

NOMBRE DEL ALUMNO:

Loyda Isabel morales morales

NOMBRE DEL PROFESOR:

L.E:Ervin silvestre castillo

LICENCIATURA:

Lic. en enfermería

MATERIA:

Ginecología y obstetricia

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:

Semiescolarizado, 5 cuatrimestre

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:

(Cuadro sinóptico) parto y fecundación y embarazo

Frontera Comalapa, Chiapas a 08 de abril de 2021.

PARTO, FECUNDACION Y EMBARAZO

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.

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento tercer periodo (NOM 007-1993, manual de atención embarazo saludable).

ATENCION DE LA PACIENTE EN FASE LACTANTE

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.

ATENCION DE LA PACIENTE EN FASE LACTANTE

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de salud deberá explicar de manera clara a la paciente y acompañante y cuando deberá regresar al servicio.

Manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada tales como.

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

MOMENTO PARA HOSPITALIZACION A LA PACIENTE EMBRAZADA 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

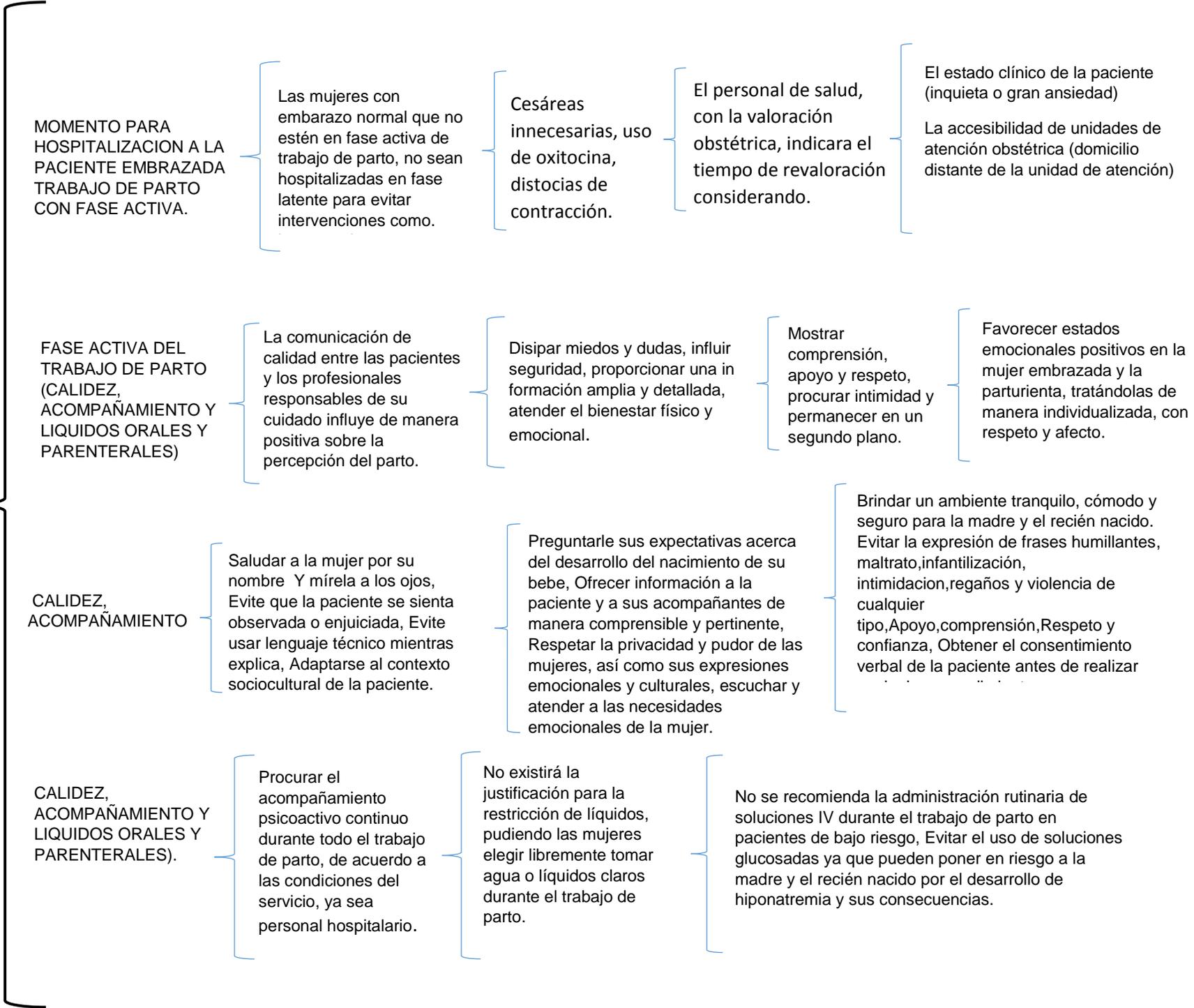
Cambios cervicales (borramiento cervical de 50% a 80% y dilatación de 4 cm.

