

**VALORACIÓN Y ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA
MUJER EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL
HOSPITALARIO**

CANDELARIA MARÍA COLÓN IRIARTE

VALORACIÓN Y ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL HOSPITALARIO

Autor: Candelaria Colón Iriarte

ISBN: 9789585439078

Rector:

Édgar Parra Chacón

Vicerrector Académico:

Federico Gallego Vásquez

Vicerrector de Investigaciones:

Jesús Olivero Verbel

Vicerrector Administrativo:

Orlando Alvear Tristancho

Secretaría General:

Marly Mardini Llamas

610.73678 / C718

Colón Iriarte, Candelaria María

Valoración y atención holística de la mujer en trabajo de parto y parto normal hospitalario / Candelaria María Colón Iriarte; Fredy Badrán Padauí, Editor -- Cartagena de Indias: Editorial Universitaria, c2017

260 páginas.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 9789585439078

1. Inducción del parto – Atención holística 2. Trabajo de parto – Atención holística 3. Atención holística - Alumbramiento 4. Parto inducido – Atención holística I. Padauí, Fredy, Editor II.

Romero del Río, Yoleth, Fotógrafo

CEP: Universidad de Cartagena. Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.



Editor: Fredy Badrán Padauí

Jefe de Sección de Publicaciones

Universidad de Cartagena

Diseño de Portada: Jorge L. Barrios A.

Diagramación: Alicia Mora Restrepo

Fotografía: Yoleth Romero del Río

Primera Edición: Cartagena, 2017.

Diseño de cubierta: Jorge L. Barrios A.

Corrección de estilo: Fredy Badrán Padauí.

© Candelaria Colón Iriarte

Editorial Universitaria, Centro calle de la Universidad, Cra. 6, N° 36 – 100, Claustro de San Agustín, primer piso, Cartagena de Indias, 2017.

Impreso en Colombia – Printed in Colombia/ Se imprimieron 200 ejemplares

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro - óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial

DEDICATORIA

A Dios el autor y dador de la vida así como el autor y fuente de inspiracion para la realizacion de este libro.

A mis seres queridos, mi esposo **Pedro Delvalle Martelo**, a mis hijas **María Cristina y Eva María** quienes en un futuro próximo, seguramente optarán por ser madres y a mi madre **Alba Luz Iriarte**.

A docentes, profesionales del equipo de salud y estudiantes en esta práctica emocionante y fascinante de retos y cuidados frente al milagro de la vida.

A todas las mujeres que han vivido o vivirán la experiencia del embarazo y parto en una institución hospitalaria.

AGRADECIMIENTOS

A las directivas de la Universidad de Cartagena por el apoyo institucional.

Al grupo de investigación Salud, Mujeres e Infancia de la Facultad de Enfermería por su apoyo, en especial a mis amigas y colegas Esther Polo Payares y Rossana López Saleme por sus acertados aportes.

Al equipo de salud del servicio de sala de parto de la Clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena: jefes, docentes, residentes, internos, enfermeras y auxiliares de enfermería por su apoyo y trabajo en equipo que contribuyen al logro de los objetivos propuestos.

A los y las estudiantes de la asignatura Cuidado materno infantil, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, en especial a Yoleth Romero Del Río, Angie Restrepo Peña, Jéssica Rosario Olivero, Giseel Romero León, por su apoyo.

A mi yerno, Antonio Padilla Pico, por su apoyo en la diagramación de figuras y gráficas.

TABLA DE CONTENIDO

PRÓLOGO	11
PREFACIO	13
CAPÍTULO I	
ASPECTOS GENERALES	17
CAPÍTULO II	
FACTORES ESENCIALES O CRÍTICOS QUE PARTICIPAN EN EL TRABAJO DE PARTO	43
CAPÍTULO III	
VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO	73
CAPÍTULO IV	
VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO O EXPULSIVO	123

CAPÍTULO V

VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA TERCERA Y CUARTA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO (ALUMBRAMIENTO O ETAPA PLACENTARIA Y RECUPERACIÓN) 149

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO (ANI) 177

PRÓLOGO

Me ha pedido muy amablemente la profesora y enfermera Candelaria Colón Iriarte hacer el prólogo de esta maravillosa obra académica dirigida principalmente a los y las estudiantes de enfermería dentro de su paso por sala de partos, lo cual me honra gratamente.

La institucionalización del parto en Colombia nos ha llevado a un gran avance en la atención interdisciplinaria en nuestros escenarios de prácticas formativas y ella ha hecho un aporte necesario y oportuno para cumplir con esos objetivos.

De una manera muy didáctica, con textos claros, imágenes y ejemplos nos lleva en su libro en una forma ordenada a vivir el proceso del parto desde la perspectiva del prestador en salud.

Es una obra actualizada con recomendaciones de las Guías de Atención Integral, que nos permite hacer buenas prácticas en la atención de la parturienta.

Las experiencias desde la visión de la enfermería permiten complementar todas aquellas intervenciones médicas que nos toca en el día a día en la sala de partos.

El texto refleja bien el componente técnico que los y las estudiantes necesitan conocer para su formación profesional incluyendo las clasificaciones taxonómicas que las enfermeras utilizan para sus diagnósticos, en las diferentes etapas del trabajo de parto.

Es de resaltar las vivencias contadas por los y las estudiantes que pasan por la sala de partos en nuestro centro de prácticas ESE Clínica de maternidad Rafael Calvo, las cuales son experiencias que marcarán su futuro ejercicio profesional.

Quiero destacar las imágenes didácticas que este libro presenta para complementar la información escrita en cada capítulo, lo cual hace del mismo una obra pedagógica que llega fácilmente al estudiante o consultor de la misma.

Este libro puede ser consultado también por otros estudiantes del área de la salud y sirve para enfermeras profesionales que deseen actualizarse o complementar información referente a todas las etapas del trabajo de parto, incluyendo la atención del recién nacido en esos primeros minutos de vida fundamentales para iniciar el vínculo madre-hijo.

Finalmente quiero felicitar a la profesora Candelaria Colón por este gran aporte que desde nuestra *alma mater* hace a la comunidad académica y esa tenacidad permanente que la hace una excelente docente, siempre acompañando y apoyando a sus estudiantes en la sala de partos y que seguramente logrará su gran objetivo que es fomentar lo que deseamos todos los involucrados en la atención de nuestras gestantes que es **la atención humanizada del parto**.

FRANCISCO SALCEDO RAMOS

Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología

Universidad de Cartagena

PREFACIO

El trabajo de parto bíblicamente se instituyó desde el Génesis de la humanidad, cuando Dios dijo a Eva (nombre que significa vida o viviente, madre de todos los vivientes) “multiplicaré tus dolores en el parto y parirás con dolor” (Génesis 3.16). Pero Dios también pensó en el cuidado a través de las parteras para que preservaran la vida en los partos de las mujeres hebreas y ellas temerosas de Dios, así lo hicieron y por eso fueron bendecidas (Éxodo 1: 15-20). Esa palabra sigue vigente, por tanto todos los que hemos escogido profesiones afines con la obstetricia y perinatología estamos llamados a preservar la vida de las madres y la de sus hijos-as. Esta palabra fue revelada a mí, tuve la bendición de ser docente en la Universidad de Cartagena, con campo de práctica en la prestigiosa ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena-Colombia, en donde junto con mis estudiantes brindamos cuidados para preservar vidas.

Los dolores de parto establecidos desde el Génesis y fisiológicamente hablando son las fuerzas o el poder que se refiere a las contracciones uterinas las cuales son indispensables y es uno de los factores críticos y esenciales para que se pueda expulsar al exterior el producto de la concepción. Es por ello que cada nacimiento se constituye en **un milagro de vida, una celebración a la vida** y tiene que ser un asunto **íntimo** familiar, social y dentro del marco por el respeto a los derechos humanos de la parturienta.

Desde mi vida de estudiante decidí ser enfermera especialista en materno infantil con énfasis en perinatología y le doy gracias a Dios que hizo de mi sueño una realidad para el servicio de la humanidad y

en este caso para ayudar a la gestante a parir dignamente, rodeada de un equipo de salud, preparado y dispuesto a brindar un trato humano en este momento hermoso aunque sufrido en la vida de las mujeres que optan por ser madres. Durante mi trayectoria en este campo y como docente comparto y entrecruzo saberes y relaciones día a día con mis estudiantes, con el equipo de salud y con los verdaderos protagonistas del parto en esta experiencia maravillosa que nunca deja de sorprenderme.

Este libro es motivado por los resultados de un trabajo de investigación con parturientas llamado: *Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena*, realizado por la autora como integrante del grupo de investigación *Salud mujeres e infancia*. También obedece a un intento de compartir mi modesta experiencia sumada a las construcciones realizadas conjuntamente con los estudiantes de la asignatura *Cuidado materno infantil*, en el aula de clases y en la práctica, en la sala de trabajo de parto y parto de la clínica de maternidad. Se trata de un libro básico para los las estudiantes de la salud que contiene los aspectos fundamentales y prácticos, basados en la normatividad, guías prácticas y protocolos del Ministerio de Salud de Colombia, entre otras referencias para la atención del trabajo de parto y parto y de acuerdo a las competencias del ser, saber y saber hacer que exige el currículum del programa de enfermería de nuestra *alma mater*, para la valoración y atención de la parturienta de bajo riesgo al interior de un centro hospitalario, para que de esta manera puedan intentar acercarse a este evento maravilloso y se logre nuestro objetivo propuesto para esta unidad de la asignatura que consiste en que los estudiantes: Brindarán atención integral / holística a la madre, nonato, recién nacido inmediato de bajo riesgo incluyendo a la familia durante las cuatro etapas del trabajo de parto y parto; aplicando el proceso de enfermería de acuerdo a NANDA, NOC y NIC. Para lo cual se trabaja a través del desarrollo de una guía de estudio al interior de esta unidad. Este objetivo también me motivó a realizar el presente escrito que abordaré desde seis capítulos:

Los **capítulos I y II** tratan sobre **aspectos generales** que incluyen: **el rol de el (la) profesional de enfermería** en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, específicamente en un servicio de trabajo de parto y parto, se narra una **reseña histórica de la evolución del parto** desde la antigüedad hasta la actualidad pasando por el parto solitario, el domiciliario y el hospitalario, así también se plantean las **bases generales del trabajo de parto** donde se abordan los aspectos fundamentales, los mecanismos disparadores más comunes expresados en teorías que explican la iniciación de este, los efectos maternos y la reacción fetal al trabajo de parto, así como los seis tiempos del mecanismo del parto en vértice, las divisiones clínicas expresadas en las cuatro etapas o periodos, sus fases y división funcional, seguidamente en el **capítulo II** se abordan brevemente **los factores esenciales o críticos que participan en el trabajo de parto** representados por las seis P: pelvis o paso, pasajero o feto, pelvis – pasajero (relación feto pélvica), poder o fuerza, posición y psique, cuya interrelación debe garantizar un trabajo de parto normal o eutócico para que se dé satisfactoriamente el parto, cualquiera de ellos que falle puede conllevar a distocias o anormalidades en este proceso.

Los **capítulos III, IV y V** tratan sobre la **valoración integral y holística durante la primera, segunda, tercera y cuarta etapa del trabajo de parto**, desde la admisión de la gestante hasta su recuperación y alojamiento conjunto con su recién nacido-a. Estos capítulos permitirán a los estudiantes tener una guía práctica, sencilla y un paso a paso de las técnicas en los procedimientos, actividades, maniobras y cuidados integrales que se deben realizar en cada etapa del trabajo de parto, así también cada etapa termina con planes de cuidados de enfermería con taxonomía NANDA, NOC y NIC básicos en el conocimiento de todo profesional de enfermería.

El **capítulo VI** trata sobre la **atención neonatal inmediata** con énfasis en la Norma Técnica del Ministerio de Salud -Protección Social, la guía práctica, el protocolo de enfermería y otras bibliografías. También se explica en forma de técnica de procedimiento, con los cuidados de inducción, conducción o apoyo según la valoración del APGAR al minuto, participando con trabajo en equipo y/o brindando

atención directa al recién nacido de bajo riesgo, con el fomento del vínculo afectivo, también este capítulo termina con planes de cuidados de enfermería con la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Se tuvo en cuenta la construcción de los estudiantes en el aula de clase y/o en el campo de práctica, anexando a este escrito algunos ejemplos de trabajos producto de su proceso de aprendizaje, tales como flujogramas que resumen las clases teóricas, un proceso de enfermería desarrollado en la práctica clínica, que refleja el logro de los objetivos propuestos en la asignatura.

Este texto termina cada unidad con preguntas de repaso y preguntas generales al finalizar el libro para la evaluación del aprendizaje, a fin de conocer el nivel de competencias adquiridas. Las preguntas son de distintas opciones, acompañadas de casos clínicos que inducen al análisis y la proposición de acciones de cuidado pertinentes.

El contenido de este texto pretende que una vez se haya leído, pueda ayudar al estudiante a comprender literaturas de niveles más complejos en este aspecto. Por último, invito a leer y degustar este aporte al conocimiento y aplicarlo en esas mujeres en trabajo de parto quienes requieren, no solo de profesionales con alta cualificación científica y tecnológica, sino de aquellos que no olvidan también que las sujetas de su cuidado son seres humanos, en ese momento que se convierte en un hecho trascendental que marca sus vidas.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

ROL DE LA (EL) PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

En Colombia el rol de la (el) profesional de enfermería en la atención humanizada, integral/holística (incluye un cuidado biológico, psicológico, social y espiritual) y humanizada a la mujer gestante, nonato, neonato, recién nacido y la familia durante las cuatro etapas del trabajo de parto y parto al interior de una institución hospitalaria está respaldada por leyes que rigen en el país para la atención de la mujer en salud sexual y reproductiva, entre otras: La Constitución Política de 1991, en su artículo 43, establece la protección a la maternidad durante el embarazo, parto y posparto, la ley 100 de 1993, ley 266 de 1996 que reglamenta la profesión de enfermería, la resolución 412 de 2000, así también, normas, protocolos y guías emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social. El (la) profesional de enfermería es idóneo para desempeñarse en un servicio de trabajo de parto y parto brindando atención humanizada con calidad, trabaja en equipo con el personal de salud, conoce y actúa según la normatividad los protocolos propios de atención institucional. Tiene como objetivo importante garantizar el respeto por los derechos de la parturienta, a fin de visibilizar a los verdaderos protagonistas del trabajo de parto, facilitando la atención, participación y acompañamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, para reducir la morbilidad y mortalidad materna y mejorar la salud sexual y reproductiva, planteó como estrategia la atención integral protocolizada con la implementación de las “Guías de práctica clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio” basadas en la mejor evidencia clínica, al alcance del equipo de salud entre otros a profesionales de enfermería. (1). Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas fundamenta el papel de la enfermera (o) en los “Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer” a fin de permitir estandarizar y mejorar la atención y las intervenciones efectivas, basadas en la evidencia científica, transformar el rol de la enfermería profesional en Colombia atendiendo al llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ampliar la cobertura de servicios para las mujeres en edad fértil y en los procesos de su vida reproductiva, valorar la calidad del cuidado. Este protocolo clarifica el papel del profesional de enfermería, sus competencias y aptitudes en la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y su quehacer de acuerdo al Modelo de Cuidado Cultural y la Teoría de Cuidado de Mediano Rango de Madeleine Leininger (1978, 1991, 1995, 2002), y Kristen Swanson (1991, 1993). (2)

El rol de la enfermería en el cuidado de la salud sexual y reproductiva es pertinente por su formación académica, profesional, disciplinar y técnica en sus estudios de pregrado en el área materno infantil. La (el) enfermera(o) por su formación en pregrado y posgrado en áreas materno perinatales y neonatales, tiene la capacidad para desempeñarse de manera autónoma, en la atención del proceso de gestación, trabajo de parto, parto incluyendo el expulsivo y puerperio de bajo riesgo y el acompañamiento en los casos de riesgo o emergencia obstétrica; actividad que actualmente se realiza cuando los servicios de salud mantienen altas demandas o no se cuenta con personal médico disponible. (2)

El/la profesional de enfermería tiene la responsabilidad de apoyar a la gestante y su familia durante el proceso de nacimiento;

comprender sus necesidades, ofrecer un cuidado personalizado e integral, fundamentado en la evidencia científica, y respetuoso con el derecho a la información y la toma de decisiones que los derechos a la salud sexual y reproductiva brindan para mayor posibilidades de lograr nacimientos saludables, en condiciones óptimas y seguras, y vivir el parto como una experiencia positiva, teniendo en cuenta que el nacimiento es un proceso fisiológico. (2)

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

El parto en la antigüedad:

La evolución del parto desde la antigüedad hasta la actualidad del siglo XXI se inicia desde el comienzo de la humanidad cuando el parto era solitario y con la sentencia bíblica «parirás con dolor» narrada en la biblia (Génesis 3:16). A partir de esta sentencia, el parto, en las culturas judeo-cristianas se constituyó en un castigo divino, al tiempo que representaba redención de los pecados y la salvación.

Posteriormente se inicia **el parto domiciliario, colectivo o con acompañamiento social** con parteras o comadronas que atendían los partos de las mujeres hebreas (Éxodo 1: 15-20) hasta la incorporación de la ciencia médica con el **parto hospitalario** y su consiguiente medicalización, institucionalización y legitimación en el que las escuelas de medicina inician la obstetricia.

En la antigua Roma la partera recibía el nombre de *obstetrix* del latín *obstare* cuyo significado es “estar al lado, cerca o enfrente de” con éste término se origina la obstetricia. Otro término utilizado para las parteras es *matrona* de origen escandinavo *matris* y significa “pequeñas hadas del bosque” debido a que la actividad tiene magia. En Mesopotamia las parteras se inspiraban en la diosa del parto Inanna o Istar y en la antigua Grecia invocaban a la diosa Artemisa. (3)

El parto en Europa:

Desde los siglos V y IV a.C, los discípulos de Hipócrates, pensaban que el parto era la mejor prueba de salud. En la Edad Media, el parto era una prueba peligrosa y al tiempo un “feliz acontecimiento”. La mortalidad materna tenía más incidencia en las mujeres más fecundas. Incluso, la madre temía dar a luz un monstruo, animal o minusválido. Durante el parto, se realizaban ritos y acompañamientos simbólicos. Y después del nacimiento, había fiesta alrededor de la parturienta y el recién nacido. Con esto se consolidaba la identidad femenina en lo individual, y en lo social se consolidaba la “maternidad colectiva.” (4), (5)

En el Renacimiento y la Reforma en el Siglo IX, el parto se constituía en una carga pesada para la mujer ya que “envejecía y moría” muy joven. Los partos de las grandes damas tendían a reducirse a un promedio de dos hijos en las familias de los duques y de los pares en Francia. (4), (5)

En el siglo XII la medicina solo la ejercían los varones y la partería era ilegal, solo podían ejercerla las parteras prominentes con restricciones y amenazas de ser sometida a juicio, cárcel o muerte ante la presencia de complicaciones. Mientras que en Francia la muerte materna de la esposa del rey favoreció a las matronas, permitiendo que la matrona de la corte fuese facultada para capacitar a otras parteras del reino y en 1560 en París se inaugura la primera escuela de matronas con influencia en toda Europa y América. (3)

En el siglo XVI los cirujanos inventan el fórceps (espátulas para ayudar al nacimiento del niño en los partos difíciles). Hacia la mitad del siglo XVIII, la ginecología progresó; los médicos se dedicaban al cuidado del feto y de la mujer; no obstante, en esta época, se agravó la mortalidad materna y los peligros del parto. En el siglo XVIII, se da paso a la práctica formal de la obstetricia y la ginecología practicada por hombres. Se desarrollan los conocimientos sobre el mecanismo del trabajo de parto, anomalías pélvicas y su relación con el parto, conducta expectante del parto, inducción del parto para evitar distocias, se difundió el fórceps, versiones externas e internas del feto, auscultación

de la frecuencia cardiaca fetal, uso de medicamentos oxitócicos, origen de la fiebre puerperal. En 1724, en Estrasburgo, se creó la Facultad de Medicina, la cátedra de obstetricia y, un año después, la casa de maternidad. (4), (5)

En el siglo XVIII y XIX se perfecciona la atención del parto; Deventer, Smellie, y Baudeloque contribuyeron en la comprensión del conducto del parto: en 1861, Litzman contribuye en el conocimiento de la pelvis materna y su libro se constituye en un clásico. En 1938 Caldwell y Moloy publican los cuatro tipos básicos de pelvis y sus mediciones. En el siglo XX se les da importancia a las matronas en Europa y se crearon escuelas que hoy son importantes universidades. (3)

El parto en la América hispánica:

El siglo XVIII registra el inicio de la producción científica en España en lo referente a Ginecoobstetricia. En la nueva España, se funda la Real Escuela de Cirugía con lo que se formaliza la enseñanza del arte obstétrico. Se reconoce, por parte del protomedicato, que para atender partos primero se debía ser cirujano. En este mismo siglo, contrario a los avances de la obstetricia, la atención de partos era un arte denigrado, abandonado, despreciado, practicado por gente ignorante (comadronas o parteras) y que por ser natural este conocimiento no podía entrar a la ciencia y solo podía ser atendido por otra mujer. Como antecedente, en 1522 un médico que atendió un parto disfrazado de mujer fue quemado vivo. Cuando surgió la casa de los partos ocultos, no se consintió la presencia de hombres en los partos y solo a mediados del siglo se logra recibir un partero con licencia. La Universidad de México no enseñaba la atención del parto por ser un arte denigrado. (6)

En México en los siglos XVIII y XIX el oficio de partera preocupa a la iglesia, a la ciencia médica y al Estado pero debido a su influencia europea fue tolerada la actividad. En 1768 fue creada la Escuela de Cirugía y se impartió la primera cátedra de obstetricia con poco éxito. (3)

El embarazo y el parto en el siglo XXI siguen siendo «naturales», pero con supervisión médica e implementación de tecnologías de punta, tales como ecografías, monitoreo y otros avances en las investigaciones en ciencia y tecnologías. Esto conlleva a la realización de procedimientos médicos como anestesia epidural, episiotomía, cesárea, amniocentesis, y muchas otras intervenciones que convirtieron el acto natural de parir en un acto científico. (4), (7)

El parto en Colombia:

Según Fernando Sánchez, en lo que sería después de la llegada de los españoles el territorio de la Nueva Granada, la historia de los partos es narrada en las leyendas y tradiciones de las tribus indígenas, así por ejemplo los chibchas y los muiscas hacían uso de la tradición del Nemqueteba o patriarca Sugamuxi “desaparecido.” Las indígenas, para tener un buen parto, peregrinaban cerca de Sogamoso, raspaban la piedra que creían que era la huella de sus pies y se bebían ese polvo mezclado con agua. En otras ocasiones, ofrecían objetos al arco iris. El parto lo hacían solas, en cuclillas a la orilla del río, porque el agua o Sia, su diosa, acompañaba y purificaba a la mujer. Solo en los partos difíciles, gritaban para recibir ayuda y acompañamiento durante el trance. Esto puede considerarse como un posible origen de las parteras en Colombia, aunque no se sabe exactamente cuándo se inició la costumbre del acompañamiento del parto. En cuanto se daba el parto, la mujer muisca lavaba la criatura y a ella también y regresaba al bohío, pero temiendo por las leyes de su pueblo que el marido no se les podía acercar durante muchos días después del parto. Cuando la mujer chibcha, tenía hijos gemelos había que matar al segundo, pues era considerado algo monstruoso producto de una lujuria desenfrenada. (4), (5)

Siguiendo la cronología, durante los primeros tres siglos llegan a Colombia los primeros “nobles médicos y cirujanos plebeyos” con conocimientos muy pobres hasta que en 1761, entró a Santafé un médico, don José Celestino Mutis, quien registró en su diario costumbres tales como: baño en agua a las 24 horas del nacimiento, uso de plantas medicinales para inducir el parto, entre otras: artemisa

para la retención de pares (placenta) después del parto; la adormidera para la mucha evacuación de sangre; venadillo para el dolor. Con la llegada de las “comadres sabias españolas” y las mujeres nativas que las ayudaban, se abolió el parto solitario. Entonces se atendía en el domicilio de la mujer, pero si surgían complicaciones se atenían a la suerte, pues los hospitales eran indiferentes con los partos.

