



**Alumno:** Nancy zaraus Velázquez

**Nombre del tema:** Asistencia y cuidado durante el parto

**Parcial:** único

**Nombre de la materia:** Enfermería en el cuidado de la mujer

**Nombre del profesor:** Alfonso Velásquez Ramírez

**Nombre de la licenciatura:** Enfermería

**Cuatrimestre:** Cuarto cuatrimestre

**Lugar y fecha:** Pichucalco Chiapas a 30 de noviembre del 2024

# Principales causas de muerte durante el parto

La organización mundial de la salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada".

## ❖ Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica (HO) sigue siendo la causa más común de mortalidad materna en todo el mundo corresponde al 50% de las causas de muerte materna lo que equivale a 530,000 muertes al año.

### Criterios de diagnósticos:

Perdida mayor al 25% de la volemia (50% de la volemia en 3 horas).

Descenso del hematocrito 10 o más puntos.

Perdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos.

Descenso de la hemoglobina 4gr/dl.

Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas (debilidad, vértigo, síncope) y signos (hipotensión, taquicardia u oliguria).



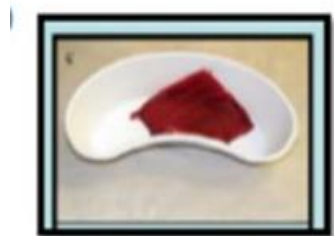
b) Apósito vaginal: 100 ml



e) Compresa 45x45cm: 350ml



h) Hemorragia con derrame en Cama: 1000ml



i) Gasa 10x 10 cm: 60 ml cama



f) Diámetro de derrame sanguíneo en piso:  
50 cm: 500ml  
75 cm: 1000 ml



j) Hemorragia con derrame y piso: 2000 ml

### Clasificación:

Antes del parto:

Placenta previa (0.5%)

Desprendimiento de placenta (10%).

Ruptura uterina.

### En el puerperio:

Precoz 50%:( primeras 24 horas).

Atonía uterina (50 a 60%).

Traumatismo cervicovaginal (20 a 30%).

Transtorno adherencia les placentarios.

Inversión uterina.

### Tardío:

Entre las 24 hrs y la 6ta se mana de desarrollo.

Retención de restos ovulares.

Endometriometritis.

Involución anormal del lecho placentario.

Dehiscencia de la histerorrafia.

### Secundarias:

Coagulopatías congénitas, adquiridas.

Coagulación intravascular diseminada.

Coagulopatía pos transfusional.

Sepsis intrauterina.

Preclamsia/HELLP.

Óbito fetal.

### Causas:

Aborto

Amenaza de abortos

Atonía uterina

Embarazo ectópico

Enfermedad trofoblástica

Lesiones del canal de parto

### Hemorragia pos-parto

Es una pérdida sanguínea superior o igual a 500ml dentro de las 24 horas siguientes a un parto por vía baja o por cesárea.

Es una complicación de alrededor del 5% de los partos cuando la determinación de las pérdidas sanguíneas es imprecisa y de alrededor del 10% en caso de pérdidas cuantificadas. Causa: atonía uterina 60%, retención placentaria 30% y lesiones cervical o vaginales 8%.

### Hemorragia ante-parto

Es el sangrado del tracto genital a partir de las 24 semanas y antes del nacimiento. Causa: placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta. También hay causas locales (sangrado bulbar, vaginal o cervical. Complicación en 3-5 % de embarazos.

### Tratamiento

El manejo inicial de la hemorragia obstétrica se basa en la identificación y la corrección de la causa que lo origina.

### Basado en 3 pilares fundamentales

Medidas generales.

Resucitación.

Control del sangrado.

### Tratamiento no quirúrgico

Medicamentosos (de primera línea).

Intervencionista (de segunda línea).

Radiológico.

### Tratamiento quirúrgico

Cirugía conservadora.

Cirugía radical.



# Estados hipertensivo del embarazo

Multisistémica y de causa desconocida caracterizada por: Placentación anormal (hipoxia/isquemia), disfunción endotelial (predisposición inmunológica), e inflamación sistémica (inapropiada o exagerada).

## Fisiopatología

- Alteración en la síntesis del NO, conduciendo a estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios:
- Aumento del tromboxano A2.
- Disminución de prostaciclina.
- Estimulación del SRAA.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Vasoconstricción generalizada.

Estos cambios reducen el flujo útero placentario favoreciendo al daño endotelial, ocasionando el aumento de la permeabilidad endotelial, pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante.

## Clasificación

Hipertensión gestacional: TA $\geq$ 140/90mmHg, a partir de las 20 SG y sin proteinuria.

Hipertensión crónica: TA $\geq$ 140/90mmHg, antes del embarazo o antes de los 20SC, o que persiste después de las 12 semanas del posparto y ausencia de proteinuria.

## Preeclampsia:

Leve: TAS $\geq$ 140 y < 110 mmHg + proteinuria y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.

## Factores de embarazo de alto riesgo

Existen varios factores que determinan que un embarazo sea de alto riesgo. Entre los más comunes están los siguientes:



## Factores de riesgos altos

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior (preeclampsia).
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune.
- Diabetes mellitus tipo 1 y 2.
- Hipertensión crónica
- Entre otros.

## Factores de riesgos moderado

- Primer embarazo.
- IMC > 25
- Edad materna  $\geq$  de 40 años.
- Embarazo adolescente.
- Hiperplacentación.
- Intervalo intergenésico mayor 10 años.
- Antecedentes familiares de preeclampsia.
- IVU.
- Enfermedad periodontal.
- Entre otras.

Pronóstico: la preeclampsia y eclampsia representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

## Complicaciones:

- Desprendimiento de placenta normoinserta.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Hemorragia cerebral.
- Falla hepática e insuficiencia renal aguda.

Tratamiento	
Fuerza de la recomendación	Recomendaciones para el tratamiento farmacológico en los trastornos hipertensivos del embarazo
<b>B</b>	Se recomienda el inicio de terapia antihipertensiva en mujeres que presenten valores de presión arterial $\geq 160$ mmHg presión arterial sistólica, presión arterial diastólica $\geq 110$ mmHg.
<b>B</b>	Se recomienda el uso de fármacos antihipertensivos para mantener la presión arterial sistólica entre 130 mmHg a 155 mmHg y la diastólica entre 80 mmHg a 105 mmHg teniendo en cuenta el criterio del especialista y las características propias de cada mujer.
<b>A</b>	Para el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo se recomienda nifedipina o labetalol, como primera línea por ser igual de eficaces.
<b>A</b>	No se recomienda el uso de diuréticos ni de expansores del volumen plasmático en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo.
<b>A</b>	Se recomienda evitar los siguientes medicamentos: la nimodipina, el diasóxido y la kentaserina.
<b>B</b>	Está contraindicado el uso durante el embarazo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores del receptor de angiotensina.
<b>B</b>	El atenol y la prazosina no deben ser usados durante el embarazo.
<b>D</b>	Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores del receptor de angiotensina deben ser discontinuados cuando se planifique un embarazo o tan pronto como se diagnostique el mismo.



