



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Adriana de Jerónima Hernández Deara

Nombre del profesor: Dr. Fabián González Sánchez

Nombre del trabajo: Cambios en el embarazo y cuidados.

Materia: Ginecóloga y obstetricia

Grado: 5° cuatrimestre

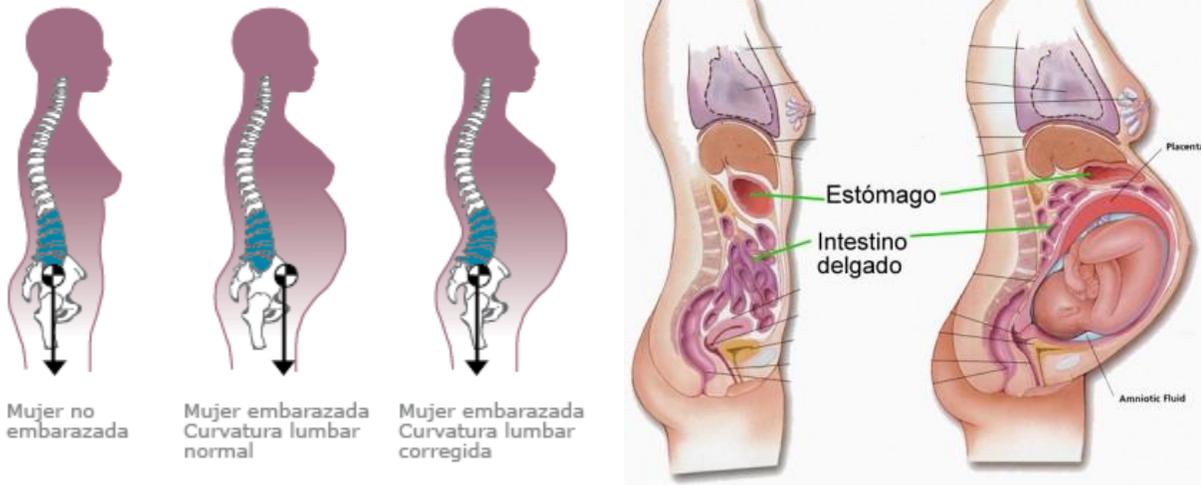
Carrera: LIC. EN ENFERMERIA.

PASIÓN POR EDUCAR

CAMBIOS EN EL EMBARAZO Y CUIDADOS

Terminología obstétrica más común: Presentación, situación, variedad de posición:

2.1 Cambios Fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante en el embarazo.



La gestación es un periodo en el que se incrementan notablemente las necesidades nutritivas. Este incremento se debe por un lado a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto, y por otro para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación. Esta nueva etapa de la vida de muchas mujeres implica unos cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte los cambios en el estado físico y anímico.

Los cambios físicos, encontramos retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones; y entre los cambios psicológicos es muy frecuente sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad. Todos estos cambios son consecuencia de la acción de las hormonas aumentadas durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, lactógeno placentario humano o gonadotropina coriónica, entre otras.

Vagina: Aumenta la vascularización y se produce hiperemia en piel, mucosa y músculos del periné y vulva. La vagina se pone de color violeta/cianótica, lo cual se denomina signo Chadwick, secundario a la hiperemia local. Los fondos de saco laterales de la vagina están parcialmente rechazados y abombados por el crecimiento uterino, denominándose signo de Noble-Budín. Durante el embarazo, el flujo vaginal es de tipo progestativo, por lo tanto es más blanco y espeso, y no debe confundirse con una infección.

Ovarios: Durante el embarazo no se produce ovulación. El cuerpo lúteo es el principal productor de progesterona, y por tanto encargado de la mantención del embarazo durante las primeras 12 semanas, hasta que la placenta comienza a producir hormonas.

Mamas: Desde el comienzo de la gestación la glándula mamaria se prepara para la lactancia es posible observar aumento de la irrigación mamaria y aumento del volumen mamario, así como secreción láctea y pigmentación de la areola y el pezón. Con frecuencia las embarazadas se quejan de congestión mamaria, galactorrea y prurito en los pezones, síntomas que se consideran fisiológicos para el embarazo. Sistema músculo-esquelético: Se produce hiperlordosis lumbar, hiperextensión de la musculatura paravertebral (más aún en pacientes con sobrepeso), abducción de los pies (marcha de pato) y separación de las ramas pubianas en la sínfisis púbica. Estas modificaciones fisiológicas ocasionan dolor pubiano y dolor lumbar como síntomas característicos del embarazo. Para su alivio puede usar medidas físicas como calor local.

Piel y fanéreos: En el abdomen, las estrías de distensión aparecen de color rosado-violáceas, en forma perpendicular a las líneas de tensión de la piel, y luego se transforman en blancas y atróficas. Se desarrollan el segundo trimestre de embarazo y se pueden atribuir a la distensión cutánea del abdomen y a los mayores niveles de corticoesteroides del embarazo, dado que estos últimos tienen la capacidad de disminuir la síntesis de colágeno y el número de fibroblastos en la dermis. Las estrías son irreversibles y se correlacionan con las características de la piel de cada mujer.

Ganancia de peso: Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo, puesto que durante la gestación es normal que engorde de 9 a 12 Kg: 1,5 a 1,8 Kg durante el primer trimestre; unos 3,5 Kg suplementarios en el segundo y el resto en el tercero (0,4 Kg/semana). Ese incremento de peso se debe a crecimiento del feto.

El sistema cardiovascular: se ve alterada su función durante el embarazo, ya que aumenta la frecuencia y el gasto cardíacos y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Se normaliza en el tercer trimestre. Los cambios en el metabolismo del calcio facilitan la movilización de éste para la formación del esqueleto fetal. Por acción de ciertas hormonas, se absorbe más cantidad de calcio en el tracto gastrointestinal y disminuye su eliminación.

