



ALUMNA:

ELSY MARIA DEARA LOPEZ

CATEDRATICO:

MED. OSCAR FABIAN GONZALEZ SANCHEZ

MATERIA:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRABAJO:

CAMBIOS EN EL EMBARAZO Y CUIDADOS

CUATRIMESTRE Y CARRERA:

5 *-ENFERMERIA

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

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.

APARATO DIGESTIVO

A partir de las 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.

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.

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.

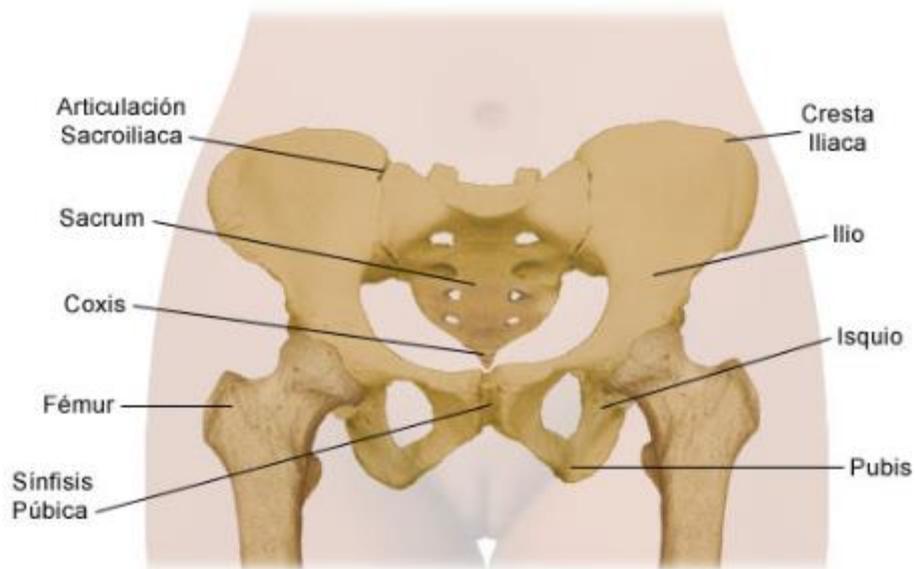
CAMBIOS EN LA PIEL

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.

PELVIS ÓSEA

Los huesos ilíacos (coxales), el sacro y el cóccix articulado entre sí forman la pelvis ósea, en referencia a la estructura ósea de la pelvis. Por el contrario, cintura pelviana o pélvica implica una referencia morfo fisiológica a la parte de la pelvis que participa en la articulación del miembro inferior, es decir los coxales. A este respecto conviene recordar que la cintura pelviana tiene su homólogo en el miembro superior: la cintura escapular. Este conjunto óseo cumple varias funciones: da soporte mecánico y protección a los órganos pélvicos y del bajo vientre; articula los miembros inferiores a la porción inferior del tronco; permite la biodinámica de la bipedestación.

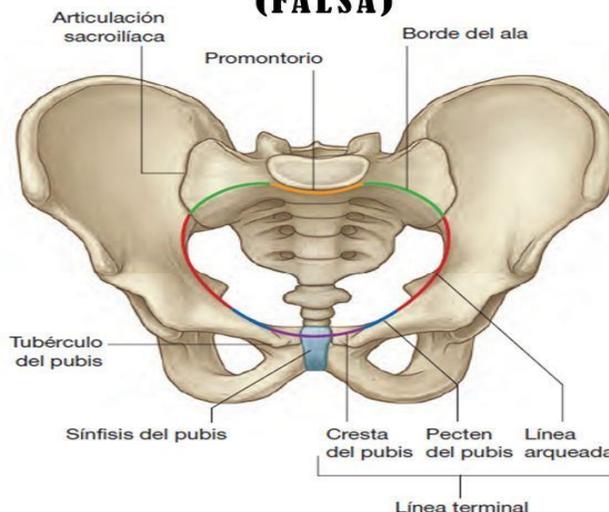
Pelvis Femenina



La pelvis tiene la forma de un cono truncado con una base o circunferencia superior y un vértice conocido con el nombre de estrecho inferior. Para su estudio presenta una superficie exterior o exopélvica y una superficie interior o endopélvica que es la más importante desde el punto de vista obstétrico. La cavidad pélvica o endopelvis se divide en dos grandes regiones, una superior que es la Pelvis Mayor y otra inferior que es la Pelvis Menor.

