



Cristian benjamín Sánchez Gómez

NOMBRE DEL ALUMNO

INVESTIGACION

TRABAJO

Cambios en el embarazo y cuidados

MATERIA

5° CUATRIMESTRE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GRUPO

DOC. GONZALEZ SANCHEZ OSCAR FABIAN

DOCENTE

FECHA DE ENTREGA 24 de marzo



CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNOS EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo y nacimiento son procesos complejos que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados; para poder afrontarlos, la mujer presenta cambios y adaptaciones importantes influenciados en gran medida por hormonas, y otros se originan por factores relacionados con el crecimiento del feto dentro del útero. Los tres primeros meses del embarazo sirven de prelude de lo que serán seis meses de felicidad, pero también de fatiga y de continuos cambios físicos que pueden afectar psicológicamente.

Entre los más notables tenemos:

1- CAMBIOS EN EL ÚTERO:

Durante el embarazo el útero experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales:

-Albergar al feto, la placenta y la bolsa de líquido amniótico.

-Convertirse en un potente órgano que se contrae y que es capaz de generar la fuerza necesaria para lograr la expulsión del bebé en el momento del parto. En condiciones normales el útero pesa aproximadamente 100 g y al final del embarazo puede llegar a pesar 1000 g, debido a la estimulación hormonal y a la distensión por el crecimiento progresivo del feto.

2- CAMBIOS EN LAS MAMAS

Desde la fase más precoz de la gestación y como consecuencia de los cambios hormonales se puede notar un aumento de sensibilidad, tensión y hormigueo en los pechos. A partir del segundo trimestre las mamas aumentan de tamaño hasta dos tallas.

3- PESO

El peso en la embarazada aumentará de forma gradual a lo largo de los 9 meses de 8 a 12

Kg, o según lo indique su Ginecólogo en base al índice de masa corporal previo al embarazo.

4- CAMBIOS SANGUÍNEOS

Durante el embarazo se produce una anemia fisiológica que resulta del aumento de volumen plasmático por lo cual será normal que los glóbulos rojos desciendan un poco a partir del segundo trimestre.

5- SISTEMA CARDIOVASCULAR

El corazón aumenta su frecuencia y disminuye la tensión arterial. La circulación es más lenta (sobre todo en las piernas) debido al peso del útero que dificulta el retorno venoso.

De ahí la aparición de las várices en las piernas y el edema de los pies al estar mucho tiempo de pie.

6- APARATO RESPIRATORIO

Debido al aumento del tamaño del útero y la ocupación por él de parte del tórax, van a incrementarse el número de respiraciones por minuto.

7- APARATO URINARIO

Causado también por el aumento del útero (que comprime la vejiga) y a un aumento de la producción de orina, la embarazada va a orinar con más frecuencia.

8- APARATO DIGESTIVO

A partir de la 6 semanas aparecen náuseas y vómitos matutinos debido a la hormona gonadotropina coriónica humana. En las últimas semanas aparece pirosis (agruras) consecuencia directa del cambio de posición del estómago por el crecimiento del útero.

9- SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

Lo más característico es la lordosis (encorvamiento del cuerpo hacia adelante) progresiva, se trata de un mecanismo compensador del aumento de peso en la parte anterior del cuerpo, es decir, se arquea la columna, estos cambios pueden producir dolores de espalda sobre todo al final del embarazo.

10- FATIGA

Muchas mujeres se sienten más cansadas de lo normal, en especial a principios y finales del embarazo. En estas etapas el cuerpo está produciendo nuevas hormonas y creando muchos cambios en preparación para el arduo trabajo que le espera.

11- CAMBIOS EN EL HUMOR

Es normal tener cambios de humor frecuentes durante el embarazo porque los cambios hormonales por los que pasa el cuerpo afectan el nivel de los neurotransmisores (los mensajeros químicos del cerebro) que contribuyen a crear el estado de ánimo.

12- CAMBIOS EN LA PIEL

La variación en los niveles hormonales durante el embarazo puede producir una amplia gama de cambios en la piel: desde estrías y acné hasta el oscurecimiento de la piel. La mayor parte de los cambios desaparecen al poco tiempo del parto; a excepción de las estrías que solo cambian a color blanco nacarado.

