



Súper Nota

Nombre del Alumno: Jazmin Gómez Díaz

Nombre del tema: Unidad IV "Asistencia y Cuidados Durante el Parto"

Parcial: Único

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

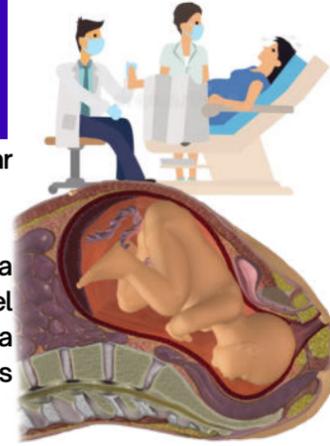
Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 4

Pichucalco, Chiapas a; 17 de Noviembre del 2024

Asistencia y Cuidado de Enfermería durante el Parto



La Asistencia y Control del Parto: Es un procedimiento que debe realizar un especialista para acompañar a la mujer durante su proceso de embarazo y en el nacimiento del bebé.

El cuidado: Es el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser regularmente evaluado.

Durante el parto y el nacimiento, esto implica tomar la temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, evaluación del dolor y necesidad de apoyo. La atención de enfermería en el parto se encamina a prevenir y/o detectar complicaciones en cada una de las etapas, mediante la valoración del estado general, constantes vitales, evaluación del dolor, pérdidas de líquidos, pérdidas hemáticas, entre otras

Asistencia de Enfermería durante el Parto

Conceptos

Inducción del trabajo de parto: Es la iniciación del parto antes de que comience de manera espontánea, con el propósito de la expulsión de la unidad fetoplacentaria. La inducción del parto es el inicio artificial de las contracciones en una mujer embarazada para lograr un parto vaginal dentro de las 24 a 48 horas.

Parto: Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos(NOM-007-SSA2-2016).

1.	Se recomienda la inducción del parto en mujeres con un embarazo sin complicaciones, ya que esto reduce el riesgo de mortalidad perinatal y la probabilidad de cesárea.	25.	El índice de Bishop debe ser revalorado de 6 a 24 horas después de la administración de PGE2, para monitorear el progreso.
2.	El personal de enfermería verificará que las mujeres embarazadas comprendan: las razones para la inducción, procedimiento, modalidades de apoyo, alivio del dolor, alternativas u opciones en caso de que fracase la inducción y los riesgos y beneficios de la inducción.	26.	El personal de enfermería deberá brindar confort y apoyo a la ambulación, así como garantizar la permanencia con la mujer embarazada.
3.	El personal de enfermería valorará los siguientes antecedentes obstétricos: síndrome hipertensivo, diabetes, ruptura prematura de membranas, gestación prolongada y líquido amniótico disminuido como indicativos para la inducción del parto.	27.	El personal de enfermería valorará con el partograma la evolución del trabajo de parto y registrará de manera oportuna tanto los cambios materno y fetal como las intervenciones aplicadas.
4.	El personal de enfermería deberá evaluar la actividad fetal, características del cuello uterino: dilatación, borramiento, posición, consistencia y presentación para determinar la puntuación Bishop.	28.	Son necesarios los cambios para fomentar un modelo multidisciplinar para la atención hospitalaria, en particular el seguimiento del trabajo de parto.
5.	El personal de enfermería deberá detectar durante la valoración para inducir el parto, alteraciones como: síndrome hipertensivo, edad gestacional mayor o igual a 41 semanas o ruptura prematura de membranas.	29.	El personal de enfermería deberá fomentar la preparación psicoprofiláctica durante la etapa prenatal y el apoyo cercano de la familia, parteras o doulas en el parto.
6.	Se recomienda que las mujeres embarazadas con preeclampsia y en condiciones favorables, pueden ser inducidas al parto.	30.	El personal de enfermería vigilará el bienestar de la paciente a través de la escala analógica visual durante la inducción del parto.
7.	Antes de realizar la inducción del trabajo, la puntuación Bishop deberá ser evaluada y registrada, así como verificar que el patrón de frecuencia cardíaca fetal sea normal y confirmada mediante monitoreo electrónico.	31.	El personal de enfermería orientará a la mujer embarazada sobre el posible incremento del dolor con la inducción del parto.
8.	Se recomienda la inducción del parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa, con vigilancia estrecha de la puntuación Bishop desde el ingreso hasta el término del trabajo de parto.	32.	Durante la inducción del trabajo de parto, los profesionales sanitarios deberán emplear medidas adecuadas para el alivio del dolor, esto puede ir desde los analgésicos simples a la analgesia epidural.
9.	Antes de la inducción formal del trabajo de parto, a las mujeres se les deberá ofrecer un examen vaginal para el barrido de membrana.	33.	Se debe ofrecer apoyo y analgesia a las mujeres embarazadas según se requiera, además de alentarlas a usar sus propias estrategias de afrontamiento para aliviar el dolor.
10.	El personal de enfermería verificará que no haya datos de placenta baja antes del barrido de membrana y de la inducción del trabajo de parto.	34.	El personal de enfermería informará a la mujer embarazada sobre el beneficio limitado de la acupuntura y la acupresión como una opción para el manejo del dolor durante el parto.
11.	Se recomienda la utilización de la oxitocina para 2 o 4 horas aún cuando el trabajo de parto haya sido prolongado en la primera etapa.	35.	El personal de enfermería deberá vigilar las contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante la inducción del parto por métodos mecánicos prescritos medicamente.
12.	En términos de la relación riesgo/beneficio, el uso prudente de oxitocina para la inducción del trabajo de parto es posible.	36.	Durante la inducción de parto el personal de enfermería deberá evaluar el estado fetal, ya sea con la auscultación intermitente o monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal electrónica continua.
13.	El personal de enfermería deberá valorar antecedentes de reacción adversa a la oxitocina.	37.	El personal de enfermería deberá vigilar la evolución del cérvix de manera regular.
14.	El personal de enfermería deberá vigilar la evolución del parto dentro de las 24 horas posterior a su inducción.	38.	Los profesionales sanitarios deberán informar a las mujeres el NO utilizar los siguientes métodos para la inducción del trabajo de parto: suplementos de hierbas, acupuntura, homeopatía, aceite de castor, baños calientes, enemas o las relaciones sexuales. Ya que no existe evidencia disponible que admita o sustente.
15.	El personal de enfermería vigilará el patrón de las contracciones uterinas así como los cambios en el cuello uterino.	39.	No se recomienda la inducción del parto en caso de: presentación fetal de nalgas, restricción severa de crecimiento con compromiso fetal confirmado y antecedentes de parto precipitado.
16.	En la fase activa, se recomienda que la duración total de la falta de progreso no exceda de 3 horas; en ese punto, se deberá realizar una cesárea.	40.	El personal de enfermería vigilará la presencia de sangrado que se asocie con ruptura uterina.
17.	Se recomienda obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos invasivos.	41.	Se deberá monitorizar los signos vitales y maternos para la detección oportuna de complicaciones.
18.	El personal de enfermería vigilará la presencia de las contracciones y la actividad fetal posterior a la aplicación de progesterona.	42.	Las enfermeras deberán monitorear de manera continua las contracciones, dilatación y la frecuencia cardíaca fetal, así como los mecanismos de afrontamiento, dolor y fatiga materna.
19.	El personal de enfermería vigilará la evolución del trabajo de parto posterior a la administración del misoprostol así como la contractilidad uterina.	43.	El personal de enfermería vigilará la presencia de hiperestimulación y sufrimiento fetal, suspender la administración de oxitocina y notificar de manera inmediata.
20.	Se recomienda el uso ambulatorio del misoprostol como alternativa para la inducción del trabajo del parto por su efectividad y seguridad.	44.	Durante la inducción del parto, el personal de enfermería deberá vigilar datos de complicaciones como: distocia de hombros, prolapso del cordón, hemorragia, eclampsia, ruptura del útero.
21.	El personal de enfermería vigilará las contracciones que pueden iniciar posterior a la aplicación de prostaglandinas, la frecuencia cardíaca fetal y si las condiciones de la mujer lo permiten, promover la deambulacion.	45.	El uso prudente de un globo transcervical es posible para la inducción del trabajo de parto en las mujeres con una cesárea anterior.
22.	A la mujer que tiene ruptura prematura de membranas después de la semana 34, se le deberá explicar sobre los siguientes factores antes de tomar una decisión sobre la inducción del parto, el uso de prostaglandina vaginal E2 (PGE2) • Los riesgos para la mujer (por ejemplo, la sepsis, la posible necesidad de cesárea) • Los riesgos para el bebé (por ejemplo, sepsis, los problemas relacionados con el parto prematuro) • Disponibilidad local de las instalaciones de cuidados intensivos neonatales	46.	El personal de enfermería deberá prevenir la hiperestimulación uterina debido a la perfusión de oxitocina y favorecer la frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.
23.	Tras la administración de PGE2, cuando las contracciones empiezan, el bienestar fetal debe ser evaluado con monitorización fetal electrónica continua.	47.	El personal de enfermería verificará la administración segura de la oxitocina como una de las intervenciones del parto asistido.
24.	Si una mujer vuelve a casa después de la administración de PGE2, debe ser orientada para que asista a la unidad de salud o solicite ayuda en caso de que las contracciones empiecen o no se hayan presentado después de 6 horas de la ministración del medicamento.	48.	El personal de enfermería vigilará de manera continua a la mujer embarazada después de la ministración de uterotónicos vía vaginal.
		49.	El personal de enfermería vigilará la evolución del trabajo de parto posterior a su inducción y prevenir complicaciones como la ruptura uterina.

