



Super nota.

Nombre del alumno: Perla Lizet Álvarez Cruz

Nombre del tema: Asistencia y Cuidados durante el Parto

Parcial: Único

Nombre de la materia: Enfermería en el Cuidado de la Mujer

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4^{to} cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a; 02 de diciembre de 2024.

UNIDAD IV

ASISTENCIA Y CUIDADOS DURANTE EL PARTO

PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO

Fase latente: Se le llama así al tiempo en que la mujer tarda en sentir contracciones regulares para que el cuello del cérvix se pueda dilatar aproximadamente 6 centímetros.

Fase activa: Esta fase inicia cuando el cuello del cérvix de la mujer dilató los 6 centímetros y comienza a expandirse hasta llegar a los 10 centímetros.

Fase de Expulsión: Si todo avanza bien, lo que sigue el momento de **Expulsión**, que se refiere al **nacimiento del bebé**.



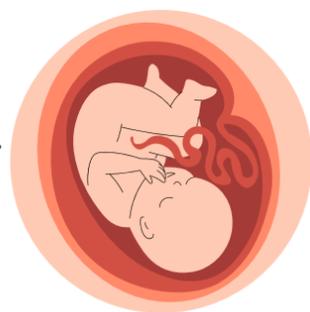
CUIDADOS EN EL PRIMER PERIODO DEL PARTO

- Ayudarla dentro y fuera de la cama.
- Limpiar zona perianal aplicando técnica aséptica.
- Para el examen vaginal utilizar guantes estériles.
- Controlar FCF.
- Reportar cualquier anomalía que se presente.
- Vigilar el nivel de conocimiento sobre el proceso del parto.
- Enseñar técnicas de respiración y relajación.
- Controlar contracciones uterinas.
- Permanecer cerca de la paciente.
- Proporcionar confianza.
- Darle ánimo.
- Se vigilan signos vitales.



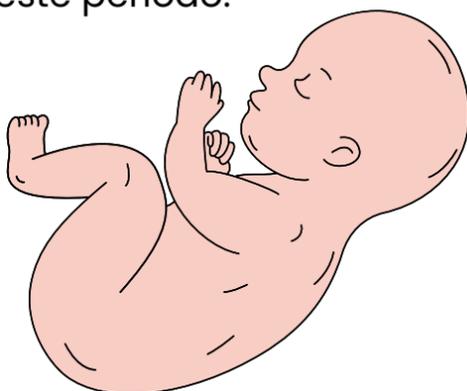
CUIDADOS EN EL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO

- Llevar la paciente al cuarto de expulsión.
- Colocar al paciente en posición de litotomía.
- Garantizar que la posición de la parturienta sea lo más cómodo posible.
- Calentar la cuna de calor radiante.
- Ayudar a la madre en el uso efectivo del pujo.
- Registre y reporte los signos vitales, T/A.
- Explicarle cómo debe respirar.
- Permanecer todo el tiempo con ella.
- Brindarle apoyo continuo.
- Estar pendiente de la aparición de complicaciones y reportarlas.



CUIDADOS EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO

- Orientar a la usuaria a que pujan al sentir dolor.
- Verificar hora del alumbramiento.
- Verificar que la placenta y las membranas estén completas.
- Valorar signos vitales de la usuaria; presión arterial, pulso, temperatura, respiración.
- Valorar el sangrado vaginal, este puede ser: leve, moderado, o intenso.
- Reparar episiotomía o desgarro si se presenta.
- Orientarla sobre este periodo.



4.5. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA MUJER DURANTE EL PARTO

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Pérdida de sangre que puede ocurrir durante el embarazo o el puerperio. Se considera hemorragia obstétrica cuando la pérdida de sangre es mayor a 500 ml después de un parto vaginal o mayor a 1000 ml después de una cesárea.

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna en el mundo. Para reducir la mortalidad materna, es importante identificar y responder de manera rápida ante una hemorragia.

Las **causas más frecuentes** de hemorragia obstétrica son: Atonía uterina, Placenta retenida, Restos placentarios, Laceraciones cervicales y/o vaginales.

Hay varias causas que pueden provocar hemorragias intensas durante el parto: un desgarro uterino, la ruptura de un embarazo ectópico (cuando el óvulo se implanta fuera del útero) y problemas derivados de la placenta. Esto puede suponer la muerte en menos de dos horas.

En caso de una hemorragia obstétrica, las intervenciones de enfermería pueden incluir:

- **Dejar de sangrar**

El objetivo es detener la causa del sangrado lo más rápido posible. Para ello, se pueden administrar medicamentos para estimular las contracciones uterinas o realizar un masaje manual del útero.

- **Reemplazar líquidos y sangre**

Para evitar un shock, se pueden administrar líquidos, sangre y productos sanguíneos por vía intravenosa.

