

Nombre del alumno:

Erika Yatziri Castillo Figueroa

Nombre del profesor:

Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería 5to Cuatrimestre

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Nombre del trabajo:

Mapa conceptual del tema:

“FECUNDACION, EMBARAZO Y PARTO, ”

FECUNDACION Y EMBARAZO Y PARTO

DEFINICIÓN Y CONTEXTO

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período) (NOM_007-1993,-Manual de Atención embarazo saludable, 2001, GPC Española, 2010)

HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

Atención de la paciente en fase latente

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

Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como: Sangrado transvaginal. Dolor, Contracciones uterinas, Cefalea, acufenos y fosfenos, Edema de cara y manos, Secreción de líquido transvaginal, Disminución de movimientos fetales.

Momento para hospitalización a la paciente embarazada en trabajo de parto con fase activa

Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente: Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos, Dolor abdominal en hipogastrio, Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq 4 cm).

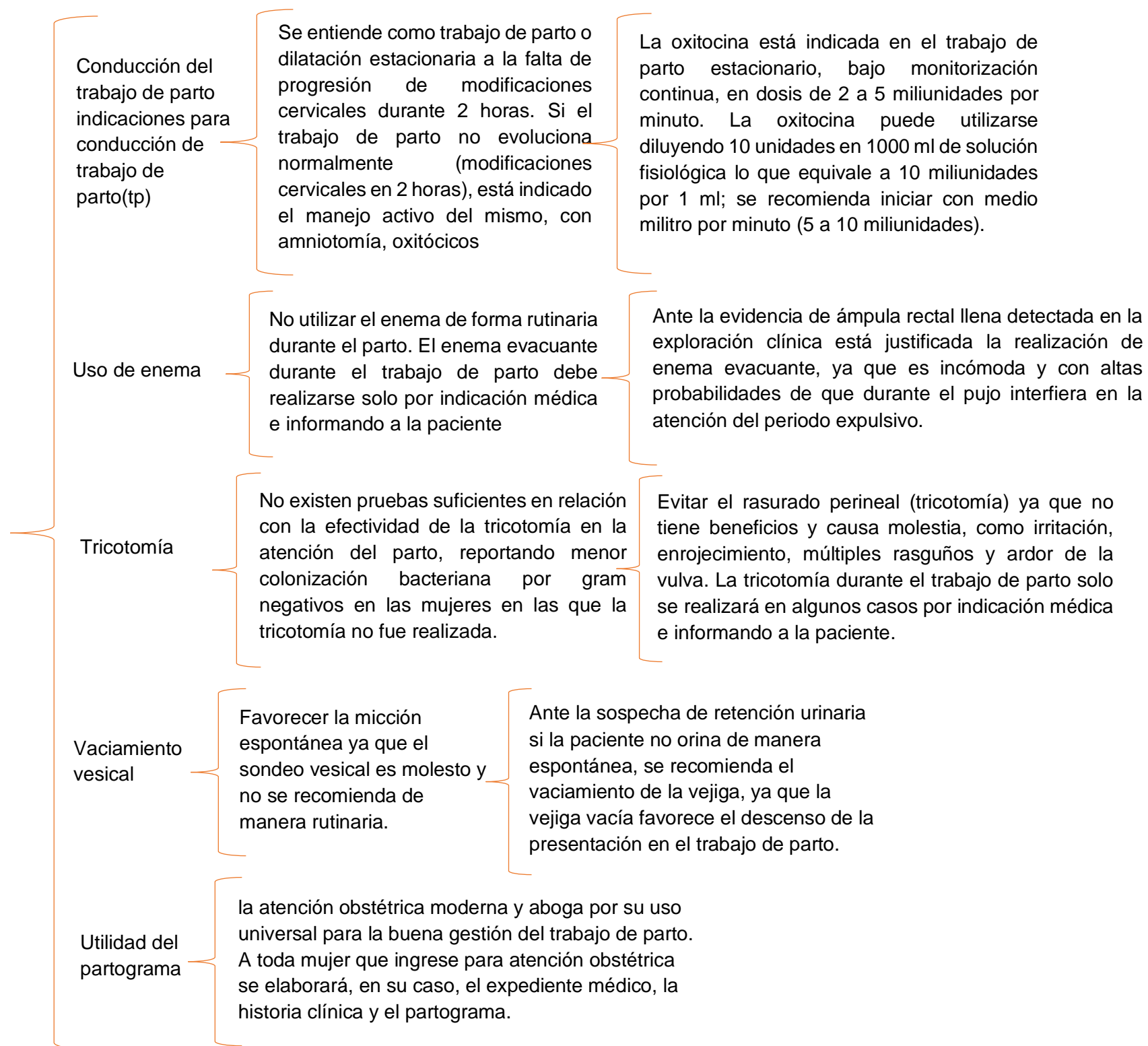
Informar a las pacientes y a su familiar las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como: Sangrado transvaginal, Dolor, Contracciones uterinas, Cefalea, acufenos y fosfenos, Edema de cara y manos, Salida de líquido transvaginal, Disminución de movimientos fetales.

