Nombre del alumno: Erika Patricia Hernández Gómez

Nombre del profesor: Ámbar Jaqueline Alcázar Cancino

Nombre del trabajo: cuadro sinóptico de trabajo de parto y parto

Materia: enfermería cuidado de la mujer

Grado: 4 cuatrimestre

Ocosingo, Chiapas 3 de diciembre 2023

Grupo: Enfermería

TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- VALORAR LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS COMO LOS FETALES Y FAMILIARES QUE AFECTAS LA EVOLUCIONES DE TRABAJO DE PARTO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA VIGILAR EL ESTADO EMOSIONAL Y FISIOLOGICO.
- LAS CUATRO P DEL NACIMIENTO
  - PASAJE
    - MEDICION DE LA PELVIS
    - PASAJERO
      - PODER O INTENSIDAD
        - Floating Topic
        - PSIQUE
          - Floating Topic
      - SERIE DE MANIOBRAS PRESINDIBLES
        - CABEZA FETAL
          - SE CONSIDERA LA MAS IMPORTANTE
            - DIAMETRO DEL CRANEO FETAL DIAMETRO BIPARETAL9.5 CM DE PROMEDIO DIAMETRO TRANSVERSO DE MAYOR TAMAÑO DE LA CABEZA FETAL LA MAS IMPORTANTE.. DIAMETRO SUBOCCIPITOBREGMATICO HUESO OOCIPTAL ASTA EL BREGMA. DIAMETRO OCCIPITOFRONTAL 11,75 CM
- Relaciones fetopélvicas
  - términos son de utilidad para describir la posición del feto en la pelvis y su nivel de descenso a través de esta: planos de Hodge, situación, presentación, posición, actitud, sinclitismo y asinclitismo.
    - Los planos de Hodge son cuatro
      - I plano de Hodge: segunda vértebra sacra y borde superior del pubis. • II plano de Hodge: borde inferior de la sínfisis púbica. • III plano de Hodge: espinas ciáticas. • IV plano de Hodge: punta del cóccix.
        - Situacióna situación fetal es la relación que guardan entre sí los ejes longitudinales de la madre y del producto. • Situación longitudinal. Las columnas vertebrales fetal y materna son paralelas (situación más común). • Situación oblicua. El feto hace un ligero ángulo con la línea de la situación transversa verdadera
          - Presentación El término presentación se refiere a la parte del feto que entra —se presenta— en la pelvis materna. • La presentación más común es la cefálica o de vértice, que se produce en un 95 % de los trabajos de parto. • Se dan presentaciones pélvicas o de nalgas en cerca del 4 % de los trabajos de parto, y pueden ser de tres tipos: — Presentación pélvica franca, la más común, que se caracteriza por flexión de muslos y extensión de rodillas. — Presentación pélvica completa, que se caracteriza por flexión de muslos y de rodillas.
            - Posición
              - El término sinclitismo
              - El término asinclitismo
              - Descenso.
              - Flexión
              - Rotación interna
              - Rotación interna
              - Extensión
- Poder o intensidad: el útero en el trabajo de parto
  - la intensidad de las contracciones uterinas es la fuerza de mayor importancia que contribuye al proceso del trabajo de parto y el nacimiento
    - Las fases de las contracciones uterinas son tres:
      - Período de dilatación
        - Fase transicional
        - Fase transicional
        - Fase activa
        - fase latente
      - Incremento: período durante el cual aumenta la intensidad de la contracciónAcmé: momento en que la contracción es más poderosa. • Decremento: período en que disminuye la intensidad.
        - Intervalos de las contracciones uterinas
          - las contracciones se producen a intervalos de 2 a 20 minutos, con una duración de 15 a 19 segundos y un grado de intensidad variable según la etapa en la que se den.
            - Finalidades de las contracciones uterinas
              - Borramiento y dilatación del cuello uterino. • Facilitación del descenso y la rotación del feto. • Desprendimiento y expulsión de la placenta después del nacimiento.• Conservación de la hemostasia después de la expulsión de la placenta, al comprimirse los vasos sanguíneos. • Provisión de intervalos entre las contracciones, que permiten descanso al músculo uterino y garantizan la continuación del flujo de sangre
- Psique: adaptación materna al trabajo de parto
  - La adaptación psicosocial de la madre es un aspecto primordial del proceso del trabajo de parto y el parto.
    - La confianza que tiene la mujer en sí misma. • Sus mecanismos para afrontar la incertidumbre y el estrés. • Sus actitudes y expectativas sobre el trabajo de parto y el parto. • Las expectativas de su familia y de las personas que le prestan atención médica. • Su reacción al dolor, la ansiedad y otras alteraciones funcionales.
      - Dolor durante el trabajo de parto y el parto
