

Nombre del alumno:

Ingrid Karen Morales Morales

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Enfermería, Grupo "B," 5to Cuatrimestre - Domingo

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Nombre del trabajo:

Cuadro Sinóptico del tema:
"Fecundación y Embarazo"

Frontera Comalapa, Chiapas a 01 de Abril del 2021.

F
E
C
U
N
D
A
C
I
O
N

CONCEPTO DE FECUNDACION

Es la unión del ovulo con el espermatozoide, dando lugar a la formación de una sola célula llamado huevo.

Generalmente ocurre en el tercio distal de una de las trompas, de donde, gracias a las cilias y peristaltismo del conducto es transportado a la cavidad uterina donde se implanta o anida

Con la unión de los dos gametos suceden 2 cosas importantes:

- 1. Se restablece el número de cromosomas: 46
- 2. Se determina el sexo: si el ovulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma sexual X, el producto es femenino y si es fecundado por un espermatozoide con cromosoma Y, el producto es niño.

DESARROLLO EMBRIOMARIO Y FETAL

La célula fecundada se desarrolla hasta formar el feto que crece dentro del útero hasta estar suficientemente madura para sobrevivir fuera de él.

Durante este periodo el huevo pasa por tres 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 denominada mórula. Luego en blastocito; el blastocito consta de dos capas y una cavidad. La capa interna llamada masa celular y la externa llamada trofoblasto. Y la cavidad comienza a llenarse gradualmente de líquido.
- EMBRION:** Se da este nombre al producto de la concepción desde la implantación hasta la 8va semana. La masa celular del blastocito forma 3 capas:
 - .ECTODERMO:** sistema nervioso central y epidermis.
 - .MESODERMO:** musculo esquelético, vascular, urinario y reproductor.
 - .ENDODERMO:** sistema gastrointestinal y sistema respiratorio.
- FETO:** Se da el nombre de feto al producto de la concepción desde la 8va semana hasta el nacimiento, se caracteriza por el crecimiento y maduración de los sistemas, hasta el parto.

ANEXOS FETALES

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.

Se distinguen dos caras:

- 1. **CARA MATERNA:** Por la cual se adhiere a la pared uterina; esta cara es de color rojo y oscuro de 15 a 20 lobulillos llamados cotiledones.
- CARA FETAL:** Se une al feto por medio del cordón umbilical; está cubierta por una membrana que le da aspecto brillante. El tamaño es variable, su peso es más o menos la sexta parte del peso del niño al nacer. Provee oxígeno y nutrientes al feto, y a través de ella se elimina los productos de desecho del mismo

CORDON UMBILICAL:

Une al feto con la placenta, se extiende desde el ombligo del feto hasta el centro de la cara fetal de la placenta.

Tiene una longitud de 50 a 55 cm. Contiene 2 arterias y una vena

El oxígeno y 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.

MEMBRNA Y LIQUIDO AMNIOTICO

Después de la implantación del huevo, a partir del trofoblasto, se forman 2 membranas alrededor del embrión. La membrana externa se llama Corion, se adosa a la placenta. La membrana interna se llama Amnios y está en contacto con el feto.

El amnios segrega un líquido llamado Liquido Amniótico, de aspecto claro, transparente, de color amarillo.

- Funciones del líquido amniótico:**
 - .Permite movimientos del feto.
 - .Mantiene constante la temperatura que rodea al feto.
 - .Brinda protección al feto de violencias externas.
- Funciones de las membranas:**
 - .Aísla y protege el feto de infecciones vía vaginal.
 - .Ayuda a ala dilatación del cuello uterino en el momento del parto, ejerciendo presión sobre el cuello.

EMBARAZO

CONCEPTO DE EMBARAZO

Embarazo, gravidez o gestación son los términos con que 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 meses lunares de 28 días

CALCULO DE LA EDAD DEL EMBARAZO:

Para calcular la edad del embarazo se pregunta a la embarazada la fecha de la última regla; a esa fecha, primer día, se agregan 10 días 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.

FECHA PROBABLE DEL EMBARAZO:

Para calcular la fecha probable del parto. Se hace lo siguiente: al día primero de la última regla se agregan 10 días y luego se le suman 10 meses.

