



**Mi Universidad**

## **CUADRO SINOPTICO**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Olivar Pérez Santizo

**TEMA:** Trabajo de parto

**PARCIAL:** II

**MATERIA:** Ginecología y obstetricia

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Lic. Ervin Silvestre Castillo

**LICENCIATURA:** En enfermería

**CUATRIMESTRE:** 5°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 13 FEBRERO DEL 2022.

---

# TRABAJO DE PARTO

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 o tercer periodo)

## 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.

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica.

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, acufenos y fosfenos, edema de cara y manos, secreción de líquido transvaginal, disminución de movimientos fetales.

Momento de la hospitalización a la paciente embarazada en 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).

Cuando la paciente se ingresa durante la primera etapa del trabajo de parto el obstetra o personal de salud calificado deberán realizar y documentar en el expediente médico para atender a la paciente 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, etc.

Atención a la mujer en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquidos orales y parenterales)

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 es fundamental para que la paciente se encuentre segura, de acuerdo a las condiciones del servicio puede ser personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible el que acompañe a la parturienta.

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. 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.

## CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

Indicaciones para conducción de trabajo de parto

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).

## TRABAJO DE PARTO

### Generalidades

#### 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

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

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 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.

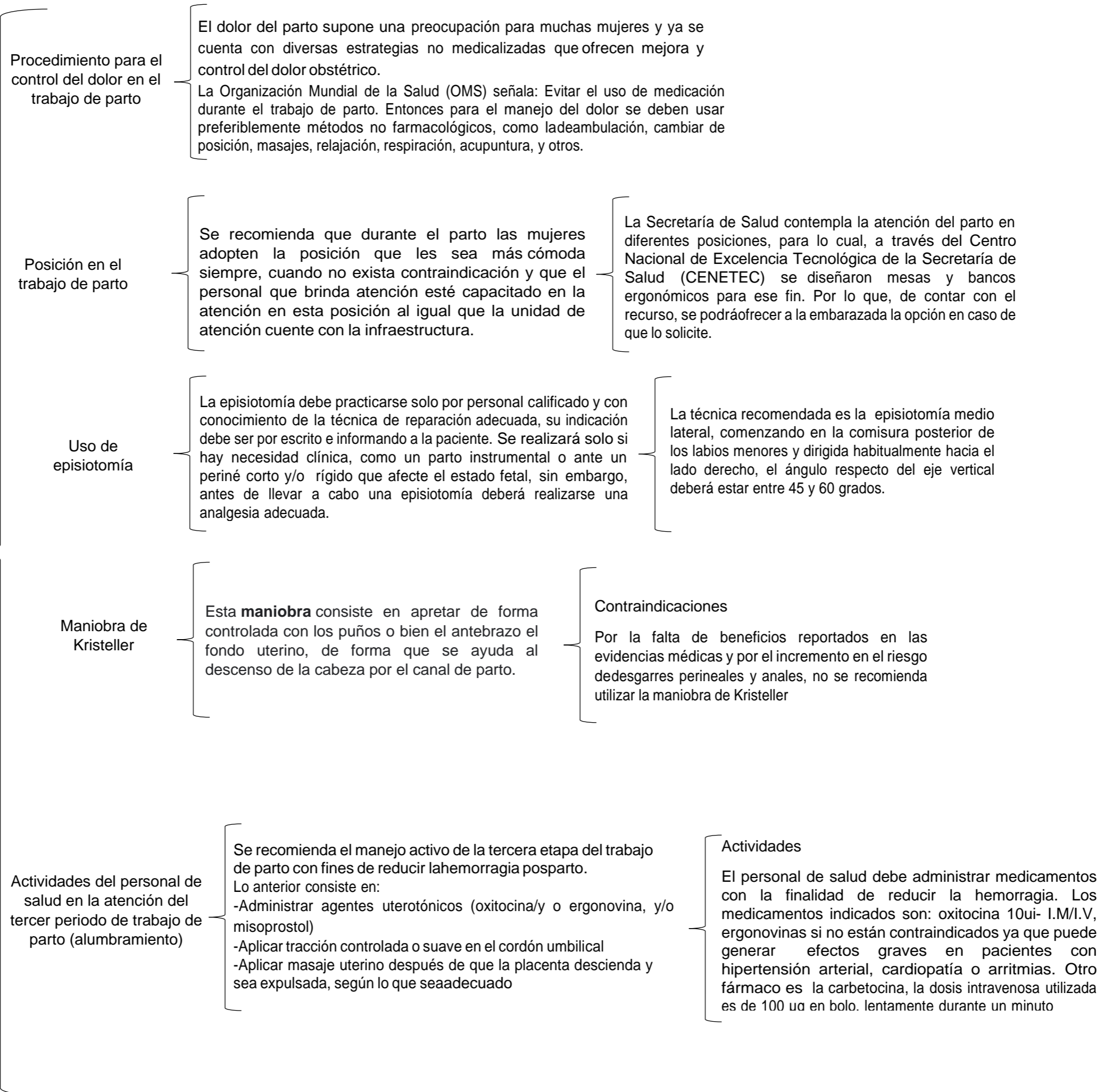
#### Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto

- 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 la 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.

#### Utilidad de la movilización en el trabajo de parto

Deambular 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 moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.

## TRABAJO DE PARTO



**TRABAJO DE PARTO**

Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato

- Está reconocido que la revisión de cavidad puede realizarse en caso de o:
- 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.

La revisión de la cavidad está recomendada solo en casos selectivos ante sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección.

Revisión de cavidad uterina instrumentada

La revisión de la cavidad uterina instrumentada cuidadosa debe realizarse bajo indicaciones precisas, no en forma rutinaria. Se recomienda realizar la revisión de cavidad uterina instrumentada cuidadosa en aquellas unidades médicas en donde se cuente con personal adiestrado y con experiencia.

Revisión de la placenta

La revisión de la placenta se realiza colocándola sobre una superficie plana con fines de evaluar su integridad. Se observa primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. La superficie desgarrada de la placenta indica retención parcial de cotiledones.