Aumenta el volumen de sangre: origina una disminución en las concentraciones de hemoglobina (sustancia de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno desde el aparato respiratorio a todos los tejidos corporales) y esto se traduce en anemia fisiológica de la gestante, que no hay que confundir con anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), tan frecuente durante el embarazo.

Disminuye la motilidad (movilidad) gastrointestinal: Los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación y se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona. Se relaja el músculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal y a la vez disminuye la movilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes, suele ocasionar estreñimiento. Así mismo, la relajación del cardias desencadena regurgitación y pirosis o acidez, síntomas tan comunes en las embarazadas.



2.2 Pelvis ósea desde femenina desde el punto de vista obstétrico: Clasificación. Planos de hodge.Mecanismo del trabajo de parto

La pelvis obstétrica: La pelvis es aquella porción del esqueleto, particularmente interesante para el obstetra, formada por los huesos coxales y el sacrococix. Se trata de un anillo osteo-ligamentoso casi inextensible, que se interpone entre el tronco y las extremidades inferiores. Desde un punto de vista obstétrico, la pelvis constituye el canal duro que debe franquear el feto durante el parto.

Topográficamente: la pelvis se divide en dos regiones: la pelvis mayor o (también se le puede llamar pelvis Falsa) y la pelvis menor o (pelvis Verdadera). La pelvis mayor, con sus paredes ensanchadas es solidaria hacia adelante con la región abdominal inferior, las fosas ilíacas e hipogastrio. Contiene parte de las vísceras abdominales. La pelvis menor, la parte más estrecha del embudo, contiene la vejiga urinaria, los órganos genitales, y parte terminal del tubo digestivo (recto y ano).

CLASIFICACION:

Desde el punto de vista clínico, de especial importancia en obstetricia, la pelvis puede ser clasificada en varios tipos, según su forma:

***-Pelvis ginecoide (50%):** Pelvis más favorable para el parto natural.

- ✚ Estrechos: El estrecho superior tiene forma muy ligeramente ovoidea, con el segmento anterior amplio y redondeado igual el segmento posterior y el diámetro transversal en forma redondeada o ligeramente elíptica.

- ✚ Sacro: La curva e inclinación del hueso sacro son de características medianas y las escotaduras sacro ciáticas son de amplitud mediana.
- ✚ Pubis: El ángulo subpubiano es amplio y redondeado con paredes laterales paralelas y ramas isquípúbicas arqueadas.
- ✚ Diámetros: El diámetro interespinoso (biciático) amplio y muy similar al diámetro intertuberoso (bituberoso, entre una tuberosidad isquiática y la opuesta), también amplio, ambos de unos 10,5 cm.

Pelvis androide(15%):No favorable en parto natural

Es la forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres, es más común verlo en la raza blanca.se caracterizan por tener un diámetro transversal acortado por la convergencia de las paredes de la pelvis, así como un diámetro anteroposterior acortado por la inclinación hacia adelante del hueso sacro.

- ✚ Estrechos: El estrecho superior tiene forma triangular
- ✚ Sacro: Escotaduras ciáticas estrechas, las espinas ciáticas son salientes y puntiagudas.
- ✚ Pubis: Paredes pélvicas convergentes hacia el pubis, siendo más amplia la pared posterior.
- ✚ Diámetros: Tanto el diámetro interespinoso e intertuberoso son cortos.

Pelvis antropoide (30%):

Tiene la forma de la pelvis ginecoide rotada 90 grados, es decir un óvalo o elipse antero.

- ✚ Estrechos: El estrecho superior es oval anteroposteriormente, con el segmento anterior y el posterior largos y estrechos pero ligeramente redondeados.
- ✚ Sacro: Las escotaduras sacrociáticas son amplias, el hueso sacro es largo y estrecho con una curvatura marcada por inclinación del sacro hacia atrás.
- ✚ Pubis:Las paredes laterales de la pelvis en dirección al hueso púbico son paralelas una con la otra. El ángulo subpubiano es ligeramente estrecho y las ramas isquiopúbicas levemente arqueadas.
- ✚ Diámetros:Los diámetros interespinoso e intertuberoso son cortos, mientras que los diámetros anteroposteriores son amplios.

Pelvis platipoide (5%)

- ✚ Estrechos: El estrecho superior es oval en sentido transversal, con el segmento anterior y el posterior amplios y redondeados.
- ✚ Sacro: La escotaduras sacrociáticas son estrechas, mediana inclinación de la curvatura del hueso sacro.
- ✚ Pubis: El ángulo subpubiano es muy amplio y redondeado y las ramas isquiopúbicas muy arqueadas.

- ✚ Diámetros: Los diámetros interespinoso e intertuberoso son muy amplios, mientras que los diámetros anteroposteriores son cortos.

