



Nombre del alumno: José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: super nota

Materia: Enfermería medico quirúrgica 1

Grado: Quinto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A



Puerperio patológico

Infección puerperal

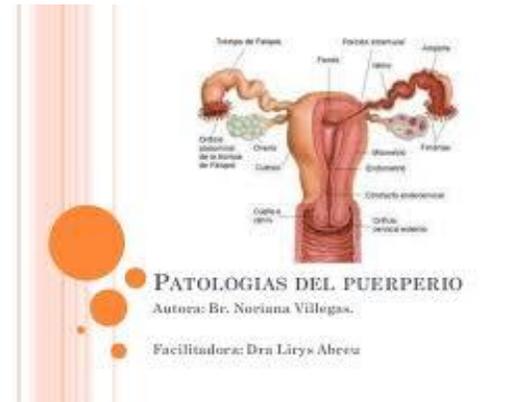
Es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico

La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante dos días y entre los días 2° y 10° tras el parto. Se puede deber a causas genitales o extragenitales.



Patología vascular del puerperio

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, representando una de las principales causas de mortalidad materna.



Un galactocele

Es un quiste único localizado en la zona central de la mama, en la región ampular del conducto, bajo la piel. Se debe a la obstrucción de un conducto galactóforo que ocasiona la retención de leche. Se realiza diagnóstico diferencial con un proceso infeccioso por la exploración y la ausencia de signos inflamatorios. Se intenta su drenaje por presión y si no funciona se puede puncionar.

Patología psiquiátrica del puerperio

Realiza una anamnesis minuciosa, intentando describir todos sus síntomas, como alteraciones del comportamiento, llanto, fluctuaciones de conciencia, pérdida de apetito, pensamientos autodestructivos, detalles de la interacción entre madre e hijo, ansiedad excesiva, etc. Se realiza también una exploración médica que permita descartar enfermedades subyacentes.

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación

La ingurgitación mamaria

Se manifiesta como dolor y tensión mamaria muy intensos, 24-48 horas tras la aparición de la secreción láctea. La causa es una ingurgitación excesiva de venas y vasos linfáticos mamarios. Se trata mediante compresión, calor húmedo local, analgésicos antiinflamatorios, vaciado de la mama de forma natural, y si no es posible de forma mecánica

La mastitis puerperal

es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo o vasos linfáticos de la mama. Se manifiesta con dolor, eritema, induración o masa, fiebre, leucocitosis con neutrofilia.



Patología de la lactancia

se recomendó la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé. Pero es habitual que se presenten dificultades, por lo que se debe promover una lactancia lo más precoz posible con una técnica correcta, lo que previene la formación de grietas y la consiguiente infección.

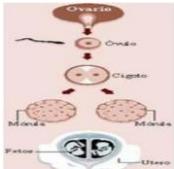
prevención, realizando higiene del pezón antes y después de la toma. Se debe iniciar la toma por la mama menos afectada. Se pueden aplicar pomadas con analgésicos locales o corticoides de baja potencia si no se resuelve con estas medidas.

Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal

Embarazo múltiple

es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos o septillizos, entran en esta categoría.

Se describen 2 mecanismos. El primero resulta de la división de un huevo en 2 o más huevos idénticos (monocigóticos) y el segundo cuando 2 ó más óvulos son fecundados por 2 ó más espermatozoides creando huevos diferentes (bicigóticos).



Características de los mellizos bicigóticos

- No son genéticamente idénticos
- Pueden ser de sexo diferente
- Pueden presentar enfermedades genéticas diferentes.
- Cada uno tiene sus membranas propias: 2 cavidades amnióticas, tabique con 2 corion y 2 amnios (cada uno tiene su propia bolsa).
- La circulación de cada uno es diferente.

factores que predisponen

- Herencia: Los antecedentes de embarazos múltiples en la familia aumentan las probabilidades de tener mellizos.
- Edad madura: Las mujeres mayores de 30 años tienen más probabilidades de una concepción múltiple. En la actualidad muchas mujeres postergan la maternidad, y muchas veces el resultado es la concepción de mellizos.
- Una alta paridad: El hecho de haber tenido uno o más embarazos previos, en especial un embarazo múltiple, aumenta la probabilidad de tener un embarazo múltiple.
- La raza