        - mujeres esperan y, en realidad, presentan cierto grado de dolor durante el nacimiento de sus hijos.
          - Causas del dolor durante el parto
            - el trabajo de parto puede relacionarse con diversos factores fisiológicos
            - Estiramiento cervical durante la dilatación. Distensión del segmento inferior del útero. Estiramiento de los ligamentos uterinos. Tracción sobre el peritoneo. Presión sobre los ganglios nerviosos que rodean el útero y la vagina
- Trabajo de parto
  - Etapas del trabajo de parto
    - Primera etapa. Se inicia al empezar las contracciones uterinas regulares y termina con la dilatación completa del cuello uterino.
    - Segunda etapa. Comienza con la dilatación completa del cuello y termina al nacer el feto
      - Duración del trabajo de parto
        - Primiparas
Fase latente
Fase activa
Primera etapa
Segunda etapa
Velocidad de la dilatación cervical durante la fase activa
Multiparas
Fase latente
Fase activa
Primera etapa
Segunda etapa
Velocidad de la dilatación cervical durante la fase activa
    - Tercera etapa. Empieza con el nacimiento del feto y termina al expulsarse la placenta
      - Factores que influyen en la evolución del trabajo de parto y el parto
        - Peso materno
        - Intervalo de nacimientos. Cuando el intervalo entre los nacimientos es menor de un año, la mujer está en peligro de presentar un trabajo de parto más rápido y de tener un hijo más pequeño.
        - Peso al nacer y edad gestacional. Los prematuros y los recién nacidos pequeños suelen comportar un trabajo de parto rápido, en tanto que, por lo general, los fetos de gran tamaño o macrosómicos guardan relación con trabajos de parto más prolongados, en especial durante la segunda etapa. La edad gestacional menor de 37 semanas se acompaña de una proporción más elevada de presentaciones anómalas
          - Posición fetal. El trabajo de parto evoluciona de manera más eficaz cuando el feto se encuentra en posición de vértice bien fija.
            - Estado del saco amniótico. La rotura temprana del saco amniótico puede alterar el trabajo de parto, pero no hay pruebas de que lo acorte.
            - Sitio de implantación de la placenta. Se ha demostrado que la implantación de la placenta en la parte alta o en el fondo del útero se acompaña de trabajo de parto prolongado
            - Posición de la madre durante el trabajo de parto. Se ha observado que la posición erecta es la más idónea para la dilatación del cuello uterino, y que se acompaña de menor incidencia de compresión del cordón umbilical y de aumento de la comodidad materna.
    - Cuarta etapa. Se inicia con la expulsión de la placenta y dura por lo menos una hora, o hasta que se normaliza el estado de la madre
- Trabajo de parto: primera etapa (dilatación)
  - Floating Topic
  - empieza al iniciarse las contracciones uterinas regulares y se completa con el borramiento y la dilatación del cuello uterino.
    - Fase latente (de 0 a 4 cm)
    - Posibles diagnósticos de enfermería en relación con el trabajo de parto latente
      - Ansiedad. • Dolor agudo. • Conocimientos deficientes sobre los procedimientos de ingreso y las medidas que brindan bienestar.
        - Diferencias entre trabajo de parto y pródromos de parto
          - a la enfermera obstétrica
            - Braxton Hicks, sensación de aligeramiento, cambios cervicales (ablandamiento, borramiento y dilatación), incremento del flujo vaginal en algunos casos, dorsalgia persistente, pérdida ponderal y conducta de «anidamiento»
              - Los signos de trabajo de parto verdadero son: contracciones uterinas, rotura espontánea de membranas y flujo vaginal sanguinolento.
              - Valoración al ingreso en la unidad de trabajo de parto
              - someterse a las siguientes valoraciones
              - Estado psicosocial y emocional
              - Edad, escolaridad y nivel socioeconómico. • Reacción al embarazo. • Experiencia obstétrica previa. • Antecedentes culturales. • Apoyo familiar y nivel socioeconómico del compañero. • Naturaleza del contacto con los profesionales de la salud.
              - La madre refiere salida de líquido por la vagina. • Si las membranas están rotas, debe anotarse bien la hora en que ocurrió, así como el color y el olor del líquido amniótico
  - Valoración al ingreso en la unidad de trabajo de parto
    - Valoración física general. • Exploración abdominal para valorar tamaño, maniobras de Leopold para valorar estática fetal, ruidos cardiacos y movimientos del feto. • Tacto vaginal para valorar borramiento y dilatación cervicales, estación fetal, presentación, posición, estado de las membranas y del peritoneo
