

**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: CUADRO SINOPTICO.

Tema: FECUNDACION, EMBARAZO Y PARTO

“Ciencia y Conocimiento”

FECUNDACIÓN

¿Qué es?

Unión del ovulo con el espermatozoide, dando lugar a la formación de una sola célula llamada huevo. Generalmente ocurre en el tercio distal (externo) de una de las trompas, de donde, gracias a las ciliias y peristaltismo del conducto es transportado a la cavidad uterina (endometrio) donde se implanta o anida. Con la unión de dos gametos suceden 2 cosas importantes:

1. Se establece el número total de cromosomas: 46
2. Se denomina el sexo.
3. Comienza una serie de divisiones celulares que dan lugar a la formación de un nuevo ser.

Desarrollo embrionario fetal.

La célula fecundada se desarrolla hasta formar el feto que crece dentro del útero hasta estar suficientemente madura para sobrevivir fuera de él, tiempo por el cual es expulsado por el proceso de parto. Durante este periodo el huevo pasa por 3 etapas:

- **MORULA:** Comprende desde la fecundación hasta la implantación del huevo en el útero, durante este tiempo el huevo se divide hasta convertirse en una masa de células denominada mórula por su aspecto semejante a una mora.
- **EMBRION:** Se da este nombre al producto de la concepción desde la implantación hasta la 8 semana, la masa celular del blastocito forma 3 capas: ectodermo, mesodermo y endodermo.
- **FETO:** Se da el nombre de feto al producto de la concepción desde la 8 semana hasta el nacimiento, se caracteriza por el crecimiento y maduración de los diferentes sistemas.

Anexos fetales:

Son estructuras que contribuyen al desarrollo fetal. Estas son:

- **PLACENTA:** estructura de forma redonda y aplanada, se desarrolla durante los primeros 3 meses de embarazo, se implanta en la parte alta de la cavidad uterina. En ella se dividen 2 caras: cara fetal y cara materna.
- **CORDON UMBILICAL:** une al feto con la placenta, se extiende desde el obliquo del feto hasta el centro de la cara fetal de la placenta; tiene una longitud de 50 a 55 cms. Contiene 2 arterias y una vena. El oxígeno de los nutrientes son conducidos de la placenta al feto por la vena y las dos arterias conducen CO₂ y otros desechos del feto a la placenta para ser eliminados hacia la sangre materna.
- **MEMBRANA Y LÍQUIDO AMNIÓTICO:** después de la implantación del huevo, a partir del trofoblasto, se forman 2 membranas alrededor del embrión, la membrana se llama Amnios y está en contacto con el feto. El amnios segrega un líquido amniótico, de aspecto claro, transparente de color amarillo.
Función de líquido amniótico: permite los movimientos del feto, mantiene constante la temperatura que rodea al feto, brinda protección al feto de violencias externas.
Funciones de las membranas: asila y protege el feto de infecciones vía vaginal, ayuda a la dilatación del cuello uterino en el momento del parto, ejerciendo presión sobre el cuello.

EMBARAZO

Concepto

Termino con el que se designa el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento o parto. Dura aproximadamente 280 días o 40 semanas que corresponden a 9 meses calendario (de 30 días) o 10 mes lunar de (28 días).

- 1. Calculo de la edad del embarazo y fecha probable del parto:** para calcular la edad del embarazo se pregunta a la embarazada la fecha de la última regla (FUR) a esa fecha, primer día se agregan 20 días (fase pre- ovulatoria.) y a partir del día que resulte de la suma se calculan los meses que van entre dicha fecha y el día de la consulta.
- 2. Terminología específica:**
 - Grávida: es el término médico que se usa para denegar una mujer embarazada.
 - Grávida I o primigravida: es la mujer que se embaraza por primera vez.
 - Grávida II, grávida III, grávida IV o multigravida: se refiere a embarazos posteriores.
 - Paridad: Se refiere a embarazos en los que el producto ha sido viable, es decir, capaz de sobrevivir fuera del útero.

