



# UDS

Mi Universidad

## Super Nota

*Nombre del Alumno: Yari Yaneth Nuñez López*

*Nombre del tema: Principal Causa De Muerte  
en la Mujer Durante El Parto*

*Parcial: 1er*

*Nombre de la Materia: Enfermería en el Cuidado  
de la Mujer*

*Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: cuarto*

# PRINCIPALES CAUSA DE MUERTE EN LA MUJER DURANTE EL PARTO

## Embolia de líquido amniótico

- Ocurre cuando líquido amniótico o células fetales entran al torrente sanguíneo materno.
- Síntomas: Dificultad para respirar, hipotensión súbita, coagulación intravascular diseminada.
- Complicaciones: Alto riesgo de mortalidad materna y fetal

## Rol de enfermería:

- Monitorizar la función cardiorrespiratoria.
- Iniciar medidas de reanimación y preparar a la paciente para cuidados intensivos.
- Administrar oxígeno y líquidos intravenosos de manera inmediata.

## ORIGEN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

Inicialmente las células amnióticas producen "cierta cantidad" de LA

- \* El aparato respiratorio fetal produce LA,
  - \* 300 a 400 ml al día al término del embarazo
- \* El riñón contribuye al volumen del LA con la orina,
  - \* Volumen: 500ml al día al término del embarazo



## LIQUIDO AMNIÓTICO

- ▶ Líquido acuoso claro
- ▶ Producido por cell amnióticas y sangre materna (difusión membrana amniocoriónica)
- ▶ 30 ml: 10 sem
- ▶ 450 ml: 20 sem
- ▶ 800 a 1000ml: 37 sem
- ▶ Volumen se reemplaza cada 3 horas
- ▶ Se encuentra en equilibrio con la circulación fetal (cordón umbilical)



## El Parto.

- El parto es el proceso por el cual el feto, la placenta y las membranas fetales son expulsadas a través de la vagina al exterior.

### Sus 3 etapas son: Dilatación, expulsión y alumbramiento

**1. Dilatación:** Comienzan contracciones de la musculatura del útero, aumento del diámetro del cuello del útero (10 cm). Músculos de la vagina se relajan y dilatan. Se rompe el saco amniótico que rodea al feto.



**2. Expulsión:** El feto sale a través de la vagina, la dilatación del cuello del útero termina y la madre debe realizar el trabajo de empujar al feto al exterior. El proceso de expulsión puede durar 30 minutos y una hora. Una vez que el bebé comienza a respirar se corta el cordón umbilical, lo que lo separa definitivamente de su madre.



## Trabajo De parto Prolongado

- Se produce cuando el feto no puede pasar por el canal del parto debido a desproporción cefalopélvica, presentación anómala (transversa, de cara o de nalgas) o pelvis estrecha.

### • Rol de enfermería:

Evaluar la progresión del parto (frecuencia, duración y fuerza de las contracciones).

Colaborar con el equipo médico para decidir intervenciones como el uso de fórceps, ventosa o cesárea.

Proporcionar soporte emocional ante decisiones de emergencia.



# Desproporción Feto pélvica

La desproporción feto-pélvica (DFP) es una condición obstétrica en la que el tamaño del feto, especialmente su cabeza, es demasiado grande para pasar a través de la pelvis materna durante el trabajo de parto. Esto impide el progreso normal del parto vaginal. Puede ser causada por:

## 1. Factores maternos:

- Pelvis estrecha o anormal (pelvimetría desfavorable).
- Alteraciones óseas como escoliosis, raquitismo o traumatismos previos.
- Tumores en el canal de parto.

## 2. Factores fetales:

- Macrosomía (peso fetal superior a 4,000-4,500 g).
- Hidrocefalia (acumulación de líquido en el cerebro del feto).
- Presentación fetal anómala (occipucio posterior, de cara o transversa).

## 3. Factores relacionados con la dinámica del parto:

- Contracciones uterinas insuficientes o mal coordinadas que no facilitan el descenso fetal.

## Rol de enfermería en la desproporción feto-pélvica

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la identificación temprana, manejo y apoyo durante esta complicación. Las responsabilidades incluyen:

### Identificación y monitorización

#### Valoración del progreso del parto:

Documentar cambios en la dilatación cervical y el descenso fetal en la partograma.