13- SENSIBILIDAD A LOS AROMAS

Si bien ese síntoma no afecta a todas, es común que durante el primer trimestre, aquellos olores que antes le agradaban, hoy los sentirá más fuertes y en algunos casos simplemente no se toleran. Se produce por causa de la progesterona, una hormona que se aumenta durante el embarazo, cuya máxima concentración se manifiesta entre las 8 y 12 semanas, luego de esa fecha la sensibilidad debería disminuir.

PELVIS OBSTÉTRICA

La importancia que tiene hablar de la pelvis en Obstetricia es que el canal de parto está constituido principalmente por dos “estructuras”, una es la estructura ósea que vamos a llamar el canal duro de parto, y que viene a ser la pelvis propiamente tal y los huesos que la conforman. Y otro va a ser el suelo pélvico que va a representar el canal blando de parto, que si bien recordamos es todo lo relacionado con diafragma pélvico, los músculos insertos ahí, etc.

¿Por qué la estructura ósea o canal duro de parto es importante para nosotros como matronas y matrones?

Es porque ésta estructura representa una valla importante por la que debe pasar el feto para lograr ir de la vida intra a la extrauterina, es donde va a encontrar algunas limitaciones y donde va a lograr su posición para el minuto del parto. Entonces si logramos evaluar un correcto trabajo de parto, por alcance sabremos si ésta pelvis es óptima o no.

La pelvis es un anillo ósea, gran parte de ésta estructura está compuesta por una parte ósea, pero también hay ligamentos (que sirven como sostén, para mantener una determinada posición, etc.). La pelvis ésta situada a la mitad del cuerpo y es la que sostiene gran parte del peso corporal y se apoya en las extremidades inferiores, esto último gracias a la articulación coxofemoral (enartrosis coxofemoral). Ahora ésta no es una estructura rígida, sino que tiene un grado de movilidad, y precisamente son las articulaciones las que permiten las modificaciones que van ocurriendo durante el embarazo, separación e interacción dinámica que ocurre después en el minuto del parto.

Anatomía de la pelvis

Dentro de los huesos que conforman la pelvis tenemos el sacro, hueso coxal que está compuesto a su vez por el ilion, isquion y pubis; y en la parte más posterior encontramos el cóccix. Entonces es importante que manejemos todas las partes de la pelvis, unas con más detalles que otras. El hueso coxal tenemos que se divide en 3, ilion, isquion y pubis. Otra estructura que podemos observar es el agujero

obturador. En el ejercicio de las matronas escucharemos algunas cosas que se realizan. Por ejemplo es importante que sepamos la distribución de los huesos de la pelvis, porque puede llegar el momento en que una paciente refiera dolor “aquí”, y que en realidad es un dolor en la fosa ilíaca (sabemos dónde está ubicada). Si llegamos a hacer matrones de pabellón, donde ingresaremos a algún procedimiento como el ToT (cinta suburetral transobturatriz) que es una cirugía que se está utilizando bastante ahora para corregir la incontinencia urinaria en las mujeres que tienen prolapso, implica pasar una cinta por los obturadores. Así si una paciente pregunta oxofemoral. Ahora ya sabemos de qué manera ésta articulación sufre cambios durante el embarazo y se produce una separación que aumenta de 3 mm a aproximadamente 8 mm. La articulación coxofemoral tiene importancia en el desplazamiento que hace el sacro y ahí aumentarán algunos diámetros de la pelvis que son importantes.

CLASIFICACION:

En la mayor parte de las pelvis no hay los tipos puros, son más bien mixtos. Si se traza una línea a través del diámetro transversal máximo, ésta divide al estrecho superior en dos segmentos: uno anterior y el otro posterior. Así tenemos que el segmento posterior determina el tipo de pelvis mientras que el segmento anterior nos da la tendencia. Ejemplo una pelvis ginecoide con tendencia androide significa que la pelvis es predominantemente ginecoide y la forma del segmento anterior nos da la tendencia androide. OJO como mediante el tacto no podemos evaluar el estrecho superior y determinar cual es el diámetro transversal máximo eso queda hacerlo solo cuando tenemos una radiopelvimetría, pero se los digo para que tengan conocimiento de la existencia de los segmentos. Otro hecho significativo es que **la valoración de la pelvis es eminentemente clínica..**

Pelvis Ginecoide: es conocida como pelvis femenina:

- Sacro cóncavo o bien excavado, con promontorio no accesible.
- En el estrecho superior: los diámetros oblicuos y transversos tienen más o menos las mismas medidas no así el antero posterior que es más corto. RECORDAR CONCEPTO DIAMETRO UTIL.
- Espinas ciáticas: romas
- Escotadura Sacrociáticas: amplias.
- Las paredes laterales de la pelvis son rectas
- Arco subpubico: amplio.