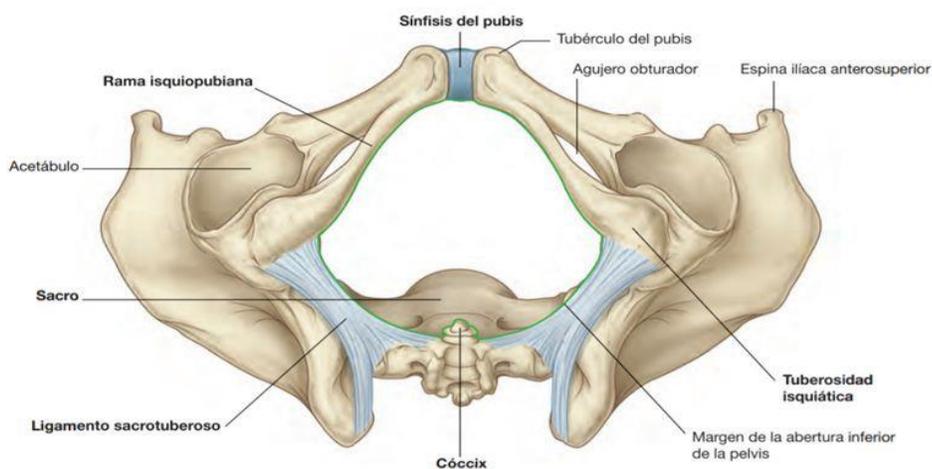
La Pelvis Mayor está formada a expensas de ambas fosas ilíacas internas y por las alas del sacro, está formando también parte de la cavidad abdominal y desde el punto de vista obstétrico es de interés secundario si se la compara con la pelvis menor.

PELVIS MAYOR (FALSA)



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).

PELVIS MENOR (VERDADERA)



CLASIFICACION

PELVIS GINECOIDE (50%).

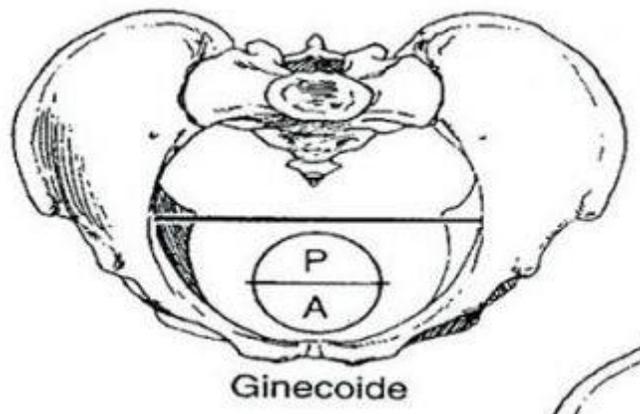
Es la pelvis más favorable para el parto natural.

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 elíptico.

Sacro: La curva e inclinación del hueso sacro son de características medianas y las escotaduras sacrociáticas 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

Es la forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres, es más común verla en la raza blanca. Los diámetros de la pelvis androide 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.

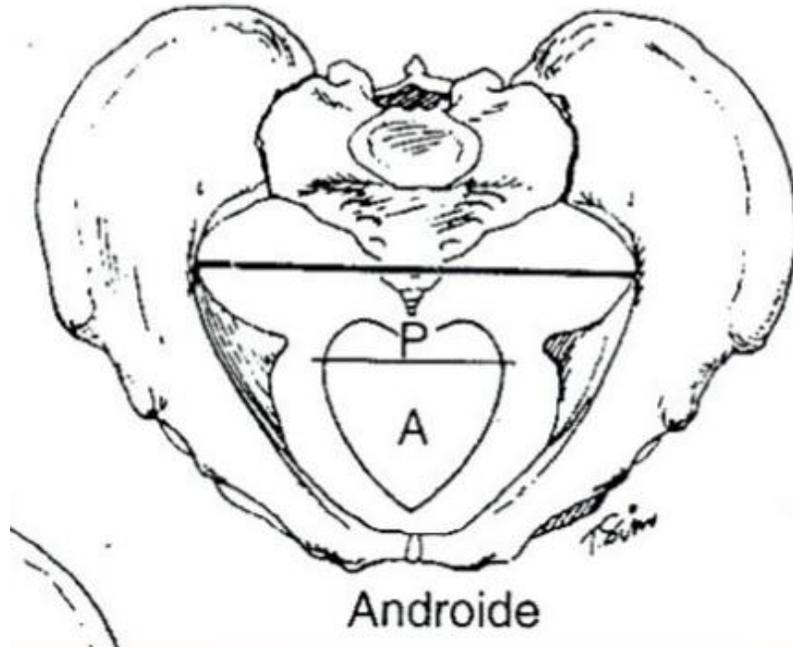
Este tipo de pelvis no es nada favorable para un parto natural

Estrechos: El estrecho superior tiene forma triangular, el segmento anterior (el arco que forma la cara posterior del hueso pubis) es agudo y estrecho y el segmento posterior (el arco que forma la cara anterior del hueso sacro) amplio, pero aplanado posteriormente y ocasionalmente con salida del promontorio y los alerones del hueso sacro.