# PREECLAMPSIA: TRATAMIENTO

**LABETALOL**

**HIDRALAZINA**

**SULFATO DE MG**

**PARTO**

**AulaGinecología.com**

## Medicamentos para el tratamiento de la emergencia hipertensiva

**Nifedipina:** 10 mg VO c/20 o 30 minutos según respuestas. Dosis máxima: 60 mg y luego 10-20 mg cada 6 horas VO. Dosis máximas: 120 mg en 24 horas.

**Hidralazinas:** 5 mg VI. Si la TA diastólica no disminuye se continua dosis de 5 a 10 mg c/20 a 30 minutos en bolos o 0.5 a 10 mg hora por VI. Dosis tope: 20 mg VI o 30 mg VM.

**Labetalol:** comience con 20 mg por VI durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg.

## Tratamiento con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

**Sulfato de magnesio al 20%:** dosis de impregnación 4 g en 20 minutos por VV. Dosis de mantenimiento 1 g/hora.

**Tratamiento con sulfato de magnesio para la eclampsia:** sulfato de magnesio al 20% dosis de impregnación 6 g en 20 minutos por VV. Dosis de mantenimiento 2 g/hora.

**Tratamiento de convulsiones recurrentes:** bolo adicional de 2 g de sulfato de magnesio en 20 minutos y un incremento de la infusión de mantenimiento a 2 g o 3 g/hora.

**Diazepam** 5 a 10 mg intravenoso cada 5 a 10 minutos a una velocidad  $\geq 5$  mg/min y la dosis máxima de 30 mg. El diazepam controla las convulsiones a los 5 minutos en más del 80% de las pacientes.

**Midazolam:** 1 a 2 mg intravenoso en bolo a una velocidad de 2 mg/minuto. Se puede administrar bolos adicionales cada 5 minutos hasta que cedan las convulsiones (dosis máximas de 7.5 mg).

Intoxicación por sulfato de magnesio

### Signos de intoxicación:

- Pérdida del reflejo rotuliano.
- Frecuencia respiratoria  $<$  de 12 por minutos.
- Diuresis menor a 30 cc/hora durante 4 horas previas.
- Gluconato de calcio:
- 1g IV al 10% lento en 3 a 10 minutos.
- Administre oxígeno a 4L/minuto por catéter nasal o 10L/minuto por máscara. Use oximetría de pulso si es disponible.
- En casos severos proceder a intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

## Síndrome de Hellp

Complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo.

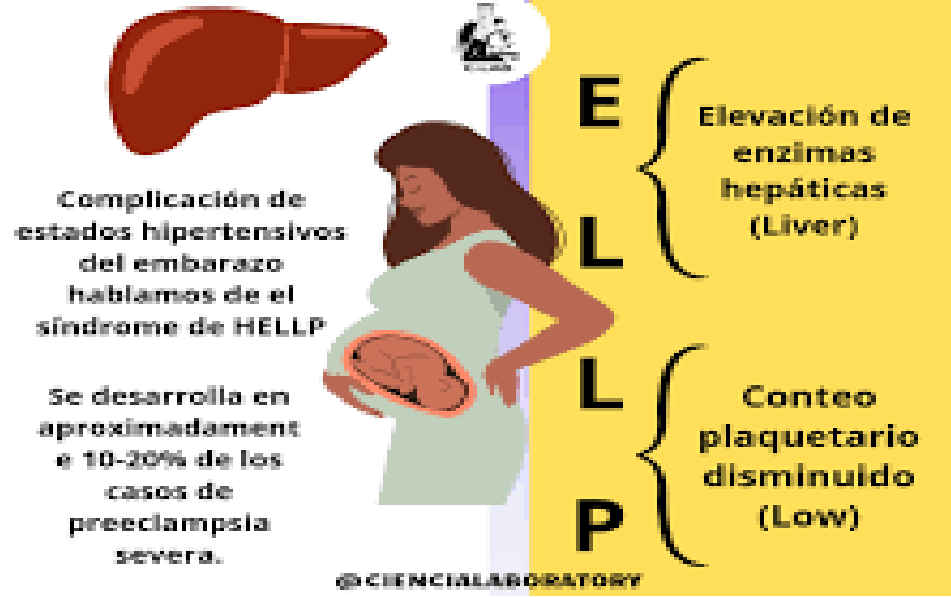
se caracteriza por:

- Daño endotelial microvascular.
- Seguimiento de activación, agregación y consumo de plaquetas que conlleva a una isquemia y necrosis hepatocelular.

Incidencia:

- 3 de cada 1000 embarazos tiene una mortalidad materna de 1-2% y una mortalidad fetal del 10-35%.
- Con una recurrencia del 27% en embarazos siguientes y la incidencia de trastorno hipertensivos del embarazo es de 30% en mujeres con historias previas de síndrome de HELLP.

## SÍNDROME DE



## Cuadro clínico

Los signos y síntomas están relacionados con el vasoespasmo producido sobre el hígado ocasionando signos y síntomas de compromiso hepático, que incluye ictericia, náuseas (con o sin vómito), y dolor epigástrico. Además, pueden presentar otros síntomas como dolor en el hombro derecho, malestar general, cefalea, alteraciones visuales y sangrado mucocutáneo.

**Diagnóstico:** se lo establece con las manifestaciones clínicas.

Triada de laboratorio características (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia).

## Clasificaciones

Clase HELLP	Clasificación Mississippi	Clasificación de Tennessee
1	Plaquetas < 50000/ml AST o ALT ≥ 70 UI/L LDL ≥ 600 UI/L	Plaquetas ≤ 100000/ml AST o ALT ≥ 70 UI/L LDL ≥ 600 UI/L
2	Plaquetas 50000 – 100007ml AST o ALT ≥ 70 UI/L LDL ≥ 600 UI/L	No aplica
3	Plaquetas 100000 – 150000/ml AST o ALT ≥ 40 UI/L LDL ≥ 600 UI/L	No aplica
Parcial/ incompleto	No aplica	Preeclampsia severa + 1 de los criterios de laboratorio para HELLP.

## Transfusión de plaquetas en el síndrome HELLP

Conteo plaquetario	Tipo de parto	
	Vaginal	Cesárea
< 20000/uL (20x10 <sup>3</sup> /L)	si	Si
20000 a 49000/uL (20 a 49 x10 <sup>3</sup> /L)	Considerarlo si Sangrado activo excesivo. Disfunción plaquetaria conocida. Caída rápida del conteo plaquetario. Coagulopatía.	Si
≥ 50000/uL (50 <sup>a</sup> 10 <sup>3</sup> /L)	Considerando si Sangrado activo excesivo. Disfunción plaquetaria conocida. Caída rápida del conteo plaquetario. Coagulopatía.	Considerando si Sangrado activo excesivo. Disfunción plaquetaria conocida. Caída rápida del conteo plaquetario. Coagulopatía.
	No se debe transfundir plaquetas si existe una fuerte sospecha de trombocitopenia inducida por heparina o purpura trombocitopénica trombocítica, síndrome urémico.	



