



**Mi Universidad**

## CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: ANGEL DE JESUS REYES RAMIREZ

TEMA: TRABAJO DE PARTO

PARCIAL: 2DO

MATERIA: ENFERMERIA CLINICA

NOMBRE DEL PROFESOR: MASS ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 4to

# 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 3 etapas:

- Dilatación
- Expulsión
- Alumbramiento

Además existen 3 fases:

Fase latente: se presenta sangrado transvaginal, dolor, contracciones uterinas, cefalea, acúfenos, y fosfenos, edema de cara, secreciones y disminución de movimientos fetales.

Fase activa: se presenta con contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 min., dolor abdominal,

Uso de enema: Se realiza solo por indicación médica, no se usa de forma rutinaria

La tricotomía se utiliza para disminuir microorganismos que se encuentran alojados en los vellos. Se debe evitar rasurar en la parte perineal, y solo se realiza por indicación médica

El vaciamiento vesical se utiliza ante la sospecha de retención urinaria. En las embarazadas se utiliza para el vaciamiento espontáneo ya que afecta en el descenso de la presentación.

El control del dolor es fundamental en el parto ya que mejoran las condiciones para que se pueda vivir de manera digna. La OMS señala que se deben evitar medicación en el trabajo de parto, únicamente se usan métodos no farmacológicos.

## POSICION Y OTRAS ACTIVIDADES EN EL PARTO.

La posición del trabajo de parto está indicada en cuando la dilatación lleve 1º centímetro de dilatación o dilatación incompleta. La posición conste en la que ellas opten, siempre y cuando no interrumpa los procesos que el personal brinda

La posición vertical se utiliza cuando el paciente lo solicite y que el hospital cuente con la infraestructura.

Al no haber se debe promover y ofrecer atención en posición vertical de manera gradual.

La episiotomía nos favorece a personas con el perineo intacto y estrecho. Se realiza únicamente por indicación y si hay necesidad. Esta técnica debe ser realizada por medio de analgésicos comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical.

La episiotomía nos favorece a personas con el perineo intacto y estrecho. Se realiza únicamente por indicación y si hay necesidad. Esta técnica debe ser realizada por medio de analgésicos comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical.

La maniobra de Kristeller está contraindicada debido al riesgo de desgarros perineales y anales.

La episiotomía nos favorece a personas con el perineo intacto y estrecho. Se realiza únicamente por indicación y si hay necesidad. Esta técnica debe ser realizada por medio de analgésicos comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical.

## ACTIVIDADES EN EL ALUMBRAMIENTO

- 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

En pacientes con hipertensión arterial sistémica, preeclampsia y enfermedad cardíaca se recomienda el uso de ergonovina o metilergonovina, teniendo en cuenta los efectos graves.

La carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente durante un minuto

La revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento consiste en la evaluación de las complicaciones en el postparto. Se realiza cuando:

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 anteriores. 4. Presencia de hemorragia uterina postparto. 5. Parto pretérmino. 6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor. 7. Parto fortuito. 8. Óbito.

La episiotomía nos favorece a personas con el perineo intacto y estrecho. Se realiza únicamente por indicación y si hay necesidad. Esta técnica debe ser realizada por medio de analgésicos comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical.

## ESCALAS DE CLASIFICACION CLINICA

Tabla 1: Establecen acciones en los periodos de trabajo de parto a su ingreso.

Indican notas de ingreso, notas médicas, signos vitales, palpación abdominal, presencia de secreciones, auscultación de la frecuencia cardíaca, auscultación, tacto vaginal.

Tabla 2: sistema de puntuación de Bishop para evaluación de inducibilidad.

Nos indica altura en relación a las espinas ciáticas, borrarmento, consistencia, dilatación y posición.

Tabla 3: partograma

Nos proporciona un resumen del trabajo de parto para informar sobre las desviaciones en el bienestar de la madre y el feto.

Tabla 4: exploración de la placenta después de la expulsión

Se deben observar que los cotiledones estén completos.