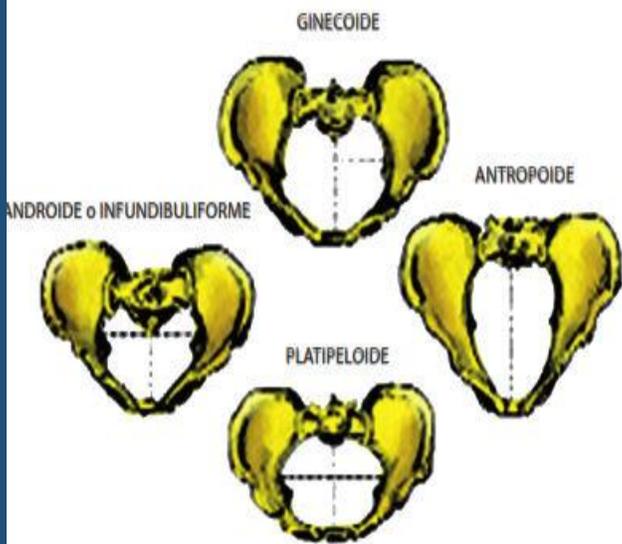
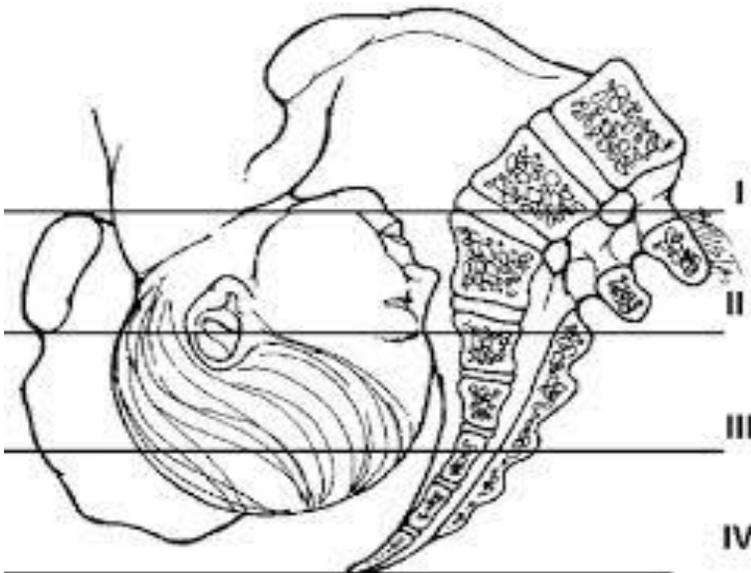


Figura Nro.1. CUATRO TIPOS BÁSICOS DE PELVIS, IDENTIFICADOS EN 1930 POR CALDWELL Y MOLOY



Planos de Hodge:



Son cuatro planos paralelos de la pelvis menor:

- ✚ Primer Plano: corresponde al estrecho superior de la pelvis, trazado entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis pubiana.

- ✚ Segundo Plano: paralelo al anterior, toca el borde inferior de la sínfisis pubiana y el cuerpo de la segunda vértebra sacra; está localizado en el plano de las dimensiones pélvicas máximas.
- ✚ Tercer Plano: paralelo a los precedentes, tangencial a las espinas ciáticas.
- ✚ Cuarto Plano: es el estrecho de salida de la pelvis, señala el piso pelviano; paralelo a los precedentes, toca el vértice del cóxis.

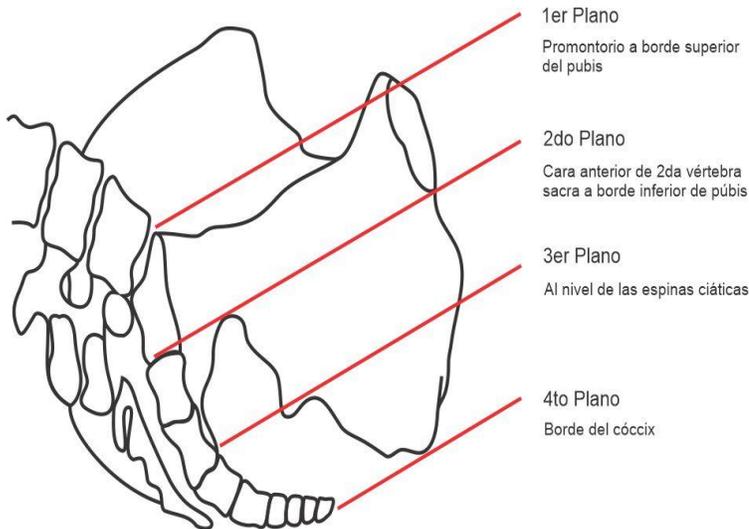
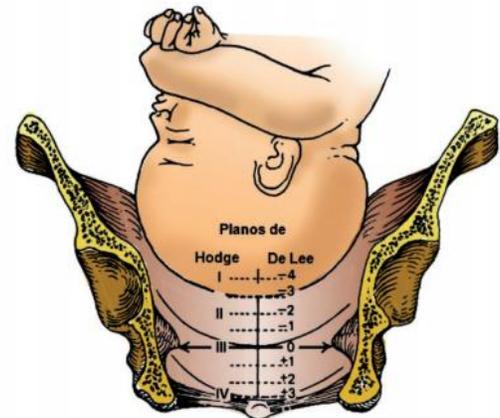


Figura Nro. 3. ESTADIOS DE LOS PLANOS OBSTÉTRICOS DE LEE SE CORRESPONDEN CON LOS DE HODGE



Mecanismos del trabajo de parto:

Serie de movimiento que realiza el feto sobre todo la presentación para atravesar el canal del parto y salir al exterior, Los movimientos (tiempos) que realiza el cilindro fetal para atravesar el canal del parto son pasivos y determinados por la actividad contráctil del músculo uterino durante el período de dilatación y por la fuerza sumada de la contracción uterina y de los pujos maternos en el período expulsivo. Quien atiende un parto debe conocer perfectamente los tiempos del mecanismo del parto, para poder valorar adecuadamente su evolución y cooperar, cuando sea necesario. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son:

Encajamiento: la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto.

Descenso: Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las múltiparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento.

