



# Mi Universidad

## Súper nota

*Nombre del Alumno: Lizbeth Jiménez Álvarez*

*Nombre del tema:*

*Parcial:*

*Nombre de la Materia: ginecología y obstetricia*

*Nombre del profesor: Lic. Fernando peralta*

*Nombre de la Licenciatura: enfermería*

*Cuatrimestre: 5 cuatrimestre*

## VIGILANCIA DE LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino.



### El control del trabajo de parto normal debe incluir:

- La verificación y registro de la contracción uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.
- La verificación y registro del proceso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales.
- El registro del pulso, presión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas.
- Mantener la hidratación adecuada de la paciente.
- El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

El **parto** es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, placenta y anexos, por vía vaginal, se divide en tres periodos:

- Primer periodo: dilatación o trabajo de parto. Cuenta con dos fases iniciales y activas.
- Segundo periodo: expulsión. Se trata del nacimiento del bebe.
- Tercer periodo: alumbramiento. Se trata de la expulsión de la placenta.

**Situación:** relación entre el eje longitudinal del feto respecto de el de la madre. Existen tipos de situaciones:

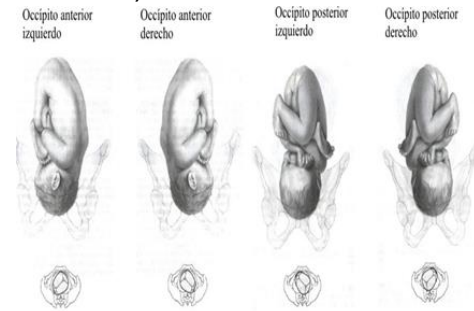
- Situación longitudinal: sim ambos ejes coinciden, o son paralelos (predominio en trabajo de parto a término 99%).
- Situación transversal: si los ejes se cruzan en ángulo recto (90%).
- Situación oblicua: cuando los ejes se cruzan en ángulo agudo.



## Presentación

Presentación cefálica se distingue en:

- ❖ Occipucio o modalidad de vértice (cabeza flexionada)
- ❖ Sincipucio o modalidad de bregma (cabeza ligerísimamente extendida)
- ❖ Modalidad de frente (cabeza moderadamente extendida o de flexionada)
- ❖ Modalidad de cara (cabeza totalmente de flexionada)



## Presentación pélvica

Presentación franca: las extremidades pélvicas están flexionadas en las caderas y extendidas en las rodillas por lo cual los pies están en estrecha proximidad con la cabeza.

Presentación completa: una o ambas rodillas están flexionadas.

Presentación incompleta: una o ambas caderas no están flexionadas y uno a los 2 pies o las rodillas se encuentran debajo de la pelvis fetal.

**Posición:** relación del contorno fetal con el entorno materno. Durante el embarazo la posición está definida por el dorso del feto, que puede estar en el lado derecho, izquierdo, anterior o posterior.

**Actitud:** relación que guardan entre si las distintas partes que constituyen el feto. En condiciones normales, la actitud del feto es la de flexión, adoptando la forma de un cilindro (cilindro fetal): columna vertebral ligeramente flexionada, la cabeza flexionada sobre el tronco de forma que el mentón se aproxima al esternón; los muslos flexionados sobre las caderas y las piernas sobre los muslos; las extremidades superiores también están flexionadas y colocadas delante del tórax.

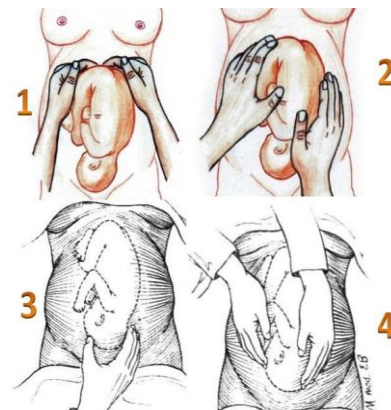
## Maniobras de Leopold

**1ra maniobra de leopold:** maniobra de localización del fondo uterino. Buscamos la localización del fondo uterino.

**2da maniobra de leopold:** maniobra de la posición fetal. Buscamos la relación que existe entre el dolor y el flanco de la madre.

**3ra maniobra de leopold:** maniobra de la presentación fetal. Buscamos la parte fetal se ofrece o se presenta al estrecho superior de la pelvis materna.

**4ta maniobra de leopold:** maniobra del grado de encajamiento de la presentación. Buscamos el grado de encajamiento de la parte fetal que se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna, puede ser de 4 grados para la presentación cefálica, lo cual no se cumple para la presentación podálica o pelviana.



**Movimientos cardinales del trabajo de parto:** para que el parto sea normal, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna. Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de adaptación y acomodación llamados **movimientos cardinales del parto:**

- ❖ **Encajamiento:** se considera que la cabeza fetal esta encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más alta del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas.
- ❖ **Descenso:** se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras en las multíparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento.
- ❖ **Flexión:** se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis.
- ❖ **Rotación interna:** el feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde se realiza la rotación.
- ❖ **Extensión:** es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera.