En 1892, se crea la necesidad de reglamentar en Colombia el ejercicio de la profesión obstétrica. Las mujeres de estrato alto procuraban ser atendidas en sus partos por un obstetra. Al presentarse los primeros dolores, salían a buscarlo y se quedaban día y noche (y semanas). Los obstetras llevaban consigo el estuche con todos los aparatos e instrumentos que se utilizaban: fórceps (ayuda a la extracción del feto), embriotomo (instrumento para mutilar al feto en caso de parto difícil), cefalotribo (instrumento para aplastar la cabeza del feto muerto en partos difíciles), dilatadores, tijeras, sondas, estetoscopio, pelvómetro (mide diámetros y capacidad de la pelvis), etc. La alcoba donde se atendía el parto era preparada de antemano, se cerraban las puertas, ventanas, rendijas; debía ser una habitación espaciosa, amplia, seca, separada del patio por una o dos piezas de aspecto agradable, paredes aseadas en caso de ser empapeladas, los colores serían suaves, pavimento alfombrado o cubierto por esteras para disminuir el ruido al caminar por ellos. Se ofrecía a la mujer agua de azúcar, agua con leche o con vino, infusión de tilo para proporcionar la temperatura adecuada; al octavo día, abandonaba la cama y se sentaba en una poltrona por una o dos horas y a los 15 días se le permitía salir a una pieza vecina. (4), (5)

La primera mitad del siglo XX se caracterizó por un continuismo del siglo anterior, contrario a los grandes avances en la segunda mitad. En la década de los cuarenta, las especialidades de obstetricia y ginecología adquieren estatus académico oficial. El médico general actúa como cirujano y como partero. En Cartagena, en 1967, se realiza el primer seminario sobre la enseñanza de la obstetricia y la ginecología, organizado por Ascofame. Poco a poco, se relega el parto domiciliario por el parto institucional. En 1969, el país contaba con 606 salas de atención de partos, atendiendo en ese año 291.170 nacimientos vaginales

institucionales. En 1991 la nueva Constitución Política, en su artículo 43, establece la protección a la maternidad durante el embarazo, parto y posparto. Finalizado el siglo XX e inicios del XXI, la tecnología que producen los países desarrollados se adquiere en Colombia. Entre otras, la ecografía que al complementarlo con efecto Doppler, es útil en el pronóstico fetal; rayos láser para ginecología; la histeroscopia para visualizar la cavidad uterina; la ultrasonografía como avance para la reproducción humana; el feto como paciente directo para practicar cirugías fetales; laparoscopia en ginecología. Todo esto favorece a que la clínica en obstetricia sea reemplazada por aparatos. No obstante estos avances, los índices de morbilidad y mortalidad materna siguen siendo altos. (4), (5)

En la actualidad se intenta luchar por la atención humanizada del parto, donde se le pueda devolver el protagonismo a los verdaderos protagonistas que son la madre, hijo-a y familia en donde se respete el proceso fisiológico y natural del trabajo de parto y parto, se respeten sus derechos, se tomen decisiones consensuadas, cero medicalización, instrumentalización y procedimientos rutinarios muchas veces innecesarios. Solo intervención cuando haya justificación para hacerlo.

BASES GENERALES DEL TRABAJO DE PARTO

CONCEPTO DE TRABAJO DE PARTO:

El trabajo de parto tiene que ver con los procesos fisiológicos por medio del cual son expulsados a través del canal del parto los productos de la concepción. (8), (9), (3), (10), (11)

El trabajo de parto es un evento fisiológico, natural que involucra aspectos biopsicosociales, culturales, espirituales y familiares, que en su gran mayoría son de bajo riesgo, no obstante cada parto es una aventura por lo que se ha legislado a nivel internacional y nacional acerca de la institucionalidad del parto a fin de prevenir la morbilidad y mortalidad materno perinatal, para ello es importante brindar una atención integral calificada por parte del equipo de salud dentro de un marco de respeto a los derechos.

MECANISMOS DISPARADORES DEL PARTO

El trabajo de parto en su gran mayoría se inicia cuando el embarazo llega a término normal entre la semana 37 a 40 de gestación. Se dice que desde el principio y durante el embarazo, el útero se prepara para el parto, sus células se hipertrofian y activan a través de reacciones químicas y bioquímicas que dan origen a las contracciones regulares e intensas que al final del embarazo son capaces de provocar dilatación, borramiento, y el descenso fetal hasta expulsarlo al exterior. Aun no se sabe exactamente qué es lo que origina el desencadenamiento del trabajo de parto, existe una expresión lógica que dice “todo fruto maduro cae” o sea el trabajo de parto comienza en el momento adecuado para el feto y el útero, pero científicamente hay una serie de teorías que dan cuenta del posible desencadenamiento del trabajo de parto, no es posible considerar que una sola teoría pueda ser la causante (1),(3) pero si puede ser la convergencia de cada una de ellas, a continuación mencionaré lo básico de ellas, entre otras:

Teoría de la estimulación por oxitocina (8), (3), (10), (11)

La oxitocina (de oxys rápido, y tokos parto) se forma en el hipotálamo en los núcleos supraóptico y paraventricular; llega al lóbulo posterior de la hipófisis y luego se vierte a la circulación sistémica de forma pulsátil. En la medida que avanza el embarazo el útero se vuelve más sensible a esta hormona, va creando receptores especialmente en el fondo del útero, estimulando directamente el miometrio, con mayor concentración durante el expulsivo. Probablemente la distribución de los receptores es la responsable del “**Triple gradiente descendente**” de la contracción uterina. El incremento de receptores para oxitocina aparece gracias a los efectos de los estrógenos. La oxitocina provoca la liberación del calcio del sistema retículo sarcoplásmico, y actúa sobre la permeabilidad al sodio en el miometrio activando las contracciones uterinas. Además de la producción de oxitocina materna el líquido amniótico y el feto en la sangre del cordón umbilical también la producen contribuyendo a la contractilidad. Fisiológicamente también es liberada por:

- Distensión del útero en el cuerpo y cuello. (por vía refleja provoca una mayor secreción de oxitocina en el hipotálamo y un aumento progresivo de la actividad uterina, **Reflejo de Ferguson- Harris**)
- Estimulación mecánica del útero o de la vagina. (produce aumento de las prostaglandinas que también estimula la contracción uterina)
- Coito.
- Estimulación mecánica de las mamas.
- Estímulos emocionales.

Teoría de la supresión de la progesterona

Progesterona (pro: a favor y gesterona: gestación) su efecto sedante inhibe la contractilidad uterina, preserva el embarazo impidiendo la salida del calcio del sistema retículo sarcoplásmico. Se considera que al finalizar el embarazo la progesterona desciende, el estrógeno aumenta y el calcio es liberado. La disminución puede facilitar la síntesis de prostaglandinas en el corioamnios, la cual aumenta la contractilidad uterina. (8), (3), (10), (11)

Teoría de la estimulación por los estrógenos

Estrógenos (oistro: deseo irracional y gen: que genera). Se produce durante el embarazo en el sincitiotrofoblasto también se encuentra el estradiol, estrona y estriol su precursor es el andrógeno suprarrenal del feto. Probablemente estrógenos y progesterona actúan conjuntamente para favorecer al embarazo, pero a partir del séptimo mes de gestación la secreción de estrógenos sigue aumentando y la secreción de progesterona se mantiene. El estrógeno excita la célula miometrial, produce contracciones segmentarias y fraccionadas en el miometrio. Los estrógenos estimulan la síntesis de proteínas contráctiles, activan los canales de calcio, promueven la síntesis de receptores miometriales a la oxitocina y de prostaglandinas en la decidua y en las membranas fetales intensificando las contracciones del músculo miometrial. (3), (11)

Teoría del cortisol fetal

El feto maduro puede jugar un papel importante en la iniciación del parto. Es productor de andrógenos suprarrenales. Los esteroides fetales estimulan la liberación de precursores de prostaglandinas; antes que se inicie el trabajo de parto aumenta la sensibilidad de las suprarrenales fetales a la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) aumentando el cortisol. (8), (3), (11).

Teoría de las prostaglandinas

Se inicia a partir de los precursores de lípidos, por acción de los esteroides se promueve el depósito de ácido araquidónico esterificado en las membranas fetales. Aumenta la síntesis de prostaglandinas, esta estimula al músculo liso para que se contraiga, en especial al miometrio. La prostaglandina está presente en cantidades aumentadas en la sangre y en el líquido amniótico inmediatamente antes y durante el parto. Su síntesis se da en el amnios, decidua y el miometrio. La acción de la oxitocina es eficaz si va seguida de una elevación de la prostaglandina F2 alfa, al aumentar las prostaglandinas, estas contribuirán a la contractilidad uterina. (7), (3), (10), (11)

Otras teorías:

Interacción bioquímica

La onda contráctil inicia en el fondo uterino, y se desplaza rápidamente a una velocidad de 2 cms por segundo hacia el segmento uterino inferior, dependiendo de:

- La presencia de las uniones con hendiduras o discontinuidades entre célula y célula
- Las sustancias contráctiles actina y miosina
- Fuentes energéticas (ATP)
- El intercambio de electrolitos (calcio, sodio y potasio)
- Es necesaria la presencia de estímulos endocrinos. Durante el parto están presentes la oxitocina, la PGF2a, y la acetilcolina. (9), (3), (11)

Actividad del miometrio

Al dilatarse el cérvix incrementa la liberación endógena de oxitocina, aumentando la actividad miometrial. Conocido como reflejo de Ferguson. Las presiones que ejerce el útero contráctil varían de 20 a 60 mm Hg, con un promedio de 40 mm Hg. En el trabajo de parto verdadero el útero se divide en dos porciones (anillo fisiológico de retracción). El fondo uterino es el que se contrae, haciéndose progresivamente más grueso, el segmento uterino inferior y el cérvix, es pasivo el cual se dilata desde 0 hasta 10 cms y borra hasta 100% en la medida que progresa el trabajo de parto. La musculatura uterina permanece más corta y más espesa y no regresa a su longitud original. A este fenómeno se le llama braquiestasia, hace presión hacia abajo sobre el feto. (3), (10), (11)

Presión intrabdominal

Cuando el cérvix se dilata y borra completamente, los músculos rectos abdominales se contraen favoreciendo los pujos, llamados también esfuerzos de pujo hacia abajo ayudando a la expulsión del feto y la placenta. (3)

Cambios de la musculatura pélvica

Con cada contracción la cabeza fetal desciende hacia el piso pélvico, la presentación presiona sobre el perineo (músculo elevador del ano y fascia de la pelvis) se mueve recto y vagina hacia adelante y hacia arriba, siguiendo la curva del piso pélvico que tienen un espesor de 5 cm, hasta llegar a menos de 1 cm. Permitiendo una anestesia fisiológica por la disminución de la irrigación sanguínea. El ano se dilata quedando expuesta la pared rectal interna. (3), (9)

EFFECTOS SISTÉMICOS MATERNOS Y REACCIÓN FETAL AL TRABAJO DE PARTO

EFFECTOS SISTÉMICOS MATERNOS

Sistema cardiovascular: Debido al esfuerzo que representa el trabajo de parto por las contracciones fuertes, se disminuye o detiene el flujo sanguíneo en la rama de la arteria uterina que irriga el espacio intervelloso, originando redistribución del flujo sanguíneo hacia la circulación periférica produciendo aumento del gasto cardiaco durante las contracciones de 10 a 15 % al inicio del trabajo de parto hasta un 30 a 50% en el expulsivo, aumento en la presión arterial y disminución de la frecuencia cardiaca. (10), (11)

Sistema respiratorio: Los cambios en el sistema cardiovascular aumentan la frecuencia respiratoria incrementándose la demanda de oxígeno en un 40% y en el expulsivo hasta un 100%, desarrollando en la parturienta una hiperventilación que conlleva a una caída de presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial PCO_2 y alcalinidad o aumento del PH. (10), (11)

Equilibrio de líquidos y electrolitos: durante el trabajo de parto es alterado el equilibrio de líquidos y electrolitos debido a la hiperventilación (aumento de la frecuencia y profundidad de la respiración) y al aumento de la actividad muscular que conlleva al aumento de la temperatura corporal y a las pérdidas insensibles de agua evaporada o diaforesis. (10), (11)

Sistema hematopoyético: Los leucocitos circulantes aumentan hasta 25.000 a 30.000/mm³ o más. El fibrinógeno plasmático aumenta, y disminuye el tiempo de coagulación. La actividad muscular disminuye la glicemia. (10), (11)

Sistema digestivo: se disminuye la motilidad gástrica y la absorción de alimentos sólidos, se prolonga el tiempo de digestión y vaciamiento gástrico, pueden presentarse vómitos de los alimentos ingeridos. (10), (11)

Sistema renal: La presión de la cabeza fetal sobre la vejiga reduce su tono y por ende limita el drenaje de sangre y linfa, la congestión de la orina puede provocar infección urinaria. Esta presión lleva o puede llevar a edema de los tejidos. (10), (5)

REACCIÓN FETAL AL TRABAJO DE PARTO

Cambios de la frecuencia cardiaca: pueden haber desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal con presiones intracraneales de 40 – 55 mm Hg, por depresión hipoxia del sistema nervioso central que está bajo control vagal. (10)

Equilibrio ácido-básico en el trabajo de parto: en el acmé de cada contracción, disminuye el flujo sanguíneo hacia el feto, que conlleva al descenso del pH (acidez). (10)

Cambios hemodinámicos: Hay intercambio de nutrientes y de gases entre los capilares fetales y el espacio intervelloso que depende de la presión arterial del feto. (10)

Estados conductuales: Aparecen con más frecuencia en los dos estados de sueño (tranquilo y activo), y en ocasiones en los estados de vigilia. Durante el sueño disminuye la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos respiratorios y otras actividades del organismo. (10)

Movimientos fetales: Los movimientos respiratorios del feto disminuyen y pueden detenerse antes del inicio del parto. (10)

Cambios de posición: Son los movimientos cardinales realizados por el feto cuando la cabeza desciende al canal del parto y por acción de las contracciones uterinas modifica su actitud para adaptarse a la pelvis. Estos movimientos en su orden son: descenso, flexión, rotación interna, extensión, restitución, rotación externa y expulsión constituyen el **MECANISMO DEL PARTO EN MODALIDAD DE VÉRTICE**, se dan en seis tiempos que a continuación se describen:(9), (10)

- **Primer tiempo: Acomodación de la cabeza al estrecho superior:** en general la cabeza fetal entra a la pelvis en la variedad de posición occipito izquierda anterior (O.I.A) y se

flexiona pasando del diámetro occipito frontal de 12 cm al suboccipito frontal de 10.5 cm. La estación se ubica cerca de la línea innominada en -2.

Ilustración 1.1



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- **Segundo tiempo: Descenso o encajamiento:** la presentación en su misma variedad de posición y en forma sinclítica desciende a la excavación en estación 0 a nivel de las espinas ciáticas.

Ilustración 1.2



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- **Tercer tiempo: Acomodación de la cabeza fetal al estrecho inferior y acomodación de los hombros al estrecho superior:** la cabeza desciende al piso pélvico, se reorienta, flexiona y realiza su rotación interna, reemplazando el diámetro suboccipito frontal de 10.5 cm por el suboccipitobregmático de 9.5 cm, la sutura sagital rota 45° hacia el plano anteroposterior llevando la fontanela posterior al subpúbis u occipitopúbica (O.P) los hombros se reorientan y acomodan al estrecho superior en el oblicuo opuesto al diámetro cefálico.

Ilustración 1.3



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- **Cuarto tiempo: Desprendimiento de la cabeza y descenso de los hombros a la excavación:** la cabeza desciende aumentando su hiperflexión del diámetro suboccipitobregmático hasta que el mentón se une al manubrio esternal, hueso occipital bajo la sínfisis púbica y frente sobre el cóccix que retropropulsa, realiza el movimiento cardinal de extensión desprendiéndose de la pelvis en O.P y distendiendo el piso pélvico apareciendo a través de la horquilla vulvar el sincipusio, frente, ojos, nariz, boca y mentón.

Ilustración 1.4



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 1.5



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- **Quinto tiempo: Acomodación de los hombros al estrecho inferior:** los hombros descienden al estrecho inferior y en un movimiento de rotación de 45° del dorso y del hombro anterior que ahora se ubica en el subpubis (restitución) y la cabeza ubicada en la vulva rota inverso al de la restitución (rotación externa). El occipital se orienta en transversa.
- **Sexto tiempo: Desprendimiento de los hombros:** el diámetro biacromial se orienta anteroposterior, el hombro anterior se ubica bajo el pubis y se desprende hasta el deltoides, desprende el hombro posterior siendo este el primero en salir. Al caer el hombro posterior se desprende el hombro anterior y por último se desprende el resto del tronco y extremidades inferiores.

Ilustración 1.6



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

ETAPAS, FASES, DIVISIÓN FUNCIONAL DEL TRABAJO DE PARTO.

El trabajo de parto clínicamente se divide en cuatro etapas o periodos (8) a saber:

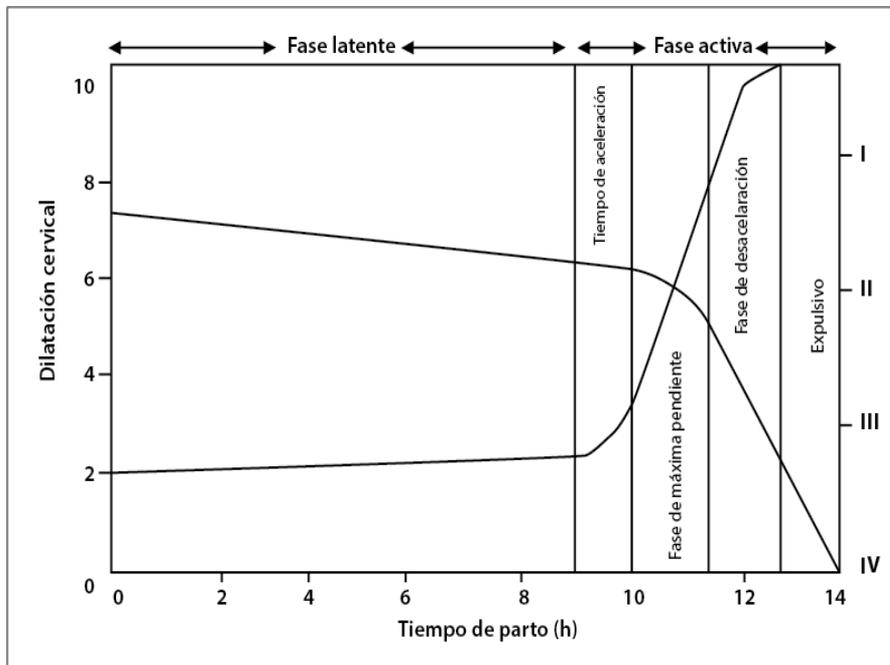
1. Primera etapa o dilatación y borramiento
2. Segunda etapa o expulsivo o nacimiento
3. Tercera etapa o alumbramiento
4. Cuarta etapa o recuperación

1. La primera etapa o dilatación y borramiento se inicia con la aparición de la primera contracción verdadera y termina con la dilatación completa de 10 centímetros, borramiento de 100% (8). La primera etapa según Emanuel Friedman por medio del análisis de 500 curvas de dilatación promedio para trabajo de parto en primíparas en 1954, estableció que se divide en fase latente (duración de 18 a 24 horas) y fase activa, la fase activa a su vez se divide en fase de aceleración, con dilatación hasta los 4 cm, fase de máxima pendiente alcanza de 4 a 8 cm y fase de desaceleración de 8 a 10 cm (con duración de 2.5 horas en multíparas y 4.5 horas en primíparas). En la fase activa el cérvix tiene una velocidad mínima de dilatación en la nulípara de aproximadamente 1.2 cm/h y la multípara 1.5 cm/h. (1), (8),(9),(10),(11),(12). Esto constituye uno de los principios y base para la elaboración del partograma. Ver más adelante.

