



Nombre de alumno: Luis Gustavo

Escandon

Nombre del profesor: mahonrry

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: submodulo I

Grado: 5

Grupo: a

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO.

Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Más allá de que una complicación sea común o extraña, los problemas que se presentan durante el embarazo.

A pesar de que la mayoría de los embarazos son normales, puede haber complicaciones en algunos casos. A continuación, se enumeran algunas de las complicaciones del embarazo más comunes:

Complicaciones con el líquido amniótico. Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Si sobra líquido puede causar demasiada presión en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro. También puede presionar el diafragma de la madre, lo que le puede causar dificultades respiratorias. Los líquidos tienden a acumularse en casos de diabetes no controlada, embarazo múltiple, grupos sanguíneos incompatibles o defectos de nacimiento. La presencia escasa de líquido puede ser un signo de defectos de nacimiento, retardo en el crecimiento o mortinato.

Sangrado. El sangrado durante la última etapa del embarazo puede acarrear complicaciones en la placenta, una infección vaginal o de cuello del útero, o un parto prematuro. Las mujeres que sangran durante la última etapa del embarazo pueden tener un mayor riesgo de perder el feto y experimentar un sangrado excesivo. Deberá informar inmediatamente a su proveedor de atención médica sobre cualquier tipo de sangrado que ocurra durante el embarazo.

Embarazo ectópico. Un embarazo ectópico es el desarrollo del feto fuera del útero. Esto puede ocurrir en las trompas de Falopio, el canal del cuello del útero o la cavidad pélvica (vientre). La causa de un embarazo ectópico generalmente es el tejido cicatricial de la

trompa de Falopio a raíz de una infección o una enfermedad. El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres que se sometieron a procedimientos para ligar las trompas, especialmente en aquellas que tenían menos de 30 años al momento de la ligadura.

Los embarazos ectópicos se presentan en aproximadamente 1 de cada 50 embarazos, y pueden poner en riesgo la vida de la madre. Los síntomas pueden incluir sangrado vaginal ligero y cólicos. Cuanto más dure el embarazo ectópico, mayor será la posibilidad de que se rompa una trompa de Falopio. Para confirmar el diagnóstico, se pueden llevar a cabo análisis de sangre y ecografías. El tratamiento para el embarazo ectópico puede incluir medicación o la remoción quirúrgica del feto.

Aborto espontáneo o pérdida del feto. Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo que se presenta hasta las 20 semanas de gestación. La mayoría ocurre antes de las 12 semanas. Los abortos espontáneos suceden en alrededor del 15% de los embarazos, y generalmente se deben a anomalías genéticas o cromosómicas.

Usualmente, se presentan luego de la aparición de sangrado vaginal ligero y cólicos fuertes. Para confirmar un aborto espontáneo, pueden realizarse análisis de sangre y ecografías. A menudo, el feto y el contenido del útero se expulsan naturalmente. Si esto no sucede, será necesario un procedimiento llamado "dilatación y raspado". Este procedimiento se realiza con instrumentos especiales para quitar el embarazo anormal.

Puede haber una pérdida del feto durante el segundo trimestre, si el cuello del útero es débil y se abre muy prematuramente. A esto se lo denomina "cuello incompetente". En algunos casos de cuello incompetente, el proveedor de atención médica puede ayudar a prevenir la pérdida del embarazo al coser el cuello y mantenerlo cerrado hasta el momento del parto.

Complicaciones placentarias. En circunstancias normales, la placenta se adhiere a la pared uterina. Sin embargo, pueden producirse dos tipos de complicaciones placentarias, que incluyen:

Desprendimiento prematuro de la placenta. Algunas veces, la placenta se separa de la pared uterina demasiado pronto. A esto se lo llama "desprendimiento prematuro de la placenta" y puede ocasionar sangrado y menor cantidad de oxígeno y nutrientes enviados

al feto. La separación puede ser total o parcial. Usualmente se desconoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta. Este desprendimiento se presenta aproximadamente en 1 de cada 100 nacidos vivos.

El desprendimiento prematuro de la placenta es más común en mujeres fumadoras, mujeres con hipertensión y/o embarazo múltiple. También se presenta en mujeres que ya hayan tenido hijos o con antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.

Los síntomas y tratamientos para esta complicación dependen del grado de separación. Los síntomas pueden incluir sangrado, cólicos y sensibilidad abdominal (vientre). El diagnóstico generalmente se confirma a través de un examen físico completo y una ecografía. Las mujeres que padecen de esta condición usualmente necesitan internación. Además, podrían tener que dar a luz en forma prematura.

Placenta previa. Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. La placenta previa es una afección en la que la placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero (la apertura hacia el útero) o lo cubre.

Este tipo de complicación placentaria se produce aproximadamente en 1 cada 200 partos, y se presenta más en mujeres con cicatrices por embarazos anteriores, con fibromas u otros problemas en el útero, o con cirugías uterinas anteriores.

