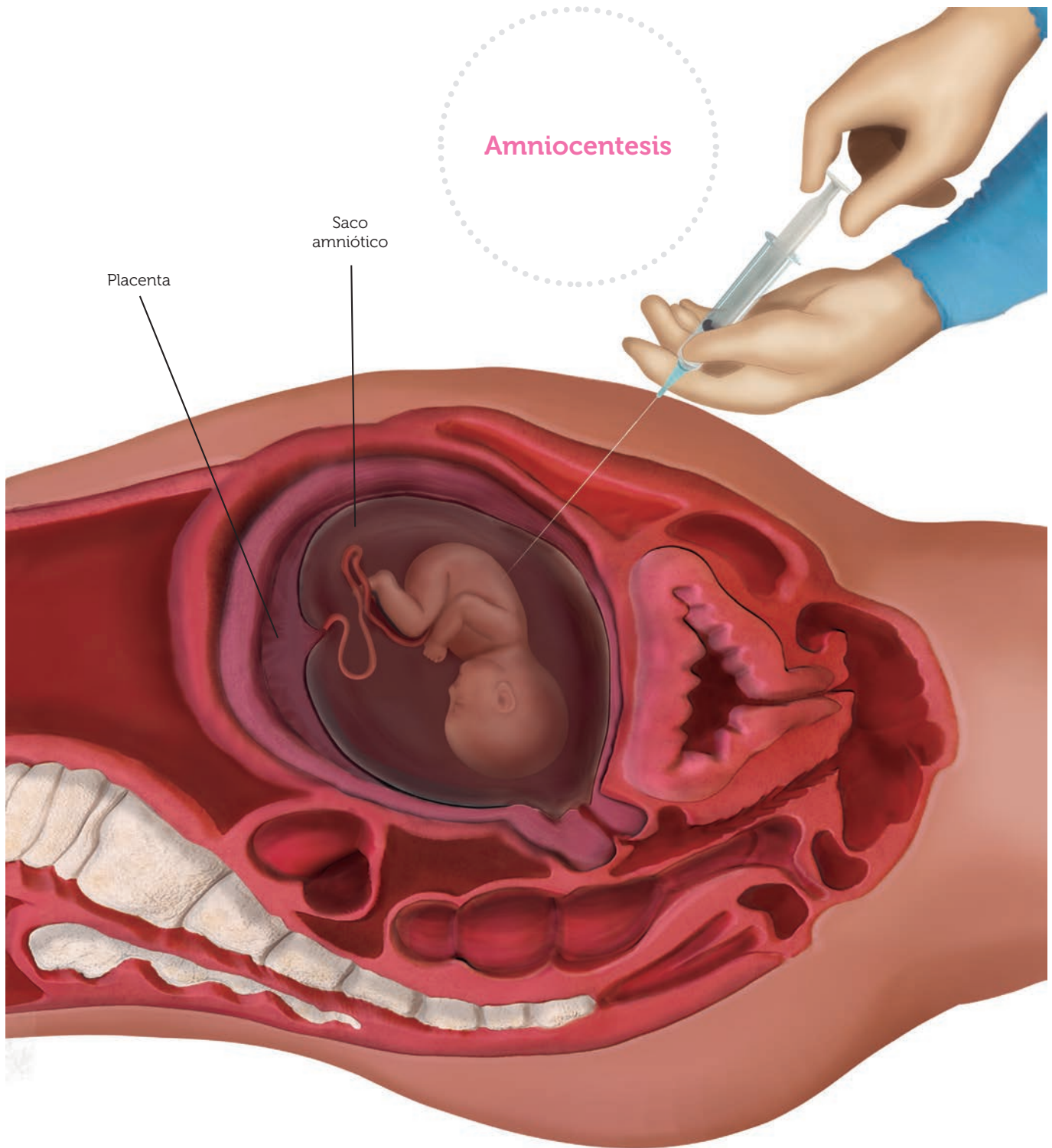
Embarazo



Senosiain®

| | |
|---|----|
| Diagnóstico prenatal _____ | 2 |
| Gestación múltiple _____ | 4 |
| Embarazo múltiple y náuseas _____ | 5 |
| Embarazo ectópico _____ | 6 |
| Aborto 1er trimestre _____ | 8 |
| Aborto 2do trimestre _____ | 9 |
| Hemorragias 1er trimestre _____ | 10 |
| Hemorragias 2do y 3er trimestre _____ | 11 |
| Enfermedad trofoblástica gestacional _____ | 12 |
| Diabetes gestacional _____ | 14 |
| Preeclampsia _____ | 15 |
| Eclampsia _____ | 16 |
| Presentación, situación, posición y actitud fetal _____ | 17 |
| Trabajo de parto normal _____ | 18 |
| Planos de Hodge _____ | 19 |
| Parto vaginal _____ | 20 |
| Parto por cesárea _____ | 21 |
| Parto pretérmino _____ | 22 |
| Ruptura prematura de membranas _____ | 23 |
| Hemorragias postparto _____ | 24 |
| Sepsis puerperal _____ | 25 |
| Distocias _____ | 26 |
| Reanimación neonatal _____ | 28 |
| Escalas de valoración del recién nacido _____ | 29 |
| Lactancia materna _____ | 31 |

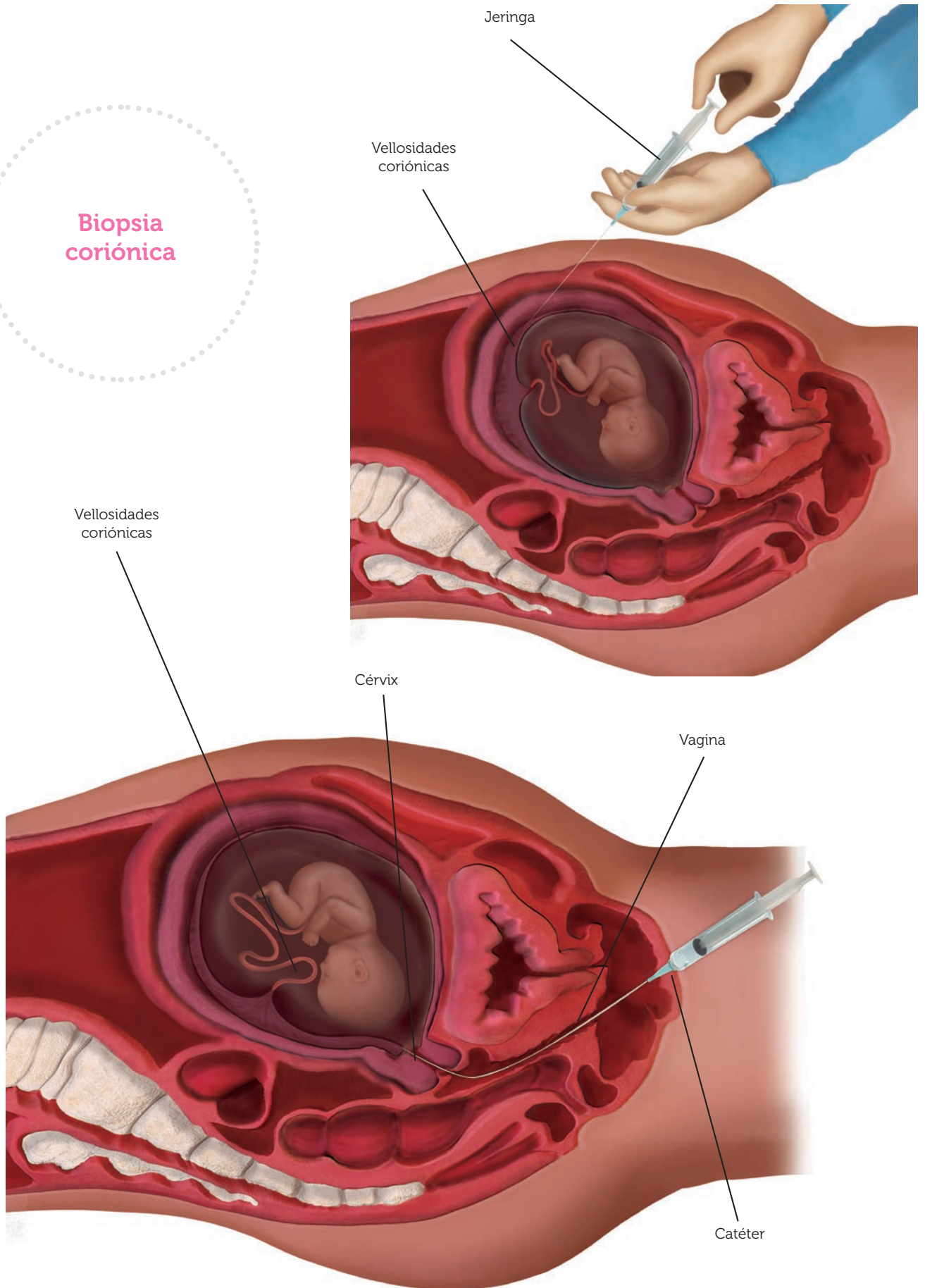
Diagnóstico Prenatal



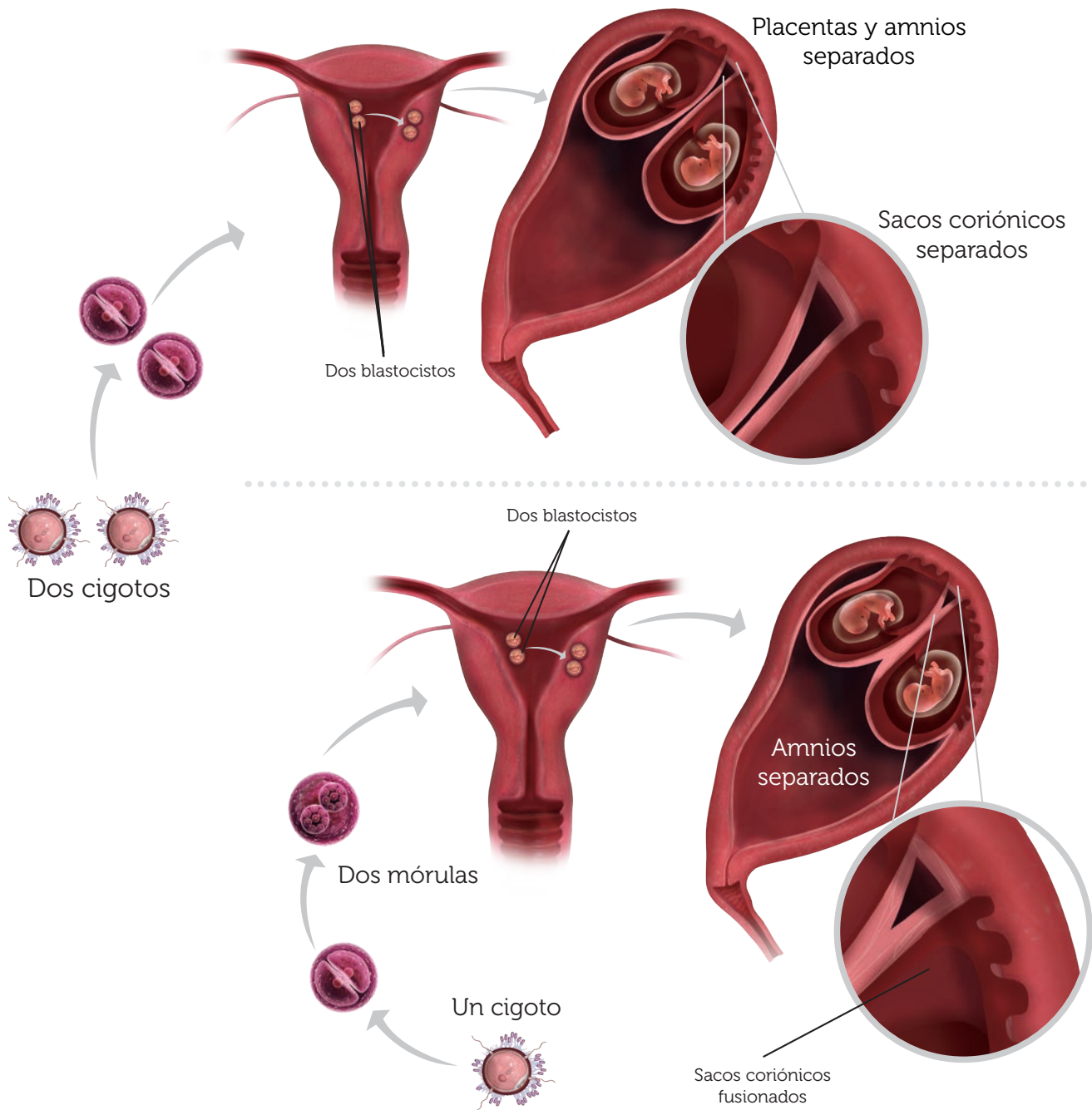
La principal función del diagnóstico prenatal es poder proveer a los padres información temprana acerca de la salud del feto para una adecuada e informada toma de decisiones. El Diagnóstico Prenatal, puede ser invasivo o no invasivo. El invasivo, implica la toma de muestra del cordón o placenta (vellosidades coriales), o mediante la toma de líquido amniótico por vía abdominal (amniocentesis). El diagnóstico prenatal no invasivo (DPNI) actual cuenta con varias ventajas sobre el invasivo: es bastante preciso y seguro, especialmente en mujeres con bajo riesgo de alteraciones cromosómicas. Ambos están dirigidos a la detección de alteraciones cromosómicas (aneuploidias), translocaciones e incluso detección de algunas enfermedades autosómicas.¹

Diagnóstico Prenatal

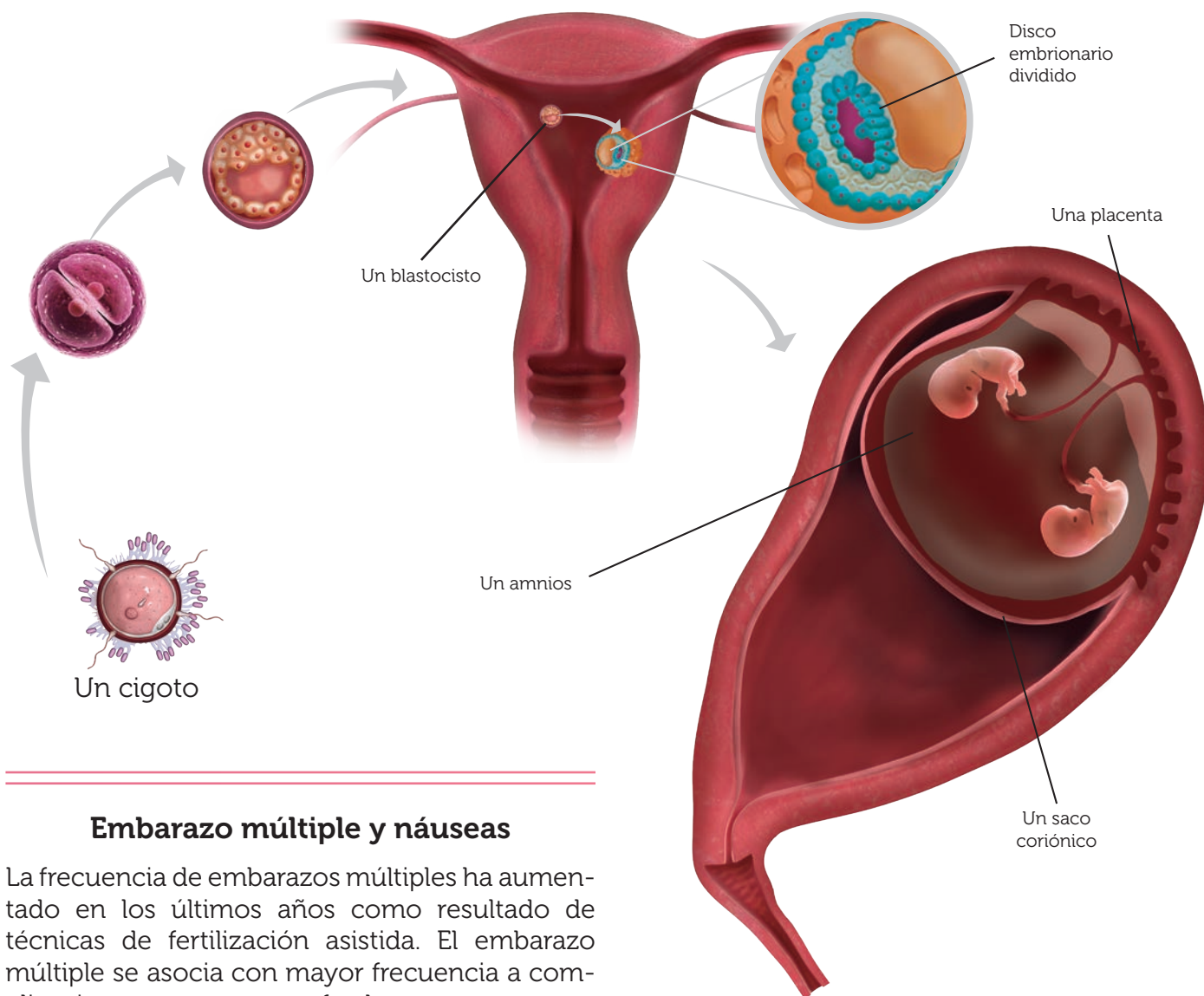
Biopsia coriónica



Gestación múltiple



Los embarazos dicigóticos son el resultado de la fertilización de dos ovocitos por dos espermatozoides diferentes, y por lo tanto tienen una herencia genética diferente, mientras que los embarazos monocigóticos resultan de la división de sólo un ovocito fecundado. De acuerdo con la fecha de división de éste después de la fecundación, los embarazos monocigóticos son bicoriales-biamnióticos (división dentro de los 3 días posteriores a la fecundación dando 2 placentas y 2 bolsas amnióticas), monocorial-biamniótico (división entre 4 y 8 días dando 1 placenta y 2 amnios) o monocorial-monooamniótico (división entre 8 y 13 días dando 1 placenta y 1 bolsa amniótica). Los embarazos dicigóticos son siempre bicoriales-biamnióticos. Los gemelos monocigóticos a menudo se describen como físicamente y genéticamente idénticos, pero la mayoría no lo son. Existen algunas diferencias genotípicas y fenotípicas entre dos gemelos monocigóticos. Incluso, asumiendo la completa igualdad de herencia genética entre ellos, siguen siendo idénticos solo si los factores ambientales afectan a cada uno de los gemelos de manera similar.¹