Pelvis androide: conocida como pelvis masculina:

- Sacro: se inclina hacia adelante, no es cóncavo, sino más bien recto. El promontorio es fácil de tocar.
- La forma del estrecho superior es triangular con vértice anterior.

- Espinas ciáticas: francamente prominentes.
- Escotadura sacrociática: son angostas.
- Paredes pélvicas: tienden a ser convergentes lo que provoca que la pelvis se vaya estrechando (pelvis en embudo)
- Arco subpúbico: muy reducido.

Pelvis platipeloide

- Sacro: es cóncavo, ligeramente hacia atrás.
- La forma del estrecho superior es amplia en sentido transverso
- Espinas ciáticas: no son prominentes pero tienden a ser mas evidentes que el la pelvis ginecoide.
- Escotadura sacrociática: muy amplias
- Paredes: rectas o paralelas.
- Arco subpúbico: más amplio que la pelvis ginecoide.

Pelvis Antropoide:

- Sacro: ligeramente recto, pero muy profunda.
- La forma del estrecho superior es amplia en sentido antero posterior.
- Espinas ciáticas: prominentes
- Escotadura Sacrociáticas: Amplia
- Paredes pélvicas: tienden a ser divergentes o a veces ligeramente convergentes
- Arco subpúbico: algo estrecho.

PLANOS DE HODGE



El punto de referencia de los Planos de Hodge es el diámetro biparietal del polo fetal

Primer plano. Promontorio a borde superior de la sínfisis púbica, coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este Plano, la presentación está móvil.

Segundo plano. Es paralelo al anterior. Va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra. Cuando la presentación lo alcanza está fija

Tercer plano. Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.

Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retropulsado. La Presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición transversa y trota después al diámetro oblicuo, es decir, con el occipucio del feto en el oblicuo izquierdo de la pelvis. Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia el pubis de la pelvis materna.



MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

ENCAJAMIENTO. El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del

plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. En muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza "flota". Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección anteroposterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua

DESCENSO. Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: 1) presión de Líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

FLEXIÓN. Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se Presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese Movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipito frontal, más largo.

ROTACION INTERNA. Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, 0 menos a menudo, en dirección posterior hacia la concavidad del La rotación interna es indispensable para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño. Calkins (1939) estudio a más de 5 000 mujeres en trabajo de parto hasta el momento de la rotación interna y concluyo que en casi 66% la rotación interna concluye en el momento en que la cabeza alcanza el piso pélvico; en casi 25%, la rotación interna concluye muy poco después de que la cabeza alcanza el piso pélvico, y en casi 5% no ocurre rotación anterior. Cuando la cabeza no ha rotado al alcanzar el piso pélvico, suele hacerlo durante las siguientes una a dos contracciones en multíparas. En nulíparas, la rotación suele ocurrir durante las siguientes tres a cinco contracciones.

EXTENSION: Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso

pélvico sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura bulbar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna.

ROTACION EXTERNA. Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.

EXPULSION. Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia e hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior.

VIGILANCIA DE LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO:

- Proporcionar atención obstétrica segura, y de confianza para la paciente y su familia en el parto eutócico
- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.
- Promover vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente.
- Promover estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal. Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: • Dilatación (primer periodo) • Expulsión (segundo periodo) • Alumbramiento o tercer período)

Primer período del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa

Fase latente: es el período de tiempo donde hay contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura aproximadamente 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas (GPC Española, 2010 GPC NICE, 2007) Fase activa: Hay contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En nulíparas un promedio de duración 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

Segundo período del trabajo de parto (Expulsión): Comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 1 máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia

Tercer período del trabajo de parto (Alumbramiento): Período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.



