



**Nombre de alumno: Dulce Alejandrina
García Santiz**

**Nombre del profesor: Mahonrry De
Jesus Ruiz Guillen**

**Nombre del trabajo: Ensayo De
Manejo De Las Complicaciones De
Embarazo Y Parto**

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Submodulo 1

Grado: 5 Semestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de Enero de 2020.



Ensayo sobre
(MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO)
“PRECETACION”

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Este documento traera informacion sobre las complicaciones durante el embarazo y parto el proposito de este documento es comprender la informacion sobre posibles causas durante el embarazo y despues del embarazo. tambien saber que debe de hacer un enfermer@ o un asistente medico en caso de esas posibles causas y como reaccionar en esos tipos de temas o causas son 18 temas que hablara este tema.(empezemmos)...

1. Sangrado vaginal en la etapa inicial del embarazo S-7

A menudo, la causa del sangrado en la etapa inicial del embarazo es desconocida. Pero muchos factores en esta etapa, como por ejemplo las relaciones sexuales o una prueba de Papanicolaou reciente, pueden causar sangrado. Este sangrado puede tener poco impacto en la salud de su embarazo. Pero a veces, el sangrado en la etapa inicial del embarazo es un síntoma de aborto espontáneo o embarazo ectópico que necesita una evaluación adicional por parte de su proveedor de atención médica. La presencia de manchas de sangre (sangrado muy leve) es la forma más común de sangrado en la etapa inicial del embarazo Debe evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado. atención médica inmediatamente si el sangrado no se detiene o si nota alguno de los siguientes síntomas:

- Sangrado que empapa más de una toalla sanitaria por hora
- Sangrado similar al de la menstruación
- Cólicos o dolor abdominal grave
- Se siente mareada o débil
- Expulsa tejido a través de la vagina
- Sangrado en cualquier momento después del primer trimestre

2. Sangrado vaginal en la etapa avanzada del embarazo y durante el de parto s-19

el último trimestre del embarazo (después de las 20 semanas), del 3 al 4% de las mujeres tienen sangrado vaginal. Las mujeres que sangran en ese momento presentan riesgo de perder el bebé o de sangrar excesivamente (hemorragia). En ocasiones, se pierde tanta sangre que la presión arterial desciende a niveles peligrosos (lo que da lugar a un choque [shock]) o se forman pequeños trombos en el torrente sanguíneo (lo que se denomina coagulación intravascular diseminada). Por lo general, el trabajo de parto empieza con una pequeña descarga de sangre mezclada con moco vaginal. Esta secreción, denominada expulsión del tapón mucoso, es consecuencia de que las venas de pequeño calibre se rompan cuando el cuello uterino comienza a abrirse (dilatarse), lo que permite que el feto pase a través de la vagina. La cantidad de sangre de la descarga es pequeña. En el desprendimiento prematuro de placenta, esta se desprende del útero antes de tiempo. No se sabe con certeza qué causa esta separación, pero puede deberse a que el flujo de sangre a la placenta sea insuficiente. En ocasiones, la placenta se desprende después de una lesión, como puede ocurrir en un accidente automovilístico. El sangrado puede ser más grave de lo que parece, ya que parte de la sangre puede haber quedado atrapada detrás de la placenta y por lo tanto no ser visible.

3. Sangrado vaginal después del parto S-27

Una de cada 10 mujeres tendrá sangrado vaginal durante el 3er trimestre. A veces, puede ser una señal de un problema más grave. En los últimos meses del embarazo, siempre debe informarle de inmediato al proveedor de atención médica sobre el sangrando. la diferencia entre manchado y sangrado:El manchado es cuando usted nota unas cuantas gotas de sangre de vez en cuando en su ropa interior. Ni siquiera es suficiente para cubrir una toalla sanitaria.El sangrado es un flujo de sangre más abundante. Con el sangrado, usted necesitará una toalla o una almohadilla para evitar que la sangre le empape la ropa. Cuando comienza el trabajo de parto, el cuello del útero comienza a abrirse más o dilatarse. Usted puede notar una pequeña cantidad de sangre mezclada con flujo vaginal normal, o moco.El sangrado a mediados o a finales del embarazo también puede ser causado por:Tener relaciones sexuales (casi siempre solo manchado),Un examen interno por parte de su proveedor (casi siempre solo manchado,Enfermedades o infecciones de la vagina o el cuello uterino,Miomas uterinos o crecimientos o pólipos cervicales

Las causas más graves de sangrado tardío pueden incluir:

- La placenta previa es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda o parte de la abertura del cuello uterino.
- El desprendimiento prematuro de placenta ocurre cuando la placenta se separa de la pared interna del útero antes del nacimiento del bebé

4. Presión arterial elevada, cefalea, visión borrosa, convulsiones o pérdida de la conciencia s-39

La preeclampsia posparto es una enfermedad poco frecuente que se produce cuando una mujer tiene presión arterial alta y exceso de proteínas en la orina inmediatamente después del parto. La preeclampsia es una afección similar que se manifiesta durante el embarazo y, en general, se resuelve cuando nace el bebé.La mayoría de los casos de preeclampsia posparto se manifiestan en un plazo de 48 horas después del parto. Sin embargo, la preeclampsia posparto, a veces, se presenta hasta seis semanas o más después del parto. Esto se conoce como “preeclampsia posparto tardía”.La preeclampsia posparto requiere tratamiento inmediato. Si no se trata, la preeclampsia posparto puede ocasionar convulsiones y otras complicaciones graves. Quizás sea difícil que detectes por ti misma la preeclampsia posparto. Muchas mujeres que tienen preeclampsia posparto no presentan signos o síntomas durante el embarazo. Además, es posible que no notes nada malo si estás concentrada en la recuperación posterior al parto y cuidar del recién nacido.

Los signos y síntomas de la preeclampsia posparto (que suelen ser los mismos síntomas de la preeclampsia) pueden incluir lo siguiente:Presión arterial alta (hipertensión) de 140/90 milímetros de mercurio (mm Hg) o mayor,Exceso de proteínas en la orina (proteinuria),Dolores de cabeza intensos,Cambios en la vista que incluyen pérdida temporal de

la vista, visión borrosa o sensibilidad a la luz, Dolor en la parte superior del abdomen, por lo general debajo de las costillas y del lado derecho, Disminución de la orina. a cantidad limitada de investigación indica que entre los factores de riesgo de la preeclampsia posparto se encuentran los siguientes:

- Presión arterial alta durante el embarazo más reciente. Tienes mayor riesgo de manifestar preeclampsia posparto si tuviste presión arterial alta luego de las 20 semanas de embarazo (hipertensión gestacional).
- Obesidad. El riesgo de tener preeclampsia posparto es mayor si eres obesa.
- Partos múltiples. El nacimiento de mellizos, trillizos o más bebés en un parto aumenta el riesgo de tener preeclampsia.
- Presión arterial alta crónica. La presión arterial alta no controlada antes del embarazo aumenta el riesgo de padecer preeclampsia y preeclampsia posparto.
- Diabetes. La diabetes tipo 1 o tipo 2 aumenta el riesgo de padecer preeclampsia y preeclampsia posparto

5. Progreso insatisfactorio del trabajo de parto S-63

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado. parto son: • El descenso constante del feto por el canal del parto. El inicio de la fase expulsiva (de pujar). de parto son: La ausencia de descenso del feto por el canal del parto. La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, es necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de responder a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos la Evaluación del estado del feto: Ausculte la frecuencia cardíaca fetal antes y después de una contracción: Tome la frecuencia cardíaca fetal por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo periodo; si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento feta.

Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto Sospeche o anticipe el trabajo de parto si la gestante tiene:

- Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación.
 - Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso).
 - Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.
- v Confirme el inicio del trabajo de parto si hay:
- Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto.
 - Dilatación de cuello uterino, es decir, aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros

6. Anomalías de posición y presentación S-75

Las anormalidades de posición y presentación, pélvica o cefálica, durante el trabajo de parto han sido objeto de análisis y discusión desde el inicio de la obstetricia como especialidad médica. En los albores de la obstetricia, en ausencia de métodos diagnósticos paraclínicos confiables y de bajo riesgo para la madre y el feto, la clínica misma era la única posibilidad que el médico tenía a su disposición para detectar este tipo de alteraciones. Obviamente, como clásicamente se menciona, la clínica sigue prevaleciendo y ante la sospecha de alguna alteración de posición, presentación, o ambas (incluso de situación) del feto durante el trabajo de parto, las maniobras de exploración siguen siendo el punto clave para establecer el diagnóstico. Conocidas como maniobras de Leopold, se utilizan para detectar el tipo de presentación, situación y posición, pero no orientan hacia alteraciones de la variedad de posición. Lo anterior, que puede practicarse con el tacto vaginal, identificando la orientación de las fontanelas y la dirección de la sutura sagital de la cabeza fetal, en ocasiones requiere la ayuda del ultrasonido, como se menciona en uno de los artículos del presente número de la revista, para establecer el diagnóstico certero de la complicación

7. Distocia de hombro S-89

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza la distocia de hombros se produce cuando el hombro anterior impacta detrás del pubis, lo que impide su adecuada rotación para completar el periodo expulsivo Se recomienda adoptar la siguiente definición para el diagnóstico de la distocia de hombros: una demora mayor o igual a un minuto entre el desprendimiento de la cabeza y el desprendimiento de los hombros,

Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.

