



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

*Mapas*

**Nombre del alumno:** Nancy Carolina Gusman Santiz

**Nombre de la asignatura:** Ginecología

**Semestre y grupo:** Séptimo Semestre Grupo B

**Nombre del profesor:** Dr. Romeo Suarez Martinez

**Comitán de Domínguez, Chiapas. Septiembre 2020**

Presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación

*define*

*amenaza de parto pre termino*

- Enfermedad sistémica grave
- Preeclampsia
- Causas uterinas
- Causas placentarias: placenta previa
- Sufrimiento fetal agudo

*causas / factores de riesgo*

*datos clínicos*

Puede ser:  
Clara, rosada o ligeramente con sangre (Tapón mucoso)

1. Tratamiento etiológico cuando se conozca la causa de la APP (infección vaginal o urinaria, corioamnionitis, rotura prematura de membranas...)
2. Reposo e hidratación.
3. Tratamiento tocolítico

*tratamiento*

*diagnostico*

- Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:
  - 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
  - Duración de más de 30 segundos de cada contracción.
  - Palpables y dolorosas.

Dolor de espalda baja  
Sensación de presión en vagina  
Secreción vaginal de mucosidad  
Contracciones uterinas con una frecuencia de 2 a 10 min o 4 en 20 minutos y 8 en 20 minutos  
Dilatación cervical <3 cm, borramiento <50% o cambios cervicales por medición de LC detectados por estudios de seguimiento

# tacto vaginal

Se hace de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protuyendo a través de cérvix.

Se valora la dilatación, borramiento, posición, consistencia y altura de la presentación

Si el cérvix aparece borrado >70% y/o dilatado de 2 cm o más, se considera diagnóstico de APP al igual que un borramiento y dilatación cervical progresivas.

La realización del tacto vaginal es subjetiva y se puede perder mucha información. Hay una tasa de falsos positivos del 40%

**Tabla 1.** Test de Bishop, valoración clínica del cuello.

	0	1	2	3
<b>Dilatación</b>	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
<b>Borramiento</b>	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
<b>Posición</b>	Posterior	Medta	Anterior	
<b>Consistencia</b>	Dura	Medta	Blanda	
<b>Altura de la presenación</b>	-3	-2	-1/0	+1/+2