LA ADMIOTOMIA

La amniotomía es un componente del manejo activo del trabajo de parto que no se recomienda realizar de forma rutinaria cuando el parto evoluciona favorablemente; su uso se propugna sólo cuando existe una indicación clínica de acortar dicho periodo.

Existen algunos riesgos potenciales importantes, aunque excepcionales, asociados con la amniotomía, incluidos los problemas con el cordón umbilical o la FCF, aunque también tiene sus ventajas como es el acceso al feto para realización de micrótopo o colocación de catéteres internos, observar el color del líquido amniótico...

La amniotomía como método inductor del parto, parece que se asocia a mejores resultados en cuanto a la disminución del periodo de dilatación cuando se asocia al empleo con oxitocina que cuando se realiza por sí sola.

Ventajas de la amniotomía:

- Acceso al feto, para la realización de microtomías de PH de calota fetal y la posibilidad de introducir catéteres internos, tanto de FCF como de presión amniótica.
- Visualización del color del líquido amniótico; aunque existe evidencia respecto a que la presencia de líquido meconial, puede no responder a la hipótesis de que el feto esté sufriendo, ya que el 20% de los fetos a término lo presentan, sin otro hallazgo de distress fetal.
- Posibilidad de realizar amnioinfusión, en partos que cursen con oligoamnios o líquido teñido con meconio espeso.
- Reducción del período de dilatación: disparidad de opiniones.
- Iniciar o inducir el trabajo de parto en pacientes multiparas y nulíparas.

Riesgos de la amniotomía

- Infecciones: mayor riesgo de corioamnionitis por vía ascendente de cualquier germen alojado en vagina ó iatrogénico. Especial cuidado en madres portadoras de VIH, VHB.
- Riesgo de prolapso de cordón: Comprobar siempre que la presentación fetal sea cefálica y no esté por encima del estrecho superior de la pelvis.
- Mayor riesgo de patrones cardiotocográficos anormales por la fuerte compresión de la cabeza, produciendo una estimulación vagal.

Contraindicaciones

- Placenta previa y vasa previa; al existir riesgo de sangrado y de DPPNI.
- Presentaciones y situaciones fetales anormales: aumenta el riesgo de distocias de presentación.



ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO:

10 Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación • Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y del feto/recién nacido. • Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. • Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja. • Que la gestante se sienta protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.

11. Es el conjunto de mecanismos fisiológicos que desencadena una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que permiten que el cuello realice modificaciones: a través de la dilatación y borramiento para permitir la salida del feto por el canal del parto. Dependen de: Canal del parto Feto Fuerzas o potencias

12. El profesional de Enfermería deberá informar, orientar y brindar acompañamiento a la gestante en el reconocimiento de los signos que indican el inicio del trabajo de parto: Expulsión de tapón mucoso: expulsión de una pequeña cantidad de sangre con mucosidad. Inicio de contracciones: a intervalos de 3 en 10 minutos, que se intensifican y se vuelven más frecuentes. Ruptura de membranas: flujo abundante o goteo de líquido amniótico.

13. El profesional de Enfermería tiene el compromiso indispensable de orientar en la pareja, el proceso fisiológico del parto a través de la experiencia, la confianza y la seguridad impartida en cada control prenatal. Nos permitirá garantizar una evolución satisfactoria, prevenir complicaciones y adoptar medidas adecuadas y oportunas a través del reconocimiento de las tres etapas del trabajo de parto y las actividades de Enfermería que garanticen el cuidado integral del binomio madre-hijo.

14. Período de tiempo comprendido entre el inicio del trabajo de parto, presencia de contracciones, hasta la dilatación completa del cuello uterino. Se divide en: Fase latente: contracciones cortas y ligeras, dilatación hasta 4 cm. Fase activa: se produce el borramiento y la dilatación, actividad regular.

