

**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:

“„

### MANIOBRAS DE LEOPOLD

Identificar polos (Situación) Identificar Orientación del feto ( Posición ), Justo por arriba de la sínfisis del pubis entre el pulgar y el índice ( Encajamiento ) Dedos de cada mano se ejerce presión sobre el eje de la entrada pélvica (Altura de Descenso)

Primer periodo 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.

Son

**Fase latente:** es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas

**Fase activa:** contracción es regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

### PLANOS DE HODGE Y DE LEE

son una forma

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.

### PLANOS DE HODGE

Se divide en 4

1.- Primer Plano: Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.

2.- 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.

3.- Tercer Plano: Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.

### MOVIMIENTOS CARDINALES DEL TRABAJO DE PARTO

son los siguientes.

#### Encajamiento

Se considera que 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

#### 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 está 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.

#### Flexión

### ANALGESIA OBSTÉTRICA

El dolor en

el parto es agudo y de una gran variabilidad. Es influido por factores emocionales, motivacionales, sociales y culturales. No aporta ningún beneficio ya que además del efecto psicológico negativo sobre la madre, puede ocasionar una mala perfusión de la placenta a través de varios mecanismos (aumento del consumo de oxígeno, gasto cardíaco, presión arterial.)

### APOYO DURANTE EL PARTO

el temor

a lo desconocido potencia el dolor. Una mujer que no teme y tiene confianza en el personal por lo general requiere menores cantidades de analgesia. El dolor puede aminorarse enseñando a la embarazada respiración relajada, y a sus acompañantes técnicas de apoyo psicológico.

### INYECCIÓN DÉRMICA DE SUERO ESTÉRIL

### ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO Y EPISIOTOMÍA

Consiste

en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media.

Esta incisión

se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.

El uso de

este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el 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.

Clasificación de la episiotomía

1.- Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.

### CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO DE TERMINO; VALORACIÓN DEL APGAR Y SILVERMAN

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.

### Sala de partos

Se empieza

por conocer la historia materna, embarazos anteriores (si los hay) y los detalles del actual hasta el momento del trabajo de parto. Es necesario que el pediatra tenga todo el equipo necesario para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo, pues en el último minuto puede surgir una complicación.

### Indicaciones en cunero

Se debe indicar, para todo recién nacido que permanezca en alojamiento conjunto o cunero, lo siguiente: 1. Vitamina K, 1 mg intramuscular (muslo) para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido. 2. Profilaxis oftálmica. Dos gotas de antibiótico (generalmente tobramicina o cloranfenicol) en cada ojo, independientemente de la vía de nacimiento, para prevenir conjuntivitis.

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión)

Comienza

con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos , máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia

Tercer periodo 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.

4.- Cuarto Plano: Paralelas a las anteriores pasas por el vértice del hueso sacro.

PLANOS DE LEE

A diferencia

del anterior relaciona el vértice de la presentación (la parte mas prominente) con líneas paralelas que parten desde las espinas. Estas líneas se miden en centímetros y son negativas por encima de las espinas y positivas hacia abajo.

DESCRIPCIÓN PRÁCTICA.

Material: -Pinard -Cinta métrica -Maniquí "ISABELL" simulación de parto - Maniquí "Maniobras de Leopold" -Maniquí "Tacto cervical" -Cada alumno debe traer mínimo: Dos pares de guantes, pinard (si cuenta con él) y cinta métrica.

Organización

Durante esta práctica se harán 2 equipos donde cada equipo con un instructor aplicará las técnicas y cada alumno atenderá el parto.

El alumno se presenta con la paciente y le informa que realizará una valoración obstétrica

b. El alumno enuncia e identifica las características del verdadero trabajo de parto.

Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal.

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 bulbar.

la inyección de 0.05-0.1 ml de suero estéril en cuatro puntos de la región sacra produce un alivio de los dolores bajos de espalda durante 60-90 min, y puede ser repetido tras una hora.

OXIDO NITROSO

En nuestro medio no está muy extendido su uso, pero en muchas mujeres una mezcla autoadministrada de óxido nitroso al 50% y oxígeno podría proveer analgesia satisfactoria durante el trabajo de parto.

AGENTES PARENTERALES

En nuestro medio la más frecuente es la administración de opioides. El más empleado es la meperidina que tiene un inicio de acción muy rápido y es muy barato. Inconvenientes: sedación, depresión respiratoria, disminución de vaciamiento gástrico, náuseas y vómitos.

ANALGESIA REGIONAL

Se han ideado varios bloqueos nerviosos para proveer alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto. Como ya he comentado, el dolor durante el primer periodo del trabajo de parto es generado en gran parte por el útero.

2.- Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas.

Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

Objetivos de la realización de una episiotomía:

1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
2. Evitar posible desgarro perineal.
3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria. Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos.

Tipos de desgarro perineal

Existen 4 tipos de desgarro perineal.

Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.

Segundo grado: Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)

3. Inmunizaciones. La Cartilla Nacional de Vacunación incluye la BCG y la vacuna contra hepatitis B al nacimiento. 4. Tamiz auditivo. Actualmente es una necesidad verificar la audición del neonato antes del egreso. 5. Tamiz de cardiopatía crítica. Permitirá detectar algunas de las malformaciones cardiacas ocultas más frecuentes.

Indicaciones al alta

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, valoraciones de Apgar y Silverman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados.

Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos:

1. Alimentación. Preferentemente al seno materno a libre demanda. Los beneficios son numerosos y es el alimento de elección por naturaleza. En caso de que la madre no quiera o no pueda amamantar se deberá indicar tipo de fórmula y la forma correcta de prepararla.

VALORACIÓN DE APGAR

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.

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: 1. Aspecto (color de la piel) 2. Pulso (frecuencia cardíaca) 3. Irritabilidad (respuesta refleja) 4. Actividad y tono muscular 5. Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

c. Realiza evaluación del estado materno y fetal. (Incluye: Exploración de abdomen aplicando maniobras de Leopold identificando situación y presentación, frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina.

d. Menciona los mecanismos de trabajo de parto en orden: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, expulsión.