fases del parto

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.

Fase de expulsión: Una vez alcanzada la dilatación llega el momento conocido como expulsivo que es el nacimiento del bebé, este se realiza en la sala especial en donde el obstetra realizará maniobras para ayudar a la mujer a dar a luz, en esta etapa se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical y el apego inmediato, así como el contacto piel a piel de la mamá y el bebé; en cuanto nace el bebé se administran medicamentos especiales para evitar una hemorragia y dar paso a la fase del alumbramiento que es cuando se expulsa la placenta, una vez revisado que la placenta está completa puede concluirse la atención del parto y seguir con la vigilancia de 24 a 48 horas del puerperio.

Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal

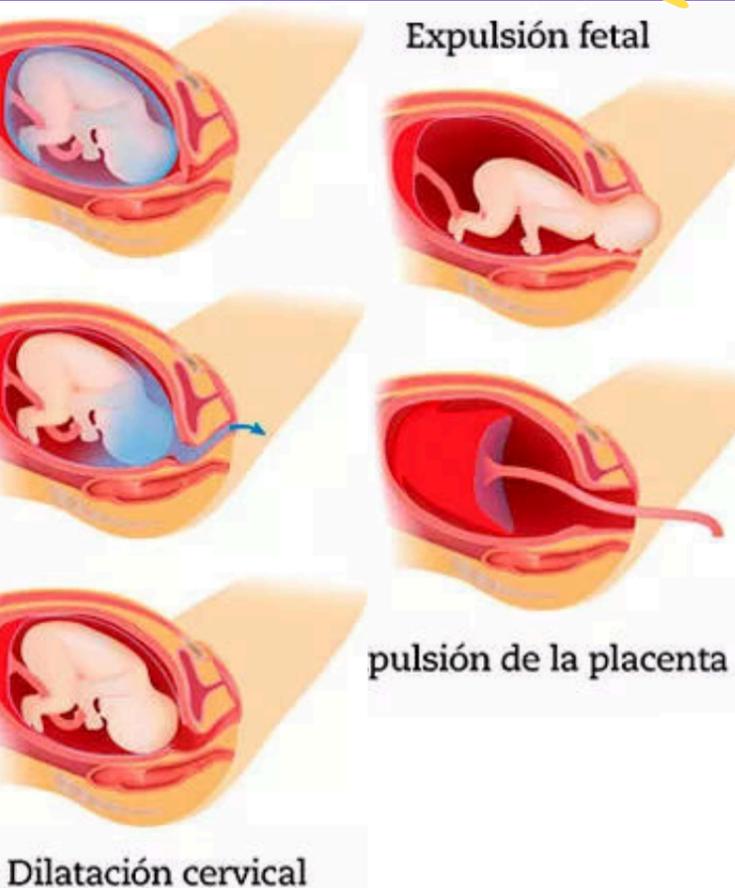
Estetoscopio de Pinard o fetoscopio



Transductor Doppler



Electrónica



Dilatación cervical

pulsión de la placenta

Auscultación: Método para escuchar periódicamente los latidos del corazón, en momentos específicos, por medio de estetoscopio de Pinard o por medio de un transductor Doppler que convierte el latido en sonido.

Monitorización Cardíaca Fetal (MCF): Registra de manera continua los latidos del corazón y puede ser: Interna (se coloca un electrodo en la parte del producto más cercana al cuello uterino de la madre, generalmente el sitio es la cabeza) o externa (se colocan dos cinturones uno detecta latido fetal y el otro mide duración e intervalo de las contracciones). Ambos arrojan un registro cardiotocográfico.

Generalidades y valoración del parto

Parto normal o parto eutócico. Es de comienzo espontáneo y bajo riesgo, determinado al comienzo del parto, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El trabajo de parto transcurre con una adecuada progresión. El niño nace entre las 37 a 42 semanas completas (a término). Después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran aparentemente en buenas condiciones, con buena vitalidad y sin incidencias en el alumbramiento. El recién nacido no presenta signos de hipoxia y cuenta con peso óptimo (2500 g o más).

Parto de baja intervención o natural: Se interviene en el proceso lo mínimo posible, siempre y cuando esté justificado por desviaciones de la normalidad.

Parto inducido: Se provoca en base a distintas intervenciones farmacológicas y mecánicas, siempre y cuando no se haya iniciado de forma espontánea.

