



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

ALUMNO:

JIMENEZ SALVADOR JOSÉ JULIAN

DOCENTE:

JIMENEZ JESSICA DEL CARMEN

GRUPO:

“D”

CUATRIMESTRE

4

VILLA HERMOSA, TABASCO, DICIEMBRE 2020

VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

PARTO

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando los siguientes puntos:

1 Dilatación

2 Expulsión

3 Deslumbramiento

ATENCIÓN DE LA PACIENTE EN FASE LATENTE

Las mujeres con embarazo, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no serán hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos)

Manifestaciones de alarma obstétrica

Sangrado transvaginal

Dolor

Contracciones uterinas

Cefaleas, acúfenos y fosfenos

Secreción de líquido transvaginal

Edema de cara y manos

Disminución de movimientos fetales

MOMENTO PARA HOSPITALIZACIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO CON FASE ACTIVA

Debe hospitalizarse a la paciente para vigilancia y atención de parto cuando presenten síntomas

Malestares y síntomas

Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos

Dolor abdominal en hipogastrio

Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq de 4 cm).

DOCUMENTACION EN EL EXPEDIENTE MÉDICO PARA ATENDER PACIENTES EN TRABAJO DE PARTO

Diagnóstico a su ingreso, con plan de manejo:

- **vigilancia estrecha de actividad uterina**
- **foco fetal**
- **evaluación de dilatación cervical**
- **perdidas de líquido corporales vaginales**
- **información de métodos para control del dolor**

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando:

Accesibilidad de unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención)

Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad)

ATENCIÓN A LA MUJER EN FASE ACTIVA DE DEL TRABAJO DE PARTO (CALIDEZ, ACOMPAÑAMIENTO Y LÍQUIDOS ORALES Y PARENTERALES)

Favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto. Un dato muy importante es que se debe evitar el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y el recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias. No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV

Algunos consejos que se sugieren son:

Saludar a la mujer por su nombre y mirarla fijamente a los ojos

Evitar que la paciente se sienta observada

Atender las necesidades emocionales de la mujer

Evitar maltratos y frases humillantes

Comprensión y confianza al momento del parto

INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas, si este no evoluciona normalmente se autoriza el manejo de amniotomía, oxitócicos .

Como aplicarlo

En dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. También se puede utilizar diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades).

La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.

USO DE ENEMA

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. Esto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente. Ante la evidencia de ámpula rectal llena detectada en la exploración clínica es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.

TRICOTOMÍA

La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente. Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.

VACIAMIENTO VESICAL

Esto favorece la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

UTILIDAD DEL PARTOGRAMA

La (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico,

DILATACIÓN DEL CÉRVIX Y AMPLIACIÓN MANUAL DEL PERINÉ

No existen evidencias que den sustento a las maniobras manuales para ampliar el periné y pueden ocasionar edema vulvar.

No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix

MONITORIZACIÓN TRANSPARTO

Se sugiere monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) intraparto en las siguientes situaciones: Trabajo de parto prolongado, Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina), Dificultad de auscultación de foco fetal.

El monitoreo fetal siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición sentada o en media posición vertical

PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL Y MATERNO EN TRABAJO DE PARTO

En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo. El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales.

FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO

Se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo. Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.

UTILIDAD DE LA MOVILIZACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición La posición cómoda se debe permitir siempre y cuando no exista contraindicación y se cuente con la infraestructura hospitalaria que garantice la seguridad de la paciente (camas y camillas con barandales, mesas de expulsión con áreas de sostén).

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto.
- Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, cambiar de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.

RECOMENDACIONES

Informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto.

Llevar acabo el masaje corporal ya que puede aliviar el dolor.

AMNIOTOMÍA EN EL TRABAJO DE PARTO

Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto. Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Durante el parto las mujeres deben adoptar la posición que les sea más cómoda, la posición vertical podrá ser una opción mientras la paciente lo solicite y cuando no exista contraindicación. El personal que brinda atención estará capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuenta con la infraestructura.

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PERÍODO EXPULSIVO

Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

USO DE EPISIOTOMÍA

Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada. La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.

MANIOBRA DE KRISTELLER

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

MOMENTO PARA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBICAL

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío (1-3 minutos en casos de asfisia fetal al nacimiento) está contra indicado..

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DE TRABAJO DE PARTO (ALUMBRA MIENTO)

Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada. La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto. Lo anterior consiste en: Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol), aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical, aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado, el manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRA MIENTO Y ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

La revisión de la cavidad está recomendada solo en casos selectivos ante sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección.