Tipos de presentación pélvica

- Pélvica o de nalgas franca (50 a 70%). Caderas flexionadas, rodillas extendidas.
- Pélvica completa (5 a 10%). Caderas flexionadas, rodillas flexionadas.
- Pélvica incompleta (10 a 30%). Una o ambas caderas extendidas, con un pie en el hueco pélvico. En Estados Unidos la denominan presentación de pies (unilateral o bilateral).

síntomas más comunes del embarazo múltiple

- Estreñimiento
- Dificultad para respirar
- Acidez
- Problemas urinarios
- Dolor de espalda
- Hemorroides
- Dolor pélvico
- El útero es más grande de lo esperado para las fechas del embarazo
- Aumento de las náuseas matutinas.
- Aumento del apetito.
- Aumento de peso excesivo, en especial al comienzo del embarazo
- Los movimientos fetales los sentirás en diferentes partes del abdomen al mismo tiempo

Tipos de parto pélvico

- Parto pélvico espontáneo.
- Parto pélvico asistido.
- Pequeña extracción podálica.
- Gran extracción podálica.
- Extracción total asistida.

Diagnostico precoz

Monitoreo y pruebas de laboratorio: Además del examen y la historia médica completa, el diagnóstico puede realizarse con lo siguiente:
Prueba en sangre para diagnóstico de embarazo: Los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) pueden ser bastante elevados en los embarazos múltiples.

Alfafetoproteína: Los niveles de proteína liberada por el hígado del feto y encontrada en la sangre de la madre pueden ser altos cuando más de un feto está produciendo la proteína.

Ecografía: técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos.

Parto pélvico espontáneo

Es aquel que culmina en su totalidad sin necesidad de que el obstetra efectúe mayores maniobras, salvo ayudar a sostener el feto o evitar su salida brusca.



La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana) o está mal posicionado (p. ej., presentación podálica o de nalgas). La presentación fetal normal es de vértice, con el occipucio hacia adelante.

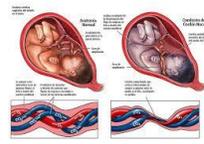
Distocias mecánicas

La cesárea

se realiza a las 39 semanas o cuando la mujer consulta con trabajo de parto, aunque la versión cefálica externa a veces puede mover el feto hacia una presentación de vértice antes del trabajo de parto, en general a las 37 o 38 semanas



La compresión del cordón umbilical puede causar hipoxemia fetal. La cabeza fetal puede comprimir el cordón umbilical si el ombligo es visible en el introito,



Distocia de hombro

la presentación es de vértice pero el hombro fetal anterior queda atascado detrás de la sínfisis pubiana después de la salida de la cabeza, impidiendo el parto vaginal. La distocia de hombro se reconoce cuando la cabeza del feto se encuentra en el periné pero parece ser empujada hacia atrás contra el suelo perineal (signo de la tortuga).



Desproporción fetopelviana

Si el trabajo de parto restablece el progreso normal y el peso fetal es de < 5.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una con diabetes, el parto puede continuar con seguridad.

Presentación podálica o de nalgas

- Franca: las caderas del feto están flexionadas y las rodillas extendidas (posición de carpa).
- Completa: el feto parece estar sentado con las caderas y las rodillas flexionadas.
- Con uno o ambos pies: una o ambas piernas están completamente extendidas y aparecen antes que las nalgas.

Presentación con occipucio posterior

La presentación más común anormal es la de occipucio posterior, el cuello fetal está un poco deflexionado; así, el diámetro mayor de cabeza debe pasar por el canal de la pelvis, la mayoría de los casos requiere una cesárea.

Posición transversa



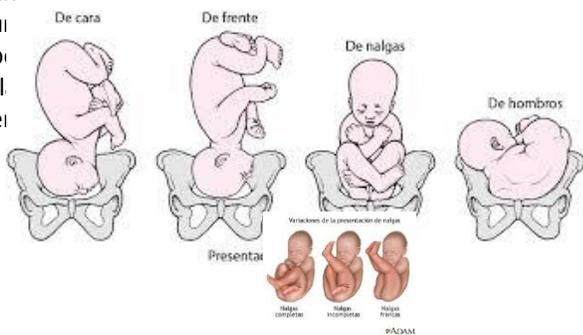
El eje largo del feto oblicuo o perpendicular en lugar de paralelo al eje largo de la madre. La posición de hombros requiere una cesárea a menos que el feto sea un segundo gemelo.