Parto conducido o estimulado: Cuando se ha iniciado de forma espontánea y además requiere de intervenciones farmacológicas generalmente para correcciones de dinámica, ante una situación clínica.

Parto instrumentado o distócico: Es cuando se requiere el uso de fórceps o instrumental obstétrico para su atención.

Cuidado de Enfermería durante el Parto

Cuidado en el Primer Periodo de Parto



- Limpiar dentro y fuera de la cama
- Limpiar zona perianal aplicando técnica aséptica para el examen vaginal utilizar guantes estériles.
- Controlar FCF
- Reportar cualquier anomalía que se presente.
- Vigilar el nivel de conocimiento sobre el proceso de parto.
- Enseñar técnicas de respiración y relajación
- Controlar contracciones uterinas
- Permanecer cerca de la paciente
- Proporcionar confianza
- Darle ánimo
- Se vigilan signos vitales

Cuidado en el Segundo Periodo de Parto

- Llevar la paciente al cuarto de expulsión
- Colocar al paciente en posición de litotomía
- Garantizar que la posición de la parturienta sea lo más cómodo posible
- Calentar la cuna de calor radiante
- Ayudar a la madre en el uso efectivo del pujo
- Registre y reporte los signos vitales T/A
- Explicarle como debe respirar
- Permanecer todo el tiempo con ella
- Brindarle apoyo continuo
- Estar pendiente de la aparición de complicaciones y reportarlas



Cuidado en el Tercer Periodo de Parto

- Orientar a la usuaria a que pujan al sentir dolor
- Verificar hora de alumbramiento
- Verificar que la placenta y las membranas estén completas
- Valorar signos vitales de la usuaria; presión arterial, pulso, temperatura y respiración
- Valorar el sangrado vaginal, este puede ser leve, moderado o intenso
- Reparar episiotomía o desgarro si se presenta
- Orientar sobre este periodo



Cuarta Etapa del Parto

Es un par de horas después del alumbramiento, es cuando la madre reposa en cama, mientras se monitorea su recuperación

Causas de Muerte en la mujer Durante el parto



Durante muchos años, la mortalidad materna ha representado y, representa en la actualidad, un problema de salud pública grave sobre todo en los países en vía de desarrollo. En todo el mundo la mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada año mueren cientos de miles de mujeres por causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El objetivo fundamental del presente estudio consiste en revisar y plasmar los aspectos relacionados con los factores de riesgo que provocan la muerte materna específicamente durante el parto.

- Embarazo multi fetal
- Embarazo postérmino
- Rotura prematura de membranas y Presentación fetal anormal

En cuanto a las complicaciones que se desarrollan o se hacen evidentes durante el trabajo de parto o el parto, se encuentran:

- Embolia de líquido amniótico
- Distocia de hombro
- Desproporción feto pelviana
- Trabajo de parto pretérmino
- Trabajo de parto prolongado
- Prolapso del cordón umbilical
- Rotura uterina.

Embarazo Multifetal

Un embarazo multifetal (múltiple) ocurre en hasta 1 cada 30 partos.

Los factores de riesgo de embarazo múltiple incluyen

- Estimulación ovárica (en general, con clomifeno o gonadotropinas)
- Reproducción asistida (p. ej., fertilización in vitro)
- Embarazo multifetal previo
- Edad materna avanzada

Causas

Los embarazos múltiples pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el parto para la madre y los fetos. Algunas de las causas de muerte en un parto multifetal son: Hemorragia La hemorragia es una de las principales causas de muerte materna, especialmente después del parto. Infecciones Las infecciones son una de las principales causas de muerte materna, generalmente después del parto. Preeclampsia y eclampsia La hipertensión arterial durante el embarazo es una de las principales causas de muerte materna. Desgarre de la placenta La contracción del útero después del parto del primer bebé puede desgarrar la placenta del feto o fetos restantes. Problemas en la placenta

Diagnostico

- Ecografía prenatal

El embarazo multifetal se sospecha si el útero es más grande que lo correspondiente para la edad gestacional; es evidente en la ecografía prenatal.

Tratamiento

- Cesárea cuando está indicada

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.

En los embarazos multifetales, el útero excesivamente distendido tiende a estimular el trabajo de parto prematuro, dando como resultado un parto pretérmino.

Se deben buscar otras posibles complicaciones, como preeclampsia y diabetes gestacional, y prepararse para el parto pretérmino, el parto por cesárea y la hemorragia posparto.

Si el útero es grande para la edad gestacional, se debe hacer una ecografía.

En la mayoría de los embarazos multifetales, se debe efectuar un parto por cesárea a menos que el gemelo que actúa como presentación esté en presentación de vértice.

Complicaciones

El embarazo multifetal aumenta el riesgo de

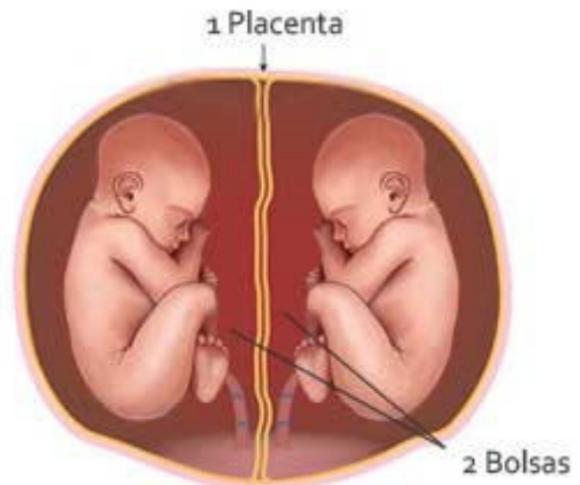
- Preeclampsia
- Diabetes gestacional
- Hemorragia posparto
- Cesárea
- Parto pretérmino
- Restricción del crecimiento
- Muerte fetal
- Muerte neonatal, en gran parte debido a prematurez
- Depresión posparto

El útero sobredistendido tiende a estimular el trabajo de parto y provoca un parto pretérmino. El promedio de la gestación es

- Gemelos: 35 a 36 semanas
- Trillizos: 32 semanas
- Embarazos cuádrigemelares: 30 semanas

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).



Embolia de líquido amniótico

La embolia de líquido amniótico ocurre cuando parte del líquido amniótico, que contiene células o tejido del feto, penetra en el torrente sanguíneo de la mujer embarazada y provoca una grave reacción. (El líquido amniótico es el fluido que rodea el feto dentro del útero.) Esta reacción puede dañar los pulmones y el corazón y causar un sangrado excesivo.