# conducta ante una gestante con clínica app

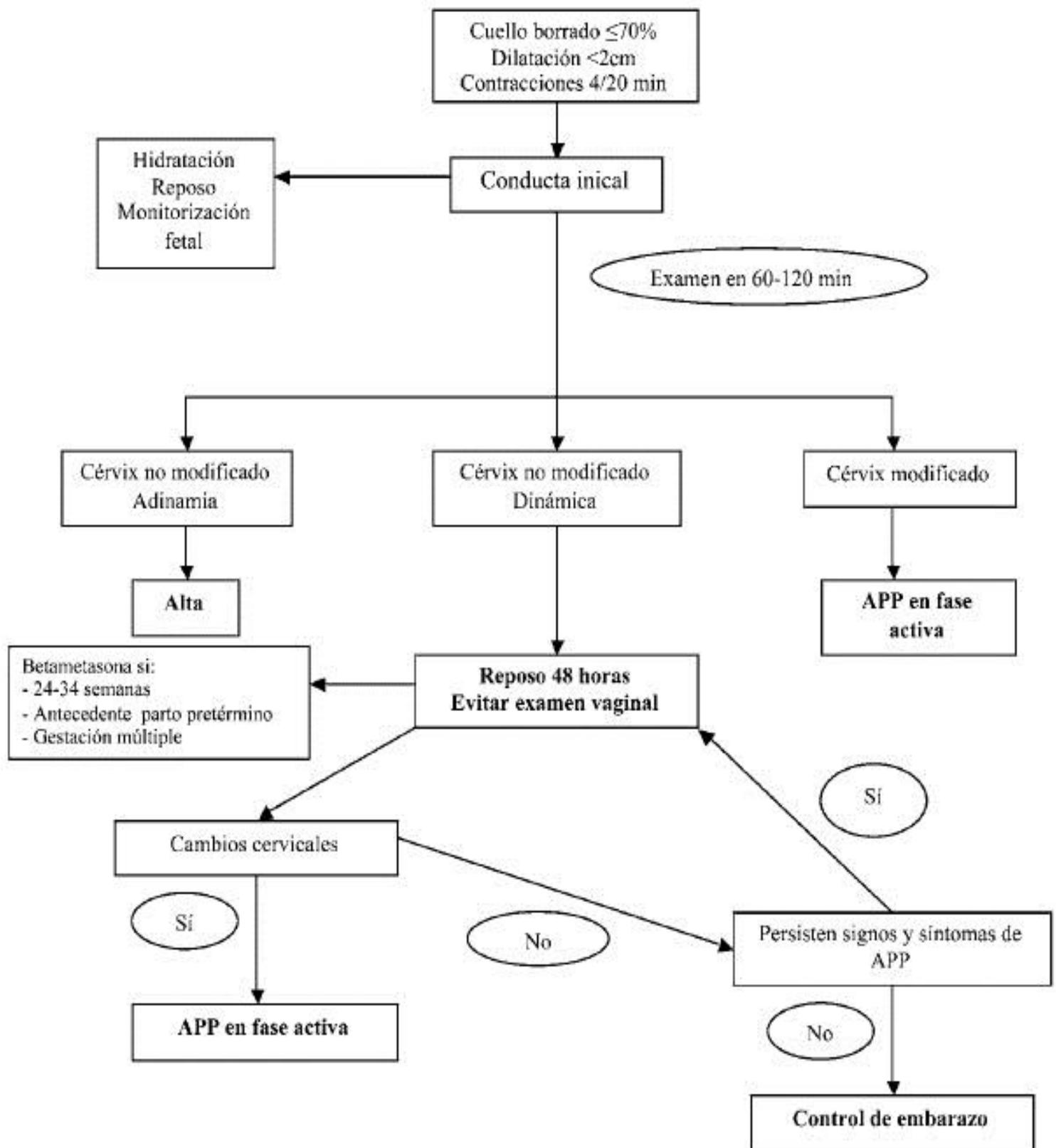
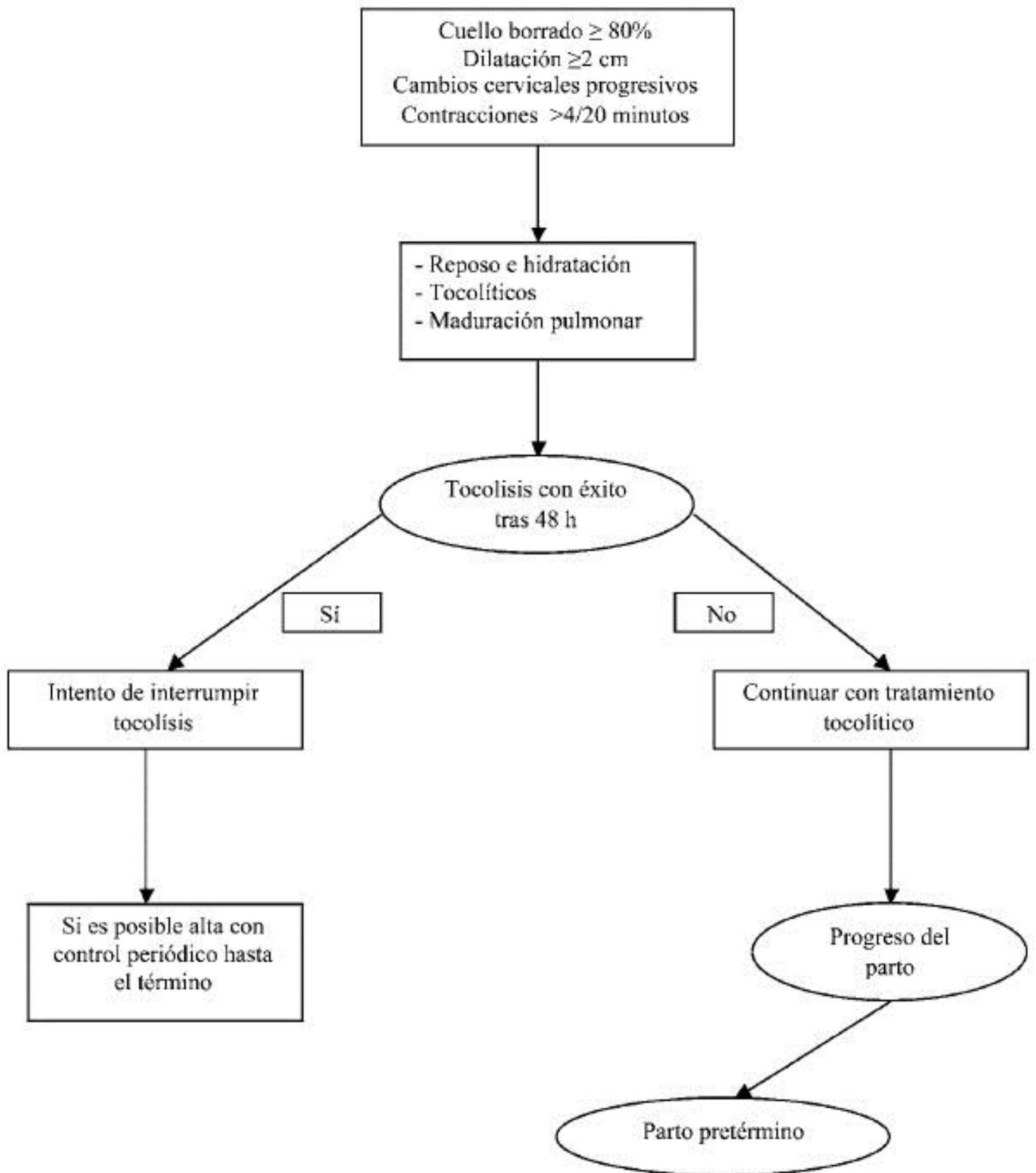