## Trastornos hemodinámicos: embolia de liquido amniótico

La embolia de liquido amniótico es un trastorno poco frecuente, pero grave, que ocurre cuando el líquido amniótico, el líquido que rodea al bebé en el útero durante el embarazo o material fetal, como células fetales ingresan en el torrente sanguíneo de la madre.

### Signos y síntomas

- Hipotensión.
- Disnea.
- Cianosis.
- Espuma en la boca.
- Anomalías de las frecuencias cardíaca fetal.
- Pérdida de la conciencia.
- Paro cardíaco.
- Sangrado del útero, incisiones o accesos intravenosos. Atonía uterina. Actividad convulsiva.

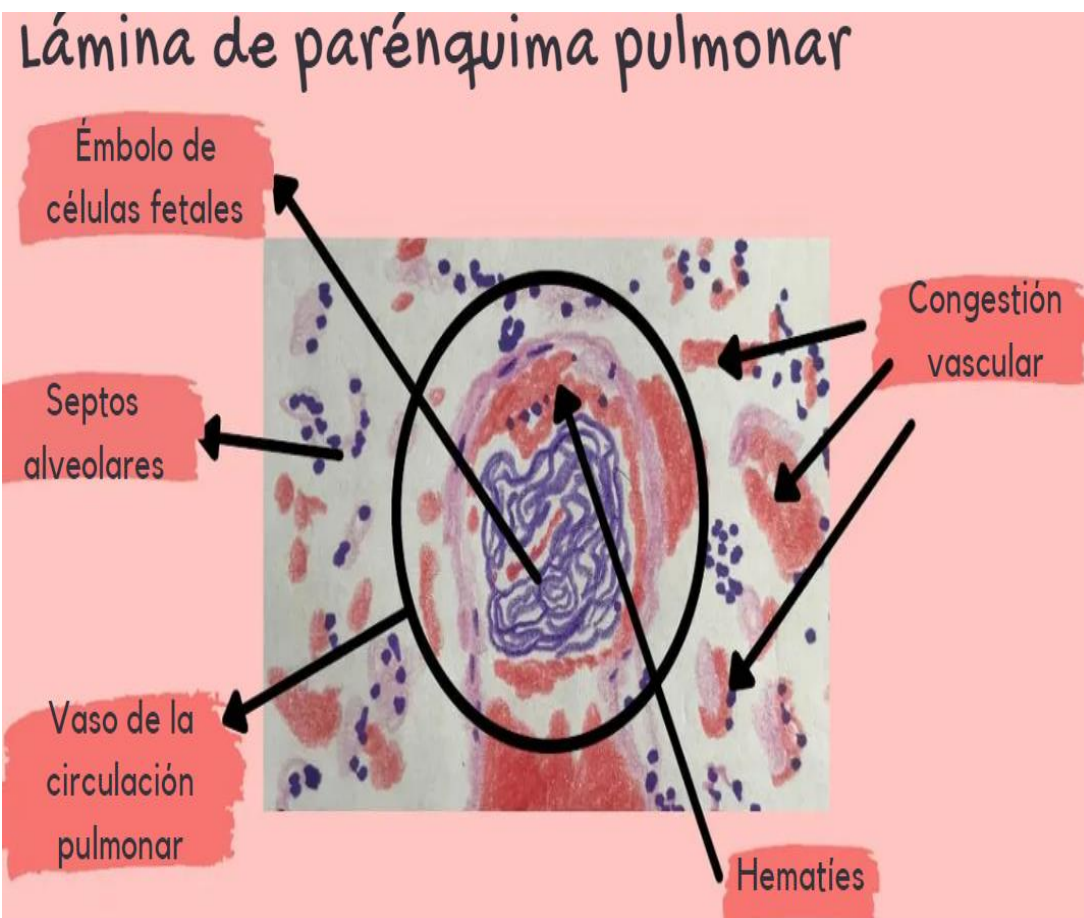
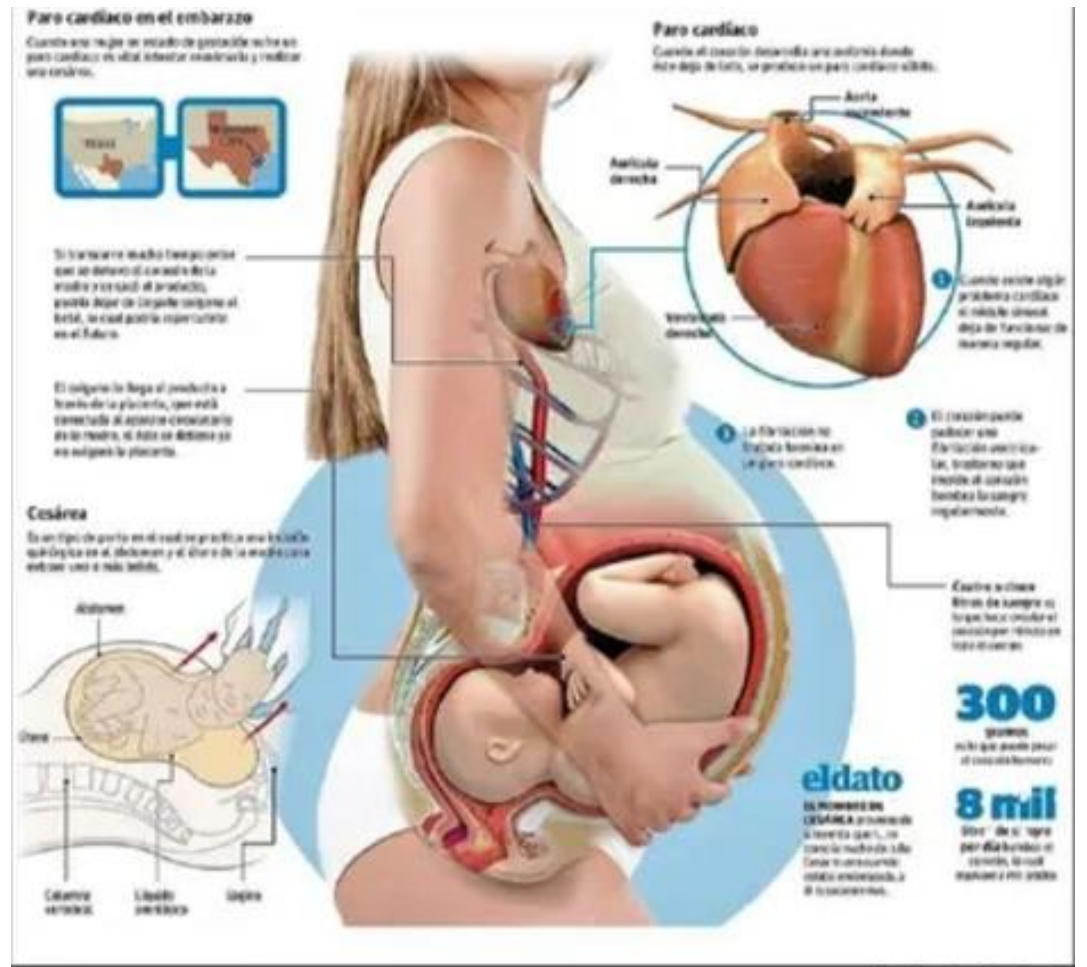
### Factores de riesgo

- Edad avanzada de la madre: 35 años.
- Problemas con la placenta: desprendimiento placentario o placenta previa.
- Preeclampsia.
- Trabajo de parto inducido medicamente.
- Parto instrumentado.
- Polihidramnios: tener demasiado líquido amniótico.

