

Alto riesgo

1. Embarazo de alto riesgo
 - 1.1. Parto precipitado
 - 1.1.1. Se le denomina así cuando al llegar al lugar del parto ya ocurrió.
 - 1.1.1.1. Multigestas
 - 1.1.2. Valoración:
 - 1.1.2.1. Revise sangrados y desgarros
 - 1.1.2.2. Busque equimosis facial o cabeza deformada del recién nacido.
 - 1.2. Embarazo postérmino
 - 1.2.1. Después de las 42 SDG
 - 1.2.2. Embarazos postérminos previos
 - 1.2.3. Ciclos menstruales irregulares
 - 1.2.4. Riesgos:
 - 1.2.4.1. Aspiración de meconio
 - 1.2.4.2. Desnutrición fetal
 - 1.2.5. Su tratamiento es la cesárea.
 - 1.3. Tinción por meconio
 - 1.3.1. El feto ingiere: lanugo, moco y líquido amniótico
 - 1.3.2. Meconio:
 - 1.3.2.1. Incoloro
 - 1.3.2.2. Verde oscuro
 - 1.3.2.3. Consistencia de brea
 - 1.3.2.4. Estéril
 - 1.3.2.5. Expulsado por estrés o sufrimiento fetal
 - 1.3.3. Se diagnostica cuando se rompen las membranas y según el color:
 - 1.3.3.1. Claro= ausencia de meconio
 - 1.3.3.2. Amarillo= meconio antiguo
 - 1.3.3.3. Verde oscuro= meconio reciente
 - 1.4. Macrosomía fetal
 - 1.4.1. Síndrome de niño grande
 - 1.4.2. >4500 gramos de peso
 - 1.4.2.1. Grande para su edad gestacional
 - 1.4.3. Factores de riesgo:
 - 1.4.3.1. Diabetes gestacional
 - 1.4.3.2. Diabetes materna no controlada
 - 1.4.3.3. Exceso de peso fetal
 - 1.4.3.4. Feto masculino
 - 1.4.3.5. Embarazo postérmino
 - 1.4.3.6. Multigestas
 - 1.4.3.7. Obesidad materna previa
 - 1.4.3.8. Trastornos genéticos
 - 1.5. Embarazo múltiple
 - 1.5.1. Identificar:
 - 1.5.1.1. Antecedentes familiares de gemelos

- 1.5.1.2. Abdomen demasiado grande
 - 1.5.1.3. Datos de ultrasonido
- 1.5.2. Riesgos:
 - 1.5.2.1. Recién nacidos más pequeños
- 1.5.3. Horas de nacimiento diferente
- 1.5.4. Tipos:
 - 1.5.4.1. 2 cordones en una placenta= idénticos (dos partos y alumbramiento)
 - 1.5.4.2. 2 cordones en dos placentas= fraternos (dos partos y dos alumbramientos)
- 1.5.5. Identificarlos por separado.
- 1.6. Muerte fetal intrauterina
 - 1.6.1. Feto murió antes del trabajo de parto
 - 1.6.2. Después de las 20 SDG o peso >500 gramos
 - 1.6.3. Urgencia emocional
 - 1.6.4. Factores de riesgo:
 - 1.6.4.1. Trastornos genéticos
 - 1.6.4.2. Diabetes mal controlada
 - 1.6.4.3. Hipertensión
 - 1.6.4.4. Preeclampsia
 - 1.6.4.5. Eclampsia
 - 1.6.4.6. Trastornos de factor Rh
 - 1.6.4.7. Embarazos múltiples
 - 1.6.5. Aspecto:
 - 1.6.5.1. Ampollas cutáneas
 - 1.6.5.2. Descamación de piel
 - 1.6.5.3. Coloración oscura
 - 1.6.5.4. Cabeza blanda y probablemente deformada
 - 1.6.6. Tratamiento:
 - 1.6.6.1. No intente reanimar
 - 1.6.6.2. No confundir con PCR
- 1.7. Embolia de líquido amniótico
 - 1.7.1. Ingreso de células fetales y líquido amniótico a circulación materna
 - 1.7.2. Factores de riesgo:
 - 1.7.2.1. Madre mayor de 35 años
 - 1.7.2.2. Eclampsia
 - 1.7.2.3. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
 - 1.7.2.4. Placenta previa
 - 1.7.2.5. Placenta uterina
 - 1.7.2.6. Sufrimiento fetal
 - 1.7.3. Causas:
 - 1.7.3.1. Rotura de membranas
 - 1.7.3.2. Rotura de venas uterinas
 - 1.7.4. Manifestaciones:
 - 1.7.4.1. Reacción alérgica:
 - 1.7.4.1.1. Coagulopatía

