

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

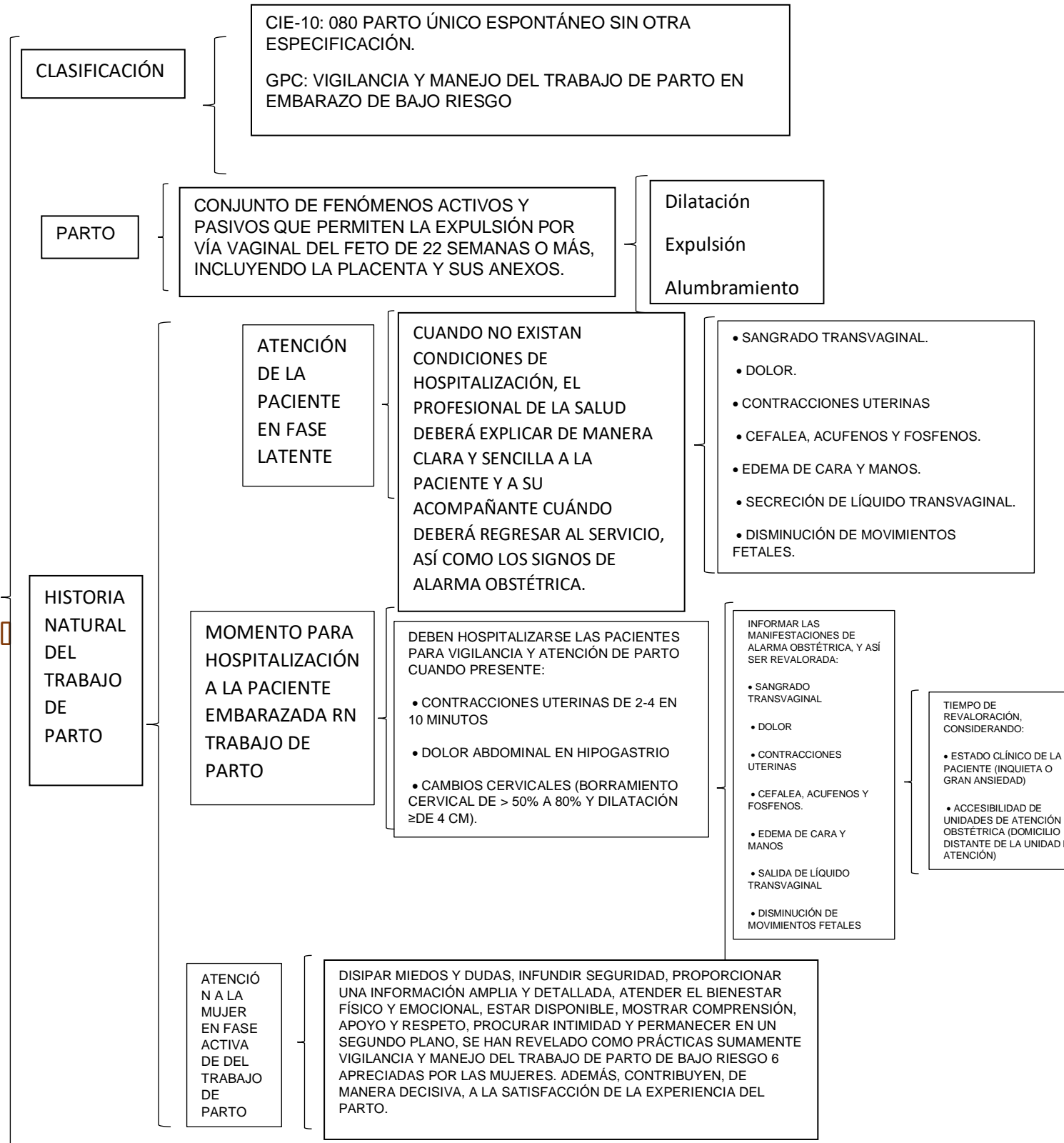
DANIELA MILDRED RAMOS AQUINO

4TO D

DOCENTE. LIC. ENF. JESSICA DEL CARMEN JIMÉNEZ MÉNDEZ

06 DE DICIEMBRE DEL 2020

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



CLASIFICACIÓN

CIE-10: 080 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

GPC: 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.

Dilatación

Expulsión

Alumbramiento

HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

ATENCIÓN DE LA PACIENTE EN FASE LATENTE

CUANDO NO EXISTAN CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN, EL PROFESIONAL DE LA SALUD DEBERÁ EXPLICAR DE MANERA CLARA Y SENCILLA A LA PACIENTE Y A SU ACOMPAÑANTE CUÁNDO DEBERÁ REGRESAR AL SERVICIO, ASÍ COMO LOS SIGNOS DE ALARMA OBSTÉTRICA.

