



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno: Rosalinda Santiago Ramírez

Nombre del tema: vigilancia de la evolución del trabajo de parto

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: Fernando Romero Peralta

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to

VIGILANCIA DE LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

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.

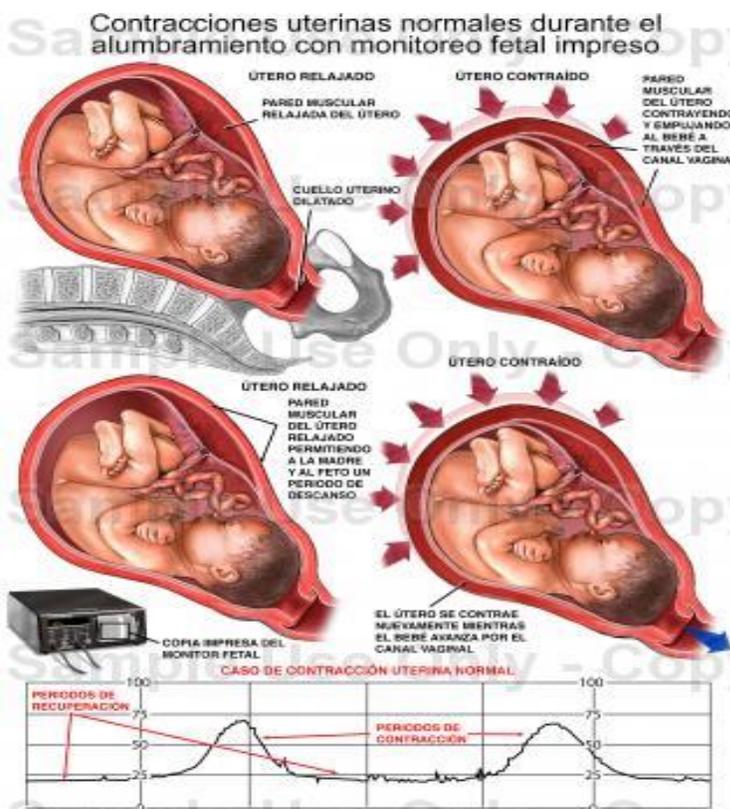
El registro del pulso, presión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas.



El registro de los medicamentos usados, tipos, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

Aplicar las técnicas y maniobras necesarias para la correcta vigilancia del trabajo de parto y posterior atención al mismo.

Las maniobras de Leopold son movimientos con las manos que se realizan por ginecólogos, enfermeras obstétricas y parteras para conocer la posición del feto y realizar la recomendación sobre el nacimiento.



La verificación y registro del proceso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales.



DOSIS DE OXITOCINA			
ESQUEMA	DOSIS DE INICIO (mU/min)	DOSIS DE AUMENTO (mU/min)	INTERVALOS DE LAS DOSIS (min)
De dosis baja	0.5-1 1-2	1	30-40 15
De dosis alta	Aprox 6 6	Casi 6 6,3,1	15 20-40



lifeder.com

L SURESTE

Planos paralelos de Hodge

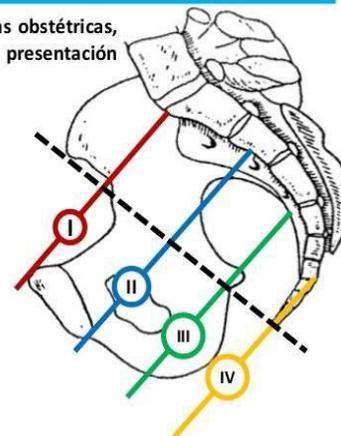
Es un sistema de coordenadas obstétricas, que nos permite situar la presentación durante el trabajo de parto.

> I PLANO: Línea imaginaria entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis del pubis.

> II PLANO: Línea paralela a la anterior y pasa por el borde inferior del pubis.

> III PLANO: Paralela a las 2 anteriores y pasa por las espinas ciáticas.

> IV PLANO: Paralela a las 3 anteriores y pasa por la punta del cóccix.



Los planos de Hodge es un término obstétrico usado para dividir la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, incluyendo la excavación pélvica con el fin de ubicar la altura de la presentación fetal en su paso por el canal del parto, teniendo como referencia el ecuador de la cabeza fetal.

ANALGESIA OBSTETRICA

La analgesia obstétrica busca el alivio del dolor durante el trabajo de parto.



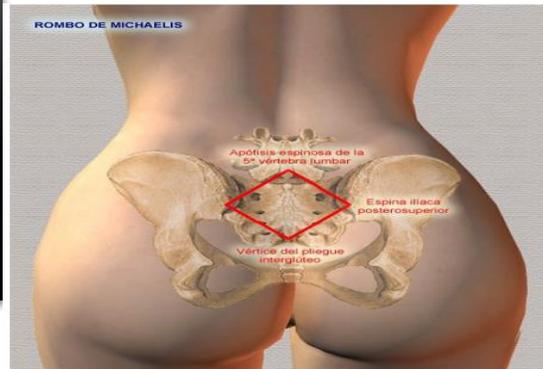
Apoyo durante el parto

El dolor puede aminorarse enseñando a la embarazada respiración relajada y a su acompañante técnica de apoyo psicológico.