### Complicaciones

- Lesión cerebral.
- Hospitalización prolongada.
- Muerte materna.
- Muerte infantil.

La embolia de líquido amniótico es difícil de diagnosticar, si el médico tiene la sospecha, se necesitará tratamiento de inmediato para prevenir complicaciones que puedan ser potencialmente fatales.



### Clínica

#### Etapa inicial

##### Primera fase:

- Respiratoria.
- Neurológica.

##### Segunda fase:

- Hemodinámica.
- Coagulopatía.

##### Etapa tardía:

- Fallo multiorgánico.

### Diagnóstico

- **Clínico:** análisis de síntomas y signos.
- **Triada clásica:** hipoxia súbita, hipotensión y coagulopatía.
- **Estudios postmortem:** metabolitos de ácido araquidónico, diferentes marcadores de activación de complemento.

### Tratamiento

- Reanimación cardiorrespiratoria.
- Ventilación pulmonar.
- Control de la hemorragia y corrección de la coagulopatía.
- Vasopresores e inotrópicos.
- Parto del feto.

## Atonía uterina

La atonía uterina es responsable de 50% de las hemorragias del alumbramiento y de 4% de las muertes maternas, la atonía uterina es la falla de retracción de las fibras del músculo uterino pueden llevar rápidamente a hemorragias severa y shock hipovolémico.

### Causas

#### 1. Por sobre distensión uterina:

- Embarazos múltiple.
- Polihidramnios.
- Macrosomía fetal.
- Multiparidad.

#### 2. Por fatiga uterina:

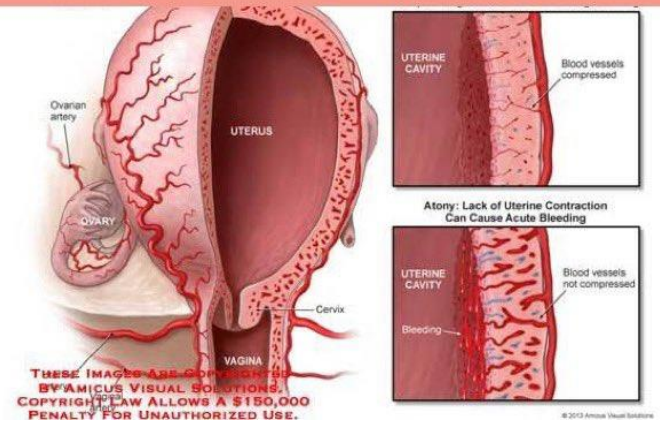
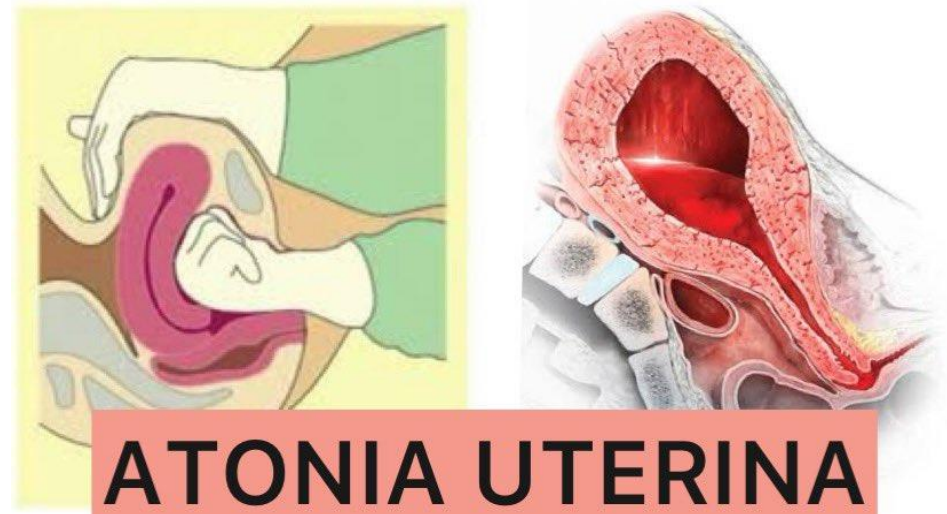
- Mala dirección del alumbramiento.
- Amnionitis.
- Parto prolongado.
- Administración no controlada de oxitócicos.

#### 3. Por obstrucción uterina:

- Retención de partes fetales.
- Placenta acreta.

#### 4. Otras causas:

- Implantación baja de la placenta.
- Toxina bacterianas. Hipoxia debida a hipoperfusión o útero de couvelaire.
- Inversión uterina.



### Clasificación

**Primaria:** es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto, aproximadamente el 10% de las HPP inmediatas postparto obedecen a inercia uterina.

**Secundaria:** es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto, las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

### Síntomas

- La atonía uterina se manifiesta por una hemorragia de importancia variable, que puede ser intensa y de aparición brusca. Además de la hemorragia externa que sale por la vagina y los genitales, hay retención de grandes coágulos de sangre dentro del útero.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Palidez.
- Alteraciones de la conciencia.
- Oliguria.
- Shock hipovolémico

### Diagnostico

Se realiza mediante la exploración física.

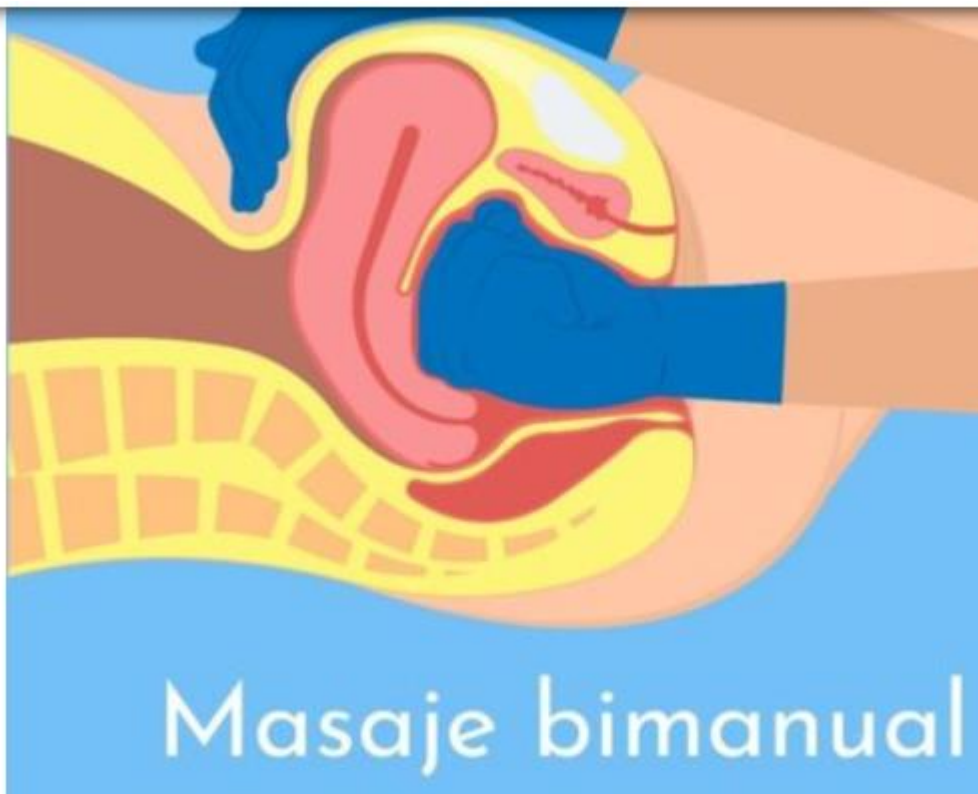
**Tras el parto:** objetiva a la palpación del abdomen que el útero está blando y ha aumentado de tamaño, al realizar un masaje uterino sobre el abdomen se observa la salida de sangre y coágulos por los genitales, además se debe explorar el canal del parto, vaginal y cuello del útero para detectar algún tipo de desgarro.