15. 1. Proporcionar ambiente cómodo y seguro para la admisión de la gestante, realización de anamnesis y valoración física, incluye: HISTORIA DEL EMBARAZO ESTADO ACTUAL • Datos de identificación • Identificar motivo de consulta • Número de controles prenatales realizados • Signos de alarma de enfermedad • FUM • Valoración física • Antecedentes personales • Valoración ginecobstétrica • Antecedentes familiares • Impresión diagnóstica • Antecedentes ginecobstétricos • Definir conducta • Resultados de laboratorios y ecografías • Intervenciones

16. 2. Observación del estado general de la gestante: serena, angustiada, tímida, insegura. 3. Control y registro de signos vitales maternos y fetales. 4. Valoración física cefalocaudal: determinación del estado de hidratación, coloración de piel y mucosas, evaluación de órganos y sistemas. 5. Valoración ginecobstétrica: medición de la altura uterina, realización de maniobras de Leopold, auscultación de FCF, determinación de movimientos fetales, valoración de la dinámica uterina.

17. 6. Evaluar características de las contracciones: hora de inicio, frecuencia, duración, intensidad, si hay expulsión de sangre o líquido amniótico, inspección de modificaciones

cervicales, grado de encajamiento, genitales externos. 7. Preparación de la paciente: instalación de venoclisis, administración de líquidos y medicamentos, toma de muestras de laboratorio. 8. Continuar el control del trabajo de parto cada 15 minutos. 9. Brindar asesoría y acompañamiento de profesionales y familiares.

18. 10. Motivar a la madre a realizar ejercicios de respiración y relajación. 11. Brindar comodidad y privacidad. 12. Cambios de posición: decúbito lateral izquierdo. 13. Deambulación en caso de membranas íntegras. 14. Estimular eliminación vesical. 15. Observar el periné con el fin de detectar abombamiento. 16. Enseñar a la madre la forma correcta de pujar. 17. Identificar signos de alarma y complicaciones del trabajo de parto.

19. Período de tiempo comprendido desde la dilatación completa, hasta el nacimiento del feto.

20. 1. Preparación de la madre para el parto. 2. Preparación del área, materiales y equipos: fuente de luz, cuna de calor radiante, mesa de mayo, equipo de partos, ropa quirúrgica, pesa y tallímetro, cinta métrica, succionador, carro de parto, filtro TSH, tubo para Hemoclasificación, huellero, reloj. 2. Trasladar a sala de partos. 3. Ubicar en posición ginecológica. 4. Asepsia y preparación del área perineal.

21. 5. Indicar a la madre la mejor manera de pujar. 6. Insistir en el control de la respiración. 7. Controlar el trabajo de parto y la FCF. 8. A la salida de la cabeza en el canal del parto, asistir en aspiración de secreciones con perilla de succión. 9. Administración de oxitocina. 10. Control de líquidos y medicamentos. 11. Evaluar APGAR al minuto.

22. 12. Recibir con manta precalentada para evitar pérdida de calor. 13. Favorecer contacto del RN piel a piel sobre el pecho de la madre. 14. Realizar estimulación a través del secado iniciando por cabeza y abrigo. 15. Trasladar RN a cuna de calor radiante con temperatura adecuada para realizar atención. 16. Terminar el secado y la estimulación. 17. Evaluar APGAR a los 5 minutos.

23. 18. Pinzar, ligar y cortar cordón umbilical. 19. Tomar muestras para TSH y Hemoclasificación del cordón. 20. Realizar examen físico inicial del RN. 21. Aplicar profilaxis oftálmica, vitamina K. 22. Evaluar medidas antropométricas del RN: peso, talla, PC, PT, PA. 23. Tomar huella de pie derecho. 24. Valorar signos vitales. 25. Vestir a RN, colocar manilla de identificación y trasladar junto a su madre para iniciar lactancia materna.

24. Período de tiempo comprendido desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

25. 1. No forzar expulsión de la placenta antes de su desprendimiento. 2. Explicar a la madre para que realice un pequeño pujo para su salida. 3. Ejercer suave presión en el fondo uterino si se dificulta la salida espontánea. 4. Revisar placenta cara materna y fetal, cotiledones completos, membranas y cordón. 5. Observar estado general de la paciente.

26. 6. Observar coloración de la piel. 7. Control de signos vitales cada 15 minutos. 8. Evaluar globo de seguridad de pinard, útero de consistencia dura y firme acompañado de entuertos. 9. Realizar masajes de forma circular para extraer coágulos y favorecer involución uterina. 10. Revisar genitales externos en busca de lesiones del canal del parto que ocasionen hemorragias. 11. Revisar suturas vulvares o sitio de episiotomía.