      - Pruebas de laboratorio • Valoración de las pruebas de laboratorio prenatales; citología hemática completa; análisis de orina para proteínas, glucosa y cetonas; grupo sanguíneo,
        - Vigilancia de los signos vitales maternos Al inicio del trabajo de parto, la presión arterial, el pulso y la frecuencia respiratoria de la madre
          - Cada hora durante las fases latente y activa. • Cada 10 a 15 minutos durante la segunda etapa. • Cada 5 a 10 minutos durante la tercera etapa. • Cada 15 minutos durante una hora, y a continuación cada 30 minutos durante dos a cuatro horas.
          - Vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal
          - La frecuencia cardiaca fetal debe permanecer entre 120 y 160 latidos por minuto
          - Cada 30 a 60 minutos durante la fase latente. • Cada 15 minutos durante la fase activa. • Inmediatamente después de romperse las membranas. • Inmediatamente después de cualquier cambio del patrón de contracciones. • Después de cada contracción, durante la segunda etapa. • A solicitud de la madre.
            - Vigilancia por parte de la enfermera
              - Vigilancia por parte de la enfermera
                - Vigilancia del bienestar materno y fetal durante el trabajo de parto • Si la presión arterial materna es mayor de 140/190 mm Hg o manifiesta una elevación de 10 a 15 mm Hg sobre los niveles de referencia, deberá avisarse al médico o a la enfermera obstétrica a cargo de la mujer
- Intervenciones de enfermería
  - Instrucciones para la mujer en el inicio del trabajo de parto
    - Reposar, relajarse y conservar la energía. • Mantener la mente ocupada en algo agradable. • Recurrir a medidas que brinden comodidad, como una ducha caliente, caminar o recibir masaje. • Orinar con frecuencia y comer algún alimento pequeño y en pequeña cantidad (a menos que el profesional encargado de su salud le haya ordenado otra cosa). • Seguir tomando líquidos, como agua, jugos o infusiones. • Cronometrar las contracciones y no recurrir a técnicas de apoyo al trabajo de parto (como las respiratorias) hasta que en realidad se requieran para conservar la comodidad
      - Posibles diagnósticos de enfermería en relación con el trabajo de parto activo
        - Valoración de enfermería: fase activa (de 4 a 7 cm)
          - Valoración física general. • Exploración abdominal para valorar tamaño, maniobras de Leopold para valorar estática fetal, ruidos cardiacos y movimientos del feto. • Tacto vaginal para valorar borramiento y dilatación cervicales, estación fetal, presentación, posición, estado de las membranas y del peritoneo, y presencia de amoldamiento o caput
            - Vigilancia por parte de la enfermera
              - Signos de relajación uterina insuficiente
                - El riego sanguíneo placentario disminuye durante las contracciones uterinas
                  - Fase de transición (de 7 a 10 cm)
                    - Valoración de enfermería
                      - Posición materna
                        - Pueden emplearse diversas posiciones durante el parto para fomentar la comodidad, acelerar o retardar el descenso fetal, lograr la rotación de un feto en mala posición, evitar la exacerbación de hemorroides, incrementar la sensacion
                    - Intervenciones de enfermería
                      - Preparación para el parto
                        - l personal de enfermería tiene una función clave en la preparación para el parto. Debe estar listo para poner en práctica aquellos procedimientos que tengan como finalidad
                          - EPISIOTOMIA
                            - Se estima que alrededor de un 60% de las mujeres presenta dolor grave a causa de la episiotomía
                              - Aumentan los riesgos de infección. • El dolor y el edema pueden inhibir la micción y la defecación en el puerperio. • Se eleva el riesgo de pérdida importante de sangre. • Aumenta el riesgo de dispareunia persistente, que puede durar seis meses
                                - Técnicas para evitar la episiotomía
                                  - Aplicar compresas calientes en el periné durante la segunda etapa del trabajo de parto