Embarazo múltiple y náuseas

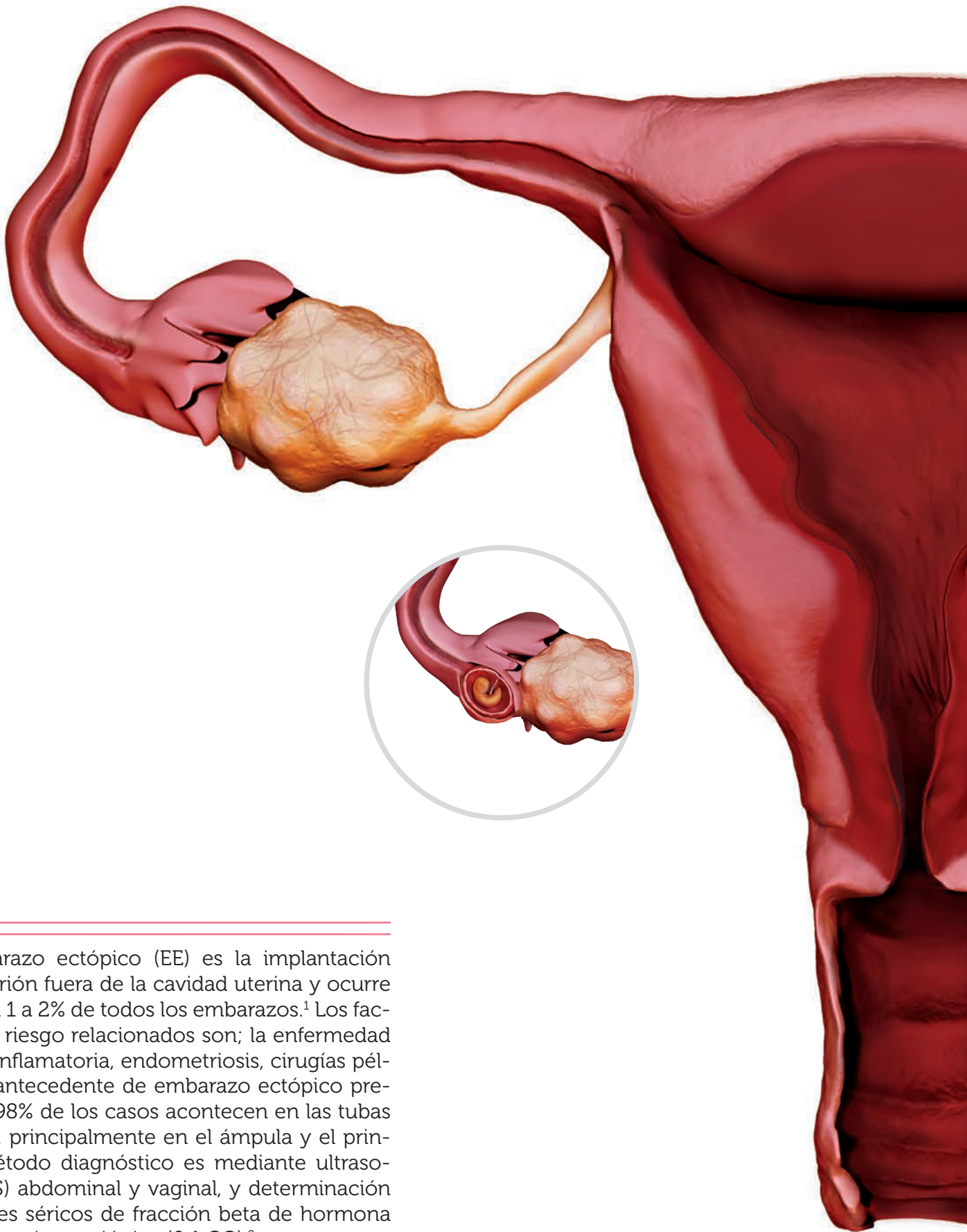
La frecuencia de embarazos múltiples ha aumentado en los últimos años como resultado de técnicas de fertilización asistida. El embarazo múltiple se asocia con mayor frecuencia a complicaciones maternas y fetales, como: mayor frecuencia de abortos, emesis e hiperémesis gravídica, hipertensión gestacional, parto prematuro, muerte fetal y restricción del crecimiento.¹

La hiperémesis gravídica se define como náuseas y vómito persistentes en el embarazo, se ha relacionado con niveles elevados de β -hCG, comunes en embarazos múltiples o enfermedad trofoblástica.²

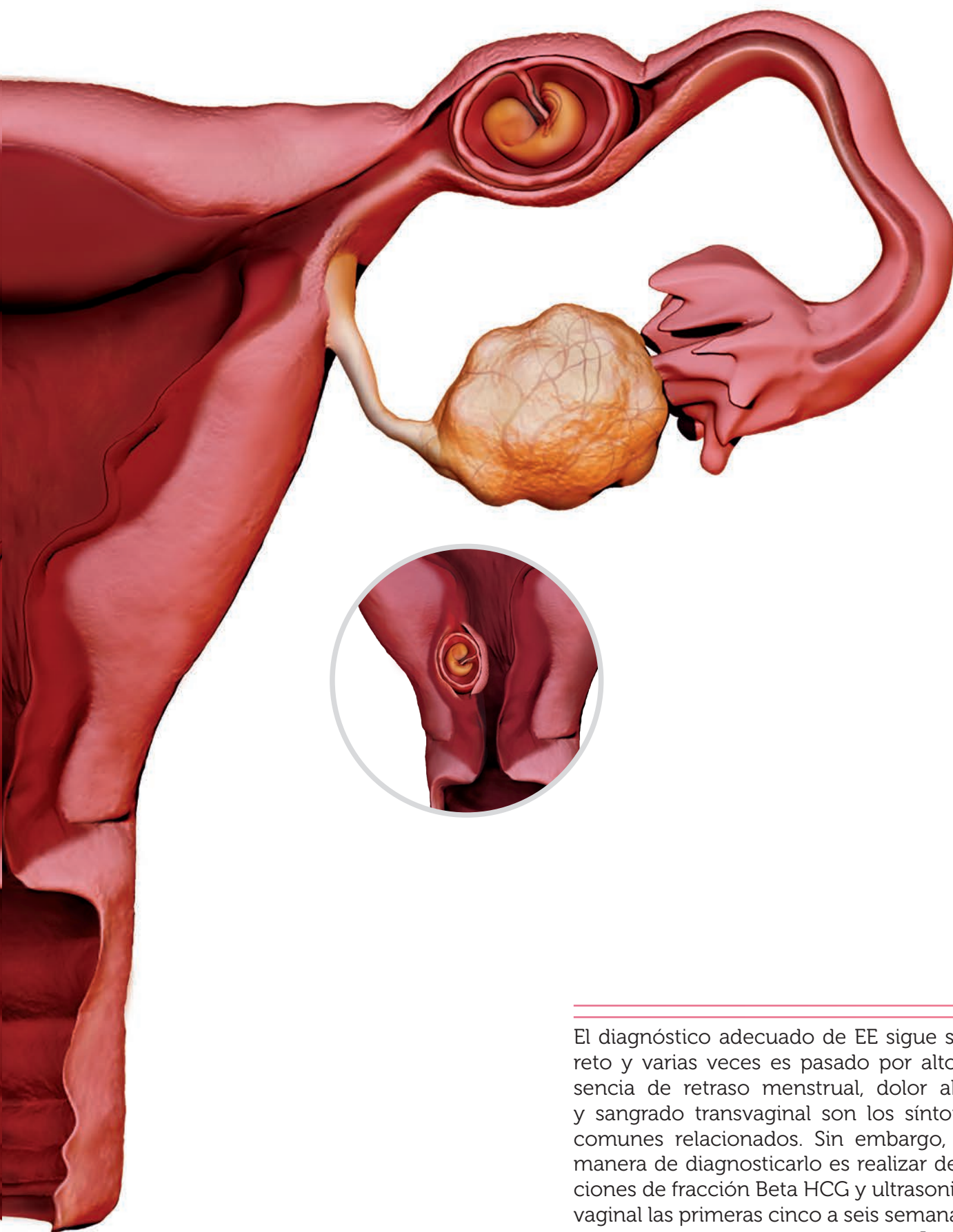
Las náuseas y vómito durante el embarazo tienen espectros variables de severidad, por tal razón el manejo debe acoplarse a la gravedad de la sintomatología. A nivel farmacológico se recomienda el uso de doxilamina y piridoxina como manejo de primera línea, a dosis variables según la gravedad del cuadro.²



Embarazo ectópico



El embarazo ectópico (EE) es la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina y ocurre entre un 1 a 2% de todos los embarazos.¹ Los factores de riesgo relacionados son; la enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, cirugías pélvicas y antecedente de embarazo ectópico previo. Un 98% de los casos acontecen en las tubas uterinas, principalmente en el ampulla y el principal método diagnóstico es mediante ultrasonido (US) abdominal y vaginal, y determinación de niveles séricos de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica (β -hCG).²

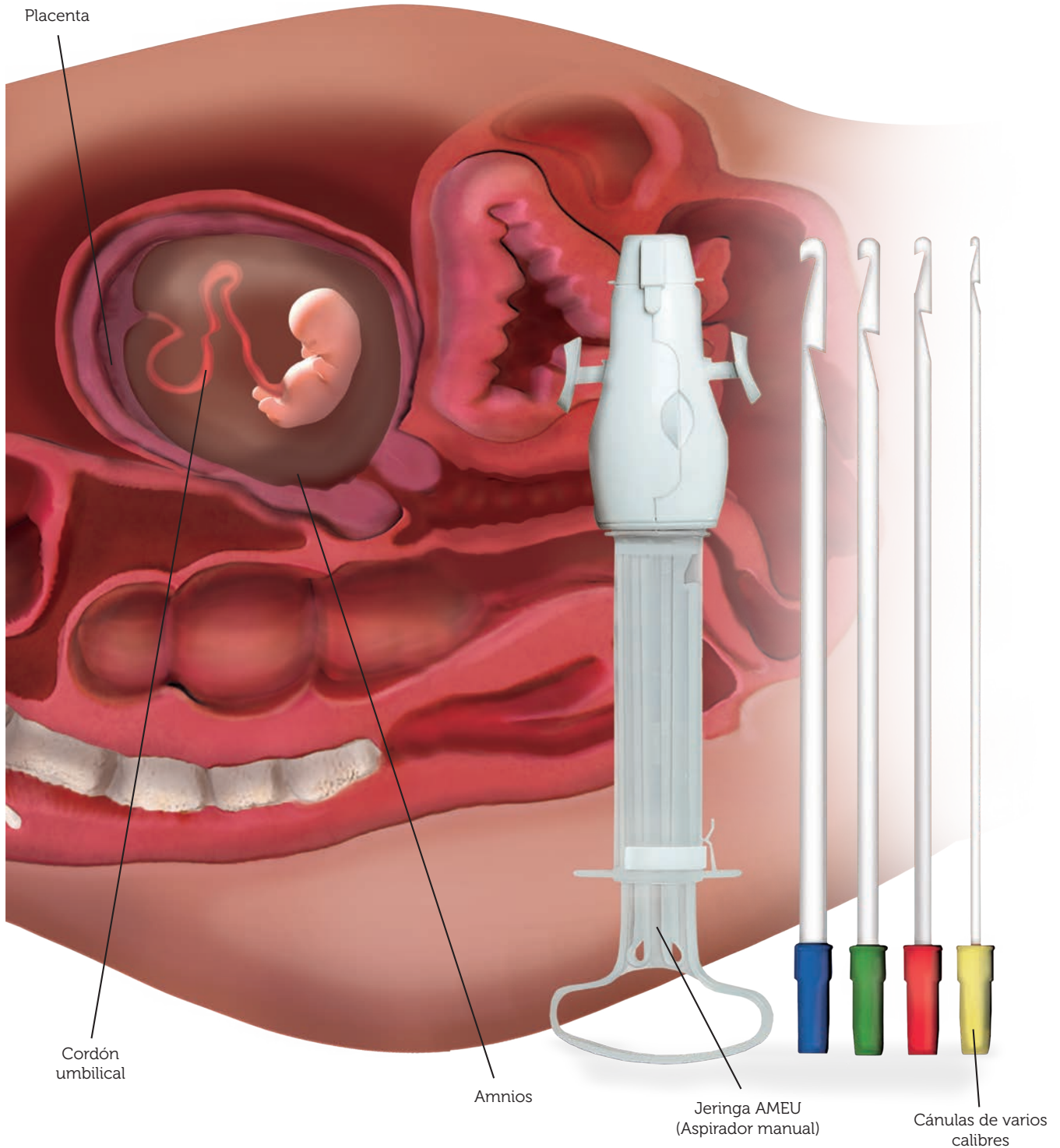


El diagnóstico adecuado de EE sigue siendo un reto y varias veces es pasado por alto. La presencia de retraso menstrual, dolor abdominal y sangrado transvaginal son los síntomas más comunes relacionados. Sin embargo, la mejor manera de diagnosticarlo es realizar determinaciones de fracción Beta HCG y ultrasonido transvaginal las primeras cinco a seis semanas a partir de la fecha de última menstruación.³