maniobras secuencialmente para desencajar el hombro anterior

- Los muslos de la mujer se hiperflexionan para abrir el estrecho inferior (maniobra de McRobert), y se aplica compresión suprapúbica para rotar y desencajar el hombro anterior. La presión fúndica debe evitarse porque puede empeorar la condición o causar una rotura uterina.
- El obstetra introduce una mano en la cara posterior de la vagina y comprime el hombro posterior para rotar al feto en la dirección que resulte más fácil (maniobra de Wood o en tirabuzón).
- El obstetra introduce una mano, flexiona el hombro posterior y engancha el brazo sobre el pecho del feto para extraer todo el brazo posterior del bebé.

Presentación de frente o de rostro

En la presentación de rostro, la cabeza está hiperextendida, y la posición es designada por el mentón



Distocias dinámicas

FASE LATENTE PROLONGADA

Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multípara. Tiene una frecuencia del 0,3 al 4.2%.



Causas

- En NP es debido al inicio del TP con cuello inmaduro.
- En MP es el falso trabajo de parto



Manejo

- Reposo
- Sedación
- Aceleración oxitócica

FASE ACTIVA PROLONGADA

Es una fase activa del primer periodo del TP que dure más de 5 - 8 horas en nulíparas (NP) y 3 - 5 horas en multípara (MP) o que la dilatación sea menor a 1,2 cm/hora en NP y de 1,5 cm/hora en MP. Tiene una frecuencia del 2 al 4%



Causas

- Contracciones uterinas inadecuadas sean en intensidad o en frecuencia.
- Distocias de posición (OP y OT).
- Anestesia peridural.



Manejo

- Descartar DCP
- Evaluación dinámica uterina.

DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN

Durante la fase activa no existe dilatación durante dos (2) o más horas



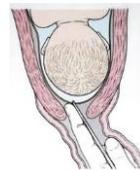
Causas

- Contracciones uterinas de baja intensidad.
- Distocias de posición (OP y OT).
- Anestesia peridural



Manejo

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica



FASE DESACELERATORIA PROLONGADA

Fase desaceleratoria mayor a 3 horas en NP y de 1 hora en MP (cuando lo normal es 1 hora y 15 minutos respectivamente)



Causas

- Distocias de posición (OP y OT).
- DPC
- Anestesia peridural

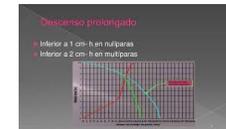


Manejo

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica
- Anestesia peridural.

PROLONGACIÓN DEL DESCENSO.

En la fase máxima del descenso este es menor a 1 cm/hora en NP y de 2 cm/hora en MP. Se da en el 4,7%



Causas

- DCP
- Macrosomía
- Mal-posición de la cabeza fetal
- Dinámica uterina insuficiente.
- Anestesia epidural

Manejo

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica.

FALLA DEL DESCENSO.

Ausencia de descenso en el segundo periodo del parto en una 1 hora en ausencia de hipodinámica. Se da en el 3.6%.



Causas

- DCP



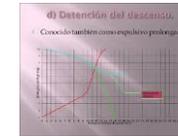
Manejo

- CESAREA



DETENCIÓN DEL DESCENSO.

Ausencia de descenso en una 1 hora en el segundo estadio del parto, en ausencia de hipodinámica. Se da en el 5 a 6



Causas

- DCP
- Contracciones uterinas inadecuadas.
- Mal-posición de la cabeza fetal.
- Anestesia de conducción.

Manejo

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica monitorizada
- Cesárea.

DESProporción CEFALOPÉLVICA (DCP).

- Cese secundario de la dilatación: En 2 horas no existe dilatación en la fase activa del primer periodo del parto con buena actividad uterina.
- Falla del descenso: Ausencia de descenso en 1 hora en la segunda etapa del parto en ausencia de hipodinámica

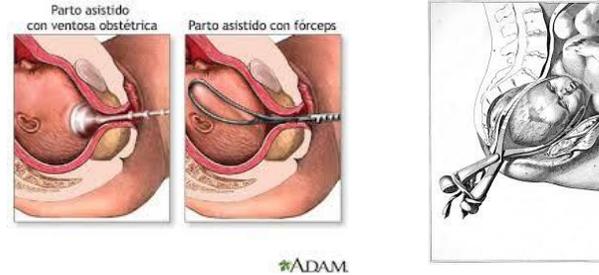


Manejo

- Evaluar proporción cefalopélvica.
- Descartar distocia de posición.
- Evaluar la calidad de la actividad uterina.
- Evaluar la curva de alerta del portograma de CLAP.

