

UNIVERSIDAD DEL
SURESTE

TAREA: CUADRO SINOPTICO



NOMBRE DE LA DOCENTE: LIC, JESSICA DEL CARMEN
JIMENEZ

NOMBRE DEL ALUMNO: HECTOR CRUZ RIOS

GRADO: 4°

GRUPO: D

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 oxitócica, distocias de contracción, múltiples tactos)

Manifestó signos de alarma obstétrica

1. Sangrado transvaginal
2. Dolor
3. Contracciones uterinas
4. Cefaleas, acúfenos y fosfenos
5. Secreción de líquido transvaginal
6. Edema de cara y manos
7. 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

1. Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos
2. Dolor abdominal en hipogastrio
3. Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq 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 • pérdidas 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)

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

Algunos consejos que se sugieren son:

1. Saludar a la mujer por su nombre y mirarla fijamente a los ojos
2. Evitar que la paciente se sienta observada
3. Atender las necesidades emocionales de la mujer
4. Evitar maltratos y frases humillantes

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).

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 siemp

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. Por lo menos cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo. 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. En la 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.

Se recomienda

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 deambulacion, cambiar de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.

Se recomienda

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 cuente 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 desgarres 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 desgarres 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 asfixia fetal al nacimiento) está contra indicado..

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

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.

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 ALUMBRAMIENTO 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. 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 enf

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%

*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%

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 (analgesia 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 continúa. -Valorar, informar y proponer técnicas de trol del dolor (a manejo desmedicalizado).

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 (45°).

MEDICAMENTOS

Cuadro Básico de Medicamentos

- Carbetocina: 100 ug intravenosa en un minuto
- Ergometrína: 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