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando: Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad), Accesibilidad de unidades de atención obstétrica(domicilio distante de la unidad de atención)

Atención a la mujer en fase activa de del trabajo de parto(calidez, acompañamiento y líquidos orales y parenterales)

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos, Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada, Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente, Asegúrese de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé, Ofrezca información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente, Informe a la paciente los procedimientos que está realizando, Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer.



Dilatación del
cérvis y
ampliación
manual del periné

No existen evidencias que
den sustento a las
maniobras manuales para
ampliar el periné y pueden
ocasionar edema vulvar.

No está sustentado de
manera suficiente
recomendar la utilidad de
la dilatación manual del
cérvis

Monitorización
transparto

No se aconseja el uso generalizado
de la cardiotocografía externa en
embarazos de bajo riesgo: deberá
reservarse para embarazos de riesgo
alto o para mujeres con progreso
anormal del trabajo de parto.

Se sugiere monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal
(FCF) intraparto en las siguientes situaciones: Trabajo de parto
prolongado, Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina),
Dificultad de auscultación de foco fetal, El monitoreo fetal
siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición
sentada o en media posición vertical

Periodicidad de
la evaluación
del estado fetal
y materno en
trabajo de
parto

En la vigilancia del trabajo de parto la
verificación y registro de la contractilidad
uterina y el latido cardiaco fetal, deben
llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos
máximo. Por lo menos cada media hora se
registrará en el partograma la frecuencia
cardiaca fetal y la evolución del trabajo de
parto hasta el período expulsivo.

En la fase activa del trabajo de parto, se realizará
tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones
de antisepsia (lavado de manos), con guantes
estériles para identificar el progreso del mismo. Debe
proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad de
la mujer, explicándole la razón de realizar la
exploración vaginal y sus hallazgos.

Procedimiento
para el control
del dolor en
trabajo de parto

La Organización Mundial de la Salud
(OMS) señala: Evitar el uso de medicación
durante el trabajo de parto, Para el manejo
del dolor se deben usar preferiblemente
métodos no farmacológicos, como la
deambulación, cambiar de posición,
masajes, relajación, respiración,
acupuntura, y otros.

La analgesia epidural es efectiva para controlar
el dolor durante el parto, en comparación con el
placebo y otros métodos, sin embargo, estas
intervenciones no están exentas de efectos
adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto
vaginal instrumental y cesárea cuando hay
estado fetal inestable.

FECUNDACION

QUE ES

O concepción es la unión del ovulo con el espermatozoides, dando lugar a la formación de una sola célula llamado huevo. Generalmente ocurre en el tercio distal (externo) de una de las trompas de donde gracias a las cilias peristaltismo del conducto es transportado a la cavidad uterina (endometrio) donde se implanta o anida.

Desarrollo embrionario y fetal

La celula fecundada se desarrolla hasta formar el feto que crece dentro del útero hasta estar suficientemente madura para sobrevivir fuera de el, tiempo en el cual es expulsado por el proceso de parto.

Durante este periodo(embarazo) el huevo pasa por tres etapas
Mórula, embrión y feto.

Posición en el trabajo de parto

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.

Maniobra de kristeller

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

Momento para el pinzamiento del cordón umbilical

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío (1-3 minutos en casos de asfixia fetal al nacimiento) está contra indicado.

Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata

La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período postparto inmediato apoyando el contacto piel a piel.