- **Monitorización constante**

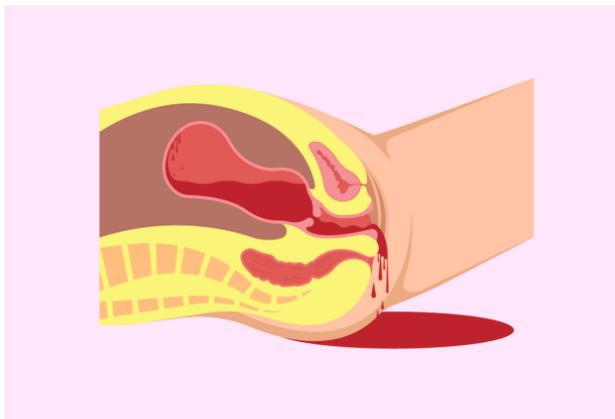
Se pueden utilizar sistemas de alerta y monitoreo para detectar cualquier señal de shock hipovolémico.

- **Controlar la diuresis**

Se puede utilizar una sonda Foley para controlar la diuresis, ya que el vaciado vesical favorece la contracción uterina.

- **Traje anti choque**

Se puede utilizar una prenda de seis segmentos que ejerce presión en ciertas zonas del cuerpo para favorecer el flujo de sangre a los órganos vitales.



INFECCIONES (SEPTICEMIA)

Dar a luz en condiciones poco higiénicas puede provocar que la madre padezca una infección gravísima que desemboque en una septicemia, una infección que se expande por todo el cuerpo a través de la sangre.



La septicemia en el parto, también conocida como sepsis puerperal o fiebre puerperal, es una infección grave que puede afectar a la mujer después de un parto, cesárea o aborto. Se produce cuando el cuerpo no responde de manera adecuada a una infección, lo que provoca una respuesta inflamatoria generalizada.

La sepsis puerperal puede ser causada por una infección en una incisión de cesárea u otras heridas del parto, pero también puede ser provocada por cualquier tipo de infección durante el embarazo o después del parto. Algunos gérmenes que pueden causar sepsis puerperal son el *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli*.

Las mujeres que tienen mayor riesgo de desarrollar sepsis puerperal son:

- Las que tienen antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad del hígado o lupus
- Las que tienen diabetes
- Las que se someten a procedimientos invasivos para quedar embarazadas
- Las que se someten a pruebas invasivas durante el embarazo

Los primeros signos clínicos de sepsis puerperal son:

- Fiebre alta.
- Escalofríos.
- Descarga vaginal maloliente.
- Dolor abdominal severo.
- Cólicos.
- Sensibilidad uterina y abdominal.

La sepsis puerperal puede causar la muerte y graves daños físicos, mentales y emocionales a quienes sobreviven.

Intervenciones

- Durante el parto, se deben usar guantes en todo momento y se recomienda usar bata, cubrebocas y protección ocular durante todos los procedimientos.
- La profilaxis antibiótica debe administrarse durante el parto vaginal a intervalos de 4 horas en pacientes de alto riesgo (ver más abajo), para prevenir la sepsis por EGB en el neonato.
- En el caso de una cesárea, debe administrarse por vía intravenosa a todos los pacientes una dosis única de profilaxis antibiótica (p. ej., cefazolina basada en el peso: 2,000 mg IV para pacientes <120 kg, 3,000 mg IV para pacientes > 120 kg), de preferencia 30 minutos antes de la incisión.
- En entornos de recursos limitados, se puede utilizar la limpieza del canal de parto con un desinfectante durante los exámenes vaginales y otros procedimientos (con instrumentos), para reducir el riesgo de sepsis neonatal e infecciones maternas.



ECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA

La eclampsia es una enfermedad que aparece a partir de la segunda mitad del embarazo, durante el parto o incluso en el puerperio. Provoca hipertensión, convulsiones o derrames cerebrales y es una de las causas de mortalidad materna más graves. En su fase más precoz se conoce como preeclampsia y esta puede diagnosticarse a través de la hipertensión y del nivel de proteínas en la orina.

La preeclampsia y la eclampsia son complicaciones del embarazo que pueden afectar el parto de la siguiente manera:

- **Preeclampsia**

Es una afección que se caracteriza por presión arterial alta y proteinuria, y que se manifiesta después de las 20 semanas de gestación. La preeclampsia suele resolverse cuando nace el bebé. Sin embargo, puede haber riesgos para el feto, como falta de oxígeno y nutrientes, parto prematuro o parto de feto muerto.

- **Eclampsia**

Es una emergencia médica que se caracteriza por la aparición de convulsiones generalizadas en mujeres con preeclampsia. La única cura para la eclampsia es dar a luz al feto.

El tratamiento para la eclampsia incluye:

- Dar a luz al bebé.
- Administrar sulfato de magnesio para tratar las convulsiones y evitar que vuelvan a ocurrir.
- Administrar antihipertensivos para bajar la presión arterial.

