



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERÍA

TEMA:

**CUADRO SINÓPTICO "VIGILANCIA Y MANEJO DE TRABAJO DE PARTO EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO"**

ALUMNO: JOSÉ ALFREDO JIMÉNEZ MARTÍNEZ.

GRADO: 4

GRUPO: D

MATERIA: ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

DOCENTE: JESSICA DEL CARMEN JIMÉNEZ MÉNDEZ.

VILLAHERMOSA, TABASCO A 05 DE DICIEMBRE DEL 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.

SE DIVIDE EN

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer periodo

HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

Es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.

ALARMA OBSTÉTRICA, SON

- Sangrado transvaginal
- Dolor Contracciones uterinas
- Contracciones uterinas Cefalea, acufenos y fosfenos.
- Edema de cara y manos.
- Secreción de líquido transvaginal.
- Disminución de movimientos fetales.

PARTO CON FASE ACTIVA

- 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).

VALORACIÓN OBSTÉTRICA

- 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

Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.

ESTADOS EMOCIONALES POSITIVOS

- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo 7 Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse 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).

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

USO DE ENEMA

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

VACIAMIENTO VESICAL

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.

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.

ESTADO FETAL

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

DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.

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.

TRICOTOMÍA

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

UTILIDAD DEL PROGRAMA

A pesar de la falta de evidencias suficientes sobre la utilidad del partograma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo y la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.

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. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.

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

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

La posición vertical podrá ser recomendada cuando la paciente lo solicite y que la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura, que el profesional de la salud esté capacitado o familiarizado con la técnica siempre y cuando no este contraindicada.

ESTRATEGIAS

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

La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente.

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.

PUERPERIO INMEDIATO

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.

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

ALUMBRAMIENTO

Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

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.