



# Mi Universidad

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Yarenis Marilin Rodriguez Diaz

**TEMA:** Técnica de sondaje vesical y técnica de sondaje nasogástrica

**PARCIAL:** 2

**MATERIA:** Enfermería medico quirúrgica I

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Alfonso Velázquez

**LICENCIATURA:** LIC. Enfermería

**CUATRIMESTRE:** 5

*Frontera Comalapa, Chiapas a 11 de febrero del 2022.*

# TRABAJO DE PARTO

## Definición y Contexto

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.

Divide en tres periodos

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período (NOM\_007-1993,-Manual de Atención embarazo saludable, 2001, GPC española, 2010)

## 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

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 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  $\geq$  de 4 cm).

deberán realizar y documentar en el expediente médico para atender 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.

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 • Salida de líquido transvaginal • Disminución de movimientos fetales

## TENCIÓN A LA MUJER EN FASE ACTIVA DE DEL TRABAJO DE PARTO(CALIDEZ, ACOMPAÑAMIENTO Y LÍQUIDOS ORALES Y PARENTERALES)

Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo 6 apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente
- Asegúrese de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé
- Ofrezca información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando
- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

## 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 (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;

### USO DE ENEMA

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

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

## VACIAMIENTO VESICAL

sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. 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

Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en Vigilancia y manejo del trabajo de parto de bajo riesgo 8 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

### DILATACIÓN DEL CÉRVIX Y AMPLIACIÓN MANUAL DEL PERINÉ

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.

## MONITORIZACIÓN TRANSPARTO

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
- 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.

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

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 máxim. 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.

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

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. Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación

## PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

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

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. La analgesia epidural es efectiva para controlar el dolor durante el parto, en comparación con el placebo y otros métodos, sin embargo, estas intervenciones no están exentas de efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y cesárea cuando hay estado fetal inestable

Se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps). Por lo anterior, el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado



## 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 (modificaciones cervicales en 2 horas), 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. Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto. 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.

## ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EM EL PERÍODO 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 desgarres 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 desgarres 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.

## ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DE TRABAJO DE PARTO (ALUMBRAMENTO)

reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto. Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto. Lo anterior 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

La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, la dosis es de 10 UI inmediatamente después del nacimiento del recién nacido vía IM o IV si hay venoclisis colocada. Se recomienda en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica; la dosis de ergonovina es de 0.2 mg intramuscular (IM). En caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 o 500 cc de solución fisiológica al pasar 30 minutos.

La ergonovina o metilergonovina debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias. La ergonovina o metilergonovina no debe administrarse en pacientes con:

- Hipertensión arterial sistémica •
- Preclampsia •
- Enfermedad cardíaca.