Rotación interna: El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además,

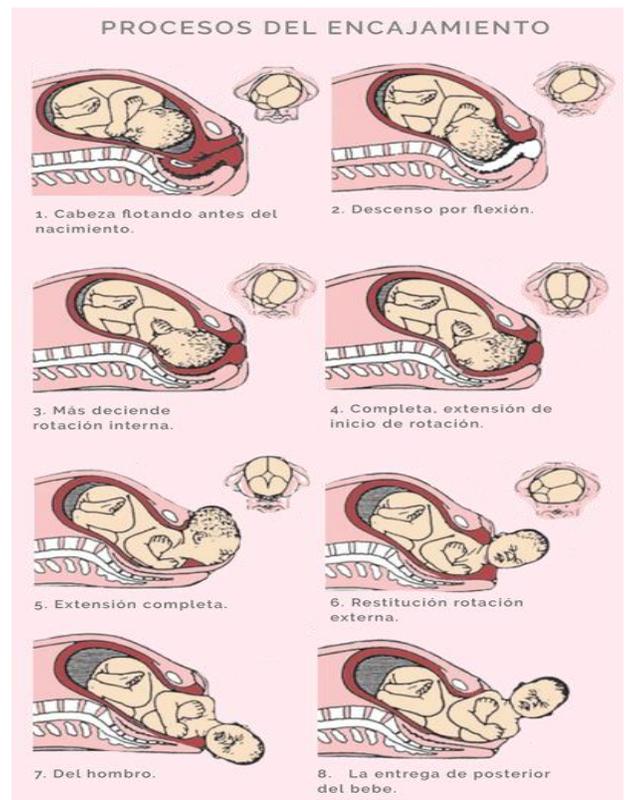
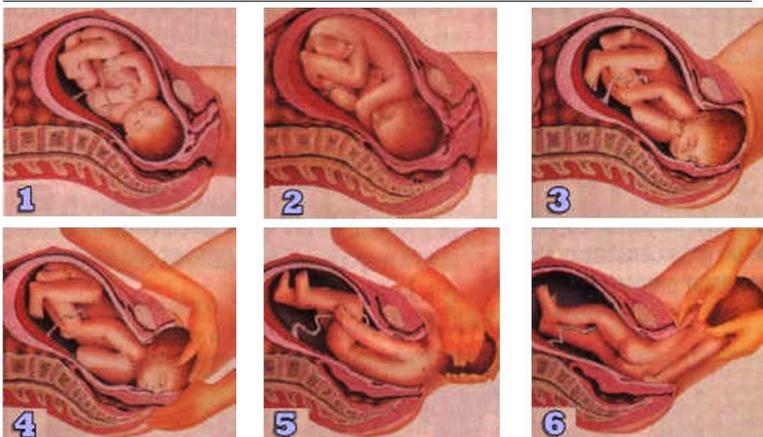
porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los íleo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior

Extensión: Es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar.

Rotación externa: Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también "restitución" Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna. Si el occipucio se encuentra hacia la izquierda, el movimiento de rotación será hacia la tuberosidad isquiática izquierda y lo contrario, cuando está hacia la derecha.

Expulsión: La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación ocurre la expulsión del resto del cuerpo.

Tiempos del Mecanismo del Parto Presentación Cefálica



2.3-VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO Y AMNIOTOMIA:

Corresponde a la serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, efectuados por el médico o la matrona, para la adecuada vigilancia del proceso de parto, desde el ingreso a la maternidad, hasta el momento del traslado al puerperio.

El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, placenta y anexos, por vía vaginal, se divide en tres periodos:

- + Primer periodo: Dilatación
- + Segundo periodo: Expulsión.
- + Tercer periodo: Alumbramiento

Aplicar las técnicas y maniobras necesarias para la correcta vigilancia del trabajo de parto y posterior atención del mismo. Para que se produzca es necesario que la presión sea aproximadamente de 110 mm Hg, la intensidad de la contracción en el periodo expulsivo llega a 60 mm Hg, la contracción por sí sola no es suficiente para provocar el parto. La contracción de los músculos abdominales y el descenso del diafragma al momento de pujar hacen posible el parto. Contracciones uterinas dolorosas acompañadas por una de las siguientes:

- + Rotura de membranas
- + Expulsión del tapón mucoso
- + Borramiento del cuello uterino

Para que ocurra el parto es preciso el canal de parto y contracción uterina y abdominal apropiada, también deben considerarse factores tales como:

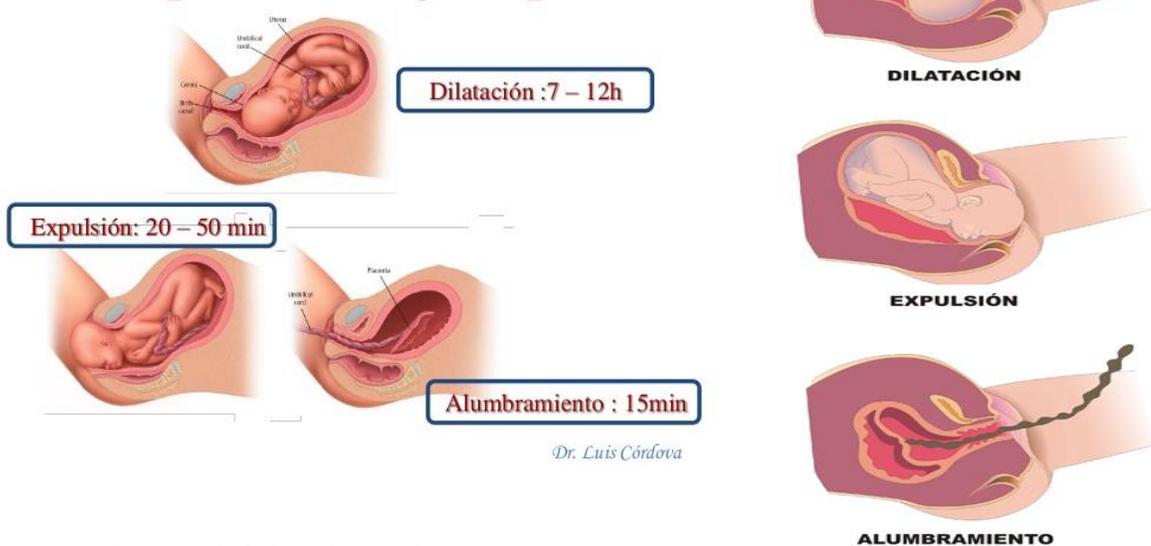
- + Actitud: Relación que guardan los distintos segmentos fetales entre sí, la actitud normal es la flexión moderada o hiperflexión
- + Situación: Es la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno como las siguientes situaciones: Longitudinal, oblicua, transversa.
- + Presentación: Parte del producto que se avoca a la parte superior de la pelvis, que lo llena por completo y que tiene un mecanismo de trabajo de parto como: cefálica, de nalga, de hombro, funica, compuesta.
- + Posición: Relación que guarda el dorso del producto con el lado derecho o izquierdo de la madre

Los puntos anteriores pueden determinarse clínicamente mediante palpación abdominal, examen vaginal y auscultación del foco fetal.