Detectar signos de trabajo de parto obstruido, como contracciones frecuentes sin progreso o ausencia de descenso fetal.

### Intervenciones inmediatas

Notificar al médico u obstetra si se sospecha DFP.

Mantener a la madre en una posición que alivie la presión (por ejemplo, posición lateral izquierda).

Administrar líquidos intravenosos para prevenir deshidratación o hipotensión.

Ayudar en la preparación para procedimientos necesarios:

Cesárea en caso de trabajo de parto obstruido.

## Excavación Pelviana o Estrecho Medio:

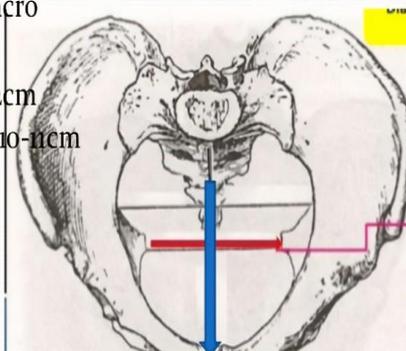
Presenta forma en tonel . Pared Ant (4cm). Pared Post (16cm)

### Limites:

- Delante: Borde inf del Pubis
- Lateralmente: Caras internas del Isquion
- Detrás: Curvatura del sacro

### Diámetros:

- Antero-Posterior 11-12cm
- Transverso o Biciático 10-11cm (mas importante)

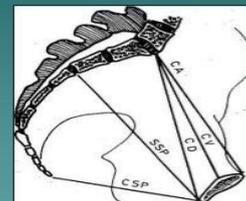
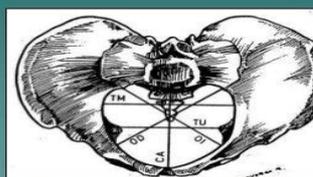


## Estrecho superior

Transversos

Oblicuos

Antero-posterior



# Distocia De Hombros

La distocia de hombros es una emergencia obstétrica que ocurre cuando, después del nacimiento de la cabeza del bebé, uno o ambos hombros quedan atrapados detrás de la sínfisis púbica materna, impidiendo el parto completo. Es una situación grave porque puede comprometer la salud del bebé y de la madre.

## Causas principales:

### Factores fetales:

Macrosomía fetal (peso al nacer mayor a 4,000-4,500 g).

Presentación anómala o asincronismo (cabeza no alineada correctamente con el canal de parto).

### Factores maternos:

Diabetes gestacional (asociada con mayor peso fetal).

Obesidad materna.

Historia previa de distocia de hombros.

Trabajo de parto prolongado o precipitado.

### Factores relacionados con el parto:

Uso de instrumentos obstétricos como fórceps o ventosa.

Segunda etapa prolongada del trabajo de parto.

## Complicaciones posibles:

### En el bebé:

Lesiones del plexo braquial (parálisis de Erb-Duchenne).

Fractura de clavícula o húmero.

Hipoxia neonatal o daño cerebral si el parto se retrasa.

### En la madre:

Hemorragia postparto.

Desgarros graves del canal de parto.

## Rol de enfermería en la distocia de hombros

El personal de enfermería desempeña un papel crucial en la preparación, ejecución y seguimiento durante y después de la resolución de la distocia de hombros.

### Asistencia en maniobras de resolución:

Ayudar en la implementación de las maniobras clásicas para liberar los hombros:

**Maniobra de Roberts:** Flexión extrema de las piernas de la madre hacia su abdomen para ampliar el diámetro de la pelvis.