Fórceps..

Los fórceps son similares a 2 grandes cucharas para ensalada. El médico las utiliza para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto. La madre empujará al bebé hacia afuera el resto del trayecto.



- Después de pujar por varias horas, el bebé puede estar cerca de salir, pero necesitar ayuda para atravesar la última parte de la vía del parto.
- Usted puede estar demasiado cansada para seguir pujando.
- Un problema de salud puede hacer que pujar sea peligroso para usted.
- El bebé puede estar mostrando señales de estrés y necesitar salir más rápido de lo que usted puede empujarlo por su cuenta.



Figura 4. Gestación ovárica.



Desgarros más graves en la vagina que podrían requerir una recuperación prolongada y (pocos casos) cirugía para corregirlos

Problemas para orinar o defecar después del parto

Riesgos

los partos vaginales asistidos con fórceps son seguros cuando son realizados correctamente por un médico experimentado. Además, pueden reducir la necesidad de una cesárea.

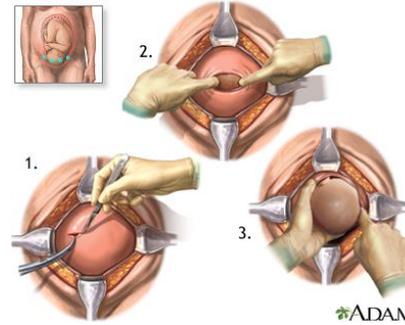
- Protuberancias, moretones o marcas en la cabeza o la cara del bebé. Estas sanarán en unos días o semanas.
- La cabeza puede hincharse o estar en forma de cono. Esto debe retornar a la normalidad generalmente al cabo de uno o dos días.
- Los nervios del bebé pueden resultar lesionados por la presión de los fórceps. Los músculos faciales del bebé pueden descolgarse si los nervios están lesionados, pero volverán a la normalidad cuando estos sanen.
- El bebé se puede cortar a causa de los fórceps y sangrar. Esto es poco común.
- Puede haber sang



Operación cesárea



- La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero.
- Al principio la cesárea era una intervención que solo se practicaba cuando la madre moría y el feto seguía vivo en su interior.



- Hoy en día es la operación quirúrgica obstétrica más frecuente en las sociedades desarrolladas, ya que se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener el bienestar fetal.

Las principales razones por las que ha aumentado el número de cesáreas son:

- Los avances en la cirugía hacen que los riesgos de la cesárea hayan disminuido considerablemente.
- Una cesárea predispone a que los siguientes partos se tengan que realizar también por cesárea.
- El control de la madre y el feto durante todo el parto es más escrupuloso gracias a las nuevas tecnologías, por lo que se detecta mejor cualquier empeoramiento de la salud materna y fetal.
- Se ha incrementado el número de partos múltiples, debido a que es más común la práctica de técnicas de reproducción asistida en las parejas que no pueden tener hijos de forma natural.
- Supuestamente el parto vaginal podría aumentar el riesgo de pérdidas de orina y de prolapsos vaginales en la madre; por este motivo, hay embarazadas que presionan al médico para que lleve a cabo una cesárea en su parto.

Motivos que afectan a la madre

Hay situaciones en las que una cesárea es un beneficio claro para la madre, frente a la opción del parto vaginal.



Motivos que afectan a la madre y a la salud del bebé

A veces, (más de la cuarta parte de todas las cesáreas) la cesárea es beneficiosa, tanto para la madre, como para el bebé.