Según las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias 2013 en sus recomendaciones basadas en evidencia científica recomienda adoptar la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm de dilatación y la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta 10 cm acompañada de dinámica regular. La duración de la fase activa

del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. En las multíparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas. (Recomendación D) (1)

Ilustración 1.7



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada de Vergara Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

2. La segunda etapa del trabajo de parto o expulsivo se inicia cuando termina la primera etapa con la aparición de los signos premonitorios del parto y termina con la expulsión o nacimiento del niño o niña. (8), (9), (10), (11) Las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias 2013

la subdivide en dos fases: 1. Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias del expulsivo. La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta dos horas tanto si tiene como no analgesia neuroaxial. Es importante verificar siempre el bienestar fetal. 2. Periodo expulsivo activo cuando, el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa. La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta una hora si no tienen analgesia neuroaxial y de dos horas si la tienen. (Recomendación D) (1), (8),(10), (11),(12)

3. La tercera etapa del trabajo de parto, o alumbramiento o etapa placentaria se refiere a la expulsión de la placenta y sus anexos, inicia con el nacimiento y termina con la expulsión de la placenta. (1),(8), (9),(10), (11),(12)

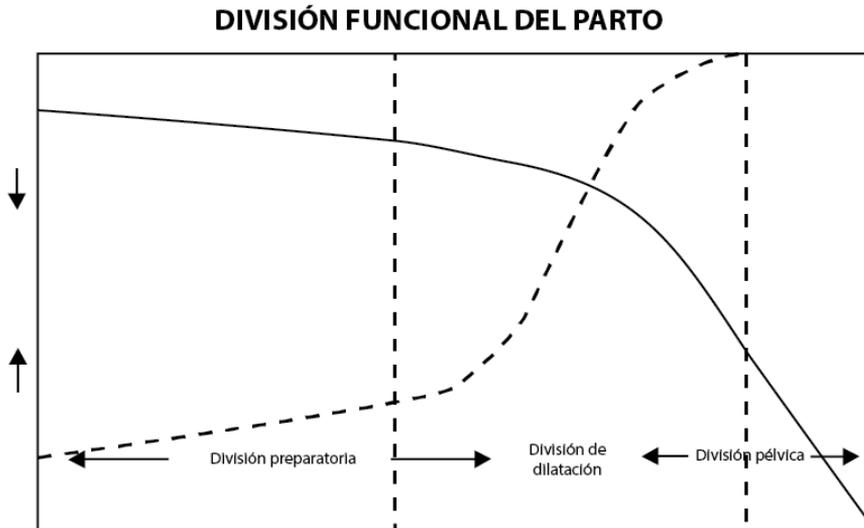
4. La cuarta etapa del trabajo de parto o recuperación inicia con la expulsión de la placenta y sus anexos y termina dos horas después del parto, al estabilizarse el estado físico de la madre. (1),(8),(10),(11), (12)

La división funcional del trabajo de parto propuesta por el doctor Friedman tiene tres divisiones (2):

- 1. Preparatoria:** se inicia con las contracciones uterinas, tiene la función de que las contracciones sean coordinadas, polarizadas, orientadas y prepara el cuello uterino para el borramiento cervical. Incluye la fase latente y aceleración de la primera etapa del trabajo de parto.
- 2. Dilatación:** Su función es producir la máxima dilatación del cuello uterino que va de 5 a 10 cm, en un tiempo aproximado de dos horas, observándose en el partograma un ascenso brusco de la curva de dilatación.
- 3. Pélvica:** Su función es que el feto venza el obstáculo pélvico con el máximo descenso, se da la relación feto-pélvica, los

tiempos del mecanismo de parto y el parto. Incluye la fase de desaceleración y el expulsivo.

Ilustración 1.8



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada de Vergara Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE:

Responda con una X la opción correcta.

1. La iniciación del trabajo de parto se da por diferentes mecanismos disparadores de este proceso, cuáles de ellos propone que inhibe el efecto de la progesterona produciéndose la contractilidad uterina:
 - a. Estimulación oxitócica y distensión uterina.
 - b. Deprivación de la progesterona y estimulación de estrógenos.
 - c. Control endocrino fetal y estimulación de progesterona.
 - d. Fosfolípidos, ácido araquidónico y prostaglandinas.

2. Los efectos sistémicos en el trabajo de parto se caracterizan por:
 - a. Aumento de glóbulos rojos y aumento de la motilidad gástrica.
 - b. Disminución de relaxina y del fibrinógeno plasmático
 - c. Disminución de la frecuencia cardiaca y ventilación por minuto
 - d. Aumento de la presión arterial y del gasto cardiaco.

3. Dos reacciones fetales al trabajo de parto son:
 - a. Cambios de presión del líquido amniótico y en la presión uterina.
 - b. Presión indirecta del fondo uterino sobre el feto y presiones bajas de la cabeza fetal.
 - c. Movimientos cardinales del feto y presión intracraneal alta con cada contracción.
 - d. Fuerza de la expulsión en la madre y presión directa del feto sobre el útero.

4. Durante el trabajo de parto en la presentación cefálica de vértice los movimientos cardinales del feto en el descenso son:
 - a. Flexión, rotación externa, rotación interna y extensión.
 - b. Rotación externa, rotación interna, extensión y flexión.
 - c. Flexión, rotación interna, extensión y rotación externa
 - d. Rotación externa, extensión, flexión y rotación interna.

II parte complete:

Complete acertadamente cada pregunta:

1. El doctor Friedman propone tres divisiones funcionales presentes en el trabajo de parto, enúncielas:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

2. Enuncie los seis tiempos del mecanismo del parto en vértice en su orden:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Para uso de profesionales de salud. - Guías No. 11-15 Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Sección 5 y 6 pág. 57-83 2013 Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADapara-complicaciones-en-embarazo.aspx>
2. MINISTERIO DE SALUD. Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SMProtocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>
3. ESPINOSA TORRES, Luis. Parto: Mecanismo, clínica y atención Primera edición Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V México, D.F 2009.
4. COLÓN I. Candelaria María. Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena. Un análisis desde la perspectiva de género. Editorial Universitaria-Sección de publicaciones de la Universidad de Cartagena. Cartagena, 2014
5. SÁNCHEZ TORRES, Fernando. “*Historia de la Ginecoobstetricia en Colombia*”: Disponible en <http://encolombia.com/contenido/ginecoobstetricia.htm>

6. URIBE, Elías Roberto. “*La invención de la mujer. Nacimiento de una escuela médica*”. México D.F. Tomado de Cultura Económica Benemérita. Universidad Autónoma de Puebla.
7. KNIBIEHLER, Yvonne. “*Historias de las madres y de la maternidad en Occidente*.” Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión Saic 2000
8. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería materno-infantil. 17. edición México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
9. VERGARA Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007.
10. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. 5a. Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España 2006.
11. OLDS S. LONDON M. LADEWIG P., Enfermería materno infantil: Un concepto integral familiar. Cuarta Edición México: Interamericana, McGraw-Hill 2006.
12. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Norma técnica de atención del parto*. 2014. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3>
13. *Atencion%20del%20Parto.pdf* Consultada: 20 marzo 2016.

CAPÍTULO II

FACTORES ESENCIALES O CRÍTICOS QUE PARTICIPAN EN EL TRABAJO DE PARTO

El proceso del trabajo de parto normal o eutócico, para que evolucione y se dé el parto, depende de la intervención de seis factores críticos o esenciales llamados también las seis “P” las cuales son:

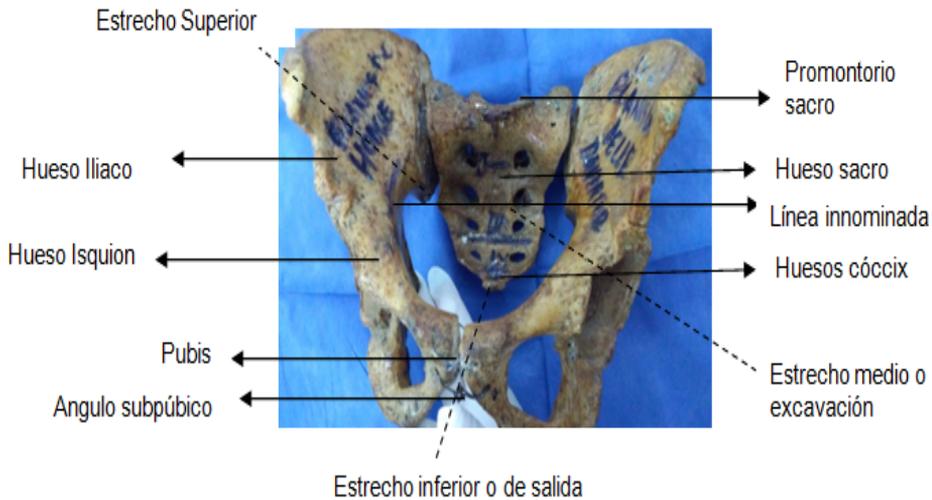
1. Pelvis o paso
2. Pasajero o feto
3. Pelvis – pasajero (Relación feto pélvica)
4. Poder o fuerza
5. Posición
6. Psique

PELVIS O PASO

La pelvis ósea está conformada por dos huesos ilíacos (compuesto por la unión de las estructuras: íleon isquion y pubis), el sacro (unión de cuatro vertebras fusionadas en un solo hueso en forma triangular, la primera vertebra sacra se une con la quinta lumbar formando el promontorio) y la sínfisis del pubis (unión de los cuerpos del pubis por un cartílago móvil). La pelvis desde el punto de vista obstétrico se divide en pelvis falsa o mayor, localizada encima de la línea innominada y no

tiene importancia en obstetricia y pelvis verdadera, o menor por debajo de la línea innominada, la cual es de mucha importancia obstétrica, consta de tres estrechos a saber: estrecho superior o entrada, estrecho medio o excavación y estrecho inferior o salida pélvica.(1),(2),(3)

Ilustración 2.1. Pelvis ósea



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Estrechos y diámetros pélvicos

1. *Estrecho superior o entrada pélvica*: formada por el borde superior horizontal de la sínfisis del pubis, el promontorio, alerones y articulaciones del sacro, línea innominada y eminencias ileopectíneas. (1),(2),(3)

Los diámetros o conjugadas anteroposteriores son tres: la conjugada diagonal va desde el borde inferior del pubis o ángulo subpúbico hasta llegar al promontorio (ver ilustración 2.2), la conjugada verdadera va desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el promontorio; la más importante es la conjugada obstétrica que va desde la cara posterior del pubis hasta el promontorio (es por donde transita la cabeza fetal) pero para hallarla se debe medir la diagonal y a esta restarle 1.5 cm si el pubis no está muy inclinado hacia atrás o 2 cm, si está inclinado hacia adelante cuyo resultado debe ser mínimo 10 cm. La pelvis ginecoide tiene un diámetro de 12 cm y antropoide de 14 a 16 cm. (1), (2), (3)

Ilustración 2.2. Valoración del conjugado diagonal estrecho superior



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

2. *Estrecho medio o excavación pélvica*: va desde el ángulo subpúbico, cara posterior de la sínfisis del pubis hasta la segunda

y tercera vertebra sacra, las espinas ciáticas y sus ligamentos sacrociáticos conforman el plano de las mínimas dimensiones pélvicas que es el diámetro interespinoso y mide 10 cm, el resto de la excavación mide aproximadamente 11.5 cm. (1), (2), (3)

Ilustración 2.3. Valoración del estrecho medio o excavación pélvica



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

3. *Estrecho inferior o salida pélvica*: el diámetro anteroposterior o subsacro subpúbico va desde el borde inferior del ángulo subpúbico hasta el cóccix, mide aproximadamente de 11 a 12 cm. El diámetro transversal bisquiático o intertuberoso, va del borde interno de una tuberosidad a la otra, mide aproximadamente 10.5 a 11 cm y se mide con el puño de la mano. (1), (2), (3)

Ilustración 2.4 Valoración del estrecho inferior o salida pélvica



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

La pelvis por su tamaño y con un feto cefálico de vértice (2), se clasifica como:

1. **Pequeña:** para fetos hasta 3.000 gr
2. **Promedio:** para fetos de 3000 a 3.500 gr
3. **Grande:** para fetos mayores de 3.500 gr

Por su forma se clasifica en cuatro tipos básicos de pelvis según Caldwell y Moloy de acuerdo a estudios radiológicos en 1933 (2):

1. **Ginecoide:** la más común en un 50% de las mujeres y es la mejor para el parto.
2. **Antropoide:** es común en un 26 % en las mujeres que no son de raza blanca y se adapta al parto.

3. **Androide:** menos comunes en un 18% y no aptas para el parto.
4. **Platipeloide:** menos comunes en un 5% y no aptas para el parto.

Ilustración 2.5. Tipos de pelvis

CARACTERÍSTICAS DE LOS TIPOS DE PELVIS SEGÚN CADWELL Y MOLOY				
	GINECOIDE	ANDROIDE	ANTROPOIDE	PLATIPELOIDE
Estrecho superior	Redondeado, segmento anterior y posterior amplio	Triangular, segmento posterior amplio y aplanado y el anterior estrecho y puntiagudo	Ovoide anteroposterior. Longitud aumentada de los segmentos anterior y posterior con diámetro transversal reducido	Ovoide en sentido transversal. Diámetro anteroposterior de ambos segmentos reducidos
Sacro	Curvo de longitud promedio	Recto y hacia adelante	Curvo, pero alargado y estrecho	Curvo y corto
Escotadura sacrociática	De amplio promedio	Estrecha	Amplia	Algo estrecha
Inclinación del sacro	Neutral o algo hacia atrás	Hacia adelante	Hacia atrás	Hacia atrás
Paredes laterales	Rectas	Convergentes	Algo convergentes o rectas	Rectas o divergentes
Interespinoso	Amplio	Acortado	Acortado	Aumentado
Arco púbico	Curvo	Recto	Levemente curvo	Curvo
Ángulo subpúbico	Amplio	Estrecho	Estrecho	Amplio
Intertuberoso	Amplio	Acortado	Frecuentemente acortado	Amplio
Inclinación ligamentos	Oblicuo hacia atrás	Anteriores	Antero- posteriores	Horizontales

Tabla elaborada por la autora, Tomada de Vergara Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

La técnica para valorar la pelvis se verá más adelante cuando se describa la exploración física en la primera etapa del trabajo de parto.

Por su capacidad funcional se relaciona el tamaño, tipo y forma de la pelvis con el peso, presentación y posición fetal para determinar finalmente si la pelvis es adecuada o no para el parto vaginal y se clasifican en (2):

1. Adecuada
2. Límite
3. Inadecuada

PASAJERO O FETO (1), (2), (3), (4),(5)

La cabeza fetal desde la obstetricia es muy importante, ya que es necesario que franquee el canal del parto sin ningún problema, está compuesta por:

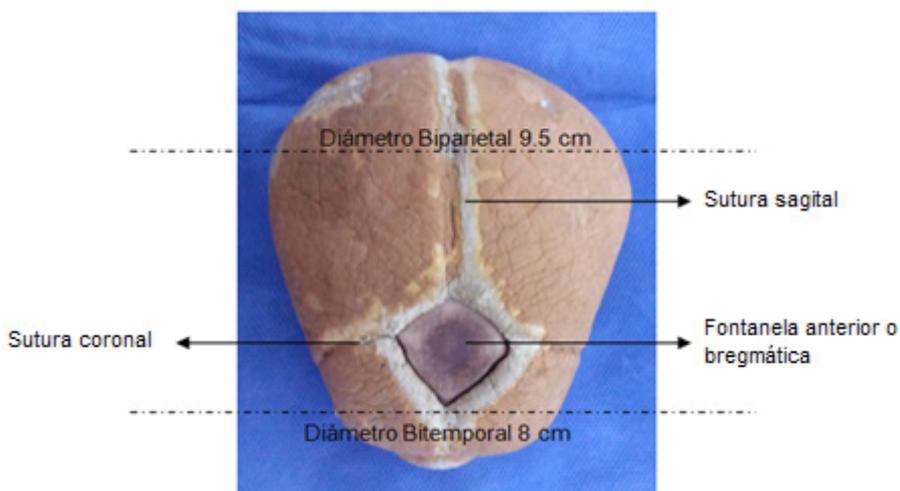
- La base del cráneo: esfenoides, etmoides y los dos temporales (sin interés obstétrico)
- Bóveda del cráneo (de gran importancia obstétrica)
- La cara

La bóveda del cráneo: formada por dos huesos frontales, dos parietales y un occipital, los cuales no están unidos sino separados por surcos o suturas que permiten la formación de fenómenos plásticos o modelaje de la cabeza fetal y por ende sirven para reducir tamaño y medida de la cabeza fetal en su paso por la pelvis durante el expulsivo, en orden de aparición son cilindraje, acabalgamiento, caput succedaneum y cefalohematoma.

Las suturas más importantes son la sutura frontal, que se encuentra en medio de los frontales, la sagital se ubica en medio de los dos parietales en dirección izquierda o transversal con relación al eje de la pelvis, se inicia por detrás de la fontanela bregmática o anterior (de forma romboidal de mayor superficie que la fontanela posterior o lambda y

se ubica entre los frontales y los parietales), la sutura lambdoidea entre los dos parietales y el occipital. En el extremo posterior de la sutura sagital se ubica la fontanela lambda de forma triangular.

Ilustración 2.6. Bóveda del cráneo



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Los diámetros principales de la cabeza fetal son los siguientes:

El biparietal, distancia entre las prominencias de los parietales, mide de 9.5 a 9.8 cm.

El diámetro suboccipitobregmático va desde la parte inferior del occipital hasta la fontanela bregmática y mide 9.5 cm (cabeza flexionada y barbilla pegada al esternón).

El diámetro occipito frontal va desde la raíz de la nariz hasta el occipital, mide menos de 12 cm.

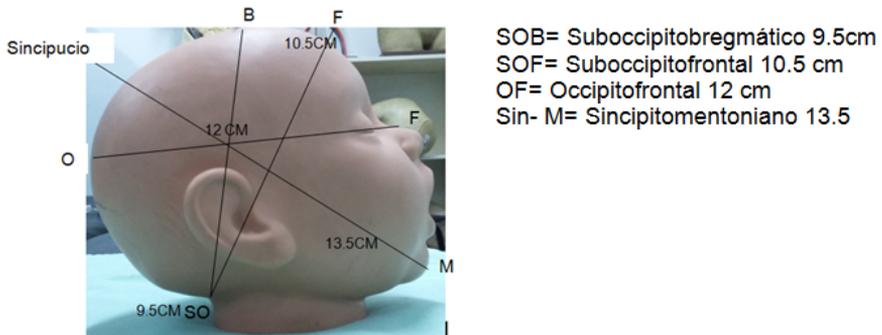
El diámetro occipitomentoniano va desde el occipital hasta el mentón y mide 13.5 cm.

Ilustración 2.7. Suturas y fontanelas de la bóveda del cráneo



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 2.8. Diámetros principales de la cabeza fetal



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Actitud fetal: interrelación entre las partes del feto. El feto se encuentra flexionado, barbilla pegada con el esternón, la columna vertebral doblada hacia adelante, brazos flexionados cruzados o doblados en el pecho, miembros inferiores flexionados con los muslos sobre el abdomen y pantorrillas sobre la cara posterior de los muslos.

Esta actitud le permite reducir su longitud para adaptarse a la forma del útero.

Presentación fetal: es la parte corporal del feto que entra primero en el canal de la pelvis, puede ser:

1. Cefálica en un 96 a 97% con variedades de vértice (cabeza flexionada y barbilla contra el tórax) variedad de cara (cuello distendido, occipital y espalda se ponen en contacto).
2. Presentación de nalgas o pélvicas en un 3 a 4% con variedad pélvica franca (muslos flexionados con piernas extendidas), variedad pélvica completa (muslos flexionados sobre el abdomen con piernas dobladas sobre los muslos), variedad de pie o de pies (uno o varios pies extendidos).
3. Presentación de hombros es poco frecuente y se da cuando la situación fetal es transversa.

Posición: es la relación que guarda el dorso del feto con el lado derecho o izquierdo de la madre.

Situación fetal: es la relación que guarda el eje cefalocaudal del feto con el eje cefalocaudal de la madre. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

La variedad de posición se refiere a los puntos de referencia o punto guía de la presentación en relación a la pelvis. Para hallarla se puede tener indicios por medio de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) pero es más seguro a través del tacto vaginal, se divide la pelvis en los siguientes cuadrantes imaginarios: anterior izquierda, anterior derecha, posterior izquierda, posterior derecha, transversa izquierda o transversa derecha. En la presentación fetal se elige el punto de referencia o punto guía y se relaciona con alguno de los cuadrantes de la pelvis. En la presentación de vértice el punto de referencia es el occipucio (fontanela posterior o lambda). Durante el tacto con un dedo se recorre la sutura sagital hasta encontrar la

lambda y se relacionan con el cuadrante pélvico, como se observa en la siguiente figura:

Ilustración 2.9. Recorrido de la sutura sagital hasta la lambda



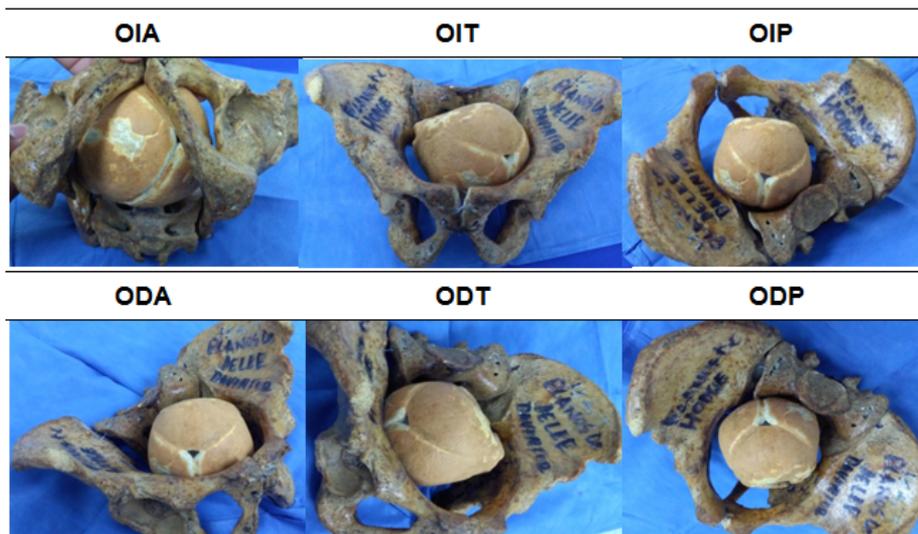
Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

En la presentación de cara es la barbilla (mentón). En la presentación pélvica es el sacro. En la presentación de hombro es la escápula (acromion). Se expresan por abreviaturas donde la primera letra corresponde al punto de referencia fetal, la segunda letra el lado izquierdo o derecho y la tercera letra a la parte anterior o posterior de la pelvis, ejemplo **OIA** (occipito izquierda anterior), se refiere a que el occipital del feto está dirigido hacia el lado izquierdo de la madre y anterior de la pelvis. Si el occipital se dirige transversalmente hacia la izquierda será **OIT** (occipito izquierda transversa). Si el occipital se dirige hacia la parte izquierda y posterior será **OIP** (occipito izquierda posterior) para el lado derecho sería **ODA**, **ODT** y **ODP**.