Durante la primera etapa del trabajo del parto el obstetra o personal de salud calificado deberán realizar y documentar en el expediente médico lo siguiente.

Diagnostico 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, perdida de líquido corporales vaginales, información de métodos para control del dolor, y información de condiciones clínicas de la paciente y su plan de atención.

**PARTO,
FECUNDACION
Y EMBARAZO**



**PARTO,
FECUNDACION Y
EMBARAZO**

**CONDUCCION DEL
TRABAJO DE PARTO**

Se comprende como el 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 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 actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.

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 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 elpujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.

TRICOTOMIA

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 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.

**UTILIDAD DEL
PARTOGRAMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma.

**PARTO,
FECUNDACION
Y EMBARAZO**

**DILATACION DEL CERVIX Y
AMPLIACION MANUAL DEL
PERINE**

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

**MONITORIZACION
TRANSPORTE**

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

**MONITORIZACION
TRANSPORTE**

En los hospitales que atienden pacientes en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

La auscultación del foco fetal puede hacerse por estetoscopio de Pinard, o Doptone.

No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados.

**EVALUACION 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 condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.

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

**PARTO,
FECUNDACION Y
EMBARAZO**

**UTILIDAD DE LA
MOVILIZACION EN EL
TRABAJO DE PARTO**

En la primera etapa (fase activa) del parto reduce la duración del trabajo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido.

Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica.

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.

**CONTROL DEL
DOLOR EN
TRABAJO DE
PARTO**

La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna.

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

**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.

En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.

Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea

**PARTO,
FECUNDACION Y
EMBARAZO**

**USO DE
EPISIOTOMIA**

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.

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.

**PINZAMIENTO DEL
CORDON UMBICAL**

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo 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.

**ACTIVIDADES DEL
PERSONAL DE SALUD**

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

- 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.

ERGONOVINA

La ergonovina o metilergonovina debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía

La ergonovina o metilergonovina no debe administrarse en pacientes con:

- Hipertensión arterial sistémica
- Preclampsia
- Enfermedad cardíaca.

**PARTO,
FECUNDACION Y
EMBARAZO**

**REVISION DE
CAVIDAD UTERINA Y
ATENCION AL
PUERPERIO
INMEDIATO**

Un estudio clínico, con fines de evaluar si existían diferencias en las complicaciones postparto en pacientes con o sin revisión de cavidad.

- Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas.
- Alumbramiento manual previo.
- Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.
- Presencia de hemorragia uterina postparto.

- Parto pretérmino.
- Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
- Parto fortuito.
- Óbito.

**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).

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.

FECUNDACION

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

Ocurre en el tercio distal (externo) de las trompas ,gracias a las cilias y peristaltismo del conducto es trasportado a la cavidad uterina (endometrio).