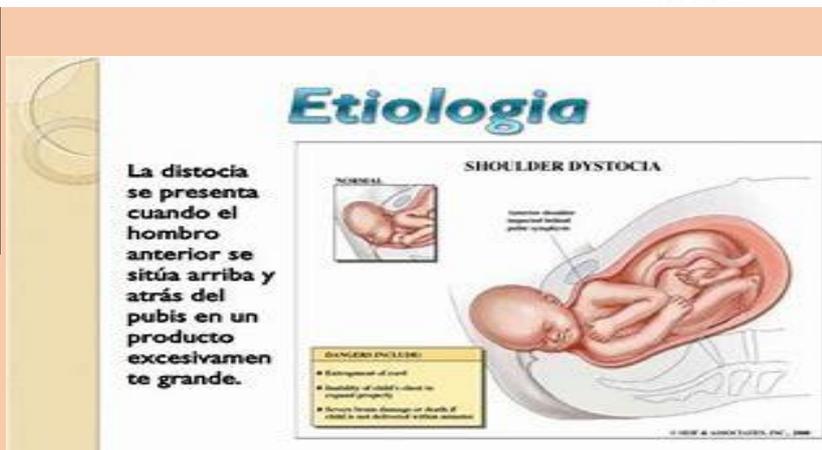
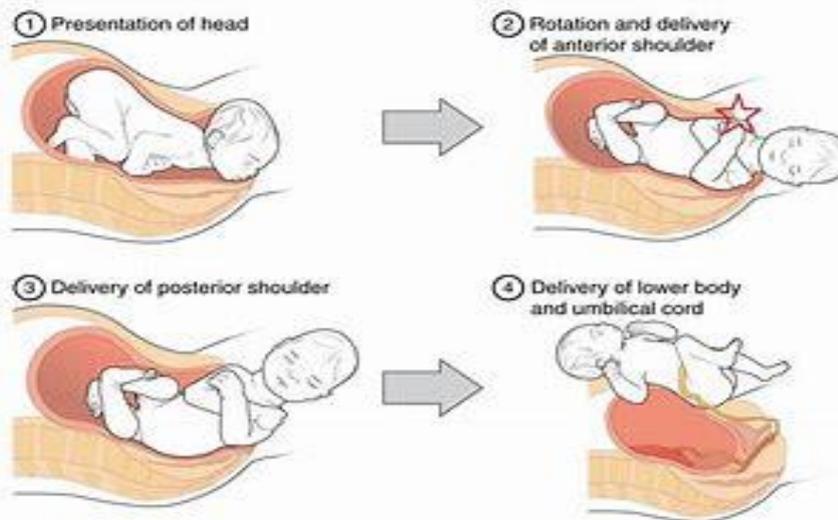
**Presión suprapúbica:** Aplicada con cuidado por un miembro del equipo para facilitar el descenso del hombro anterior.

**Otras maniobras:** Como la rotación de los hombros (Maniobra de Woods) o la extracción del brazo posterior.

Proporcionar soporte físico a la madre mientras el médico realiza las maniobras.

### Preparación para intervención adicional:

Tener listo el quirófano en caso de que sea necesario realizar una cesárea de emergencia.



# Prolapso Del Cordón Umbilical

El prolapso del cordón umbilical ocurre cuando el cordón desciende por el canal del parto antes o junto con la presentación fetal (cabeza, nalgas, etc.), quedando comprimido entre el feto y la pelvis materna. Esto interrumpe el flujo de sangre y oxígeno hacia el bebé, lo que puede provocar hipoxia fetal severa

## Tipos:

**Prolapso oculto:** El cordón no es visible, pero está comprimido junto al feto.

**Prolapso franco:** El cordón es visible o palpable fuera del canal vaginal.

**Prolapso en presentación incompleta:** El cordón está en el canal vaginal pero no ha salido.

## Factores de riesgo:

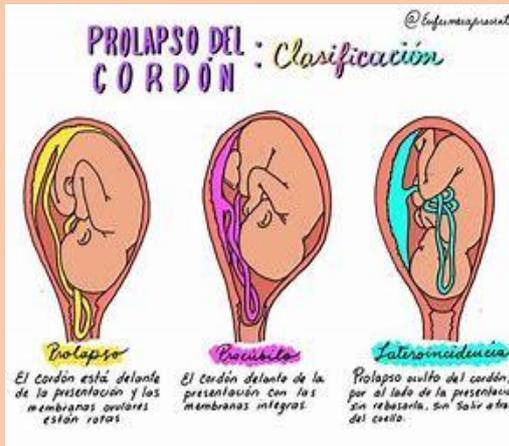
Ruptura de membranas con presentación alta o anómala.

Embarazo múltiple.

Polihidramnios (exceso de líquido amniótico).