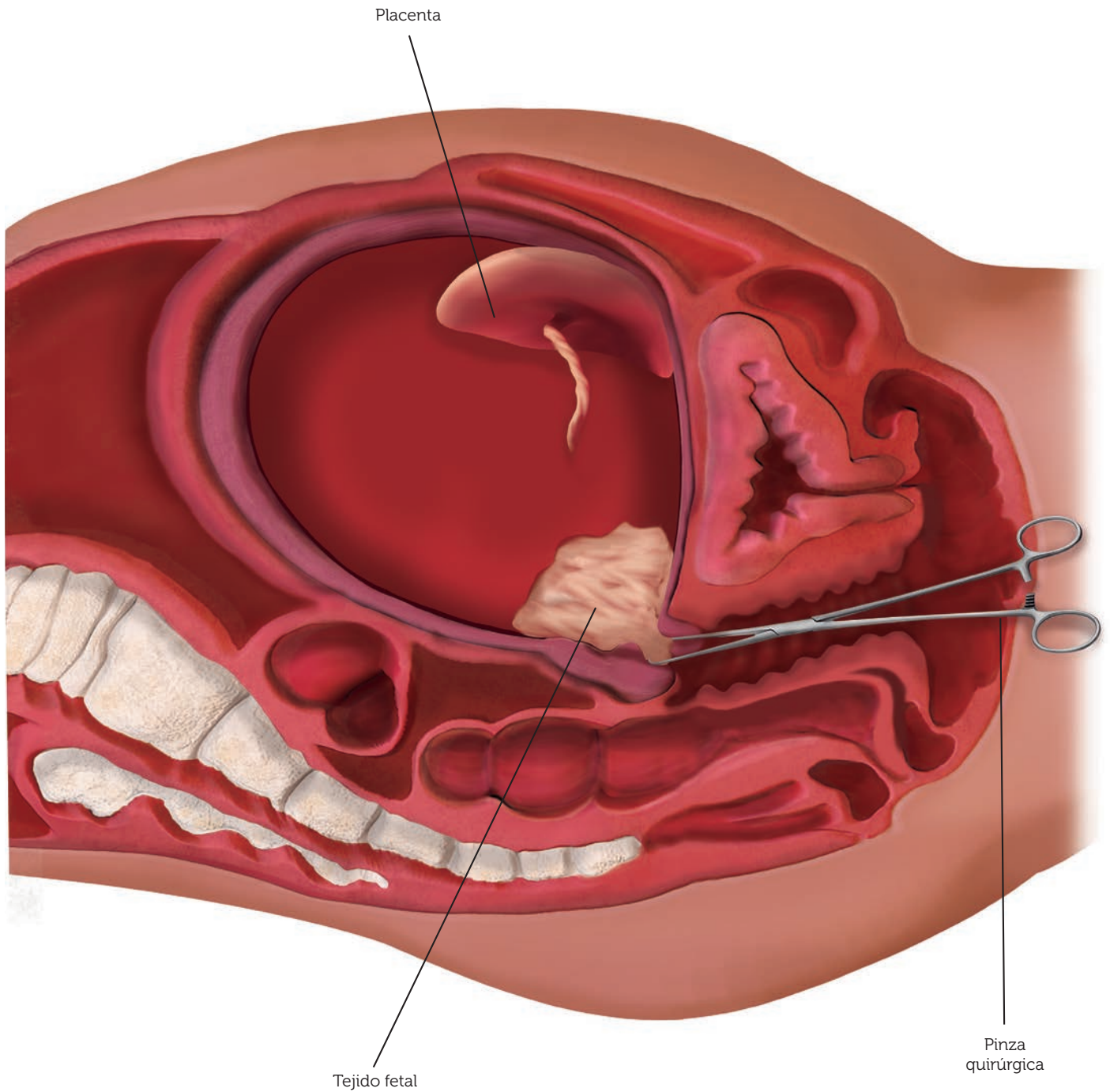
Aborto 1er trimestre

La amenaza de aborto durante el primer trimestre (sangrado transvaginal) es la emergencia obstétrica más común, ocurre en un 15 a 20% de los embarazos, de los cuales un 15% progresa a pérdida del embarazo. Los factores de riesgo son; alteraciones cromosómicas, edad materna avanzada, alteraciones anatómicas del útero, hipotiroidismo, diabetes, hiperprolactinemia, trombofilias e infecciones.^{1,2}

Por otro lado, la inducción médica de aborto, electiva o no, puede realizarse mediante la administración de medicamento, como misoprostol o mifepristona, de manera individual o combinada.³



Aborto 2do trimestre

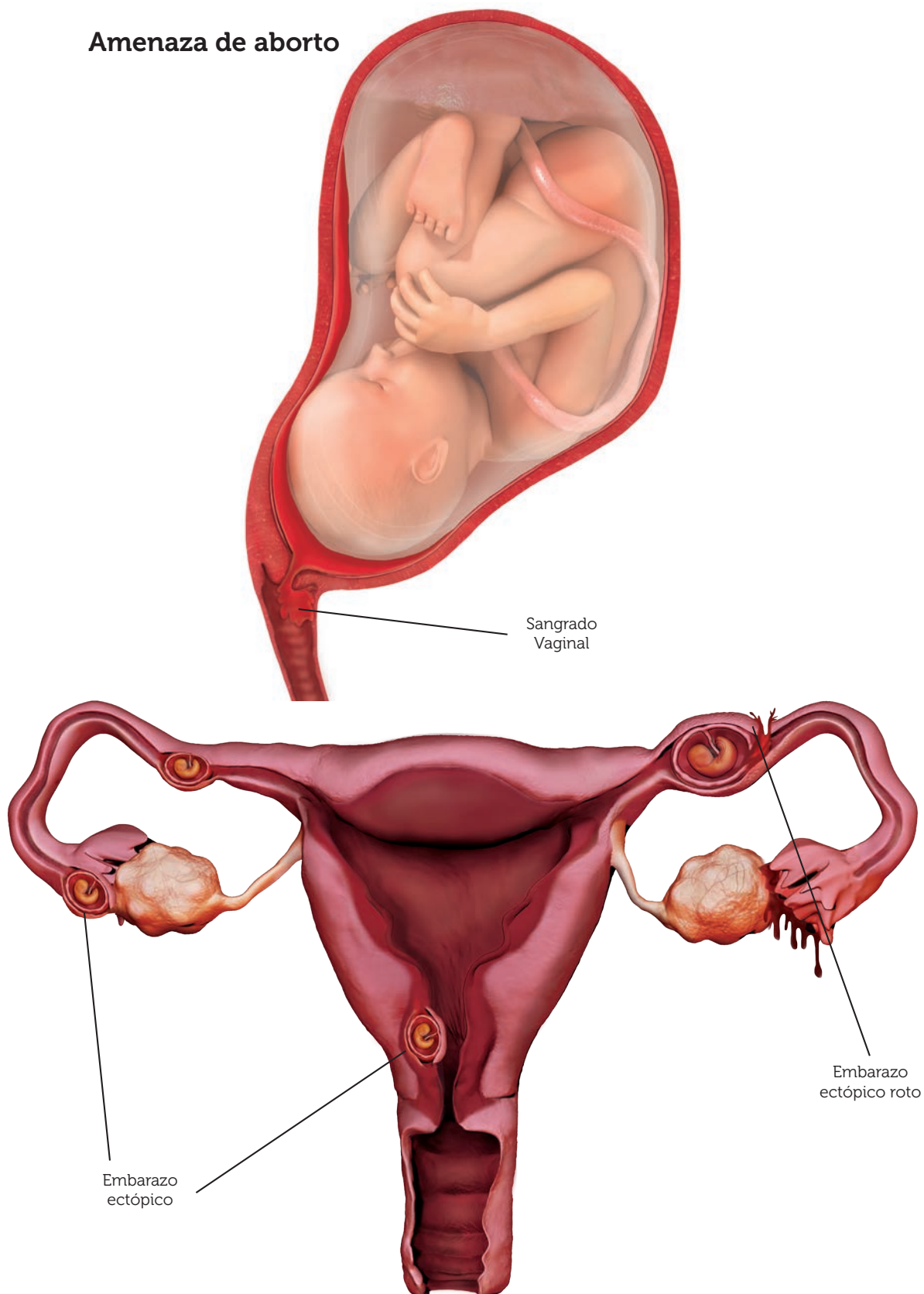


La pérdida del embarazo en el segundo trimestre (después de la semana 12 de gestación) es un evento raro, ocurre en el 5 – 8 % de los embarazos. Generalmente ocurre con la misma frecuencia de las pérdidas del tercer trimestre. Se deben considerar las alteraciones anatómicas, cromosómicas, trombofilias, infecciones y problemas inmunológicos.^{1,2}

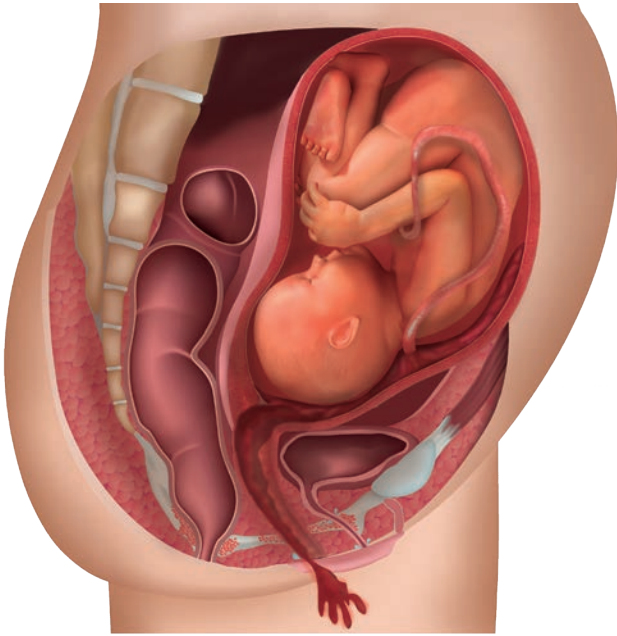
Hemorragias 1er trimestre

Las causas más frecuentes de sangrado durante el primer trimestre, son amenaza de aborto, aborto en evolución, embarazo ectópico, embarazo molar y deberán descartarse otras causas de origen no obstétrico como infecciones vaginales, pólipos o erosiones cervicales.^{1,2}

Amenaza de aborto



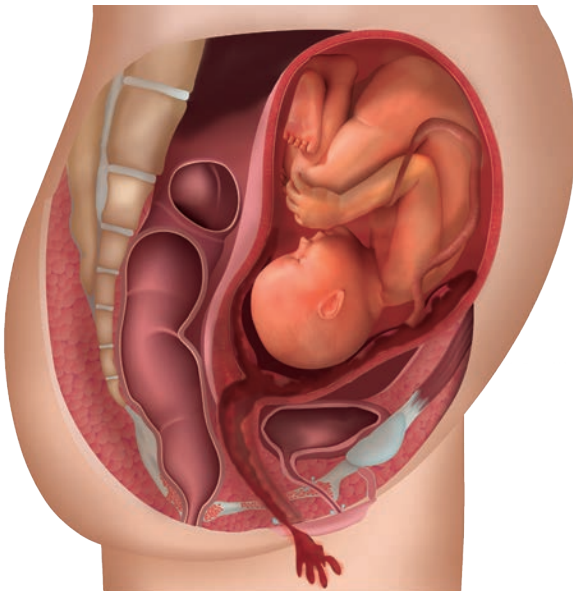
Hemorragias 2do y 3er trimestre



Desprendimiento de placenta normoinserta



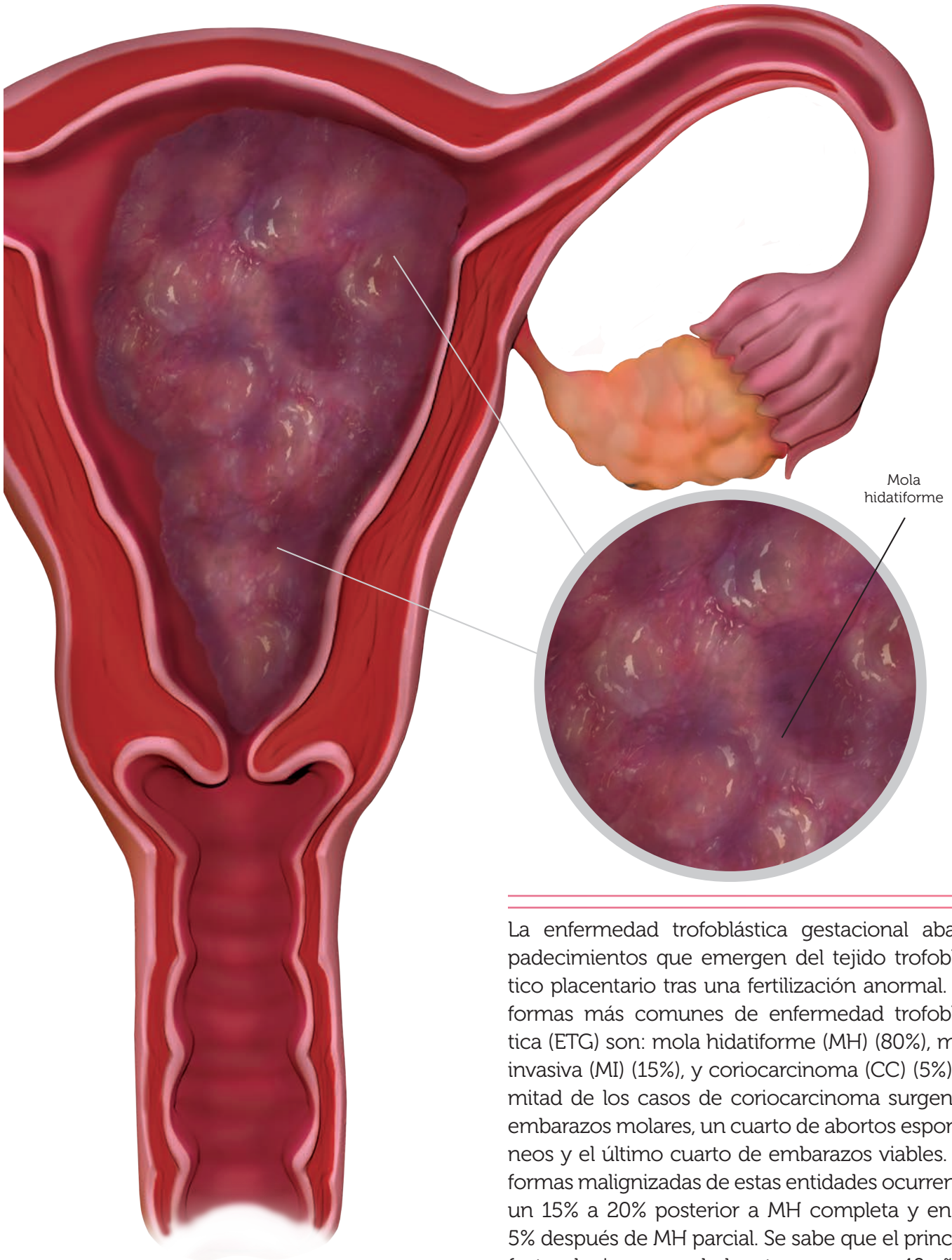
Desprendimiento de placenta previa marginal