- ❖ **Rotación externa:** una vez que la cabeza está afuera, tiende adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y por eso, se llama también **restitución**.
- ❖ **Expulsión:** la expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero al anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior. Que distiende el periné.

## Planos de hodge

Se divide en 4 y cada una una puntos de reparos anatómicos. Estos planos anatómicos se relacionan con el ECUADOR de la presentación fetal.

- ✚ Primer plano: es una línea recta que desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.
- ✚ Segundo plano: es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vertebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis púbica.
- ✚ Tercer plano: es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.
- ✚ Cuarto plano: paralelas a las anteriores pasas por el vértice del hueso sacro.

### Planos de Hodge

SFO LIGHT Med

Plano	Descripción
I	Borde superior de sínfisis del pubis a promontorio de hueso sacro
II	Borde inferior de sínfisis del pubis a S2
III	Pasa por espinas ciáticas hasta S3
IV	Línea recta desde vértice del hueso sacro hacia adelante

**Presentación**

- I Libre
- II Fijo
- III Encajado
- IV Encajado

Planos que dividen la pelvis del estrecho superior hasta el inferior, con el fin de ubicar la **posición** de la **presentación fetal** en su paso por el canal del parto

S2: segunda vértebra sacra  
S3: tercera vértebra sacra

Lo que presentamos es únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

**Planos de lee:** a diferencia del anterior relaciona el vértice de la presentación (la parte más prominente) con líneas paralelas que parten desde las espinas. Estas líneas se miden en centímetros y son negativas por encima de las espinas y positivas hacia abajo.

### Planos de Lee

OLD CLASSIFICATION (Subjective)

NEW CLASSIFICATION (Estimated distance in centimeters from the ischial spines)

## ANALGESIA OBTETRICA

El dolor en el parto es un agudo y de una gran variabilidad. Es influido por factores emocionales, motivacionales, sociales y culturales. No aporta ningún beneficio ya que además del efecto psicológico negativo sobre la madre, puede ocasionar una mala perfusión de la placenta a través de varios mecanismos (aumento del consumo de oxígeno, gasto cardiaco, presión arterial), aunque una placenta con una reserva funcional suficiente podría compensarlo en gran parte. Métodos no farmacológicos.

**Apoyo durante el parto:** el temor a lo desconocido potencia el dolor. Una mujer que no teme y tiene confianza en el personal por lo general requiere menores cantidades de analgesia. El dolor puede aminorarse enseñando a la embarazada respiración relajada y a sus acompañantes técnicas de apoyo psicológico.

**Inyección dérmica de suero estéril:** la inyección de 0.005- 0.1 ml suero estéril en cuatro puntos de región sacra produce un alivio de los dolores bajo de espalda durante 60-90 min, y puede ser repetido tras una hora.

**Inmersión en agua:** la inmersión en agua de 37°C una vez alcanzados de 4-5cm de dilatación durante 1-2 horas no parece que aumente la infección materna o fetal a pesar de que la bolsa amniótica este rota.

**Óxido nitroso:** en nuestro medio no está muy extendido su uso, pero en muchas mujeres una mezcla auto administrada de óxido nitroso al 50% y oxígeno podría proveer analgesia satisfactoria durante el trabajo de parto.

**Agentes parenterales:** en nuestro medio la más frecuente es la administración de opioides. El más empleado es la meperidina que tiene un inicio de acción muy rápido y es muy barato. Inconvenientes sedación, depresión respiratoria, disminución de vaciamiento gástrico, náuseas y vómitos.

**Analgesia regional:** se han ideado varios bloqueos nerviosos para proveer alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto. El dolor durante el primer periodo del trabajo de parto es generado en gran parte por el útero.

**Analgesia epidural:** proporciona un alivio del dolor durante todos los periodos del parto superior a la de cualquier otra analgesia y es de gran seguridad. Des por lo tanto el método de elección. El espacio epidural o peridural contiene tejido areolar, grasa, linfático y el plexo venoso interno.



## ATENCION DEL PARTO EUTOCICO Y EPISIOTOMIA

**Eutócico:** el parto eutócico es un parto normal, que transcurre sin complicaciones desde el inicio al final de este. Además, el parto se realiza por vía vaginal, y no es necesario la intervención instrumental para ayudar al bebe a nacer.



**Episiotomía:** consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media.

Clasificación de la episiotomía:

- **Mediana:** comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.
- **Mediana modificada:** se modifica la anterior adicionada dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal.
- **Episiotomía en forma de J:** esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal.
- **Medio lateral:** consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.
- **Lateral:** comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.
- **Lateral radical:** esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.
- **Anterior:** esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital.