Frecuencia cardiaca fetal: (FCF) en un feto a término y en condiciones normales es de 120 a 160 latidos por minuto. Para valorar (FCF) se divide el abdomen en cuatro cuadrantes imaginarios: dos superiores, izquierdo y derecho, y dos inferiores, también izquierdo y derecho. Con base en las maniobras de Leopold, tenga en cuenta la posición y presentación fetal y ubique el punto de máxima intensidad en el cuadrante correspondiente colocando el estetoscopio obstétrico o doppler hasta encontrar la FCF o los ruidos cardiacos del feto. Un

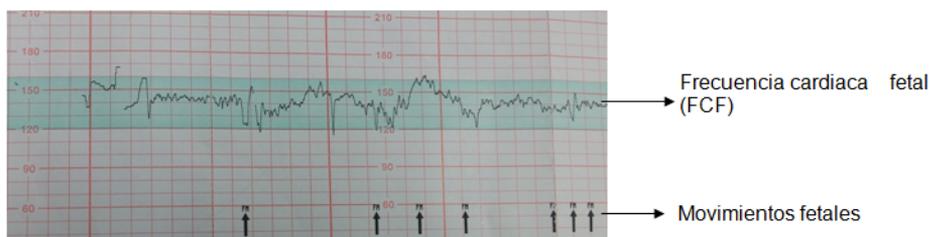
ejemplo sería que, si el feto está en presentación cefálica y posición izquierda el punto de máxima intensidad para escuchar la fetocardia es el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Comúnmente en variedad de posición OIA y OIP (la localización de la FCF puede ser una ayuda para indicar la posición). Si la presentación es cefálica y posición derecha, la fetocardia se ausculta en el cuadrante inferior derecho y la variedad de posición puede ser ODA y ODP. La primera evaluación se debe tomar hasta un minuto después de cada contracción, para confirmar la tolerancia del feto a las mismas. Para detectar irregularidades es bueno tomarla antes, durante y después de las contracciones. Sus valores normales oscilan entre 120 a 160 pulsaciones por minuto. La siguiente figura corresponde a la fetocardia y movimientos fetales registrados por un monitor fetal:

Ilustración 2.10. Variedades de posición



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 2.11. Registro de frecuencia cardiaca y movimientos fetales



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

PELVIS – PASAJERO (RELACIÓN FETO PÉLVICA)

Para valorar la relación feto pélvica es determinante tener en cuenta lo estudiado anteriormente relativo a la pelvis y relacionar con la estación o descenso fetal: relación entre la parte presentada y una línea imaginaria dibujada entre las espinas isquiáticas de la pelvis materna. Se determina el punto más declive de la presentación con los planos de Lee (partiendo del punto 0 que son las espinas ciáticas. Cuando la presentación está encajada es porque se encuentra a nivel de las espinas, a partir de aquí se enumeran planos paralelos de un centímetro por encima designándolos negativos o por debajo positivos, cinco planos hacia arriba y cinco hacia abajo). En los planos de Hodge la presentación está encajada cuando se encuentra entre la segunda y la tercera vertebras sacras y la sínfisis del pubis. **El encajamiento** confirma la adecuación de la entrada pélvica. (2), (3)

El **sinclitismo** es la relación entre el eje de la presentación y el de la pelvis. Estimar el peso fetal, verificando la presentación cefálica, modalidad vértice en OIA, en una estación de -1 a 0, descenso sínclito, ausencia de fenómenos plásticos y la integridad de las membranas. En la siguiente ilustración de izquierda a derecha se observa la cabeza fetal en asinclitismo anterior, sinclitismo y asinclitismo posterior (2).

Ilustración 2.12. Estación fetal



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 2.13. Sinclitismo y asinclitismo



Fotografía tomada con simuladores del laboratorio Manuela Abad, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

PODER O FUERZA

El poder o fuerza se refiere a las contracciones uterinas (fuerzas primarias) y los pujos (fuerzas secundarias) las cuales son y operan conjuntamente para expulsar los productos de la concepción. Las contracciones son fisiológicas e involuntarias independiente del control de la madre; deben ser suficientes en frecuencia, intensidad y duración para que permitan el descenso del pasajero o feto a través del paso o pelvis mientras que va realizando los movimientos cardinales durante el mecanismo del parto. Se valoran a través de la palpación en el fondo uterino o por monitoría electrónica. La contracción consta de tres fases: ascenso o aumento, acmé o pico máximo de la intensidad

de la contracción y descenso o disminución de la intensidad de la contracción.

Las contracciones poseen cinco características que son (1), (2), (3):

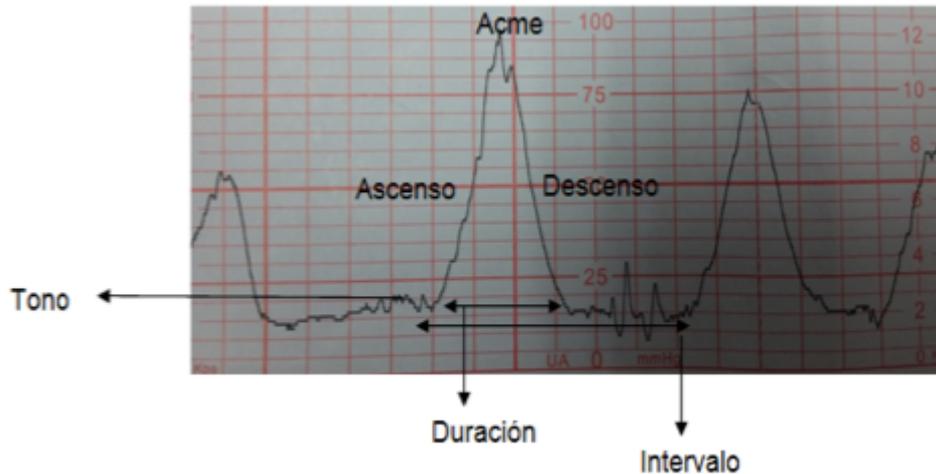
1. **Frecuencia:** número de contracciones durante 10 minutos
2. **Duración:** tiempo que transcurre entre el comienzo y la finalización de una misma contracción.
3. **Intensidad:** grado de mayor fuerza de la contracción durante el acmé de la contracción. Puede ser buena o mala, para valorarla se palpa el útero con la yema de los dedos en el acmé de la contracción, es buena cuando al hacer presión con la yema de los dedos, el útero se siente firme como madera y no se producen indentaciones, y es mala cuando al hacer la presión con los dedos, el músculo uterino tiene poca firmeza y se producen indentaciones.
4. **Intervalo:** tiempo entre el inicio de una contracción y el inicio de otra. Consta de dos partes, la duración de la contracción y el tiempo de relajación
5. **Tono:** presión más baja después de una contracción.

Es un tiempo de relajación entre las contracciones que permiten reposo al útero, a la madre y bienestar al feto.

Otras características de las contracciones son las fuerzas cualitativas del **triple gradiente descendente:** (2)

1. **Propagación:** la contracción se inicia en el fondo del útero y se irradia hasta el segmento uterino inferior a una velocidad de 2 cm por segundo.
2. **Intensidad:** la contracción se registra con mayor fuerza en el fondo del útero y menor en el segmento uterino inferior.
3. **Duración:** la contracción es más duradera en el fondo del útero que en el segmento uterino inferior.

Ilustración 2.14. Registro de las contracciones uterinas por monitoría electrónica.



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

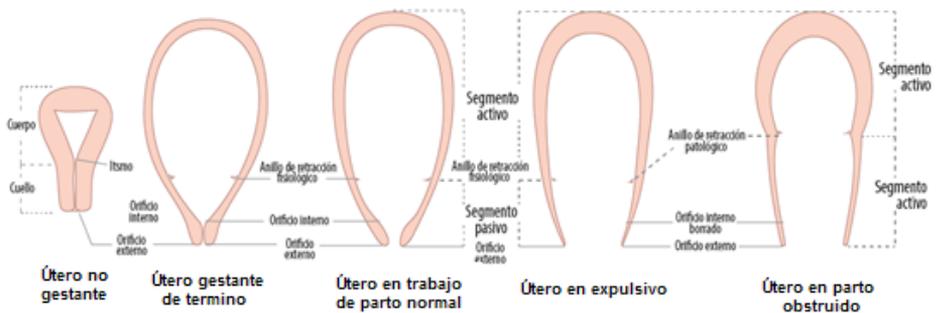
Durante el trabajo de parto, el útero se divide en dos partes: 1. El fondo que es la parte activa con mayor contenido de células miométriales, con las contracciones sus fibras musculares se retraen y acortan con el descenso fetal. Se encarga de expulsar el producto de la concepción 2. El segmento uterino inferior que es pasivo, por acción de las contracciones se produce el borramiento y la dilatación. (1), (2), (3) Con las contracciones entre el fondo y el segmento uterino inferior se forma un anillo de retracción fisiológico. (1), (2), (3)

El borramiento o disminución de la longitud y grosor del cérvix expresado en términos de porcentaje que va desde 0% (cérvix normal de 2 a 3 cm) al 100% (a perdido longitud y grosor, tan delgado como una hoja de papel). (1), (2), (3)

La dilatación: se refiere a la apertura del cérvix. El grado de dilatación cervical se mide en centímetros. El trabajo de parto activo

se inicia cuando es de 3 centímetros y llega a la dilatación completa cuando no se alcanza el cuello por delante de la presentación, que suele ser a los 10 cm marcando el final de la primera etapa del trabajo de parto. (1), (2), (3) La nulípara termina el borramiento primero y la dilatación después, y la múltipara dilata y borra simultáneamente. (1), (2), (3), (4).

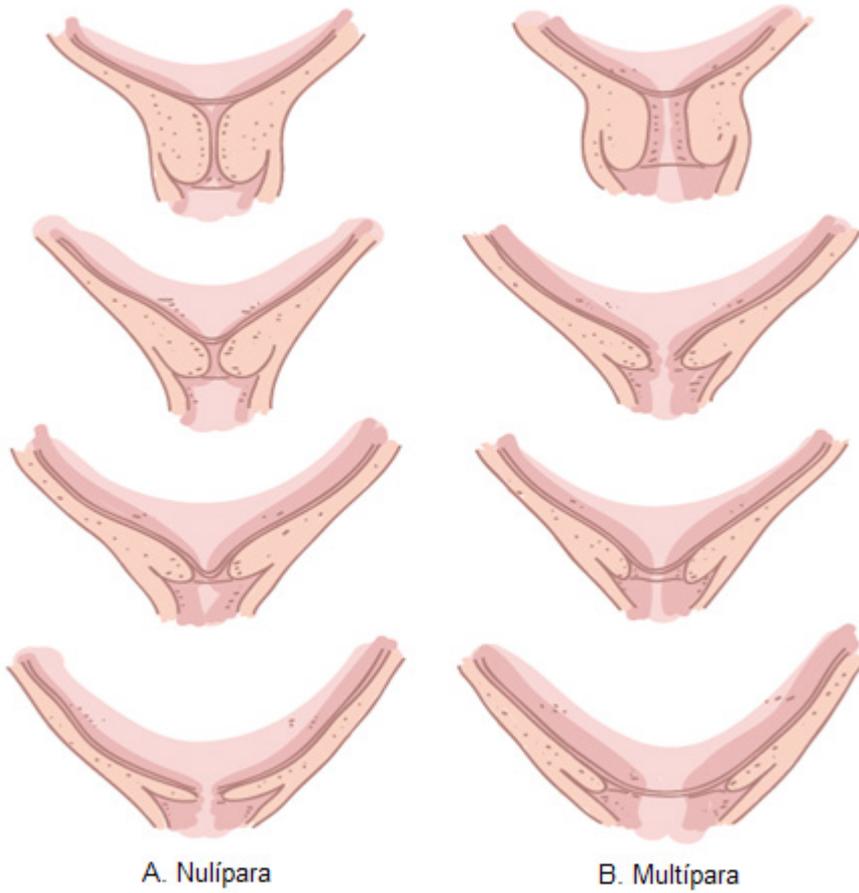
Ilustración 2.15. División del útero durante el trabajo de parto



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada de Vergara Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

Las características de maduración cervical, para correlacionar la proximidad del parto o el éxito de una inducción oxitócica durante el primer trabajo de parto se pueden evaluar usando el índice de Bishop. Calificando entre 0 hasta 3 los parámetros de dilatación, borramiento, estación o altura de la presentación, consistencia y posición del cérvix. El éxito de 100% para parto vaginal con inducción oxitócica es con puntaje entre 10 a 13 y éxito del 70% con puntaje entre 7 y 10, la inducción no se indica con puntajes de 4 o menos hasta tanto no haya maduración cervical. (2), (6), (7)

Ilustración 2.16. Borramiento y dilatación cervical



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada de VERGARA SAGBIBI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

Ilustración 2.17. Sistema de puntuación de Bishop

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE BISHOP				
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Estación fetal	-3	-2	-1, -0	+1, +2

Tabla elaborada por la autora, Tomada de Vergara Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007

Las contracciones uterinas ejercen presión sobre las **membranas ovulares** y esta presión hidrostática ayuda a la dilatación. Las membranas se pueden presentar durante el trabajo de parto: planas, hemisféricas, en reloj de arena o piriforme, falsa bolsa de agua. Se pueden romper provocando la salida de líquido claro o ligeramente turbio e incoloro. (1), (2), (3), (4), (5)

Los pujos o fuerzas secundarias

Es la fuerza mayor que ayuda a la expulsión del feto. Cuando la dilatación uterina está completa por efecto de las contracciones uterinas, aumenta las presiones intrabdominal de los músculos rectos abdominales conjuntamente con esfuerzos respiratorios y cierre de la glotis. Para que el parto sea posible en la segunda etapa es necesario que las fuerzas de la contracción uterina participen conjuntamente con las fuerzas de los músculos abdominales y juntas puedan vencer las fuerzas del paso (cérvix, canal pélvico y músculos del piso pélvico). (1), (2), (3), (4), (5)

Signos premonitorios del trabajo de parto

Con los signos premonitorios se da inicio al trabajo de parto, los cuales son: “aligeramiento” o sensación de disminución de la distensión abdominal por causa del descenso de la presentación fetal a la pelvis,

presión sobre el nervio ciático, micción frecuente, contracciones regulares de Braxton Hicks, expulsión del tapón mucoso, puede haber rotura de membranas amnióticas. (1), (11), (12), (13).

Trabajo de parto verdadero y falso

Las contracciones uterinas transcurren de forma inconsciente durante todo el transcurso del embarazo, pero al finalizar la gestación aproximadamente dos a cuatro semanas antes son acompañadas de incomodidades o molestias en la mujer, que de acuerdo a los signos y síntomas que manifieste se clasifican en trabajo de parto falso o verdadero como se puede observar en el siguiente cuadro: (1), (4)

Ilustración 2.18. Trabajo de parto falso y verdadero

TRABAJO DE PARTO FALSO Y VERDADERO	
FALSO	VERDADERO
No hay cambios en el cérvix	Dilatación y borramiento progresivo del cérvix.
Incomodidad, por lo general en la región inferior del abdomen e ingles.	Incomodidad en espalda y abdomen
No hay aumento en la frecuencia o intensidad de las contracciones.	Aumento progresivo de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones
Los intervalos son prolongados	Los intervalos se acortan gradualmente
Las contracciones se producen en intervalos irregulares.	Las contracciones ocurren en intervalos regulares
Al caminar no presenta contracciones.	Al caminar aumentan las contracciones

Tabla elaborada por la autora, Tomada de Reeder S. Martin L. Koniak D., Enfermería Materno-Infantil. 17. ed. México: Interamericana, McGraw-Hill

POSICIÓN

Las posiciones durante el trabajo de parto deben ser de libre escogencia por la parturienta y cambiarla las veces que lo desee: caminar o posición vertical, en cuclillas, sentada, semisentada, decúbito lateral izquierdo. Respetar siempre su preferencia para fomentar una buena evolución del trabajo de parto.

Se debe proponer a la parturienta las posiciones que le ayudarán al alivio del dolor, a la relajación, a la reducción de la duración del trabajo de parto, a favorecer las relaciones funcionales entre las contracciones uterinas, el feto y la pelvis, que contribuyan a ampliar los diámetros de la pelvis, prevenir distocias entre otros beneficios y no se asocien con aumento de intervenciones, o efectos negativos en las gestantes o en el bienestar de los nonatos. (10)

Las posturas más comunes que facilitan el progreso efectivo del trabajo de parto son:

- **Posición de pie y caminando con inclinación hacia adelante.**

Disminuye la secreción de hormonas relacionadas con el estrés (ACTH, adrenalina, cortisol) y la aparición de distocias dinámicas, favorece los movimientos cardinales fetales (descenso, flexión, encajamiento, rotación), mejora la perfusión uterina, el retorno venoso y evita el sufrimiento fetal. (2)

Ilustración 2.19. Posición de pie caminando



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Posición de cuclillas con rodillas separadas**

Aumenta los planos transversos del estrecho medio e inferior de la pelvis.

Ilustración 2.20. Posición de cuclillas con rodillas separadas



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Posición sentada**

Amplía los diámetros transversos del plano medio y de salida, igual que cuando se coloca de cuclillas.

Ilustración 2.21. Posición sentada



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Posición decúbito lateral**

Mejora la perfusión útero-placentaria fetal, evita la compresión sobre los grandes vasos maternos, mejora la oxigenación previniendo el sufrimiento fetal en caso de polisistolia. (2)

Ilustración 2.22. Posición decúbito lateral

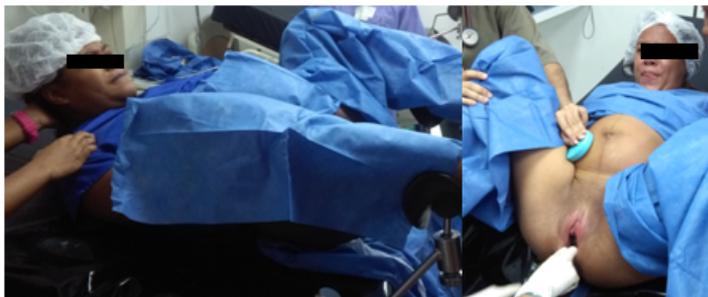


Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Maniobra de McRoberts**

Previene la retención aguda de hombros, cuando se sospecha la presencia de un feto macrosómico. (2)

Ilustración 2.23. Maniobra de McRoberts



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Posición sostenida de manos y rodillas.**

Facilita el nacimiento con distocia de hombros, relaja el periné, aumenta el flujo sanguíneo placentario y umbilical, facilita la rotación fetal. (4)

Ilustración 2.24. Posición sostenida de manos y rodillas



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Posición de litotomía o ginecológica**

Ilustración 2.25. Posición de litotomía o ginecológica



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

PSIQUE (1), (4), (8)

El trabajo de parto es una vivencia muy emocional por lo que es regulado por hormonas que contribuyen a generar sentimientos de ansiedad, de inseguridad, de soledad, temor, angustia, llantos, gritos, desamparo, algunas se aterrorizan, pueden llegar a sentir temor a la muerte propia o de su bebé dicen sentir que pierden las fuerzas, desean salir rápido del proceso de parto, otras mujeres no solamente asocian estas vivencias al dolor por acción de las contracciones uterinas y/o signos y síntomas propios del parto sino también por la confluencia de otros factores como: el medio hospitalario y los procedimientos clínicos, sus recuerdos de partos anteriores, entre otros (9). Todas las mujeres se inquietan sobre cómo será su parto, cómo nacerá su hijo-a. Las mujeres enfrentan su experiencia de parto dependiendo de su entorno y experiencias previas, en el primer parto la experiencia es totalmente nueva para ellas y las mujeres que han parido anteriormente saben que cada parto es único y diferente de los anteriores, ellas saben que cada parto es una novedad, es un imprevisto, es una aventura, otras creen que se puede repetir un trauma vivido anteriormente, se tiene ansiedad por el nuevo rol de madre, el dolor e incomodidades de las contracciones uterinas, si se cumplirán o no sus expectativas, si tendrá el apoyo familiar o no, aunque una vez ve nacer a su hijo-a puede experimentar cambios emocionales positivos (9). A su vez cada experiencia dependerá de:

- Asistencia al control prenatal
- Preparación física para el nacimiento.
- Herencia sociocultural y étnica
- Factor económico
- Experiencias previas del nacimiento
- Apoyo de otras personas importantes
- Integridad emocional.
- Motivación para el embarazo
- Sensación de competencia o capacidad
- Confianza en sí mismo y autoestima

- Subjetividad propia de la mujer
- Relación positiva con la pareja
- Confianza en el personal médico y de enfermería

Por todo lo anterior es importante que la mujer en trabajo de parto sienta el apoyo y acompañamiento de su pareja o del ser que ella más quiera así como del equipo de salud, capaz de brindarle seguridad y confianza dentro del marco de sus derechos sexuales y reproductivos y la garantía de que se le brindará una atención humanizada, eliminación de toda barrera en los servicios de maternidad, cambiando desde nosotros mismos, quitándonos el protagonismo y cediéndoselo a los verdaderos protagonistas del parto: madre e hijo-a, a fin de que puedan experimentar los sentimientos más positivos desde su ingreso hasta su salida del hospital.