Desprendimiento de placenta previa total

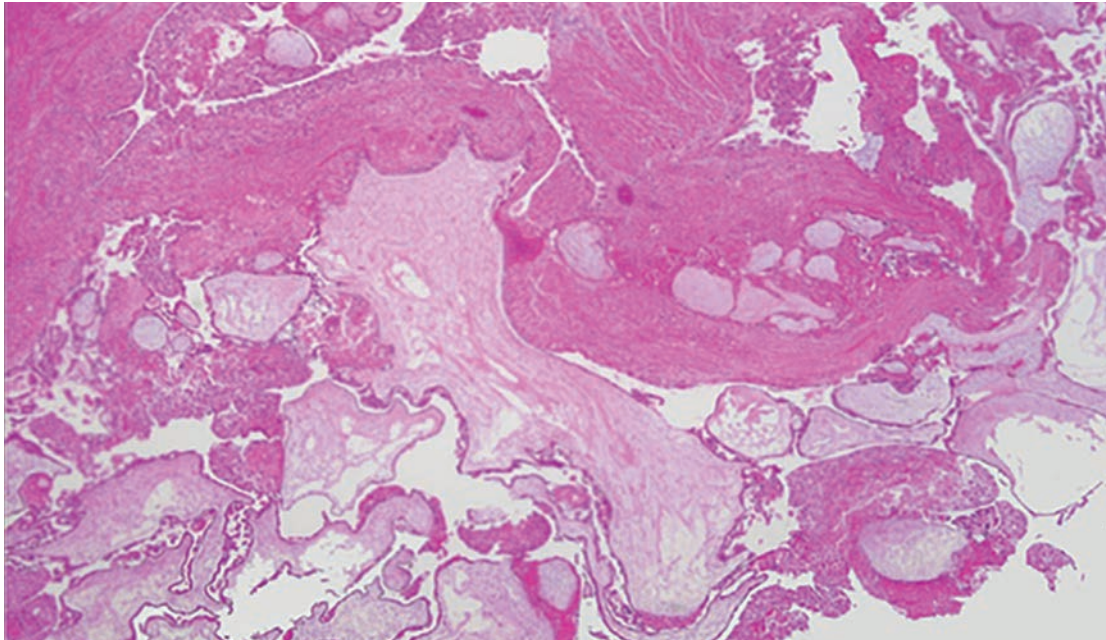
El desprendimiento del corion en placenta normoinserta y la placenta previa son las principales causas de hemorragias en el 2do y 3er trimestre de gestación, lo que significa que pueden ocurrir después de la semana doce hasta el final del embarazo. El síntoma cardinal es el sangrado, que generalmente es indoloro, caracterizado por la presencia de sangre roja rutilante de aparición espontánea: y en ocasiones, acompañada de dolor, el cual suele manifestar contracciones uterinas y/o modificaciones cervicales. La abundancia del sangrado depende del tamaño del área placentaria desprendida y/o de su distancia al orificio cervical interno. A veces, la hemorragia por placenta previa se presenta junto con acretismo placentario que es la infiltración anormal de la placenta en el útero.¹

Enfermedad trofoblástica gestacional



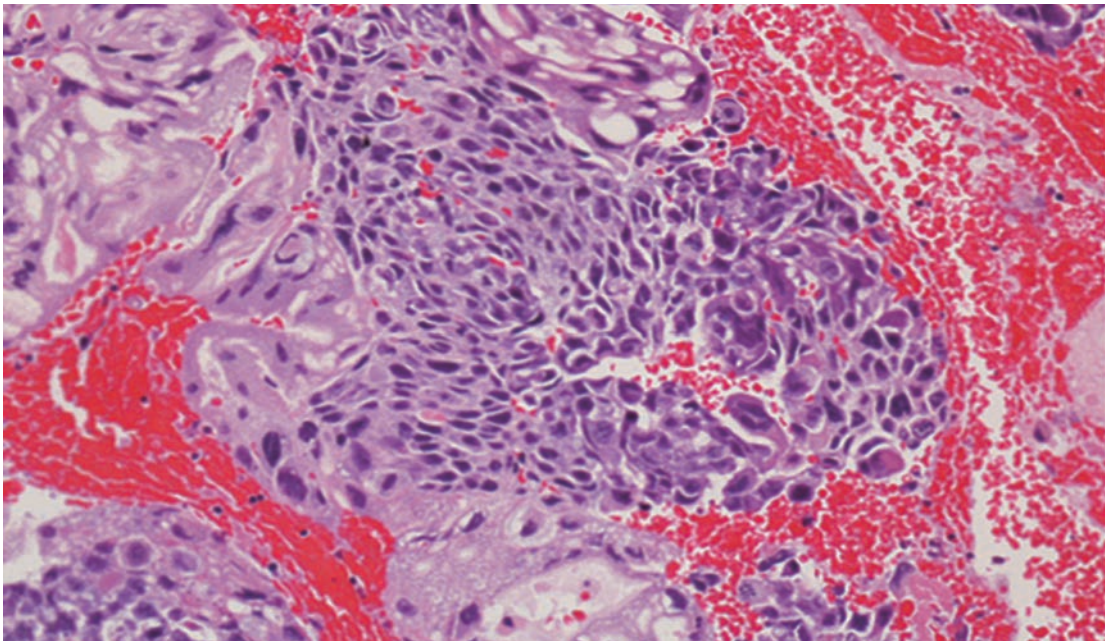
La enfermedad trofoblástica gestacional abarca padecimientos que emergen del tejido trofoblástico placentario tras una fertilización anormal. Las formas más comunes de enfermedad trofoblástica (ETG) son: mola hidatiforme (MH) (80%), mola invasiva (MI) (15%), y coriocarcinoma (CC) (5%). La mitad de los casos de coriocarcinoma surgen de embarazos molares, un cuarto de abortos espontáneos y el último cuarto de embarazos viables. Las formas malignizadas de estas entidades ocurren en un 15% a 20% posterior a MH completa y en un 5% después de MH parcial. Se sabe que el principal factor de riesgo es edad materna mayor a 40 años.¹

Mola hidatiforme completa



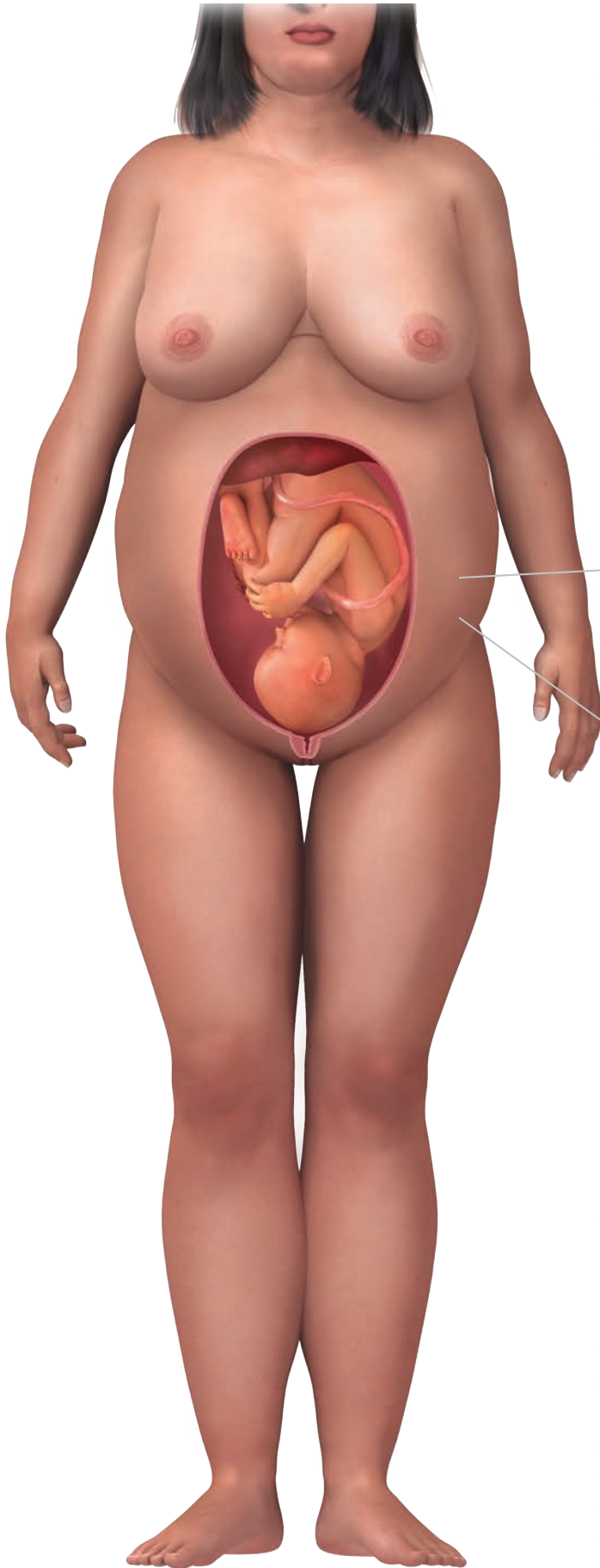
Histológicamente se observa edema veloso placentario difuso, lo que causa crecimiento de las vellosidades y formación de cisternas (vesículas) en algunas de ellas.²

Placenta normal



Histológicamente se muestran vellosidades más pequeñas, no edematosas, y ausencia de proliferación trofoblástica.²

Diabetes gestacional



El embarazo en mujeres con metabolismo normal de glucosa se caracteriza por niveles glicémicos más bajos que en el estado no gestante debido a la absorción de glucosa por el feto y la placenta, y por hiperglucemia postprandial e intolerancia a carbohidratos como resultado de hormonas placentarias diabetogénicas (lactógeno placentario, andrógenos). Los niveles de glucosa recomendados que sugieren un metabolismo y adecuado control en el embarazo deben ser:

- Ayuno <95mg/dL.
- Postprandial de una hora <140mg/dL.
- Postprandial de dos horas <140mg/dL.

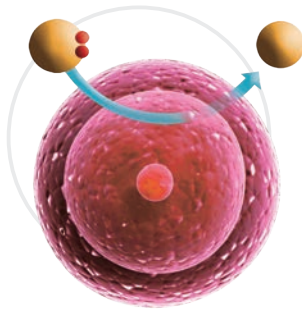


La hemoglobina glucosilada o glicosilada es levemente menor en el embarazo normal que en mujeres no embarazadas. El objetivo de HbA1c en el embarazo es de 6-6.5 en pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional. Niveles menores a 6 pueden ser óptimos si esto se puede lograr sin una hipoglucemia significativa. Los riesgos gestacionales de la diabetes no controlada en el embarazo incluyen aborto espontáneo, anomalías fetales, preeclampsia, muerte fetal, macrosomía, hipoglucemia e hiperbilirrubinemia neonatal, entre otros.¹

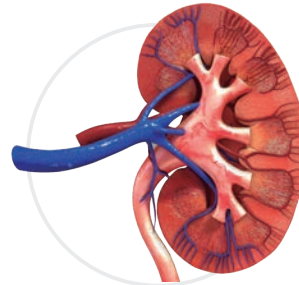
Preeclampsia



Disfunción hepática



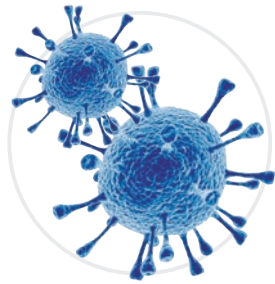
Oxidación de proteínas



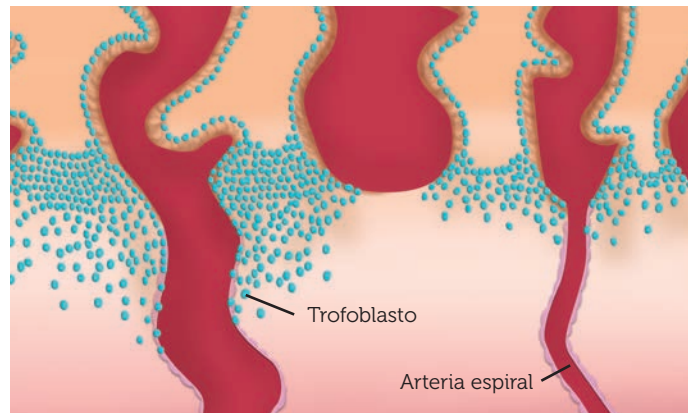
Proteinuria



Edema cerebral



Factores inmunológicos

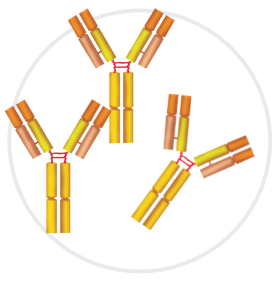


Embarazo normal

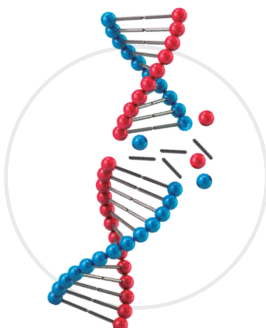
Preeclampsia



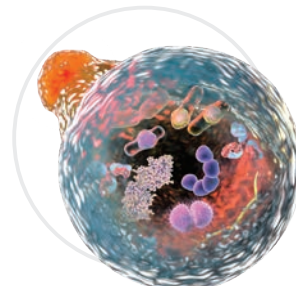
Factores genéticos



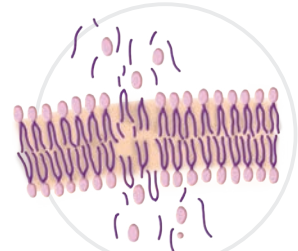
Factores ambientales



Daño del ADN



Apoptosis



Peroxidación lipídica



Restricción del crecimiento

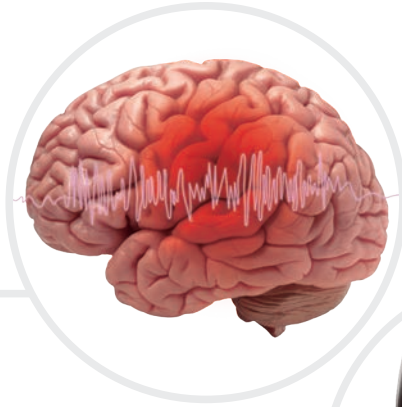
Los trastornos hipertensivos del embarazo (HE) abarcan: hipertensión crónica o preexistente, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia.

Se estima que complican 3 a 10% de los embarazos y están asociados con una mayor morbilidad y mortalidad materna, neonatal y fetal.

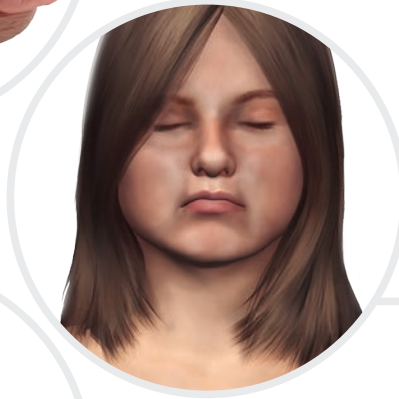
La preeclampsia se caracteriza por HTA gestacional más proteinuria. Puede ser leve, niveles de TA menores a 150/100, proteinuria de 250 a 500 mg /24 hrs, y sin datos clínicos de vasoespasmo. Moderada, con cifras de TA mayores o iguales a 150/100, proteinuria menor a 2 gr/24 hrs, diuresis normal y sin síntomas de vasoespasmo. Se considera grave si hay oliguria <500mL/24 hrs, proteinuria >5gr en orina de 24 hrs, creatinina sérica >1.2mg/dL, hemólisis o bilirrubina total >1.2mg/dL, trombocitopenia <100,000/ μ L y dolor epigástrico, o algún otro síntoma de vasoespasmo.^{1,2}

Eclampsia

Convulsiones



Edema facial



Edema en piernas



Presión arterial aumentada



Proteinuria



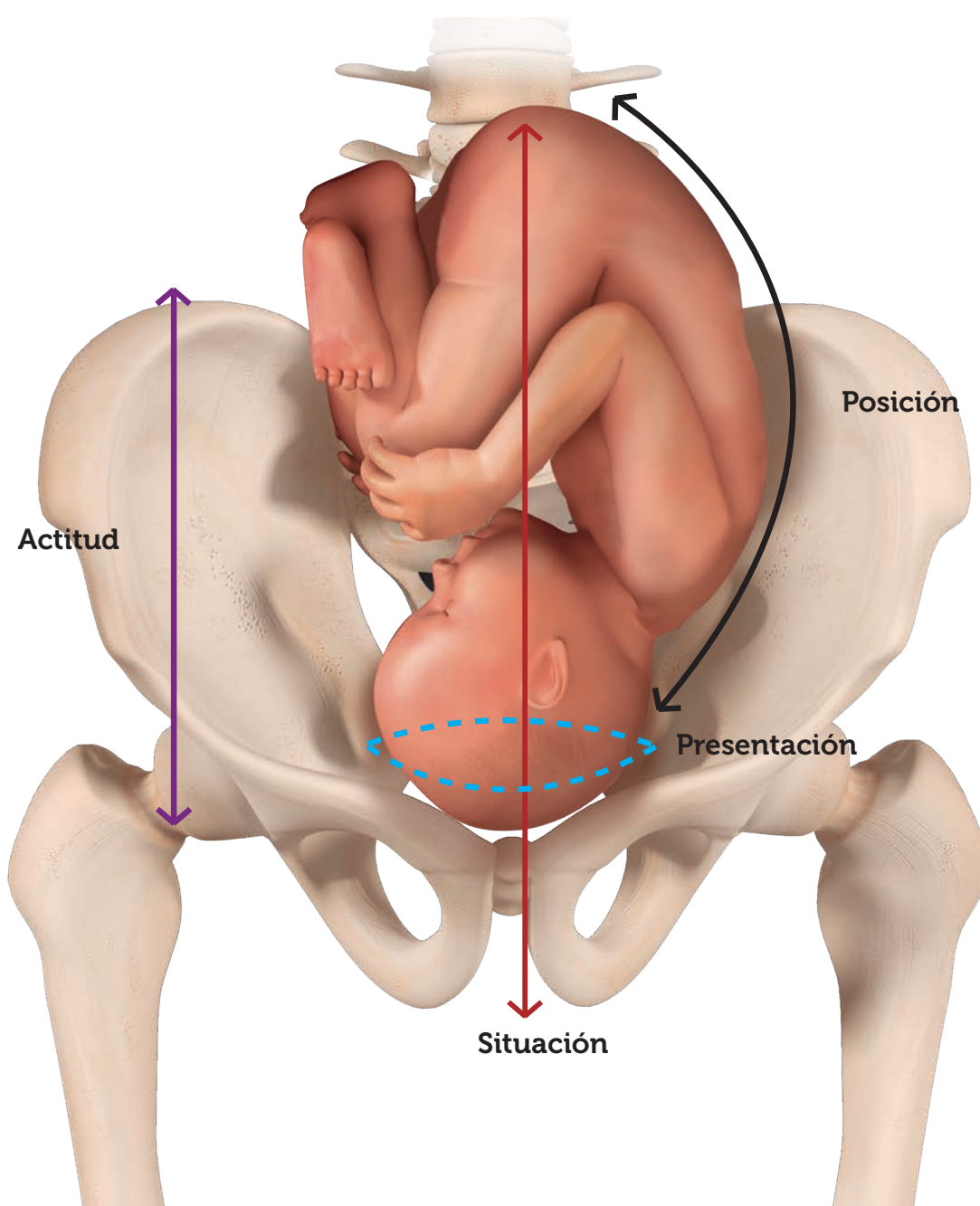
La eclampsia (convulsiones maternas) se presenta después de las 20 semanas de gestación o durante el periodo postparto temprano, y necesariamente se considera una manifestación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo, ocurre aproximadamente en ocho de cada diez mil partos.