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

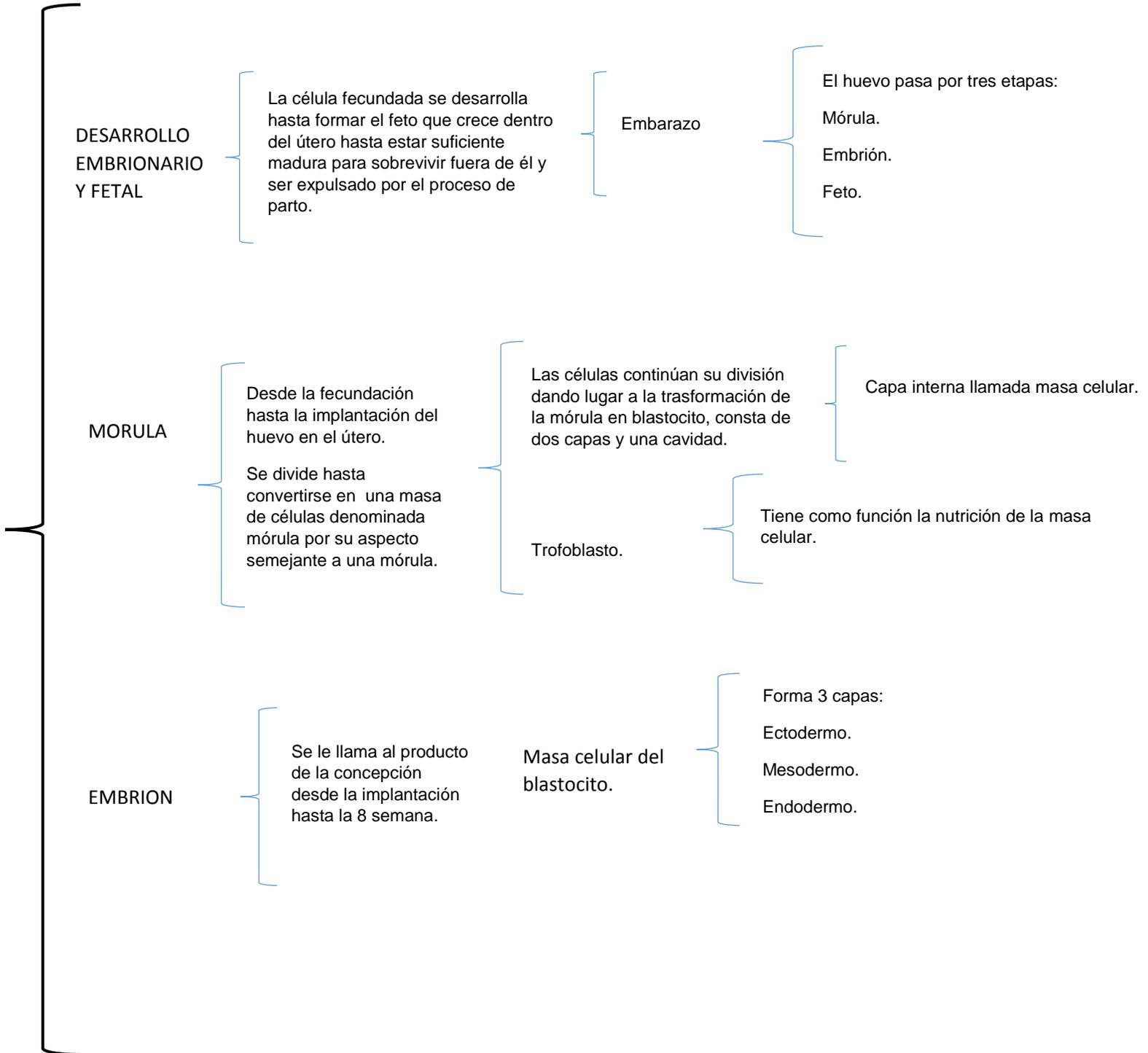
Establece el número total de cromosomas

Determina el sexo, si el ovulo es fecundado por un espermatozoide con cromosoma sexual x, el producto es femenino (xx),y si es (y),es masculino.

46 pares de cromosomas.

Divisiones celulares dan lugar a la formación del nuevo ser.

FECUNDACION Y EMBARAZO



FECUNDACION Y EMBARAZO

ECTODERMO,
MESODERMO,
ENDODERMO.

Dan origen a los diferentes sistemas del organismo.

Ectodermo o capa externa.

Sistema nervioso central
Epidermis.

Mesodermo o capa media.