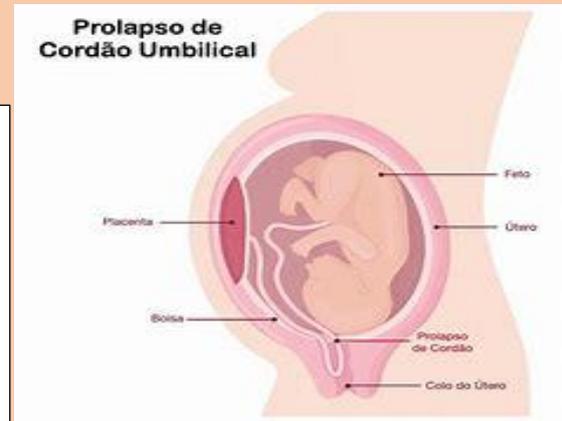
Uso de maniobras externas (como la versión cefálica externa).

Prematuridad o bajo peso al nacer.



## Rotura uterina

La rotura uterina es una emergencia obstétrica grave que implica la ruptura completa o parcial de la pared uterina, lo que expone al feto al abdomen materno. Puede ser mortal tanto para la madre como para el bebé.



## Tipos:

**Completa:** Ruptura total que atraviesa todas las capas del útero.

**Incompleta:** Ruptura que no afecta completamente el peritoneo visceral.

## Signos y síntomas:

Dolor abdominal severo y repentino.

Cese de las contracciones uterinas.

Hemorragia vaginal.

Alteración de la frecuencia cardíaca fetal (bradicardia o desaceleraciones severas).

Signos de shock en la madre

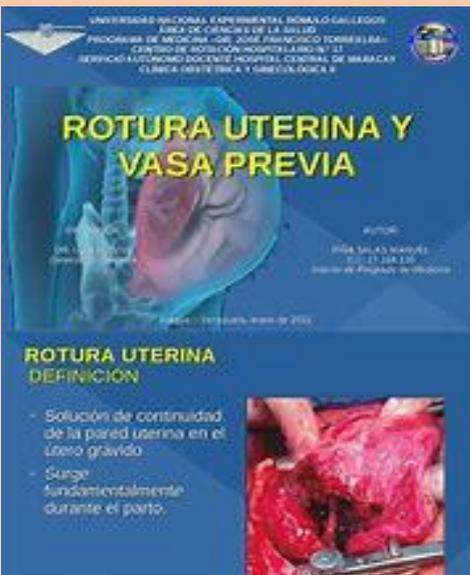
## Factores de riesgo:

Cicatrices uterinas previas (cesáreas, miomectomías).

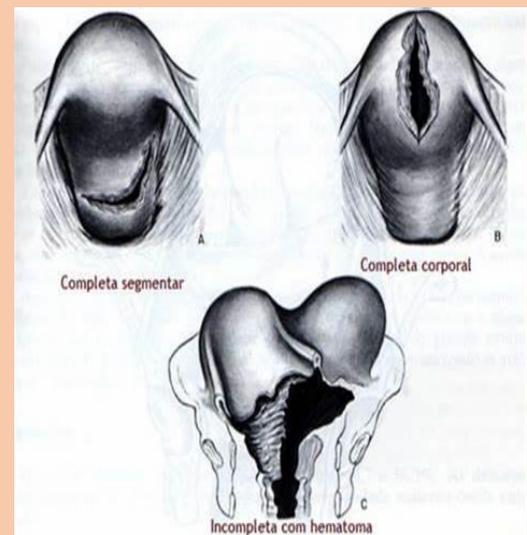
Parto prolongado u obstruido.

Uso excesivo de oxitocina.

Trauma abdominal.



La enfermería tiene un papel esencial en la detección temprana, manejo y coordinación con el equipo médico durante emergencias como el prolapso del cordón y la rotura uterina. Su intervención inmediata puede ser la clave para salvar vidas tanto de la madre como del bebé



# ASISTENCIA Y CUIDADOS DURANTE EL PARTO

La atención previa al parto tiene como objetivo disminuir los riesgos potenciales que pudieran presentarse. La atención del parto debe venir en conjunto con el control prenatal durante el cual se monitoriza el desarrollo adecuado del embarazo y modificamos los factores de riesgo que sean identificables, para favorecer el buen desarrollo del nacimiento.