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Responda con una X la opción correcta:

1. El examen de la pelvis se realiza antes del parto para determinar si existe algún factor o anormalidades de tamaño o configuración pélvica que pueda complicar el proceso. Las medidas que se llevan a cabo son.
 - a. Diámetros antero posterior, interespinoso e intertuberoso
 - b. Diámetro verdadero, biparental y bitemporal
 - c. Diámetro longitudinal, mentoniano y occipitomentoniano
 - d. Diámetro bimastoideo, suboccipitobregmático y posterolateral

II parte complete:

Complete acertadamente cada pregunta:

2. Grafique las características de las contracciones uterinas

3. Enuncie los seis factores críticos o esenciales (6 “p”) que participan en el trabajo de parto.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

4. Al realizar la valoración del canal de parto (pelvigrafía y pelvimetría) usted puede encontrar cuatro tipos de pelvis básicas enúncielas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. Se debe proponer a la parturienta las posiciones que le ayudarán al alivio del dolor, a la relajación, a la reducción de la duración del trabajo de parto, a favorecer las relaciones funcionales entre las contracciones uterinas, el feto y la pelvis, que contribuyan a ampliar los diámetros de la pelvis, prevenir distocias entre otros beneficios y no se asocien con aumento de intervenciones, o efectos negativos en las gestantes o en el bienestar de los nonatos. Las posturas más comunes que facilitan el progreso efectivo del trabajo de parto son:

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería materno-infantil. 17. ed. México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
2. VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007.
3. ESPINOSA TORRES T. LUIS. Parto: mecanismo, clínica y atención. Primera edición, 2009. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V México D.F
4. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Marcia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España, 2006.
5. OLDS S. LONDON M. LADEWIG P., Enfermería materno infantil: Un concepto integral familiar. Cuarta Edición México: Interamericana, McGraw-Hill
6. GONZÁLEZ ROBERTO -BOUBETA1, CARLA CID-GONZÁLEZ. Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. Consultado 11/02/15
7. RENDÓN MEDINA Marco Aurelio, Trabajo de parto normal IP. SlidePlayer. Disponible en: <http://slideplayer.es/slide/1055583/>
8. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica de atención del parto.2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf> Consultada: 20 marzo 2016.
9. COLÓN I. Candelaria María. Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena. Un análisis desde la perspectiva de género. Editorial Universitaria- Sección de Publicaciones de la Universidad de Cartagena. Cartagena, 2014
10. MINISTERIO DE SALUD. Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>
11. RAMÍREZ J. Seminario: mecanismo y asistencia al parto. Bogotá-Colombia.2016 Encontrado en: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/SEMINARIS/seminario1a.pdf>

12. <http://infogen.org.mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/> (fecha de acceso: 12/03/16. H.I: 9:38 am)
13. <http://procesoyetapasdelaprendizajedelparto.blogspot.com.co/> (fecha de acceso: 12/03/16. H.I: 9:38 am)

CAPÍTULO III

VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO: DILATACIÓN Y BORRAMIENTO

VALORACIÓN DURANTE LA ADMISIÓN DE LA GESTANTE AL HOSPITAL

INTRODUCCIÓN

El proceso de admisión varía de un hospital a otro y cada uno tiene su propio protocolo y normatividad de ingreso, aunque los principios básicos no varían. (1), (2)

DEFINICIÓN DE ADMISIÓN

Es un conjunto de maniobras que se realizan a la gestante a término o pretérmino, nulíparas o múltiparas en trabajo de parto para obtener una serie de datos objetivos o signos clínicos, que están relacionados con los síntomas que refiere el paciente cuando está en trabajo de parto, con fines de diagnósticos, atención directa según normas y de referencia oportunas. (3)

Según el Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer del Ministerio de Salud y Protección Social – UNFPA es el procedimiento clínico para valorar el estado de salud de la mujer gestante, sujeto del cuidado, y comprende: elaboración de la historia clínica, valoración física con énfasis en la revisión obstétrica y vaginal, revisión de ayudas diagnósticas, identificación y clasificación del riesgo, establecer el diagnóstico, las necesidades que requieran ser satisfechas y determinar las conductas a seguir. (13)

OBJETIVOS

- Valorar el estado general materno-fetal
- Determinar si la paciente tiene trabajo de parto verdadero o falso
- Identificar condiciones y factores de riesgo o variables materno perinatales, patologías asociadas o concomitantes con el embarazo, posibles complicaciones y signos de peligro.
- Contribuir a que la gestante tenga una experiencia personal, placentera, digna y segura

EQUIPO

- Tensiómetro
- Fonendo
- Termómetro
- Guantes
- Cinta métrica
- Báscula o peso.
- Espéculo

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

- Dar apoyo y orientación lo más pronto posible respecto al trabajo de parto y ambiente hospitalario sobre todo cuando la gestante no ha recibido preparación previa.

- Al explorar la paciente hay que brindarle confianza, garantizar la privacidad y ser sensible además del conocimiento.
- Durante el interrogatorio realice preguntas claras y concretas de acuerdo a la capacidad intelectual de la paciente, haciendo una pregunta a la vez e hilarla con la siguiente evitando anteponer la palabra NO y constatando que la paciente entienda bien la pregunta.(2)
- La valoración clínica es importante en una paciente con aparente contractilidad uterina para identificar su estado de salud materno fetal y tomar la decisión si se hospitaliza o no, por lo que es necesario seguir el protocolo de atención del servicio y/o la *Norma técnica colombiana de atención del parto del Ministerio de Salud y Protección Social. (2014)* de obligatorio cumplimiento tanto en el sector público como en el privado (3), igualmente seguir las recomendaciones del Ministerio de Salud -Protección Social – Colciencias establecidas en sus Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 Para uso de profesionales de la salud (2013).(4) A continuación algunas recomendaciones de esta guía para la admisión:
 - Dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm.(4),(13)
 - Ofrecer apoyo individualizado a aquellas mujeres que acuden para ser atendidas por presentar contracciones dolorosas y que no estén en fase activa del trabajo de parto.
 - Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.
 - Identificación de condiciones y factores de riesgo según guía del Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. (Recomendación D)

- Las gestantes deben permanecer en observación al menos dos horas y se debe realizar un nuevo examen médico antes de dejar la institución.
- Las gestantes que no estén en fase activa del trabajo de parto deben recibir información sobre signos y síntomas de alarma, así como indicaciones precisas de regresar al hospital cuando ocurran los siguientes cambios: inicio o incremento de actividad uterina, dolor intenso, sangrado genital en cualquier cantidad, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinnitus, cefalea intensa y los demás que se consideren pertinentes por el personal de salud.
- No se recomienda el uso rutinario de la monitoria fetal electrónica ni la medición del índice de líquido amniótico en la admisión de pacientes con embarazo de bajo riesgo, ni enema rutinario (Recomendación A). (4),(13)
- Se recomienda evaluar las pruebas realizadas durante el control prenatal para reevaluar aquellas con resultados anormales y realizar o complementar los exámenes prenatales pertinentes que hagan falta, especialmente los del tercer trimestre y las pruebas rápidas para VIH y sífilis (Recomendación A).

PROCEDIMIENTOS

ENTREVISTA

- Al iniciar la relación terapéutica y por tanto la valoración de la paciente es importante poseer una actitud cálida, respetuosa, presentarse, saludarla, darle la bienvenida, invitarla a sentarse, escucharla activamente, ser objetivo-a, comprensivo-a, empático-a, tolerante, observador-a, fomentando una comunicación de doble vía capaz de responder a las condiciones biopsicosociales de la gestante, lo que contribuirá a que el parto sea una experiencia positiva y satisfactoria para ella y familiares (Nivel de evidencia III2 Grado de recomendación B). (2), (13)

- Al entrevistar anote en la historia clínica los datos en forma clara y ordenada: nombres y apellidos completos, documento de identificación, dirección completa de ella y/o familiar a quien se le pueda informar en caso necesario, edad en años cumplidos, estado civil, escolaridad, afiliación al sistema de salud, nombre, edad y escolaridad de la pareja, si cuenta o no con apoyo familiar, expectativas de su trabajo de parto, servicio donde se está valorando, fecha y hora en que se presenta. (13)
- Preguntar por el motivo por el que ingresa al servicio, aunque este le parezca obvio y anotarlo en los términos que ella diga.
- Interrogue acerca de: los signos premonitorios del trabajo de parto (aligeramiento, contracciones regulares, expulsión del tapón mucoso).

Sobre las contracciones pregunte desde cuando se iniciaron, cuál es su duración, cada cuánto se presentan, dónde están localizadas.

Sobre el estado de las membranas pregunte si tuvo salida de líquido por la vagina, las características de este, tiempo de la rotura.

Preguntar si ha presentado hemorragia, actividad o movilidad fetal percibidos por la madre (en general se considera normal mínimo tres movimientos en una hora), alergias, hora de última comida, medicamentos, remedios caseros, si ha padecido fiebre, tomar datos del registro prenatal (grupo sanguíneo, factor Rh, laboratorios o cualquier medida diagnóstica o terapéutica).

Deberá aproximarse lo más posible la hora de inicio de las contracciones uterinas regulares; estos datos son importantes para estimar el inicio real del trabajo de parto, como también para calcular la hora probable del parto con base en la velocidad mínima de dilatación y descenso para primíparas y múltiparas.

Interrogue acerca de las molestias o signos y síntomas para determinar si la paciente está en trabajo de parto verdadero (contracciones regulares irradiadas del hipogastrio al dorso que aumentan en intensidad,

duración acortando el intervalo, borramiento y dilatación cervical).
(1), (2), (3), (13)

- Establezca el problema actual realizando un recuento cronológico y factores asociados a los signos y síntomas desde que se iniciaron hasta el momento en que ingresa al servicio. (13)
- Preguntar sobre antecedentes personales: ginecológicos (fecha de la última regla, uso de métodos anticonceptivos, flujos vaginales, con o sin tratamiento, número de compañeros sexuales, realización de citología vaginal), obstétricos (establecer la fórmula gestacional, interrogando sobre el número de gestaciones incluyendo abortos, número de partos y/o cesáreas y su causa, lugar de atención, peso de los hijos, presencia de malformaciones, muerte perinatal), patológicos (padecimiento de alguna enfermedad, consumo de medicamentos o de sustancias psicoactivas, violencia de género), inmunológicos (alergias, vacuna con toxoide tetánico, RH (-) aplicación de gammaglobulina Anti -D). (13)
- Con base en la fecha de la última regla calcular la fecha probable de parto (al primer día de la última regla sumar siete días y retroceder tres meses) y calcule las semanas de gestación (a la fecha de la última regla sumar siete días, a partir de esta fecha, calcular el número de meses y multiplicarlos por 4.5, si después de calcular el número de meses sobran días hasta la fecha de la consulta, convertirlos a semanas y sumar al resultado obtenido anteriormente. Otra forma es sumar los días a partir del primer día de la última regla hasta la fecha de la consulta y el resultado dividirlo entre siete) (1),(2),(3), (13)
- Determinar período intergenésico: meses transcurridos desde el final del último embarazo hasta la última regla del embarazo actual, riesgo psicosocial (adolescentes sin apoyo, estrés, consumo de drogas psicoactivas, violencia) (13).

VARIABLES MATERNAS PERINATALES EN PARTO DE BAJO RIESGO DE VÉRTICE

- Edad entre los 18 y 35 años de edad
- Talla mayor de 155 cm
- Paridad menor a 4
- Inicio espontáneo del trabajo de parto
- Evaluación pélvica que muestre una pelvis sin signos de estrecheces
- Ausencia de enfermedades asociadas y/o que compliquen el embarazo actual
- Antecedentes negativos para mortinatos, muerte neonatal, o recién nacidos con lesiones del SNC
- Antecedentes de partos vaginales normales, de duración promedio normal, de inicio y finalización espontánea.
- Antecedentes de alumbramiento normal
- Hemoglobina mayor a 10 gr y factor Rh positivo
- Gestación única
- Presentación cefálica, vértice, occipito izquierda anterior.
- Embarazo con edad gestacional conocida entre las 37 y 41 semanas cumplidas
- Peso fetal estimado entre los 3000 y 3500 gramos.
- Membranas ovulares intactas
- Altura uterina mayor de 31 y menor de 35 cm (3),(5), (6)
- Verificar los exámenes de laboratorio que trae del control prenatal para evaluar factores de riesgo y determinar conducta y/o solicitar los faltantes: grupo sanguíneo y RH, hemoglobina inferior a 11.0 g / l a nivel del mar es anemia por deficiencia de hierro y es causa de mortalidad materna y perinatal, prueba de Coombs indirecta en Rh negativo, serología para sífilis y VIH-sida, glicemia y prueba de carga para carbohidrato, parcial de orina y urocultivo, frotis vaginal, antígenos para hepatitis B, prueba para toxoplasmosis y ecografías.(13)

- Evaluar en relación a los factores de riesgos síntomas de alarma obstétrica, antecedentes personales, patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, heredo-familiares y farmacológicos. (2), (3), (5)

VALORACIÓN FÍSICA

Es importante hacer uso de las técnicas semiológicas tales como: **la inspección, palpación y auscultación**. Para lo cual se le informa a la paciente el procedimiento y se le pide que se acueste en decúbito dorsal. (1)

- **Exploración general céfalo caudal:** nivel de conciencia, orientación, estado general, color de piel, mucosas e hidratación.
- **Signos vitales:** **tensión arterial** en el brazo derecho y posición sentada (cifras mayores a 140/90, investigar signos de preeclampsia o eclampsia como cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, reflejos osteotendinosos, oliguria o edema en cara, manos y piernas, convulsiona), **frecuencia cardíaca** (presencia de taquicardia; sospechar de infección, anemia o sangrado), **frecuencia respiratoria** (puede haber disnea fisiológica) y **temperatura** (cifra mayor de 37,5°C sospechar de infección). (13)
- **Valoración de las mamas:** **inspección** de tamaño, simetría, hiperpigmentación, presencia de red venosa de Haller, pezón, areola, tubérculos de Montgomery, **palpar** densidad, peso, nódulos, ganglios axilares inflamados, salida de secreciones por pezón.(2)
- **Valoración de abdomen:** **inspección** con el abdomen descubierto, se observan las características de la piel, estrías, cicatrices, pigmentación de la línea alba, panículo adiposo, distensión abdominal, forma y tamaño, presencia de red venosa, vello, etc. (2) (13)
- **Palpación:** valore el tamaño del útero por **altura uterina** empleando una cinta flexible graduada en centímetros, su extremo inicial se toma entre los dedos índice y medio de la mano derecha

y se fija en el borde superior de la sínfisis púbica, llevándola centralmente, sobre la línea alba del abdomen de la paciente, hasta el fondo uterino, el cual es referente por la mano colateral colocada sobre su borde cubital inmediatamente después del mismo. (1), (2), (3), (5), (6) Correlacione con la edad gestacional en embarazos a término con feto único debe ser mínimo de 29 centímetros; si la medición es inferior sospechar de retardo del crecimiento intrauterino u oligoamnios, error de amenorrea, feto encajado y ruptura de membranas. Si la medición es superior a 35 centímetros, sospechar error de medición, obesidad, feto macroscópico, gestación múltiple, polihidramnios y feto flotante. (2), (13)

Ilustración 3.1. Valoración de la altura uterina



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Se calcula la talla fetal en embarazo a término al multiplicar la edad gestacional en meses por el mismo número hasta el quinto mes y solo cambiará el número del mes, ejemplo para un mes será $1 \times 1 = 1$ cm, para 2 meses será $2 \times 2 = 4$ cm, para 6 meses será $6 \times 5 = 30$ cm, 7×5 , 8×5 , 9×5 .

Para calcular el peso fetal aproximado, multiplique la altura uterina por 100, con base en este resultado, tenga en cuenta la estación fetal, para sumar o restar 100 gramos por cada cm positivo o negativo, con excepción de la estación cero (0). Ejemplo, si la altura uterina es de 32 cm y la estación está en - 2 el peso fetal es 3.000 gr, si estuviera en +1 el peso sería 3.100 gr. (6),(7)

Realice las cuatro **maniobras de Leopold**, (1), (2), (5), (6), (7), (8), (13) para conocer acerca del feto la presentación, situación, posición y grado de encajamiento, palpando el abdomen con toda la palma de las manos.

Ilustración 3.2. Primera maniobra de Leopold



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Primera maniobra: permite identificar presentación, situación y aproximarse a la altura uterina. Colocarse frente a la paciente, palpar con ambas manos el fondo del útero para determinar que parte de la

presentación se encuentra allí, si es la cabeza se palpa una estructura redonda firme y pelotea. Si se palpan los glúteos tocamos una estructura amplia, voluminosa, irregular con partes duras y blandas. Relacione el eje del útero con el eje fetal para determinar la **situación**, determine la altura uterina y calcule **la edad gestacional, talla y peso**. Según lo explicado arriba. (1), (2), (5), (6), (7), (8)

Segunda maniobra: permite identificar **la posición**. Deslizar las palmas de las manos, desde el fondo uterino hacia el segmento uterino inferior, haciendo presión suave y profunda alternando primero con una mano dejándola quieta y con la otra examinar el lado opuesto y viceversa hasta palpar ambos lados, hasta encontrar la espalda o dorso fetal o sea un lado duro, liso, convexo, continuo y resistente, el cual debes relacionarlo con el lado derecho o izquierdo de la madre. En el otro lado los dedos se hunden y se aprecian irregularidades correspondientes al vientre, las rodillas y codos del feto. En la presentación cefálica de vértice el dorso se ubica al mismo lado del occipucio, contribuyendo a localizar el punto de máxima intensidad para valorar la FCF. (1), (2), (5), (6), (7), (8)

Ilustración 3.3. Segunda maniobra de Leopold



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Tercera maniobra: permite confirmar la **presentación**. Tomar el polo fetal, se encuentra en el segmento uterino inferior, con la mano más diestra entre los dedos índice, medio y pulgar abiertos, (unimanual) en el caso de la cabeza se encuentran las tres “**R**” (redondo, regular resistente) y en el caso de los glúteos las tres “**I**” (irregular irritable, impreciso). (1), (2), (5), (6), (7), (8)

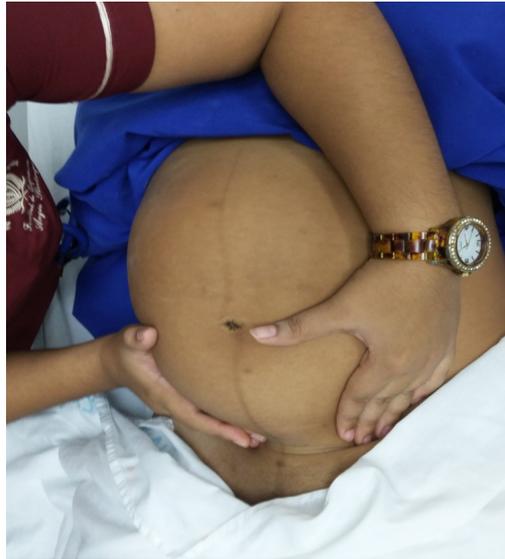
Ilustración 3.4. Tercera maniobra de Leopold



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Cuarta maniobra: permite confirmar el **grado de descenso de la presentación**. De la espalda a la paciente viendo hacia los pies, colocar la manos en el estrecho superior de la pelvis, por dentro de las fosas ilíacas, tratando de juntarlas en el centro del pubis. Es **flotante** cuando la presentación no está en contacto con la pelvis y los dedos del examinador entran fácilmente, es **abocada o insinuada** cuando la presentación se desplaza pero la maniobra se hace con alguna dificultad, es **encajada o fija** cuando la presentación ha descendido y no es posible hacer la maniobra. (1), (2), (5), (6), (7), (8)

Ilustración 3.5. Cuarta maniobra de Leopold



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Evaluar movimientos fetales: mínimo tres en una hora, la disminución o el cese suele preceder a la muerte intrauterina. (2), (13)

Evaluar la actividad uterina horariamente: coloque una mano en el fondo uterino y la otra en el segmento uterino inferior durante 10 minutos para valorar las características de la contracción uterina: frecuencia, duración, intensidad, tono, intervalo y triple gradiente descendente ya expuestas en el segundo capítulo.(2) Las contracciones de Braxton-Hicks con intensidad promedio de 28 mm Hg se propagan del fondo al segmento uterino inferior y se perciben como un endurecimiento del útero por la palpación abdominal, frecuencia de tres hasta cinco contracciones con duración de 40 hasta 60 segundos y tono normal o útero relajado después de la contracción.

Ilustración 3.6. Valoración de actividad uterina



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Auscultación de la FCF:** después de la palpación abdominal (tomarse por un minuto completo) y de acuerdo a las indicaciones expuestas antes en pasajero o feto para determinar su vitalidad y bienestar.

Ilustración 3.7. Valoración de frecuencia cardiaca fetal



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Realizar el tacto vaginal obstétrico:** (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10) con el objetivo de explorar en la mujer embarazada durante el trabajo de parto los genitales externos, las

estructuras internas del cérvix, cabeza fetal, pelvis e identificar la evolución y pronóstico del curso del parto utilizado en un medio hospitalario. Debe realizarse entre las contracciones y después de haber valorado el abdomen y órganos genitales externos por palpación e inspección.

Según la Guía Práctica del Ministerio de Ciencias debe realizarse cada cuatro horas o si la mujer lo pide o en presencia de pujo o complicaciones (Recomendación D). (4)

A continuación se describe el procedimiento:

1. Revisar la historia clínica, evaluar riesgo y la necesidad de realizar el procedimiento.
2. Informar a la mujer la técnica a realizar y explicar las razones de la exploración y sus implicaciones, favoreciendo un clima de confianza, seguridad, intimidad, respeto, dignidad y comodidad durante la exploración. Recordar siempre que se necesita sensibilidad y no fuerza. Obtener su consentimiento.
3. Tener preparado el equipo (guantes estériles, lubricante, compresas, agua para limpieza de genitales, toalla higiénica si es necesario).
4. Colocar a la mujer en posición decúbito supino con los muslos flexionados y aducidos, rodillas separadas, nalgas en el borde de la camilla, pies sobre los estribos (posición ginecológica).

Ilustración 3.8. Posición de litotomía



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

1. Cubrir a la mujer el abdomen y muslos dejando acceso al periné.
2. Realizar limpieza de la región vulvo-perineal. No se recomienda uso de antisépticos. (Recomendación A) (4)
3. Realizar lavado de manos.
4. Colocar guantes estériles.
5. Realizar el tacto obstétrico unimanual y bidigital con la mano dominante del examinador, enguantada, lubricada y con estricta asepsia, usando siempre los dedos medio e índice de los cuales se conocerá previamente el ancho, la longitud entre el pulpejo del dedo medio y la articulación metacarpo-falángica del índice.