Factores de riesgo

El riesgo puede aumentar con

- Edad materna avanzada
- Más de un feto, como en los gemelos o trillizos (véase partos múltiples)
- Un exceso de líquido amniótico alrededor del feto (polihidramnios o hidramnios).
- La placenta en posición incorrecta (placenta previa).
- Placenta con una fijación anormalmente firme al útero (placenta accreta)
- La placenta se desprende demasiado pronto (desprendimiento de placenta)
- Una lesión abdominal
- Eclampsia
- El parto comenzó con medicamentos (inducido)
- Desgarro en el cuello uterino
- Fórceps utilizados durante el parto
- Desprendimiento del útero
- Necesidad de cesárea

Síntomas

El líquido o los tejidos pueden provocar una reacción grave en la mujer embarazada. La reacción generalmente ocurre durante el parto o poco después de éste. La mujer puede presentar frecuencia cardíaca acelerada, ritmo cardíaco irregular, presión arterial baja y dificultad respiratoria. Puede dejar de respirar (insuficiencia respiratoria) o su corazón puede pararse (paro cardíaco). El riesgo de muerte es alto.

La coagulación intravascular diseminada es una complicación frecuente. En este trastorno se desarrollan pequeños coágulos de sangre a lo largo del torrente sanguíneo, dando lugar a una hemorragia generalizada con pérdida masiva de sangre. Se requiere atención de emergencia.

Diagnóstico

- Evaluación médica
- Análisis de sangre

En la embolia de líquido amniótico es fundamental el diagnóstico y el tratamiento precoces. Los médicos pueden solicitar análisis de sangre para verificar el funcionamiento de ciertas proteínas que ayudan a la sangre a coagularse normalmente.

El médico diagnostica una embolia del líquido amniótico basándose en los síntomas, en particular cuando la madre presenta los síntomas siguientes:

- Parada repentina del corazón
- Dificultad respiratoria repentina
- Hipotensión arterial
- Hemorragia generalizada y no controlada

Tratamiento

- Equipo de atención de emergencia
- Reanimación cardiorrespiratoria
- Medicamentos utilizados para inducir contracciones
- Transfusión de sangre y componentes sanguíneos

La embolia de líquido amniótico es una emergencia potencialmente mortal y requiere atención urgente por parte de un equipo de especialistas con equipación de cuidados intensivos.

A las mujeres con embolia de líquido amniótico se les puede administrar una transfusión de sangre y componentes sanguíneos. La inyección de un factor de coagulación (que permite coagular la sangre) puede salvarle la vida. Puede que la mujer precise asistencia respiratoria o fármacos que mejoren la contractilidad cardíaca. La reanimación cardiorrespiratoria a menudo es necesaria.

Si la reanimación cardiorrespiratoria no resuelve el paro cardíaco de una mujer embarazada, el bebé puede nacer de inmediato usando fórceps o un dispositivo de vacío (ventosa) o bien mediante un parto por cesárea. El parto puede ser fundamental para la supervivencia de la mujer y salvar la vida del feto si este tiene la edad suficiente para sobrevivir fuera del útero.

Las mujeres reciben medicamentos utilizados para inducir contracciones que ayudan a evitar el sangrado excesivo.



Distocia de hombro

La distocia de hombros ocurre durante un intento de parto vaginal (en la segunda etapa del trabajo de parto [pujos]) cuando se produce el nacimiento de la cabeza fetal pero el parto no progresa porque el hombro anterior está impactado detrás de la sínfisis púbica o el hombro posterior es obstruido por el promontorio sacro. Es una emergencia obstétrica y puede provocar lesiones fetales o la muerte o lesiones maternas.

Factores de Riesgo

- **Macrosomía fetal**
- Obesidad materna
- **Diabetes mellitus**
- Distocia de hombro en un embarazo anterior
- **Parto vaginal operatorio (instrumental)**
- Trabajo de parto rápido
- **Trabajo de parto prolongado**

Los riesgos de morbilidad (p. ej., lesión del plexo braquial, fracturas óseas) y la mortalidad neonatal aumentan. La morbilidad materna puede incluir hemorragia posparto, laceraciones perineales, lesiones del esfínter, separación de la sínfisis del pubis y neuropatía cutánea femoral lateral asociada con hiperflexión de las piernas.

El diagnóstico de desproporción fetopélvica se sugiere por las estimaciones clínicas prenatales de las **dimensiones pélvicas**, la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado.

Signos y Síntomas

Un signo temprano de una posible distocia de hombros es una segunda etapa prolongada del trabajo de parto, sobre todo en un feto con factores de riesgo. Si se sospecha un feto grande (> 4.000 g) y el trabajo de parto es prolongado, el equipo obstétrico debe prepararse para una posible distocia de hombros.

Diagnóstico

La distocia de hombros se diagnostica cuando se libera la cabeza fetal, que luego se retrae contra el periné materno (signo de la tortuga) y luego el hombro anterior no se libera a pesar de la tracción suave hacia abajo de la cabeza fetal.



Gestión de la Distocia de hombro

- Se le debe anunciar al equipo médico que hay una distocia de hombros y solicitar personal adicional de obstetricia, pediatría y anestesiología, según sea necesario.
- Se debe colocar a la paciente embarazada en posición de litotomía dorsal.
- Realizar maniobras (McRoberts, presión suprapúbica, maniobra de tornillo de Wood, Rubin, liberación del hombro o el brazo posterior).
- A veces, fractura intencional de la clavícula fetal.
- Si todas las demás medidas fallan, se debe realizar la maniobra de Zavanelli (flexión y reposición de la cabeza fetal en la pelvis materna, seguida de cesárea).

El segundo estadio del trabajo de parto es prolongado, puede administrarse oxitocina, si se considera apropiada. Si la oxitocina restablece el progreso normal y el peso fetal es < 5.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una mujer con diabetes, el parto puede continuar con seguridad. La mujer también debe ser reevaluada para determinar si es seguro y apropiado un **parto vaginal operatorio (instrumental)** (con fórceps o extractor por vacío). Sin embargo, tratar de dar a luz a un feto que es demasiado grande con fórceps o ventosa extractora con vacío (vacuum) puede causar complicaciones.

Una vez reconocida la distocia de hombro, debe pedirse la ayuda de más personal en la sala de partos e intentarse varias 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 o el anterior para rotar al feto en la dirección que resulte más fácil (maniobra de Wood en tirabuzón o de Rubin).
- 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.
- Si el obstetra no puede alcanzar el brazo posterior, se puede utilizar la tracción axilar (colocando los dedos en la axila posterior) para intentar liberar el hombro posterior.

Puede realizarse una episiotomía en cualquier momento para facilitar las maniobras. A veces, si otras maniobras no son eficaces, los médicos ayudan a la paciente a darse la vuelta y ponerse en posición de cuatro patas (sobre las manos y las rodillas; maniobra de Gaskin), aunque esto se considera un último recurso (1).

Estas maniobras aumentan los riesgos de fractura del húmero o la clavícula. A veces, la clavícula se fractura intencionalmente en una dirección lejos de los pulmones fetales para desencajar el hombro.