                                    - para fomentar la relajación, aumentar la circulación e incrementar la flexibilidad de los tejidos perineales. • Indicar a la mujer que evite los esfuerzos de expulsión en el momento en que se produce el coronamiento. • Aplicar un lubricante en el periné durante la segunda etapa. • Aplicar compresas de hielo en la región periuretral durante el coronamiento, para reducir las sensaciones urente y punzante que acompañan a la distensión vaginal y para estimular la relajación del periné. • Recurrir para el parto a posiciones maternas que eviten la distensión excesiva del periné, como el decúbito lateral o la posición semisentada
                                      - Desgarros del periné y la vagina
                                        - Durante el nacimiento pueden producirse desgarros espontáneos del periné, la vagina y, ocasionalmente, el cuello uterino
                                          - Nacimiento rápido, precipitado e incontrolado. • Presentaciones anormales, como occipital posterior o presentación de cara. • Empleo excesivo de la posición de litotomía. • Aplicación de anestesia perineal. • Tejido materno friable o tenso. • Parto quirúrgi
                                            - Frecuencia cardiaca. Indica el grado de posible asfixia. Si es menor de 100 latidos por minuto, indica que se requieren maniobras de reanimación. • Esfuerzo respiratorio. Se observa junto con la frecuencia cardiaca. El llanto indica buen esfuerzo respiratorio. • Tono muscular. Es el grado de flexión y resistencia de las extremidades del recié
                                              - Irritabilidad refleja. Se comprueba la reacción al insertar la punta de una sonda en una fosa nasal, ante el contacto con frío, ruido o movimiento de la superficie en que está recostado el recién nacido. • Color. Inmediatamente después del nacimiento, el cuerpo del neonato está sonrosado, en tanto que las extremidades suelen estar azules (acrocianosis)
                                                - Apoyo para el neonato
                                                  - La situación del lactante normal sano inmediatamente después de nacer
                                                    - Permitir la permeabilidad de las vías respiratorias. • Brindar al lactante un sitio seguro. • Satisfacer las condiciones adecuadas para la termorregulación. • Permitir la valoración frecuente del personal. • Facilitar el drenaje de secreciones. • Facilitar la interacción familiar y el establecimiento del vínculo afectivo. La conservación del calor corporal del neonato se consigue con los siguientes procedimientos: • Brindar un ambiente tibio y libre de corrientes para el nacimiento. • Evitar el contacto del lactante con objetos que estén fríos, como instrumentos, manos y sábanas. • Secar bien al bebé inmediatamente después del nacimiento.
                                                      - Emplear calor radiante o contacto de piel a piel, y cubrir al recién nacido con cobertores tibios. • Colocar un gorro al lactante para prevenir la pérdida de calor por evaporación de la humedad del pelo
                                            - Asistencia inmediata del recién nacido
                                              - El personal de enfermería debe anotar con exactitud la hora en que nace el bebé
                          - Mantener la asepsia durante el nacimiento. • Reunir el equipo, artículos y el personal necesarios. • Ayudar al anestesiólogo en la preparación de la paciente para la anestesia, cuando proceda. • Vigilar continuamente el estado materno y fetal. • Ayudar al padre en los preparativos para el nacimiento.
                            - Administrar los medicamentos, como analgésicos y oxitócicos, que se requieran. • Efectuar la valoración inicial del neonato. • Proseguir con los procedimientos de identificación del recién nacido
                              - Episiotomía
                                - segunda etapa del trabajo de parto para ampliar la abertura y dar paso a la cabeza fetal.
                                  - Beneficios de la episiotomía
                                    - • Puede disminuir la incidencia de desgarros serios con el parto de productos macrosómicos (de gran tamaño). • Cicatriza con mayor rapidez que los desgarros. • Es más fácil de suturar
                                    - Fetales: • Acorta la segunda etapa, aspecto importante cuando el feto está en peligro
                    - Posibles diagnósticos de enfermería en relación con la transición
                      - • Fatiga. • Trastorno de la percepción sensorial visual y/o auditiva. • Temor.
- Trabajo de parto: tercera etapa (alumbramiento)