Figura 5. Conducta ante una APP en fase prodrómica<sup>7-8</sup>.



**Figura 6.** Conducta ante una APP en fase activa<sup>7,8</sup>.

Anomalías de fuerzas expulsivas  
Alteración de la presentación, posición o desarrollo del feto  
Anomalías de pelvis o sea materna (estrechez pélvica)  
Alteración de los tejidos blandos del aparato reproductor que constituyen un obstáculo para el descenso del feto

Distocia: Parto difícil, y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto

Analgesia epidural  
Corioamionitis  
Inmersión en agua  
Posición materna durante el parto

trabajo de parto anormal

consecuencia de

define

causas / factores de riesgo  
disfunción uterina

datos clínicos

dividen

**Avance menor comparado con el anormal (Trastorno por retraso)**  
Presencia de dilatación del cuello uterino menor de 1 cm/hr durante mínimo 4 hr

**Interrupción completa del avance (Trastorno por detección)**  
Ausencia de dilatación durante 2 hr o mas.  
Contracción uterina menor 180 u

**Dilatación del cuello uterino o descenso fetal inadecuados:**  
Trabajo de parto prolongado, avance lento  
Trabajo de parto detenido, sin avance  
Esfueros expulsivos inadecuados, pujo ineficaz

**Desproporción fetopélvica:**  
Dimensiones fetales excesivas  
Capacidad pélvica inadecuada  
Presentación anómala del feto

**Rotura de membranas sin trabajo de parto**

# tipos de disfunción uterina

## NORMAL

Las contracciones uterinas se caracterizan por un gradiente actividad miometrial

## CALDEYRO-BARCIA, ESTABLECE

- Tiene un gradiente de actividad
- Existe dif. Temporal en el inicio de las contracciones uterinas:  
Fondo zona media, p. inferior del útero
- Establece el límite mínimo de presión: Dilatar, cuello y 15 mmhg

## A. Disfuncion uterina hipotonica

### No hay hipertonia basal

Las contracciones del utero presentan sincronía pero la presión NO es suficiente para dilatar cuello uterino

## B. Disfuncion uterina hipertónica o Incoordinada

Tono basal alto o el gradiente de presión presenta gran distorsion

- a. Historia clínica, anamnesis factores asociados
- b. Examen físico
- c. Hallazgos de laboratorio

Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de la 22 sem

Infeccion producida principalmente por cualquiera de los gérmenes que se encuentren en la vagina.  
  
Agentes: Streptococos agalataie B, Haemophilus influenza, clamydia trachomatis, vaginitis bacterioides, mycoplasma hominis.