El desequilibrio en los factores angiogénicos y antiangiogénicos circulantes juega un papel clave en la disfunción endotelial vascular que conduce a la desregulación de la perfusión cerebral ocasionando una convulsión ecláptica, y frecuentemente se asocia a un episodio hemorrágico cerebral, o a un episodio isquémico de gravedad y extensión variables, por lo que las secuelas neurológicas dependerán del diagnóstico y las medidas inmediatas al presentarse la convulsión ecláptica.^{1,2}

Presentación, situación, posición y actitud fetal

A partir de la semana 28, y sobre todo al final de la gestación se puede explorar la situación, posición y presentación fetal mediante la palpación, utilizando las cuatro maniobras de Leopold.

La situación fetal describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre (longitudinal, transversa u oblicua); la presentación se refiere a la parte del feto que se aboca al estrecho mayor de la pelvis (cefálica o pélvica); actitud es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas (flexión, extensión o hiperextensión); posición es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna (dorso a la derecha o dorso a la izquierda).¹



Trabajo de parto normal

En las imágenes se representan las diferentes fases y movimientos relacionados con el trabajo de parto de un producto en presentación cefálica. El desarrollo de estos mecanismos depende de varios factores como el tamaño de la pelvis, el tamaño del producto, la competencia uterina (contracción uterina), la integridad de las membranas amnióticas, la reserva fetal.

Algunos otros factores que pueden ayudar al adecuado desarrollo de un parto son: esperar al inicio espontáneo del parto, movilidad y alimento de la madre durante el mismo, respeto a las posiciones elegidas por la madre y educación perinatal.¹

Existe evidencia científica clara del beneficio materno-fetal de los partos vaginales, no intervenidos ni medicalizados en cuanto a disminución de complicaciones materno-fetales en el momento del parto y efectos benéficos a largo plazo para el recién nacido, que impactan en la salud del nuevo individuo a nivel respiratorio, digestivo, metabólico e incluso cardiovascular.²



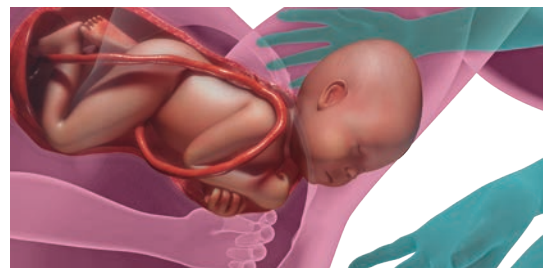
Encajamiento, descenso y flexión



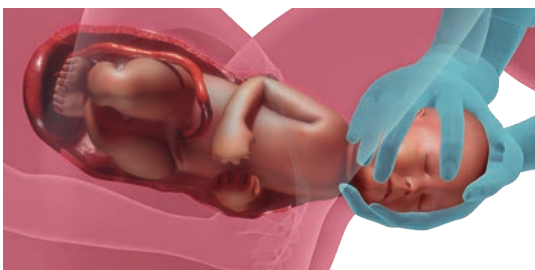
Rotación interna



Extensión



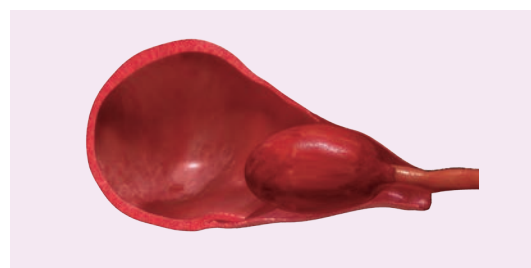
Extensión completa



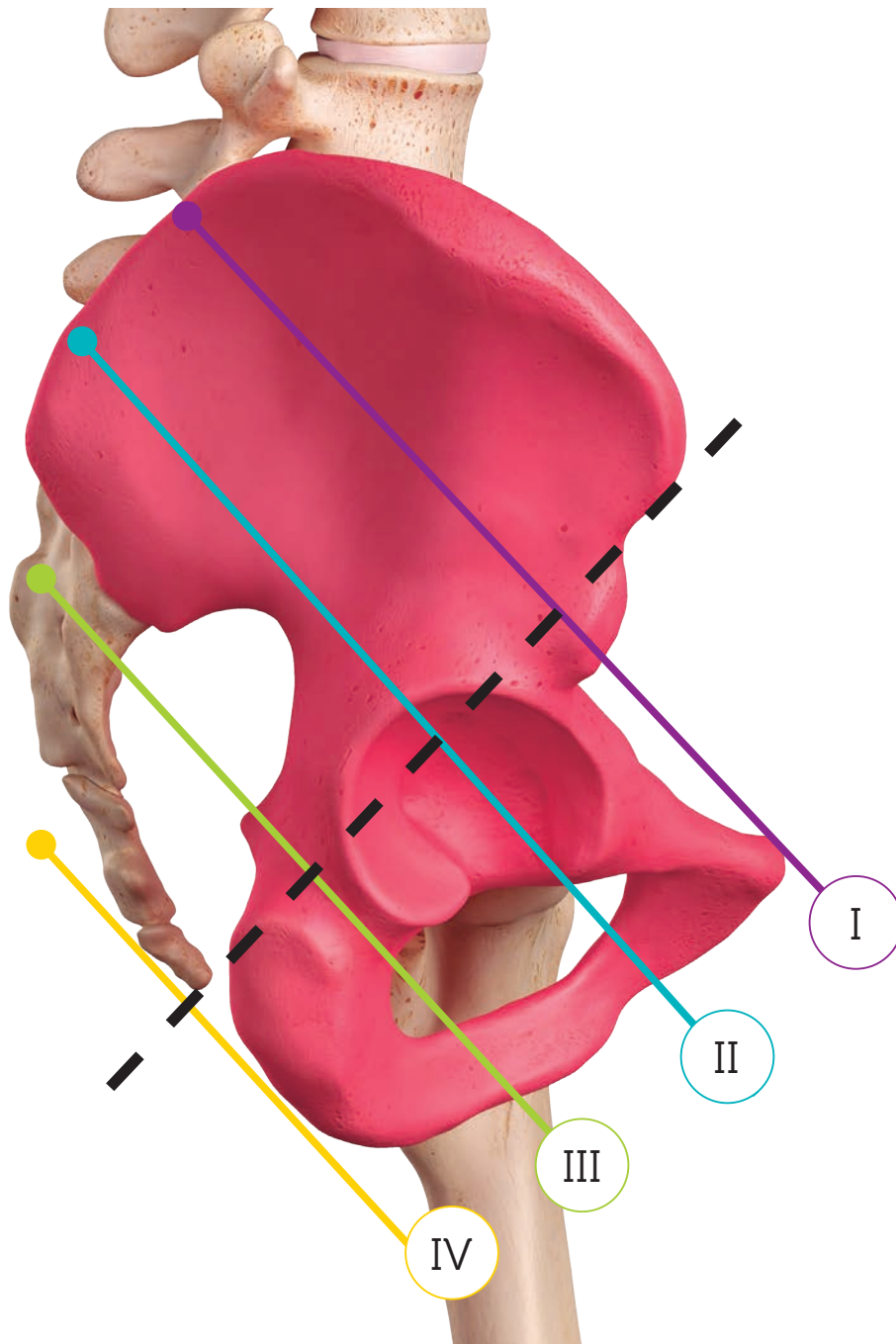
Liberación de los hombros



Expulsión



Alumbramiento



Se llaman planos de Hodge a un sistema de líneas imaginarias espaciales en la pelvis materna que ayudan a determinar la altura de la presentación del producto antes y/o durante el trabajo de parto.¹

I Plano: Línea imaginaria entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis del pubis.

II Plano: Línea paralela a la anterior, de la cara anterior de la segunda vértebra sacra hasta el borde inferior del pubis.

III Plano: Paralela a las dos líneas anteriores, pasa por las espinas ciáticas.

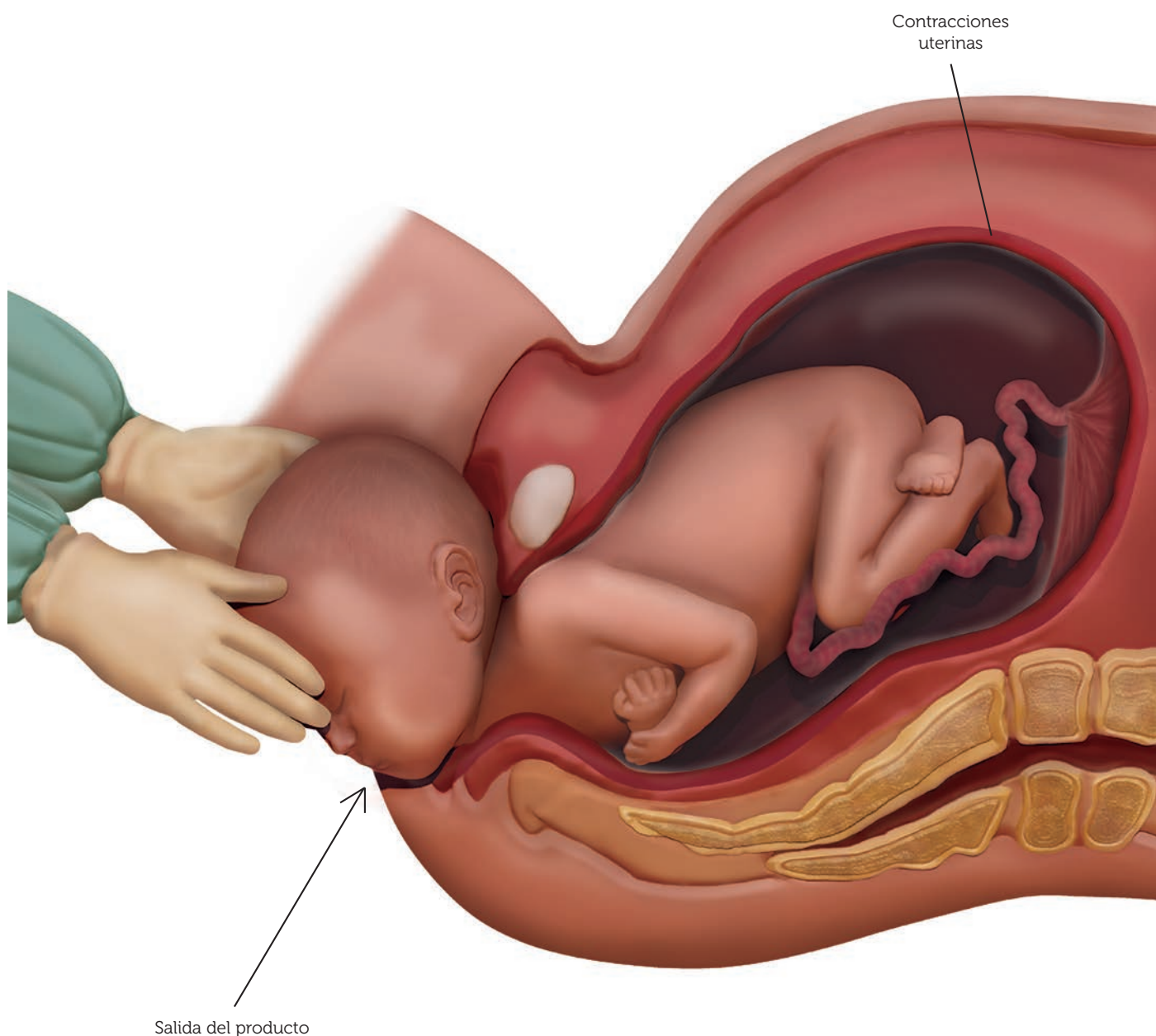
IV Plano: Paralela a las otras tres líneas, pasa por la punta del cóccix.

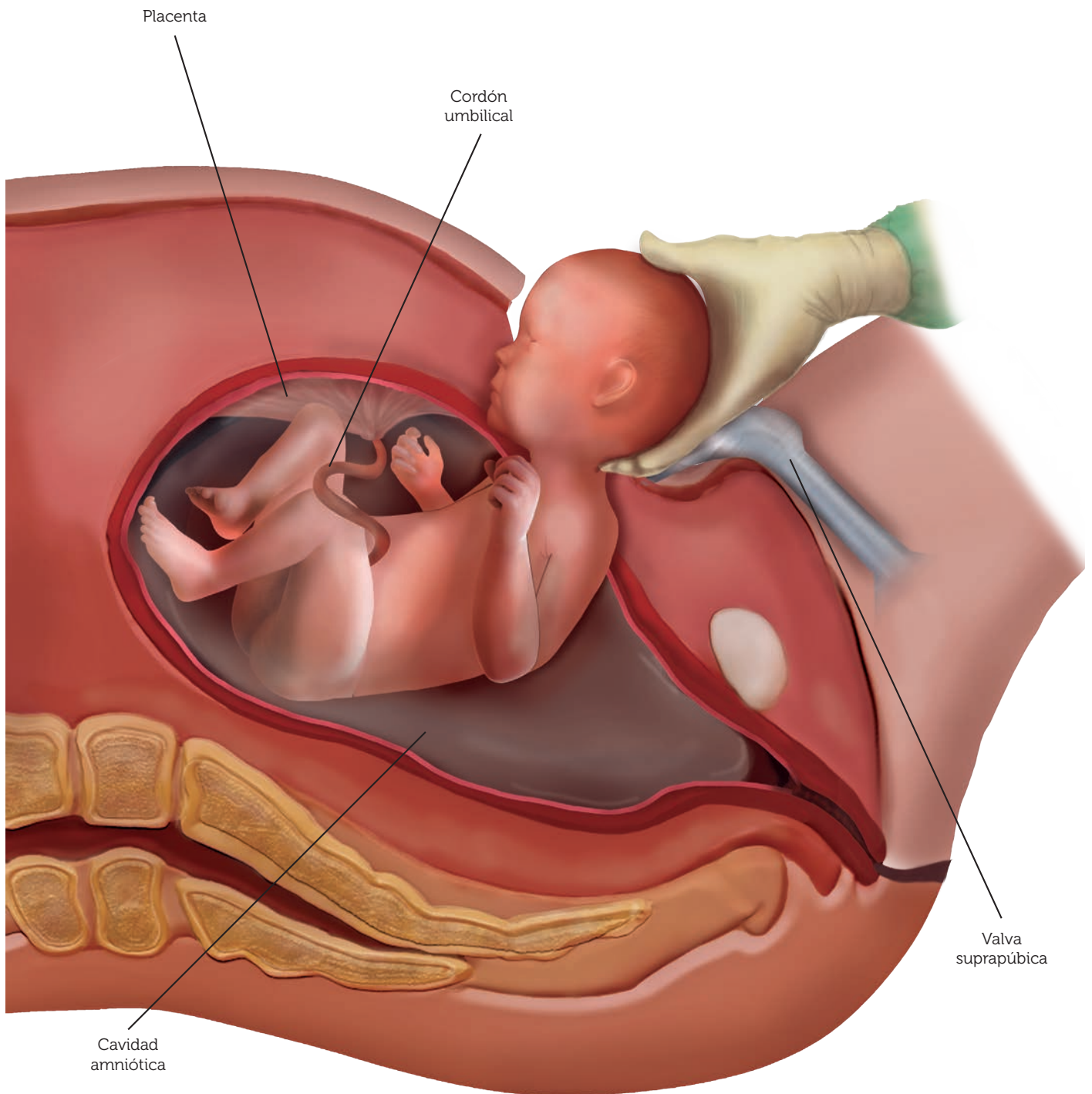
Antes del parto estos planos pueden ayudar a conocer la suficiencia de la pelvis y durante el trabajo de parto vigilar su evolución.