Motivos que afectan al bebé

Más de la mitad de las cesáreas se deben a algún motivo relacionado con el bebé. Hay muchas circunstancias en las que el parto vaginal supone un peligro para el feto, las más importantes son:

- Pérdida de bienestar fetal
- Presentación de nalgas
- Bajo peso
- Malformaciones fetales
- Muertes fetales previas



- Cuando no se producen progresos durante el parto y este se prolonga demasiado.
- En el caso de que la madre padezca ciertas enfermedades como diabetes, nefropatías, problemas graves de hígado...
- Determinadas complicaciones propias del embarazo como preeclampsia grave (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa...
- Infecciones víricas de la madre en el canal de parto, que podrían afectar al bebé.
- Si la madre es portadora del virus del sida, puede infectar al bebé durante el parto vaginal.

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas.

Clasificación:

Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en :

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado
- Aborto terapéutico

Aborto



TIPOS DE ABORTO



ABORTO ESPONTANEO
O NATURAL

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas.



ABORTO PROVOCADO

Aborto provocado o aborto criminal: Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptualizado como un acto natural.



ABORTO
TERAPEUTICO

Aborto terapéutico: Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada.

Embarazo ectópico



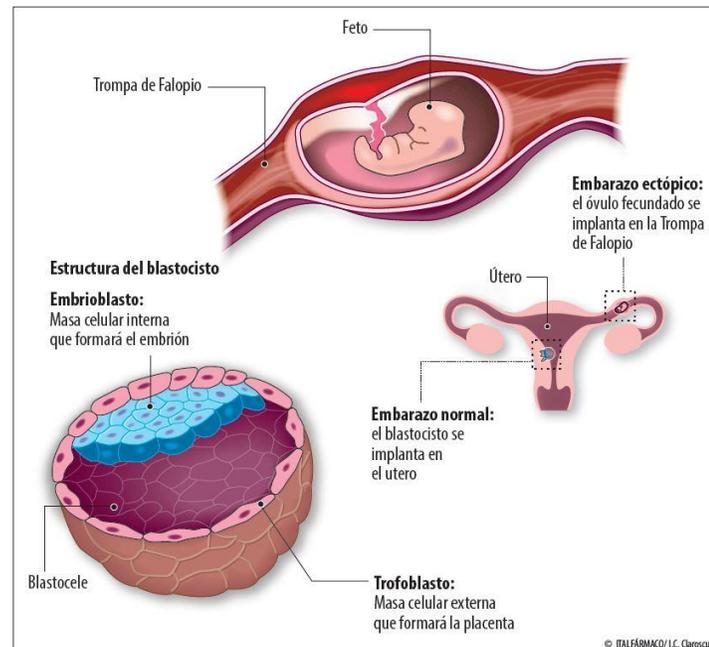
El embarazo ectópico es un problema que se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta de forma equivocada en otras estructuras que no sean el útero. La forma más común de embarazo ectópico es el embarazo tubárico, que ocurre en las trompas de Falopio.

El proceso normal de formación de un embarazo consta de los siguientes pasos:

Ovulación → migración del óvulo a una de las tubas uterinas (trompas de Falopio) → encuentro del óvulo con un espermatozoide → fertilización del óvulo → migración del óvulo (óvulo fecundado) de la tuba uterina al útero → implantación del huevo en la pared uterina.

FACTORES DE RIESGO

Varios factores de riesgo han sido identificados, siendo algunos de ellos más importantes que otros. En la mayoría de los casos, el problema reside en las trompas, que por estar inflamadas, infectadas o estructuralmente dañadas, hacen con que el huevo tenga dificultad para completar su migración hacia el útero. Vamos a nombrar algunos de los factores de riesgo:



Factores que aumentan mucho el riesgo:

- Inflamación o infección de la trompa de Falopio (salpingitis).
- Lesión estructural de la trompa de Falopio por inflamaciones previas.
- Cirugía previa de las trompas.
- Fallas de la ligadura de trompa.
- Episodio de embarazo ectópico previo.
- Uso de DIU (el DIU rara vez falla, pero cuando esto ocurre, el riesgo de embarazo tubárico es enorme).

