



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL.

NOMBRE DEL ALUMNO: María José Hidalgo Roblero.

TEMA: Trabajo De Parto.

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería En El Cuidado De La Mujer.

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 4

Definición y contexto

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo placenta y anexos.

Se divide en 3 periodos:

- * dilatación
- * expulsión
- * alumbramiento.

Atención de la paciente en fase latente

Lo recomendable es que la mujer no esté en fase activa de trabajo de parto, no se hospitalicen para evitar intervenciones innecesarias.

Si no hay condiciones de hospitalización el profesional de la salud debe de dar indicaciones de cuando regresar al servicio como también los signos de alarma.

Manifestaciones de alarma obstétrica:

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

Historia natural del trabajo de parto

Momento para hospitalización a la paciente embarazada en trabajo de parto con fase

Se hospitaliza el paciente cuando:

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

Cuando la paciente ingresa con primera etapa de trabajo de parto se debe documentar el expediente médico 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.

El personal de salud en base a la valoración, dirá el tiempo de la siguiente revaloración considerando:

- Estado clínico de la paciente
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica

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

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias.

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario, profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible. Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.

Uso de enema

No se utiliza de forma rutinaria durante el parto. El enema evacuante solo se utiliza por indicación médica e informando al 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.

Vaciamiento vesical.

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.

Conducción del trabajo de parto 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, 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 mili unidades por minuto. La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 mili unidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto.

Tricotomía

No hay pruebas suficientes de la relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, reportando menor colonización bacteriana por grandes negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada. Evitar el rasurado perineal pues no es beneficioso y causa molestia. La tricotomía se realiza por indicación médica e informando al paciente.

utilidad de la partograma

Herramienta importante para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y abogada y su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto. Cualquier mujer que entre en atención obstétrica se elabora el expediente médico y partograma.

Dilatación del cérvix y ampliación manual del periné

No hay evidencia que den sustento a las maniobras manuales para ampliar el periné y puede ocasionar edema vulvar.

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 cardiaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.

El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales. Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.

Procedimiento para el control del dolor en trabajo de parto

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.
- 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.

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. El uso de la CTG continua en lugares de escasos recursos no se recomienda; en su lugar puede utilizarse una combinación de CTG intermitente o auscultación intermitente con un estetoscopio de Pinard.

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.

Utilidad de la movilización en el trabajo de parto

Deambular en la primera etapa 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.

Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.

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.

Amniotomía en el trabajo de parto

Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto. En el uso de oxitocina más amniotomía, se debe monitorizar estrechamente la presencia de sangrado. Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad, está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.

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

Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.

Se recomienda tomar en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto, para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.

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.

Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo deberá estar entre 45 y 60 grados. .

Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo

Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

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.