Parto vaginal

Un parto vaginal normal, es aquel que culmina con el nacimiento de un feto a término, sano, y la expulsión completa de la placenta. El parto en presentación cefálica es la forma más común de parto vaginal. El trabajo de parto inicia cuando comienzan las contracciones uterinas y se divide en tres fases.

La fase latente durante la cual el cuello uterino se reblandece, acorta y posteriormente dilata gracias a la acción de las contracciones uterinas. La segunda fase del trabajo de parto inicia a partir de los 4cms de dilatación hasta el nacimiento del producto. Durante la primera y segunda fase del trabajo de parto en presentación cefálica, la cabeza pasa por la pelvis por medio de sus menores diámetros, lo cual se logra por mecanismos de flexión y rotación de la presentación. Cuando la cabeza atraviesa el orificio vulvar, inicia su deflexión, por lo que sucesivamente aparecen por la horquilla la frente, los ojos, la boca y el mentón, y queda completada la exteriorización del polo cefálico. La tercera fase es la expulsión o alumbramiento de la placenta.¹

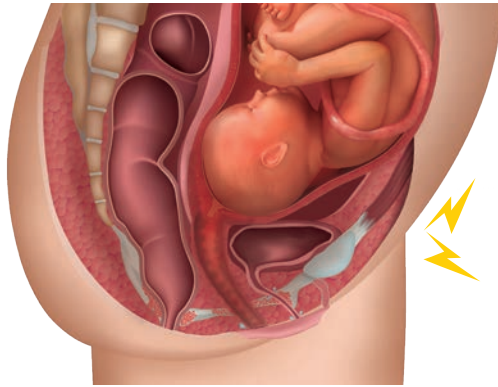




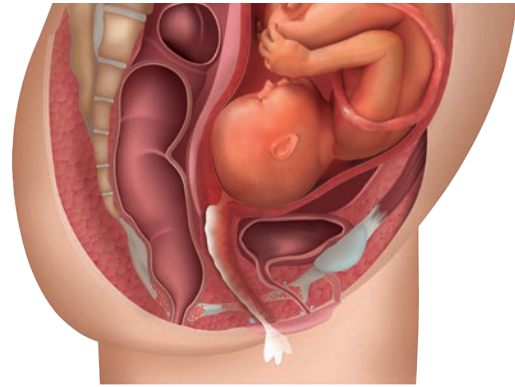
La cesárea es la intervención quirúrgica cuyo principal objetivo es extraer el producto, placenta y membranas por medio de una incisión en la pared uterina. Las indicaciones de la cesárea se pueden dividir en maternas y fetales. Las indicaciones maternas incluyen: desproporción cefalopélvica, tumores que obstruyen el canal de parto, cirugías previas en el útero (miomectomías, cesáreas), placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, patologías maternas (hipertensión o diabetes gestacional) entre otras. Las indicaciones fetales pueden ser: macrosomía fetal, presentación pélvica, situación oblicua o transversa, prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal, baja reserva fetal, prematuridad extrema, embarazo múltiple, o alguna alteración física del producto que contraindique el parto (ej. hidrocefalia, mielomeningocele, etc.).^{1,2}

Amenaza de parto pretérmino

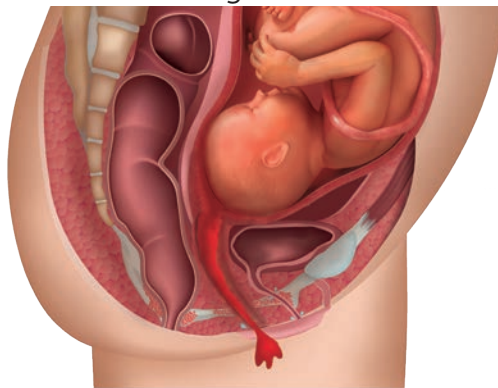
Síntomas



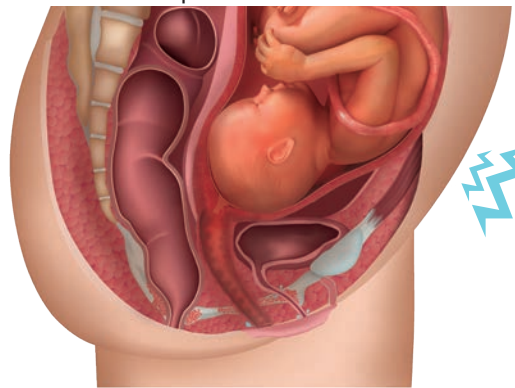
Contracciones
irregulares



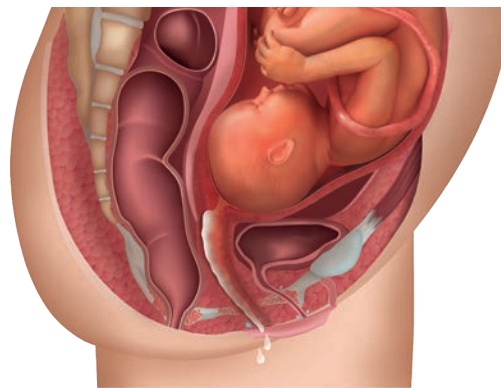
Expulsión del
tapón mucoso



Hemorragia
vaginal



Dolor
abdominal



Cambios en el
flujo vaginal

Se denomina amenaza de parto pretérmino a la presencia de contracciones uterinas regulares y dolorosas, con cambios en la longitud del cérvix y/o dilatación del mismo, entre la 23 y 36 semana de gestación (SDG). Se considera que un parto pretérmino ocurre antes de la semana 37 de gestación e incrementa en forma importante la morbi-mortalidad del recién nacido, los costos hospitalarios de atención y, en algunas ocasiones dejan secuelas que afectan el desarrollo posterior de los individuos.

Los factores de riesgo más relacionados con esta entidad son: antecedente de parto pretérmino, edad materna <20 años (especialmente en adolescentes), baja estatura, bajo peso materno, nuliparidad, o gran multiparidad (más de tres partos previos), abortos y pérdidas fetales previas, alteraciones uterinas (miomas, tabiques, incompetencia cervical), sobredistensión uterina en caso de polihidramnios o embarazos múltiples.¹

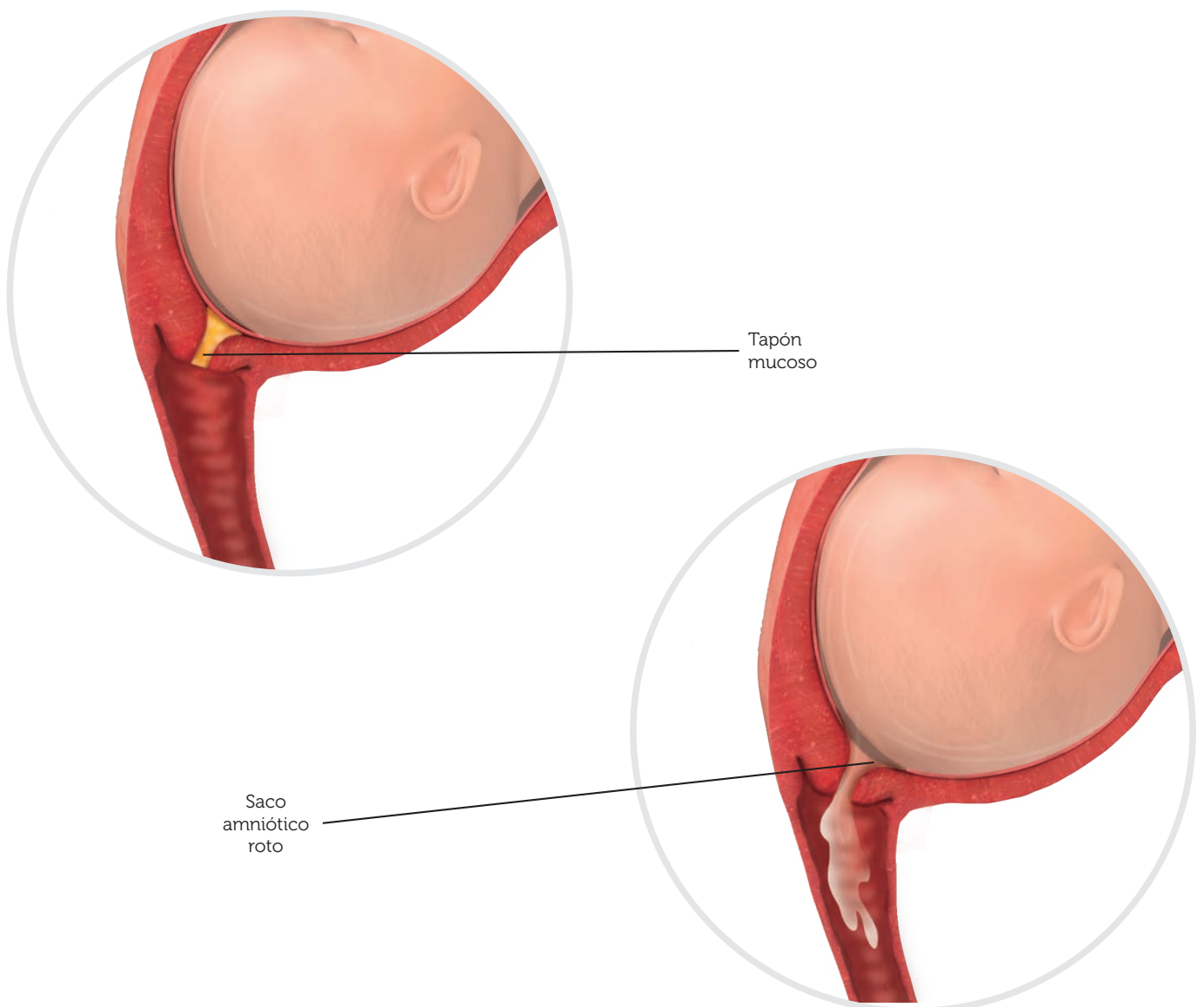
Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se presenta antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. En un embarazo a término el inicio de las contracciones de parto varía entre 1 y 12 horas. En estos casos, se considera que aumenta el riesgo de infección del recién nacido si el parto no ocurre en las primeras 24 horas posteriores a la ruptura.

La RPM que ocurre en el periodo pretérmino se maneja de acuerdo a la edad gestacional en la que ocurra, el objetivo es lograr la mayor madurez del producto disminuyendo al máximo el riesgo de infección tanto fetal como materna.

La susceptibilidad de que se produzca una RPM depende de la resistencia de las membranas amnióticas a posibles daños como infecciones y/o al incremento en la presión intrauterina.¹

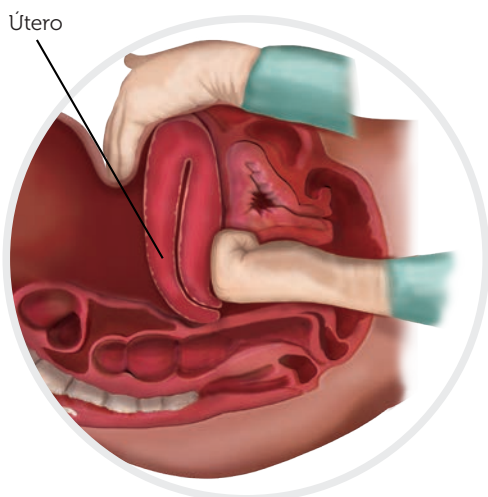
Los factores de riesgo relacionados incluyen infecciones vaginales, infecciones sistémicas que ocasionen amnionitis no detectadas, factores genéticos que alteren la composición de las membranas y/o de las enzimas que actúan en ellas como la metaloproteasa 2, e incompetencia cervical. Las condiciones en las cuales se aumenta la presión intrauterina, como el polihidramnios, embarazo múltiple, traumatismos directos sobre el útero, también son factores de riesgo para la RPM. Como se mencionó anteriormente el riesgo de la RPM es la prematurez y la presencia de infección fetal y/o materna.²



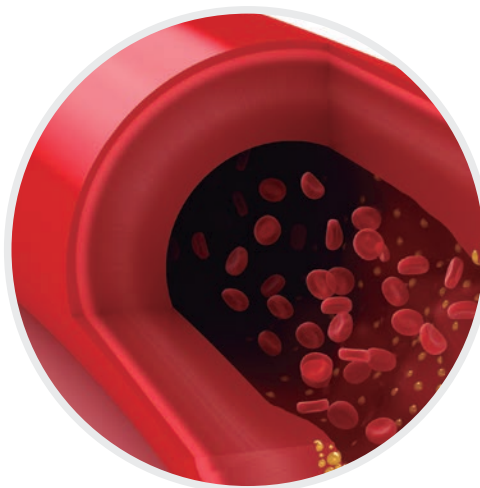
Hemorragias postparto

La hemorragia postparto se define como una pérdida sanguínea superior a los 500mL que ocurre en las primeras 24 horas, o puerperio inmediato. Es la segunda causa de mortalidad materna, y representa una verdadera emergencia obstétrica.