Factores que aumentan moderadamente el riesgo:

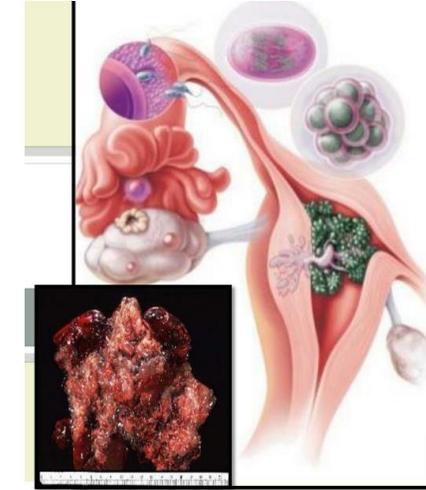
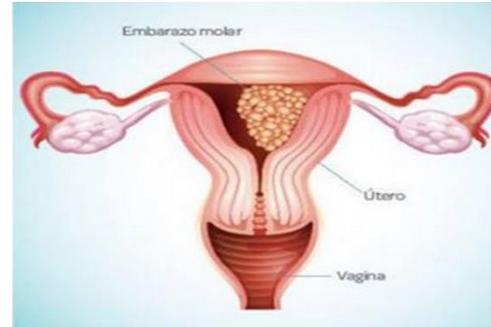
- Tabaquismo.
- Quedarse embarazada con el tratamiento para la infertilidad.
- Infección ginecológica previa por clamidia o gonorrea.
- La paciente ha tenido un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Historia de múltiples parejas sexuales.

Factores que aumentan ligeramente el riesgo:

- Cirugía abdominal o pélvica previa.
- Costumbre de usar ducha vaginal.

Enfermedad tromboplastica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios.



La clasificación es morfológica:

- Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- Corioadenoma destruens (mola invasora): el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.
Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.

Signos y síntomas

Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas para embarazo de las mujeres son positivas, presentan un sangrado vaginal y vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

Diagnóstico

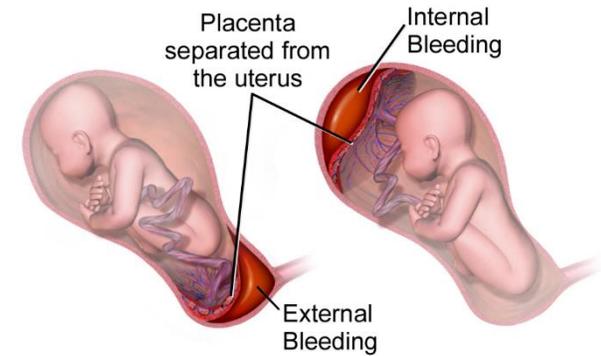
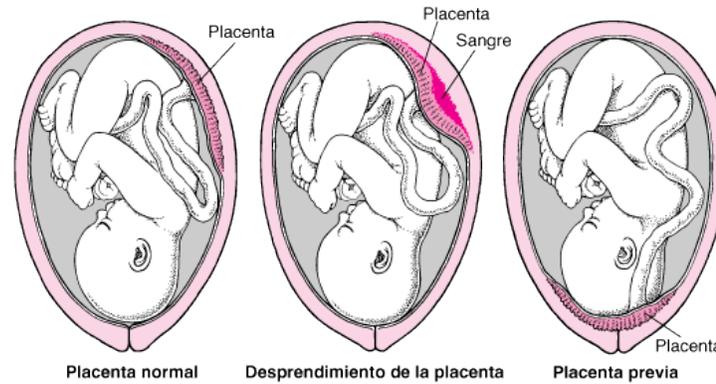
- Subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG).
- Ecografía pelviana.

Tratamiento

- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo.
- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral.
- Quimioterapia para la enfermedad persistente.
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente.

Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoincorta

Desprendimiento prematuro de la placenta normoincorta (DPPNI) al desprendimiento de la placenta del útero antes de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo durante el parto. A diferencia de la placenta previa en esta patología la placenta que implantada a alguna distancia del orificio cervical interno.



- La principal manifestación es la hemorragia externa, sin embargo también se puede presentar una hemorragia oculta dado que la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero. Ésta patología conlleva a un mayor peligro para la madre y el feto, ya que presenta la posibilidad de coagulopatía y el diagnóstico típicamente es tardío.