Inyección dérmica de suero estéril

La inyección de 0.05 – 0.1 ml de suero estéril en cuatro puntos de la región sacra produce un alivio de los dolores bajos de espalda durante 60-90 min.



Óxido nitroso

No está extendido mucho su uso, pero en muchas mujeres una mezcla auto administradas de dióxido nitroso al 50% y oxígeno podría proveer analgesia satisfactoriamente durante el trabajo de parto.

Inyección epidural

Consiste en el alivio del dolor de trabajo de parto mediante la introducción de fármacos en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la medula espinal.

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.



Agentes parenterales para el dolor durante el trabajo de parto

"Narcóticos pueden causar depresión respiratoria en el RN"

■ Antagonistas de los narcóticos:

- NALOXONA: 5% de los pacientes
 - Desplaza el narcótico de los receptores específicos en el SNC
 - No se han reportado efectos adversos.
- Su vida media es menor que la mayoría de los narcóticos.

ATENCIÓN DEL PARTO EUTOCICO

1. Dilatación y borramiento
Fase latente: dilatación 4 cm
Contracciones: irregulares
Fase activa: dilatación > 6 cm
contracciones más regulares.

Borramiento y Dilatación del cuello uterino



Borramiento: Significa que el cuello uterino se estira y se vuelve más delgado.

Dilatación: Significa que el cuello uterino se abre. A medida que se acerca el trabajo de parto, el cuello uterino puede empezar a afinarse o estirarse (borrarse) y abrirse (dilatare).

Al ingreso realizar historia clínica, monitorizar: exploración del cuello uterino c/ 2h, signos vitales maternos c/4h, FCF c/30 min, contracciones registrar todos en portograma.

2. expulsión

Desde la dilatación completa (10 cm) hasta la expulsión del feto.

Preparaciones para el parto

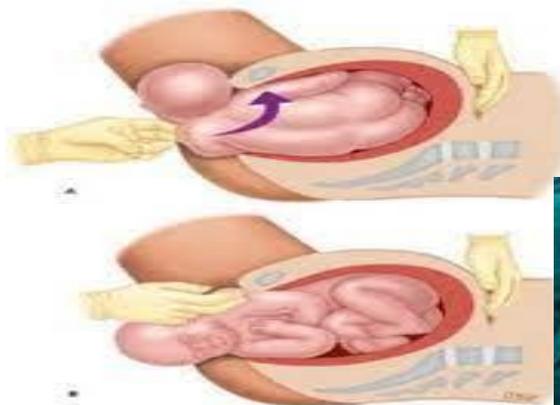
Nacimiento de la cabeza del feto. Realizar maniobras de rigten para evitar desgarros al nacimiento de cabeza, aspirar nariz y boca.

Nacimiento de hombros: tirar suavemente hacia: abajo para liberar hombro anterior y arriba para liberar hombros posterior.



3. alumbramiento
pinzamiento y corte del cordón umbilical hasta expulsión de placenta

Realizar maniobras de Brand Andrews para ayudar a su expulsión, revisión de placenta una vez expulsada, administración de oxitocina, reparación de

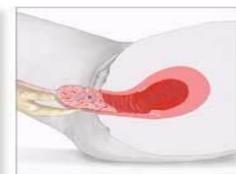
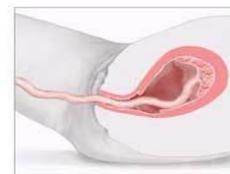


Pinzamiento y corte de cordón



Placenta en el útero inmediatamente después del parto

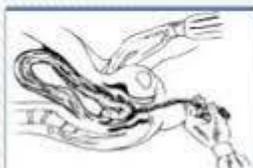
Remoción de la placenta



Maniobras

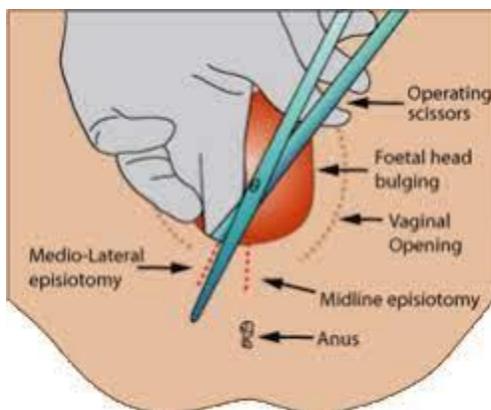
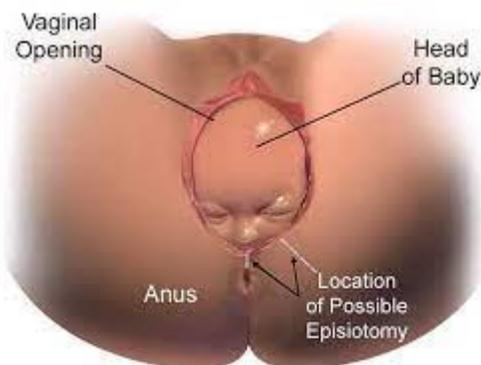
Maniobra de Brandt - Andrews

Maniobra de Dublin



ATENCIÓN DEL PARTO EPISIOTOMIA

La episiotomía es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).