  - La tercera etapa del trabajo de parto dura de 5 a 30 minutos y consiste en el desprendimiento y la expulsión de la placenta
  - Posibles diagnósticos de enfermería en relación con la tercera etapa del trabajo de parto
    - Riesgo de lesión. • Ansiedad.
  - Desprendimiento y expulsión de la placenta
    - Expulsión de un chorro de sangre por la vagina. • Cambio de forma, tamaño y consistencia del útero. • Alargamiento del cordón umbilical desde la vagina (signo de Ahlfeld). • La madre soporta una contracción. • Ocupación de la vagina por la placenta. • Signo de Küstner ausente: al realizar una presión suprapúbica, el cordón umbilical no retrocede hacia la vagina.
  - Valoración de enfermería
    - La valoración de enfermería se centra en la vigilancia del estado materno y fetal durante la expulsión de la placenta
  - Vigilancia del estado materno
    - Revisión de placenta, membranas y cordón umbilica
      - Verificar el sitio en que se inserta el cordón umbilical (central, marginal o velamentoso). • Seguir la trayectoria de los vasos sanguíneos hacia la periferia a fin de identificar cualquier desgarro vascular, lo que podría indicar la presencia de un lóbulo de más en la placenta
        - Verificar el número de vasos sanguíneos (dos arterias y una vena). • Cerciorarse de la longitud adecuada del cordón (54 a 61 cm), o si es demasiado
    - Desprendimiento y expulsión de la placenta
      - Los signos clásicos de desprendimiento de la placenta son: • Expulsión de un chorro de sangre por la vagina. • Cambio de forma, tamaño y consistencia del útero. • Alargamiento del cordón umbilical desde la vagina (signo de Ahlfeld). • La madre soporta una contracción. • Ocupación de la vagina por la placenta. • Signo de Küstner ausente: al realizar una presión suprapúbica, el cordón umbilical no retrocede hacia la vagina.
    - Valoración de enfermería
      - Vigilar la frecuencia y el ritmo del pulso cada 15 minutos durante la primera hora del puerperio. • Valorar la presión arterial cada 15 minutos hasta que se estabilice. • Valorar temperatura materna. • Palpar la consistencia y posición del útero cada 10 a 15 minutos para valorar la involución uterina. • Valorar la hemorragia. • Valorar el afecto de la madre y su reacción ante el lactante.
        - a enfermera o la persona que asiste el parto debe revisar la placenta y las membranas para saber si están completas y verificar la existencia de cualquier anormalidad
          - Inspeccionar la superficie fetal. • Verificar el sitio en que se inserta el cordón umbilical (central, marginal o velamentoso). • Seguir la trayectoria de los vasos sanguíneos hacia la periferia a fin de identificar cualquier desgarro vascular, lo que podría indicar la presencia de un lóbulo de más en la placenta
            - Acelerar la administración de líquidos por vía intravenosa, si los hay, e iniciar la administración de O 2 en dosis de 7 a 8 l por minuto mediante mascarilla
- Trabajo de parto: cuarta etapa (puerperio)
  - Apoyo al estado fisiológico materno
    - Apoyo al estado fisiológico del recién nacid
      - Satisfacción de las necesidades de bienestar
      - Ofrecer un baño de esponja a la madre y ayudarla a colocarse una bata limpia. • Realizar con suavidad la higiene perineal para fomentar el bienestar. • Aplicar compresas heladas en el periné para aliviar la tumefacción y fomentar el bienestar. • Dar instrucciones a la mujer sobre la manera en que debe efectuarse ella misma el masaje del fondo uterino y la importancia que tiene hacerlo, aunque le produzca molestias. • Tranquilizar a la mujer que experimenta escalofríos, señalándole que se trata de un fenómeno normal. • Cubrir a la madre con cobertores entibiados y ofrecerle líquidos tibios y no estimulantes, como caldos o té de hierbas. • Animar a la madre a que descanse, y ayudarla a encontrar una posición en la que se sienta cómoda para amamantar a su hijo
    - Apoyo a la interacción familiar
      - Apoyo de enfermería • Enseñar a los padres lo necesario sobre su hijo mientras se efectúa la valoración sistemática de este. • Ayudar en el primer amamantamiento, puesto que el neonato no se alimentará por mucho tiempo y estará más interesado en mirar los rostros. Garantizar la posición correcta de la madre para brindar apoyo a su bebé mientras se alimenta, sin fatigarse ni hacer esfuerzos excesivos. • Valorar la magnitud del contacto que desea el padre con el neonato, y facilitar esta interacción si es apropiado. • Brindar tiempo de intimidad a la familia sin interrupciones

bibliografia: Antologia UDS

Presented with xmind