TERMINOLOGIA ESPECÍFICA:

GRAVIDA: es el término médico que se usa para designar una mujer embarazada.

GRAVIDA I O PRIMIGRAVIDA: es la mujer que se embaraza por primera vez.

PARIDAD: se refiere a embarazos en lo que el producto ha sido viable, es decir capaz de sobrevivir fuera del útero.

NULIPARA: mujer que no ha tenido partos.

PRIMIPARA: mujer que ha tenido un parto

MULTIPARA: cuando la mujer ha tenido más de 2 partos.

GRANMULTIPARA: cuando la mujer ha tenido más de 5 partos.

EMBARAZO A TERMINO: 280 días o 40 semanas, 9 meses calendario de duración.

ABORTO: embarazo que termina antes de que el feto sea viable.

PARTO PREMATURO: embarazo que concluye después del tiempo de viabilidad pero antes del término

SIGNOS Y SINTOMAS DEL EMBARAZO

Se clasifican en tres categorías:

SIGNOS DE PRESUNION:

Aparecen tempranamente, pero no son datos seguros de embarazo, puesto que pueden corresponder a otro tipo de patología y son:

- .Amenorrea.
- . Náuseas y vómitos, ocurren más frecuentemente por las mañanas.
- .Cambios mamarios.
- .Pigmentación.
- .Polaquiuria.

SIGNOS DE PROBABILIDAD:

También aparecen durante los primeros meses de embarazo y se determinan por revisión médica y exámenes de laboratorio. Estas son:

- .Crecimiento del abdomen.
- .Coloración azulada o púrpura de la vulva.
- .Reblandecimiento del cuello uterino.
- .Pruebas de laboratorio positivas.

SIGNOS DE CERTEZA O POSITIVO:

Aseguran el diagnóstico definitivo de embarazo; se hacen presentes hacia la décima octava y vigésima semana de gestación. Son 3:

- .Se puede escuchar el latido fetal.
- .El examinador puede percibir movimientos fetales.
- .Palpación de partes fetales.

EMBARAZO

CAMBIOS CORPORALES DURANTE EL EMBARAZO

APARATO REPRODUCTOR:

UTERO: el útero crece de 7 cm de largo hasta 30 a 35 cm y de 5 cm de ancho hasta 20 a 25 cm. Alrededor del 4to mes el útero puede palpase por encima de la sínfisis púbica, hacia el seto mes alcanza el nivel del ombligo y en el 9º mes puede llegar hasta el apéndice xifoide del esternón.

VULVA: aumento de tamaño de los labios.

MAMAS: la glandula aumenta de tamaño, el pezón crece y se hacen más eréctiles, la pigmentación de la areola se hace más intensa, pezones expulsan liquido claro, amarillento llamado calostro; este se produce hasta que es sustituido por leche alrededor del 3º o 4º día después del nacimiento.

PELVIS: aumento de riego sanguíneo, los huesos adquieren mayor movilidad, lo cual permite el desplazamiento del utero aumentando de tamaño.

APARATO CIRCULATORIO:

El volumen total de sangre aumenta para atender la mayor demanda de riego sanguíneo de los órganos reproductores; este aumento produce dilución de la concentración de hemoglobina en la sangre, lo que se traduce en ligera anemia. Puede presentarse varices por la distensión de las venas y retardo de la circulación de retorno, producida por la presión que ejerce el peso del útero sobre las venas de la pelvis

APARATO RESPIRATORIO:

Aumento de la frecuencia respiratoria y cierta dificultad para respirar, producida por el aumento del volumen sanguíneo y por la elevación del diafragma debida al aumento de tamaño del útero.

APARATO GASTROINTESTINAL:

Disminución del peristaltismo intestinal por la presión del útero, lo cual produce pirosis o sensación de quemadura por regurgitación de jugo gástrico, vomito, gases y estreñimiento.

APARATO URINARIO:

Micción frecuente por disminución de la capacidad de la vejiga, producida por la compresión que ejerce el útero.

PIEL:

Manchas o pigmentación en el rostro conocida con el nombre de cloasma gravídica. En la pared abdominal, aparecen estrías de aspecto enrojecido que corresponden a estiramiento de la piel.

