



Mi Universidad

Súper Nota

Nombre del Alumno; Narda Karina Pablo Sánchez

Nombre del tema; Vigilancia de la evolución del parto

Parcial; I

Nombre de la Materia; Gineco-Obstetrico

Nombre del profesor; Fernando Romero Peralta

Nombre de la Licenciatura; Enfermería

Cuatrimestre; 5°

Fecha; 18/03/2022.

Introduccion

En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.

El trabajo de parto consiste en 3 fases, en las cuales hay que llevar a cabo ciertas técnicas.

El trabajo parto es una triple gradiente descendiente que son capaces de producir modificaciones en el cérvix, consiste en el borramiento y dilatación para permitir el paso del producto.

Es importante la valoración de Apgar y Silvermann después del nacimiento del bebé y no puede faltar el correcto cuidado del bebé.

Vigilancia de la evolución del parto

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

El parto es el 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 o primer periodo
- + Expulsión o segundo periodo
- + Alumbramiento o tercer periodo

El puerperio es el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de seis semanas o 42 días.

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 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.

Signos de alarma obstétrica;

- + Sangrado transvaginal
- + Dolor
- + Contracciones uterinas
- + Cefalea, acúfenos y fosfenos
- + Edema de cara y manos
- + Secreción de líquido transvaginal
- + Disminución de movimientos fetales

Hospitalización de la paciente embarazada

Se deben hospitalizar las pacientes cuando presenten;

- ❖ 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).

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 tender 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
- Perdidas 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.
- 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 profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando:

- Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad)
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención)

Atención a la mujer en fase activa del trabajo de parto

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- ✚ Saludar a la mujer por su nombre y mirarla a los ojos
- ✚ Evitar que la paciente se sienta observada o enjuiciada
- ✚ Evitar usar lenguaje técnico mientras explica, procurar adecuarse al contexto sociocultural de la paciente
- ✚ Asegurarse de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé
- ✚ Ofrecer información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente
- ✚ Informar a la paciente los procedimientos que está realizando

- + Respetar la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales
- + Escuchar y atender las necesidades emocionales de la mujer
- + Brindar un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido
- + Evitar la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo
- + Disipe ideas erróneas y mostrar, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto
- + Obtener el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen
- + Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explicar a la paciente y solicitar su permiso.

Analgésia obstétrica

La analgesia obstétrica busca el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Una de las técnicas más usadas hoy en día es la analgesia peridural, donde mediante el uso de fármacos infundidos en ese espacio virtual se genera un bloqueo sensitivo. Actualmente se conoce que este tipo de dolor se origina por estímulos de contracción uterina y dilatación cervical, que ascienden por vía medular, dicho proceso genera una respuesta hormonal adaptativa con aumento de cortisol y catecolaminas.

Métodos de alivio del dolor. Métodos no farmacológicos;

- ✓ **Apoyo durante el parto;** El dolor puede aminorarse enseñando a la embarazada respiración relajada, y a sus acompañantes técnicas de apoyo psicológico. El apoyo continuo de la parturienta debe ser considerado como efectivo en el alivio del dolor, sobre todo si el acompañante no es personal del hospital.
- ✓ **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, y puede ser repetido tras una hora. Es ideal en etapas precoces, cuando se desea retrasar la analgesia epidural o cuando está contraindicada o no disponible.
- ✓ **Inmersión en agua;** La inmersión en agua a 37°C una vez alcanzados los 4-5 cm de dilatación durante 1-2 horas, no parece que aumente la infección materna o fetal a pesar de que la bolsa amniótica esté rota.

Métodos farmacológicos

- ✓ **Óxido nitroso;** podría proveer analgesia satisfactoria durante el trabajo de parto. Se debe instruir a la mujer a hacer inspiraciones lentas y profundas, retirando la mascarilla entre contracciones.
- ✓ **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.
- ✓ **Analgesia regional;** En cuanto a los anestésicos utilizados, la dosis de cada agente varía ampliamente y depende del bloqueo nervioso particular y del estado de la paciente. Se puede aumentar la dosis, pero debe hacerse con seguridad mediante la administración de la dosis test. Puede ser epidural, intradural (subaracnoidea) o combinada. Puede ser en dosis únicas, bolos intermitentes, perfusión continua o autocontrolada. Parece que la perfusión continua es la que logra mejor alivio y satisfacción. Se deja un catéter in situ en la epidural, mientras que la raquídea o intradural no permite la introducción de un catéter y por eso es una dosis única. La combinada ofrece la posibilidad de un inicio rápido con la ventaja de una infusión continuada.
 - **Bloqueo paracervical;** Punción de los fondos de saco uterovaginales. Indicación: Es útil en el alivio del dolor en el periodo de dilatación pero no en el expulsivo, por lo que se requeriría analgesia adicional para el parto. Inconvenientes: produce bradicardia fetal, efecto de corta duración y técnica no eficaz en un 10-30%.
 - **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.

Complicaciones

- ✓ **Bloqueo raquídeo total;** Con frecuencia es consecuencia de una dosis excesiva de anestésico local. Aparece hipotensión y apnea y debe tratarse inmediatamente para prevenir un paro cardíaco.
- ✓ **Hipotensión;** Es frecuente y aparece precozmente. Es consecuencia de vasodilatación por bloqueo simpático junto con obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y aorta por el útero
- ✓ **Estimulación nerviosa central;** Convulsiones, complicación rara pero grave
- ✓ **Pirexia materna;** Se produce una mayor frecuencia de fiebre intraparto
- ✓ **Dolor dorsal;** Es raro el dolor persistente o crónico

Atención del parto eutócico y episiotomía

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media.

- **Mediana;** comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.
- **Mediana modificada;** se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm
- **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. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan.

