

UDS

Alumno: Gerardo Martin Hidalgo Espinosa

Docente: mahonry ruiz

Modulo ::()

El siguiente ensayo será sobre

(MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO)

Como se sabe la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos tienden a tener un pequeño porcentaje de riesgo . Alrededor del 15%

del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada, 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 enfermero 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.(empezemos)...

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 morbilidad 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 cardiaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

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 anomalías 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

.