La manera más rápida de dar a luz al bebé es mediante una cesárea. Si el cuello uterino está lo suficientemente abierto, se puede realizar un parto vaginal.

Después del parto, es importante controlar la presión arterial estrechamente. Se recomienda medir la presión arterial al menos cada 1 o 2 semanas.

Las mujeres que tienen preeclampsia presentan mayor riesgo de desprendimiento de placenta en el embarazo actual, posiblemente porque ambos trastornos están relacionados con insuficiencia uteroplacentaria.

Las intervenciones de enfermería para la preeclampsia y eclampsia en el parto incluyen:

- Controlar la presión arterial: Informar al médico sobre cualquier aumento. Después del parto, se debe controlar la presión arterial de forma estrecha hasta que se normalice.
- Evaluar los reflejos tendinosos profundos: Seguir el protocolo establecido.
- Evaluar los síntomas: Verificar la presencia o progresión de los síntomas.
- Vigilar la cantidad de líquidos: Determinar la cantidad y el tipo de líquidos que se consumen.
- Observar la orina: Revisar la orina en busca de proteína.
- Vigilar el peso: Revisar el peso de la paciente.
- Observar al bebé: Vigilar qué tan seguido se mueve y patea el bebé.
- Colocar a la paciente sobre su lado izquierdo: Esto maximiza la oxigenación de la placenta y los órganos maternos.
- Mantener un flujo alto de oxígeno: Utilizar una máscara sin recirculación.
- Mantener las barandillas laterales levantadas y acolchadas: Esto evita lesiones en caso de convulsión.
- Atenuar las luces y mantener la habitación en silencio: Esto ayuda a la paciente.



PARTO OBSTRUIDO

En ocasiones, la pelvis materna puede impedir la salida del feto. Esto sucede cuando el bebé es demasiado grande en relación con el tamaño de las caderas de la madre, cuando nacen gemelos, cuando la madre mide menos de 150 cm... En estos casos, tanto el bebé como la madre tienen un elevado riesgo de fallecer si no se toman medidas apropiadas.

El trabajo de parto prolongado es la dilatación cervical o el descenso fetal anormalmente lentos durante la primera o la segunda etapa del trabajo de parto. La detención del trabajo de parto es una pausa completa en el progreso del trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio (instrumental) o cesárea.

Algunas causas de un parto obstruido pueden ser:

- Desproporción fetopelviana, es decir, el feto es demasiado grande o está mal posicionado, o la pelvis materna es demasiado pequeña.
- Contracciones uterinas débiles o infrecuentes (disfunción uterina hipotónica).
- Contracciones uterinas demasiado potentes o frecuentes (disfunción uterina hipertónica).

En un parto obstruido, las intervenciones de enfermería pueden incluir:

- Mantener a la mujer hidratada
- Administrar antibióticos si las membranas han estado rotas por más de 18 horas
- Realizar una cesárea o una extracción con ventosa
- Abrir quirúrgicamente la sínfisis del pubis

También se pueden valorar los niveles de glucosa en la sangre para descartar diabetes gestacional.



Referencias bibliográficas

1. *Ayuda en Acción*. (22 de Agosto de 2018). Obtenido de <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/mortalidad-materna/#:~:text=1.,en%20menos%20de%20dos%20horas>.
2. *Cuidamos de la mujer*. (2020). Obtenido de <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/carera-servicios/medicina-materno-fetal-neonatalogia/atencion-parto-puerperio>
3. Dulay, A. T. (Marzo de 2024). *Manual MSD*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/preeclampsia-y-eclampsia#Fisiopatolog%C3%ADa_v1074504_es
4. FIGO. (13 de Septiembre de 2018). Obtenido de <https://www.figo.org/es/news/la-sepsis-y-su-impacto-en-la-mortalidad-materna>
5. *MedlinePlus*. (s.f.). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000606.htm>
6. *MedlinePlus*. (21 de Febrero de 2024). Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/childbirthproblems.html>
7. Moldenhauer, J. S. (Marzo de 2024). *Manual MSD*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto-prolongado-o-detenido>
8. Montañez, R. A. (15 de Marzo de 2022). *CrossMark*. Obtenido de <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2075/2415>
9. OMS. (22 de Febrero de 2023). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Sandoval, M. (s.f.). *Slideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/slideshow/atencion-del-parto-y-cuidados-de-enfermeria/71764353>
11. *Secretaria de Salud*. (31 de Agosto de 2015). Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>
12. *TOPDOCTORS*. (15 de Abril de 2024). Obtenido de <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/asistencia-y-control-del-parto/>
13. Veenemans, J. (Enero de 2018). *ISID*. Obtenido de <https://isid.org/guia/prevencion/obstetricia/>