Sacro: Escotaduras sciáticas estrechas, inclinación del sacro hacia adelante (en ateversión), las espinas ciáticas son salientes y punteagudas.

Pubis: Paredes pelvianas convergentes hacia el pubis, siendo más amplia la pared posterior. Las ramas isquiopubianas rectas, con ángulo subpúbico agudo y estrecho.

Diámetros: Tanto el diámetro interespinoso e intertuberoso son cortos.



PELVIS ANTROPOIDE

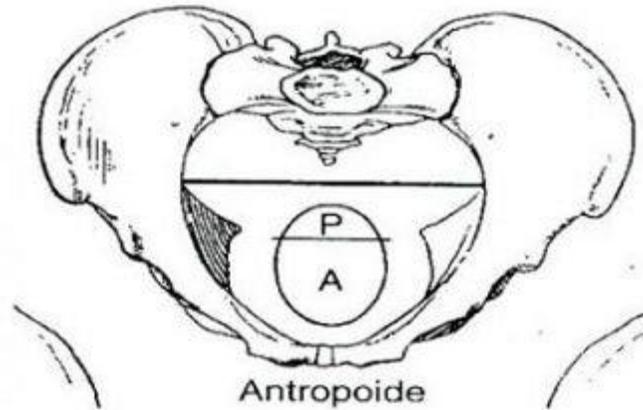
Tiene la forma de la pelvis ginecoide rotada 90 grados, es decir un óvalo o elipse antero-posterior, común en mujeres de raza negra.

Estrechos: El estrecho superior es oval anteroposteriormente, con el segmento anterior y el posterior largos y estrechos pero ligeramente redondeados.

Sacro: La 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 isquiopubianas levemente arqueadas.

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



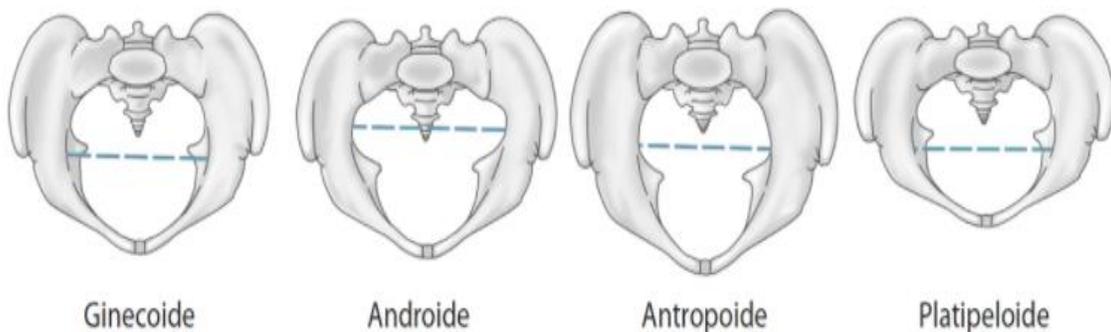
PELVIS PLATPELOIDE (3%)

Estrechos: El estrecho superior es oval en sentido transverso, con el segmento anterior y el posterior anchos 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.

