



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



CAMPUS TABASCO

LIC. EN ENFERMERÍA

TEMA:

SUPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: DANIEL DE JESUS JIMENEZ MARTINEZ

5º CUATRIMESTRE

GRUPO: B

DOCENTE: MARIANA LOPEZ SANDOVAL

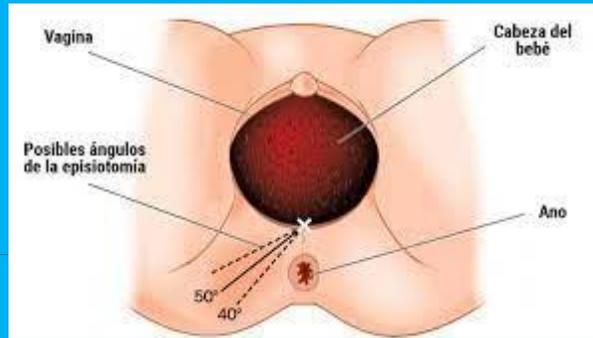
VILLAHERMOSA, TABASCO A 13 DE MARZO DEL 2023.

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

cirugía menor hecha durante el parto para ensanchar la abertura de la vagina

un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.



Clasificación de la episiotomía:

- Mediana
- Mediana modificada
- Episiotomía en forma de J
- Medio lateral
- Lateral
- Lateral radical
- Anterior

La episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres.

El área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez.

Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboes-ponjoso y el perineal transversal

Objetivos de la realización de una episiotomía:

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

Existen 4 tipos de desgarro perineal

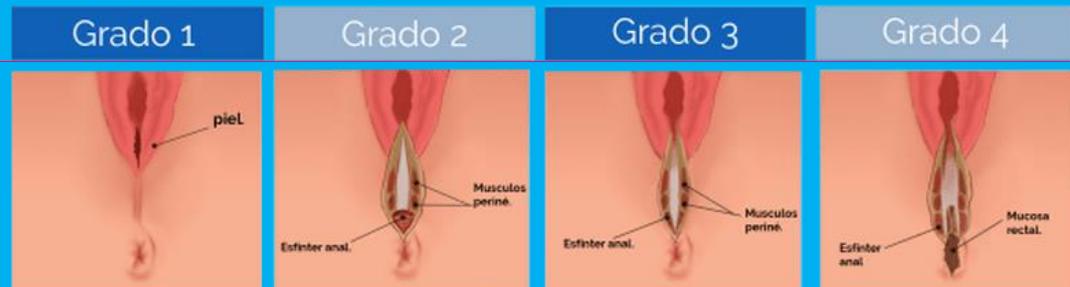
Primer grado (No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación)

Segundo grado Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)

Tercer grado (No compromete la mucosa rectal.)

Cuarto grado: (Esta involucra la mucosa rectal)

Tipos de desgarros



ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO

se desarrolla de forma natural, sin ayuda, maniobras, o instrumental médico, de principio a fin del proceso del parto



Para el parto eutócico. Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma

Atención del parto:

Toma de signos vitales. Revisión completa por sistemas. Valoración del estado emocional. Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, posición, situación y estación del feto.

los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema



Los cuidados de un recién nacido saludable, los que se brindarán en el hospital y los que se darán en casa, se agrupan bajo el concepto genérico de "cuidados de rutina".



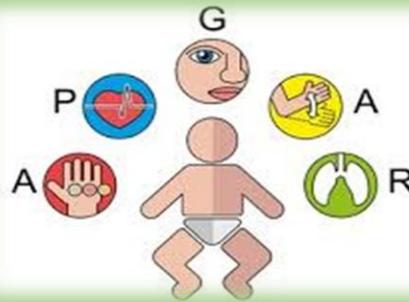
Se debe indicar, para todo recién nacido que permanezca en alojamiento conjunto o cunero, lo siguiente:

- Vitamina K
- Profilaxis oftálmica
- Inmunizaciones
- Tamiz auditivo
- Tamiz de cardiopatía crítica

La epilepsia se manifiesta habitualmente con crisis epilépticas espontáneas.