# corioamnionitis

*diagnostico*

*define*

*etiologia*

*factores de riesgos asociados*

- Examen auxiliar
- I. Patologia clínica
  - Hemograma con leucocitosis y desviación izq
  - Perfil de coagulación
  - Proteina C Reactiva mayor 2 mg/dl
  - Ecografia

- cuadro clinico*
- Sensibilidad uterina anormal
  - Líquido amniótico purulento o con mal olor
  - Fiebre materna
  - Taquicardia materna
  - Taquicardia fetal
  - Alteración de la frecuencia cardiaca fetal DIP II y DIP III
  - Aumento de contractilidad uterina

- Rotura prematura de membranas
- Perdida de tapón mucoso más de 48 hrs
- Disminución de la actividad antimicobiano del niotico
- Coito preparto
- Trabajo de parto prolongado
- Tactos vaginales frecuentes

# critérios de gibbs

Fiebre  $>38\text{ C}$

Líquido amniótico purulento

Taquicardia materna  $>100\text{ lpm}$

Taquicardia fetal  $>160\text{ lpm}$

Leucocitosis  $>15000/\text{mm}^3$

Aumento de contractilidad uterina

Dolor pélvico al movimiento

Sensibilidad uterina anormal

# complicaciones

Bacteriana de la madre o neonato

Aumento de la mortalidad perinatal

Síndrome de estrés respiratorio

Aumento de complicaciones qx

DPP

Atonía uterina

# tratamiento

**Plan de trabajo:** Hidratación, vía permeable, antibioticoterapia, solicitar exámenes de laboratorio, terminar de la gestación, resolver complicaciones.

**Lugar y forma de atención:** Emergencia, hospitalización, sala de parto, sala de operaciones

**Vía:** Permeable cloruro al 9 por mil

**Antibioticoterapia** Ceftriaxona 1 gr cada 12 h, penicilina G cristalina 5 millones c 6 hrs

Eritromicina 3-5 mgr/k/d, ampicilina 2 gr/6h, ampicilina suñactam 2gr/8h, amikacina 1gr c/24h

**Cultivar gestación**

## Cultivar gestación

Gestación menor de 26 semanas inducción para parto vaginal

Gestación 26 a 32 semanas corticoterapia 48 h: 12 mgr betametasona IM c/24h y ceracera

Gestación mayor de 32 semanas a 34 semanas corticoterapia preferible parto vaginal o cesárea según otra indicación

Gestación mayor a 34 semanas terminar embarazo preferible por vaginal dentro de las 6 h después de dx. Cesárea según otra indicación obstétrica

Ampicilina 1g IV c/6hrs + gentamicina 3-5 mg/kg/día en 2 dosis  
Clindamicina 600mg-900mg c/8hrs mas amikacina 500mg IV c 12 h

Perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto

Fiebre igual o mayor a 38 C  
Hipersensibilidad uterina  
Taquicardia materna mas de 100 lpm  
Taquicardia feal mas de 160 lpm  
Líquido amniótico fétido o purulento