27. 12. Realizar baño genital externo. 13. Evaluar características de loquios: color, olor, cantidad y evolución. 14. Detectar tempranamente complicaciones como hemorragias e infección puerperal. 15. Valorar miembros inferiores: color, sensibilidad, perfusión y pulsos. 16. Favorecer la lactancia materna para contribuir con involución uterina. 17. Estimular deambulación temprana. 18. Proporcionar y educar sobre la alimentación adecuada en la madre.

28. 19. Vigilar comienzo de diuresis espontánea. 20. Identificar necesidad de información y asesoría de la mujer con relación a su autocuidado, inicio de planificación familiar, cuidados del RN. 21. Educar sobre la importancia de la higiene personal y genital a la salida de la institución. 22. Explicar sintomatología de alarma por la que debe consultar la madre y RN. 23. Insistir sobre el seguimiento a las consultas de control de puerperio y RN. 29. El acompañamiento pre y postnatal del profesional en Enfermería contribuye a un trabajo de parto armónico, satisfactorio, disminuye el estrés y la ansiedad de la gestante y su familia con la preparación previa adecuada, favorece el desarrollo de lazos afectivos entre los padres e hijos y proporciona seguridad, autonomía, comunicación y confianza para el desarrollo y evolución de las fases del trabajo de parto.

EPISIOTOMIA

La episiotomía es un corte que se realiza en el borde inferior de la vagina, entre 45° y 60° grados de la horquilla del periné, sus indicaciones para realizarla son: necesidad de acortar el expulsivo, sufrimiento fetal y distocia de hombros. Actualmente en la mayoría de paritorios se lleva a cabo la “episiotomía restrictiva” la cual sólo se realizaría en los supuestos anteriores.

Aun así, pese a no realizarla es posible que la mujer sufra pequeños desgarros que es preciso suturarlos, con lo cual nos encontraríamos también ante una herida quirúrgica en ambos casos, ya sea por una episiotomía o por un desgarro suturado. Una de las complicaciones de las heridas quirúrgicas es la infección de esta, por tanto será necesario instruir a la mujer para un cuidado eficaz de la herida y prevenir complicaciones futuras.

Cuidados generales de la herida

– Lavar cuidadosamente la zona de adelante hacia atrás, no más de dos veces al día, de lo contrario no estaríamos favoreciendo que la herida se mantuviese seca.

– Cada vez que se defeque, será necesario limpiarse de adelante hacia atrás y posteriormente lavar la zona.

--Cambiar la compresa cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá en un medio más seco y no habrá maceración de la misma.

– El jabón de elección será uno cuyo pH sea neutro, de por sí tras el parto el pH vaginal será más ácido de lo normal para proteger frente a infecciones.

– Usar ropa interior de algodón, ya que la transpiración es mayor.

– Es importante una dieta rica en fibra e hidratación para evitar el estreñimiento, y con ello esfuerzos a la hora de defecar con la consiguiente tensión para la zona.

- No está aconsejado sentarse con flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.
- Si existe dolor para sentarse, lo mejor es apoyar la espalda en el respaldo y contraer las nalgas para sentarse, resultará menos doloroso.

Signos y síntomas a vigilar

- Fiebre, es normal un aumento ligero de la temperatura en el puerperio relacionado con la subida de la leche. Si es superior a 37,5° durante dos días se ha de acudir a un especialista.
- Secreción purulenta o maloliente.
- Inflamación repentina de la zona
- Dolor

Es importante llevar a cabo unos cuidados adecuados de la episiorrafia, si no ocurre ningún problema la herida curará al mes aproximadamente y los puntos reabsorbibles irán desapareciendo.

Se ha de instruir al personal que atiende el puerperio los primeros días para valorar la zona e indicar si es preciso hielo, paracetamol o ibuprofeno para disminuir la edematización y molestias, y por otro lado, a la mujer una vez que se haya dado de alta para que observe cualquier cambio en la herida para poder actuar con tratamiento antibiótico antes de que se produzca dehiscencia de los puntos.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO APGAR

El test de Apgar mide la vitalidad del bebé en los primeros minutos

Mientras tu bebé crecía dentro de ti, para cuidarle apenas tenías que preocuparte de llevar una vida y alimentación sana; pero desde el momento que asoma su cabecita, necesita tus cuidados y los del personal sanitario que ha asistido tu parto.