- 1.7.4.1.2. Colapso cardiaco y respiratorio
 - 1.7.4.1.3. Muerte
 - 1.7.4.2. Signos y síntomas:
 - 1.7.4.2.1. Insuficiencia respiratoria
 - 1.7.4.2.2. Hipotensión
 - 1.7.4.2.3. Cianosis
 - 1.7.4.2.4. Crisis convulsivas
 - 1.7.4.2.5. Choque carcinogénico
 - 1.7.4.2.6. Paro cardiaco
 - 1.7.4.2.7. Desarrollan coagulopatía
 - 1.7.4.3. Tratamiento:
 - 1.7.4.3.1. Soporte vital
 - 1.7.4.3.2. Traslado
- 1.8. Polihidramnios
 - 1.8.1. Exceso de líquido amniótico (normal es 500ml)
 - 1.8.2. Causas:
 - 1.8.2.1. Embarazo gemelar
 - 1.8.2.2. Anemia fetal
 - 1.8.2.3. Diabetes gestacional
 - 1.8.2.4. Trastornos fetales de deglución
 - 1.8.3. Se diagnostica con ultrasonido
 - 1.8.4. Riesgos:
 - 1.8.4.1. Prolapso de cordón
 - 1.8.4.2. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
 - 1.8.4.3. Hemorragia posparto
- 1.9. Depresión cefalopélvica
 - 1.9.1. La cabeza del feto es mayor que la pelvis
 - 1.9.2. Se diagnostica como radicefalopelvimetria
 - 1.9.3. Importante conocer el antecedente
 - 1.9.4. Puede haber hemorragia masiva
- 2. Complicaciones del parto
 - 2.1. Presentación cefálica
 - 2.1.1. Vértice, 95% de los embarazos
 - 2.1.2. Cara
 - 2.1.2.1. Prematuros
 - 2.1.2.2. Macrosomía fetal
 - 2.1.2.3. Desproporción cefalopélvica
 - 2.2. Presentación pélvica
 - 2.2.1. 4% de los partos
 - 2.2.2. Tipos:
 - 2.2.2.1. Franca de nalgas= caderas flexionadas y rodillas extendidas, presentación de nalgas
 - 2.2.2.2. Completa= una o ambas caderas y rodillas pueden estar extendidas, un pie más avanzado

- 2.2.2.3. Incompleta= caderas y rodillas flexionadas ambas, presentación de nalgas
- 2.2.3.Procedimiento:
 - 2.2.3.1. Posición de litotomía
 - 2.2.3.1.1. Permite salida espontanea de miembros y tronco fetal
 - 2.2.3.2. Sostenga el cuerpo
 - 2.2.3.3. Haga descender ligeramente al recién nacido
 - 2.2.3.4. Al ver la línea del cabello eleve el cuerpo del recién nacido y saldrá la cabeza
 - 2.2.3.5. Máximo tres minutos para la salida de la cabeza, de lo contrario evite sofocación por bloqueo del cordón y contra canal vaginal
 - 2.2.3.5.1. Introduzca la mano a la vagina cerca de la cara del recién nacido, forme una "V" con los dedos a ambos lados de la nariz y empuje la pared vaginal.
- 2.2.4.No jalar
- 2.2.5.Si no sale en tres minutos transporte con las nalgas maternas elevadas
- 2.2.6.Mantener libres las vías áreas del recién nacido
- 2.2.7.Parto con expulsión de miembro torácico o pélvico= traslado
- 2.3. Distocia de hombros
 - 2.3.1.Dificulta el nacimiento de los hombros
 - 2.3.2.Causas:
 - 2.3.2.1. Diabetes materna
 - 2.3.2.2. Fetos grandes
 - 2.3.2.3. Postérmino
 - 2.3.3.Aumenta posibilidad de compresión del cordón umbilical
 - 2.3.4.Dificultad respiratoria fetal:
 - 2.3.4.1. Pulmones dentro del canal de parto
 - 2.3.4.2. Cordón comprimido
 - 2.3.5.Maniobra de Roberts
 - 2.3.5.1. Hiperflexione sus muslos hacia el abdomen
 - 2.3.5.2. Compresión suprapúbica y empujar con suavidad la cabeza fetal
- 2.4. Circular del cordón en la nuca
 - 2.4.1. 2 de cada 20 nacimientos
 - 2.4.2.Puede ocurrir compresión
 - 2.4.2.1. La FC disminuye
 - 2.4.2.2. Sufrimiento fetal
 - 2.4.3.Tratamiento:
 - 2.4.3.1. Intente deslizarlo sobre el hombro y la cabeza fetal
 - 2.4.3.2. Si esta apretado, ¡Corte!
- 2.5. Prolapso de cordón umbilical
 - 2.5.1.El cordón umbilical emerge del útero por delante del feto
 - 2.5.2.El cordón se comprime entre la presentación fetal y la pelvis ósea ocasionando una interrupción de la circulación fetal desde la placenta
 - 2.5.3.Riesgo:
 - 2.5.3.1. Asfixia fetal