Las etapas del trabajo de parto es:

- + Primera etapa: periodo de dilatación (o trabajo de parto). Cuenta con dos fases, fase latente: primigesta hasta 20 h, dilatación 1.2cm/descenso 1cm/h y Fase activa: multípara: total hasta 14 dilatación 1.5cm/descenso 2cm/h
- + Segunda etapa: periodo de expulsión Se inicia cuando la dilatación es completa (10 cm) y termina con la salida del bebé. Se trata del nacimiento del bebé: primigesta: 90 minutos, multigesta 60 minutos
- + Tercera etapa: periodo de alumbramiento Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta, primigesta 40 min, multigesta 30 min.

Etapas del trabajo de parto



Control del trabajo de parto:

El centro asistencial u hospitales con salas de parto tienen diferentes procedimientos en protocolos de la atención de parto entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y sus bebe están:

- ✚ Auscultación de la frecuencia fetal, usando estetoscopio, ultrasonido o doppler, las cuales se apuntaran en la hoja de partograma, se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente durante 60 seg, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo expulsivo
- ✚ Dinámica uterina el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino el cual brinda lecturas más precisas de las contracciones uterinas de los latidos fetales
- ✚ Control de los signos vitales: Frecuencia cardiaca, presión arterial, respiración de la madre durante el trabajo de parto, los cuales serán registrados en el partograma, que dura mientras dura el trabajo de parto.
- ✚ Tacto vaginal: es el método más aceptado para valorar el progreso del parto, el número de tactos debe limitarse a lo estrictamente necesarios.
- ✚ La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. El estudio de la FCF constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto.

AMNIOTOMIA:

La rotura artificial e intencional de membranas durante el trabajo de parto, a veces llamada amniotomía o "rotura de la bolsa", es uno de los procedimientos más utilizados en la práctica moderna de la obstetricia.

La amniotomía permite mejorar la DU, de modo que en mujeres con un embarazo a término y trabajo de parto espontáneo, la amniotomía disminuye la duración del trabajo de parto, entre 30-60 minutos. De este modo, la principal razón para efectuar una amniotomía es acelerar el trabajo de parto. Indicaciones para efectuar una amniotomía:

- ✚ Aceleración del trabajo de parto
- ✚ “Manejo activo del trabajo de parto”
- ✚ Manejo de la hipodinamia
- ✚ “Prueba de trabajo de parto”
- ✚ Vigilar el líquido amniótico apreciando la existencia de meconio.

La expulsión de meconio (deposiciones fetales) en útero, puede deberse a episodios de hipoxemia/acidemia fetal; aparentemente la acidemia estimula el peristaltismo intestinal. La visualización de meconio en el líquido amniótico sugiere que la oxigenación fetal está comprometida. La presencia de meconio en presencia de un monitoreo electrónico alterado apoya la sospecha de sufrimiento fetal. Sin embargo, la presencia de meconio con un monitoreo normal no debe ser interpretado como hallazgo patológico.

2.4._ATENCION DEL PARTO EUTOCICO Y EPISIOTOMIA:

La atención médica del parto es efectuada, en condiciones óptimas, por un completo equipo médico conformado por: ginecólogo obstetra, neonatólogo y personal de apoyo (auxiliar de pabellón, auxiliar y auxiliar de anestesia).



Sala de Parto

La sala de parto debe permitir las mismas condiciones de seguridad y asepsia que las existentes en caso de cirugía mayor y contar con todo el material quirúrgico necesario, incluyendo elementos especiales para casos de emergencia como es el fórceps. Cuando la sala de parto tiene aire acondicionado, es preferible apagarlo antes del parto para evitar la hipotermia del recién nacido.



Elementos o materiales durante el trabajo de parto:

- ✚ Se debe contar con un equipo de reanimación
- ✚ Lámpara de calor radiante con sabanas
- ✚ Oxígeno
- ✚ Pesa o balanza para pesar al bebé
- ✚ Fuente de luz quirúrgica
- ✚ Bulto de parto
- ✚ Guantes QX
- ✚ Perillas
- ✚ Cinta métrica
- ✚ Estetoscopio
- ✚ Baumanómetro



Posición Materna

Para la atención del parto vaginal, se recomienda poner a la madre en posición de litotomía, inclinando la camilla en 45 grados para facilitar el pujo. El obstetra se sitúa frente a la paciente elevando la camilla para adoptar una posición cómoda. El parto en posición vertical (en cuclillas) parece más fisiológico, facilitando el pujo y siendo ayudado por la gravedad. Sin embargo, en esa posición no es posible la atención médica del parto y no permite la protección perineal que evite desgarros vaginales y lesiones musculares del periné.

Monitorización Materna y Fetal

Los signos vitales se controlan cada 30 minutos y en el post parto inmediato, antes del traslado de la paciente a recuperación. Durante la atención del parto, los LCF se vigilan con Pinard o doppler después de cada pujo. La vigilancia de los LCF es efectuada por la enfermera que asiste al obstetra en la atención del parto.

Atención del Parto

El médico que va a tomar parte activa en el parto debe seguir las mismas normas de antisepsia que las de un caso de cirugía mayor; es decir, uso de gorro, mascarilla, protección ocular y lavado quirúrgico de manos. Usará delantal quirúrgico y guantes estériles, los que se preparan por el auxiliar de toco cirugía

Una vez bajo el efecto de la anestesia, y preparado el campo quirúrgico estéril, se solicita a la paciente pujar (valsalva) de modo sincrónico con las contracciones uterinas. En la atención del parto colabora el obstetra y una matrona; esta última indicará a la embarazada el momento del pujo.