8. Trabajo de parto con útero sobredistendido S-93

El útero sobredistendido tiende a estimular el trabajo de parto y provoca un parto pretérmino, (el promedio de las gestaciones es de 35 a 36 semanas con gemelos, 32 semanas trillizos y 30 semanas con cuatrillizos). La presentación fetal puede ser anormal. El útero puede contraerse después del parto del primer bebé, desprendiendo la placenta y aumentando el riesgo para los fetos remanentes. A veces, la distensión uterina empeora la contracción uterina posparto y produce atonía y hemorragia materna. Algunas de las complicaciones se desarrollan solo en los embarazos multifetales. Un ejemplo es el síndrome de transfusión gemelo-gemelar (cuando los gemelos comparten la misma placenta, este síndrome determina una comunicación vascular entre los dos, lo que puede conducir a una desigual distribución de la sangre). El embarazo multifetal se sospecha si el útero es más grande que lo correspondiente para la edad gestacional; es evidente en la ecografía prenatal. La cesárea se realiza cuando está indicada. La cesárea se recomienda para gemelos a menos que el gemelo de presentación esté de vértice. En general, los embarazos con muchos fetos se terminan con cesárea sin importar el tipo de presentación

9. Trabajo de parto con cicatriz uterina previa S-99

La existencia de una cesárea anterior aumenta el riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y es el principal factor de riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo. El control gestacional en estas mujeres debe incluir el asesoramiento sobre la vía del parto. Los riesgos y beneficios del parto vaginal y de la cesárea deben ser valorados, aunque en la mayor parte de casos puede optarse a un parto vaginal. La aplicación de modelos de predicción puede ser útil para valorar la probabilidad de éxito de un parto vaginal. Anamnesis y factores de riesgo El control gestacional en una paciente con una cesárea anterior se llevará a cabo siguiendo los controles habituales de la paciente de riesgo medio. Es importante que se realice una correcta recogida de los datos epidemiológicos maternos y de los antecedentes obstétricos de forma detallada, incluyendo fecha de la cesárea anterior, edad gestacional, tipo de cesárea, indicación de la misma, resultado perinatal y eventuales complicaciones intra o postcesárea. 2.2. Valoración en primer trimestre Aunque sea una entidad muy poco frecuente, en cualquier valoración ecográfica inicial del primer trimestre deberá tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial con una gestación ectópica en la cicatriz de cesárea.

10. Sufrimiento fetal durante el trabajo de parto S-101

El sufrimiento fetal hace referencia a los signos que se presentan antes y durante el parto, que indican que el feto no está bien. El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno. El embarazo dura demasiado tiempo (posmadurez). el sufrimiento fetal se produce debido a una alteración en el intercambio de oxígeno entre el bebé y su madre a través de la placenta. Los médicos hablan de sufrimiento fetal cuando ven, a través del monitor, que la frecuencia cardiaca del feto se altera durante el seguimiento del parto El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

11. Prolapso del cordón umbilical S-105

El prolapso del cordón umbilical es una complicación que ocurre antes o durante el parto del bebé. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. El cordón puede luego quedar atrapado contra el cuerpo del bebé durante el parto. La causa más común del prolapso del cordón umbilical es la ruptura prematura de las membranas que contienen al líquido amniótico. Otras causas incluyen:

- Parto prematuro del bebé
- Parto de más de un bebé por embarazo (gemelos, trillizos, etc.)
- Líquido amniótico excesivo
- Parto podálico (el bebé atraviesa el canal del parto con los pies primero)
- Un cordón umbilical que es más largo de lo normal

12. Fiebre durante el embarazo y el trabajo de parto S-107

La fiebre alta (más de 39 grados) no afecta el desarrollo del bebé, se ha descartado incluso que en el primer trimestre de gestación produzca malformaciones o esté relacionada con el aborto espontáneo, pero lo que sí puede afectarlo es la causa que provoca ese aumento de temperatura. Es posible que durante la gestación, sobretudo en cambios de estación o debido a una debilidad en sus defensas, la embarazada sufra algún episodio de gripe, un resfriado o un catarro.