Son unos momentos muy importantes y, al mismo tiempo, llenos de emoción. La matrona cortará definitivamente el cordón umbilical que hasta ahora os unía, y junto con el médico comprobarán con unas sencillas pruebas indoloras que tu bebé ha nacido sano.

Contacto piel con piel

"Si el bebé comienza el llanto y tiene buen tono, se pone encima de la madre para favorecer el contacto piel con piel y comenzar el amamantamiento",

Limpieza de nariz y boca, según el centro

Tradicionalmente, y aún sigue siendo así en muchas maternidades y hospitales, el ginecólogo o la matrona limpia con suavidad la boquita del recién nacido para eliminar las secreciones bucofaríngeas, es decir, flemas y mocos, y ayudarle a tomar sus primeras bocanadas de oxígeno.

Pero hoy en los centros donde se realiza un parto menos medicalizado, esta práctica o "la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de sondas.... no se hace de forma rutinaria", El recién nacido a término expulsa espontáneamente el líquido pulmonar en el curso del parto.

Corte del cordón umbilical

El siguiente paso es cortar el cordón umbilical. El ginecólogo o la matrona primero lo pinzará con un instrumento quirúrgico (aún no le colocarán la pinza de plástico) y luego romperá el nexo que os ha mantenido unidos. En algunos hospitales esta actuación se hace enseguida, minutos después del nacimiento, y en otros se espera a que el cordón deje de latir. "Los únicos procedimientos que se realizarán al recién nacido durante este tiempo de contacto piel con piel, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar. La correcta identificación del recién nacido tras su nacimiento es necesaria desde el momento de la ligadura del cordón umbilical

Test de Apgar

Ahora toca la realización del test de Apgar, la prueba clínica que mide la vitalidad del recién nacido en sus primeros minutos de existencia. Lo que el neonatólogo valora son cinco valores del bebé. Su tono muscular, el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardiaca, la respuesta a los estímulos externos y la coloración de la piel.

Peso y medida del bebé

Luego se le pesa y mide y se toma las medidas del perímetro cefálico, aunque en los centros en los que se practica un parto más humanizado, esta practica se retrasa hasta

que la madre no sube a la habitación, alrededor de dos horas después, "para no interferir con el contacto piel con piel tras el nacimiento",

Vitamina K inyectada y colirio

También se administra una profilaxis de vitamina K intramuscular "para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, que puede provocar sangrados graves en algunos casos", afirma el neonatólogo. También se le aplica un colirio en los ojitos para prevenir la infección ocular gonocócica, que puede contraer al pasar por el canal del parto.

Lavado de recién nacido... solo por encima

La imagen de un bebé todo sonrosado y limpio que suelen aparecer en las películas es muy poco real. Los bebés nacen un poco sucios pero hoy no se les lava. "En las primeras horas de vida la limpieza debe ser superficial y en todo caso no debe interferir con el contacto piel con piel con la madre. El neonato se coloca sobre el abdomen o el pecho de la madre en decúbito prono y se seca y estimula con toallas precalentadas para evitar la pérdida de calor", de talla la supervisora de partos,

Valoración de apgar

Tan pronto como nazca su bebé, un enfermero de parto colocará un temporizador (cronómetro) durante un minuto y otro durante cinco minutos. Cuando finalicen cada uno de estos períodos, un enfermero o médico le harán las primeras "pruebas" a su bebé, denominadas pruebas de Apgar.

Este sistema de puntuación (que tiene el nombre de su creadora, Virginia Apgar) ayuda al médico a calcular el estado general de su bebé al nacimiento.

Con esta prueba se le evalúa a su bebé:

Frecuencia cardíaca

Respiración

Tono muscular

Reflejos

Color de la piel

Esta prueba no puede predecir cuán saludable será cuando crezca ni cómo se desarrollará. Tampoco indica cuán inteligente es ni cómo es su personalidad. Sin embargo, pone en alerta al personal del hospital si el bebé está más adormecido o es más lento para responder que lo normal y puede necesitar asistencia a medida que se adapta a su nuevo mundo fuera del útero.

¿Cómo se asigna la puntuación de la prueba Apgar?