Los síntomas pueden incluir sangrado vaginal claramente rojo que no esté acompañado de sensibilidad o dolor de vientre. El diagnóstico se confirma a través de un examen físico completo y una ecografía. Según la gravedad del problema y la etapa del embarazo, puede requerirse un cambio en las actividades diarias o reposo en cama. Generalmente, el bebé debe nacer a través de cesárea para evitar que la placenta se separe prematuramente e impida que el bebé reciba oxígeno durante el parto.

Preeclampsia o eclampsia. La preclampsia, antes conocida como toxemia, se caracteriza por la hipertensión inducida durante el embarazo. Se presenta junto con proteína en la orina. A veces también hay hinchazón debido a la retención de líquidos. La eclampsia es la forma más grave de este problema. Puede ocasionar convulsiones, coma e incluso la muerte.

es más común en embarazos primerizos. Afecta a alrededor del 5% al 8% de las mujeres embarazadas. Otros factores de riesgo para la preclamsia incluyen:

Mujeres gestando fetos múltiples.

Madres adolescentes.

Mujeres mayores de 40 años.

Mujeres con hipertensión, diabetes y/o enfermedades renales presentes antes del embarazo.

Mujeres obesas con un índice de masa corporal de más de 30.

Los síntomas pueden incluir hinchazón importante de las manos y la cara, hipertensión, jaqueca, mareos, irritabilidad, menor producción de orina, dolor abdominal (vientre) y visión borrosa. El tratamiento variará de acuerdo con la severidad de la condición y la etapa del embarazo. El tratamiento puede incluir la internación, reposo en cama, medicación para bajar la hipertensión y vigilancia cuidadosa tanto del feto como de la madre.

se presentan complicaciones durante el parto que pueden poner en riesgo a la madre y al bebé. Estos problemas pueden incluir hemorragias, infecciones o derivar en patologías no controladas previas a la gestación.

los partos se desarrollan y culminan sin dificultades, las complicaciones pueden ocurrir durante cualquiera de sus etapas.

Si lo anterior sucede, será necesaria la intervención rápida y puntual por parte del personal médico. En estos casos, el parto debe realizarse en instalaciones sanitarias que cuenten con el equipo adecuado para hacer frente a los problemas conocidos como imprevisibles. De esa manera, habrá una solución oportuna que puede incluir intervención urgente de instrumentalización o cesárea.

El trabajo de parto generalmente comienza dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura de la fuente. De lo contrario, y si el embarazo está a término o cercano a esta fecha, es probable que el médico induzca el parto. Si la ruptura sucede antes de las 34 semanas de embarazo, la mujer será monitoreada en el hospital, pues existe el riesgo de infección

Falta de progreso o parto prolongado

Esta complicación se da cuando un alumbramiento primerizo dura más de 20 horas o más de 14 si ha habido otros previamente. Se calcula que afecta a un 8 % de las mujeres.

Sus causas incluyen variados factores maternos, fetales, emocionales o relacionados con medicamentos.

Si este problema se produce durante la fase temprana, suele culminar en un gran agotamiento físico y mental de la madre. No obstante, si se da durante la fase activa, puede ser necesaria una evaluación y una intervención médica de urgencia.

Las razones por las cuales el nacimiento puede prolongarse son la lenta dilatación del cérvix, un canal uterino pequeño, un bebé grande, gestación múltiple o preocupación, miedo o estrés.

Si el parto no progresa en una primera etapa, la mujer debe tratar de relajarse y esperar. En ciertos casos, les permiten dar un paseo, dormir o tomar un baño caliente. En las

etapas posteriores, se pueden administrar medicamentos inductores o recomendar la cesárea.

Sufrimiento fetal

El estado fetal no tranquilizador, anteriormente conocido como sufrimiento fetal, indica que un feto no parece encontrarse en buenas condiciones. Suele suceder en embarazos que duran 42 semanas o más.

Esto puede asociarse con un ritmo cardíaco irregular en el bebé, problemas con el tono muscular y el movimiento, o baja cantidad de líquido amniótico. Estas complicaciones pueden deberse a problemas maternos como hipoxia, anemia e hipertensión, retraso del crecimiento intrauterino, líquido amniótico con meconio, entre otros.

Las estrategias para este tipo de problemas del parto consisten en mejorar la hidratación y la oxigenación materna, inserción de líquido amniótico, entre otras. En situaciones más graves, se recurre a la cesárea.

Asfixia perinatal

Esta complicación del parto se ha definido como «fallo para iniciar y para mantener la respiración al nacer».

La asfixia perinatal puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del alumbramiento, debido a falta de oxígeno, que acarrea problemas como hipoxemia, hipercapnia (altos niveles de dióxido de carbono) y acidosis metabólica (alteración de la acidez sanguínea). Esto, a su vez, puede producir problemas cardiovasculares y disfunción orgánica.

El tratamiento de la asfixia perinatal puede proporcionar oxígeno a la madre o basarse en una cesárea. En ciertas situaciones, se recurre a respiración mecánica o a medicación.

Distocia del hombro

Este problema sucede cuando la cabeza del bebé ha salido de la vagina, pero uno de los hombros se atasca dentro del canal de parto. Es poco común, pero es más probable en mujeres nulíparas.