### Tratamiento

- En caso de atonía uterina se debe valorar la altura uterina y empezar el masaje del fondo uterino si no existe retracción uterina adecuada.
- Se debe iniciar oxitocina 5 unidades en bolo y posteriormente 20 UI en 1000ml de solución salina al 0.9%.
- También se podría colocar 10 UI de oxitocina intramiométrica con aguja espinal, misoprostol para la hemorragia postparto, la indicación más común es administrar 800 a 1200 MG por vía rectal.
- El ácido tranexámico sangrado persistente secundario a trauma genital.

**Cuando estas medidas fracasan se realiza un tratamiento quirúrgico mediante:**

- Legrado instrumental
- Ligaduras de vasos sanguíneos pélvicos.
- Picadura o capitonaje.
- Histerectomía o extracción/extirpación del útero.
- Embolización de los vasos uterinos.



*El masaje bimanual del útero es una de las prácticas no quirúrgicas más comunes, tanto previas como posteriores al parto, para tratar la atonía uterina, buscando inducir las contracciones musculares manualmente.*

# Ruptura uterina

Se entiende por rotura uterina al desgarro de la porción supra vaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero, es una de las complicaciones mas serias del embarazo y parto, es más común la rotura uterina en distocia o parto laborioso el origen es debido a un sobrepaso a la resistencia elástica de la fibra uterina logrando romperlo o disociarlo.

## Clasificación

El desarrollo del segmento inferior y el del cuerpo del útero se puede clasificar según la extensión y con su profundidad.

### Extensión:

- Parcial si es solo una porción ya sea el segmento inferior o el cuerpo uterino.
- Total, si abarca ambas porciones.

### Profundidad:

#### Incompleta:

- cuando abarca mucosa y muscular de la matriz, respetando a la serosa peritoneal.
- Del segmento inferior donde no llega a afectar el peritoneo muestra un desprendimiento a veces extenso comprendiendo el ligamento ancho con formación de un gran hematoma.
- Feto queda en el útero y la placenta mantiene su inserción.

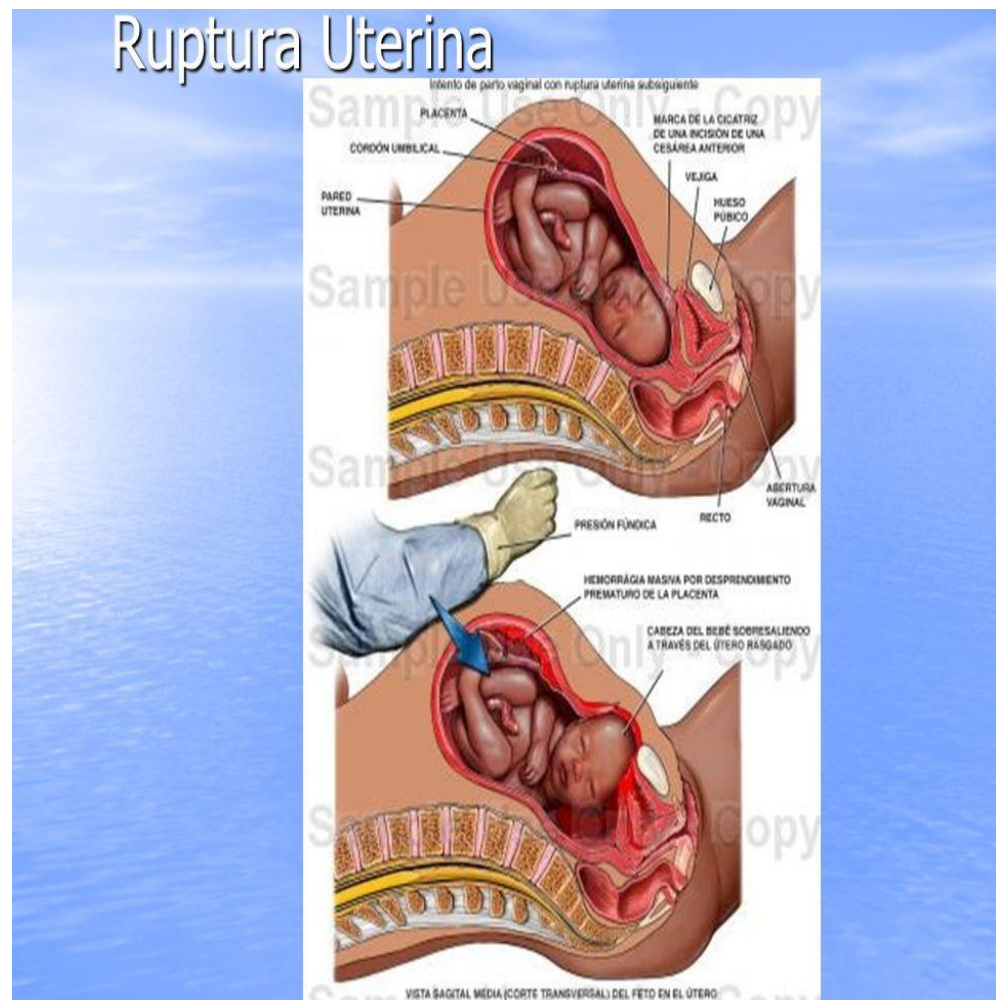
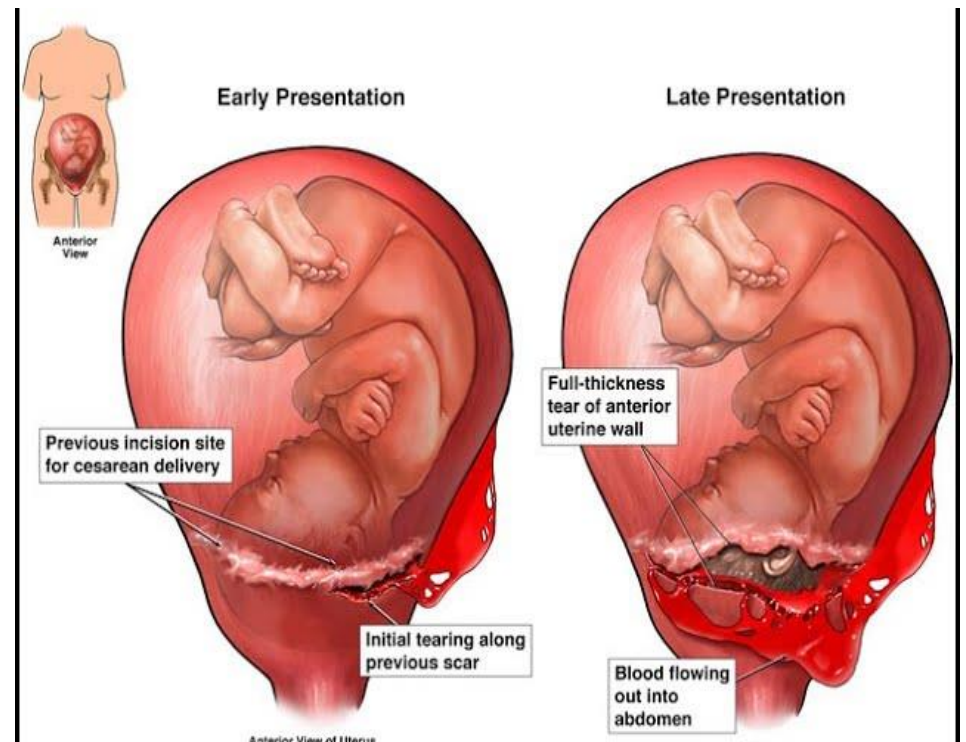
#### Completa:

- Si al ingresar al peritoneo pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal.
- Presenta defecto del espesor total de la pared uterina y serosa exponiendo directamente a la cavidad uterina con la abdominal – segmento inferior es más común puede ser complicada cuando la extensión de la herida afecta algún órgano vecino.
- Incluye vagina – desgarro cervicovaginal.
- Rotura transversal puede llegar a ser extensa que casi divida la matriz por debajo del anillo de contracción.
- Bordes de rotura son irregulares, edematosos, equimóticos y cubiertos de coágulos.
- Si el feto estaba en el útero al ocurrir el accidente puede pasarse a la cavidad abdominal todo o en parte – placenta se queda adherida a la pared uterina.
- La ruptura uterina es más común en las multíparas.

## Clasificación de espontáneas y traumáticas

**Espontáneas:** sin procedimiento medico o aquellas roturas que se presentan en úteros en los cuales puede haber una causa predisponente como multiparidad, procesos endometriticos, hiperdistension, inserción viciosa de placenta y placentas patológicas cuya vellosidades perforan el miometrio o que no tienen una zona apropiada para su implantación disminuyen la resistencia del útero y pueden favorecer el accidente.

**Traumática:** asociado con oxitocina, parto pélvico, fórceps.





# ROTURA UTERINA

DIAGNÓSTICO

MANEJO

CIRUGÍA

PREVENCIÓN



AulaGinecología.com



## Factores de riesgo

- Lesión o anomalía uterina previa al embarazo actual.
- Lesión o anomalía uterina en el embarazo.
- Predisponentes
- La multiparidad extrema.
- Traumatismo obstétrico.
- Macrosomía fetal.
- Presentación inadecuada.

La causa más común de ruptura uterina es la separación de cicatriz uterina por cirugía previa:

### 1. Lesión o anomalía previa al embarazo actual.

- Nacimiento por cesárea o histerectomía.
- Uso de oxitocina.
- Antecedentes de miomectomía por laparotomía plantea riesgo de ruptura uterina.
- Procedimientos histeroscópicos, perforación accidental de miometrio.

### 2. Lesión o anomalía uterina en el embarazo actual.

Malformación mulleriana

Colocación inapropiada de cinturón de seguridad.

Fuerza externas – maniobra de versión externa o maniobra de Kristeller.

Distensión excesiva del útero como embarazo múltiple, polihidramnios, productos con hidrocefalia.

Ruptura uterina espontanea se relaciona a múltiparas.

## Diagnostico

- Angustia por la intensidad y persistencia del dolor.
- Taquicardia.
- Fiebre.
- Palpación de notable contraste entre el cuerpo uterino contraído al máximo y adelgazamiento.
- Sensibilidad dolorosa del segmento inferior.
- Tacto- presentación encajada o fija sobre el estrecho superior: latidos fetales aun no desaparecen si no que se perciben con dificultad por la actividad contráctil del útero.
- Síntomas de la rotura uterina consumada – cesación de las contracciones uterinas después de un brusco dolor en abdomen, localizado en donde seda el desgarro.
- Sensación de alivio por las contracciones, pero al mismo tiempo entra en estado sincopal según la intensidad de la hemorragia y el cambio de la presión intraabdominal.
- Palpación – parte fetal muy cercana a la piel, matriz retraída en fosa iliaca o flanco opuesto donde está la parte fetal.

## Tratamiento

**Hemodinámico:** solución cristaloideas IV para mantener el volumen intravascular y prevención de daño a órganos diana, transfusión de componentes sanguíneos.

**Quirúrgico:** reparación de ruptura, ligadura de vaso pélvico, histerectomía.

Si el feto esta vivo y las vías naturales lo permiten se usará fórceps en caso necesario será vía abdominal.

**La histerectomía** se indica cuando la extensión de la herida y su infiltrado sea un peligro de rotura uterina.

*Completa*

*Incompleta*



## Retención placentaria

Es una afección que se produce cuando la placenta no se expulsa de forma natural después del parto ya sea total o parcialmente esto afecta a entre un 0,5% y un 3% de las mujeres tras el parto y es una causa principal de muerte materna debido a la hemorragia posparto.