Cuando la cabeza esté coronando (espinas +4), asociado al pujo materno, se toma la decisión de practicar o no la episiotomía y se protege el periné durante la expulsión de la cabeza con ambas manos.

Se coloca una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se coloca una segunda compresa en la parte superior de la vulva, haciendo presión hacia abajo con los dedos para evitar desgarros y a la vez empujar el occipucio hacia abajo y afuera.

Esta maniobra favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros perineales y hemorragia fetal intracraneal por la descompresión brusca.

Una vez que sale la cabeza, ésta rota espontáneamente dejando los hombros en posición vertical; habitualmente la rotación de la cabeza no es completamente espontánea y el médico debe asistirle suavemente.

La extracción del feto se completa colocando ambas manos alrededor del cuello con los dedos índice y medio en forma de tijera, ejerciendo tracción hacia abajo y afuera para la extracción del hombro anterior, seguido de tracción hacia arriba y afuera para la extracción del hombro posterior y el resto del cuerpo.

Una vez que ocurre la expulsión, el neonato se toma con ambas manos, cuidadosamente, y se deja en nuestras piernas (“en la falda”). En ese momento se liga el cordón y el feto se puede colocar sobre el abdomen materno para un primer contacto con el recién nacido. Si el llanto no es vigoroso (depresión neonatal), es preferible entregar el recién nacido a personal de neonatología para su reanimación.

Alumbramiento

Luego de la salida del feto el volumen de la cavidad uterina disminuye rápidamente, causando el desprendimiento de la placenta. El desprendimiento de la placenta puede seguir dos mecanismos diferentes:

- ✚ Mecanismo de Schütz: la placenta se despega primero en su parte central. En este caso, durante el alumbramiento, la placenta aparece en la vulva con la cara fetal mirando al médico, y el sangrado es visible solo después de la salida de la placenta. Ocurre en el 75% de los casos.
- ✚ Mecanismo de Duncan: la placenta se desprende primero por sus bordes. Cuando esto ocurre, el sangrado es visible antes de la salida de la placenta, y la placenta aparece en la vulva con la cara materna mirando al médico. Ocurre en el 25% de los casos.

Se ha descrito 3 modalidades para el manejo del alumbramiento:

- ✚ Manejo expectante: el desprendimiento de la placenta ocurre sin intervención médica, y es expulsada espontáneamente desde el útero, por las contracciones o por gravedad. El cordón umbilical no se liga ni se corta hasta el cese de su pulsatilidad.
- ✚ Manejo activo: el médico facilita el desprendimiento y expulsión de la placenta, estimula las contracciones uterinas, acortando la tercera fase del trabajo de parto y reduciendo el riesgo de hemorragia postparto. Este manejo incorpora 3 acciones principales: Administración profiláctica de oxitocina luego de la salida del hombro anterior o luego del alumbramiento, ligadura y corte temprano del cordón umbilical o tracción suave del cordón umbilical.
- ✚ Extracción manual de la placenta: se introduce la mano completa en la cavidad uterina para lograr la separación placentaria desde la pared uterina. Esta maniobra es dolorosa y no produce ningún beneficio; solo debe reservarse para cuando se produce una retención de placenta.

Recomendamos el manejo activo del alumbramiento, pues ha demostrado reducir el riesgo de: hemorragia puerperal. El manejo activo se asocia a:

- ✚ menor duración de la tercera fase del trabajo de parto (-9,77 minutos);
- ✚ menor riesgo de hemorragia postparto (NNT=12) y de hemorragia postparto severa (NNT=57);
- ✚ menor riesgo de anemia (NNT=27);
- ✚ menor necesidad de transfusión sanguínea (NNT=65) y menor necesidad de

administración de retractores uterinos complementarios (NNT=7).

Se ha demostrado que el menor riesgo de hemorragia postparto mediante el manejo activo, no se asocia a aumento del riesgo de placenta retenida o efectos secundarios maternos.

- ✚ Es importante evitar la tracción del cordón si la placenta no se ha desprendido; la tracción ocasionará que se corte el cordón o se produzca una inversión uterina, causa de intenso dolor, hemorragia y shock.
- ✚ No se recomienda la Maniobra de Credé (expresión enérgica del fondo uterino con el fin de acelerar el desprendimiento placentario), pues favorece la inversión uterina.

La manera correcta de atender el alumbramiento es:

- ✚ Pinzar el cordón en el introito vaginal
- ✚ Esperar la aparición de signos de desprendimiento placentario, y luego tracción suave del cordón para extraer la placenta.

Es difícil saber con seguridad cuándo ha ocurrido el desprendimiento; pero es posible hacer el diagnóstico ante los siguientes signos:

- ✚ A medida que la placenta se desprende, el útero se torna más globuloso, firme, asciende por encima del ombligo y se lateraliza hacia el flanco derecho.
- ✚ Si se coloca una pinza en el cordón al nivel de la vulva, esta desciende a medida que se desprende la placenta.
- ✚ Cuando se empuja el útero hacia arriba, éste no tracciona la pinza colocada en el introito.
- ✚ Cuando se hace tracción sobre el cordón el útero no se mueve.
- ✚ Si la placenta se desprende siguiendo el mecanismo de Duncan, la salida de abundante sangre anuncia el desprendimiento.

Una vez que la placenta pasa la vulva, el obstetra la sostiene con ambas manos y efectúa la Maniobra de Dublín: consiste en imprimir un ligero movimiento de rotación sobre el eje de la placenta que ocasiona torsión de las membranas y facilita su salida sin romperse o dejar restos en el útero. El médico debe revisar la placenta, membranas y el cordón, con el fin de buscar anomalías, cambios degenerativos, etc, y especialmente verificar que no falten trozos de placenta que pueden haber quedado retenidos en el útero.

Una vez completada la expulsión de la placenta y sus membranas, se procede a la administración de oxitocina, habitualmente: suero glucosado al 5% (500 ml) con 20 o 30 unidades de oxitocina a pasar en 1 hora.