2.5.4. Factores de riesgo:

- 2.5.4.1. Presentación no llena por completo el borde de la pelvis
- 2.5.4.2. Presentaciones anormales
- 2.5.4.3. Fetos pequeños (prematurados o múltiples)

2.5.5. Tratamiento:

- 2.5.5.1. Decúbito supino con las caderas elevadas
- 2.5.5.2. Oxígeno suplementario con mascarilla
- 2.5.5.3. Instruya jadeo en la contracción (no puje)
- 2.5.5.4. Empujar suavemente la presentación (no el cordón) de retorno hacia la vagina (evitar compresión)
- 2.5.5.5. Cubrir la porción expuesta del cordón con apósitos humedecidos en solución salina
- 2.5.5.6. Mantener la posición de empujar la presentación y trasladar

2.6. Inversión uterina

2.6.1. La placenta se adhiere a la pared uterina

2.6.2. El útero se invierte al exterior

2.6.3. Causas:

- 2.6.3.1. Ejercer presión excesiva sobre el útero durante el masaje del fondo
- 2.6.3.2. Tracción fuerte del cordón umbilical para acelerar el alumbramiento

2.6.4. Grados:

- 2.6.4.1. Incompleta
- 2.6.4.2. Completa
- 2.6.4.3. Prolapso
- 2.6.4.4. Inversión total

2.6.5. Tratamiento:

- 2.6.5.1. Decúbito dorsal
- 2.6.5.2. Oxígeno con mascarilla
- 2.6.5.3. Solución salina a dos vías
- 2.6.5.4. No intente extraer placenta
- 2.6.5.5. Vigile signos vitales y estado de choque
- 2.6.5.6. Oxitocina; 10 unidades IM
- 2.6.5.7. Haga el intento de restituir la ubicación del útero
 - 2.6.5.7.1. Empuje el fondo hacia arriba
 - 2.6.5.7.2. Si fracasa cubra con compresas estériles húmedas con solución salina
- 2.6.5.8. Traslado

3. Complicaciones posparto

3.1. Hemorragia posparto

3.1.1. Pérdida mayor a 500ml

3.1.2. Temprana= en las primeras 24 horas después del parto

3.1.3. Tardía= de 24 horas a 6 días posteriores al parto

3.1.4. Causas:

- 3.1.4.1. Laceraciones (desgarro)
- 3.1.4.2. Trabajo de parto prolongado o múltiple

- 3.1.4.3. Retención de productos de la concepción
- 3.1.4.4. Atonía uterina
- 3.1.4.5. Multiparidad
- 3.1.4.6. Embarazo múltiple
- 3.1.4.7. Placenta previa
- 3.1.4.8. Vejiga llena

3.1.5.Tratamiento:

- 3.1.5.1. Masaje uterino
- 3.1.5.2. Amamantar
- 3.1.5.3. Oxitocina; 10 unidades en 1000ml de solución IV a 20-30ml/min
- 3.1.5.4. Traslado y notificación al hospital
- 3.1.5.5. No explore cavidad vaginal
- 3.1.5.6. No empaquete vagina
- 3.1.5.7. Compresión de lesiones externas

3.2. Embolia pulmonar

3.2.1.Causas:

- 3.2.1.1. Coágulos que surgen de la circulación pélvica
- 3.2.1.2. Líquido amniótico en circulación materna
- 3.2.1.3. Trombosis venosa profunda
- 3.2.1.4. Agua o aire en vagina posterior a parto acuático

3.2.2.Cuadro clínico:

- 3.2.2.1. De inicio súbito
- 3.2.2.2. Disnea
- 3.2.2.3. Taquicardia
- 3.2.2.4. Fibrilación auricular
- 3.2.2.5. Hipotensión
- 3.2.2.6. Dolor súbito agudo en tórax o abdomen
- 3.2.2.7. Sincope
- 3.2.2.8. Taquipnea

3.2.3.Tratamiento:

- 3.2.3.1. Oxígeno a alto flujo
- 3.2.3.2. Traslado

3.3. Depresión posparto

3.3.1.Durante el embarazo y hasta un año posterior al parto

3.3.2.Factores de riesgo:

- 3.3.2.1. Madres adolescentes
- 3.3.2.2. Menores ingresos económicos
- 3.3.2.3. Antecedentes personales y/o familiares de depresión
- 3.3.2.4. Diabetes
- 3.3.2.5. Embarazo o parto complicado
- 3.3.2.6. Cambios importantes de vida
- 3.3.2.7. Infecundidad
- 3.3.2.8. Embarazo múltiple

3.3.3.Cuadro clínico:

- 3.3.3.1. Falta de interés
- 3.3.3.2. Insomnio
- 3.3.3.3. Tristeza
- 3.3.3.4. Llanto
- 3.3.3.5. Falta de apetito
- 3.3.3.6. Ira
- 3.3.3.7. Culpa
- 4. Trauma durante el embarazo
 - 4.1. Causas:
 - 4.1.1. Colisiones de vehículos automotores
 - 4.1.2. Caídas
 - 4.1.3. Abuso domestico
 - 4.1.4. Heridas penetrantes
 - 4.1.4.1. Armas de fuego
 - 4.1.5. Lesiones por cinturón de seguridad
 - 4.2. Fisiopatología:
 - 4.2.1. Mismos mecanismos de lesión
 - 4.2.2. Cambios fisiológicos
 - 4.2.2.1.1. Primer trimestre:
 - 4.2.2.1.1.1. Útero bien protegido= raro que lesione durante trauma abdominal
 - 4.2.2.1.2. Segundo trimestre:
 - 4.2.2.1.2.1. Vejiga fuera de cavidad pélvica= mayor riesgo de lesión por desaceleración
 - 4.2.2.1.2.2. Útero más expuesto= más vulnerable
 - 4.2.2.1.3. Tercer trimestre:
 - 4.2.2.1.3.1. Contenido abdominal se comprime en la parte superior del abdomen
 - 4.2.2.1.3.2. Diafragma se eleva 4cm
 - 4.2.2.1.3.2.1. Mas lesiones abdominales que de tórax
 - 4.2.2.1.3.3. Peritoneo destendido= lesiones sin signos peritoneales
 - 4.2.2.2. Aumenta volumen sanguíneo
 - 4.2.2.3. Aumenta gasto cardiaco 40%
 - 4.2.2.4. Aumenta frecuencia cardiaca en reposo, 15 a 20 latidos por minuto
 - 4.2.2.5. Disminuye presión arterial
 - 4.2.2.6. Datos de choque no evidentes
 - 4.2.2.7. Aumenta riego sanguíneo pélvico= aumenta riesgo de sangrado en fractura de pelvis
 - 4.2.2.8. Aumenta necesidad de oxígeno
 - 4.2.2.9. Mayor eliminación de dióxido de carbono
 - 4.2.2.10. Aumenta volumen tidal y volumen minuto
 - 4.2.2.11. Disminuye motilidad intestinal= más presión del útero sobre el estómago= aumento en la posibilidad de bronco aspirar
 - 4.3. Consideración fetal:
 - 4.3.1. Pared uterina amortigua el impacto

- 4.3.2. Lesión fetal por desaceleración
- 4.3.3. Alteración de la circulación fetal
- 4.3.4. Muerte materna desprendimiento prematuro de placenta normo inserta por contusión
- 4.3.5. Hemorragia materna= riesgo fetal
- 4.4. Tratamiento:
 - 4.4.1. Un trauma, dos pacientes, un tratamiento
 - 4.4.2. Evaluación
 - 4.4.2.1. Edad gestacional
 - 4.4.2.2. A, B, C
 - 4.4.3. Transporte en decúbito lateral izquierdo (excepto en sospecha de lesión raquídea)
 - 4.4.3.1. Eleve cadera derecha 15cm para disminuir presión sobre la vena cava inferior
 - 4.4.4. Reanimación intensiva temprana:
 - 4.4.4.1. Vía área adecuada:
 - 4.4.4.1.1. Regurgitación y aspiración + probable endotraqueal
 - 4.4.4.2. Oxígeno
 - 4.4.4.2.1. Mascarilla unidireccional
 - 4.4.4.3. Asistir ventilación
 - 4.4.4.3.1. Presión positiva
 - 4.4.4.4. Controlar sangrado externo
 - 4.4.4.5. Inmovilice
 - 4.4.4.6. Venoclisis con solución salina
 - 4.4.4.6.1. Catéter grueso con normo gotero
 - 4.4.4.7. Transporte en decúbito lateral izquierda
- 4.5. Paro cardíaco materno
 - 4.5.1. RCP
 - 4.5.2. SVA
 - 4.5.3. Transporte
 - 4.5.4. En caso de muerte materna continuar RCP y apoyo ventilatorio para mantener viable al feto para cesárea.