Puede realizarse cuando:

1. Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Alumbramiento manual previo.
3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.
4. Presencia de hemorragia uterina postparto.
5. Parto pretérmino.
6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
7. Parto fortuito.
8. Óbito

BENEFICIOS DEL APEGO INMEDIATO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA

Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos (RN). Y que permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del RN lo permitan.

LACTANCIA

Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.

ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Acciones a realizar en el primer periodo del trabajo de parto a su ingreso a sala de labor

Nota de ingreso e indica el plan de manejo, Nota médica, hoja de consentimiento informado, partograma en el servicio de admisión, Signos vitales, vigilancia de las contracciones al inicio y cada 30 minutos, Palpación abdominal, Presencia de secreciones vaginales, registro de percepción del dolor por la embarazada y su deseo de recibir opciones para aliviarlo, Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, Tacto vaginal, Explicación de los hallazgos del tacto vaginal a la mujer y Notificar a la enfermera cuando la paciente debe ser trasladada a sala de expulsión.

VALORACIÓN INICIAL EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

Mujeres con embarazo a término con signos y síntomas de trabajo de parto.

*Presencia de uno o más de los siguientes datos:

- Actividad uterina regular (3 a 4 contracciones en un periodo de 10 minutos)
- Dilatación cervical igual o mayor a 4 cm.
- Borramiento del cérvix > 50 a 80%

Fase activa de trabajo de parto: Ingreso a labor con procedimientos normales, promoviendo estados emocionales positivos, así como acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto. Valorar bienestar materno/fetal.

VIGILANCIA Y MANEJO DE LA PACIENTE EN FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO

Continuar vigilancia hasta periodo expulsivo. Realizar registro carió-toco-gráfico (RCTG) Valorar medidas de reanimación fetal durante 120 - 160 latidos por minuto

Signos vitales cada 2 horas:

- Ingesta de líquidos y dieta blanda a petición de la paciente en trabajo de parto.
- Deambulación y libre posición materna bajo vigilancia continua, recomendando la posición vertical y decúbito dorsal izquierdo.
- Vigilar frecuencia cardiaca fetal (FCF) y actividad uterina cada 30 minutos en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo.
- Tacto vaginal cada 4 horas.
- Valorar, informar y proponer técnicas de control del dolor (analgésia obstétrica y manejo desmedicalizado)

VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SERVICIO DE LABOR

Signos vitales cada 2 horas:
-Hidratación oral a libre demanda.
-Valoración clínica del foco fetal, actividad uterina y estado materno (pelvimetría, condiciones cervicales).
-Realizar la valoración del foco fetal en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo.
-Uso del partograma.
-Promoción de deambulación y libre movimientos, bajo vigilancia continua.
-Valorar, informar y proponer técnicas de control del dolor (a manejo desmedicalizado).

Indicación de venoclisis
Monitorización externa de Foco Fetal y actividad uterina en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo.

POSICIÓN EN PERIODO EXPULSIVO

Colocar a la paciente en posición vertical de acuerdo a la demanda de la usuaria y a las posibilidades del equipo. En caso negativo, colocarla en posición ginecológica, elevando el respaldo en posición semifowler (45°).

El recién nacido presenta:

Esfuerzo respiratorio, tono muscular, FCF mayor a 100 lpm

Se realiza la atención de parto, con pinzamiento tardío del cordón umbilical. Limpiar boca y nariz del recién nacido sin aspirar. Secar y abrigar a recién nacido sobre la madre con contacto piel a piel. Apego inmediato con la madre.

ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO

-Manejo activo: 10 UI de oxitocina en bolo (se aplican durante la liberación del hombro anterior).
-Pinzamiento tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos, o hasta que deja de latir.
-Maniobra de Brant

Hipotonía o atonía uterina con sangrado uterino activo

Pasar a la paciente a sala de recuperación y continúa con alojamiento conjunto y lactancia materna a libre demanda. Vigilar signos vitales, involución uterina y loquios.

POSICIÓN EN EL PERÍODO EXPULSIVO

Paciente informada sobre ventajas y desventajas de las posiciones durante el trabajo de parto .

Condiciones para la atención del parto en posición vertical

Se atiende el parto en posición vertical (sentada, hincada, sentada acucillada).

O bien Se atiende en posición ginecológica, elevando el respaldo en posición semifowler (45º).

MEDICAMENTOS

- Carbetocina: 100 ug intravenosa en un minuto
- Ergometrina: una ampula de 0.2 mg en una dosis única.
- Lidocaína: dosis de 10 ml
- oxitocina: iniciar con 2 a 5 Mu/ min
- paracetamol: 1 gr VO