- SANGRADO TRANSVAGINAL.
- DOLOR.
- CONTRACCIONES UTERINAS
- CEFALEA, ACUFENOS Y FOSFENOS.
- EDEMA DE CARA Y MANOS.
- SECRECIÓN DE LÍQUIDO TRANSVAGINAL.
- DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES.

MOMENTO PARA HOSPITALIZACIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA RN TRABAJO DE PARTO

DEBEN HOSPITALIZARSE LAS PACIENTES PARA VIGILANCIA Y ATENCIÓN DE PARTO CUANDO PRESENTE:

- CONTRACCIONES UTERINAS DE 2-4 EN 10 MINUTOS
- DOLOR ABDOMINAL EN HIPOGASTRIO
- CAMBIOS CERVICALES (BORRAMIENTO CERVICAL DE > 50% A 80% Y DILATACIÓN ≥ DE 4 CM).

INFORMAR LAS MANIFESTACIONES DE ALARMA OBSTÉTRICA, Y ASÍ SER REVALORADA:

- SANGRADO TRANSVAGINAL
- DOLOR
- CONTRACCIONES UTERINAS
- CEFALEA, ACUFENOS Y FOSFENOS.
- EDEMA DE CARA Y MANOS
- SALIDA DE LÍQUIDO TRANSVAGINAL
- DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES

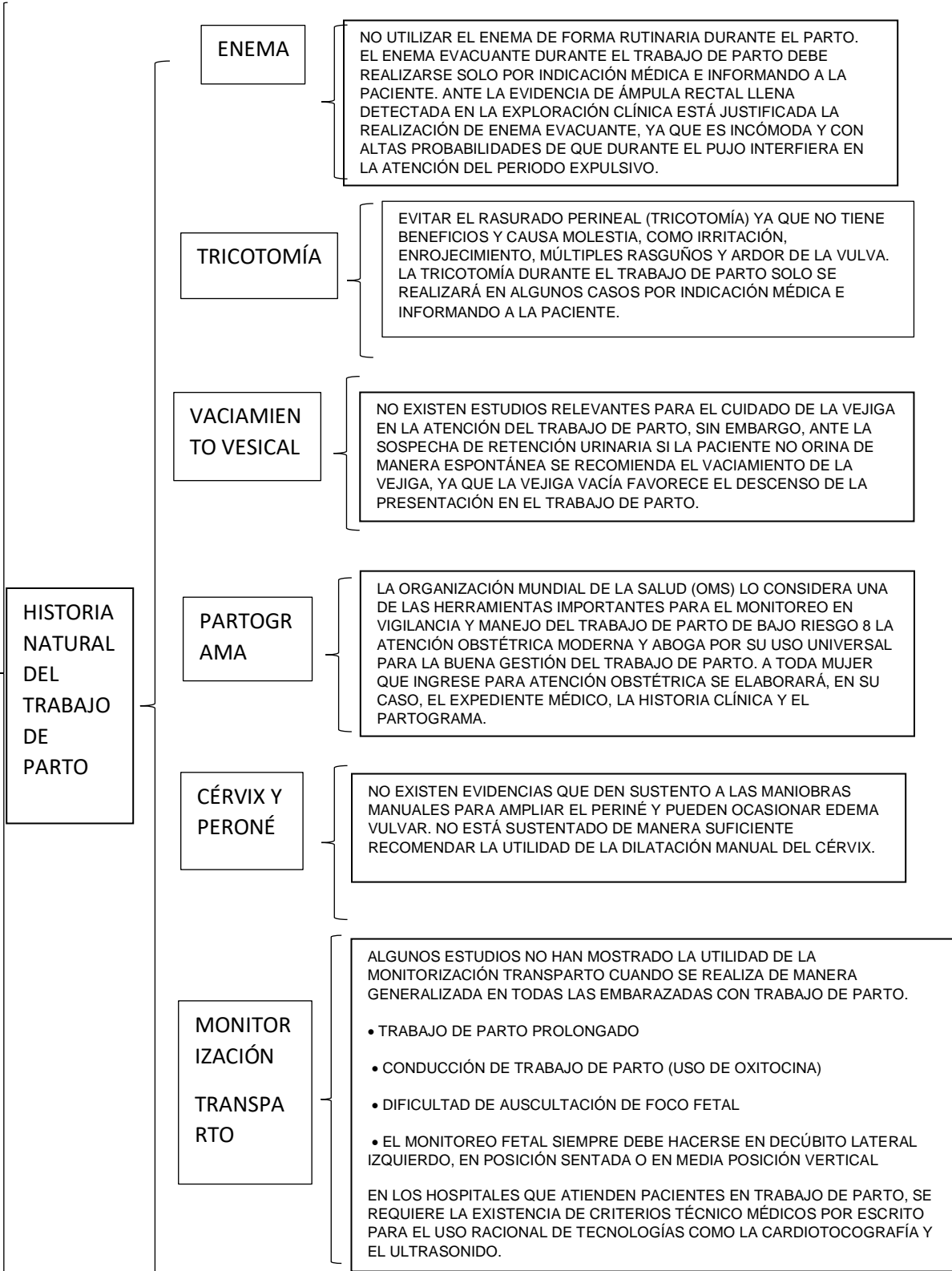
TIEMPO DE REVALORACIÓN, CONSIDERANDO:

- ESTADO CLÍNICO DE LA PACIENTE (INQUIETA O GRAN ANSIEDAD)
- 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

DISIPAR MIEDOS Y DUDAS, INFUNDIR SEGURIDAD, PROPORCIONAR UNA INFORMACIÓN AMPLIA Y DETALLADA, ATENDER EL BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL, ESTAR DISPONIBLE, MOSTRAR COMPENSIÓN, APOYO Y RESPETO, PROCURAR INTIMIDAD Y PERMANECER EN UN SEGUNDO PLANO, SE HAN REVELADO COMO PRÁCTICAS SUMAMENTE VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO 6 APRECIADAS POR LAS MUJERES. ADEMÁS, CONTRIBUYEN, DE MANERA DECISIVA, A LA SATISFACCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PARTO.

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



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

HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

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.

UTILIDAD DE LA MOVILIZACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

DEAMBULAR EN LA PRIMERA ETAPA (FASE ACTIVA) DEL PARTO REDUCE LA DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y NO PARECE ESTAR ASOCIADO CON EFECTOS ADVERSOS EN LA MADRE Y EN EL RECIÉN NACIDO. 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 MOVILIZARSE, SI ASÍ LO DESEAN, PREVIA COMPROBACIÓN DEL BLOQUEO MOTOR Y PROPIOCEPTIVO, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA CONTRAINDICACIÓN MÉDICA

CONTROL DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

EL DOLOR DEL PARTO SUPONE UNA PREOCUPACIÓN PARA MUCHAS MUJERES Y YA SE CUENTA CON DIVERSAS ESTRATEGIAS NO MEDICALIZADAS QUE OFRECEN MEJORA Y CONTROL DEL DOLOR OBSTÉTRICO.

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.

EVITAR LA ANALGESIA EPIDURAL COMO UN MÉTODO DE RUTINA PARA CALMAR EL DOLOR. PREFERIR LA ANESTESIA ESPINAL/EPIDURAL A LA ANESTESIA GENERAL EN LA CESÁREA

SE RECOMIENDA SATISFACER, EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LAS EXPECTATIVAS DE LA MUJER EN RELACIÓN CON EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO, CONTANDO CON LAS CONDICIONES PARA OFRECER ANALGESIA OBSTÉTRICA, VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO 11 COMO OTRAS ESTRATEGIAS DESMEDICALIZADAS COMO LO SON LOS MÉTODOS PSICOPROFILÁCTICOS, A TRAVÉS DE LAS POSICIONES, LA RESPIRACIÓN Y LA RELAJACIÓN.

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. EN EL USO DE OXITOCINA MÁS AMNIOTOMÍA, SE DEBE MONITORIZAR ESTRECHAMENTE LA PRESENCIA DE SANGRADO.

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

SE RECOMIENDA QUE DURANTE EL PARTO LAS MUJERES ADOPTEN LA POSICIÓN QUE LES SEA MÁS CÓMODA SIEMPRE, CUANDO NO EXISTA CONTRAINDICACIÓN Y QUE EL PERSONAL QUE BRINDA VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO 12 ATENCIÓN ESTÉ CAPACITADO EN LA ATENCIÓN EN ESTA POSICIÓN AL IGUAL QUE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CUENTE CON LA INFRAESTRUCTURA.