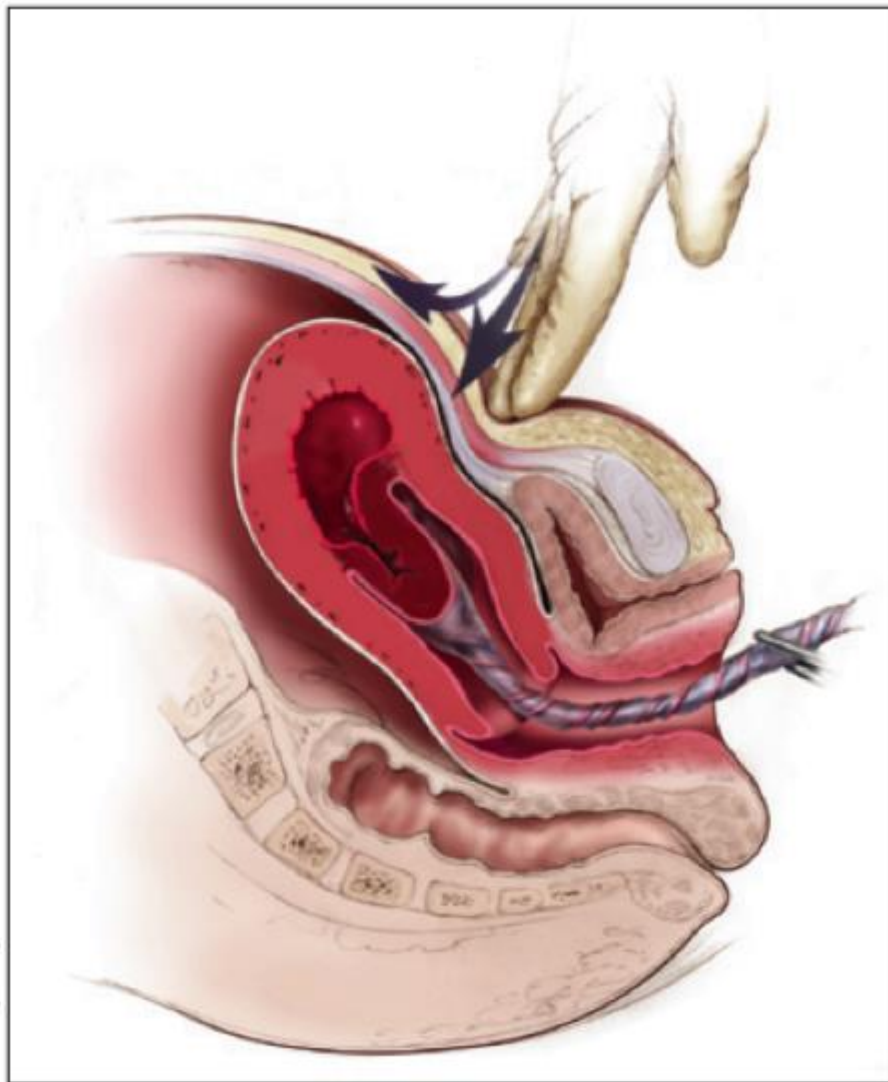
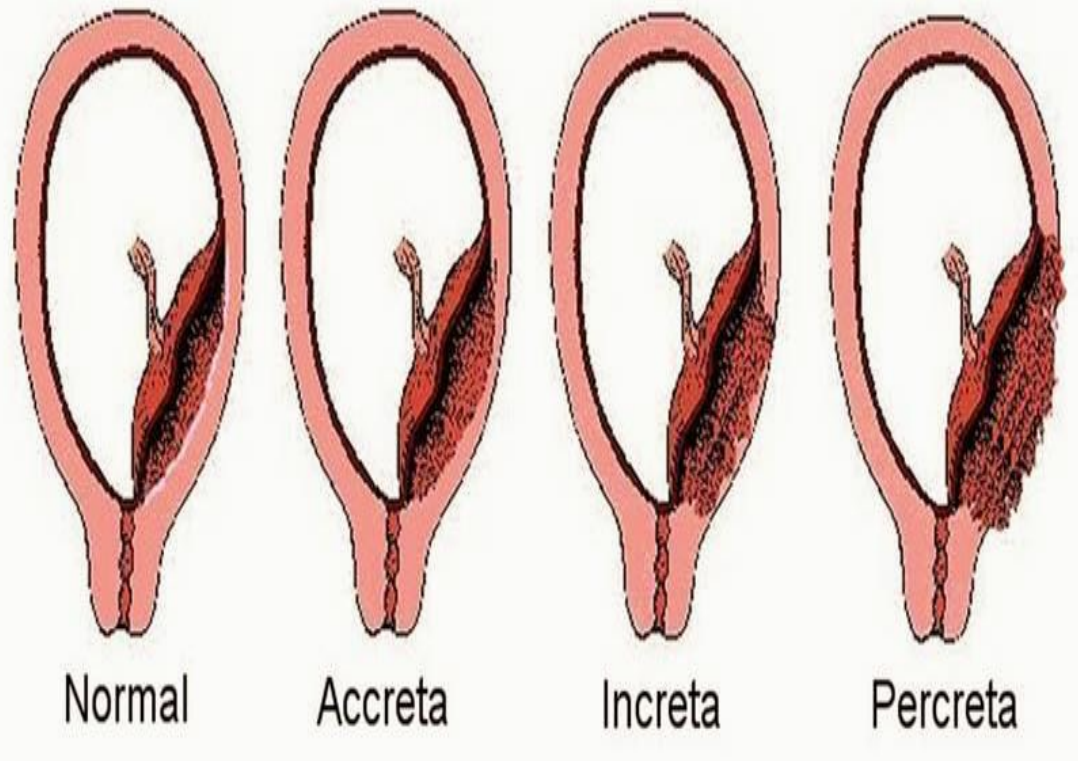
### Tipos de retención placentaria

**Placenta adherida:** es el tipo más común esto ocurre cuando las contracciones del útero de la madre son demasiado leves para expulsarla y da como resultado la adherencia de la placenta a la pared del útero tras el parto.

**Placenta acreta:** es cuando la placenta se adhiere superficialmente al miometrio uterino esto causa la incapacidad de la placenta de separarse debidamente de la pared uterina tras el parto, puede derivar en hemorragia profunda y shock con una mortalidad y morbilidad maternal considerable como la necesidad de histerectomía, lesión quirúrgica del uréter, vejiga y otras vísceras, síndrome de dificultad respiratoria adulta, fallo renal, coagulopatía y muerte.

**Placenta previa:** en este caso la placenta se adhiere dentro del útero, pero cerca o sobre la abertura cervical. Esta afección provoca un parto difícil y deriva en hemorragia posparto grave, puede que la madre necesite una transfusión de sangre tras el parto para sobre vivir.

**Placenta atrapada:** esto ocurre cuando la placenta se desprende con éxito de las paredes del útero, pero se vuelve muy difícil de expulsarla. Muchas veces ocurre por el cierre del cuello uterino antes que la placenta se expulse.



### Signos y síntomas de la retención placentaria en mujeres.

- Flujo vaginal con un olor podrido.
- Fiebre alta.
- Calambres dolorosos o contracciones.
- Retraso en la producción de leche.
- Hemorragia posparto.
- Todos estos síntomas son muy importantes y debe tratarse debidamente.

### Tratamiento

- El raspado se usa para eliminar los restos de la placenta después de la eliminación manual, este método se usa para raspar los desechos del útero en el caso de una placenta acreta.
- La tracción controlada se usa cuando hay una placenta atrapada en el útero, en este caso tu medico te ayudara a expulsar el cordón umbilical para eliminar la placenta.
- La expulsión manual de la placenta la puede realizar el medico él o ella introducirán un catéter para vaciar la vejiga y te darán antibióticos intravenoso para prevenir las infecciones, después te pondrán anestesia y el medico extraerá la placenta.

### Esta afección es predominante en algunas mujeres debido a ciertos factores entre ellos incluyen:

Embarazo después de los 30 años quedar embarazada tarde puede provocar la aparición de esta afección, la retención de la placenta puede deberse a la pérdida de fuerza durante el parto.