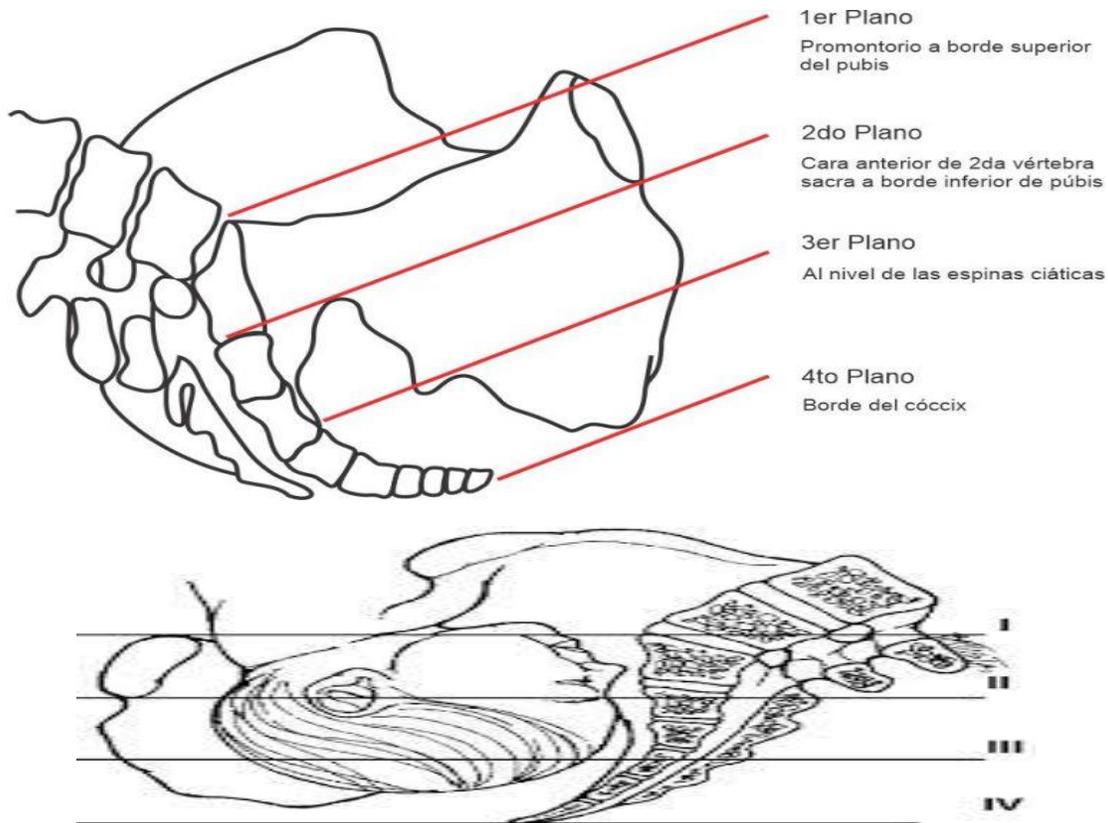
Diámetros: Los diámetros interespinoso e intertuberoso son muy anchos, mientras que los diámetros anteroposteriores son cortos.



PLANOS DE HODGE

Los planos de Hodge son una forma de dividir el estrecho superior de la pelvis del inferior. Esta división nos ayuda a evaluar el descenso de la cabeza fetal durante la fase expulsiva del trabajo de parto.

Ambas divisiones tienen el mismo objetivo, pero difieren en los puntos de referencia materna y el punto de reparo fetal.



Se divide en 4 y cada una tiene puntos de reparos anatómicos. Estos planos anatómicos se relacionan con el ECUADOR de la presentación fetal.

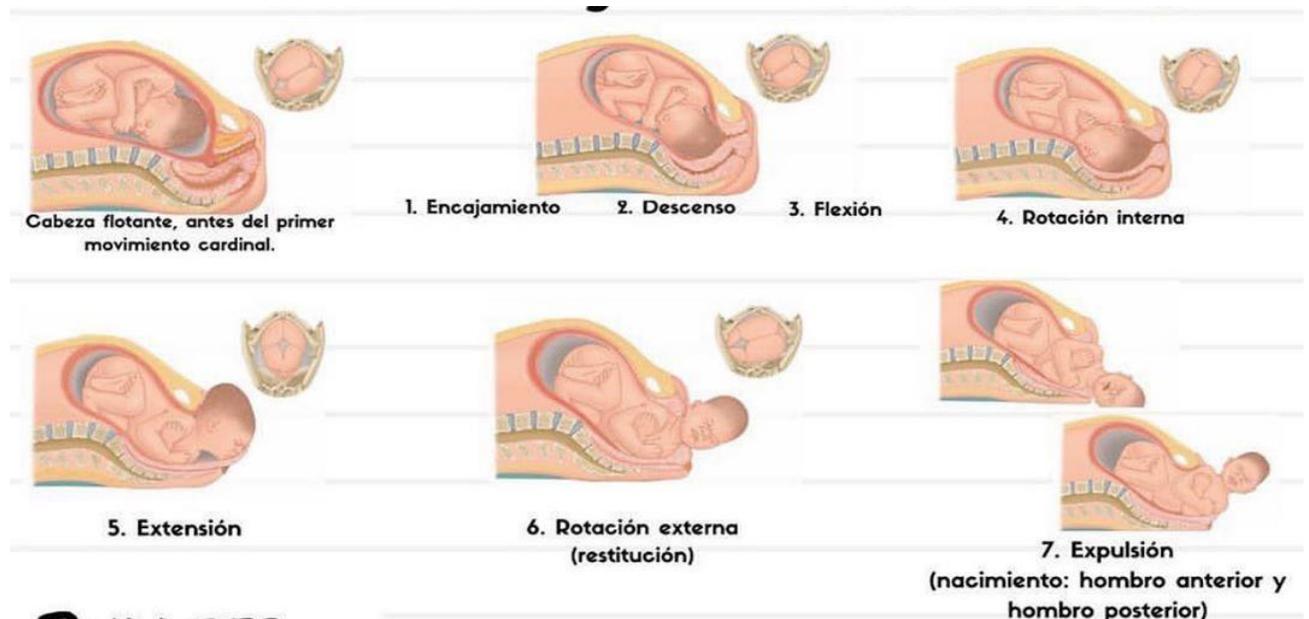
- Primer Plano: Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.
- Segundo Plano: Es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vértebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana.
- Tercer Plano: Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.
- Cuarto Plano: Paralelas a las anteriores pasas por el vértice del hueso sacro.