Si todas las maniobras resultan ineficaces, el obstetra flexiona la cabeza del bebé y revierte los movimientos cardinales del trabajo de parto, recolocando la cabeza en la vagina o el útero; luego, el bebé se extrae por cesárea (maniobra de Zavanelli). En entornos donde la cesárea segura y rápida no es posible, se puede considerar la sinfisiotomía (ensanchamiento de la salida pélvica mediante incisión quirúrgica del cartílago de la sínfisis púbica). Este procedimiento se utiliza en raras ocasiones, ya que se asocia con un alto riesgo de morbilidad materna a largo plazo, incluyendo fístulas obstétricas e incontinencia urinaria.

Desproporción Feto Pelviana

La desproporción fetopélvica (DFP) puede aumentar el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Esto se debe a que la DFP puede causar un trabajo de parto prolongado, que puede derivar en: Endomiometritis, Disminución del pH fetal, Hospitalización prolongada.

Causa

La DFP se produce cuando el tamaño o la posición de la cabeza del bebé no se ajustan a la pelvis de la madre. Esto puede provocar que el trabajo de parto se estanque.

Factores de riesgo

Se produce cuando la cabeza o el cuerpo del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre.

Algunos factores de riesgo para la DCP son:

- Obesidad materna
- Parto por cesárea anterior
- Diabetes gestacional
- Postmadurez o edad gestacional mayor de 41 semanas
- Multiparidad
- Baja estatura
- Medida diagonal transversal <9,5 cm
- Antecedentes de deficiencia de calcio infantil o raquitismo

Tratamiento

Si se diagnostica DFP, la cesárea es el tipo de parto más seguro para la madre y el bebé.

Diagnóstico

Para diagnosticar la DFP, se puede realizar:

- Un examen físico que mida el tamaño de la pelvis.

Otros métodos de diagnóstico incluyen:

- Pelvimetría por rayos X
- Tomografía
- Ultrasonografía,
- Resonancia magnética nuclear

Trabajo de parto Pretérmino

El trabajo de parto prematuro es una de las complicaciones que puede provocar la muerte de la madre durante el parto. El parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación

Signos y síntomas

Usted necesita que un proveedor de atención médica la examine enseguida si tiene:

- Sangrado o cólicos en el abdomen
- **Contracciones** con lumbago o presión en la ingle o los muslos
- Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro
- Sangrado vaginal rojo y brillante
- Una secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina
- Usted rompe fuente (ruptura de membranas)
- Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas
- Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más cercanas

Factores de riesgo

- Haber tenido un parto prematuro anteriormente
- Tener antecedentes de cirugía en el cuello uterino
- Embarazo de gemelos
- Infecciones en la madre o en las membranas que rodean al bebé
- Problemas con la placenta o el útero
- Tabaquismo o consumo de drogas ilegales
- Afecciones crónicas como la diabetes, la alta presión arterial, las enfermedades autoinmunitarias o la depresión
- Obesidad o aumento excesivo de peso durante el embarazo
- Pertener a la raza negra o hispana
- Bajo peso materno pregestacional
- Periodo intergenésico corto, es decir, menos de 18 meses entre el parto y la concepción del siguiente embarazo
- Embarazo en la adolescencia

Causa

Los investigadores no saben realmente qué causa un parto prematuro en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, en realidad sabemos que ciertas afecciones pueden incrementar el riesgo de un parto prematuro, como las siguientes:

- Un parto prematuro anterior
- Antecedentes de cirugía del cuello uterino, como escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés) o conización quirúrgica
- Quedar embarazada de gemelos
- Infección de la madre o de las membranas alrededor del bebé
- Ciertos defectos de nacimiento del bebé
- Hipertensión arterial de la madre
- Cuando la bolsa de agua se rompe antes de tiempo
- Demasiado líquido amniótico
- Sangrado en el primer trimestre

Los problemas de salud de la madre o las opciones de estilo de vida que pueden conducir a un parto prematuro incluyen:

- Consumo de cigarrillo
- Consumo de drogas ilícitas, a menudo cocaína y anfetaminas
- Estrés físico o psicológico grave
- Aumento de peso deficiente durante el embarazo
- Obesidad

Los problemas con la placenta, el útero o el cuello uterino que pueden llevar a un parto prematuro incluyen:

- Cuando el cuello uterino no permanece cerrado por su cuenta (insuficiencia cervicouterina)
- Cuando la forma del útero no es normal
- Mal funcionamiento de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa

Prevención

Para reducir el riesgo de parto prematuro,

- Llame tan pronto como sea posible si piensa que está teniendo un trabajo de parto prematuro. El tratamiento a tiempo es la mejor manera de prevenir un nacimiento prematuro.
 - El cuidado prenatal reduce el riesgo de tener al bebé con demasiada anticipación. .
 - Usted también debe: Hacerse chequeos de rutina a lo largo de su embarazo.
 - Comer alimentos saludables. No fumar. No consumir alcohol ni drogas.
 - Realizar una cantidad moderada de actividad física.
 - Intentar dormir de 8 a 10 horas cada noche.
 - Coméntele a su médico si cree que tiene una infección vaginal.
 - Mantenga sus dientes y encías limpios antes y durante el embarazo. Asegúrese de recibir cuidado prenatal y manténgase al día con las consultas y los exámenes recomendados.
- Reduzca el estrés durante el embarazo.



Tratamiento

El tratamiento de un parto prematuro puede incluir:

Medicamentos tocolíticos: Se administran para detener o disminuir las contracciones del útero. Pueden ser inyectados o administrados por vía intravenosa.

Corticoesteroides: Se usan para ayudar a que los pulmones del bebé maduren y crezcan.

Cerclaje cervical: Se trata de un procedimiento quirúrgico que consiste en cerrar el cuello del útero con suturas. Se realiza cuando el cuello del útero es débil y no se mantiene cerrado.

Antibióticos: Se usan para tratar o prevenir infecciones.

Sulfato de magnesio: Se administra por vía intravenosa a mujeres con un embarazo menor a 32 semanas para ayudar a prevenir problemas en el cerebro del bebé.

Hospitalización: La mujer debe estar hospitalizada si entra en trabajo de parto prematuro.

Si los tratamientos no detienen el parto o si la mujer o el bebé corren peligro, el proveedor de atención médica puede provocar el parto, posiblemente mediante una cesárea.



Trabajo de parto Prolongado

Un trabajo de parto prolongado puede ser una de las complicaciones que se presentan durante el parto y que puede provocar la muerte de la madre. Un embarazo se considera prolongado cuando dura 42 semanas o más. En este caso, la placenta no puede mantener un entorno saludable para el feto

Causas

Causas posibles de parto prolongado. Durante la fase latente, lento borramiento del cuello uterino puede causar que aumente el tiempo de parto. Durante la fase activa, si el bebé es demasiado grande y el canal de parto es demasiado pequeño, o la pelvis de la mujer es demasiado pequeña, la entrega puede durar o no progresar.

Cargando múltiples también puede conducir un parto prolongado, como contracciones uterinas débiles, o una posición incorrecta del bebé. Estudios también conectan el parto prolongado o la falta de progreso a factores psicológicos, tales como preocupación, tensión o miedo. Adicionalmente, ciertos medicamentos para el dolor pueden ralentizar o debilitar sus contracciones.