Dar a luz prematuramente esto también expone a una mujer a sufrir esta afección.

Si las primeras fases del parto han sido largas, esto puede provocar la debilidad en la expulsión de la membrana fuera del útero.

Dar a luz a un mortinato también puede causar retención de la placenta.

## Distocia de hombro

Es una complicación obstétrica que se produce cuando el hombro del feto queda atrapado en el canal de parto ya sea contra el hueso púbico o el sacro de la madre, es una emergencia que puede causar lesiones al feto o a la madre e incluso la muerte.

**Frecuencia en la que ocurre:** ocurre en el 0.2-3 % de los partos vaginales.

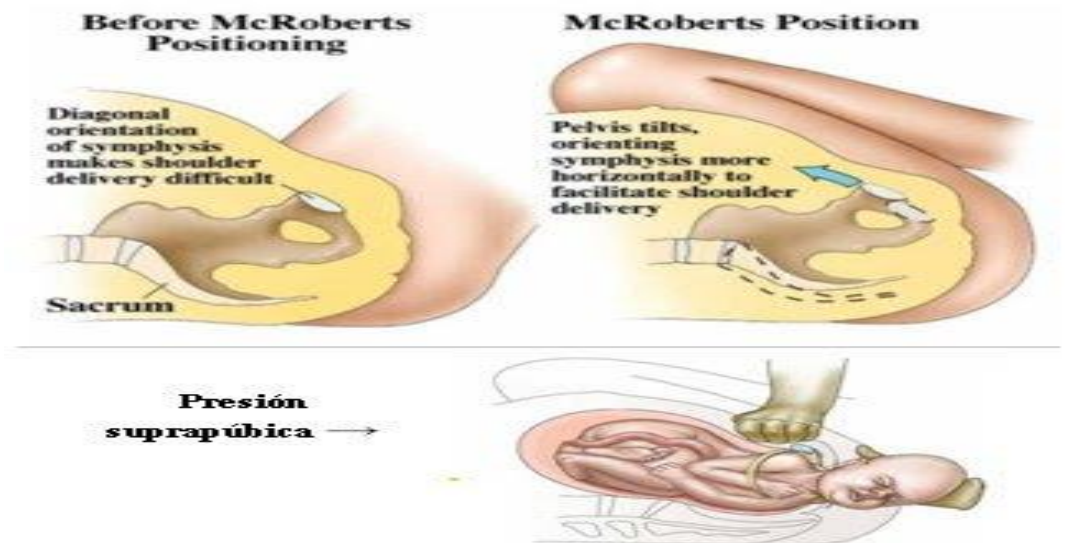
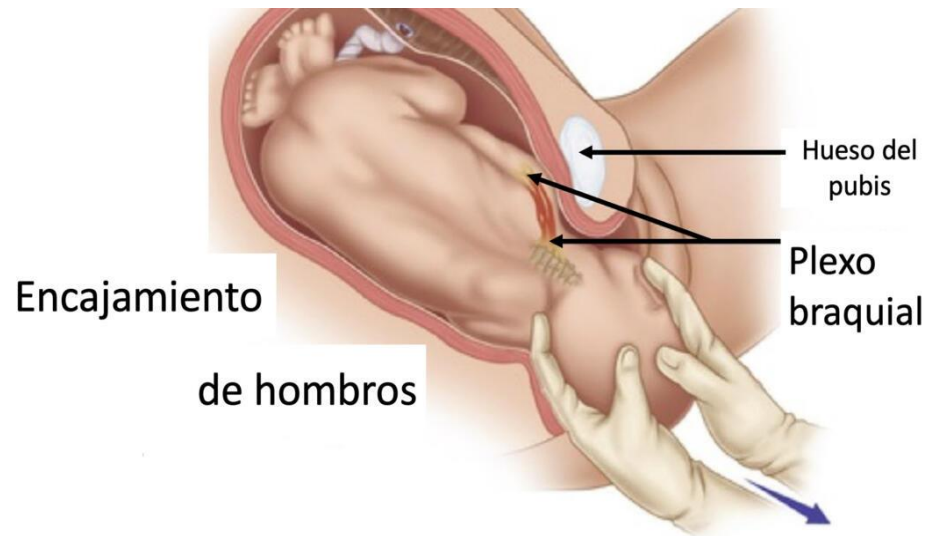
**Factores de riesgo:**

- Tamaño desproporcionado entre el feto y la pelvis.
- Posición del feto.
- Diabetes gestacional.
- Obesidad materna.
- Parto instrumental.
- Embarazo prolongado.
- Historial previo de distocia de hombro.

**Maniobras para tratarla:**

- Maniobra de McRoberts.
- Presión suprapúbica.
- Rotación manual.
- Extracción posterior del brazo.
- Riesgo para la madre: hemorragia posparto.
- Desgarro del perineo.
- Ruptura uterina.

Para prevenir la distocia de hombros, es importante identificar factores de riesgo durante el embarazo y considerar una cesárea electiva si es necesario. En caso de que se presente el equipo médico debe actuar rápidamente para minimizar el riesgo de lesiones.



## Actividad de enfermería

La enfermería ofrece una gran variedad de asistencia y ayuda durante el parto.

**Evaluación del bienestar materno:** se evalúa el bienestar físico y emocional de la madre, tomando la temperatura, pulso, tensión arterial y vigilando la ingesta de líquidos y diuresis, subministran medicamentos.

**Manejo de complicaciones:** las enfermeras parteras pueden tratar complicaciones como sangrado o laceraciones.

**Monitoreo del feto:** se monitorean los latidos del corazón del feto, se identifica la posición y el tamaño del bebé y se registran estos datos para diagnosticar y tratar y prevenir problemas.

**Educación a la paciente:** las enfermeras parteras educan a las pacientes sobre los cambios esperados durante el embarazo y el nacimiento, los síntomas a monitorear y cualquier procedimiento que se considere de importancia.

**Humanización del cuidado:** se atienden las necesidades de las mujeres con especial consideración por su estado de vulnerabilidad.

**Generación de confianza:** las enfermeras pueden generar confianza, seguridad y tranquilidad en la parturienta.

## Referencia bibliográfica

1. <https://flo.health/es/ser-mama/la-recuperacion-tras-el-parto/complicaciones/la-retencion-de-la-placenta>
2. <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-13108003>
4. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/preeclampsia-y-eclampsia>
5. <https://www.medwave.cl/2001-2011/556.html>
6. <https://es.slideshare.net/slideshow/ruptura-uterina-y-ruptura-de-vasa-previa/92125800>
7. <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/embolia-de-l%C3%ADquido-amni%C3%B3tico>
8. <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-franz-tamayo/medicina/embolia-de-la-infografia/105161036>
9. <https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-5-aplicacion-del-proceso-de-enfermeria-a-la-mujer-durante-el-parto/#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%20en,%2C%20p%C3%A9rdidas%20hem%C3%A1ticas%2C%20entre%20otras.>
10. <https://es.slideshare.net/anta890414/actividades-de-enfermera-durante-el-trabajo-de-parto>