Ilustración 3.9. Unimanual y bidigital



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

1. Genitales externos valorar presencia de varicosidades, tumores, cicatrices, malformaciones, ETS, secreciones, entre otros. Con los dedos pulgar e índice separar los labios mayores y menores para entreabrir el introito y exponer ampliamente el vestíbulo vaginal.

2. Llevar el pulpejo del dedo medio por dentro del himen deprimiendo el periné hacia abajo para ampliar el introito; invite a la paciente a que se relaje e insertar el dedos índice y medio en la vagina, con la mano en leve supinación en dirección del eje vaginal, hacia abajo y atrás hasta que toque el cérvix, fondo de saco posterior o la presentación si está bien descendida.
3. Colocar la mano con la muñeca recta y el codo ligeramente hacia abajo. Reconocer el estado de la **vagina**, presencia de posibles malformaciones, el relieve de los elevadores del ano, la tonicidad del piso pélvico, altura de la cuña perineal, grado de elasticidad vaginal y la integridad del periné hasta contactar con el cuello del útero o cérvix. Reconocimiento del progreso de los cambios de las **características cervicales**: “maduración cervical”; **situación** posterior, intermedia o central o anterior.
4. Consistencia del cérvix que puede ser dura, intermedia o blanda. **Borramiento** se aprecia colocando el pulpejo del dedo índice en el orificio externo del cérvix y el dedo medio se lleva hasta el fondo del saco vaginal; se mide el diámetro transversal a nivel de la comisura lateral del cérvix. **Dilatación**: palpar si en el cérvix hay una apertura, introducir los dedos índice y medio en su interior e ir separándolos sin esfuerzo. Estimar el diámetro para identificar el grado de dilatación, separar ambos dedos y medir la distancia que hay entre ellos (al hacer el tacto no forzar el cérvix para que no de mayor dilatación que la que realmente tiene). El grado de dilatación cervical se mide en centímetros. Se mide teniendo en cuenta el número de dedos que pueden introducirse en el cérvix; cuando solo se insinúa el pulpejo de un dedo la dilatación es de 1 cm, dos dedos es aproximadamente 3 a 4 centímetros, a partir de aquí se colocan los dedos índice y medio entre las comisuras cervicales. Las características cervicales para iniciar una inducción del trabajo de parto se pueden evaluar usando el índice de Bishop. (2),(6)(10)
5. Membranas ovulares: observar si se produce salida de líquido amniótico, color y olor. Determinar el estado de las membranas fetales (planas, hemisféricas, en reloj de arena o piriforme,

falsa bolsa de agua), **líquido amniótico** en caso de rotura de membranas valorar características.

6. Características fetales: palpar la **presentación fetal**. En la presentación cefálica de vértice, identificar la **sutura sagital**, seguirla hasta su extremo, en el extremo posterior se palpa la **fontanela lambda** y en el extremo anterior la **fontanela bregmática**, cuando la presentación desciende más a la pelvis ya no se alcanza a palpar la fontanela anterior; la fontanela posterior se hace más central y es el punto de referencia que nos dirá la **posición** y **variedad de posición** de acuerdo a su orientación en la pelvis. Valore si hay **fenómenos plásticos** y su **estación** o descenso fetal con los planos de Lee partiendo del punto 0 que son las espinas ciáticas o de Hodge entre las vértebras sacras y la sínfisis del pubis. Verificar si la presentación tiene **sinclitismo** (relación entre el eje de la presentación y el de la pelvis). Estimar el peso fetal, descenso sínclito, ausencia de fenómenos plásticos y la integridad de las membranas.
 7. Retirar suavemente los dedos.
 8. Realizar limpieza de zona perineal.
 9. Retirar todo el material utilizado.
 10. Colocar compresa higiénica ginecológica y cubrirla.
 11. Dejar a la mujer en una posición cómoda y adecuada.
 12. Realizar lavado de manos.
 13. Anotar en partograma (ver procedimiento).
- **Realizar la valoración del canal del parto:** (1), (2), (3), (5), (6), (7), (8) la valoración del canal del parto es un procedimiento utilizado en mujeres embarazadas con 38 semanas en adelante de embarazo para determinar el tamaño, forma, tipo de pelvis, diámetros anteriores, posteriores y transversos de cada estrecho de la pelvis mediante la palpación vaginal sistemática de puntos óseos en la pelvis, para determinar si esta es apta para que el bebé pueda nacer por parto vaginal normal. Debe ser realizada

por personal con debido entrenamiento. A continuación se sugiere el siguiente procedimiento:

1. Para iniciar tenga en cuenta los puntos 1 al 8 del procedimiento del tacto vaginal obstétrico.
2. Evite con los dedos los movimientos repetitivos.
3. Indicar a la paciente la posición ginecológica o litotomía acostada en decúbito dorsal con rodillas flexionadas y separadas para la valoración clínica de la pelvis.
4. Introducir cuidadosamente los dedos índices y medio por la vagina con la mano enguantada y los dedos bien lubricados preferiblemente con solución salina, (realice ejercicios previos con simuladores) dirigir los dedos hacia abajo del conducto vaginal, bajando el codo y realizando un movimiento de ascenso de la muñeca lo más alto posible hasta el promontorio y la base de los dedos se fija en el ángulo subpúbico, para valorar el conjugado diagonal y calcular el obstétrico.

Ilustración 3.10. Valoración del conjugado diagonal estrecho superior



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

5. Se procede a descender los dedos hasta la mitad del sacro, entre la segunda y tercera vertebra, para identificar la concavidad o curvatura y diámetro de la excavación, manteniendo la base de los dedos en el subpúbis, dirigirse al coxis para reconocer diámetro y flexibilidad. Se regresa nuevamente al punto medio retirando los dedos del subpúbis.

Ilustración 3.11. Valoración de la concavidad del sacro



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

6. Llevar el pulpejo de los dedos en sentido lateral hasta encontrar las espinas ciáticas; arriba y por detrás de ellas hasta caer en la escotadura sacrociática para medir con ambos dedos su amplitud y palpar los ligamentos sacrociáticos, su longitud y orientación.
7. Se suben los dedos dirigiéndolos hacia las paredes laterales explorando si son rectas, convergentes o divergentes, realizando movimientos suaves de abajo hacia arriba y viceversa.

Ilustración 3.12. Exploración de las espinas ciáticas



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 3.13. Valoración de las paredes laterales

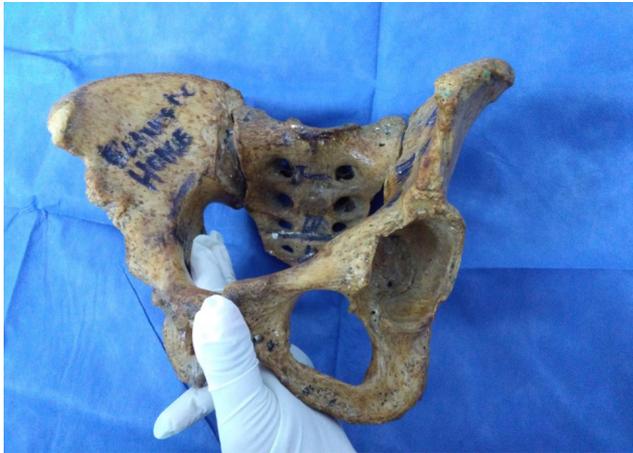


Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Se regresan los dedos a nivel del borde de las espinas; valorando sus características de forma y longitud (romas o prominentes).

8. En un movimiento de pronosupinación abriendo los dedos en un mismo sentido, colocando un dedo en la espina y el otro a nivel de la espina opuesta, se valora el diámetro interespinoso o biciático.
9. Se llevan los dedos detrás del pubis valorando altura, inclinación, convergencia o divergencia de sus ramas horizontales y ángulo retropúbico. Ilustración 3.14.

Ilustración 3.14. Exploración de la espina ciática derecha



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

10. Se retiran los dedos de la vagina y se recorre con ellos la arcada púbica valorando altura, orientación, convergencia o divergencia de sus ramas.
11. Llegar al ángulo subpúbico e introducir los pulpejos de ambos dedos, si estos entran es porque el ángulo es de 90 grados.

Ilustración 3.15. Medición del diámetro interespinoso



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 3.16. Concavidad retropúbica



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 3.17. Valoración ramas isquiopúbicas



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 3.18. Valoración del ángulo subpúbico



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

12. Para finalizar, el puño de la mano se coloca por debajo de la horquilla vulvar posterior, presionando hacia adentro hasta

reconocer las tuberosidades y valorar el diámetro biisquiático o intertuberoso.

Ilustración 3.19. Diámetro isquiático o intertuberoso



Fotografía tomada con simuladores de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

13. Para terminar el procedimiento tenga en cuenta los puntos del 17 al 20 del tacto vaginal obstétrico.
 - Correlacione todos los hallazgos con la realización del examen físico y comparta la información obtenida con el equipo de salud responsable de la atención de la madre. (13)
 - De acuerdo a los problemas de salud identificados, establecer diagnóstico obstétrico y necesidades insatisfechas de la gestante basados en fórmula gestacional, edad gestacional, número de fetos, presentación fetal, fase del trabajo de parto, patologías asociadas o concomitantes con el embarazo.
 - Clasificar el riesgo y determinar la conducta a seguir.

CUIDADOS EN SALA DE PARTO DURANTE LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN

Los cuidados durante la primera etapa del trabajo de parto verdadero se continúan en la sala de labor de parto, estableciendo la relación terapéutica entre el equipo de salud, la mujer parturienta y su familia y se toman medidas encaminadas a disminuir la morbilidad y mortalidad materna fetal para hacer de este evento obstétrico fisiológico una experiencia positiva. (3)

DEFINICIÓN DE ATENCIÓN EN SALA DE TRABAJO DE PARTO

Según el Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer del Ministerio de Salud y Protección Social – UNFPA son todas las acciones de cuidado realizadas por profesionales de medicina o enfermería, teniendo en cuenta el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer gestante, sus opiniones, sus necesidades emocionales y biopsicosociales, las de su hijo-a y familia. (13)

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO: (1), (3)

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materno fetal
- Identificar, reducir y controlar posibles riesgos y complicaciones del trabajo de parto
- Brindar cuidado integral a la madre, nonato y familia con calidad y alto contenido humano.

EQUIPO: (2)

- Cama de labor de parto
- Ropa de labor de parto para paciente y cama
- Monitor fetal
- Bomba de perfusión
- Atril

- Líquidos endovenosos
- Tensiómetro
- Fonendo
- Termómetro
- Guantes
- Cinta métrica
- Registros

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR LA ATENCIÓN: (2), (3), (4), (5)

- Una vez que se toma la decisión de hospitalizar a la paciente se le da la bienvenida, en la sala de parto, se le explica a ella y su familiar o acompañante, la situación clínica y la conducta a seguir de manera clara y respetuosa de su condición y situación con el fin de tranquilizarla y obtener su colaboración y participación. (2),(13)
- Se ubica a la paciente en su unidad de labor de parto, se le permite el baño, cambio de ropa y todo lo necesario para el cuidado general y comodidad básica de la parturienta.
- Evitar practicar procedimientos clínicamente innecesarios como: monitoria electrónica fetal de rutina en embarazos sin factores de riesgo durante el trabajo de parto. Realizarla solo por indicación médica. Uso rutinario de canalización intravenosa para el suministro de líquidos y/o drogas endovenosas. La evidencia muestra que su uso rutinario contribuye a la sobrecarga de líquidos (Nivel de evidencia II Grado de recomendación A), Uso rutinario de amniotomía durante el trabajo de parto para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo, salvo por indicación médica muy puntual, en cuyo caso deberá consignarse su justificación en la historia clínica. La aplicación de enema rutinario, su uso no proporciona beneficios maternos o neonatales (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A). El rasurado durante el trabajo de parto no se recomienda (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A). (13)

- Evitar hablar de la palabra dolor por la connotación de su significado sociocultural, interpretación, expresión y psique de la parturienta. La enfermera tiene una responsabilidad importante en el alivio del dolor controlando los factores estresantes, especialmente los ambientales y fomentar el progreso del trabajo de parto. Las terapias complementarias y alternativas ayudan al alivio del dolor del parto, lo cual contribuye a disminuir el uso de la analgesia y lograr satisfacción de la parturienta (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A) (13)
- Guardar en cada evaluación los más estrictos principios de asepsia y antisepsia; disponiendo adecuadamente de los materiales desechables y de los reutilizables.
- Mantener a la paciente en condiciones agradables para su deambulación y confort fomentando la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto. (13)
- Brindar seguridad, privacidad, protección, evitar ruidos, tener en cuenta su contexto sociocultural. (13)
- Invitar a la paciente a cambiar frecuentemente de posición, evitando el decúbito supino. Se estimula la ambulación o la posición vertical si tiene membranas íntegras o si están rotas con presentación encajada. Sí escoge acostarse, se le recomienda estar semisentada o en decúbito lateral izquierdo a fin de evitar la compresión de la vena cava inferior. Se deben alentar a asumir la posición que le resulte cómoda en la primera etapa del parto (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A). (13)
- Apoyar a todas las mujeres física, emocional y psicológicamente continuamente durante el trabajo de parto (reduce la necesidad de analgésicos en un 16%, la incidencia de cesárea en un 23%, y la depresión neonatal a los 5 minutos en un 50%). No utilizar fármacos para control de la ansiedad, realice el apoyo socioemocional, educativo, los masajes, técnicas de respiración (de limpieza, lenta, profunda o modificada-controlada) técnica de pujo, relajación, visualización, gimnasia con ejercicios

en cuclillas, caminar, cambios de posición, música suave y relajante. (2),(13)

- Enseñar la respiración abdominal lenta y profunda (ayuda a la relajación general del cuerpo y piso pélvico). (13)
- Permitir el derecho al acompañamiento por un ser querido de la gestante y por el equipo de salud, reduce la probabilidad de tener dolor posparto severo y aumenta la posibilidad de tener un parto vaginal normal, tienen mayor satisfacción en su experiencia del parto (Nivel de evidencia I Grado A). Sus acompañantes y/o familia necesitan apoyo y orientación durante su estancia y acompañamiento. Es recomendable que la gestante en fase activa tenga acompañamiento continuo del profesional (Nivel de evidencia IIII Grado A). (13)
- Informarle a la paciente que evite pujar durante la primera etapa para evitar edema del cuello uterino.
- Usar analgesia para alivio del dolor según necesidad por prescripción médica.
- Evaluar, verificar y notificar cualquier perturbación del mecanismo de trabajo de parto y parto.
- El cuidado integral, la realización del partograma y la vigilancia continua permitirá identificar, reducir y controlar posibles riesgos y complicaciones del trabajo de parto.
- Respetar los derechos de la parturienta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las mujeres tienen derecho a: elegir en qué posición quieren parir; pueden moverse, hablar, comer, cantar, gritar, o hacer lo que tengan ganas durante el trabajo de parto. Elegir quién es la persona que quiere que las acompañe en el alumbramiento. Tienen derecho a no cumplir con normas institucionales arbitrarias, a elegir si alguien asistirá el parto o a estar a solas si lo prefieren. A no ser objeto pedagógico. A no ser mutiladas ni maltratadas. A estar con su bebé desde el primer minuto si es normal. A ser respetadas. (14)

PROCEDIMIENTO: (2), (3), (5), (6), (13)

Se procede a efectuar las siguientes actividades:

- La mujer debe ser informada y solicitarle firmar el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento. (13)
- Diligenciar registros clínicos pertinentes de ingreso a sala de partos. (13)
- Solicitar exámenes de laboratorio si es necesario. (13)
- Colocar brazaletes de identificación y clasificación de riesgos, caídas o alergias. (13)
- Verificar o canalizar vena periférica con catéter calibre 18G, que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides iso-osmolares a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartman y solución salina normal. (Recomendación D)

Ilustración 3.20



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Suministrar líquidos claros energéticos a libre demanda, evitando alimentos sólidos, pues el vaciamiento gástrico está disminuido y en caso de cesárea y vómito puede ocurrir broncoaspiración. Suministrar sólidos o líquidos claros durante el trabajo de parto no influye en los resultados obstétricos, ni neonatales, más bien la alimentación adecuada contribuye al bienestar y la satisfacción de la parturienta, no incrementan las complicaciones (Nivel de evidencia II Grado recomendación A). (13)
- Explicarle la importancia de orinar cada dos horas para evitar el bolo vesical y prevenir el uso de la sonda por incontinencia. La incontinencia urinaria posparto se puede reducir y prevenir vaciando la vejiga durante el trabajo de parto (Nivel de evidencia II2 Grado recomendación A). (13)
- **Valoración física cefalocaudal** (ver procedimiento explicado en la admisión)
- **Tomar signos vitales** por lo menos una vez cada hora o con mayor frecuencia en caso necesario según la situación y evolución clínica. Tomar frecuencia cardiaca (cada dos horas), tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura (cada cuatro horas). (13)
- **Revisión de las mamas** (ver procedimiento explicado en la admisión)
- **Valoración de abdomen:** (ver procedimiento explicado en la admisión) Evaluar cada 30 minutos la actividad uterina y triple gradiente descendente (ver procedimiento). Auscultar cada 15 minutos durante la fase activa la fetocardia: en reposo, pos contracción, antes y después de la rotura de membranas. La frecuencia cardiaca fetal debe tomarse por un minuto completo. En las gestantes de bajo riesgo se recomienda valorar la frecuencia cardiaca fetal con auscultación intermitente entre la gestante y el profesional de enfermería y no el monitoreo electrónico. (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A) (13)

- **Realizar tacto vaginal** (ver procedimiento explicado en la admisión)

De acuerdo con la indicación médica o según el protocolo de la institución, se sugiere que cada hora en las primeras tres, calcular la velocidad de dilatación de la paciente, si está dentro de los promedios normales esperados para su paridad y condición, se espaciará la nueva realización del tacto considerando la proximidad de la segunda etapa (expulsivo). Las evaluaciones no deben ser más de 5 tactos por paciente. Si las membranas están rotas, se debe restringir el número de exámenes vaginales. (4), (5), (6)

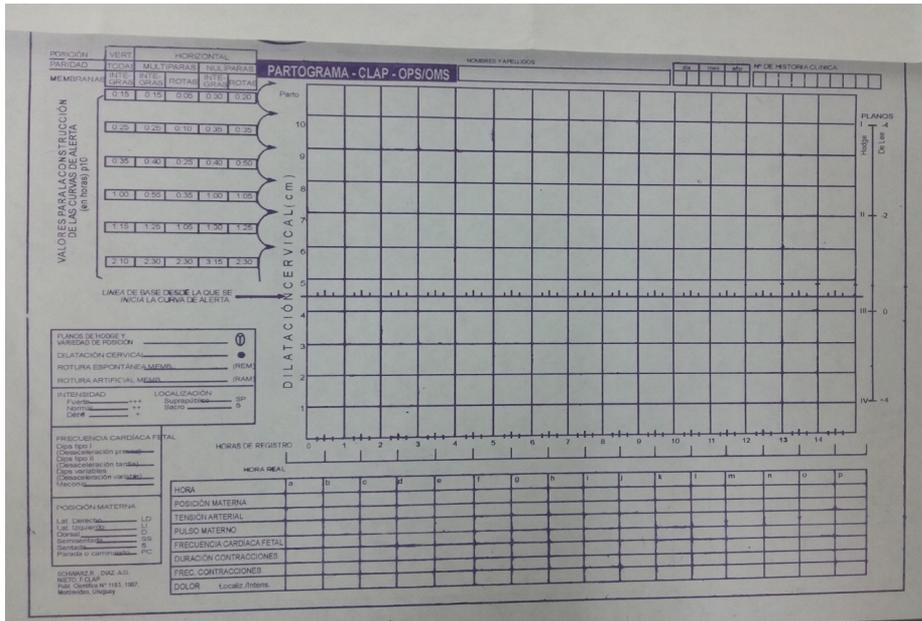
Tener en cuenta que hay riesgo de infección materno y/o fetal cuando se incrementan los tactos en presencia de ruptura prematura de membranas. Según recomendaciones establecidas en las normas técnicas y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias, 2013, las exploraciones vaginales deben realizarse cada cuatro horas con membranas íntegras y cada seis horas con membranas rotas. Se pueden realizar antes de cuatro horas cuando el progreso es lento, ante complicaciones o si manifiesta sensación de pujos (Nivel de evidencia III 2 Grado de recomendación B). (4), (13)

DILIGENCIAR EL PARTOGRAMA-CLAP-OPS-OMS: (5), (13)

El partograma es una representación visual gráfica en un plano cartesiano de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Elaborarlo puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal, para la madre y el recién nacido. Se utiliza en todas las parturientas al inicio de la fase activa del trabajo de parto. Mejora los resultados perinatales (Grado de recomendación A). (4)

La elaboración del partograma disminuye el riesgo de trabajo de parto prolongado, detectado porque la línea de alerta es cruzada, debe buscarse la causa y corregirla. La duración del parto puede ser influenciada por la paridad, la posición de la parturienta, estado de las membranas. En el parto normal, la nulípara puede durar hasta 18 horas y la múltipara hasta 12 horas sin intervención. (13)

Ilustración 3.21. Partograma



Fotografía tomada en un registro de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

1. En la parte superior derecha del partograma identificar con nombres, apellidos, fecha y número de historia clínica.
2. En la parte inferior del partograma encontramos la tabla para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital y durante el trabajo de parto. Anotar la hora de cada evaluación en cada columna, las cuales son independientes a las registradas en la tabla del partograma.
3. En la parte inferior izquierda del partograma se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma.

