

**Nombre del alumno:**

Polet Berenice Recinos Gordillo

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo.

**Licenciatura:**

Enfermería “3”er cuatrimestre.

**Materia:**

Ginecología y obstetricia.

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo:**

Mapa conceptual del tema: **Guía para vigilancia del trabajo de parto.**

“Ciencia y Conocimiento”

# Guía para vigilancia del trabajo de parto

## TIPOS DE SITUACION

### Situación longitudinal

si ambos ejes coinciden, o son paralelos.

### Situación transversal

si los ejes se cruzan en ángulo recto de noventa grados.

### Situación oblicua

cuando los ejes se cruzan en ángulo agudo.

Multiparidad.  
Placenta previa.  
Polihidramnios  
Anomalia uterina.  
pelvis estrecha  
parto prematuro.

## PRESENTACIÓN

Porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad.

Cabeza o Pelvis = Situación Longitudinal.

Hombros = Situación Transversa.

### Presentación Cefálica:

Occipucio o Modalidad de vértice.

Sincipucio o Modalidad de bregma.

Modalidad de frente.

Modalidad de cara.

### Presentación Pélvica:

Presentación franca, completa o incompleta.

## TÉRMINOS

### Posición

Durante el embarazo la posición está definida por el dorso del feto.

### Actitud

Relación que guardan entre sí las distintas partes que constituyen el feto (cabeza, tronco y extremidades).

# Guía para vigilancia del trabajo de parto

## Maniobras

### MANIOBRAS DE LEOPOLD

Consisten en 4 acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal.

Situación  
Posición  
Encajamiento  
Descenso

Primer periodo del trabajo de parto :

Fase latente  
Fase activa

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión).  
Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento).

## MOVIMIENTOS CARDINALES DEL TRABAJO DE PARTO:

Encajamiento

Descenso

Flexión

Rotación interna

Rotación externa

Expulsión

## PLANOS DE HODGE Y DE LEE

Los 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.

### PLANOS DE HODGE

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

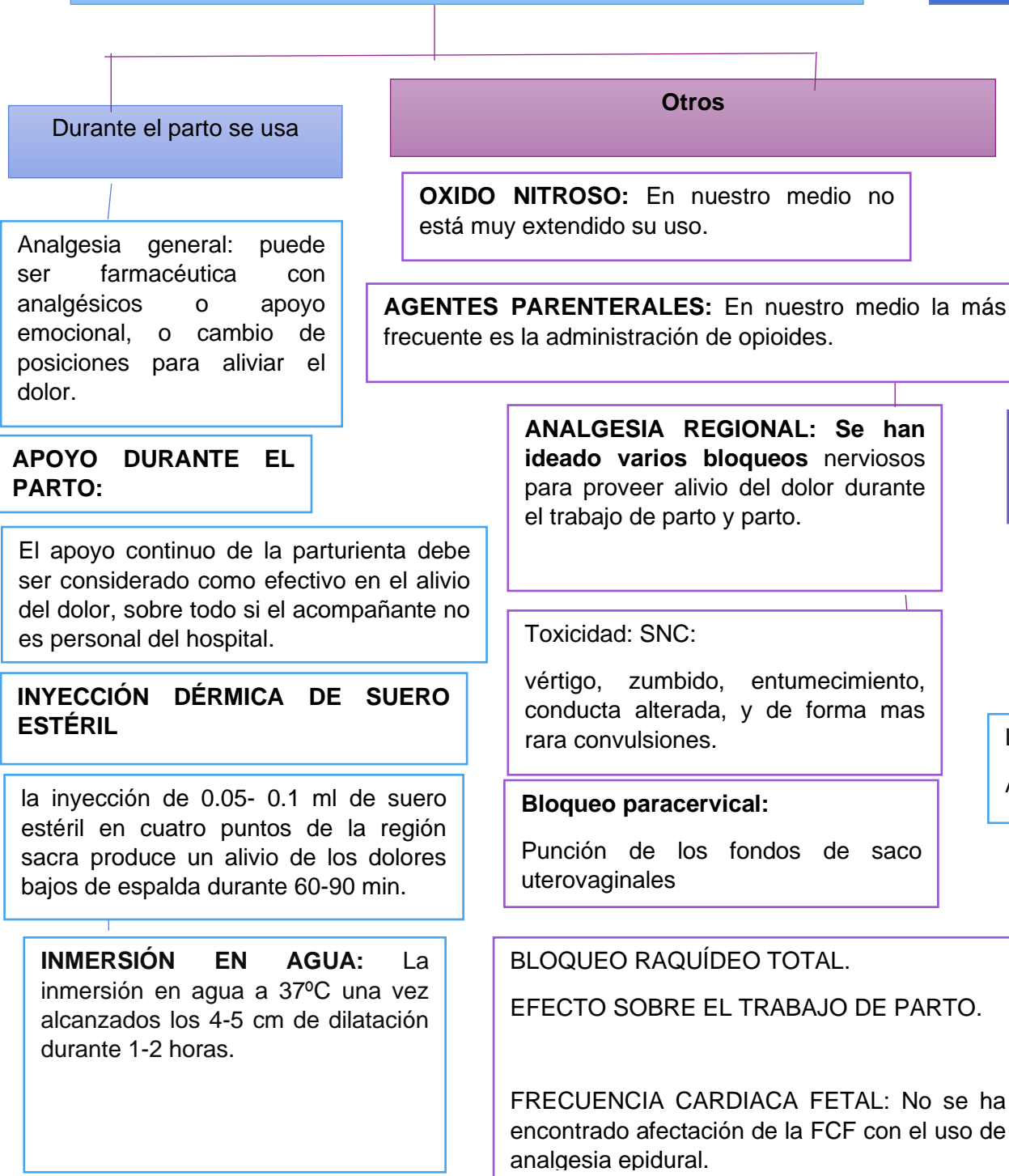
### PLANOS DE LEE

El vértice de la presentación (la parte más 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.