Signos y síntomas

- La mano de obra se extiende por más de 14 – 20 horas, dependiendo de si es un primer nacimiento.
- La madre parece agotada y angustiada; la deshidratación puede estar presente y la boca puede estar seca debido a la respiración bucal prolongada.
- El dolor puede estar más en la parte posterior y los lados del cuerpo, irradiando a los muslos, en lugar de desde el útero en el abdomen. Esto se debe a una presión excesiva y prolongada sobre los músculos y ligamentos de la espalda.
- Los dolores de parto inicialmente pueden ser severos, frecuentes y prolongados, pero luego disminuyen y se vuelven muy leves a medida que los músculos se fatigan.
- La frecuencia del pulso suele ser alta debido a la deshidratación, agotamiento y estrés.
- Los intestinos gruesos están dilatados y se pueden sentir a lo largo de ambos lados del útero como estructuras grandes y gruesas llenas de aire.
- El útero es sensible al tacto y no se relaja completamente entre las contracciones.
- La aflicción fetal puede desarrollarse.
- Las membranas pueden o no romper temprano. En la ruptura temprana, existe el riesgo de infección del bebé si no se prescriben antibióticos adecuados.

Tratamiento

- Oxitocina
- A veces, parto operatorio si la segunda etapa del trabajo de parto se prolonga
- Cesárea

Si la primera y segunda etapa del trabajo de parto se encuentra prolongada o detenida y el peso fetal es < 5.000 g (< 4.500 g en mujeres diabéticas), el trabajo de parto puede potenciarse con oxitocina, que es el tratamiento de la disfunción hipotónica. Si se restablece el progreso, el trabajo de parto puede proceder. Si no, puede requerirse una cesárea.

Si un trabajo de parto en la segunda etapa es prolongada, maniobras con fórceps o un extractor por vacío pueden ser apropiadas después de valorar el tamaño fetal, la presentación y la estación (2 cm por debajo de las espinas isquiáticas maternas [+2] o más bajo) y también la pelvis materna.

La disfunción uterina hipertónica es difícil de tratar, pero el reposicionamiento, los tocolíticos de acción corta (p. ej., terbutalina 0,25 mg IV 1 vez), interrumpir la oxitocina si está usándose y los analgésicos pueden ayudar.

Prevención

Para prevenir un parto prolongado, se puede:

- Inducir el trabajo de parto entre las semanas 41 y 42
- Mantener un estilo de vida saludable durante el embarazo
- Evitar el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas
- Reducir el estrés
- Realizar visitas periódicas al médico o a la matrona
- Si el parto se prolonga, se puede:
 - Relajarse y esperar a que el cuello del útero madure
 - Tomar un paseo, dormir o tomar un baño caliente
 - Cambiar de posición
 - Usar oxitocina para estimular las contracciones uterinas

Factores de Riesgo

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de un parto prolongado son:

Embarazos anteriores: Si es el primer embarazo o si un embarazo anterior se prolongó más de dos semanas

Peso: Un índice de masa corporal de 30 o más (obesidad)

Fecha de parto: Si la fecha prevista de parto se calculó mal

Desproporción fetopelviana: Si el feto no puede pasar por la pelvis materna

Administración de medicamentos: Si los medicamentos para inducir el parto se administran de forma incorrecta o con la dosis inadecuada

Otros factores: El origen étnico, la edad de la madre, fumar, beber alcohol, recibir atención médica tardía o nula, la paridad, el hipotiroidismo, la preeclampsia, o trabajar en turnos nocturnos

Diagnóstico

- Examen cervical
- Evaluación de las contracciones uterinas

El diagnóstico del trabajo de parto prolongado es clínico.

Si se identifica una causa, puede contribuir a la decisión de continuar el trabajo de parto o de proceder con un parto vaginal operatorio o una cesárea.

La estimación del peso fetal a través del examen físico o la ecografía cuando la paciente se encuentra en la primera etapa del trabajo de parto es útil para determinar si existe macrosomía fetal (peso fetal > 5000 g [> 4500 g en mujeres diabéticas]). Además de ser una causa de trabajo de parto prolongado, la macrosomía fetal también es un factor de riesgo para la distocia de hombros y la laceración perineal grave, y se deben hacer preparativos apropiados.

La disfunción uterina se diagnostica evaluando la fuerza y la frecuencia de las contracciones mediante la palpación del útero o con el uso de un catéter de presión intrauterina.

La determinación de los criterios convencionales para definir el trabajo de parto prolongado o detenido en cada etapa del trabajo de parto ha sido objeto de controversia, y no hay definiciones establecidas. Los criterios comúnmente utilizados para definir el trabajo de parto prolongado o detenido en cada etapa o fase incluyen:

- Primera etapa, fase latente: se considera prolongada cuando dura > 20 horas en pacientes nulíparas o > 14 horas en pacientes múltiparas (algunos estudios han informado duraciones más largas) (1).
- Primer estadio, fase activa: se considera prolongada cuando, después de alcanzar una dilatación de 6 cm, la velocidad de dilatación del cuello uterino es < 1,2 cm/hora en pacientes nulíparas o < 1,5 cm/hora en pacientes múltiparas. La detención de la fase activa se define típicamente como la ausencia de cambios en la dilatación cervical durante 2 a 4 horas.
- Segunda etapa: la detención se define con al menos 3 horas de pujos en mujeres nulíparas o al menos 2 horas en mujeres múltiparas (se debe agregar 1 hora a estas definiciones cuando se utiliza anestesia epidural) (2).
- Tercera etapa: la duración normal es 30 minutos.



Distocia de hombro

La distocia de hombros ocurre durante un intento de parto vaginal (en la segunda etapa del trabajo de parto [pujos]) cuando se produce el nacimiento de la cabeza fetal pero el parto no progresa porque el hombro anterior está impactado detrás de la sínfisis púbica o el hombro posterior es obstruido por el promontorio sacro. Es una emergencia obstétrica y puede provocar lesiones fetales o la muerte o lesiones maternas.

Factores de Riesgo

- **Macrosomía fetal**
- Obesidad materna
- **Diabetes mellitus**
- Distocia de hombro en un embarazo anterior
- **Parto vaginal operatorio (instrumental)**
- Trabajo de parto rápido
- **Trabajo de parto prolongado**

Los riesgos de morbilidad (p. ej., lesión del plexo braquial, fracturas óseas) y la mortalidad neonatal aumentan. La morbilidad materna puede incluir hemorragia posparto, laceraciones perineales, lesiones del esfínter, separación de la sínfisis del pubis y neuropatía cutánea femoral lateral asociada con hiperflexión de las piernas.

El diagnóstico de desproporción fetopélvica se sugiere por las estimaciones clínicas prenatales de las **dimensiones pélvicas**, la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado.

Signos y Síntomas

Un signo temprano de una posible distocia de hombros es una segunda etapa prolongada del trabajo de parto, sobre todo en un feto con factores de riesgo. Si se sospecha un feto grande (> 4.000 g) y el trabajo de parto es prolongado, el equipo obstétrico debe prepararse para una posible distocia de hombros.

