



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DE LA ALUMNA:

ROSA ISELA BAUTISTA GÓMEZ.

NOMBRE DE LA PROFESORA:

JESSICA DEL CARMEN JIMÉNEZ.

GRADO:

4TO CUATRIMESTRE.

GRUPO:

“D”

MATERIA:

ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA MUJER.

CUADRO SINÓPTICO GPC.

03 DE DICIEMBRE 2020.

Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo.

Clasificación del trabajo del parto.

CIE-10: 080 Parto único espontáneo sin otra especificación.

GPC: Vigilancia y manejo de del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.

Definición y contexto del trabajo de parto.

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.

Se divide en tres periodos.

- Dilatación.
- Expulsión.
- Alumbramiento.

Atención de la paciente en fase latente.

Las mujeres con embarazos normal, que no estén en fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias.

Manifestaciones de alarma obstétrica.

- Sangrado transvaginal.
- Dolor.
- Contracciones uterinas.

Historia natural del trabajo de parto.

Momento para hospitalización a la paciente embarazada

-Se deben hospitalizar las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente:

- Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos.
- Dolor abdominal en hipogastrio.
- Cambios cervicales.

-El obstetra calificado debe realizar y documentar un expediente médico para atender pacientes en labor de parto:

- Diagnostico a su ingreso, debe incluir partograma, vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, perdidas de líquidos corporales vaginales.

Atención a la mujer en la fase activa del trabajo de parto.

- Disipar miedos y dudas.
- Infundir seguridad.
- Proporcionar información amplia y detallada.
- Atender bienestar físico y emocional.
- Estar disponible.
- Mostrar comprensión, apoyo y respeto.
- Procurar intimidad y permanecer en segundo plano.
- Procurar acompañamiento psicoafectivo.
- Tomar líquidos.

Conducción del trabajo del parto.

- Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante dos horas.
- Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente, está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía, oxitócicos.

Uso de enema

- El enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando al paciente y en caso de la evidencia de ámpula rectal.

Tricotomía

- Evitar el rasurado perineal ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.

Vaciamiento vesical

- Se recomienda el vaciamiento de vejiga, ya que así favorece el descenso de la presentación del trabajo del parto.

Historia natural del trabajo de parto.

Historia natural del trabajo de parto.

Partograma

Herramienta importante para el monitoreo en la atención obstétrica moderna.

Dilatación del cérvix y ampliación manual del periné.

No hay sustento de que esto amplíe el periné.

Monitorización transparto.

Monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal

- Trabajo de parto prolongado.
- Conducción de trabajo de parto.
- Dificultad de auscultación de foco fetal
- Monitoreo fetal siempre de lado decúbito lateral izquierdo.

Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto.

- Cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el periodo expulsivo.
- Proporcionar privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicándole por qué la exploración vaginal y sus hallazgos.

Utilidad de la movilización en el trabajo de parto.

- Deambular durante la primera etapa del parto reduce la duración del trabajo de parto.
- La mujer puede decidir qué posición optar, la que le sea más cómoda, siempre y cuando no haya contraindicaciones.

Procedimiento para el control del dolor en el trabajo de parto

- Se debe evitar el uso de medicamentos durante el trabajo de parto.
- Se debe usar la deambulación, cambia de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura y otros.
- Informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor.
- Darle a conocer a la paciente que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el dolor.
- Explicar a la paciente los procedimientos quirúrgicos y anestésicos que se tengan previstos y que den la autorización

Historia natural del trabajo de parto.

Amniotomía

Se recomienda no utilizarla de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable.

Posición en el trabajo de parto.

-Se recomienda que opten la posición que se les haga más cómoda siempre y cuando no exista contraindicaciones.

-La posición vertical podrá ser recomendada si el paciente lo pide y siempre y cuando este todo el material en el hospital.

Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo.

Usar compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto y así se disminuyen desgarres de tercer y cuarto grado.

Uso de episiotomía.

Debe realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.

Deberá llevarse a cabo una analgesia adecuada.

Episiotomía media lateral



Comienza en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho.

Maniobra de Kristeller.

No se recomienda utilizar esta maniobra debido a desgarres perineales y anales.

Historia natural del trabajo de parto.

Momentos para el pinzamiento o del cordón umbilical.

En el manejo activo del tercer periodo del TP (1 a 3 minutos después de nacido) o al cese del latido del cordón umbilical.

No aplicarse en caso de hipertensión sistémica, preclamsia y enfermedad cardiaca.

Periodo de trabajo de parto (alumbramiento)

Manejo activo de la tercera etapa del trabajo con fines de reducir la hemorragia posparto.

Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/ y o ergonovina, y/o misoprotosol)

Aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical.

Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada.

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.

Puede realizarse cuando:

Existe sospecha de retención de fragmentos de placentarios o membranas.

Alumbramiento manual previsto.

Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.

Presencia de hemorragia uterina posparto.

Parto pretermino.

Ruptura de membranas de seis horas o mayor.

Parto fortuito.

Orbito

Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata.

Los bebés muestran mayores beneficios ante problemas de salud al beber leche materna.

Contacto temprano piel a piel de madres y recién nacidos pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos.