

**Nombre del alumno: ITALIA YOANA ESTEBAN  
MENDOZA.**

**Nombre del profesor: ERVIN SILVESTRE CASTILLO.**

**Licenciatura: ENFERMERIA.**

**Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo: MAPA CONCEPTUAL.**

**Tema: ANTOLOGIA (79-105).**

**“Ciencia y Conocimiento”**

# VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

## SITUACIÓN

Existen las siguientes tipos de situaciones:

- **Situación longitudinal:** si ambos ejes coinciden, o son paralelos.
- **Situación transversal:** si los ejes se cruzan en ángulo recto (90°).
- **Situación oblicua:** cuando los ejes se cruzan en ángulo agudo.

## PRESENTACIÓN

### Presentación Cefálica.

Según sea su actitud se distingue en:

- Occipucio o Modalidad de vértice (Cabeza flexionada).
- Sincipucio o Modalidad de bregma (Cabeza ligeramente extendida)
- Modalidad de frente (Cabeza moderadamente extendida o deflexionada).
- Modalidad de cara (Cabeza totalmente deflexionada)

### Presentación Pélvica.

- Presentación Franca
- Presentación Completa: Una o ambas rodillas están flexionadas.
- Presentación incompleta: Una o ambas caderas no están flexionadas y uno o los 2 pies o las rodillas se encuentran debajo de la pelvis fetal

## POSICIÓN:

- Relación del contorno fetal con el entorno materno.
- Puede estar en el lado derecho izquierdo, anterior o posterior

## ACTITUD

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

# MANIOBRAS DE LEOPOLD

Consiste en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal, y que, junto con la evaluación de la pelvis materna, pueden indicar si el parto será complicado o si resultará necesario realizar una cesárea.

## Primera maniobra

Comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales.

### Se divide en:

- Fase latente
- Fase activa.

## Segunda maniobra

Comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto.

### Duración:

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

## Tercera maniobra

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.

## Cuarta maniobra

Es la única que se ejecuta mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de encajamiento y la posición de la cabeza.

Consiste en buscar sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, esto nos indica si ha descendido la presentación y si la cabeza se encuentra en flexión o extensión.

# MOVIMIENTOS CARDINALES DEL TRABAJO DE PARTO

Cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto.

## Encajamiento

- Sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto.
- La forma de encajamiento más frecuente es en OIIA por ser los diámetros oblicuos los mayores del estrecho superior y por la posición del recto a la izquierda.

## Descenso

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo.

En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas:

- Presión de líquido amniótico
- Presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones
- Esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos
- Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

## Flexión

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

Mediante este movimiento, el feto sustituye el diámetro occípito-frontal de 11,5 cm por el sub-occípito-bregmático de 9,5 cm.

## Rotación interna

- El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación
- 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.

# MOVIMIENTOS CARDINALES DEL TRABAJO DE PARTO

## Extensión

### Producto de dos fuerzas

- Contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera,
- 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.

## 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

## 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. Y a continuación ocurre la expulsión del resto del cuerpo.

# PLANOS DE HODGE Y DE LEE

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

## Planos de Lee

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

- A diferencia del anterior relaciona 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.

### Primer Plano

Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.

### Segundo Plano

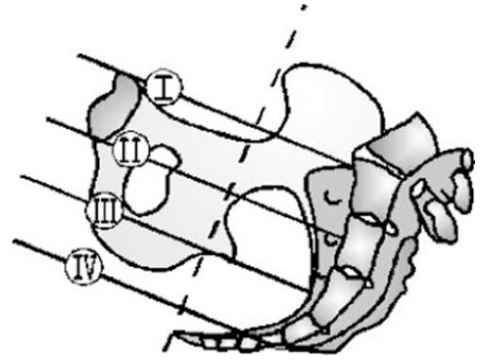
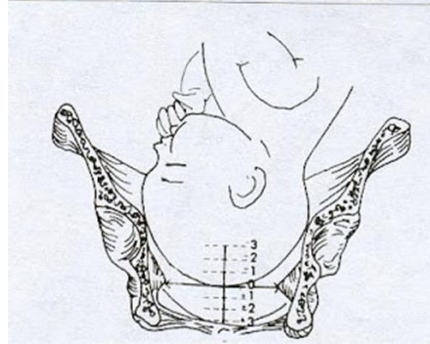
Es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vértebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana.

### Tercer Plano

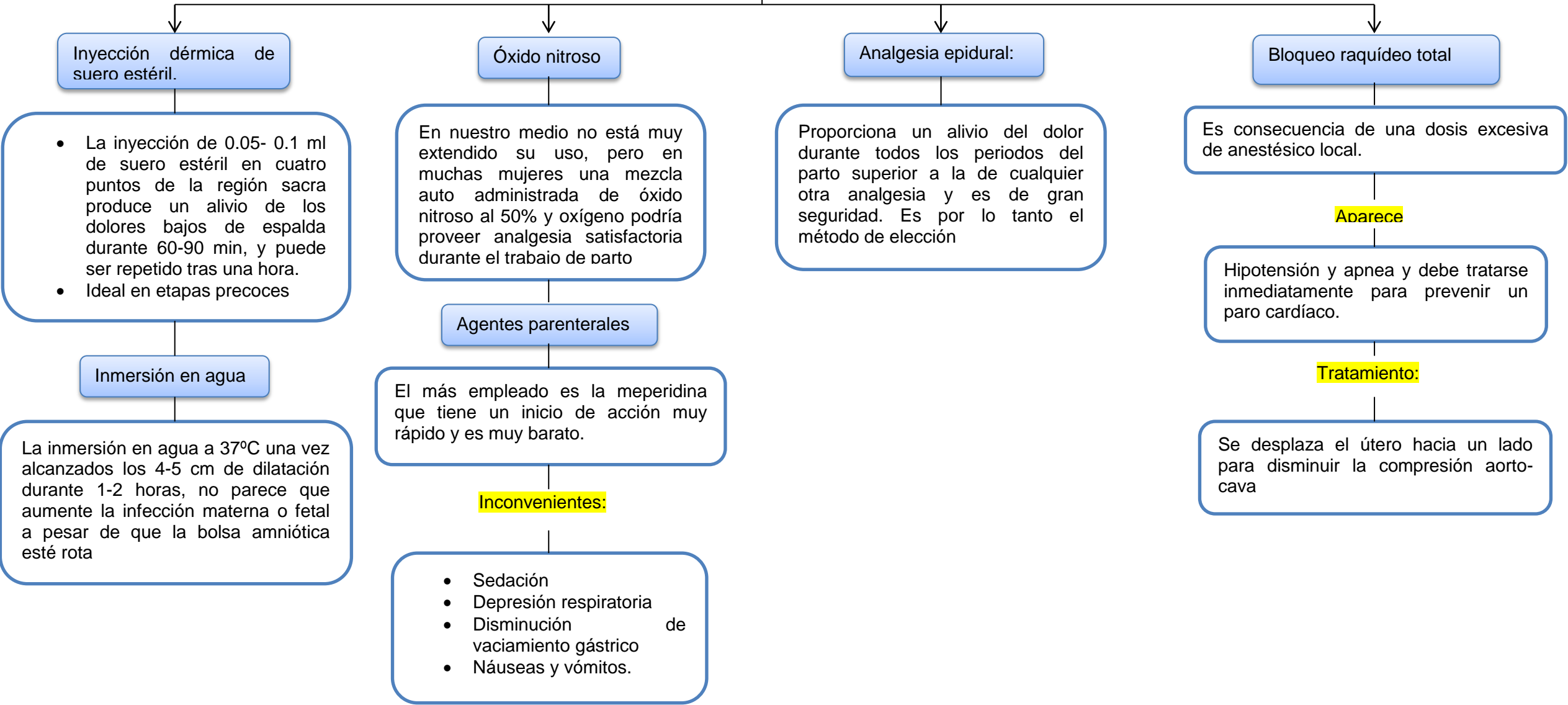
Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.

### Cuarto Plano

Paralelas a las anteriores pasas por el vértice del hueso sacro.



# ANALGESIA OBSTÉTRICA



## Inyección dérmica de suero estéril.

- 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.
- Ideal en etapas precoces

## Inmersión en agua

La inmersión en agua a 37°C una vez alcanzados los 4-5 cm de dilatación durante 1-2 horas, no parece que aumente la infección materna o fetal a pesar de que la bolsa amniótica esté rota

## Óxido nítrico

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

## Agentes parenterales

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 epidural:

Proporciona un alivio del dolor durante todos los periodos del parto superior a la de cualquier otra analgesia y es de gran seguridad. Es por lo tanto el método de elección

## Bloqueo raquídeo total

Es consecuencia de una dosis excesiva de anestésico local.

## Aparece

Hipotensión y apnea y debe tratarse inmediatamente para prevenir un paro cardíaco.

## Tratamiento:

Se desplaza el útero hacia un lado para disminuir la compresión aortocava

# ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO Y EPISIOTOMÍA.

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

## Episiotomía

### Clasificación

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

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral

### Objetivos e Indicaciones

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

Pueden clasificarse en tres grandes grupos

- Coadyuvante de la operatoria obstétrica
- Factores fetales
- Factores maternos

### 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

**Segundo grado:** Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné.

**Tercer grado:** Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal.

**Cuarto grado:** Esta involucra la mucosa rectal.



## CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO

### Indicaciones en cunero

Se debe indicar, para todo recién nacido que permanezca en alojamiento conjunto o cunero, lo siguiente:

- Vitamina K, 1 mg intramuscular
- Profilaxis oftálmica. Dos gotas de antibiótico
- Inmunizaciones.
- Tamiz auditivo
- Tamiz de cardiopatía crítica
- Bilirrubina transcutánea
- Tamizado metabólico
- Tamizado oftalmológico

### 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

Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa. Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos:

- Alimentación
- Aseo
- Cordón umbilical
- Micciones
- Evacuaciones
- Ictericia
- Chupón
- Circuncisión
- Hábitos de dormir

# VALORACIÓN 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.

## Administración

Se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento.

## Factores para evaluar

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.

- 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)

Se suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre el 0 y el 10, siendo 10 la máxima puntuación posible.

## VALORACIÓN DE SILVERMAN

Valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad.

### Criterios

- Movimientos toraco-abdominales
- Tiraje intercostal
- Retracción xifoidea
- Aleteo nasal
- Quejido espiratorio

### Interpretación

- 0 puntos: Sin dificultad respiratoria
- 1 a 3 puntos: Con dificultad respiratoria leve
- 4 a 6 puntos: Con dificultad respiratoria moderada
- 7 a 10 puntos: Con dificultad respiratoria severa