



NOMBRE DEL ALUMNO:

Yoli Melina Escobedo Montejo

NOMBRE DEL PROFESOR:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA:

Enfermería

MATERIA:

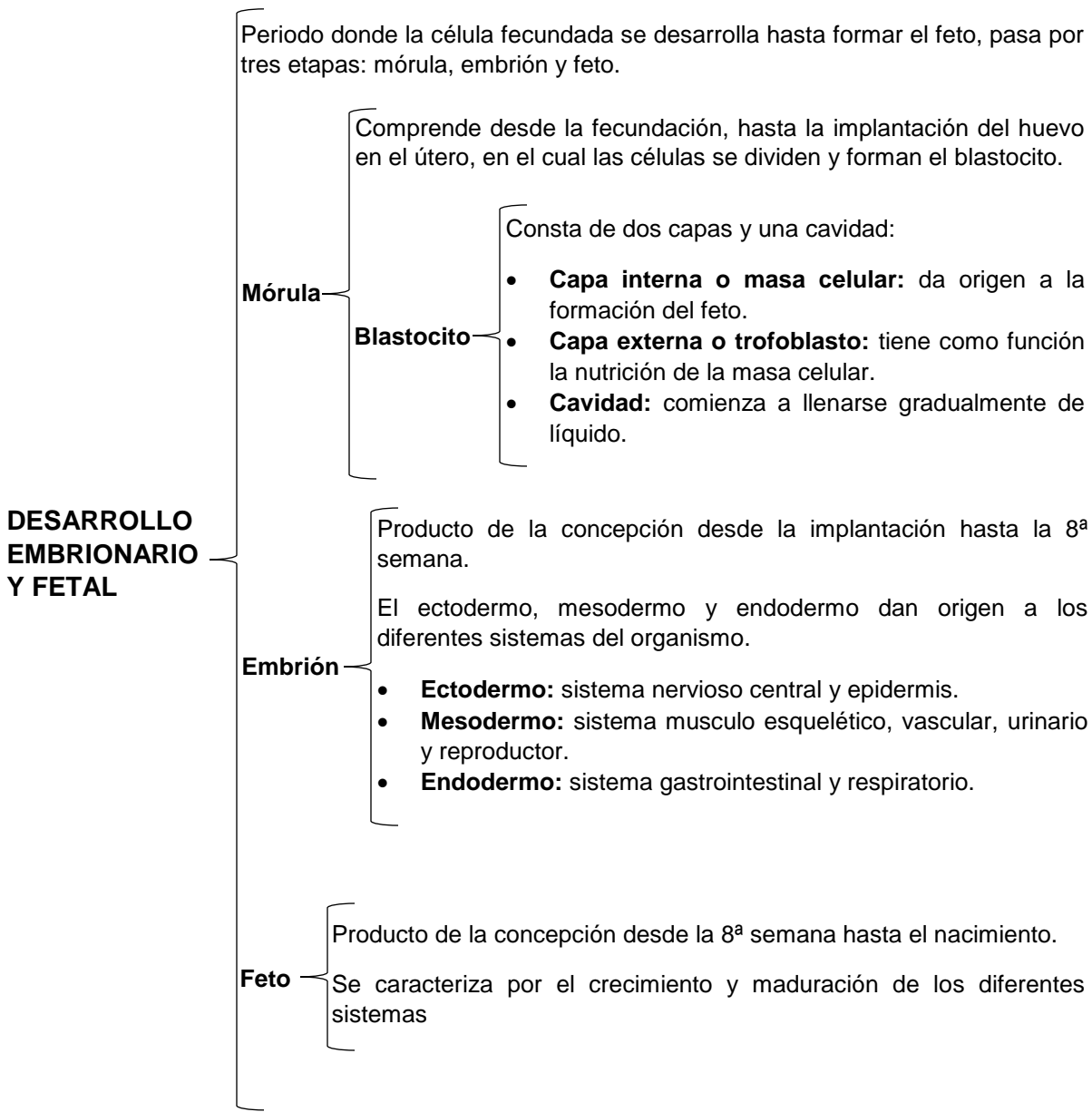
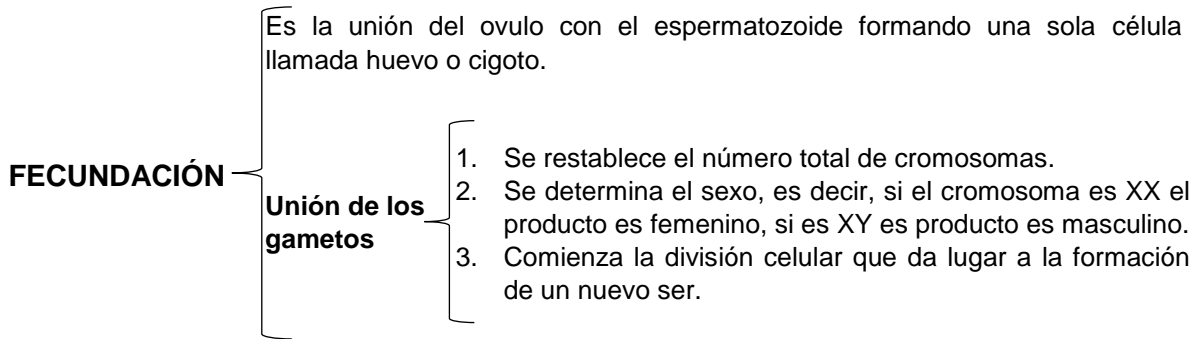
Ginecología y Obstetricia