Cada característica recibe una puntuación individual: dos puntos para cada una de las cinco categorías, si todo anda bien. Luego, se suman todas las puntuaciones. Por ejemplo, supongamos que su bebé tiene una frecuencia cardíaca mayor de 100, llora enérgicamente, se mueve activamente, hace muecas y tose en respuesta a la jeringa, pero tiene un color azulado. En este caso, tendría un 8 en la escala Apgar: dos puntos menos porque tiene un color azulado y no rosado. La mayoría de los bebés recién nacidos tienen puntuaciones mayores de 7 en la escala Apgar. Debido a que sus manos y pies permanecen azulados hasta que estén bastante calientes, muy pocos tienen una puntuación perfecta de 10.

Si la puntuación de la escala Apgar de su bebé está entre 5 y 7 en un minuto, es posible que haya tenido algunos problemas durante el nacimiento que redujeron el oxígeno en su sangre. En este caso, es probable que el personal de enfermería del hospital lo seque vigorosamente con una toalla mientras se le coloca el oxígeno debajo de la nariz. Esto debería hacerlo comenzar a respirar profundamente y mejorar su suministro de oxígeno para que su puntuación de la escala Apgar de cinco minutos sea de entre 8 y 10 en total.

Un pequeño porcentaje de recién nacidos tienen puntuaciones menores de 5 en la escala Apgar. Por ejemplo, los bebés que nacen en forma prematura o por cesárea de emergencia, tienen más probabilidades de tener puntuaciones bajas que los bebés que nacen en forma normal. Estas puntuaciones pueden reflejar las dificultades que el bebé tuvo durante el trabajo de parto o problemas en el corazón o en el sistema respiratorio.

Sistema de puntuación de Apgar

Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena; llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo*	Ausente	Mueca	Mueca y tos o estornudos
Color	Azulados o pálido	Cuerpo rosado; manos y pies azulados	Completamente rosado

*Reflejo evaluado colocando un catéter o una perilla succionadora en la nariz del bebé y observando su respuesta.

SILVERMAN

El Test de Silverman- Anderson evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido. Es recomendable que se pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en los neonatos pretérmino, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto, etc. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación **entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.**

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con **1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.**
- Recién nacido con **4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.**

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

PUERPERIO FISIOLÓGICO

CONCEPTO: “expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino”. Se puede dividir:

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación).
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

PUERPERIO NORMAL

PUERPERIO INMEDIATO.

- Entuertos: contracciones uterinas intermitentes.
- Escalofríos.

CONDUCTA.

1) Vigilar la pérdida sanguínea: dos primeras horas. No más de 400 cc en 24 h.

2) Vigilar la formación del globo de seguridad de Pinard: hemostasia uterina por retractilidad y contractilidad. El globo de seguridad se aprecia por la palpación abdominal. Tras la salida de la placenta, el fondo uterino queda a mitad de distancia sínfisis-ombigo, pero al cabo del primer día sube casi a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis. Tras la vigilancia de 2 horas en la sala de recuperación, pasará a planta.

Parto prolongado, atonía, hidramnios, gemelar, etc..hemorragias importantes debiéndose limpiar el útero de coágulos mediante expresión del mismo, masaje y bolsa de hielo. Si continúa flácido administraremos uterotónicos (Methergin i.v más Purpuripán 1 amp i.m.) e incluso ocitócicos en perfusión i.v. (Ocitocina 20-30 UI en 500 cc de suero glucosalino).

Evaluar TA, pulso y hematocrito.

3) Vigilar pulso, Tª y TA

BIBLIOGRAFIA:

[Pelvis Obstétrica - Obstetricia Obstetricia - StuDocu](#)

[CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE PELVIS | obstetriciahual \(wordpress.com\)](#)

[052GER \(omm.org.mx\)](#)

[Actividades de enfermería durante el trabajo de parto \(slideshare.net\)](#)

[Cuidados enfermeros obstétricos en la episiotomía y desgarros vaginales - Revista Electrónica de Portales Medicos.com \(revista-portalesmedicos.com\)](#)

[Test de Silverman- Anderson - Enfermera Pediatra[®]](#)

[Puerperio.pdf \(juntadeandalucia.es\)](#)