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO

El mecanismo del parto es el conjunto de movimientos que tiene que realizar el producto en el curso del parto; comprende tres tiempos principales: encajamiento, descenso y desprendimiento.

En la mayor parte de los casos, el producto está en situación longitudinal, con la cabeza hacia abajo (presentación cefálica), flexionada (de vértice) y la espalda hacia la izquierda y adelante; lo primero que hace éste para encajarse es aumentar la flexión de su cabeza y orientarla para que el diámetro mayor de su cabeza quede a la altura del diámetro mayor de la pelvis.

Una vez que se ha encajado, desciende por el conducto del parto y, al llegar al piso de la pelvis, se desprende; para esto tiene que girar con el fin de colocar su cabeza abajo de la sínfisis del pubis (la parte posterior de la cabeza), a este movimiento se le llama rotación interna. Después extiende su cabeza apoyando la nuca abajo del pubis. Una vez que ha salido la cabeza, viene un movimiento que se llama de restitución; es decir, gira para quedar en la posición que tenía originalmente, pero como tienen que salir los hombros, hace una rotación externa; o sea, gira para que los hombros queden en la misma dirección que tiene el pudendo femenino o vulva; sale el hombro anterior y después el hombro posterior. Por último, sale el resto del cuerpo.



El parto se puede dividir en tres fases:

- a) dilatación
- b) expulsión
- c) placentaria o alumbramiento

Dilatación

Antes de que se inicie el trabajo de parto, hay mujeres que sienten una sensación de aligeramiento en la parte superior del vientre, porque el producto ya está empezando a acomodarse, esto hace que aparezcan molestias en la parte baja del vientre; comienzan también a presentarse algunas contracciones dolorosas, pero son irregulares, de poca duración e intensidad. El cuello empieza a borrar-se; es decir, si antes tenía la forma de un cilindro, se va acortando hasta quedar como un anillo.

En las primíparas (las mujeres que van a tener su primer parto) se lleva a cabo primero el borramiento y después la dilatación; en cambio, en las multíparas ocurren en forma simultánea. La dilatación, como su nombre lo indica, consiste en que el borde del cuello uterino se empieza a dilatar hasta adquirir un diámetro de 9 o 10 cm para que pueda salir el producto.

Cuando termina el borramiento y empieza la dilatación, se expulsa el tapón mucoso que cerraba el cuello, y que se formó a expensas de la secreción de las glándulas del cuello del útero al inicio del embarazo con el objeto de proteger al producto.

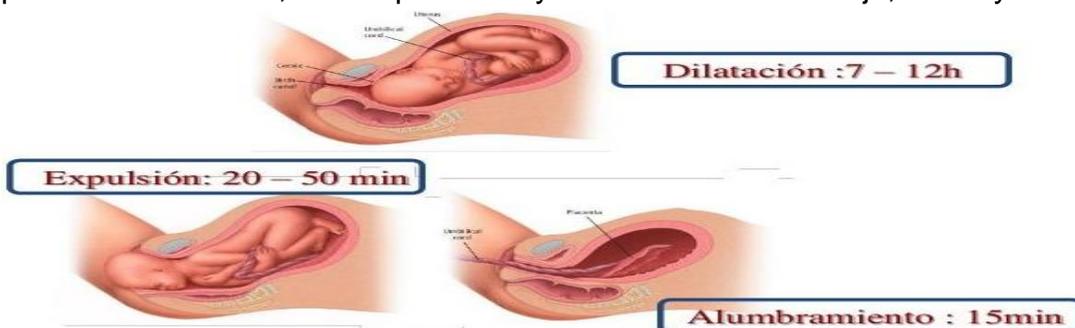
En el periodo de dilatación, las contracciones se van haciendo cada vez más frecuentes, duraderas e intensas, casi siempre al final de este periodo se rompen las membranas que rodeaban al producto (bolsa de las aguas), luego sale líquido amniótico y el producto continúa su camino.

Expulsión

En esta etapa, la mujer siente necesidad de pujar para ayudar al desprendimiento del producto.