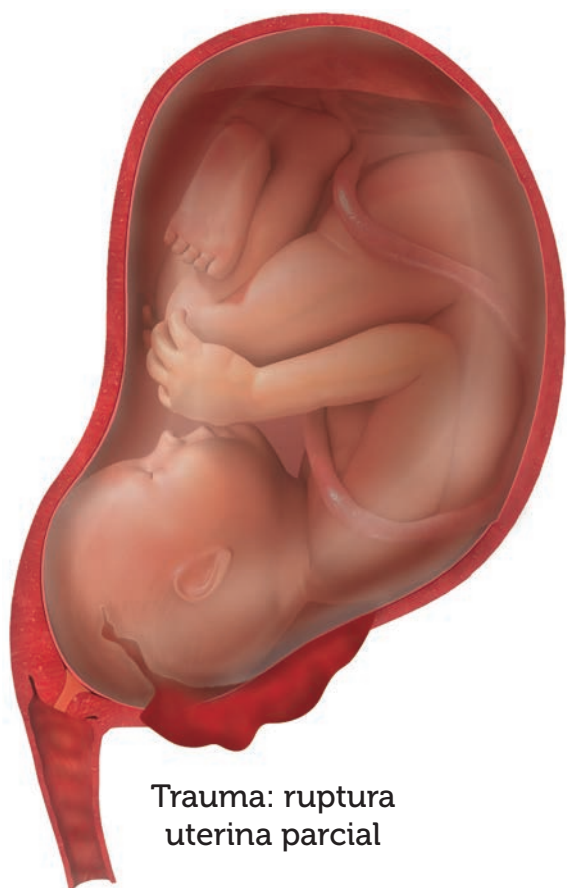
Las causas más frecuentes son atonía uterina, retención de tejido ovuloplacentario, traumatismos del canal del parto, ruptura uterina y alteraciones de la coagulación. Los factores de riesgo relacionados incluyen antecedente de hemorragia obstétrica previa, multiparidad, embarazos múltiples, extracción forzada de la placenta, implantación anormal de la placenta, macrosomía fetal, polhidramnios, entre otras.¹



Compresión bimanual del útero



Alteraciones de la coagulación



Trauma: ruptura uterina parcial



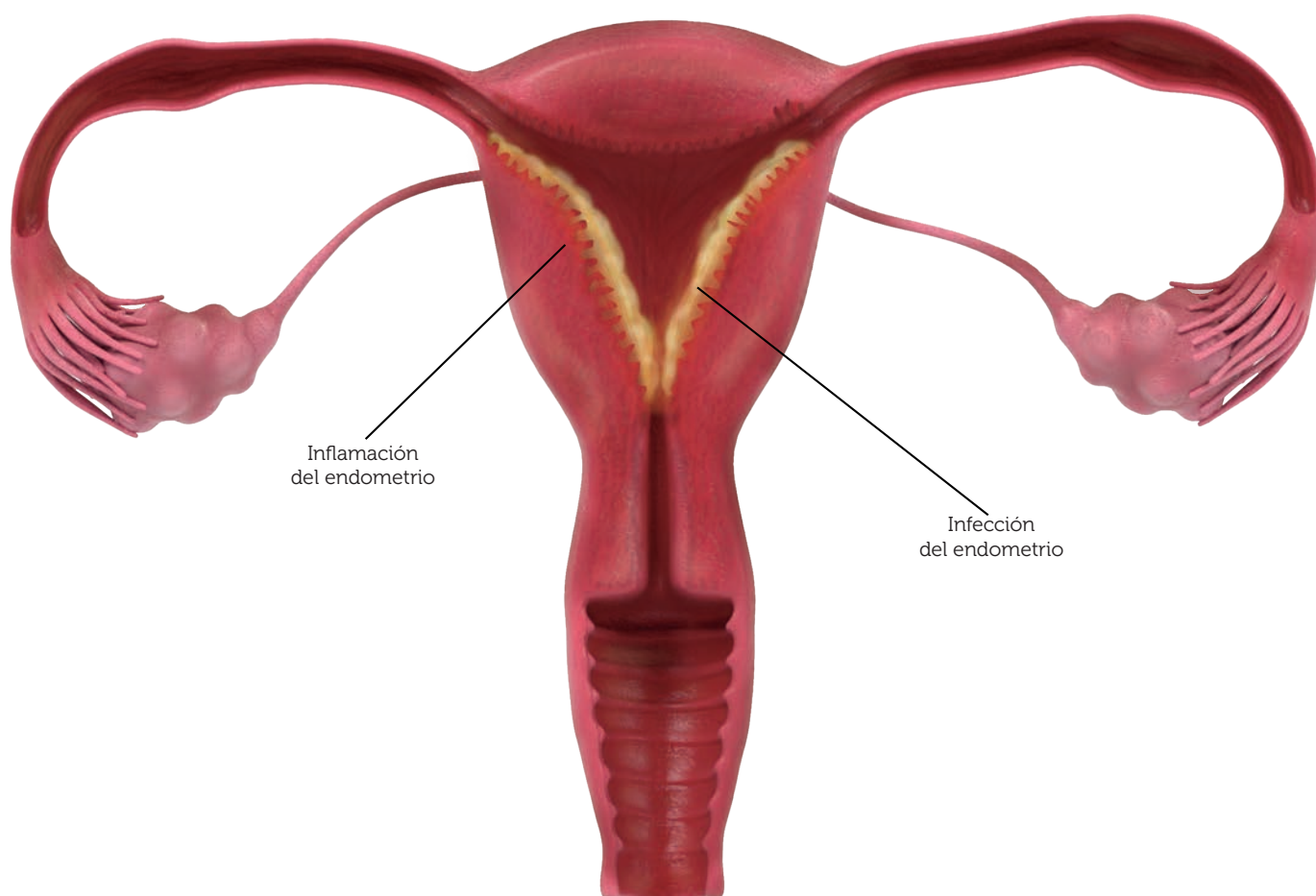
Trauma: ruptura uterina completa

Sepsis puerperal

El desarrollo de una infección del tracto genital posterior al parto es desafortunadamente una complicación relativamente frecuente, siendo la tercera causa de muerte materna. Es más frecuente en la cesárea que en el parto vaginal. Se puede presentar secundario a la RPM o por una colonización bacteriana del tracto vaginal inferior, infección por retención de restos placentarios, o infección de hematomas, o del sitio de la herida quirúrgica.

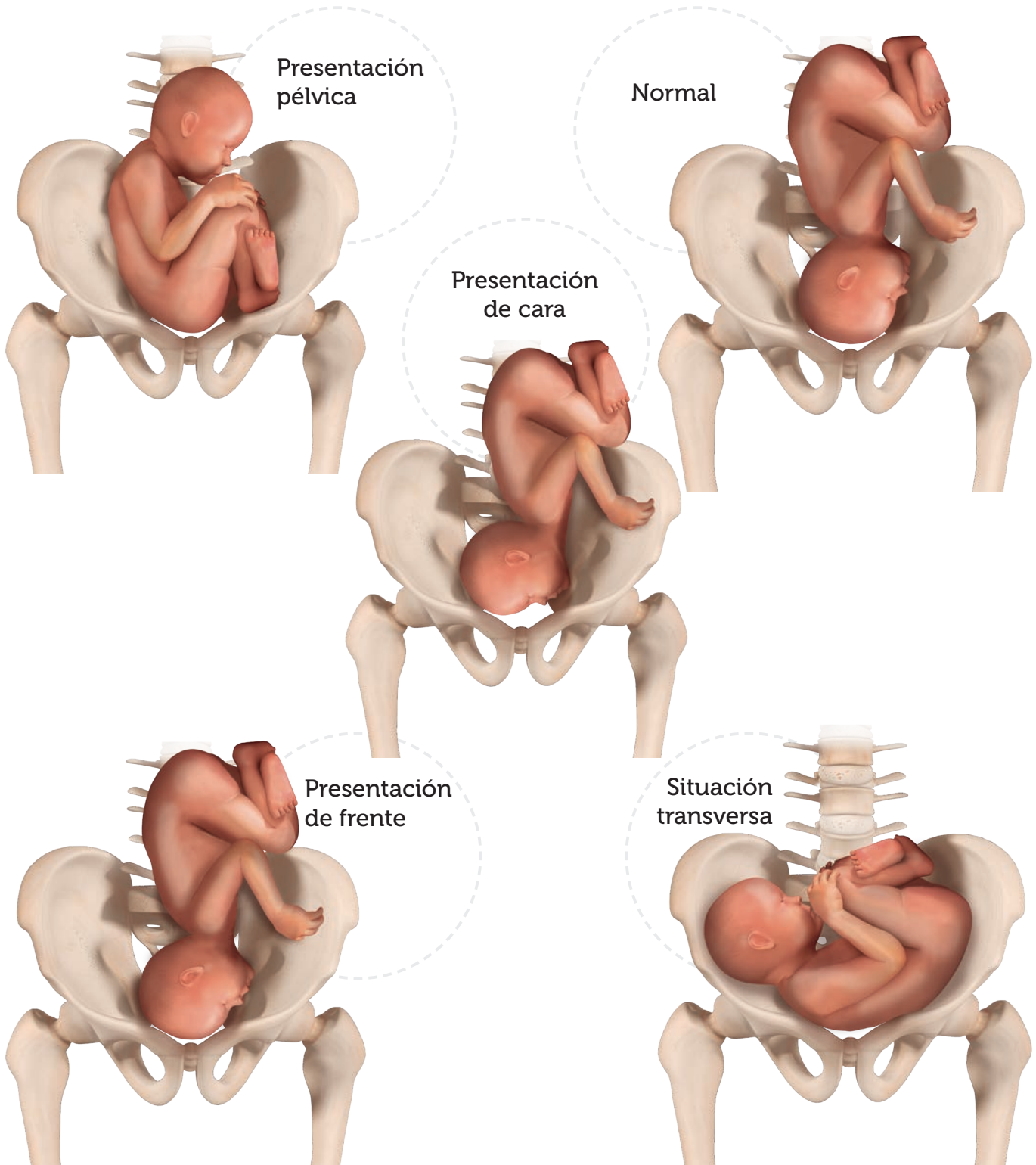
Las formas clínicas en las que aparece la sepsis puerperal son: endometritis (afecta la decidua basal al miometrio), salpingooforitis (infección de la tuba uterina y los ovarios secundario a la endometritis), parametritis (es la infección del tejido parametrial, puede ser por contigüidad o vía linfática) y pelvi-peritonitis (secundario a la endometritis y es por transmisión linfática). Todos estos tipos de padecimientos pueden llegar a ocasionar infección sistémica o incluso en casos extremadamente raros una tromboflebitis séptica, situación clínica extremadamente grave.¹

Endometritis

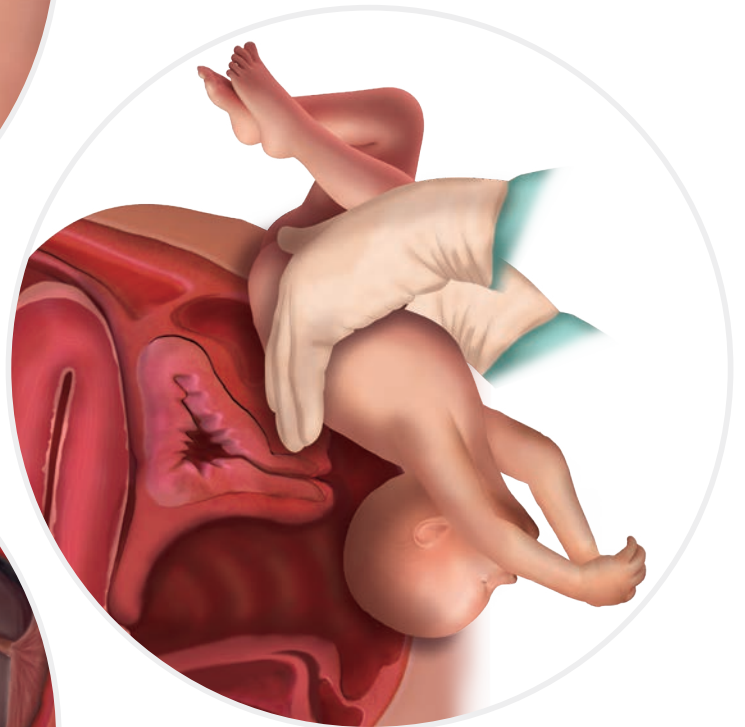
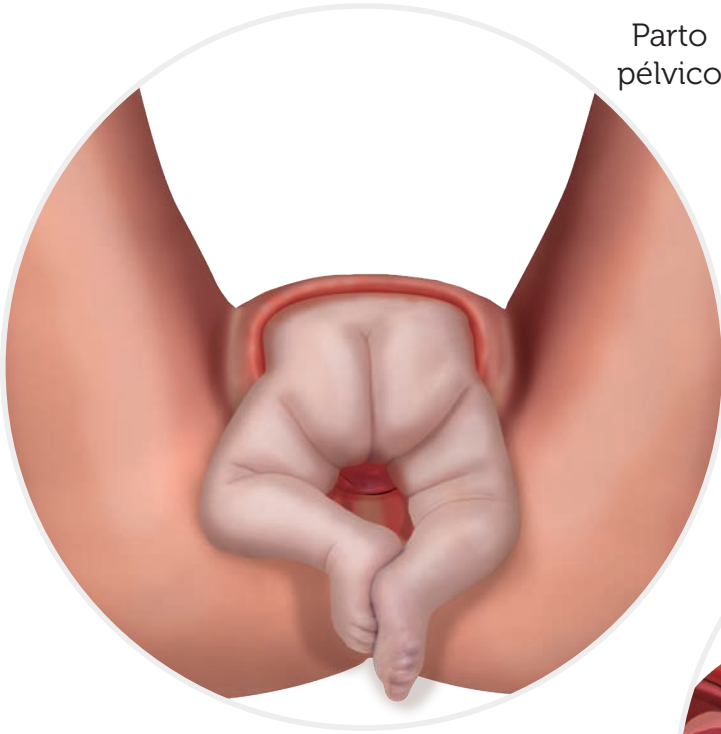


Distocias

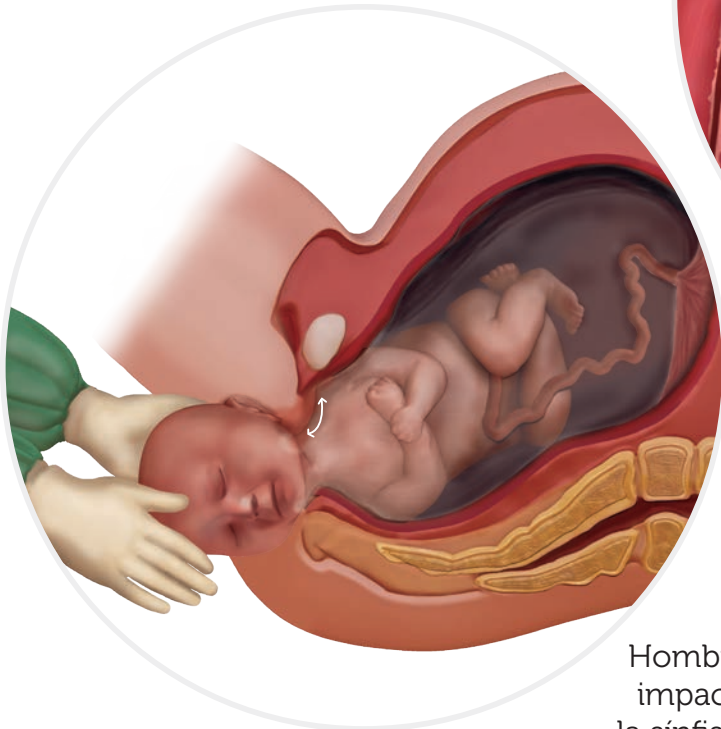
A las anomalías que alargan o alteran la progresión normal y ordenada del trabajo de parto se les llaman distocias.¹ Pueden ocurrir durante la primera fase del trabajo de parto y se llaman distocias de contracción. Durante la segunda fase (expulsivo) pueden ocurrir distocias relacionadas con alteraciones en la presentación (cara, frente, presentaciones compuestas, parto pélvico), o bien la distocia de hombro, que está relacionada íntimamente con el peso del recién nacido y ocurre en el 75% de los casos con productos con peso mayor a los 4 Kg.^{1,2}