Diagnóstico

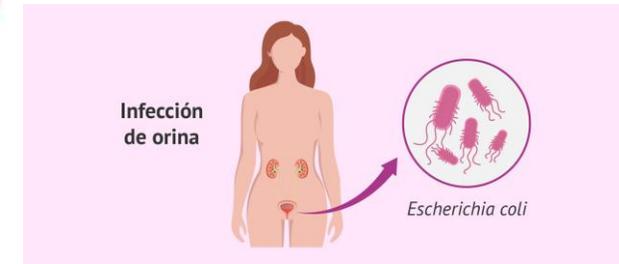
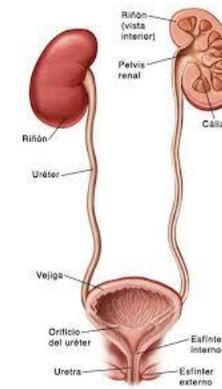
El diagnóstico es principalmente clínico basado en una correcta anamnesis en busca de factores de riesgo dado que el diagnóstico ecográfico en varios estudios demuestra que la ecografía confirma con poca frecuencia el diagnóstico de esta patología.



Dadas las posibles complicaciones que se pueden presentar en este caso es importante acudir a los controles respectivos durante la gestación, con un médico, quien podrá realizar un diagnóstico oportuno y determinar las acciones terapéuticas necesarias según el caso, con el fin de evitar futuras complicaciones.

Infección de vías urinarias y embarazo

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, conlleva a un incremento significativo en la morbilidad tanto en la madre como en el feto.



Infecciones del tracto urinario: Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

Infecciones del tracto urinario bajo: Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina.

Incluye:

- Bacteriuria asintomática: Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100 000 UFC//mL de orina en dos o más muestras y en ausencia total de síntomas urinarios (Schneeberger C, 2015).
- Cistitis aguda: Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.
- Cistouretritis aguda: Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vesical. Se acompaña de bacteriuria entre 10² y 10⁵ colonias/mL de orina.

Amenaza de parto prematuro

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la 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. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical > a 2 cm y borramiento >80%.

Causas y factores de riesgo:

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto. Existen causas maternas como una enfermedad sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo, etc1 .

Diagnóstico

- 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.



Evaluación clínica

Cuando existe la sospecha de que un cuadro clínico orienta hacia una APP se deben tener en cuenta diferentes parámetros: - Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal... - Antecedentes personales y antecedentes obstétricos. - Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura. - Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre. - Exploración genital con la finalidad de realizar



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.

Tratamiento

Tratamiento etiológico cuando se conozca la causa de la APP (infección vaginal o urinaria, corioamnionitis, rotura prematura de membranas...)

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio (después del parto). En estos casos, tanto la mujer como el bebé deben someterse a un control más completo, para evitar posibles riesgos.

1. Diabetes

Las mujeres que tienen diabetes antes de quedar embarazadas, tienen entre 2 y 3 veces más riesgo que las no diabéticas de presentar complicaciones durante el embarazo como aborto espontáneo, malformaciones congénitas, preeclampsia o parto prematuro. Controlar la diabetes antes de la concepción reducirá el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos. Por tanto, es importante que las mujeres con esta condición médica planifiquen su embarazo.

3. Asma

El asma es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres en edad fértil. Se han realizado estudios entre pacientes asmáticas y no asmáticas y no existen diferencias significativas en el desarrollo de complicaciones en el embarazo, como la preeclampsia, muerte fetal, partos prematuros, retardo del crecimiento del útero o malformaciones congénitas.

5. Enfermedad tiroidea

La alteración del tiroides puede provocar alteraciones del desarrollo neurológico del feto. Las pacientes con esta enfermedad, deben controlar con frecuencia su función hormonal, ya que la dosis de medicamentos debe ser ajustada durante el embarazo.

6. Epilepsia

Tanto la enfermedad como los medicamentos usados para controlar la epilepsia, pueden causar complicaciones durante el embarazo. Consulta siempre con tu médico antes de tomar o de cesar un medicamento.

Embarazo de alto riesgo

2. Hipertensión arterial

En este caso, el objetivo se centra en normalizar los valores de la presión arterial antes de concebir.

4. Fenilcetonuria

Se trata de una enfermedad metabólica que se transmite genéticamente. La enzima fenilalanina hidroxilasa se ve altera y produce un aumento de los niveles de fenilalanina.



Bibliografía:

- UDS.2021. Antología de enfermería medico quirúrgica I. Utilizado el 12 de marzo del 2021.PDF

URL:

<file:///F:/QUINTO%20CUATRIMESTRE/ENFERMERIA%20MEDICO%20QUIRURGICA/enfermeria%20medico%20quirurgico%201.pdf>