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

5to. Cuatrimestre Semiescolarizado

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

Cuadro sinóptico de embarazo y parto



Son las estructuras que contribuyen al desarrollo fetal. Son: placenta, cordón umbilical, membranas y líquido amniótico.

Placenta { Estructura de forma redonda y aplanada que se desarrolla en los 3 primeros meses de embarazo.

Caras {

- **Materna:** se adhiere a la pared uterina.
- **Fetal:** se une al feto por medio del cordón umbilical

Cordón umbilical { Une al feto con la placenta, contiene dos arterias que conducen CO2 y otros desechos para ser eliminados y una vena que conducen oxígeno y nutrientes al feto.

ANEXOS FETALES

Membranas {

- **Externa o corion:** se adosa a la placenta.
- **Membrana interna o amnios:** está en contacto con el feto y segrega el líquido amniótico.

Cumplen la función de aislar y proteger al feto de infecciones vía vaginal y ayudan a la dilatación del cuello uterino en el momento del parto.

Líquido amniótico {

- Permite los movimientos del feto.
- Mantiene la temperatura constante que rodea al feto.
- Brinda protección al feto de violencias externas.

Termino con que se designa el periodo comprendido entre la fecundación y el nacimiento o parto.

Calculo de la edad de embarazo y fecha probable de parto.

- Para calcular la edad de embarazo a la fecha de última regla se le suman 10 días, el resultado será igual a los meses que van entre dicha fecha y el día de consulta.
- Para calcular la fecha probable de parto, al primer día de la última regla se agregan 10 días y luego se suman 9 meses.

Signos y síntomas

Se clasifican en tres categorías:

- **De presunción:** no son seguros de embarazo. Incluye: amenorrea, náuseas y vómito, cambios mamarios, pigmentación o cloasma, polaquiuria, mareos y lipotimias.
- **De probabilidad:** aparecen en los primeros meses y se determinan por revisión médica. Pueden ser: crecimiento del abdomen, coloración azulada o purpura de la vulva, reblandecimiento del cuello uterino, pruebas de laboratorio positivas.
- **De certeza:** aseguran el diagnóstico definitivo de embarazo. En este caso, se puede escuchar el latido fetal, se perciben movimientos fetales y se palpan partes fetales.

EMBARAZO

Cambios corporales durante el embarazo

1. **Aparato reproductor:** el útero se expande, en la vulva los labios aumentan de tamaño al igual que la glándula mamaria y el pezón crece
2. **Aparato circulatorio:** el volumen de sangre aumenta.
3. **Aparato respiratorio:** aumenta la FR y hay dificultad para respirar.
4. **Aparato gastrointestinal:** disminuye el peristaltismo intestinal.
5. **Aparato urinario:** micción frecuente por disminución en la capacidad de la vejiga.
6. **Piel:** pigmentación en el rostro y aparecen estrías en el abdomen
7. **Marcha:** es lenta, pesada y balanceada.
8. **Cambios psicologicos:** generalmente la gestante pasa por 3 estadios: intolerancia, adaptación y sobrecarga.