La fiebre alta (más de 39 grados) no afecta el desarrollo del bebé, se ha descartado incluso que en el primer trimestre de gestación produzca malformaciones o esté relacionada con el aborto espontáneo, pero lo que sí puede afectarlo es la causa que provoca ese aumento de temperatura.

Por tanto, es importante estar alerta a algunos síntomas para descartar que la fiebre sea producto de alguna complicación en el embarazo.

13. Fiebre después del parto S-117

La endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal. Es más habitual en las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea o después de un trabajo de parto prolongado. También si se ha retenido un fragmento de la placenta en el interior del útero. Las infecciones postparto suelen afectar al aparato genital como consecuencia de las modificaciones y heridas que el embarazo y parto causan en él, localizándose sobre todo en el útero y la vagina. Pero también pueden producirse infecciones vesicales y renales, mastitis La sensibilidad del útero, palidez, cefalea, escalofríos, taquicardia, loquios malolientes y malestar general... junto a la fiebre, son otros síntomas frecuentes de infección.

14. Dolor abdominal en la etapa inicial del embarazo S-127

El dolor pélvico se diferencia del dolor abdominal, que tiene lugar más arriba en el torso, en la zona del estómago y del intestino. Sin embargo, a veces es difícil discernir si el dolor se produce en el abdomen o en la pelvis. El dolor abdominal durante el embarazo no suele deberse al embarazo Durante el primer trimestre del embarazo, el dolor pélvico puede ser consecuencia de trastornos que guardan relación con El embarazo (trastornos obstétricos),El sistema reproductor femenino (trastornos ginecológicos), pero no el embarazo,Otros órganos, en particular el tubo digestivo y las vías urinarias Las causas obstétricas más frecuentes del dolor pélvico durante las primeras etapas del embarazo son

- Cambios normales del embarazo
- Un aborto espontáneo (aborto involuntario) en proceso o que ya tuvo lugar
- Un aborto espontáneo que puede llegar a ocurrir (amenaza de aborto)

15. Dolor abdominal en la etapa avanzada del embarazo y después del parto S-131

Algunos de los problemas más comunes asociados al embarazo y al parto son el dolor lumbar, el dolor en la región de la cintura pélvica, la diástasis del recto abdominal, un pobre control de la musculatura abdominal profunda, y problemas respiratorios, entre otros. El dolor lumbar suele incrementar en prevalencia e intensidad a lo largo del embarazo, especialmente en el tercer trimestre. El dolor en la región de la cintura pélvica tiene una prevalencia de aproximadamente el 45% durante la gestación y del 20-25% al comienzo del periodo del postparto. Otros problemas de índole uroginecológico son la incontinencia urinaria y fecal, y los prolapsos de órganos internos, que además están relacionados con el dolor lumbar y desórdenes respiratorios. Ante estas evidencias parece incuestionable inferir que la diástasis de los rectos durante y después del embarazo pueda afectar el soporte y rigidez del tronco, y por tanto suponer una desventaja mecánica para poder transferir fuerzas eficazmente.

16. Dificultad respiratoria S-139 Desaparición de los movimientos fetales S-145

La dificultad para respirar puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Por ejemplo, el ejercicio, la altitud, usar ropa ajustada, estar acostado por mucho tiempo o el estilo de vida sedentario. Signos de insuficiencia respiratoria:

- Frecuencia respiratoria. El aumento en la cantidad de inspiraciones por minuto pueden indicar que una persona tiene problemas para respirar o no recibe suficiente oxígeno.
- Cambios de color. ...
- Quejido. ...
- Aleteo nasal. ...
- Encogimientos. ...
- Sudoración. ...
- Ronquido en el pecho

17. Rotura prematura de membranas S-149

La ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM, por sus siglas en inglés) es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea a su bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones. La rotura de las membranas se denomina comúnmente «romper aguas». Cuando las membranas se rompen, el líquido que hay en su interior y que rodea al feto (líquido amniótico) se expulsa por la vagina. La cantidad de líquido expulsado varía desde un goteo hasta un chorro. En la mayoría de los casos, se desconoce la causa de la RPM. Algunas causas o factores de riesgo pueden ser: Infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina. Demasiado estiramiento del saco amniótico (esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o más de un bebé ejerciendo presión sobre las membranas).

18. Afecciones o problemas inmediatos del recién nacido S-155

Problemas después del nacimiento

- Apnea del prematuro.
- Displasia broncopulmonar.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.
- Neumotórax en recién nacidos.
- Síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de distrés respiratorio)
- Taquipnea transitoria del recién nacido