*tratamiento*

*define*

*signos y síntomas*

*complicacion*

*ruptura prematura de membranas*

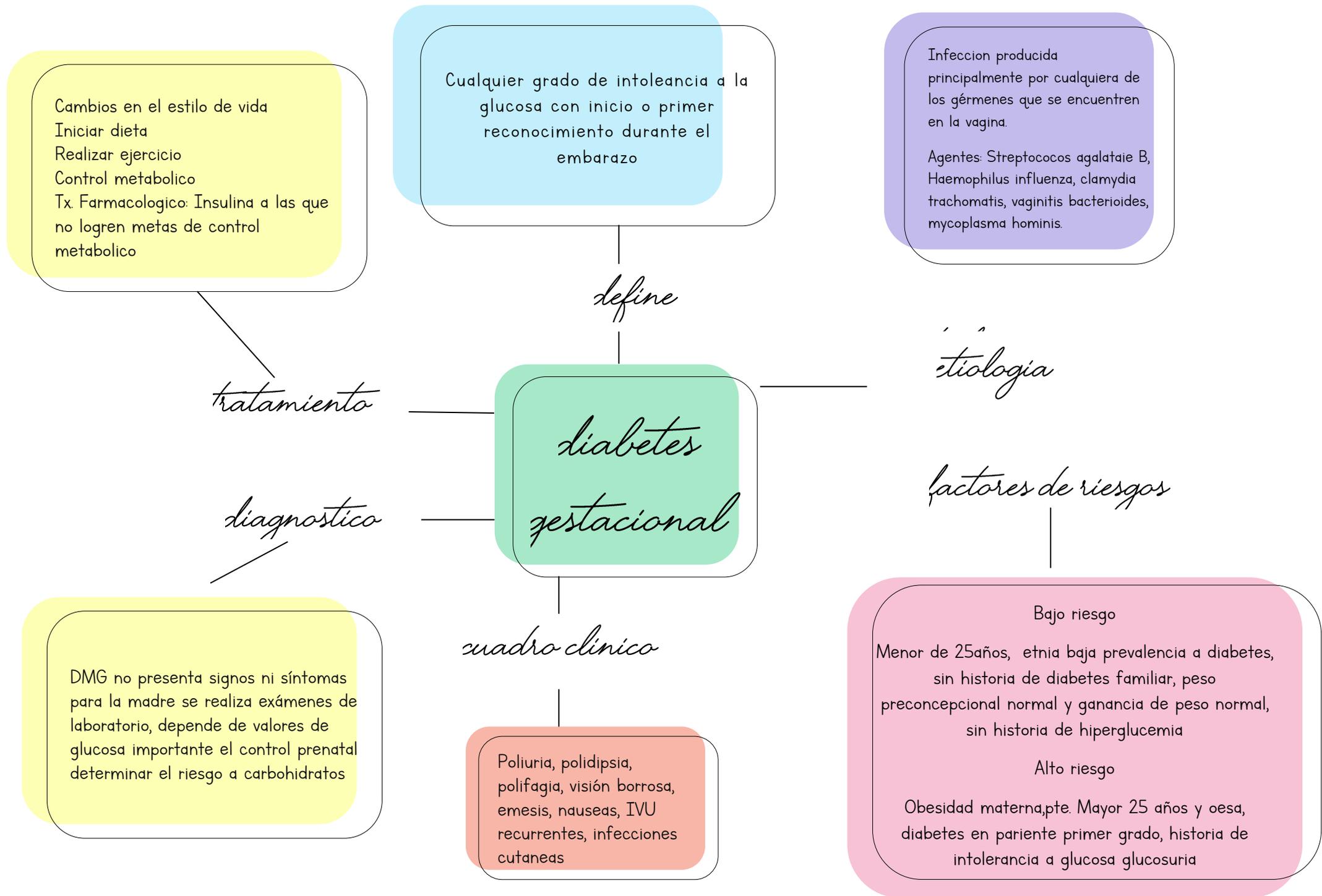
*clasificacion*

Infeccion: corioamnionitis, infección intraamniotica, en el recién nacido sepsis.

*diagnostico*

Bh con diferencial  
Velocidad de sedimentación globular  
Incremento de proteína C reactiva  
Hemocultivo

Clinica: Presenta datos clínicos de infección materno fetal, además de infiltración de las membranas fetales.  
Subclinica: Infiltración de las membranas fetales por leucocitos polimorfo nucleares en ausencia de datos clínicos



Realizar el ABC  
Tx. Antihipertensivo  
Valorar profilaxis anticonvulsiva  
Valorar inductores madurez pulmonar  
Valorar vía de resolución del embarazo

Es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 h

Oliguria, Alt. Visual  
Edema pulmonar, Cianosis  
Dolor epigástrico, PFH alterado  
Creatinina sérica >1.2mg/dl, Trombocitopenia

Cuando se sospecha de preeclampsia se sugieren pruebas sanguíneas y en orina a fin de detectar daño a órganos blanco que incrementen el riesgo de pronóstico adverso