VALORACIÓN DEL APGAR

Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido



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.



Los factores son los siguientes:

- Aspecto (color de la piel)
- Pulso (frecuencia cardíaca)
- Irritabilidad (respuesta refleja)
- Actividad y tono muscular
- Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)



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

Las puntuaciones de Apgar bajas también son propias de los bebés prematuros, que suelen tener menos tono muscular que los bebés de término y que, en muchos casos, requieren más supervisión y ayuda respiratoria debido a su inmadurez pulmonar

VALORACIÓN DE SILVERMAN

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

Es recomendable que la primera valoración se realice dentro de los 10 a 20 minutos de vida extrauterina sobre todo en aquel RN con riesgo de DR (prematuros, meconio, en líquido amniótico, entre otros), Si el RN presenta un s-a mayor o igual a 4 dentro de la primera hora de vida, es muy probable que requiera de asistencia respiratoria

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
expansión coordinada 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS
retraso en la inspiración 1 PUNTO	débil 1 PUNTO	poco visible 1 PUNTO	mínimo 1 PUNTO	audible con fonendoscopio 1 PUNTO
expansión descoordinada 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	audible 2 PUNTOS

TEST SILVERMAN ANDERSON

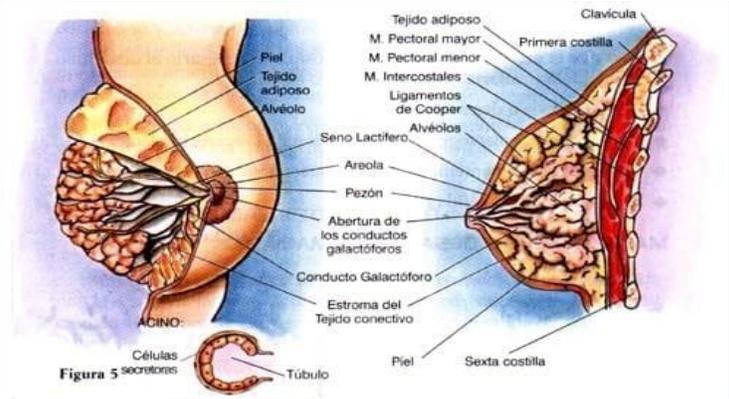
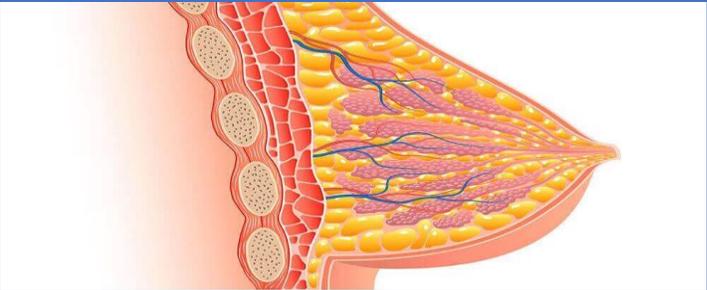
MOVIMIENTOS CLÍNICOS	ELEVACIÓN DE TORAX Y DEL ABDOMEN	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN DEL XIFOIDES	DELAZACIÓN DE LAS ALAS NASALES	QUEJIDO RESPIRATORIO
GRADO 0	NO HAY ELEVACIÓN	NO HAY TIRAJE	NO HAY RETRACCIÓN	NO HAY DELAZACIÓN	NO HAY QUEJIDO
GRADO 1	POCA ELEVACIÓN EN INSPIRACION	ALGUNOS TIRAJES	ALGUNAS RETRACCIONES	ALGUNAS DELAZACIONES	ALGUNOS QUEJIDOS CON FONENDOSCOPIO
GRADO 2	SALIENTE	NASALES	NASALES	NASALES	AUDIBLE SIN FONENDOSCOPIO

PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	PUNTAJE
0	NO DIFICULTAD RESPIRATORIA	EXCELENTE
1-4	AUSENTE O LEVE	SATISFACTORIO
5-7	MODERADA	GRAVE
8-10	SEVERA	MUY GRAVE

Recién nacido con 0 puntos, sin dificultad respiratoria. Recién nacido con 1 a 3 puntos con dificultad respiratoria leve. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria leve. Recién nacido con 4 a 6 puntos con dificultad respiratoria moderada.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA, INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función.



Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño.

La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, recibe además vasos de algunas anastomosis de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria acromiotorácica.

FISIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

- Mamogénesis o desarrollo mamario.
- Lactogénesis, galactogénesis o iniciación de la secreción láctea.
- Lactogénesis o mantenimiento de la secreción.
- Eyección láctea o salida de la leche.

En el feto, la mama se desarrolla en forma de esbozo por la acción de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal

Al llegar a la pubertad la mama crece y se desarrolla paralelo a los demás cambios propios de esta etapa de la vida.



En esta etapa entra un nuevo elemento placentario de gran importancia llamado hormona Lactógeno-Placentario cuya acción consiste en estimular el crecimiento de la mama.

es necesario que el niño succione la mama y se produzca un estímulo nervioso que genere un reflejo neuro-hormonal en la hipófisis posterior.

LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

un procedimiento común en la práctica general de la obstetricia, cuya indicación enfrenta presiones nuevas, derivadas del cambio en el perfil epidemiológico y social que experimenta la población de mujeres embarazadas

INDUCCIÓN AL TRABAJO DE PARTO



indicación de inducción del trabajo de parto debe evaluarla el médico especialista y, de preferencia, contar con una segunda opinión coincidente

La inducción del trabajo de parto requiere la consideración de los siguientes criterios:

1. Establecer con certeza que el procedimiento ofrece el mejor desenlace para la madre y el feto.
2. Confirmar la edad gestacional mediante ultrasonido del primer trimestre.
3. Evaluación obstétrica completa. Es necesario contar con los antecedentes maternos y realizar exploración física, incluida la evaluación de las condiciones cervicales mediante la escala de Bishop, evaluación de la pelvis ósea materna y evolución de la inducción del trabajo de parto



En estos casos, la inducción del trabajo de parto disminuye el riesgo de muerte perinatal, la tasa de cesáreas y el síndrome de aspiración de meconio

pacientes con preeclampsia severa requieren un acceso más complejo, con interconsultantes que contribuyan a la estabilización médica antes de tomar la decisión de inducción del trabajo de parto

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregrávidico y establecer la lactancia.

El puerperio comprende diferentes etapas:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.
- Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
- Puerperio alejado: concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- Puerperio tardío: puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.



Parto



El puerperio será estrictamente fisiológico, lo que supone que el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios físicos encaminados a devolver la normalidad a todo su organismo

1. Eliminación del agua
2. Pérdida de peso
3. Cambios en el aparato circulatorio
4. Cambios hormonales
5. Reducción del volumen abdominal
6. Alteraciones de la piel
7. Descenso de la actividad inmunitaria
8. Cambios en el aparato genital

El puerperio inmediato hace referencia a las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé

Algunos síntomas frecuentes en esta etapa son:

Sensación de alivio y bienestar, Respiración calmada, amplia y regular, Bradicardia, Ardor en la vulva, Aparición de entuertos o contracciones uterinas, Escalofríos., Diastasis en los rectos



La complicación más grave que puede aparecer en el puerperio inmediato es la hemorragia factores asociados:

- Madre > 35 años
- Macrosomía fetal
- Gestación múltiple
- Gestación no controlada
- Cirugías uterinas previas
- Parto instrumental
- Parto distócico