Ilustración 3.22. Tabla para registro de evaluaciones clínicas en el Partograma

HORA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
POSICIÓN MATERNA												
TENSION ARTERIAL												
PULSO MATERNO												
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL												
DURACIÓN CONTRACCIONES												
FREQ. CONTRACCIONES												
DOLOR												

Fotografía tomada en un registro de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Ilustración 3.23. Convenciones para el diligenciar el partograma

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN _____ (Y)
 DILATACIÓN CERVICAL _____ (●)
 ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. _____ (RAM)
 ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)

INTENSIDAD: Fuerte _____ ++++ LOCALIZACIÓN: Suprapúbico _____ SP
 Normal _____ ++ Sacro _____ S
 Débil _____ +

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
 Dips tipo I (Desaceleración precoz) _____
 Dips tipo II (Desaceleración tardía) _____
 Dips variables (Desaceleración variable) _____
 Meconio _____

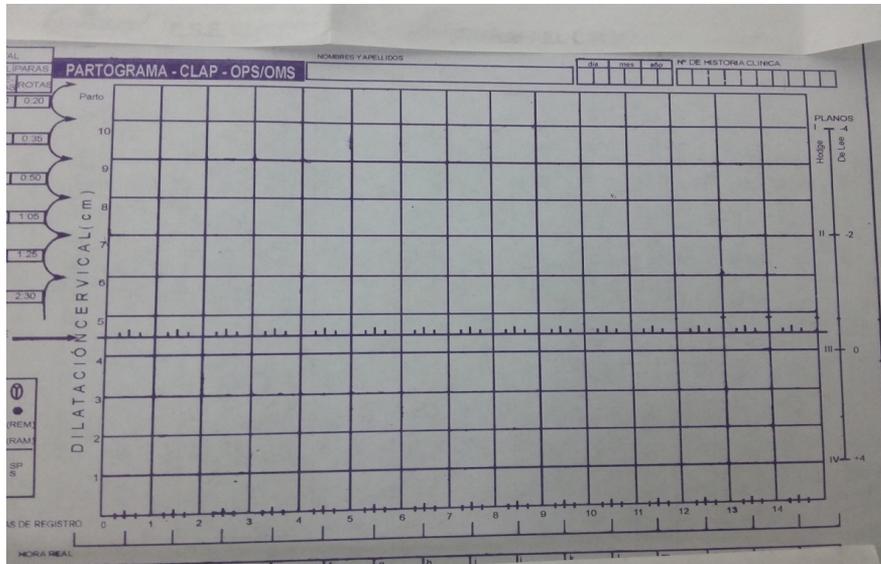
POSICIÓN MATERNA
 Lat. Derecha _____ LD
 Lat. Izquierda _____ LI
 Dorsal _____ D
 Semisentada _____ SS
 Sentada _____ S
 Parada o caminando _____ PC

SCHWARZ, R., DIAZ, A.G.
 NIETO, F. CLAP
 Publ. Científica N° 1153, 1987.
 Montevideo, Uruguay

Fotografía tomada en un registro de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- En la parte central del partograma se encuentra la gráfica de Friedman para dibujar la curva de dilatación cervical, las curvas de alerta, la de descenso o estación y variedad de posición de la cabeza fetal, cuando inicie la fase activa dilatación de 4 a 5 cm (punto de partida de la línea base del partograma desde donde se inicia la construcción de la curva de alerta), las contracciones deben ser regulares en frecuencia e intensidad.

Ilustración 3.24. Gráfica de Friedman del partograma



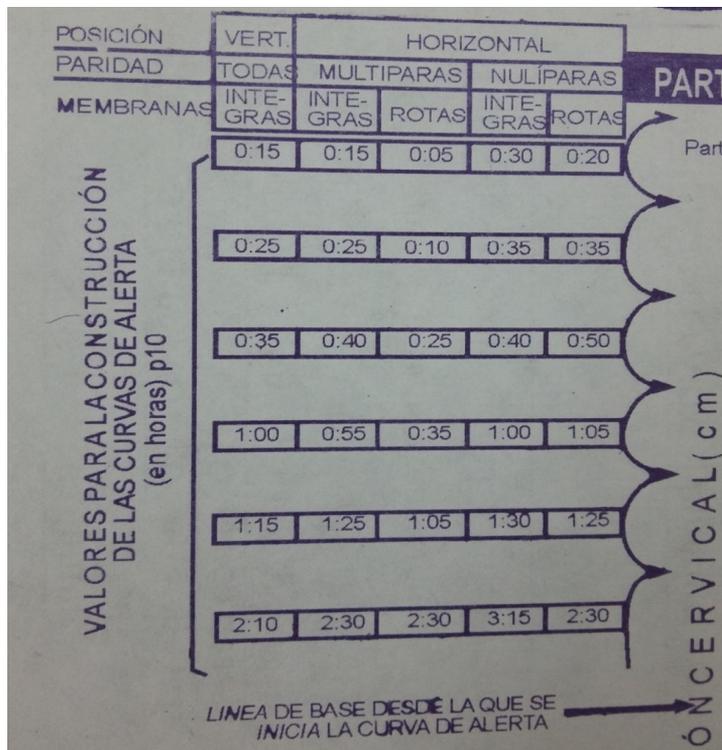
Fotografía tomada en un registro de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

- En la parte inferior de esta grafica están cuadros horizontales que representan las horas de registro del trabajo de parto, enumerados desde la hora cero hasta la catorce. Cada cuadro horizontal representa una hora dividida en cuatro partes de quince minutos y debajo de estas se registran las horas reales en que se valora

la dilatación. Cada cuadro vertical hacia arriba representa la dilatación en centímetros desde cero hasta diez centímetros.

6. En la parte central derecha del partograma se encuentran los planos de Hodge y los de Lee para graficar el descenso de la presentación fetal.
7. En la parte superior izquierda se encuentran los tiempos para construir la curva de alerta.

Ilustración 3.25. Tiempos para construir la curva de alerta del partograma

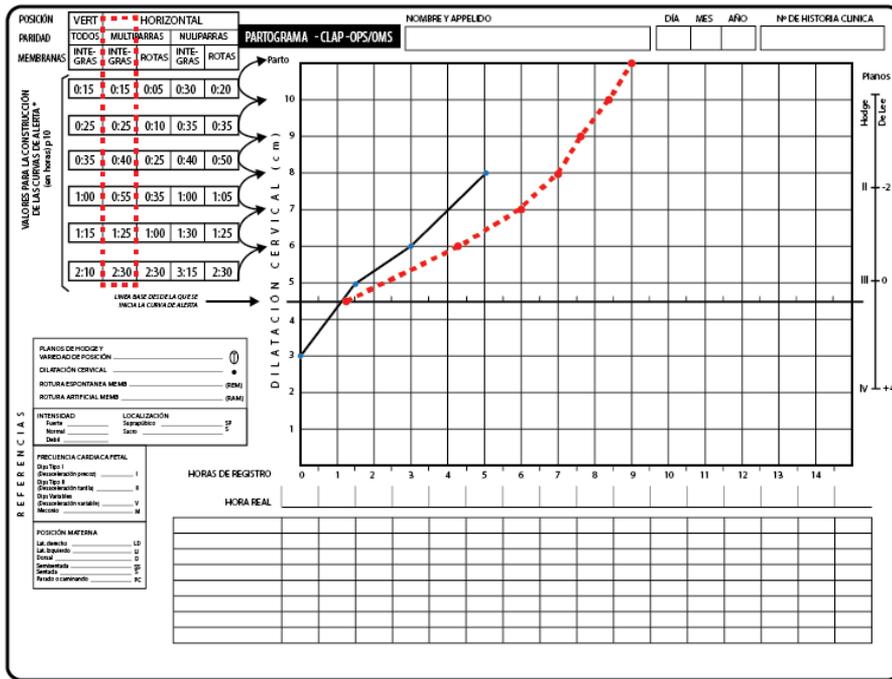


Fotografía tomada en un registro de una institución clínica de Cartagena. Archivo fotográfico de la autora.

Procedimiento para construir la curva de alerta:

- La curva de alerta se comienza a trazar a partir de la línea base donde el punto de la curva de dilatación cervical la corte. Este punto de intersección entre ambas líneas corresponde a la hora cero.
- A partir de aquí se selecciona y marca de la tabla de los cinco grupos de tiempos los valores elegidos para la construcción de las curvas de alerta de acuerdo a la situación obstétrica de la paciente en cuanto a posición, paridad y estado de las membranas ovulares.
- Alcanzado el punto “0” dilatación 4-5 cm iniciar la curva de alerta en la línea de base, se marca con un punto (.) para pasar de 5 a 6, de 6 a 7, de 7 a 8 de 8 a 9 de 9 a 10 y el parto, uniendo los puntos con línea discontinua. Si la paciente ingresa con 6 o más cm, de dilatación se inicia la curva de alerta en el punto de la dilatación que corresponda.
- Si la paciente ingresa con dilatación de tres o cuatro cm, se traza una línea recta para unir el punto de dilatación por debajo de la línea de base y el punto por encima y construir la curva de alerta en el punto de intersección. Si surgen condiciones cambiantes desde el ingreso y durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicial o construir una nueva curva para sustituir los valores previos. La nueva curva de alerta se dibuja desde la curva original a partir del punto de cambio.
- La curva real de la dilatación se traza marcando con un punto (.) en la intersección de la hora con la dilatación el valor obtenido en el tacto vaginal, la unión de cada punto se une con línea continua, lo ideal es que esta curva se conserve por dentro de la curva de alerta en las siguientes valoraciones hasta completar el parto.

Ilustración 3.26. Trazo de curvas alerta y real



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada del protocolo ESE maternidad Rafael Calvo

8. Al valorar la relación feto pélvico y el punto declive de la presentación está a nivel de las espinas ciáticas, la estación fetal de acuerdo a los planos de DeLee es 0 (cero) o tercer plano de Hodge.

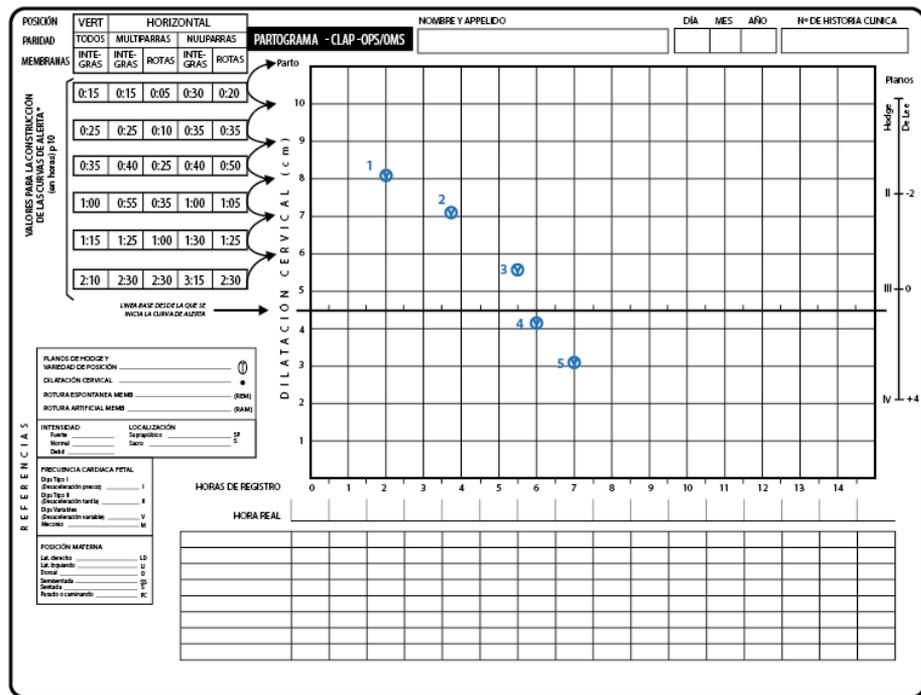
Procedimiento para construir la curva de descenso de la presentación (estación):

- Escoger uno de los dos planos de Hodge o los de DeLee, si decide por estos últimos las espinas ciáticas representan el cero

(0, por encima los planos serán -1, -2, -3, -4, -5; por debajo del cero +1, +2, +3, +4, +5.

- Escoger el símbolo de planos y la variedad de posición”, para graficar el descenso de la presentación fetal.

Ilustración 3.27. Gráfica del descenso de la presentación fetal



Diagramación rediseñada por Antonio Padilla Pico tomada del protocolo ESE maternidad Rafael Calvo

- Consignar todos los hallazgos e intervenciones realizadas de forma clara y ordenada, además fecha y hora del final del primer período o etapa y el inicio del segundo.

- Con base en los datos obtenidos, evaluar los riesgos del trabajo de parto que afecten el bienestar materno fetal. Notificar y actuar.
- Al alcanzar una estación de +2, dilatación de 10 centímetros, borramiento de 100%, sensación de pujo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos.

TAXONOMÍA NANDA, NOC, NIC (11)

Los y las profesionales de enfermería en el ejercicio de su práctica de cuidados, utilizan comúnmente el sistema de clasificación general de diagnósticos de enfermería; North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los diagnósticos **NANDA** son guía y juicios clínicos que responden a las necesidades y/o problemas reales o potenciales que resultan de la valoración integral de las personas, familia y comunidad a etapas de la vida que la enfermera o enfermero identifica, valida y trata de forma independiente. Describe el conocimiento base de la profesión, la pertenencia a un concepto central; una descripción, un criterio diagnóstico y la relación con la etiología. (11), (12) Los diagnósticos de enfermería son la identificación de los problemas de salud del paciente por cuenta de los profesionales de enfermería. Los diagnósticos de enfermería tienen tres dimensiones:

1. Dependiente: es responsabilidad del médico. La enfermera ejecuta lo prescrito.
2. Interdependiente: problemas en los que colabora la enfermera y otros profesionales.
3. Independiente: es responsabilidad de la enfermera, no requiere supervisión de otro profesional de la salud. (12)

Los tipos de diagnósticos pueden ser:

1. REAL= problema actual de salud. Para su formulación es recomendable la utilización del formato de tres partes PES: P (Problema o alteración) + relacionado con (r/c) + E (Etiología o los factores relacionados que influyen o determinan la enfermedad) + manifestado por (m/p)+ S (Signos y síntomas de la enfermedad).

2. DE RIESGO= Son problemas que podrían presentarse próximamente. Para su formulación es recomendable la utilización del formato de dos partes PE: P + “relacionado con” + E sin síntomas o signos. Siempre comienza con la palabra: Riesgo.
3. DE PROMOCIÓN DE LA SALUD o de “SALUD” o “BIENESTAR”. Son juicios clínicos sobre lo que motiva o desea una persona, familia o comunidad para mejorar su bienestar y conductas de salud específicas. Para su formulación es recomendable la utilización del formato con una sola parte P (problema). Se inicia siempre con la palabra disposición o manifestado por. (12)

Los problemas dependientes e interdependientes se formulan utilizando la terminología médica. Para formular los problemas interdependientes o de colaboración es aconsejable añadir al problema la frase secundaria a la causa médica que lo genera. (12)

La taxonomía NANDA se compone de 13 dominios:

1. Promoción de la salud: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
2. Nutrición: actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
3. Eliminación e intercambio: secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
4. Actividad/reposo: producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
5. Percepción/cognición: sistema humano de procesamiento de la información incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
6. Autopercepción: conciencia del propio ser.

7. Rol/relaciones: conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por lo que se demuestran tales conexiones.
8. Sexualidad: identidad sexual, función sexual y reproducción.
9. Afrontamiento/tolerancia al estrés: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
10. Principios vitales: principios que subyacen en la conducta, pensamientos y conductas sobre los actos, costumbres, o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.
11. Seguridad/protección: ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; preservación de las pérdidas, y preservación de la protección y seguridad.
12. Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
13. Crecimiento/desarrollo: aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acorde con la edad. (12)

La taxonomía NOC es una clasificación de los resultados que espera el profesional de enfermería, describe los objetivos o metas propuestas para la solución de necesidades y/o problemas. (11) Los resultados permiten evaluar la condición del paciente, cuidador familiar, familia o comunidad basados en las intervenciones de enfermería durante todo el proceso de atención. Se estructura en tres niveles:

1. Dominio. (7 dominios que se codifican y clasifican con números romanos del I al VII)
2. Clase. (32 clases que se codifican con letras siguiendo el abecedario, primero en mayúsculas finalizando en minúsculas)
3. Resultado: indicadores y medidas. (490 resultados que se codifican con 4 dígitos. Los indicadores se codifican con 6 dígitos, correspondiendo los 4 primeros dígitos a su resultado).
Un resultado se compone de:

- Etiqueta: denominación del resultado.
- Definición: expresada clara y precisa.
- Indicador: estado, conducta o percepción concreta de la persona, familia o comunidad que sirve para medir el resultado.
- Escala Likert de 5 puntos: cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo.
- Lista de referencias bibliográficas. (12)

La taxonomía NIC, describe las intervenciones y cuidados directos e indirectos, independientes o en colaboración, en los aspectos biopsicosociales, tratamiento y prevención que permitan alcanzar la meta propuesta por el o la profesional de enfermería a sus pacientes para el tratamiento y prevención de enfermedades y el fomento de la salud. (11), (12) Se estructura en tres niveles:

1. Campos. (7 campos que se codifican con números del 1 al 7)
2. Clases. (30 clases que se codifican con las letras del alfabeto en mayúscula y en minúscula)
3. Intervenciones (565 intervenciones y más de 13.000 actividades que se codifican con un número de 4 dígitos. Las actividades no codificadas, permiten incorporar otras nuevas). **Una intervención tiene los siguientes componentes:**

Título/Etiqueta descriptiva: denominación del resultado.

Definición: expresa de forma clara y precisa el título.

Actividades: acción específica que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y referencias bibliográficas. (12)

La interrelación, NANDA, NOC, NIC, da como resultado el plan de atención de enfermería (PAE). Teniendo en cuenta las cuatro etapas del trabajo de parto se presenta a continuación cada etapa del respectivo PAE, en sus aspectos generales, previo a la valoración integral de cada paciente. Se debe particularizar la atención:

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE): PRIMERA ETAPA (11), (15)

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00256 Dolor de parto r/c contracción uterina s/c Dilatación cervical	(1605) Control del dolor (2102) Nivel del dolor	(1400) Valoración de las características del dolor (intensidad, duración, frecuencia, tono, intervalo) y triple gradiente descendente cada 30 minutos en fase activa. (6650) Vigilancia de la localización del dolor. (6040) Realizar técnicas de relajación (respiración, masajes, motivar la deambulaci3n) (0840) Realizar cambios de posici3n (deambulaci3n, sentada, dec3bito lateral izquierdo); evitar posici3n supina (6680) Toma de signos vitales cada hora. (6772) Toma de frecuencia cardiaca fetal cada 15 min	La evaluaci3n ser3 num3rica en escala Likert de 5 puntos, especifica el alcance de los logros siendo 1 el menor alcance y 5 el ideal. Se podr3n adicionar notas y aclaraciones
00146 Ansiedad r/c nerviosismo y preocupaci3n a causa de cambios en acontecimientos vitales	(1402) Control de la ansiedad.	5820) Reducci3n de la ansiedad (5880) T3cnica de tranquilizar (6040) Terapia simple de relajaci3n (respiraci3n) (4920) Escucha activa (588021) Acompa1amiento	
00032 Alteraci3n del patr3n respiratorio r/c t3cnicas de respiraci3n ineficaz m/p agitaci3n	(0403) Estado respiratorio: ventilaci3n.	(3390) Realizar t3cnicas de respiraci3n dirigidas (respiraci3n de limpieza y profunda) (3350) Control y seguimiento respiratorio.	

<p>00148 Temor r/c el desconocimiento del proceso de parto y manifestado por miedo</p>	<p>(1404) Control del miedo.</p>	<p>(1817) Conocimiento: parto y alumbramiento. (5618) Enseñanza: procedimiento. (648014) Educar sobre los procesos a realizar y sobre la normatividad. Información y obtención de firma sobre el consentimiento informado (588021) Acompañamiento (4920) Escucha activa. 85270) Apoyo psicológico (7460)Protección de los derechos del paciente.</p>	
<p>00024 Alteración en la irrigación a los tejidos placentarios r/c posición de la madre.</p>	<p>(0404) Irrigación tisular normal</p>	<p>(0840) Vigilar cambios de posición. (074006) Evitar la posición supina. (6680) Control de signos vitales. (6772) Frecuencia cardiaca fetal. (040013) Vigilar signos de edema. (6890)Realizar monitoreo fetal.</p>	
<p>00002 Alteración del patrón nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c disminución de consumo de alimentos por dolor y ansiedad secundario a trabajo de parto.</p>	<p>(1004) Estado nutricional. (1002) Dieta</p>	<p>-Vigilar el estado nutricional y la ingesta de alimentos. -Mantener líquidos endovenosos ordenados.</p>	
<p>00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos R/C la falta de ingesta oral por tiempo prolongado</p>	<p>(1908) Detección de riesgos.</p>	<p>(0602) Mantener hidratada a la paciente suministrando líquidos orales en pequeñas cantidades, canalizar e hidratar con solución parenteral. (6650) Vigilancia de signos de deshidratación (piel y mucosas secas, diaforesis y piel caliente).</p>	

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Responda con una X la opción correcta.

1. Uno de los objetivos durante la admisión a la parturienta es:
 - a. Determinar si está en trabajo de parto falso o verdadero.
 - b. Realizar examen físico por sistemas.
 - c. Realizar maniobras de Leopold.
 - d. Realizar tacto vaginal y pelvimetría.

2. Dos variables maternas perinatales que permiten determinar bajo riesgo a la parturienta son:
 - a. Edad menor de 16 años y mayor de 35.
 - b. Ausencia de control prenatal o menos de 5 controles
 - c. Multiparidad y obesidad
 - c. Edad mayor de 16 años y menor 35 años

3. En la primera etapa del trabajo de parto (dilatación y borramiento) y durante el examen físico la exploración abdominal es importante para obtener información acerca de feto, los procedimientos usados son:
 - a. Maniobras de Leopold y altura uterina.
 - b. Actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
 - c. Presentación y posición fetal.
 - d. A y B son ciertas.

4. Las maniobras de Leopold permiten obtener información sobre:

- a. Presentación y grado de encajamiento fetal.
- b. Frecuencia cardíaca fetal y crecimiento fetal.
- c. Posición y situación fetal.
- d. A y C son ciertas.