Placentaria o alumbramiento

Empieza cuando se ha expulsado el producto y termina cuando salen los anexos ovulares: la placenta, las membranas que rodeaban al producto y el funículo (cordón) umbilical. Poco tiempo después de la expulsión, la mujer empieza a sentir contracciones dolorosas durante unos minutos, la placenta se ha despegado de la pared uterina, que ya se retrajo, y sale.



VIGILANCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y AMNIÓTOMIA

Determinar con precisión el estado general de madre y feto mediante el interrogatorio y la exploración física, que incluyen toma de presión arterial, temperatura y pulso. Identificar situación, presentación, posición. Frecuencia cardiaca fetal.

Exploración vaginal: Dilatación mayor igual a 4 cm.

Detección de membranas rotas

La ruptura de las membranas es significativa por 3 motivos. En primer lugar, si la presentación no está fija en la pelvis, aumenta mucho la posibilidad de prolapso y compresión del cordón umbilical. En segundo lugar, es posible que el trabajo de parto empiece poco después si el embarazo está cerca del término o ya lo alcanzó. En tercer lugar, si se retrasa el parto durante 24 horas o más después de la ruptura de membranas hay mayor probabilidad de infección intrauterina. Con el uso de un espejo vaginal estéril se hace el diagnóstico concluyente de la ruptura de membranas cuando se observa líquido amniótico que se acumula dentro del saco posterior o la salida de líquido claro a través del conducto cervical. Si la cabeza está muy moldeada o si hay una formación extensa de caputo ambas circunstancias, tal vez no ha ocurrido el encajamiento, aunque la cabeza parezca estar en la estación 0.

Vigilancia del bienestar fetal durante el trabajo de parto

Recomienda que durante el primer periodo de trabajo del parto y en ausencia de anomalías, se revisa la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min. Y después cada 15 min. En el segundo periodo de trabajo de parto utilizar vigilancia electrónica continua.

Contracciones uterinas

Con la palma de la mano apoyada ligeramente sobre el útero, el explorador determinar el momento de inicio de la contracción se sospecha por el grado de firmeza que alcanza el útero. Durante el tiempo de una contracción eficaz, no se puede hundir la pared del útero con el pulgar u otro dedo, se trata de una contracción "firme".

Signos vitales maternos: Se valoran cada 4 hrs

Exploraciones vaginales subsiguientes

Cuando se rompen las membranas, ha de hacerse una exploración rápida si la cabeza fetal no estaba definitivamente encajada en la exploración previa. Se revisará de inmediato y durante la siguiente contracción uterina la frecuencia cardiaca fetal para ayudar a detectar una compresión oculta del cordón umbilical.



Soluciones intravenosas: Administración de glucosa, sodio y agua, representa mujeres en ayuno a una velocidad de 60 a 120ml por hora, previene la deshidratación y acidosis.

Amniotomía: Es muy importante que la cabeza fetal este bien aplicada sobre el cuello y no se desaloje de la pelvis, durante el procedimiento para evitar el prolapso del cordón umbilical.

Con la dilatación completa del cuello uterino, que indica en el inicio del segundo periodo del trabajo de parto, una mujer suele empezar a pujar y con el descenso de la presentación manifiesta urgencia de defecar. Las contracciones uterinas y la fuerza de expulsión acompañante pueden durar 1.5 min. Y recurrir a intervalos no mayores de 1 min. El segundo periodo de trabajo de parto es 50 min en nulípara y 20 min en multíparas, pero se trata en un intervalo muy variables.

ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO Y EPISIOTOMÍA

Cuando la mujer llega a la clínica en trabajo de parto, el médico debe hacer un examen completo; se le aplica un enema evacuante para vaciar el contenido del intestino, se rasura el vello del pubis, se asea la región vulvoperineal con agua y jabón estériles y se aplica alguna solución antiséptica (mercurocromo, Merthiolate, Benzal).

Se vigila constantemente para estar seguros de que el parto está evolucionando satisfactoriamente y, cuando llega el periodo expulsivo, se traslada a la mujer a la sala de expulsión, donde se la coloca sobre una mesa obstétrica en posición ginecológica, se vuelve a repetir el aseo y la aplicación de la solución antiséptica, se vacía la vejiga y se espera la expulsión.

En el caso de primíparas, es conveniente practicar una episiotomía; es decir, hacer un corte con unas tijeras partiendo de la horquilla (comisura formada por la unión posterior de los labios pudendos) y en dirección oblicua (hacia afuera y atrás), con el objeto de agrandar el orificio perineo vulvar; de esta forma se evita que se desgarran los tejidos del perineo y del pudendo femenino (vulva) debido al paso de la cabeza; luego se repara mediante la sutura por planos, procedimiento que recibe el nombre de episiorrafia.