# preeclampsia

*tratamiento*

*define*

*signos y síntomas*

*diagnostico*

*vigilancia*

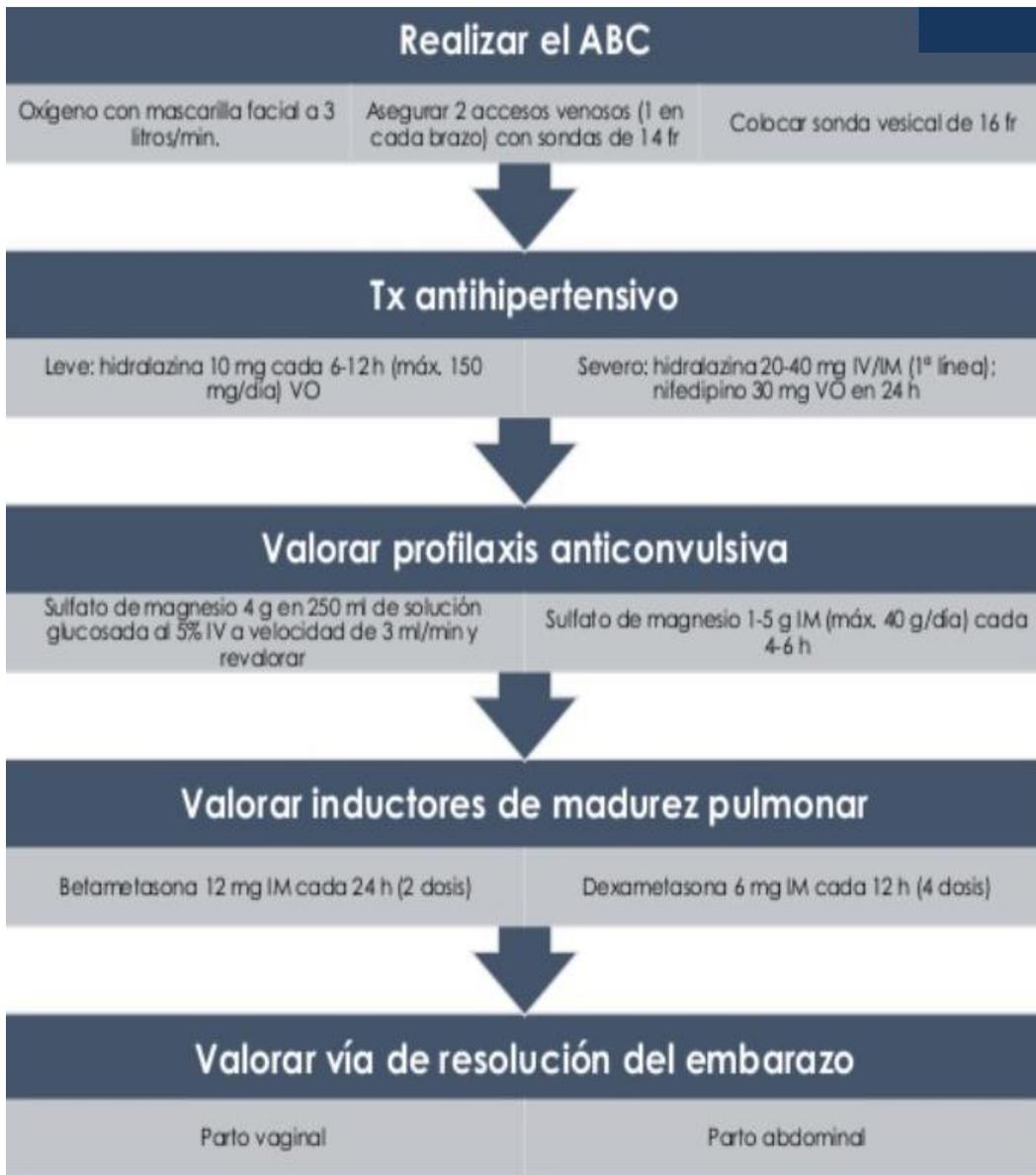
El diagnóstico de preeclampsia se integrará en pacientes con embarazo igual o mayor de 20 semanas de gestación o en etapa de puerperio, si presenta: Hipertensión asociada a proteinuria ó En ausencia de proteinuria, hipertensión asociada a condiciones adversas

HTA preexistente  
Preeclampsia sobrepuesta o HTA crónica  
Exacerbación de enf. Renal preexistente  
Sx. Antifosfolípido  
Feocromocitoma

Al evaluar la salud materna hay que considerar uno o más de los siguientes:

- Hipertensión controlada
- Proteinuria
- Presencia de oliguria
- Valores de enzimas hepáticas
- Presencia de epigastralgia

# tratamiento



Kee-Hak Lim. Preeclampsia. Medscape. 2018.

August P. Preeclampsia: Management and prognosis. Uptodate. 2018.

Diagnóstico, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención. 2017.

# abordaje diagnóstico

Realizarse estudios auxiliares diagnósticos para el monitoreo y vigilancia de su evolución

- Vigilancia estrecha de presión arterial monitoreo
- Biometría hemática completa
- Interrogatorio y exploración física de epigastralgia o hepatalgia, datos de vasoespamo, náuseas.
- Medición de funcionamiento renal (creatinina sérica electrolitos séricos, ácido úrico)
- Vigilancia cardiorespiratoria (datos de edema agudo pulmonar)
  - Confirmar o descartar proteinuria mediante cuantificación de proteínas en orina de 24hrs y/o cociente proteínas urinarias/creatinina urinaria en una muestra aislada si se requiere hacer un diagnóstico de proteinuria significativa inmediato
- Transaminasas hepáticas, bilirrubinas, deshidrogenasa láctica
- Tiempos de coagulación, INR y fibrinógeno
- Ultrasonido obstétrico para evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico si las condiciones maternas lo permiten. El manejo y vigilancia posterior estarán determinados por los diagnósticos establecidos