Objetivos e indicaciones para llevar a cabo una episiotomía

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

Se pueden clasificar en 3 grupos;

- Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry
- Factores fetales: por ejemplo para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida
- Factores maternos: Desgarro vulvovaginoperineal inminente, madre con hipertensión endocraneana, hipertensión ocular, cardiopatías, entre otras.

Tipos de desgarro perineal

Existen 4 tipos

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. Necesita reparación.

Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.

Cuarto grado: involucra la mucosa rectal.

Cuidados generales del recién nacido; valoración del Apgar y Silvermann

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 partos

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, pues en el último minuto puede surgir una complicación.

En una evaluación rápida, el pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina. El neonato puede colocarse boca abajo en el abdomen o en el pecho de la madre, allí aspirarse si fuera necesario, secarse, retirar el campo húmedo y cubrirse la parte posterior que no queda en contacto directo con la madre.

El contacto de la madre con la piel del neonato en forma temprana se ha relacionado con una serie de beneficios como una mayor duración de lactancia materna, disminución en el llanto del niño, mejor estabilidad cardio-respiratoria e incremento en la temperatura corporal. Allí se pueden realizar las evaluaciones necesarias, identificación y posteriormente quedar en alojamiento conjunto con la madre.

Indicaciones en cunero

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

- ❖ Vitamina K, 1 mg intramuscular
- ❖ Profilaxis oftálmica
- ❖ Inmunizaciones
- ❖ Tamiz auditivo

- ❖ Tamiz de cardiopatía crítica
- ❖ Bilirrubina transcutánea
- ❖ Tamizado metabólico
- ❖ Tamizado oftalmológico

En situaciones especiales se tomarán productos sanguíneos, por ejemplo: grupo sanguíneo, Rh y Coombs cuando la madre sea Rh negativo; glucosa semicuantitativa en neonatos de bajo peso, macrosómicos o hijos de madre con diabetes.

Indicaciones al alta

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, valoraciones de Apgar y Silverman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados. Los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa.

Listado de cuidados

- Alimentación; de preferencia seno materno
- Aseo; baño diario con agua tibia, jabón neutro a ácido, y lubricar piel con crema para bebé.
- Cordón umbilical; mantenerlo limpio y seco durante el día, lavarlo con agua y jabón
- Micciones; Debe haber 6 a 8 micciones al día; 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación; en ese caso se deberá acudir a consulta.
- Evacuaciones; Dependiendo del tipo de alimentación serán las evacuaciones; cuando son exclusivamente amamantados son semilíquidas, amarillo mostaza con grumos blancos después de cada tetada. En caso de alimentación con fórmula pueden ser 1 o 2 al día, café o verde, pastosas.
- Ictericia; Dos terceras partes de los neonatos tendrán ictericia fisiológica que no requiere tratamiento. Aunque la luz solar convierte la bilirrubina liposoluble en hidrosoluble, la limitada disponibilidad a su exposición la hace ineficaz para tratamiento de la ictericia patológica.
- Chupón; No se recomienda su uso, pues se relaciona con destete temprano, sofocación, caries, mala oclusión e infecciones. Sin embargo, se ha reconocido reducción en la incidencia de muerte súbita del lactante. Quizá en algunos neonatos con factores de riesgo pueda aconsejarse su uso.
- Cincursión; Se sugiere informar a los padres los beneficios y riesgos potenciales y que sepan que se trata de un procedimiento electivo; cuando

los padres están decididos a hacerla lo mejor es realizarla antes del egreso del neonato por personal capacitado.

- Hábitos de dormir; La recomendación actual es dormir boca arriba, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartiendo la cama con los padres
- Se debe acordar consulta entre el quinto y séptimo días después del nacimiento para evaluar el éxito en alimentación, estado de hidratación, recuperación del peso de nacimiento, ictericia y, sobre todo, para aclarar las dudas que inevitablemente tendrán los padres una vez que se encarguen del cuidado de su bebé en casa

Valoración del 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.

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.

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 ayudarlo a respirar, después del cual mejorará.

Prueba de Apgar				
Puntos	0	1	2	PUNTAJE
A Apariencia	Cianosis General	Cianosis distal	Rosado	7 - 10 Normal
P Pulso	Ausente	<100 lat/min	>100 lat/min	
G Gestos	Ninguno	Algún movimiento	Llanto	4 - 6 Depresión Moderada
A Actividad	Flacidez	Tono débil	Bien flexionado	
R Respiración	Ausente	Débil	Intenso / llanto	0 - 3 Depresión Severa

Escala de silvermann

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).

Los cinco parámetros clínicos determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR). Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1, o 2 luego se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria. El puntaje ideal es de cero 0 (Ausencia de DR) mientras que el peor es de 10 (DR grave). Una calificación de S-A de 3 indicara la presencia de DR Leve, entre 4 y 6 indicara DR Grave.

TEST DE SILVERMAN

● 0 puntos: No hay dificultad respiratoria
● 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
● 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
● 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
<p>expansión coordinada 0 PUNTOS</p>	<p>ausente 0 PUNTOS</p>	<p>ausente 0 PUNTOS</p>	<p>ausente 0 PUNTOS</p>	<p>ausente 0 PUNTOS</p>
<p>retraso en la inspiración 1 PUNTO</p>	<p>débil 1 PUNTO</p>	<p>poco visible 1 PUNTO</p>	<p>mínimo 1 PUNTO</p>	<p>audible con fonendoscopio 1 PUNTO</p>
<p>expansión descoordinada 2 PUNTOS</p>	<p>marcado 2 PUNTOS</p>	<p>marcado 2 PUNTOS</p>	<p>marcado 2 PUNTOS</p>	<p>audible 2 PUNTOS</p>

Conclusión

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.

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.

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma.

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.