Para evitar esto, los médicos pueden realizar maniobras específicas para liberar los hombros, tales como cambiar de posición a la madre o girar los hombros del bebé con las manos. Si no resulta, se puede recurrir a una episiotomía para ampliar el espacio para los hombros.

Las complicaciones generalmente son pasajeras y tratables. Sin embargo, en caso de alteraciones de la frecuencia cardíaca, deben evaluarse posibles problemas, como lesiones del plexo braquial del bebé o fractura del húmero o clavícula del feto. En especial, se debe poner atención a la presencia de lesión hipóxica-isquémica con daño cerebral.

En la madre puede haber desgarro uterino, vaginal, cervical o rectal, y abundante hemorragia posparto.

Sangrado excesivo

En promedio, las mujeres pierden medio litro de sangre durante el parto vaginal y hasta un litro por cesárea. Durante las 24 horas posteriores y hasta 12 semanas después, puede ocurrir una hemorragia secundaria.

Alrededor del 80 % de los casos de sangrado excesivo ocurren por falta de tono uterino.

Ciertas condiciones médicas y algunos tratamientos pueden aumentar el riesgo de desarrollar hemorragia posparto, como el desprendimiento de la placenta, gestación múltiple, hipertensión, desgarro perineal, parto prolongado o asistido, o uso de fórceps.

Incluso, la utilización de medicamentos, algunas infecciones y la obesidad, así como vasos sanguíneos desgarrados, hematomas en la vulva vagina o pelvis y ruptura uterina pueden ser factores de esta complicación.

El tratamiento tiene como objetivo detener rápidamente la hemorragia para evitar la muerte. Este incluye fármacos, eliminación de la placenta retenida, atadura de vasos sanguíneos o extirpación del útero.

Posición anormal del feto

La posición cefálica del feto es la habitual para nacer (95 % de los casos), pero los bebés pueden estar mirando hacia arriba, de nalgas (o podálica) o de forma transversa (acostado de lado), por lo que puede ser necesario cambiar manualmente la posición, usar fórceps, realizar una episiotomía o una cesárea.

Asimismo, existen problemas del cordón umbilical, como envolvimiento del bebé o compresión en el canal de parto, que, generalmente, requieren intervención médica urgente.

Placenta previa

Se refiere a que la placenta cubre la abertura del cuello uterino. Afecta a 1 de cada 200 embarazos en el último trimestre y puede requerir una cesárea.

Esta complicación del parto se asocia a antecedentes o a más de cuatro embarazos previos, gestaciones múltiples, fibroides, tabaquismo o ser mayor de 35 años. El riesgo se ve incrementado en el caso en los que la placenta se adhiere firmemente al útero.

Algunos indicadores de esta afección son contracciones muy tempranas, un útero más grande de lo normal para esa etapa del embarazo o tener al bebé en posición podálica.

El tratamiento incluye permanecer bajo observación en el hospital, transfusiones de sangre, cesárea inmediata y limitaciones posteriores, como viajar, tener relaciones sexuales o exámenes pélvicos.

Desproporción cefalopélvica

La desproporción cefalopélvica es cuando la cabeza de un bebé no puede pasar a través de la pelvis de la madre, situación que ocurre en 1 de cada 250 embarazos. Puede suceder si el bebé es de gran tamaño, tiene una cabeza grande o se encuentra en una posición poco común. También se ha observado cuando la pelvis de la madre es pequeña o su anatomía es inusual. Por lo general, se recurre a la cesárea.

Ruptura uterina

La ruptura uterina sucede cuando se pierde la integridad de la pared del útero. Puede suceder por cesáreas previas que aumentan el riesgo de abrir la cicatriz en partos futuros.

Del mismo modo, otros factores son la inducción del nacimiento, el tamaño del bebé, tener más de 35 años de edad y uso de instrumentación.

Las señales de la rotura del útero son una frecuencia cardíaca anormal en el bebé, dolor abdominal, sensibilidad en una cicatriz por cesárea, sangrado vaginal, labor de parto lenta y presión arterial alta en la madre.

En estos casos, el bebé puede estar en riesgo de hipoxia y puede ser necesaria una cesárea. Por su parte, la madre puede presentar hemorragias, así que la atención y el control adecuados son fundamentales para reducir el riesgo de mortalidad.

Parto precipitado

En conjunto, las tres etapas del parto suelen durar de 6 a 18 horas, aunque, a veces, solo son de 3 a 5 horas y comienza una serie de contracciones rápidas e intensas.

Las posibilidades de un parto precipitado aumentan cuando el bebé es más pequeño que el promedio, si el útero se contrae eficientemente o si existen antecedentes de esta condición.

Las desventajas para la madre son el riesgo aumentado de desgarro de cuello uterino y de vagina, hemorragia y shock posparto. Para el bebé existe el riesgo de aspiración de líquido amniótico y mayor probabilidad de infecciones.

Para atender este problema es vital acudir al médico de inmediato, usar técnicas de respiración para el control emocional y permanecer en un lugar limpio.

Las complicaciones durante el parto pueden ser potencialmente mortales si hay falta de atención médica adecuada. Por esto, es fundamental acudir a las citas prenatales, seguir los consejos del personal médico y las instrucciones para un embarazo saludable.