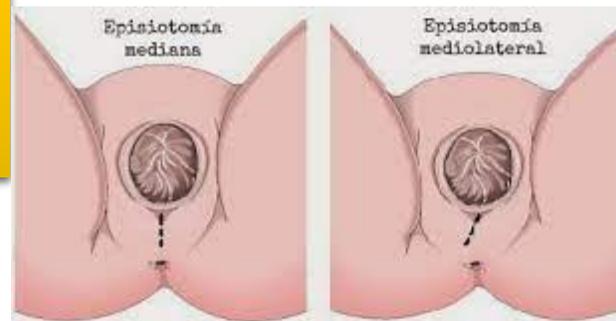
La episiotomía se suele realizar cuando la cabeza del feto ha estirado la abertura vaginal varios centímetros durante una contracción. Solo se hace si el periné no se estira de manera

Objetivos

- Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
- Evitar posible desgarro perineal
- Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

Existen dos tipos de incisiones en la episiotomía.

1. Incisión de línea media (mediana).
2. Incisión medio lateral.



LOS CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO. VALORACION DE APGAR Y SILVERMAN.

Sala de partos.

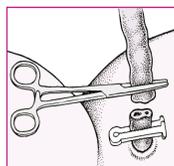
El pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene tono muscular.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO



Los primeros Cuidado

- Contacto piel con piel.
- Limpieza de nariz y boca, según el centro.
- Corte del cordón umbilical.
- Test de Apgar.
- Peso y medida del bebé.
- Vitamina K inyectada y colirio.
- Lavado de recién nacido.



Cordón cortado



Cordón pinzado



Cuidados.

- Evitar pérdida de calor.
- Control del establecimiento de una adecuada respiración.
- Valoración inicial del estado del recién nacido y destino.
- Ligadura del cordón umbilical.
- Facilitar el contacto padres-hijo y fomentar la lactancia materna.
- Identificación.
- Profilaxis de la enfermedad hemorrágica.

Ligadura y profilaxis de cordón umbilical

- Ligar a 2 a 4 cm. Del abdomen con clamp o hilito
- Profilaxis con alcohol puro(desde arriba hacia la base sin devolverse)
- Observar siempre 2 arterias y una vena



La valoración de Silverman-Andersen (S-A) es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR).

Sirve para valorar el esfuerzo respiratorio, es de gran valor pronóstico y se basa solo en signos respiratorios.

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON

	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Mínimo	 Solo por estetoscopio
GRADO 2	 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



La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento.

Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita

Sirve para evaluar la vitalidad y pronóstico del recién nacido inmediatamente después del nacimiento

Test de APMAR

PUNTAJE

	0	1	2
A PARIENCIA (Coloración de la piel)	Cianosis generalizada	Cianosis distal	Todo rosado
P ULSO (Frecuencia cardíaca)	Latidos ausentes	Fc <100/min	Fc >100/min
G ESTOS (Respuesta a estímulos)	Ausentes	Escasos	Positivos
	Hipotónico	Tono normal	
	Lenta e irregular	Normal, llanto	

4-6 DIFICULTAD MODERA X 1-3 DIFICULTAD GRAVE

TEST DE APMAR



En 1952, la Dra. Virginia Apgar, anestesista obstétrica, propuso este método para averiguar rápidamente el estado del bebé y la influencia de la anestesia materna en el recién nacido.

Debe valorarse al 1er y 5to minuto de nacimiento

10-7 puntos
Buen estado de adaptación

6-4 puntos
Moderadamente deprimido

≤3 puntos
Severamente deprimido

¿Qué valora el Test de Apmar?

A	P	G	A	R
APARIENCIA CIANOSIS GENERALIZADA	PULSO AUSCENTE	GESTOS NO RESPONDE	ACTIVIDAD HIPOTONIA MUSCULAR	RESPIRACION AUSCENTE
0	0	0	0	0
CIANOSIS DISTAL	<100	MUECAS Y LLANTO DEBIL	FLEXION MODERADA	IRREGULAR/DEBIL
1	1	1	1	1
ROSADO	>100	LLANTO FUERTE, ESTORNUDO Y TOS	MOVIMIENTOS ACTIVOS	REGULAR/LLANTO
2	2	2	2	2
COLOR	FRECUENCIA CARDIACA	REFLEJOS	TONO MUSCULAR	ESFUERZO RESPIRATORIO

@DocMnemotecnia