## Fases de la atención al parto

La primera fase es un adecuado control prenatal que debe contar con al menos con 8 consultas de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM); durante el control prenatal es deseable que se realice un plan de parto (o cesárea en caso de requerirse), en el cual se describen los deseos de la mujer sobre como desea dar a luz y se pone el acuerdo de mantenerla informada de todo lo que ocurra durante el proceso para hacerla partícipe de las decisiones



Posterior a esta fase se presenta el trabajo de parto que se puede dividir en 2 etapas:

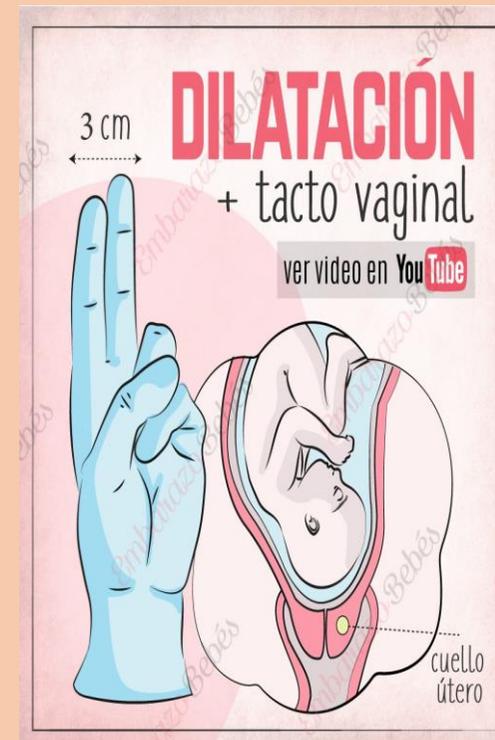
## Fase latente

es el tiempo que tarda la mujer en desencadenar contracciones regulares y alcanzar una dilatación del cuello del cérvix de 6 cm, durante esta etapa si no hay datos de alarma (sangrado activo, deterioro fetal, etc.) no es necesario el internamiento o el estar confinada a cama y el plan está enfocado en el manejo del dolor y el acompañamiento de la madre, por ejemplo, con inmersión en agua o ejercicios.



## Fase activa

esta inicia de los 6 cm de dilatación hasta que se cumplen 10 cm y se desea pujar, durante esta etapa se realiza un seguimiento del patrón del latido cardíaco fetal, para determinar cómo está reaccionando al Estrés del parto, y se pueden realizar un par de tactos vaginales para verificar el avance. Sin embargo, hay que considerar que el tacto vaginal actualmente debe de ser muy espaciado para evitar molestias en la mujer.



## Referencias bibliográficas

1. Índice de fragilidad de los Estados. Puede consultarse en: <https://fragilestatesindex.org/data/>.
  2. Say L, Chou D, Gemmill A et al. *Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis*. *Lancet Global Health*. 2014;2(6): e323-e333.
  3. Samuel O, Zewotir T, North D. *Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa*. *Reprod Health* 18, 216 (2021).
  4. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto*. Puede consultarse en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
  5. Organización Mundial de la Salud (2015). «3.2 Trends in MMR from 1990 to 2015». *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 (en inglés)*. Ginebra (Suiza): Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. p. 22-24. ISBN 978 92 4 156514 1. Consultado el 29 de mayo de 2016.
  6. ↑ Hogan, Margaret C.; Foreman, Kyle J.; Naghavi, Mohsen; Ahn, Stephanie Y.; Wang, Mengru; Makela, Susanna M.; Lopez, Alan D.; Lozano, Rafael et al. (8 de mayo de 2010). «Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5». *The Lancet (en inglés)* 375 (9726): 1609-1623. ISSN 0140-6736. PMID 20382417. doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1. Consultado el 19 de marzo de 2023.
  7. ↑ Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2003). «5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna». *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington C.D. (EE.UU.). p. 139-140. ISBN 92 75 31554 X. Consultado el 29 de mayo de 2016.
  8. ↑ Herrera M., Mario (2003). «Mortalidad materna en el mundo». *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 68 (6): 536-543. ISSN 0717-7526. doi:10.4067/S0717-75262003000600015.
  9. ↑ Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!*. Ginebra. p. 62. ISBN 9243562908.
  10. ↑ Ministerio de Salud de Perú. *Salud Materna* Último acceso 4 de marzo, 2008.
- ↑ Saltar a: a b c d OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas (Diciembre de 2015). «Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015». *Salud sexual y reproductiva (Ginebra (Suiza))*: 2. Consultado el 29 de mayo de 2016.