**ANALGESIA OBSTÉTRICA:** En el periodo de dilatación predomina el dolor de tipo visceral, causado por la dilatación del cérvix, segmento uterino inferior y cuerpo uterino. Se alivia con técnicas de bloqueo locorreional de dichas raíces.

# Guía para vigilancia del trabajo de parto

# 2.4. Atención del parto eutócico y episiotomía.



## ¿Qué es?

La 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.

## Clasificación

- Lateral radical Aterior
- Mediana
- Mediana modificada
- Episotomía en forma de J
- Medio lateral
- Lateral

**Objetivos):**  
Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal.  
Evitar posible desgarro perineal.  
Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

# Ginecología subtemas

## 2.4. Atención del parto eutócico y episiotomía.

Clasificación de objetivos

Coadyuvante de la operatoria obstétrica.

Factores fetales.

Factores maternos.

Tipos de desgarro perineal

Existen 4 tipos de desgarro perineal.

Primer grado.

Segundo grado.

Tercer grado.

Cuarto grado.

## 2.5. Cuidados generales del recién nacido de término; 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.

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.

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.

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.

En el expediente clínico se consignarán los principales datos de la historia materna y gestacionales; curso perinatal, exploración física, valoraciones y somatometría, con las características que marca la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico

## Valoración de Apgar

Es una prueba para evaluar al recién nacido, evaluar su tono muscular, signos vitales, entre otros.

## Valoración de Silverman

Esta prueba también se realiza con la finalidad de ver el estado del recién nacido, referente a la dificultad respiratoria.

## 2.5. Cuidados generales del recién nacido de término; valoración del Apgar y Silverman.

### Indicaciones en cunero

Vitamina K, 1 mg intramuscular (muslo) para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Profilaxis oftálmica.

Inmunización

Tamiz auditivo.

Tamiz de cardiopatía crítica.

Bilirrubina transcutánea.

Tamizado metabólico. Se deberá tomar la muestra de talón al menos 48 horas después del nacimiento.

Tamizado oftalmológico.

Actualmente es obligatorio en México; puede realizarse desde el nacimiento hasta la cuarta semana, dependiendo de la edad gestacional y de los factores de riesgo.

### 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.

Alimentación

Aseo

Punción de cordón umbilical.

Micciones

Evacuaciones

Ictericia, chupón.

Circuncisión.

Hábitos de dormir.

### VALORACIÓN DE APGAR

Factores:

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)

¿Qué significa la puntuación de Apgar?

Un bebé que obtiene una puntuación de 8 o superior en la prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud.

### VALORACIÓN DE SILVERMAN

Los cinco parámetros clínicos determinan la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR).

El puntaje ideal es de cero 0 (Ausencia de DR) mientras que el peor es de 10 (DR grave). Una calificación de S-A de 3 indicara la presencia de DR Leve, entre 4 y 6 indicara DR Grave.

## 2.5. Cuidados generales del recién nacido de término; valoración del Apgar y Silverman.

Como se puntea la presencia de disociación toraco-abdominal

Observe cuidadosamente los movimientos toraco-abdominales (tórax y abdomen). Cuando los movimientos sean rítmicos y regulares, asigne un puntaje de CERO.

cuando los movimientos se observen ligeramente asociados asigne un puntaje de uno y cuando los movimientos se observen francamente asociados asigne un puntaje de DOS.

Como se detecta la presencia de retracciones (tiros) intercostales

Observe cuidadosamente el tórax del RN durante la fase inspiratoria de la respiración.

Si hay ausencia de retracciones intercostales, asigne un puntaje de CERO, si se observan retracciones y estas son leves e inconstantes, asigne un puntaje de UNO.

si las retracciones son marcadas y constantes, asigne un puntaje de dos

Como se detecta la presencia de retracción xifoidea

Observe cuidadosamente la región de los apéndices xifoides durante la fase inspiratoria de la respiración y si la retracción de los apéndices xifoides:

Se encuentra ausente asigne un puntaje de CERO, si esta es apenas visible, asigne un puntaje de UNO. Si la retracción xifoidea se observa muy acentuada, asignar un puntaje de DOS.

Como se detecta la presencia de aleteo nasa

Observe cuidadosamente las alas nasales durante la fase respiratoria de la respiración y si es el aleteo nasal:

Se encuentra ausente, asignar un puntaje de CERO, si se observa leve e inconsciente asigne un puntaje de DOS.

Como se puntea la presencia de quejido respiratorio

Escuche la respiración y ausculte con estetoscopio al RN durante la fase respiratoria y si el quejido respiratorio:

Está ausente un puntaje de CERO, si el quejido se ausculte solo con estetoscopio, asígnele un puntaje de UNO, y si el quejido es audible a distancia y sin necesidades de estetoscopio, asigne un puntaje de DOS.