Diagnóstico

La distocia de hombros se diagnostica cuando se libera la cabeza fetal, que luego se retrae contra el periné materno (signo de la tortuga) y luego el hombro anterior no se libera a pesar de la tracción suave hacia abajo de la cabeza fetal.



Gestión de la Distocia de hombro

- Se le debe anunciar al equipo médico que hay una distocia de hombros y solicitar personal adicional de obstetricia, pediatría y anestesiología, según sea necesario.
- Se debe colocar a la paciente embarazada en posición de litotomía dorsal.
- Realizar maniobras (McRoberts, presión suprapúbica, maniobra de tornillo de Wood, Rubin, liberación del hombro o el brazo posterior).
- A veces, fractura intencional de la clavícula fetal.
- Si todas las demás medidas fallan, se debe realizar la maniobra de Zavanelli (flexión y reposición de la cabeza fetal en la pelvis materna, seguida de cesárea).

El segundo estadio del trabajo de parto es prolongado, puede administrarse oxitocina, si se considera apropiada. Si la oxitocina restablece el progreso normal y el peso fetal es < 5.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una mujer con diabetes, el parto puede continuar con seguridad. La mujer también debe ser reevaluada para determinar si es seguro y apropiado un **parto vaginal operatorio (instrumental)** (con fórceps o extractor por vacío). Sin embargo, tratar de dar a luz a un feto que es demasiado grande con fórceps o ventosa extractora con vacío (vacuum) puede causar complicaciones.

Una vez reconocida la distocia de hombro, debe pedirse la ayuda de más personal en la sala de partos e intentarse varias 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 o el anterior para rotar al feto en la dirección que resulte más fácil (maniobra de Wood en tirabuzón o de Rubin).
- 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.
- Si el obstetra no puede alcanzar el brazo posterior, se puede utilizar la tracción axilar (colocando los dedos en la axila posterior) para intentar liberar el hombro posterior.

Puede realizarse una episiotomía en cualquier momento para facilitar las maniobras. A veces, si otras maniobras no son eficaces, los médicos ayudan a la paciente a darse la vuelta y ponerse en posición de cuatro patas (sobre las manos y las rodillas; maniobra de Gaskin), aunque esto se considera un último recurso (1).

Estas maniobras aumentan los riesgos de fractura del húmero o la clavícula. A veces, la clavícula se fractura intencionalmente en una dirección lejos de los pulmones fetales para desencajar el hombro.

Si todas las maniobras resultan ineficaces, el obstetra flexiona la cabeza del bebé y revierte los movimientos cardinales del trabajo de parto, recolocando la cabeza en la vagina o el útero; luego, el bebé se extrae por cesárea (maniobra de Zavanelli). En entornos donde la cesárea segura y rápida no es posible, se puede considerar la sinfisiotomía (ensanchamiento de la salida pélvica mediante incisión quirúrgica del cartílago de la sínfisis púbica). Este procedimiento se utiliza en raras ocasiones, ya que se asocia con un alto riesgo de morbilidad materna a largo plazo, incluyendo fístulas obstétricas e incontinencia urinaria.

Desproporción Feto Pelviana

La desproporción fetopélvica (DFP) puede aumentar el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Esto se debe a que la DFP puede causar un trabajo de parto prolongado, que puede derivar en: Endomiometritis, Disminución del pH fetal, Hospitalización prolongada.

Tratamiento

Si se diagnostica DFP, la cesárea es el tipo de parto más seguro para la madre y el bebé.

Causa

La DFP se produce cuando el tamaño o la posición de la cabeza del bebé no se ajustan a la pelvis de la madre. Esto puede provocar que el trabajo de parto se estanque.

Diagnóstico

Para diagnosticar la DFP, se puede realizar:

- Un examen físico que mida el tamaño de la pelvis.

Otros métodos de diagnóstico incluyen:

- Pelvimetría por rayos X
- Tomografía
- Ultrasonografía,
- Resonancia magnética nuclear

Factores de riesgo

Se produce cuando la cabeza o el cuerpo del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre.

Algunos factores de riesgo para la DCP son:

- Obesidad materna
- Parto por cesárea anterior
- Diabetes gestacional
- Postmadurez o edad gestacional mayor de 41 semanas
- Multiparidad
- Baja estatura
- Medida diagonal transversal <9,5 cm
- Antecedentes de deficiencia de calcio infantil o raquitismo

Trabajo de parto Pretérmino

El trabajo de parto prematuro es una de las complicaciones que puede provocar la muerte de la madre durante el parto. El parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación

Signos y síntomas

Usted necesita que un proveedor de atención médica la examine enseguida si tiene:

- Sangrado o cólicos en el abdomen
- **Contracciones** con lumbago o presión en la ingle o los muslos
- Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro
- Sangrado vaginal rojo y brillante
- Una secreción espesa y mucosa con sangre proveniente de la vagina
- Usted rompe fuente (ruptura de membranas)
- Más de 5 contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas
- Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más cercanas

Causa

Los investigadores no saben realmente qué causa un parto prematuro en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, en realidad sabemos que ciertas afecciones pueden incrementar el riesgo de un parto prematuro, como las siguientes:

- Un parto prematuro anterior
- Antecedentes de cirugía del cuello uterino, como escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, por sus siglas en inglés) o conización quirúrgica
- Quedar embarazada de gemelos
- Infección de la madre o de las membranas alrededor del bebé
- Ciertos defectos de nacimiento del bebé
- Hipertensión arterial de la madre
- Cuando la bolsa de agua se rompe antes de tiempo
- Demasiado líquido amniótico
- Sangrado en el primer trimestre

Los problemas de salud de la madre o las opciones de estilo de vida que pueden conducir a un parto prematuro incluyen:

- Consumo de cigarrillo
- Consumo de drogas ilícitas, a menudo cocaína y anfetaminas
- Estrés físico o psicológico grave
- Aumento de peso deficiente durante el embarazo
- Obesidad

Los problemas con la placenta, el útero o el cuello uterino que pueden llevar a un parto prematuro incluyen:

- Cuando el cuello uterino no permanece cerrado por su cuenta (insuficiencia cervicouterina)
- Cuando la forma del útero no es normal
- Mal funcionamiento de la placenta, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa

Factores de riesgo

- Haber tenido un parto prematuro anteriormente
- Tener antecedentes de cirugía en el cuello uterino
- Embarazo de gemelos
- Infecciones en la madre o en las membranas que rodean al bebé
- Problemas con la placenta o el útero
- Tabaquismo o consumo de drogas ilegales
- Afecciones crónicas como la diabetes, la alta presión arterial, las enfermedades autoinmunitarias o la depresión
- Obesidad o aumento excesivo de peso durante el embarazo
- Pertener a la raza negra o hispana
- Bajo peso materno pregestacional
- Periodo intergenésico corto, es decir, menos de 18 meses entre el parto y la concepción del siguiente embarazo
- Embarazo en la adolescencia

Rotura Uterina

La rotura uterina es una complicación obstétrica poco frecuente que puede provocar la muerte de la madre:

- La mortalidad materna en casos de rotura uterina oscila entre el 1 y el 13%.
- En mujeres sin cesárea previa, la mortalidad materna es del 20 al 40%.
- La mortalidad fetal está entre el 74 y el 92%.