Musculo esquelético.
Vascular.
Urinario y reproductor.

Endodermo o capa interna.

Sistema gastrointestinal.
Sistema respiratorio.

FETO

Es el producto de la concepción desde la 8ta semana hasta el nacimiento, se caracteriza por el crecimiento de los diferentes sistemas.

1ER MES.
3. SEMANA.

Formación de sistema nervioso
Formación de corazón ojos y sistema digestivo.
Se inicia la formación del cordón umbilical.

2º MES.
4-8 SEMANAS.

Embrión flexionado sobre si mismo.
Dedos de manos y pies ya diferenciados.
Comienzo de pulsación cardiaca.

3ER..MES.
8-12 SEMANAS

Aparecen centros de osificación.
Comienza la diferenciación sexual.
Comienza los movimientos espontáneos del feto.

FECUNDACION Y EMBARAZO

FETO

4º.MES 12-A 16 SEMANAS.	Sexo puede ser diferenciado con exactitud. Riñones formados y en su sitio definitivo. Feto activo.	Vagina y ano permeables.meconio en el intestino (contenido intestinal compuesto por liquido amniótico,enzimas digestivas y pigmento biliares).
5º.MES 16-20 SEMANAS.	Feto activo. Fondo uterino a nivel del ombligo. Madre percibe movimientos fetales. Cabeza con poco pelo.	Latido cardiaco en la auscultación con estetoscopio. Piel menos trasparente y cubierta de lanugo.
6º.MES. 20-24 SEMANAS.	Piel arrugada, la grasa comienza a depositarse debajo de ella. Cabeza continua grande en la relación con el cuerpo.	En caso de nacer respira pero casi siempre fallece a las pocas horas.
7º.MES 24-28 SEMANAS.	Piel cubierta de vermis caseoso (grasa blanca amarillenta formado sebo y células de la epidermis). Feto viable fuera del utero:respira,llora débilmente, mueve sus miembros.	Feto a termino completamente desarrollado. Piel lisa y sin lanugo excepto eh hombros(lanugo: vello delgado y fino).
8º.MES 28-32 SEMANAS.	Piel roja y arrugada:aspecto de viejito. Mayores probabilidades de supervivencia si nace.	Cuerpo cubierto con vermis. Testículos descendidos en escroto y labios mayores desarrollados. Huesos craneales osificados.
9º.MES 32-36 SEMANAS.	La cara y el cuerpo pierden su aspecto arrugado por la acumulación de grasa.	Ojos grises diferentes a su color definido.
		10º.MES 36-40 SEMANAS

FECUNDACION Y EMBARAZO

ANEXOS FETALES

Son estructuras que contribuyen al desarrollo fetal:

-Placenta.

Estructura de forma redonda y aplanada, se desarrolla en los 3 primeros meses, en lo que se distinguen dos caras.

-Cara materna.

-Cara fetal.

Cordón umbilical.

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

Contiene 2 arterias y una vena.

Trasporta oxígeno y nutrientes

Membranas.

Después de la implantación del huevo, a partir del trofoblasto se forman 2 membranas alrededor del embrión.

Función de la membrana:

Aisla y protege el feto de infecciones via vaginal, Ayuda a la dilatación del cuello uterino en el momento de parto, ejerciendo presión sobre el cuello.

Líquido amniótico.

Función del líquido amniótico:

Permite el movimiento del feto.

Mantiene constante la temperatura que rodea al feto.

Brindar protección al feto de violencias externas.

EMBARAZO

Gravidez o gestación

Dura aproximadamente 280 días o 40 semanas que corresponden a 9 meses.

SIGNOS Y SINTOMAS DEL EMBARAZO

Se clasifican en tres categorías:

Presunción

Amenorrea, Nausas y Vomito, Cambios mamarios, Crecimiento, Pesadez, Homiguelo, Mareos, Lipotimias, Polaquiuria: Micciones frecuentes.

Probabilidad y de certeza.

Crecimiento de abdomen, Reblandecimiento del cuello uterino.

Se puede escuchar el latido fetal (fetocardia), Palpacion de partes fetales.