Signos y síntomas

- Signos de presunción: aparecen tempranamente, pero no son datos seguros de embarazo, puesto que pueden corresponder a otro tipo de patología que son: amenorrea, náuseas y vómitos, cambios mamarios, pigmentación, etc.
- Signos de probabilidad: también aparecen durante los primeros meses de embarazo y se determinan por revisión médica y exámenes de laboratorio, estos son: crecimiento de abdomen, coloración azulada o purpura de la válvula, reblandecimiento del cuello uterino y pruebas de laboratorio positivas.
- Signos de certeza o positivos: aseguran el diagnóstico definitivo de embarazo, se hacen presentes hacia la décima octava y vigésima semana de gestación.

Cambios corporales normales

Todo el cuerpo sufre cambios para satisfacer las demandas del embarazo, como son: espacio considerable para su crecimiento y desarrollo, desde una célula de tamaño microscópico hasta un feto de 2.500 a 3.500 gramos; aumento del riesgo sanguíneo para asegurar nutrición y oxigenación del feto, preparación del canal de parto (pelvis), los cambios más notables son:

- 1. Aparato reproductor:**
 - Útero: para que el feto en desarrollo tenga suficiente espacio el útero debe expandirse.
 - Vulva: aumento de tamaño de los grandes labios.
 - Mamas
- 2. Aparato circulatorio**
- 3. Aparato respiratorio:** aumento de la frecuencia respiratoria y cierta dificultad para respirar.
- 4. Aparato gastrointestinal**
- 5. Aparato urinario:** Micción frecuente por disminución de la capacidad de la vejiga, producido por la compresión que ejerce el útero.
- 6. Piel:** manchas o pigmentación en el rostro.
- 7. Aumento de peso**
- 8. Marcha**
- 9. Cambios psicológicos.**

EMBARAZO

Molestias
comunes
actividades
enfermería.

más
y
de

Las molestias del embarazo son consecuencias de los cambios producidos por el mismo. El personal de enfermería debe instruir a la futura mamá sobre la forma de disminuirlas.

1. Náuseas: hacer comidas pequeñas y frecuentes; suprimir alimentos grasos y de olores fuertes.
2. Estreñimiento: ingerir alimentos ricos en residuo y celulosa como verduras, frutas. Evitar tomar laxantes.
3. Dorsalgia: producida por el desplazamiento de los huesos de la pelvis: mantener buena posición, dormir en cama dura, aplicación de calor local
4. Varices: descansar acotada con los miembros inferiores elevados, usar media elástica cómoda; evitar uso de fajas, ligas y cinturones.
5. Disnea: disminuir el ejercicio, dormir con la cabecera alta.
6. Secreción vaginal: aseo genital, consultar al médico.
7. Pirosis: evitar fumar, comer sin prisa.

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:

Definición:

- 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.

MOMENTO PARA HOSPITALIZACIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA RN TRABAJAO 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 de 4 cm).

PARTO

Atención a la mujer en fase activa de del trabajo de parto

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
- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo, Etc.

No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y el recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

PARTO

Conducción del trabajo de parto

INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO (TP): Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos. La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades).

Uso de enema

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto. El enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente. Ante la evidencia de ámpula rectal llena detectada en la exploración clínica está justificada la realización de enema evacuante, ya que es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.

Tricotomía

No existen pruebas suficientes en relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, reportando menor colonización bacteriana por gram negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada. Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva. La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.

Vaciamiento vesical

Favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto. No existen estudios relevantes para el cuidado de la vejiga en la atención del trabajo de parto, sin embargo, ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

Dilatación del cérvix 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 cérvix.

Monitorización transparto

Algunos estudios no han mostrado la utilidad de la monitorización transparto cuando se realiza de manera generalizada en todas las embarazadas con trabajo de parto. 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 cardíaca 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

PARTO

Utilidad de la movilización en el trabajo de parto

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación. La posición cómoda se debe permitir siempre y cuando no exista contraindicación y se cuente con la infraestructura hospitalaria que garantice la seguridad de la paciente (camas y camillas con barandales, mesas de expulsión con áreas de sostén). El personal de salud debe brindar un trato respetuoso, profesional y apegado a aspectos éticos y derechos humanos a las pacientes que soliciten atención durante el embarazo y parto.

Procedimiento para el control del dolor en el 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.

Uso de episiotomía

La episiotomía individualizada frente a la rutinaria favorece el número de pacientes con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso. La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente. La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal. Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada.

Maniobra de kristeller

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros 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. Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos (RN). Y que permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del RN lo permitan.