Síntomas

- El más común de una rotura uterina es un dolor abdominal brusco.
- Cambios en los patrones de contracción
- Bradicardia fetal o desaceleraciones variables
- Sangrado o hemorragia vaginal
- Pérdida de la estación fetal
- Inestabilidad hemodinámica, es decir, problemas de presión arterial y frecuencia cardíaca
- Hematuria si la ruptura se extiende a la vejiga

Causas

- Sobredistensión uterina, que puede ser causada por un embarazo múltiple, polihidramnios o anomalías fetales
- Versión fetal interna o externa
- Perforación iatrogénica
- Uso excesivo de uterotónicos
- Falta de reconocimiento de la distocia del trabajo de parto
- Cirugías uterinas previas, como una cesárea
- Contracciones muy violentas, especialmente en mujeres que han tenido muchos embarazos
- Traumatismo externo, como accidentes o heridas

Factores de Riesgo

- Algunos factores de riesgo para la rotura uterina son:
- Cicatriz de una cesárea previa
- Cirugías uterinas
- Malformaciones uterinas
- Gran multiparidad
- Macrosomía fetal
- Desproporción cefalopélvica
- Anomalías de placentación
- Partos instrumentalizados
- Versiones extrínsecas
- Inadecuadas inducciones con prostaglandinas u oxitocina

Diagnóstico

- Laparotomía

El diagnóstico de la rotura uterina se confirma mediante laparotomía. Se realiza habitualmente por laparotomía al observar la disrupción de la pared uterina. Generalmente se decide la práctica de laparotomía ante la sospecha clínica, sobre todo si aparece en una mujer con historia de cirugía uterina previa

Tratamiento

- Laparotomía con cesárea
- Histerectomía, si es necesario

El tratamiento de la rotura uterina es la laparotomía inmediata con cesárea y, si es necesario, histerectomía.

El tratamiento para una rotura uterina durante el parto consiste en una laparotomía inmediata con cesárea y, si es necesario, una histerectomía. Los objetivos principales son: Controlar el sangrado, Reparar el desgarro uterino, Garantizar la seguridad de la madre y el feto.

La rotura uterina es una emergencia médica que puede tener consecuencias mortales para la madre y el feto. Se produce un desgarro en el útero, lo que deja un orificio en el útero y el abdomen, y puede provocar una pérdida grave de sangre.

Otras Complicaciones

- **El trabajo de parto no progresa.** A veces, las contracciones se debilitan, el cuello uterino no se dilata lo suficiente o de manera oportuna, o el descenso del bebé al canal de parto no se realiza sin problemas. Si el trabajo de parto no progresa, un proveedor de atención médica le puede dar medicamentos a la mujer para aumentar las contracciones y acelerar el trabajo de parto, o la mujer puede necesitar un parto por cesárea.
- **Desgarros perineales.** Es probable que la vagina de una mujer y los tejidos circundantes se rasguen durante el proceso de parto. A veces estos desgarros sanan por sí solos. Si un desgarro es más grave o si la mujer ya ha tenido una episiotomía (un corte quirúrgico entre la vagina y el ano), su proveedor de atención médica ayudará a reparar el desgarro con puntos de sutura.
- **Problemas con el cordón umbilical.** El cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que el bebé se mueve a través del canal de parto. Por lo general, un proveedor de atención médica interviene si el cordón se enrolla alrededor del cuello del bebé, se comprime o sale antes que el bebé.
- **Frecuencia cardíaca anormal del bebé.** Muchas veces, una frecuencia cardíaca anormal durante el trabajo de parto no significa que haya un problema. Es probable que un proveedor de atención médica le pida a la mujer que cambie de posición para ayudar al bebé a obtener un mayor flujo de sangre. En ciertos casos, como cuando los resultados de las pruebas muestran un problema mayor, el parto deberá ocurrir de inmediato. En esta situación, es más probable que la mujer necesite un parto por cesárea de emergencia o que el proveedor de atención médica deba realizar una episiotomía para ampliar la abertura vaginal para el parto.
- **Asfixia perinatal.** Esta condición ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o el bebé no recibe suficiente oxígeno durante el trabajo de parto o parto o justo después del nacer.
- **Distocia de hombros.** En esta situación, la cabeza del bebé ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado.
- **Sangrado excesivo.** Si el parto causa un desgarro en el útero, o si el útero no se contrae para liberar la placenta, se puede producir un sangrado abundante. En todo el mundo, este tipo de sangrado es una de las principales causas de muerte materna. El NICHD ha apoyado estudios para investigar el uso de misoprostol para reducir el sangrado, en especial en entornos de escasos recursos.
- **La fuente se rompe de manera prematura.** Por lo general, el trabajo de parto comienza por sí solo en las 24 horas posteriores a la rotura de la fuente. De no ser así, y si el embarazo está cerca o a término, el proveedor de atención médica probablemente induzca el trabajo de parto. Si se rompe la fuente antes de las 34 semanas de embarazo, se supervisará a la mujer en el hospital. La infección puede convertirse en una preocupación importante si se rompe la fuente de manera prematura y el trabajo de parto no comienza por sí solo.

Más Complicaciones

1. Sufrimiento materno durante el trabajo de parto y el parto
2. Choque durante o después del trabajo de parto y el parto
3. Retraso del parto después de la ruptura artificial de las membranas
4. Retraso del parto después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas
5. Parto vaginal posterior a una cesárea previa
6. Complicación no especificada del trabajo de parto y del parto



Referencias Bibliográficas

1. <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/asistencia-y-control-del-parto/#:~:text=La%20Asistencia%20y%20Control%20del%20Parto%20es%20un%20procedimiento%20que,la%20gestaci%C3%B3n%20y%20el%20Parto.>
2. <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
3. <https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/intervenciones-de-enfermeria-para-la-atencion-de-la-mujer-en-induccion-del>
4. <https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/asistencia-y-atencion-del-parto-fases-y-beneficios/>
5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402169#:~:text=En%20cuanto%20a%20las%20complicaciones,cord%C3%B3n%20umbilical%20y%20Rotura%20uterina>
6. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/embarazo-multifetal>
7. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/embolia-de-l%C3%ADquido-amni%C3%B3tico?ruleredirectid=757>
8. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/distocia-de-hombro>
9. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>
10. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto-prolongado-o-detenido>
11. <https://www.abclawcenters.com/espanol/laboral-prolongada-c-seccion-retrasada/>
12. <https://www.nysora.com/es/anestesia/ruptura-uterina/>
13. https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/rotura-uterina#Causas_v87827527_es

h