AUMENTO DE PESO:

El promedio de aumento de peso es de 9 a 10 kilos. O sea, 1 a 2 kilos por mes aproximadamente.

MARCHA:

Hacia el final del embarazo la marcha es lenta, pesada, balanceada, semejando la marcha del pato, cabeza y tronco proyectados hacia atrás para equilibrar con el volumen y peso del útero.

CAMBIOS PSICOLOGICOS:

Se producen cambios emocionales más o menos graves dependiendo de diferentes factores fuera del embarazo mismo. General y normalmente la gestante pasa por 3 estadios: intolerancia, adaptación y sobrecarga.

MOLESTIAS MÁS COMUNES DEL EMBARAZO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

El personal de enfermería debe instruir a la futura mama sobre la forma de disminuirlas.

NAUSEAS Y VOMITO: hacer comidas pequeñas y frecuentes; suprimir alimentos grasosos y de olores fuertes.

ESTREÑIMIENTO: ingerir alimentos ricos en residuo y celulosa como verduras, frutas. Evitar tomar laxantes.

DORSALGIA: producida por el desplazamiento de los huesos de la pelvis: mantener buena posición, dormir en cama dura, aplicación de calor local.

VARICES: descansar acostada con los miembros inferiores elevados. Usar media elástica cómoda; evitar el uso de fajas, ligas y cinturones.

CALAMBRES: masaje, si no hay varices, en el musculo contraído, aplicación de calor húmedo.

DISNEA: disminuir el ejercicio, dormir con la cabeza alta.

SECRECION VAGINAL: aseo genital; consultar al médico

PIROSIS: evitar fumar, comer sin prisa.

T
R
A
B
A
J
O
D
E
P
A
R
T
O

DEFINICIÓN DE PARTO

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:

1. Dilatación o primer periodo.
2. Expulsión o segundo periodo.
3. Alumbramiento o tercer periodo.

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.

Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

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

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

El obstetra o personal de salud calificado deberán realizar y documentar en el expediente médico para tender pacientes en trabajo de parto, lo siguiente:

Diagnóstico a su ingreso, con plan de manejo, hojas de consentimiento informado en su hospitalización, incluir en su expediente partograma, vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdidas de líquido corporales vaginales, información de métodos para control del dolor, así como información a la paciente de condiciones clínicas en las que se encuentran y su plan de atención, y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a la sala de expulsión.

INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

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).

ATIVIDADES ANTES DEL PARTO

USO DE ENEMA: el enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente.

TRICOTOMÍA: 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.

UTILIDAD DEL PARTOGRAMA: a toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma.

T
R
A
B
A
J
O
D
E
P
A
R
T
O

PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL Y MATERNO EN TRABAJO DE PARTO

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

Por lo menos cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardíaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo.

En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que frecen mejora y control del dolor obstétrico.

La Organización Mundial de la Salud 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.

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa.

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.

La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC) se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin. Por lo que de contar con el recurso, se podrá ofrecer a la embarazada la opción en caso de que lo solicite.

USO DE EPISIOTOMÍA

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.

La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.

**T
R
A
B
A
J
O

D
E

P
A
R
T
O**

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DE TRABAJO DE PARTO

Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto.

Consiste en:

- .Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol).
- .Aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical.
- .Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado.
- .El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO

Está reconocido que la revisión de cavidad puede realizarse cuando:

1. Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Alumbramiento manual previo.
3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.
4. Presencia de hemorragia uterina postparto.
5. Parto pretérmino.
6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
7. Parto fortuito.
8. Óbito.

En caso de no contar con personal de anestesia, la sedación puede ser administrada por personal médico previa información y autorización de la paciente, por escrito, para tratar que la revisión uterina sea menos molesta o incómoda.

BENEFICIOS DEL APEGO IMEDIATO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA

Un estudio reporta que los niños amamantados exclusivamente al seno materno mostraron mayores beneficios ante problemas de salud como: sobrepeso, obesidad, infecciones respiratorias o gastrointestinales, comparados con aquellos sin lactancia materna.

Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.

La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período postparto inmediato apoyando el contacto piel a piel.