## **Tipos de desgarro perineal**

**Primer grado:** laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito.

**Segundo grado:** laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné.

**Tercer grado:** laceración que se extiende dentro del musculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal.

**Cuarto grado:** esta involucra la mucosa rectal.

## **CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO DE TÉRMINO: VALORACION DEL APGAR Y SILVERMAN.**

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema. El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional

### **Sala de parto**

Se empieza por conocer la historia materna, embarazos anteriores (si los hay) y los detalles del actual hasta el momento del trabajo de parto. Es necesario que el pediatra tenga todo el equipo necesario para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo



**Cuadro 1.** Material necesario en la atención del recién nacido en la sala de parto

Calor	Fuente de calor radiante Campos o compresas calentadas
Ventilación	Bolsa de ventilación de 500 a 750 mL Máscara neonatal
Aspiración	Perilla de hule Sonda de alimentación Sonda de aspiración de meconio Sistema de succión
Intubación	Mango de laringoscopio Hoja recta del número 1 (0 para prematuros)
Medicamentos	Oxígeno Solución fisiológica Adrenalina
Otros	Estetoscopio Gasas Cinta o pinza de cordón Tubo para grupo y Rh Jeringa Oxímetro de pulso

### Indicaciones en cunero

Se debe indicar, para todo recién nacido que permanezca en alojamiento conjunto o cunero, lo siguiente:

- Vitamina K, 1 mg intramuscular (muslo) para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido.
- Profilaxis oftálmica. Dos gotas de antibiótico (generalmente tobramicina o cloranfenicol) en cada ojo, independientemente de la vía de nacimiento, para prevenir conjuntivitis.
- Inmunizaciones. La Cartilla Nacional de Vacunación incluye la BCG y la vacuna contra hepatitis B al nacimiento.
- Tamiz auditivo. Actualmente es una necesidad verificar la audición del neonato antes del egreso.
- Tamiz de cardiopatía crítica. Permitirá detectar algunas de las malformaciones cardiacas ocultas más frecuentes.
- Bilirrubina transcutánea. se debe realizar una determinación de bilirrubina transcutánea antes del egreso y analizar el riesgo de hiperbilirrubinemia intensa con las curvas de Buthani.

- Tamizado metabólico. Se deberá tomar la muestra de talón al menos 48 horas después del nacimiento. Si el neonato egresa antes deberá citarse a los padres para que acudan a toma de la muestra 48 a 72 horas después.
- Tamizado oftalmológico: puede realizarse desde el nacimiento hasta la cuarta semana, dependiendo de la edad gestacional y de los factores de riesgo.

**Valoración de Apgar:** La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible.

<b>TEST DE APGAR</b>			
<b>SIGNO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO</b>	AUSENTE	MENOS DE 100	100 A MAS
<b>ESFUERZO RESPIRATORIO</b>	AUSENTE	IRREGULAR O DEBIL	REGULAR O LLANTO
<b>TONO MUSCULAR</b>	FLACIDEZ	FLEXION MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
<b>IRRITABILIDAD REFLEJA</b>	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
<b>COLOR DE PIEL Y MUCOSAS</b>	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE



**PUNTAJE APGAR**

**CONDICIONES CLINICAS DEL RECIEN NACIDO**

7 a 10



VIGOROSO, CONDICION SATISFACTORIA

4 a 6



LEVEMENTE DEPRIMIDO, ASFIXIA MODERADA, APNEA PRIMARIA

0 a 3



SEVERAMENTE DEPRIMIDO, PROBABLE ASFIXIA SEVERA O GRAVE, CONSIDERAR APNEA SECUNDARIA

## Puntuación de apgar

Un bebé que obtiene una puntuación de 8 o superior en la prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud. De todos modos, el hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo o presente anomalías. Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento inmediato especial, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarle a respirar, después del cual mejorará.

Cinco minutos después del nacimiento, se vuelve a realizar la prueba de Apgar. Si la puntuación del bebé era baja en la primera evaluación y se constata que no ha mejorado o al personal médico le preocupa el estado del bebé por otros motivos, el personal médico y de enfermería seguirá aplicando al bebé el tratamiento necesario y lo controlará atentamente.

## Valoración de silverman:

Es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios.

**Criterios:** los criterios evaluados en la prueba de silverman-ardenson son:

Aleteo nasal:

- Ausente (0)
- Mínima (1)
- Marcada (2)

Quejido respiratorio:

- Ausente (0)
- Audible con estetoscopio (1)
- Audible (2)

Tiraje intercostal:

- Ausente (0)
- Apenas visible (1)
- Marcada (2)

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON					
	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifóidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 2					
GRADO 1	Sincronizado	Sin Retracción	Ninguno	Ninguno	Ninguno
GRADO 3	En Inspiración	Solo Visible	Solo Visible	Minimo	Solo por estetoscopio
GRADO 0	Siempre Visible	Marcado	Marcado	Marcado	Audible al oído
Puntaje	Dr. Alex Velasco		Interpretación		
0 puntos			Sin dificultad respiratoria		
1 a 3 puntos			Con dificultad respiratoria leve		
4 a 6 puntos			Con dificultad respiratoria moderada		
7 a 10 puntos			Con dificultad respiratoria severa		

### Retracción xifoidea:

- Sin retracción (0)
- Apenas visible (1)
- Marcada (2)

### Movimientos toraco-abdominales:

- Sincronizado (0)
- Tórax inmóvil, abdomen en movimiento (1)
- Tórax y abdomen en sube y baja (2)