Uso rutinario de oxitocina postparto:

Toda mujer debe recibir oxitocina en el post parto inmediato para prevenir la hemorragia postparto. La dosis de uso habitual es de 20-30 unidades en 500 ml de suero glucosado iv (pasar en una hora). Si bien en nuestra unidad el uso habitual es administrarla luego del alumbramiento, la evidencia demuestra que se obtienen resultados similares si se administra después del desprendimiento del hombro anterior. En caso de no disponer de vía venosa, es admisible una dosis única de 10 unidades IM.

El uso de metilergonovina como retractor uterino de rutina (en lugar de oxitocina), no es recomendado, pues se asocia a elevación de la presión arterial, mayor riesgo de retención placentaria y la necesidad de extracción manual de la placenta.

La metilergonovina debe reservarse para el tratamiento de la metrorragia post parto. Es posible usar análogos sintéticos de la oxitocina, de larga vida media, como el carbetocin, en dosis de 100 µg (intravenoso o intramuscular) en un bolo, logrando los mismos beneficios que con oxitocina.

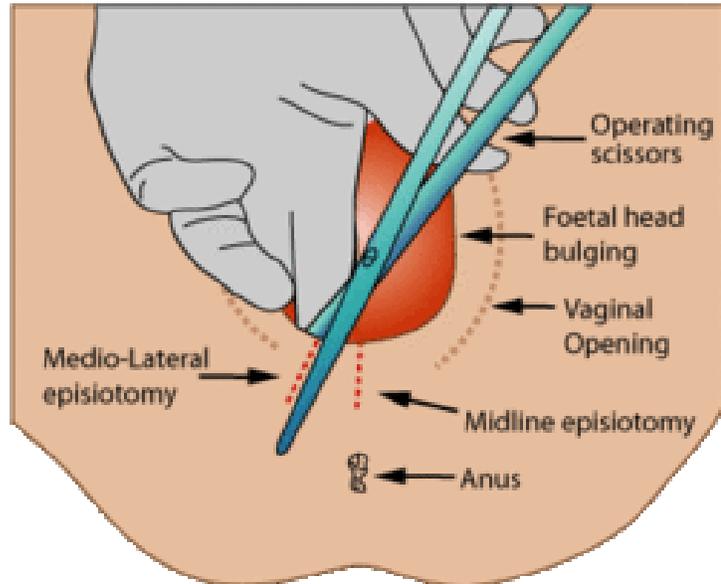
Revisión de la cavidad uterina, cuello uterino y canal vaginal después de completada la salida de la placenta: Si la paciente tiene una anestesia adecuada, y el parto es atendido por un obstetra, se proceder a la revisión instrumental de la cavidad uterina.

- ✚ Se toma el labio anterior del cuello con una pinza Pfoester y se raspa el interior del útero con una cucharilla fenestrada, del mayor tamaño posible.
- ✚ El raspado no debe ser muy enérgico, pero lo suficiente como para extraer todos los restos de placenta o membranas retenidos.
- ✚ Al final de un raspado apropiado se tendrá la sensación (táctil y auditiva) de una cavidad limpia; se indica que la sensación es similar a “raspar una cáscara de sandía”.
- ✚ Luego se revisará el cuello uterino y el canal vaginal para detectar la presencia de lesiones. .
- ✚ Finalmente, se introduce parcialmente una compresa en la vagina y con la ayuda de la valva recta se examina el canal vaginal en busca de desgarros y observar las dimensiones de la episiotomía (si es que se efectuó).

EPISIOTOMIA:

Consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en al área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización, ya sean estos incluyentes o excluyentes. Puesto que hasta ahora la

episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres.



Clasificación de la episiotomía

- ✚ Mediana
- ✚ Mediana modificada
- ✚ Episiotomía en forma de
- ✚ Medio lateral
- ✚ Lateral
- ✚ Lateral radical
- ✚ Anterior

Objetivos

- ✚ Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
- ✚ Evitar posible desgarro perineal.
- ✚ Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

2.5 CUIDADPS GENERALES DEL R/N A TERMINO APGAR Y SILBERMAN

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema. El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional.

ATENCIÓN DE RECIEN NACIDO



La atención del recién nacido representa un conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos en el proceso de nacimiento e inmediatamente después de nacer y procurar el bienestar, la cual esta:

Cuidados inmediatos:

- *-Cuando el bebe nace y ginecólogo aspire, pinzado el cordón umbilical, pasarle el auxiliar de enfermería para proseguir con evaluaciones.
- *-poner en la cuna radiante con las sabanas tibias que no estén frías
- *-Acomodar, mientras que el cordón este pinzado
- *-Aspirar boca y nariz con perilla
- *-Valoración de signos vitales

En una evaluación rápida, el pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina.

- *-Secar ahí mismo ir estimulando, retirar sabana mojada y cambiar por una limpia
- *-pasarle la madre para tener contacto piel con piel.

Cuidados mediatos

- *-Ligadura del cordón umbilical, debe ser ligado a dos centímetros de la piel, en condiciones de esterilidad,
- *-profilaxis oftálmica con gotas de cloranfenicol 2 gotas en cada ojo.
- *-aplicación de la vitamina k 1 mg IM dosis única. para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido.
- *-Comprobar permeabilidad rectal con termómetro apropiado
- *-realizar somatometria: talla, perímetro cefálico, torácico, abdominal, talla.

*-identificar al recién nacido con dos pulseras en manos y pies con datos de la madre y del bebe.

Valoración APGAR Y SILVERMAN:

Al minuto y a los cinco minutos de vida se realiza la valoración de Apgar y se considera normal un puntaje de 7 o más. A los 10 minutos se realiza la valoración de Silverman Andersen modificada; se espera obtener hasta dos puntos durante el periodo de transición.