LA SECRETARÍA DE SALUD CONTEMPLA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN DIFERENTES POSICIONES, PARA LO CUAL, A TRAVÉS DEL CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD (CENETEC) SE DISEÑARON MESAS Y BANCOS ERGONÓMICOS PARA ESE FIN. POR LO QUE DE CONTAR CON EL RECURSO, SE PODRÁ OFRECER A LA EMBARAZADA LA OPCIÓN EN CASO DE QUE LO SOLICITE.

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

HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EM 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.

EPISIOTOMÍA

LA EPISIOTOMÍA INDIVIDUALIZADA FRENTE A LA RUTINARIA FAVORECE EL NÚMERO DE PACIENTES CON PERINEO INTACTO Y EL NÚMERO DE MUJERES QUE REANUDAN LA VIDA SEXUAL AL MES, ADEMÁS, DISMINUYE LA NECESIDAD DE REPARACIÓN Y SUTURA PERINEAL, ASÍ COMO EL NÚMERO DE MUJERES CON DOLOR A SU EGRESO.

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 VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO 13 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.

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

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

LA OXITOCINA ES EL UTEROTÓNICO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO, LA DOSIS ES DE 10 UI INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO VÍA IM O IV SI HAY VENOCCLISIS COLOCADA.

PUEDE APLICARSE ERGONOVINA EN CASO DE NO CONTAR CON OXITOCINA A DOSIS TERAPÉUTICA SI EL MEDICO LO CONSIDERA NECESARIO Y QUE NO ESTÉ CONTRAINDICADA. CON EL USO DE ERGONOVINA, SOLA O CON OXITOCINA, SE DEBE MONITOREAR EN FORMA ESTRECHA LA PRESIÓN ARTERIAL, MANIFESTACIONES DE INFARTOS AL MIOCARDIO O ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES.

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO Y ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

UN ESTUDIO CLÍNICO, CON FINES DE EVALUAR SI EXISTÍAN DIFERENCIAS EN LAS COMPLICACIONES POSTPARTO EN PACIENTES CON O SIN REVISIÓN DE CAVIDAD, NO ENCONTRÓ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, CONSIDERANDO QUE NO DEBE REALIZARSE EN FORMA RUTINARIA. ESTÁ RECONOCIDO QUE LA REVISIÓN DE CAVIDAD 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

UN ESTUDIO REPORTA QUE LOS NIÑOS AMAMANTADOS EXCLUSIVAMENTE AL SENO MATERNO MOSTRARON MAYORES BENEFICIOS ANTE PROBLEMAS DE SALUD COMO: SOBREPESO, OBESIDAD, INFECCIONES RESPIRATORIAS O GASTROINTESTINALES, COMPARADOS CON AQUELLOS SIN LACTANCIA MATERNA.

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.

ESCALA S 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 (MÉDICO) NOTA MÉDICA, HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARTOGRAMA EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN (MÉDICO) SIGNOS VITALES (ENFERMERA) VIGILANCIA DE LAS CONTRACCIONES AL INICIO Y CADA 30 MINUTOS (SALA DE LABOR) PALPACIÓN ABDOMINAL: ALTURA DEL FONDO UTERINO, SITUACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PRODUCTO PRESENCIA DE SECRECIONES VAGINALES: LÍQUIDO, SANGRE O TAPÓN MUCOSANGUINOLENTO (MÉDICO/ENFERMERA) REGISTRO DE PERCEPCIÓN DEL DOLOR POR LA EMBARAZADA Y SU DESEO DE RECIBIR OPCIONES PARA ALIVIARLO (MÉDICO/ENFERMERA) AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF), MÍNIMO UN MINUTO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CONTRACCIÓN, CON PALPACIÓN SIMULTANEA DEL PULSO MATERNO PARA DIFERENCIARLOS. POSTERIORMENTE, EN FORMA INTERMITENTE CADA 15 A 30 MINUTOS CON ESTETOSCOPIO DE PINARD O DOPPLER (MEDICO/ENFERMERÍA PERINATAL). TACTO VAGINAL EN CASO DE QUE HAYA DATOS DE ESTABLECIMIENTO DE LA FASE DE LABOR (CON PRIVACIDAD, DIGNIDAD Y CONFORT PARA LA MUJER), POSTERIORMENTE CADA 2 HORAS O ANTES EN CASO NECESARIO (MÉDICO O ENFERMERA PERINATAL) EXPLICACIÓN DE LOS HALLAZGOS DEL TACTO VAGINAL A LA MUJER (MEDICO O ENFERMERA PERINATAL) * NOTIFICAR A LA ENFERMERA CUANDO LA PACIENTE DEBE SER TRASLADADA A SALA DE EXPULSIÓN

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