Molestias más comunes del embarazo y actividades de enfermería

- **Náuseas y vomito:** se recomienda hacer pequeñas comidas pero frecuentes.
- **Estreñimiento:** ingerir alimentos ricos en residuo y celulosa como frutas y verduras.
- **Dorsalgia:** se debe mantener una buena posición, dormir en cama dura y aplicar calor local.
- **Varices:** se recomienda que la embarazada descanse acostada con los miembros inferiores elevados.
- **Calambres:** masajes, si no hay varices, en el musculo contraído, aplicación de calor húmedo.
- **Disnea:** disminuir el ejercicio y dormir con cabecera alta.
- **Secreción vaginal:** aseo genital y consultar al médico.
- **Pirosis:** evitar fumar y comer sin prisa.

El parto, es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Historia natural del trabajo de parto

Atención de la paciente en fase latente

Cuando no exista condiciones de hospitalización se deberá explicar a la paciente y acompañante cuando deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica, como:

- Sangrado transvaginal.
- Dolor.
- Contracciones uterinas.
- Cefalea, acúfenos y fosfeno.
- Edema de cara y manos.
- Secreción de líquido transvaginal.
- Disminución de movimientos fetales.

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

Deben hospitalizarse cuando presenten:

- Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos.
- Dolor abdominal en el hipogastrio.
- Cambios cervicales.

Atención a la mujer en fase activa del trabajo de parto

Consiste en disipar miedos y dudas, infundir seguridad, atender el bienestar físico y emocional, mostrar comprensión apoyo y respeto, esto contribuye a la satisfacción de la experiencia de trabajo de parto

Se entiende como trabajo de parto la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Indicaciones para conducción de trabajo de parto

Uso de enema

Debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente

Tricotomía

Solo se realizara en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.

Vaciamiento vesical

Se recomienda ante la sospecha de retención urinaria o si la paciente no orina de manera adecuada.

Utilidad del partograma

La OMS lo considera una herramienta importante para el monitoreo en la atención obstétrica moderna.

Monitorización transparto

Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en caso de: trabajo de parto prolongado, conducción del trabajo de parto con oxitócica, dificultad de auscultación de foco fetal

Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno

En la vigilancia de trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y latido cardiaco fetal deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.

Cada media hora se registrara en el partograma la FCF y la evolución del trabajo de parto hasta la expulsión.

En la fase activa se realizara tacto vaginal cada 2 horas.

Utilidad de la movilización en el trabajo de parto

Deambular en la primera etapa del parto reduce la duración del 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.

Procedimientos para el control del dolor.

La OMS señala:

- Se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, cambio de posición, masajes, relajación, etc.
- Evitar el uso de medicación durante el parto.

Amniotomía en el trabajo de parto

Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad está indicado el manejo activo con amniotomía y oxitocina.

**ESTRATEGIAS
PARA LA
PROTECCIÓN
DEL PERINÉ
EN EL
PERIODO
EXPULSIVO**

- Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante este periodo.
- Uso de episiotomía**
 - Favorece el perineo intacto y la reanudación de la vida sexual al mes, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal.
 - Solo deberá realizarse si hay necesidad clínica, como parto instrumental o periné corto y rígido que afecte el estado fetal.
 - Momento para el pinzamiento del cordón umbilical**
 - Se recomienda el pinzamiento tardío en el manejo activo del tercer periodo o al cese del latido del cordón umbilical

**ACTIVIDADES
DEL
PERSONAL DE
SALUD EN EL
TERCER
PERIODO DE
TRABAJO DE
PARTO**

- Se recomienda el manejo activo con fines de reducir la hemorragia posparto, se debe realizar:
- Administración de agentes uterotónicos.
 - Aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical.
 - Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada.
 - Se debe propiciar el desprendimiento espontaneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes del desprendimiento completo.
 - Comprobar la normalidad e integridad de la placenta
 - Monitorizar que l pulso y TA sean normales.
 - Realizar revisión del tono uterino en toda paciente
- Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato.**
- La revisión de cavidad puede realizarse cuando:
- Hay sospecha de retención de fragmentos placentarios.
 - Alumbramiento manual previo.
 - Sospecha de lesiones uterinas y cesarías anterior.
 - Presencia de hemorragia uterina posparto.
 - Parto pretermino.
 - Ruptura de membranas de 6 horas o más.
 - Parto fortuito.
 - Óbito.
- Se debe revisar el conducto vaginal, así como la presión arterial y frecuencia cardiaca.
- Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata.**
- La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el periodo posparto inmediato.
- Se recomienda el contacto piel con piel post-nacimiento pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en RN