Cuando sale el producto, el médico corta el funículo o cordón umbilical entre dos pinzas, después de que deja de percibir latidos y espera la expulsión de la placenta.

Es muy importante que revise que estén íntegras la placenta y las membranas para evitar hemorragias o infecciones posteriores.

La duración del parto tiene un promedio de 12 a 16 horas en las primigestas, y de 6 a 8 horas en las múltiparas; en éstas dura menos porque sus tejidos ofrecen menos resistencia al paso del producto. Después del parto, el médico debe cerciorarse de que el útero se encuentre en estado de contracción, y que se hallen en buen estado el pulso, la respiración, la presión arterial y los genitales inferiores.

CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO

Los cuidados inmediatos son los que se realizan en la sala o cuarto de parto e incluyen el asegurarse de que la vía aérea se encuentra libre, tomar medidas para asegurarse de la buena temperatura corporal del recién nacido, pinzar y cortar el cordón, y poner al niño sobre el pecho de la madre tan pronto como sea posible

Aspiración de las secreciones de boca y nariz: Cuando sale la cabeza del bebé, el médico aspira la boca y nariz para facilitarle la respiración con ayuda de una perilla de aspiración y succión.

En el momento en que el niño respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones. Antes del nacimiento, los pulmones no se utilizan para intercambiar oxígeno y dióxido de carbono y necesitan un menor abastecimiento de sangre.

Cuando el bebé empieza a respirar en el momento de nacer, el cambio de presión en los pulmones ayuda a cerrar las conexiones fetales y le da una nueva dirección al flujo sanguíneo. A partir de ese momento, la sangre es bombeada a los pulmones para ayudar a realizar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Ya cuando termina de nacer, se le limpia además la carita de los restos de sangre y líquido amniótico y se le succiona nuevamente la boca para limpiar las vías respiratorias de cualquier secreción que esté obstruyendo la vía aérea.

Si el bebé no respira en el primer minuto, hay que realizar medidas de resucitación.



Pinzamiento, corte y ligadura del cordón umbilical: El médico coloca al bebé con la cabeza un poco más abajo que el resto de cuerpo de la madre (para recuperar la mayor cantidad posible de sangre para el bebé) y pinza el cordón umbilical con dos pinzas colocadas más o menos a 5 cm. del abdomen del bebé y después corta el cordón entre ellas.

Esto hace que el bebé deje de depender de la placenta para nutrirse de oxígeno. El cordón se corta cuando el bebé ya ha realizado cuando menos 3 movimientos espiratorios y NO se debe exprimir.

Antes de la ligadura se obtiene sangre para determinar el grupo y factor RH, así como para realizar el test de Coombs (prueba diagnóstica que detecta la presencia de anticuerpos frente al RH en la sangre de las mujeres con RH negativo). La ligadura se hace, generalmente, con cinta de algodón o lino esterilizado y a 2 o 3 cm. de la inserción abdominal del bebé.



Prevención de la pérdida de temperatura

Es importante mantener la temperatura corporal del recién nacido; los bebés que sufren descensos marcados de la temperatura corporal, pueden desarrollar problemas de tipo metabólico.

El recién nacido está mojado debido al líquido amniótico y puede enfriarse con facilidad porque el cuarto del parto está frío, él no tiene suficiente tejido grasoso y no sabe cómo temblar de frío. Para evitar la pérdida de calor, se debe secar al bebé y utilizar frazadas templadas que suministren calor. A menudo, se le coloca un gorro tejido en la cabeza.

Una vez que ya está seco y cubierto, se puede colocar al bebé en contacto con la piel del pecho o el abdomen de la madre, esto también ayuda a mantenerlo caliente y este contacto es importante por otras muchas razones



Identificación del bebé

Propiciar la unión madre-hijo desde el nacimiento de éste hasta el alta hospitalaria, no debiendo existir separaciones salvo que la salud de alguno de ellos así lo requiera

Utilización de pulseras homologadas para este objetivo y correctamente colocadas una en el brazo y otra en el tobillo del recién nacido en la misma sala de partos, y a ser posible de distintos colores para cada parto sucesivo o simultaneo, y del mismo color para la madre que para su hijo.



Prevención del síndrome hemorrágico del recién nacido

El bebé tiene poco desarrollados los mecanismos de coagulación de la sangre, ya que su hígado es inmaduro. Para prevenir posibles complicaciones en la sala de partos, se administra a todos los recién nacidos, una inyección intramuscular de 1 mg (0.1ml) de vitamina K.



Prevención de la conjuntivitis neonatal

A todos los recién nacidos se les ponen unas gotas de nitrato de plata al 1%, o de algún antibiótico oftálmico o una pomada antibiótica en los ojos para prevenir una conjuntivitis debida, normalmente, al contacto con las secreciones de la vagina de la madre.



