



UDS- UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA:

Enfermería en el cuidado de la mujer

TEMA:

Vigilancia y manejo de trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo

PROFESOR:

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

ALUMNO:

Rosa Angelica Rios Morales

GRADO:

4°cuatrimestre licenciatura en enfermería

GRUPO:

LEN10SSC0119-G

Clasificación del trabajo de parto

Parto único espontáneo sin otra especificación.

Definición y contexto del trabajo de 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 (primer periodo) • Expulsión (segundo periodo) • Alumbramiento o tercer periodo).

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

Historia natural del trabajo de parto vigilancia y atención

Atención a la paciente en fase latente: es recomendable que en un embarazo normal si está en fase activa del trabajo parto no se hospitalice para evitar intervenciones innecesarias. Un profesional de salud dará indicaciones al paciente y acompañante cuando debe regresar así como los signos de alarma obstétrica.

Momento para hospitalización a la paciente embarazada RN trabajo de parto con fase activa: 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 \geq de 4 cm). El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando: • Estado clínico de la paciente • Accesibilidad de unidades de atención obstétrica. Atención a la mujer en fase activa de del trabajo de parto: Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento. Conducción del trabajo de 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. La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto. Uso de enema: el enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente. Tricotomía: la tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente. Vaciamiento vesical: favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Utilidad del partograma: se 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. 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. 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. Amniotomía en el 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: Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre. Estrategias para la protección del periné en el período expulsivo. Uso de episiotomía: La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal. 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. Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío está contra indicado..

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

Historia natural del trabajo de parto
vigilancia y atención

Actividades del personal de salud en la atención del tercer período de trabajo de parto (alumbramiento): Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto. Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato: 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.

Escala 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/Enfermeria 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.

Diagramas de flujo

Valoración inicial en admisión hospitalaria
Vigilancia y manejo de la paciente en fase activa de Trabajo de parto
Vigilancia y manejo del trabajo de parto en el servicio de labor
Posición en periodo expulsivo
Atención del tercer período del Trabajo de Parto (Alumbramiento)
Posición en el período expulsivo
Medicamentos mencionados en la guía e indicados en la atención del Parto de Bajo riesgo incluidos en el Cuadro Básico de IMSS
Carbetocina
Ergometrina (ergonovina)
Lidocaína 2 %
Oxitocina
Paracetamo