# desorden hipertensivos en embarazo

a) Hipertensión Preexistente

Con condiciones comorbidas Con evidencia de preeclampsia

b) Hipertensión gestacional Con condición comorbida

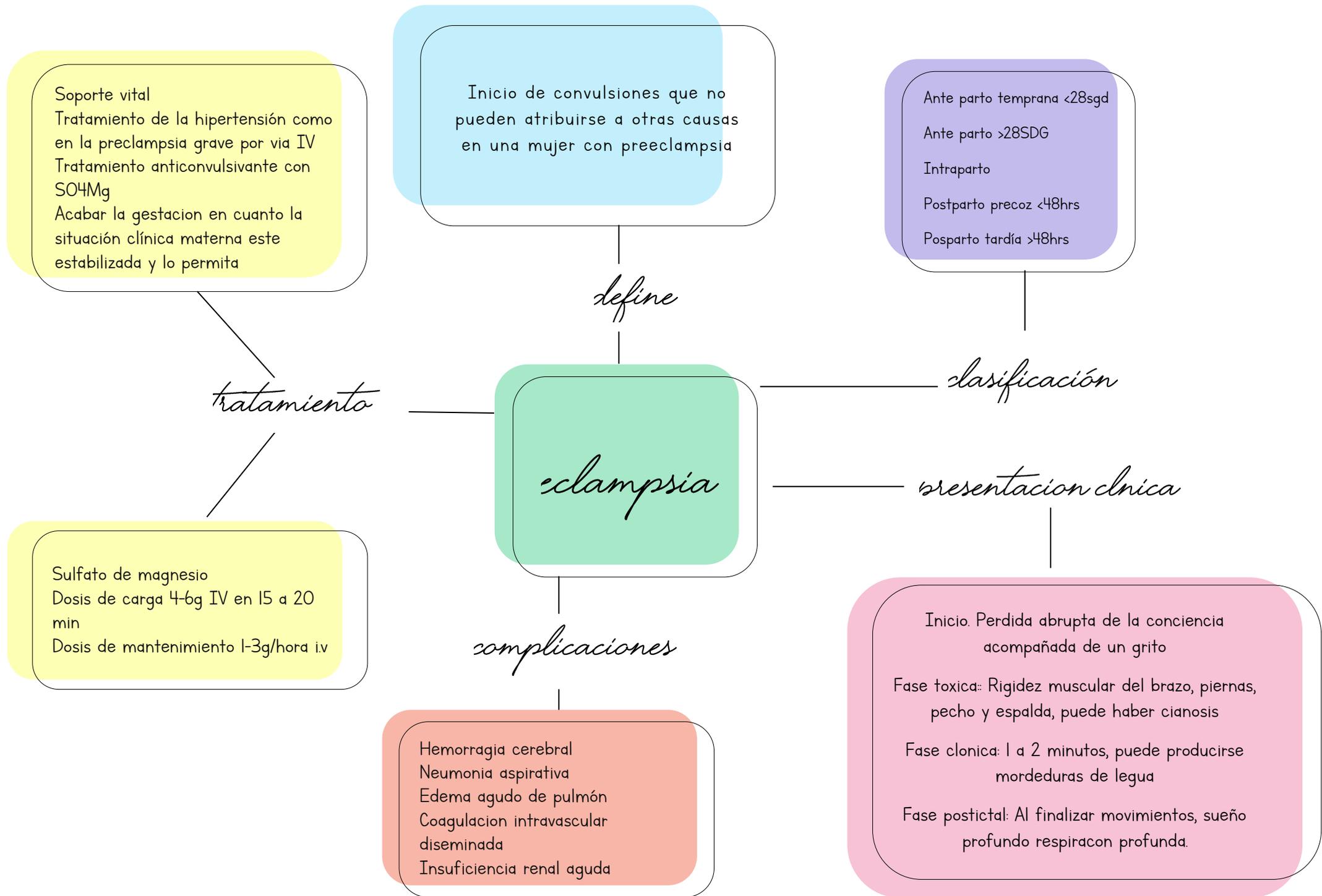
Con evidencia de preeclampsia

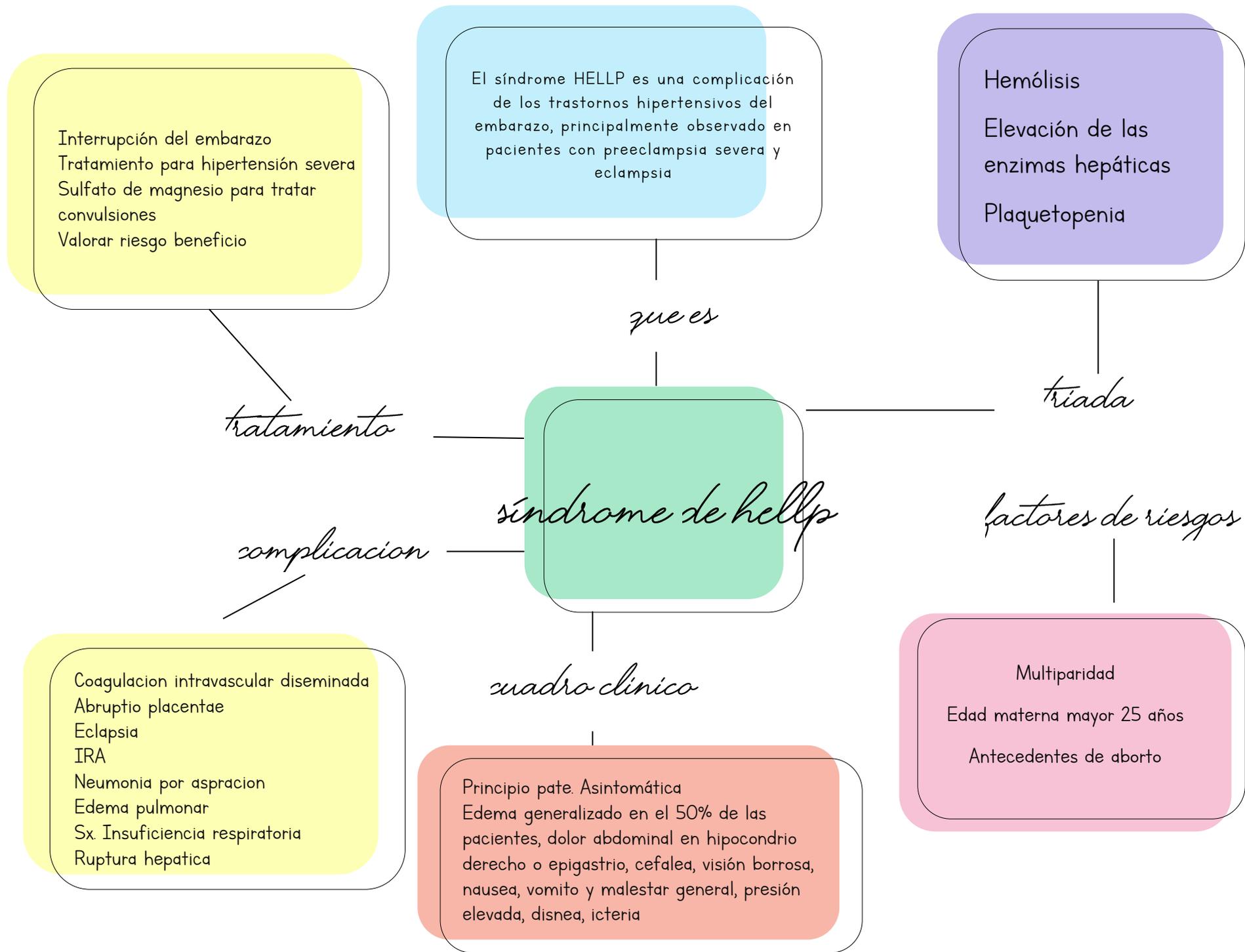
c) Preeclampsia

d) Otras Formas Hipertensivas: Hipertensión transitoria

Hipertensión de bata blanca

e) Hipertensión enmascarada





## Clasificación de MISSISSIPPI

<b>HELLP Clase I</b>	<b>Plaquetas AST o ALT DHL</b>	<b>Menos de 50,000 Más de 70 UI/L Más de 600 UI/L</b>
<b>HELLP Clase II</b>	<b>Plaquetas AST o ALT DHL</b>	<b>50,000 – 100,000 Más de 70 UI/L Más de 600 UI/L</b>
<b>HELLP Clase III</b>	<b>Plaquetas AST o ALT DHL</b>	<b>100,000 – 150,000 Más de 40 UI/L Más de 600 UI/L</b>

*alt.*

*fisiopatológica*

Invasión anormal del trofoblasto  
Mala adaptación función  
placentaria  
Alteración vascular materna  
generalizada