Parto
pélvico



Expulsión del tronco y
polo cefálico

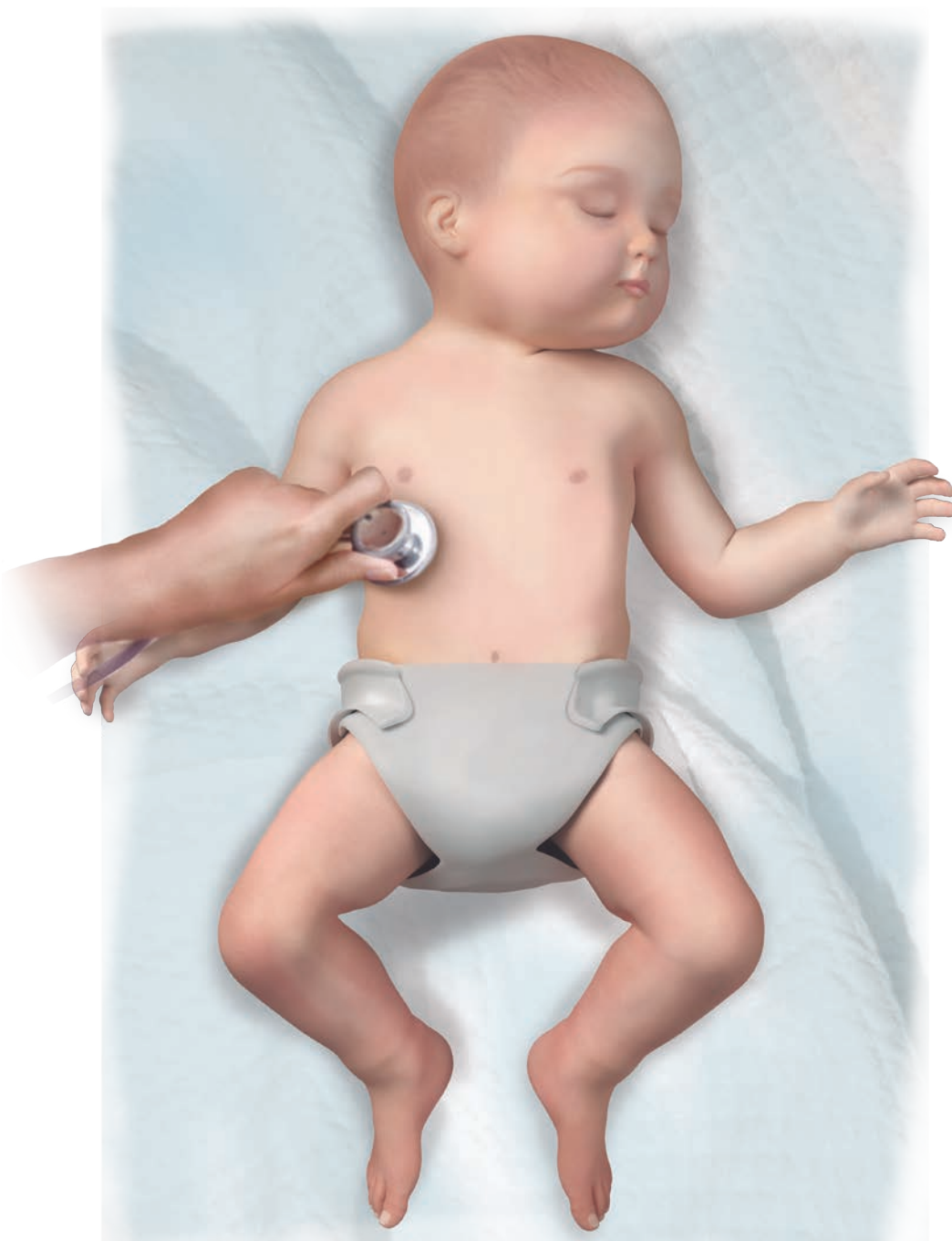


Hombro anterior
impactado bajo
la sínfisis del pubis

La parálisis del plexo braquial, que ocurre como resultado de tracción sobre esta estructura durante el parto, en el intento por liberar el hombro de la pelvis materna, tiene una incidencia entre 0.4 y 5.1 por cada mil partos. Esta dificultad junto con la fractura de la clavícula, son las complicaciones más frecuentes asociadas a la distocia de hombro.²


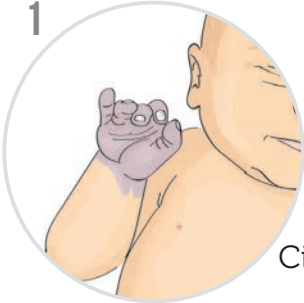







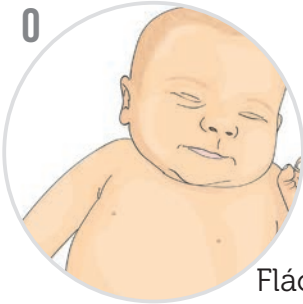
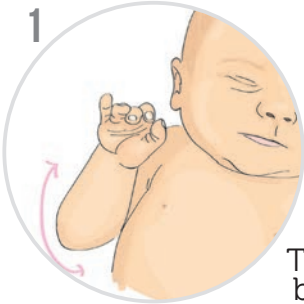

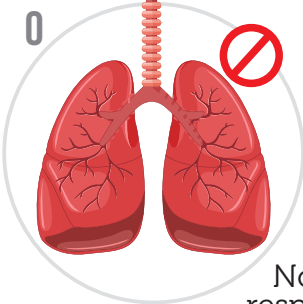
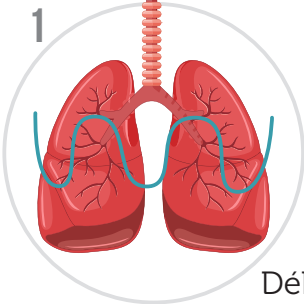
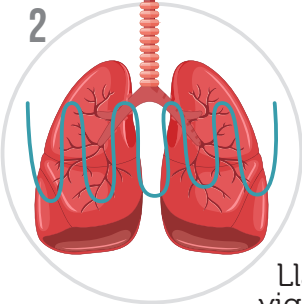
Reanimación neonatal inicial

Si un neonato nace a término con llanto vigoroso, buena coloración, buen tono y el líquido amniótico ha sido claro debe permanecer con la madre y aplicarse medidas de rutina como son; secado, evitar pérdida de calor, limpiar la vía aérea con gasas y aspirar si es necesario. El recién nacido (RN) es incapaz de mantener la temperatura en un ambiente que para un adulto puede resultar cálido. La hipotermia produce disminución de la saturación arterial de oxígeno. Por lo tanto, evitar la pérdida de calor es uno de los objetivos más importantes de la reanimación neonatal. Si el recién nacido no reúne los criterios mencionados anteriormente se debe empezar inmediatamente la reanimación avanzada cuyo objetivo es restaurar la vía aérea, la frecuencia cardíaca y evitar la hipoxia.¹



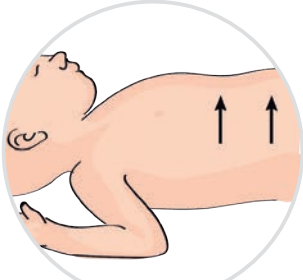
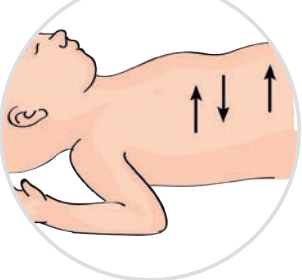
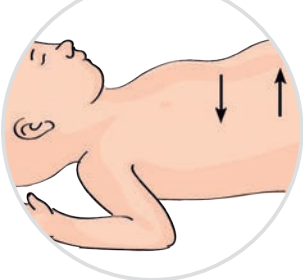



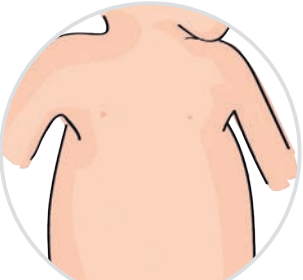
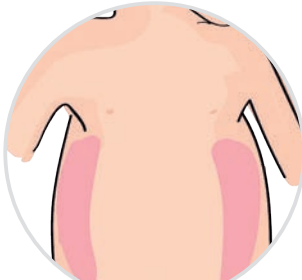




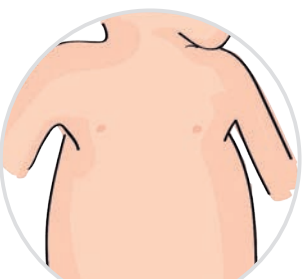
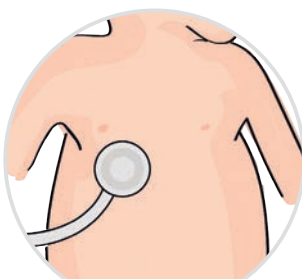
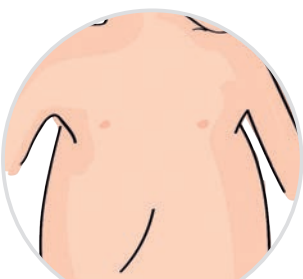
Escalas de valoración del recién nacido

Escala de APGAR

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| A pariencia | 0  Cianosis | 1  Cianosis leve | 2  Normal |
| P ulso | 0  Sin latidos | 1  <100 lpm | 2  >100 lpm |
| G estos | 0  Sin respuesta | 1  Mueca leve | 2  Mueca y tos |
| A ctividad | 0  Flácido | 1  Tono bajo | 2  Tono normal |
| R espiración | 0  No respira | 1  Débil | 2  Llanto vigoroso |

Escalas de valoración del recién nacido

Escala de Silverman-Anderson

| | Grado 0 | Grado 1 | Grado 2 |
|-----------------------------|---|--|--|
| Disociación toracoabdominal |  Sincronizado |  En inspiración |  Siempre visible |
| Retracciones intercostales |  Sin retracción |  Apenas visible |  Marcado |
| Retracción xifoidea |  Sin retracción |  Apenas visible |  Marcado |
| Aleteo nasal |  Ninguno |  Mínimo |  Marcado |
| Quejido espiratorio |  Ninguno |  Sólo con estetoscopio |  Audible al oído |

Lactancia materna



La leche materna constituye el alimento ideal del lactante, proporcionándole los nutrientes y energía necesaria para su adecuado desarrollo durante los primeros seis meses de vida. Protege al neonato frente a infecciones intestinales, ya que la leche materna contiene IgA secretora, anticuerpo que protege la superficie de las células epiteliales de la mucosa e impide la adherencia de las bacterias brindando protección ante cuadros originados por E. coli y rotavirus (responsable de un número elevado de gastroenteritis). La lactoferrina, una proteína que ayuda a fijar el hierro, también se encuentra presente en la leche materna.¹

La lactancia materna disminuye notablemente la morbimortalidad neonatal e incluso tiene efectos sanitarios para los humanos en etapas avanzadas de su vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo. De igual manera, disminuye en la madre el riesgo de enfermedades como cáncer ovárico y mamario y ayuda a espaciar los embarazos.²

Diagnóstico prenatal

1. Richardson, A., *et al.* (2017). Ethical considerations in prenatal testing: Genomic testing and medical uncertainty.

Gestación múltiple

1. Tauzin, M., *et al.* (2017). About twins: Epidemiological, genetic, and obstetrical aspects, specific risks, and outcome.

Embarazo múltiple y náuseas

1. Rencoret P. (2014). Embarazo gemelar. *Rev. Med. Clin. Condes.* 25(6) 964-971
2. Giraldo M. *et al.* (2016). Manejo de las náuseas y vómitos en el embarazo. *Medicina;* 38(2):169-186

Embarazo ectópico

1. Yuk, J., *et al.* (2017). Systematic review and meta-analysis of single-dose and non-single-dose methotrexate protocols in the treatment of ectopic pregnancy.
2. Ayim, F., *et al.* (2016). Can risk factors, clinical history and symptoms be used to predict risk of ectopic pregnancy in women attending an early pregnancy assessment unit?
3. López L. *et al.* (2014). El embarazo ectópico: su interés actual en atención primaria de salud. *Semergen;* 40(4):21-217

Aborto 1er trimestre

1. Rouse, C., *et al.* (2017). Spontaneous abortion and ectopic pregnancy
2. Kouk, L., *et al.* (2013). A prospective study of risk factors for first trimester miscarriage in Asian women with threatened miscarriage.
3. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial de aborto recurrente. CENETEC. IMSS-088-08

Aborto 2do trimestre

1. McPherson, E. (2016). Recurrence of stillbirth and second trimester pregnancy loss.
2. Hern, W. (2014). Fetal diagnostic indications for second and third trimester outpatient pregnancy termination.

Hemorragias 1er trimestre

1. Hoffman L. Barbara. (2014). *Williams ginecología.* McGraw-Hill. Segunda edición.
2. Cunningham Gary F. (2015). *Williams obstetricia.* McGraw-Hill. Edición 24a.

Hemorragias 2do y 3er trimestre

1. Meng, Y., *et al.* (2017). Multifaceted spiral suture: A hemostatic technique in managing placenta praevia or accrete

Enfermedad trofoblástica

1. Santaballa, A., *et al.* (2017). SEOM clinical guidelines in gestational trophoblastic disease.
2. Kumar. Vinay. (2015). *Robbins y Contran Patología estructural y funcional.* ELSEVIER. Edición 9a

Diabetes gestacional

1. Sun, X., *et al.* (2018). Age at menarche and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis

Preeclampsia y Eclampsia

1. Antza, C., *et al.* (2017). Hypertensive complications of pregnancy.
2. Ukah, U., *et al.* (2017). Assessment of the fullPIERS Risk Prediction Model in Women With Early-Onset Preeclampsia.

Estática fetal

1. Panduro-Barón, J., *et al.* (2017). Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo.

Trabajo de parto normal

1. Miller, J., *et al.* (2015). Evaluating maternal recovery from labor and delivery: bone and levator ani injuries.
2. Méndez S. *et al.* (2015) Factors associated with successful vaginal birth in women with a cesarean section history. *Ginecol. Obstet. Mex.* 83(12):743-9

Planos de Hodge

1. Cunningham Gary F. (2015). *Williams obstetricia.* McGraw-Hill. Edición 24.

Parto vaginal

1. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del parto. CENETEC. IMSS-052-08

Cesárea

1. Şahin, N., *et al.* (2018). A comparison of 2 cesarean section methods, modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr.
2. Quinlan & Murphy. (2015). Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am. Fam. Physician.* 91(3):178-84

Amenaza de Parto pretérmino

1. Dolgun, Z., *et al.* (2017). Is there A Relationship between route of delivery, perinatal characteristics, and neonatal outcome in preterm birth.

Ruptura prematura de membranas

1. Kehl, S., *et al.* (2017). Effect of Premature Rupture of Membranes on Induction of Labor.
2. Vandenbroucke, L., *et al.* (2017). Chorioamnionitis following preterm premature rupture of membranes and fetal heart rate variability.

Hemorragias postparto

1. Yildirim, D., *et al.* (2017). Intramuscular oxytocin administration before vs. after placental delivery for the prevention of postpartum hemorrhage.

Sepsis puerperal

1. Majangara, R., *et al.* (2017). Microbiology and clinical outcomes of puerperal sepsis.

Distocias

1. Volpe, K., *et al.* (2016). Risk factors for brachial plexus injury in a large cohort with shoulder dystocia
2. Santos, P., *et al.* (2017). Population-Based Risk Factors for Shoulder Dystocia.

Reanimación neonatal

1. Biarent, D., *et al.* (2013). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation

Escalas de valoración del recién nacido

1. López-Candiani, C. (2014). Cuidados del recién nacido saludable.

Lactancia materna

1. Martins-Celini, F., *et al.* (2017). Association between type of feeding at discharge from the hospital and nutritional status of very low birth weight preterm infants.
2. Tejedor M. *et al.* (2015). Breastfeeding as a method of breast cancer prevention. *Rev. Enferm.* 38(12):32-8

Editado por Business Consultant, S.A. de C.V.

Todos los derechos de esta obra están reservados.

Prohibida su reproducción parcial o total, tampoco se puede almacenar, introducirse en un sistema de recuperación, o transmitirse de ninguna forma o por ningún medio, llámese electrónico, digital, mecánico, fotocopiado, grabado o cualquier otro, sin autorización por escrito de la casa editorial mencionada.

Se tienen adquiridos todos los derechos del material usado en este ejemplar, y se expresaron los créditos correspondientes, en caso de haber un error u omisión se corregirá en impresiones futuras.

Editado por: Business Consultant, S.A. de C.V.

Director General y Representante Legal: Claudia Verónica Villazón Weissgerber

Director Comercial: Gabriela Villazón Weissgerber

Líder de Proyecto: María Josefina Guerrero González

Ilustrador: Diana Fernanda Castro Palacio

Contenido: Dra. Sofía Ramírez Martínez

Corrección de estilo: Dra. Alexandra Bermúdez Rodríguez

Diseño Gráfico: Anel Zavala Morales

Apoyo de Diseño: Itzel Vargas Martínez

Versión Digital: A. Elihu Pérez Mejía

Banco de Imágenes: 123rf, Adobe Stock

Agradecimientos a: Dra. Edna Jocelyn Vilchis Rey y Dra. Dulce Varela Oliva

El contenido de esta publicación es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente la opinión de Laboratorios Senosiain, S.A. de C.V.



Senosiain®

Material de divulgación científica proporcionado por: Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.

Senosiain®