Medición y registro de Signos vitales

La supervisión de estas primeras horas requiere medición cada media hora o cada hora de la temperatura (más que para estimar este dato, la primera toma se hace para verificar si hay permeabilidad del ano o si no hay otros defectos al nacimiento), frecuencia cardiaca, respiratoria, color, tono y actividad En las primeras horas de vida hay variaciones que pueden ser muy importantes para la salud del bebé.

Somatometría: Los principales datos que se precisa conocer son: peso, talla, perímetro torácico y perímetro craneal. Esta medición permite determinar si el peso y el resto de las medidas Del bebé son normales para el número de semanas de embarazo. Los bebés pequeños o de bajo peso, así como los bebés muy grandes, pueden requerir atención y cuidados especiales. Estos datos son de suma importancia ya que cualquier alteración en la salud del bebé, se reflejan en su nutrición y, en consecuencia, los datos obtenidos son el índice clínico más firme para apreciar los cambios.



VALORACION DE APGAR

La evaluación de la salud del bebé comienza de inmediato. Una de las primeras revisiones que se realiza es el examen de APGAR. El examen de APGAR es un sistema de puntuación ideado por la Dra. Virginia Apgar, una anestesióloga, para evaluar la condición del recién nacido al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. El médico y las enfermeras evalúan las señales siguientes y asignan una puntuación según el resultado:

- A: Actividad: tono muscular. El bebé nace con las extremidades encogidas y debe resistirse a cualquier intento por estirárselas
- P: Pulso: se ausculta el corazón del bebé.
- G: Reflejos: irritabilidad refleja. Respuesta al tubo de succión o al golpe con la mano que se le da en las plantas de los pies.
- A: Aspecto: color de piel. Todos los bebés nacen azulados y van cambiando a color rosado poco después de la primera respiración.
- Respiración: Un bebé maduro llora espontáneamente a los 30 segundos del nacimiento. Al minuto uno, el bebé mantiene rápidas respiraciones regulares

De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal.

Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

SIGNO	Puntuación		
	0	1	2
A Apariencia/color	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
P Pulso/FC	Ausente	<100 por min.	>100 por min
G Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
A Actividad/tono muscular	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
R Respiración/esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso
Normal 7 - 10	Asfisia	Leve 6-7	Valorar a 1 min. y 5 min.
		Moderada 4-6	Valorar al 1, 5, 15, 20 min. (extendido)
		Severa <4	



Dr. Alex Velasco

ESCALA DE APGAR

Test de APGAR

A PARIENCIA

P ULSO

G ESTOS

A CTIVIDAD

R ESPIRACIÓN

Test de APGAR	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Color de Piel			
Frecuencia Cardíaca			
Respuesta a Estímulos			
Tono Muscular	Flácido	Tono bajo	Tono normal
Respiración			

SILVERMAN-ANDERSON

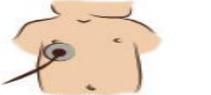
En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

En el esquema de Silverman-Anderson se evalúan cinco signos, que comprenden:

- Asincronismo de los movimientos respiratorios torácicos y abdominales.
- Presencia de tiros intercostales.
- Tiro xifoideo.
- Movimientos y dilatación de las narinas (aleteo nasal).
- Quejido respiratorio audible por medio del estetoscopio o sin él.

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

- 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.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

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

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

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.

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.

Bibliografía

- Alas de Saravia, D. (s.f.). *medicosdeelsalvador*. Obtenido de medicosdeelsalvador.com/uploads/articulos/1/25131-cambios-anatomicos-y-fisiologicos-en-la-embarazada.pdf
- De la cruz Puente, A. (23 de 10 de 2018). *Definiciones Básicas en Obstetricia*. Obtenido de <https://drantoniodelacruz.com/definiciones-basicas-en-obstetricia/>
- Mercado, C. (2017). *MANUAL PRACTICO DE OBSTETRICIA*. Obtenido de <http://obstetricia1.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2017/03/MANUAL-PRACTICO-DE-OBSTETRICIA-53pag.pdf>
- Microsoft Word - practica_trabajo_departo.doc*. (s.f.). Obtenido de <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>
- Nasajpg.com*. (03 de 10 de 2011). Obtenido de <https://www.nasajpg.com/2011/10/03/test-de-valoraci%C3%B3n-respiratoria-del-rn-test-de-silverman/>
- Salgado, L. (2018). *StuDocu*. Obtenido de <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-del-estado-de-mexico/anatomia-i/resumenes/clasificacion-de-la-pelvis/5349535/view>
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.