La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia. La primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

- ✚ Aspecto (color de la piel)
- ✚ Pulso (frecuencia cardíaca)
- ✚ Irritabilidad (respuesta refleja)
- ✚ Actividad y tono muscular
- ✚ Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

Test de	A	P	G	A	R		0 puntos	1 punto	2 puntos
	apariciencia	pulso	gestos	actividad	respiración				
0		 <small>edra.aleherzan</small>					Respiración Ausente	Lenta e irregular	Llanto
1							Ausencia de Latido	< 100 latidos por minuto	> 100 latidos por minuto
2							Sin respuesta a estímulos	Quejido o muecas	Llanto, tos, estornudos
Valoración:							Tono muscular flácido	Flexiona Extremidades	Movimientos Activos
		7 - 10 adecuado	4 - 6 dep moderada	0 - 3 dep severa			Color azul o pálido	Cuerpo ROSADO Extremidades AZULES	Color Rosado

VALORACIÓN DE SILVERMAN

Los cinco parámetros clínicos determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR). Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1, o 2 luego se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria.

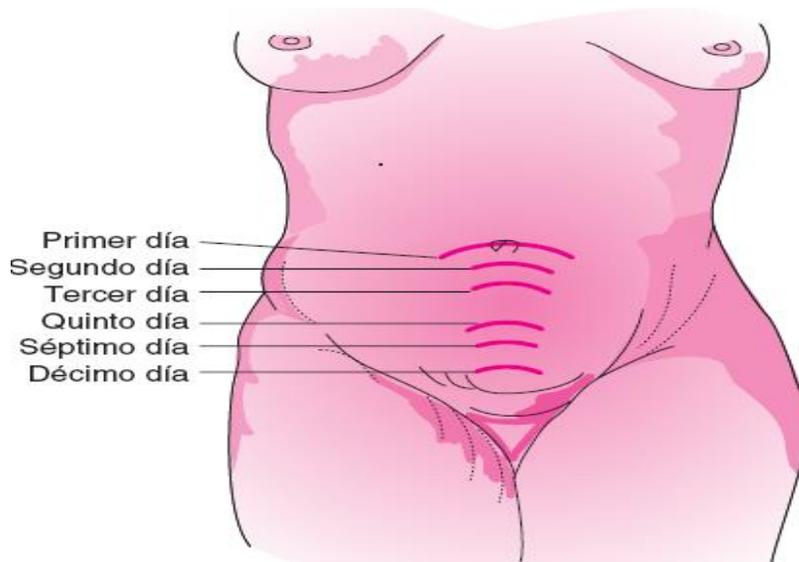
TEST DE SILVERMAN Y ANDERSON

SIGNOS	0	1	2
Movimientos Tóraco abdominales	Rítmicos Regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación tóraco abdominal
Tiraje IC	No	Leve	Intensa constante
Retracción xifóidea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido espiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible a distancia

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	 Barboleo

2.6.-PUERPERIO FISIOLÓGICO:

El puerperio es el período que sigue al parto extendiéndose hasta la completa recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es de duración variable, dependiendo principalmente de la duración de la lactancia. Tradicionalmente se ha considerado como el período de tiempo entre el alumbramiento y las 6 semanas posteriores al parto. Durante el puerperio se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo, donde la lactancia juega un rol fundamental. En el puerperio la mayoría de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, y parto se resuelven progresivamente, de modo que al completar las seis semanas de puerperio, todo el organismo (excepto las mamas si se mantiene la lactancia) regresa a su estado antenatal. El puerperio es un período no exento de complicaciones, que incluso poseen riesgo vital, y por lo tanto debe ser cuidadosamente vigilado por profesionales del área (médicos o matronas).



El puerperio comprende diferentes etapas:

- + Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.
- + Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
- + Puerperio alejado: concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- + Puerperio tardío: puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

Cuarentena:

Si no hay complicaciones, el puerperio será estrictamente fisiológico, lo que supone que el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios físicos encaminados a devolver la normalidad a todo su organismo:

- + **Eliminación del agua:** aumenta la eliminación (aproximadamente dos litros) del agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.
- + **Pérdida de peso:** el parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto.
- + **Cambios en el aparato circulatorio:** se recupera una frecuencia cardiaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes. Tras la primera semana también se normalizarán los nódulos hemorroidales.
- + **Cambios hormonales:** al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin embargo, aumenta significativamente la secreción

de prolactina en tanto se mantiene la lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual.

- + **Reducción del volumen abdominal:** con ello se elimina la presión sobre el diafragma, el estómago, el intestino, la vejiga y los pulmones. Como consecuencia, en poco tiempo se mejora la función respiratoria, la capacidad de la vejiga y se recupera el apetito y la actividad intestinal normal.
- + **Alteraciones de la piel:** desaparece la pigmentación de la piel adquirida durante la gestación en la cara, la línea alba y la pulpa. Sin embargo, la piel del abdomen queda flácida en la medida en que el útero recupera su volumen normal y los músculos su elasticidad.
- + **Descenso de la actividad inmunitaria:** durante el puerperio se reduce la capacidad de respuesta del sistema inmunitario ante la actividad de los gérmenes, por lo que si la madre sufre algún tipo de infección antes del parto, ésta se puede agudizar.
- + **Cambios en el aparato genital:** el tamaño del útero llega a aumentar entre 30-40 veces durante la gestación. En el puerperio se reduce nuevamente, pero de forma progresiva, mediante un mecanismo al que se denomina involución uterina. Los últimos restos del parto (loquios) se eliminan durante los dos o tres primeros días. En lo que respecta al cuello del útero, éste recupera sus dimensiones normales un mes después del parto. La vagina lo hace a los diez días.
- + **Reanudación de la menstruación:** el tiempo que tarda en restablecerse la regla depende de si la madre amamanta a su hijo o no. Si no es así, lo habitual es que reaparezca al cabo de aproximadamente 40 días. De lo contrario, en el 25% de los casos se producirá un retraso que puede extenderse a todo el periodo de lactancia y en ocasiones incluso más



BIBLIOGRAFIA:

Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra Constanza Ralph T. Octava Edición. 2017.