II parte complete:

Complete acertadamente cada pregunta:

5. Diga cuatro signos premonitorios del trabajo de parto:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

6. Al realizar el tacto vaginal, debe apreciarse información de 18 parámetros. Enuncie 6:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería materno-infantil. 17. Edición. México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
2. ESPINOSA TORRES T. LUIS. Parto: Mecanismo, clínica y atención 1º edición 2009 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V México D.F
3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Norma técnica de atención del parto*.2014.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf> Consultada: 20 marzo, 2016.
4. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Para uso de profesionales de salud. - Guías No. 11-15 Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Sección 5 y 6 pág. 57-83 2013 Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>
5. PROTOCOLO ESE MATERNIDAD RAFAEL CALVO. Disponible en www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolosmedicos.php
6. VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007.
7. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España 2006.

8. OLDS S. LONDON M. LADEWIG P., Enfermería materno infantil: Un concepto integral familiar. Cuarta Edición México: Interamericana, McGraw-Hill; 1995
9. RECIEN. REVISTA CIENTIFICA DE ENFERMERIA. Volumen N° 4 Disponible en: http://recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/proced_explorac_vaginal_durante_asistenc_parto.pdf
10. GONZÁLEZ BOUBETA ROBERTO-, CARLA CID-GONZÁLEZ. Maduración cervical: aceleración de un proceso natural. Consultado 11/02/15.
11. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la Nanda. 2013 Disponible en: <http://www.Nanda.Es/planpublic.Php?Urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0>
12. ANIORTE HERNÁNDEZ, Nicanor. Disponible en: <http://www.aniorte-nic.net/> 2015
13. MINISTERIO DE SALUD. Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>
14. COLÓN I. Candelaria María. Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena. Un análisis desde la perspectiva de género. Editorial Universitaria Sección de Publicaciones de la Universidad de Cartagena. Cartagena, 2014
15. HERDMAN T. H. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. Barcelona, España; 2015.

CAPÍTULO IV

VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO O EXPULSIVO

INTRODUCCIÓN

El parto es el acto fisiológico de la mujer en virtud del cual se produce la expulsión de un feto viable a través del conducto genital. (1), (2), (3)

El parto vaginal es un acontecimiento fisiológico normal, caracterizado por ser espontáneo y de bajo riesgo, termina al inicio de la tercera etapa (alumbramiento). (1), (2), (3)

La segunda etapa del trabajo de parto o expulsivo se inicia con los signos premonitorios del parto (cuando el cérvix tiene dilatación de 10 centímetros, borramiento de 100%, estación fetal de +2, sensación espontánea de pujo, aumento repentino de opérculo teñido de sangre, irritabilidad, las membranas pueden romperse con salida de líquido amniótico, el perineo se abulta y el orificio anal se dilata). La duración promedio de la segunda etapa es aproximadamente 50 minutos en la primípara y 20 minutos en múltiparas.(1)

OBJETIVO

- Brindar cuidado integral a la madre, nonato y familia durante el expulsivo.

EQUIPO Y PREPARACIÓN DE LA SALA DE PARTO: (3)

En cualquier institución hospitalaria es responsabilidad de enfermería mantener y verificar el equipamiento de la sala de parto y deber del que va a atender el parto que todo esté bien, por ello es necesario conocer cómo se organiza y equipa una sala de parto:

- Camilla de parto con pierneras
- Banco giratorio
- Mesa auxiliar (mayo o de riñón)
- Equipo para asepsia y preparación de genitales (compresas o gasas estériles, agua, riñonera, guantes estériles, solución antiséptico o solución yodada)
- Paquete de ropa de parto estéril para paciente (campos, batas quirúrgicas, compresas, juego de pierneras)
- Paquete de instrumental para la atención del parto: (instrumental, dos pinzas de Rochester o dos pinzas de Kocher con dientes 18 cm rectas, una tijera de mayo)
- Guantes estériles
- Bomba de perfusión
- Equipo de venoclisis para la bomba
- Atril
- Líquidos endovenosos
- Oxitocina 5 o 10 U
- Tensiómetro
- Fonendo
- Fuente de luz quirúrgica
- Monitor fetal y de anestesia
- Caneca recolectora

Para episiotomía y rafia en caso necesario:

- Material de anestesia local (jeringas de 5-10 cm, agujas y ampollas de anestesia local xilocaina simple al 2%)

- Material de sutura catgut crómico 00 con aguja
- Jeringas de 10 ml
- Paquete de instrumental (añadirle una pinza de disección, porta-agujas, una tijera de episiotomía metzembaum o mayo curva)
- Lámpara cielítica

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

- Antes del parto organizar y colocar en la mesa todo el instrumental y equipo necesario para ello.
- La sala de parto es un área quirúrgica y la atención del parto es considerado un acto quirúrgico por tanto hay que cumplir con la normatividad de la misma, las técnicas asépticas y de bioseguridad son fundamentales. El personal debe estar vestido con pijama, polainas, gorro, cubreboca, gafas o mascarilla, delantal protector, guantes. (3),(10)

Ilustración 4.1. Sala de parto



Fotografía tomada en la sala de parto en una institución de salud pública en Cartagena.
 Archivo de la autora

- Antes de pasar a la mujer a sala de parto verificar los signos premonitorios del parto (dilatación de 10 centímetros, borramiento de 100%, estación fetal de +2, sensación de pujo), signos vitales, FCF, inexistencia del procúbito o procidencia del cordón umbilical, posición y variedad de posición, vejiga vacía y notificar a la familia.
- Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como, la vigilancia estrecha de la fetocardia.
- Se debe suspender la episiotomía rutinaria durante el parto. Su uso debe ser restrictivo (parto instrumentado, parto pretérmino, parto en pelvis, Sospecha de macrosomía fetal, desgarro perineal inminente). Juzgar si definitivamente será necesaria o no practicar la episiotomía y su orientación, para evitar desgarros y laceraciones perineales.
- No detener el descenso de la presentación.
- Evitar realizar de rutina la maniobra de comprensión del fondo uterino para acelerar el expulsivo (Maniobra de Kristeller).
- No hay beneficios evidentes de la posición decúbito dorsal para el nacimiento, de la separación de madres y recién nacidos después del nacimiento ni de la aspiración rutinaria de los neonatos no expuestos a meconio. (Practicar adecuadamente la aspiración de secreciones orofaríngeas del recién nacido, solo cuando esté indicado)
- Evitar hasta donde sea posible, jalar la cabeza fetal, lo cual puede ocasionar lesiones en su cuello, y por el contrario vigilar su desprendimiento en forma espontánea.
- Proteger el periné, durante el desprendimiento del hombro posterior. Con igual cuidado que para la cabeza.
- Motivar a la paciente y a su acompañante a mantener durante este período libertad de acción y participación, manteniéndolos informados acerca de los hallazgos encontrados y los pasos a seguir. Se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.

- El equipo de salud debe estar enterado y preparado para la atención del parto distribuyéndose las funciones.
- Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros: El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5–15 minutos en el periodo expulsivo. La auscultación se llevará a cabo durante 30–60 segundos, como mínimo, después de una contracción. El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardiaco fetal. (6)

La Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias 2013 recomienda que los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto deben revisarse cada 30 minutos junto a la frecuencia e intensidad de las contracciones. Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura. Comprobar el vaciado de la vejiga. (Recomendación D). (6)

Una vez revisados y evaluados los signos premonitorios del parto, trasladar a la paciente a la sala de parto y ubicarla en la camilla en la posición correcta.

PROCEDIMIENTOS

Se procede a efectuar las siguientes actividades:

Asepsia de la región perineal :(1), (3), (7), (10)

- Informar a la paciente el procedimiento a realizar, solicitar su colaboración.
- Proporcionar intimidad y privacidad.
- Proporcionar buena iluminación.
- Lavado de manos.
- Ubicar a la paciente en posición de litotomía o ginecológica.
- Verter agua junto con la solución antiséptica sobre pubis, hipogastrio, extendiéndose hasta dos tercios de la cara anterior e

interna de los muslos, vulva, glúteos y región anal. Asegúrese que los líquidos lleguen al contenedor con bolsa roja para desechos. (1),(3) Preferiblemente utilizar la solución de clorhexidina al 0.5 % (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A). (10)

Ilustración 4.2 Vertimiento de la solución antiséptica



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Abra el paquete de compresas estériles y póngase los guantes. Utilice una compresa doblada en cuatro partes iguales, utilizando una parte por cada área. Con la primera cara de la compresa inicie la asepsia en el pubis e hipogastrio, en forma de zigzag, de dentro hacia afuera y hacia arriba con firmeza y delicadeza.

Ilustración 4.3. Asepsia en pubis e hipogastrio



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Con la segunda cara de la compresa, proceder a un muslo de dentro hacia afuera en zigzag amplio.

Ilustración 4.4. Asepsia de un muslo



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Con la tercera cara de la compresa proceder al otro muslo, de dentro hacia afuera en zigzag amplio.

Ilustración 4.5. Asepsia del otro muslo



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Por último, tome la otra cara de la compresa en su mano dominante y con la otra, separe los labios mayores y menores; limpie la zona genital, perianal, glúteos y rectal, en un solo movimiento, de arriba a abajo.

Ilustración 4.6. Asepsia zona genital, perianal, glúteos y rectal



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Enjuague vertiendo agua o empapando otra compresa con agua, para quitar el exceso de antiséptico.

Ilustración 4.7. Enjuague



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Secar con otra compresa en el mismo sentido en el que se realizó el procedimiento, primero pubis e hipogastrio, muslos y zona genital-perianal.

Ilustración 4.8. Secado



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Deseche todo el material utilizado.
- Lavado de manos postprocedimiento y registro.

NOTA: Tenga en cuenta que durante la expulsión a medida que el feto desciende por el canal del parto, la presión contra el recto, provoca expulsión de materia fecal, se vierte agua o se emplea compresa empapada en agua para retirar cualquier materia fecal que escape del recto.

Atención del expulsivo: (1), (2), (3), (4), (5), (8,)

- Se debe respetar el derecho a que la parturienta adopte la posición que prefiera para la expulsión, aunque implique cambios en el protocolo de atención. La evidencia científica muestra que no hay diferencias entre las posiciones vertical y horizontal en cuanto a la seguridad materna-fetal. La parturienta tiende a preferir la posición vertical (Nivel de evidencia II Grado de recomendación B). (10)
- Mientras que se realiza la asepsia de genitales, el que va a atender el expulsivo realiza el lavado quirúrgico de las manos y

se coloca guantes y bata estériles guardando la técnica aséptica. (3),(10)

- Coloque campos estériles adecuados para la expulsión: con guantes estériles coloque los campos debajo de los glúteos, ponga las pierneras y campo estéril abdominal quedando descubierta la región perianal.
- Ubicarse frente al área perineal de la paciente y estar atento a todo el mecanismo del parto.

Ilustración 4.9. Colocación de campos estériles para la expulsión



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Evaluar el estado de las membranas, practicar la amniotomía en caso de membranas intactas y examinar el líquido amniótico.
- No se recomienda practicar episiotomía rutinaria en parto espontáneo (Recomendación Grado A). (6)

- Dejar evolucionar espontáneamente el progreso del descenso de la presentación, evitando los masajes y la dilatación forzada sobre el periné.
- No se recomienda la maniobra de Kristeller (Recomendación grado A). (6)
- Valorar la FCF cada 5 minutos durante todo el expulsivo.
- **Métodos de pujo:** el pujo voluntario solo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones. Instruir a la parturienta para que los pujos coincidan con el acmé de la contracción, que no los realice entre ellas y que estos no sean tan repetitivos. Para ello debe tomar suficiente aire por la nariz evitando exhalarlo, llevar el mentón al pecho y empujar hacia abajo con los músculos abdominales y la boca semiabierta. (1) No se recomienda retener la respiración (Maniobra de Valsalva prolongada) (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A).(10) (6)

Ilustración 4.10. Métodos de pujo



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Maniobras de protección perineal:** realizar las maniobras de protección perineal con las cuales se esté más familiarizado y mejor se dominen. La cabeza fetal se deja evolucionar en flexión espontáneamente y sin ningún tipo de intervención, hasta que la misma “corone”, esto es, cuando la circunferencia suboccipitobregmático haya sorteado el anillo vulvar distendido. En este momento es cuando se inician las maniobras para proteger el periné de desgarros. (Recomendación grado B) (6)

A continuación describo y recomiendo la que se considera más útil y universalmente practicada, la maniobra de Ritgen: (1), (2), (3), (4), (5), (8), (10)

- Cuando el desprendimiento es inminente, se le solicita a la paciente suspender los pujos, y en su reemplazo ejecute una respiración “jadeante”, procurando que la velocidad de desprendimiento sea menor, evitando el desprendimiento rápido y la deflexión brusca, permitiendo la expulsión suave y lenta de la cabeza fetal (Nivel de evidencia III 2 Grado de recomendación A). (10)

Ilustración 4.11. Maniobras de protección perineal



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Para ello, la mano dominante se coloca sobre el periné en forma de “pinza” tratando de abarcar entre el pulgar en un extremo y los dedos restantes en el lado opuesto la mayor cantidad de tejido posible, permitiendo su gradual distensión y procurando constreñirlo entre ellos en la medida que el desprendimiento se va dando. La otra mano por su parte, permite una muy suave deflexión de la cabeza, para que la distensión de los tejidos sea igualmente suave.
- En este momento, ya expulsada la cabeza fetal, se procede a descartar la presencia de circulares del cordón sobre el cuello fetal, que de estar presentes se reducen manualmente sobre el occipucio, o en caso de estar muy ceñidas, se pinza y cortan para poder liberarlo. Se aspiran las secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas del feto, si hay indicación.

Ilustración 4.12. Desprendimiento de cabeza y revisión de presencia de circulares del cordón sobre el cuello fetal



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

Se permite que ocurra espontáneamente el movimiento de **restitución y rotación externa**, que como se ha visto, ocurre porque los hombros se orientan en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior.

Ilustración 4.13. Desprendimiento de hombro anterior



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Seguidamente y solo cuando este tiempo se haya completado, se realiza una tracción suave y hacia abajo sobre la cabeza fetal exponiendo la totalidad del hombro anterior que aparecerá progresivamente bajo el pubis, para luego elevar la cabeza fetal hasta completar la expulsión del hombro posterior. En este momento, puede igualmente protegerse el periné, de igual forma como se realizó durante el desprendimiento del polo cefálico.

Ilustración 4.14. Desprendimiento de hombro posterior



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Evite las tracciones energéticas sobre la cabeza fetal, sobre todo si no se ha completado la rotación, pues ello provocaría el desprendimiento de los hombros en el diámetro oblicuo y hasta en el transversal, obligando a tomar al feto por las axilas con el riesgo de provocar lesiones del plexo cervical, y desgarramientos perineales en la madre. El resto del cuerpo, es expulsado sin ningún inconveniente.

Ilustración 4.15. Expulsión del resto del cuerpo



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- El neonato se colocará en contacto piel a piel con su madre para fomentar el vínculo afectivo, evitando el reflujo sanguíneo hacia la placenta (Recomendación grado A). (6)
- El cordón deberá pinzarse “oportunamente”, esto es, después de las primeras respiraciones espontáneas del recién nacido, guardando las más estrictas condiciones de asepsia para su corte y ligadura.
- Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (Recomendación grado A). (6)

Ilustración 4.16. Pinzamiento y corte del cordón umbilical



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Con respecto a los tipos de pinzamiento del cordón umbilical, la Norma Técnica Colombiana de Atención del Parto recomienda tener en cuenta la siguiente tabla según las condiciones clínicas:

Ilustración 4.17. Tipos de pinzamiento del cordón umbilical (8)

Habitual	Inmediato	Precoz	Diferido
Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales	Placenta previa o abrupcio, para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido	Recién nacido hijos de madres toxémicas o diabéticas, para reducir el riesgo de poliglobulia	Prolapso y prociencia del cordón
Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical		Isoinmunización materno-fetal	Parto en presentación de pelvis
Satisfactoria perfusión de la piel		Miastenia Gravis para disminuir el paso de anticuerpos maternos Madre HIV positiva	Ruptura prolongada de membranas
Realizar entre 1 y 2 minutos después del nacimiento	Realizar inmediatamente	Realizar entre 30 segundos y 1 minuto después del nacimiento	Realizar con posterioridad a los tres minutos después del nacimiento

Fuente: Norma Técnica Colombiana de Atención del Parto 00412

- Se continúa con la atención de la tercera etapa, alumbramiento, mientras otra persona del equipo brinda la atención neonatal inmediata.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) SEGÚN NANDA-NOC- NIC

SEGUNDA ETAPA (9), (12)

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00256 Dolor de parto r/c presión perineal m/p expulsión fetal.	1605 Control del dolor 21102 Nivel de dolor	-1400 Valoración del dolor -6040 Técnicas de relajación simple: masajes, respiración (vasalva modificada y jadeo), dar ánimo. -6482 Manejo del confort. -5270 Apoyo emocional. Control de signos vitales. -Ayudar a la madre a mantener la posición adecuada. (Intervención sugerida) -Direccionamiento del pujo. (Intervención sugerida)	La evaluación será numérica en escala Likert de 5 puntos, especifica el alcance de los logros, siendo 1 el menor alcance y 5 el ideal. Se podrán adicionar notas y aclaraciones
00146 Ansiedad r/c nerviosismo y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales	1211 Nivel de ansiedad	-5380 Potenciación de la seguridad -6040 Técnicas de relajación simple -5270 Apoyo emocional -Compañía permanente (Intervención sugerida) -Educar a la madre sobre el proceso del parto. (Intervención sugerida) -Motivar a manifestar sentimientos, emociones, miedos, realizar preguntas. (Intervención sugerida) -4920 Escucha activa	

00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C episiotomía, episiorrafia, desgarros.	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1102 Curación de la herida.	-3590 Vigilar estado de la piel y el estado de la herida -1102 Curación de la herida -1800 Educación sobre conductas de autocuidado	
00093 Fatiga r/c energía insuficiente	1 Conservación de la energía 1 Resistencia	-Fomentar el descanso entre cada contracción (Intervención sugerida) -0180 Manejo de la energía: evitar esfuerzos innecesarios -5270 Apoyo emocional -Dar ánimo. -7040 Técnicas de relajación simple.	
00148 temor r/c posibles complicaciones del parto y procedimientos a realizar.	1404 Autocontrol del miedo 1210 Nivel del miedo	Apoyo del personal de enfermería durante el parto. (intervención sugerida) -Educar a la madre sobre los procedimientos a realizar y la importancia de estos que ayuden a disminuir comportamientos negativos (intervención sugerida) -Motivar a que manifieste inquietudes, miedos, inseguridades (intervención sugerida) -4920 Escucha activa. -5270 Apoyo emocional -Dar ánimo (intervención sugerida)	

00035 Riesgo de lesión perineal r/c esfuerzos al pujar, malas prácticas de protección del periné.	1902 Control de riesgo.	<p>-Vigilar que se realicen las maniobras de protección perineal con las cuales se esté más familiarizado y mejor se dominen (intervención sugerida)</p> <p>-Instruir a la parturienta para que los pujos coincidan con las contracciones, que no los realice entre ellas o cuando desaparecen y que estos no sean tan repetitivos (intervención sugerida)</p>	
---	-------------------------	--	--

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Responda con una X la opción correcta.

1. La maniobra de Ritgen permite el control de la salida de la cabeza fetal, se realiza tan pronto se dé el coronamiento de la cabeza fetal distendiendo el perineo, consiste en:
 - a. Colocar una mano ejerciendo presión sobre el fondo del útero y con la otra distendiendo el periné.
 - b. Colocar una compresa en el abdomen, masajear el útero con una mano y presionar el periné con la otra mano.
 - c. Colocar una compresa sobre el periné ejerciendo presión hacia adelante con una mano mientras se hace presión en el occipucio con la otra mano.
 - d. Colocar una compresa sobre el recto ejerciendo presión sobre este con una mano y sobre la barbilla del feto con la otra.

2. Cuando se colocan las dos pinzas en el cordón umbilical y se corta, indique cuál de los cuidados inmediatos se lleva a cabo en el recién nacido:
 - a. Mantener al niño sujetado por los talones para que la gravedad lo ayude a eliminar las secreciones.
 - b. Realizar examen físico por sistemas y examen de laboratorio.
 - c. Golpear la espalda del bebé y las plantas de sus pies para estimularlo a llorar.
 - d. Colocarlo en el abdomen de la madre, secar cabeza y cuerpo para estimular el llanto.

3. Cuando la paciente experimenta deseos de pujar y hay salida de moco sanguinolento, usted piensa que:
 - a. Son signos premonitorios del trabajo de parto
 - b. Son signos premonitorios del parto
 - c. Son signos premonitorios de hemorragia
 - d. Son signos premonitorios del desprendimiento de placenta normoinserta.

II parte complete:

Complete acertadamente cada pregunta:

4. Diga cuatro signos premonitorios del parto:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. Durante la segunda etapa del trabajo de parto es importante prevenir _____ a través de la maniobra de _____

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería Materno-infantil. 17. Edición México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
2. VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007.
3. ESPINOSA TORRES T. LUIS. PARTO: Mecanismo, clínica y atención 1º edición, 2009, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V México, D.F
4. PROTOCOLO ESE Maternidad Rafael Calvo Disponible www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolosmedicos.php
5. ÁVILA LEÓN JUAN SEBASTIÁN, Mecanismo de parto. Disponible en: <http://es.slideshare.net/slapjack2385/mecanismo-de-parto>. Consultado: 12/02/15.
6. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Para uso de profesionales de salud. - Guías No. 11-15 Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Sección 5 y 6 2013 Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>

7. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA - DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Tercera Edición. Córdoba, 2.001. disponible en <http://www.enferurg.com/protocoloschus/303.pdf>
8. LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España 2006.
9. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Norma técnica de atención del parto*.2014.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf> Consultada: 20 marzo, 2016.
10. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la NANDA. 2013. Disponible en:<http://www.Nanda.Es/planpublic.Php?Urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0> Fecha de acceso: 29-03-16
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>
12. HERDMAN T. H. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2015

CAPÍTULO V

VALORACIÓN INTEGRAL DURANTE LA TERCERA Y CUARTA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO (ALUMBRAMIENTO O ETAPA PLACENTARIA Y RECUPERACIÓN)

INTRODUCCIÓN:

Terminado el nacimiento del niño inicia la tercera etapa del trabajo de parto, durante esta se expulsa la placenta y sus anexos. Es importante tener una vigilancia estricta, debido a que hay un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. (1), (2), (3) Por acción de las contracciones el alumbramiento se da en un **mecanismo de desprendimiento, descenso y expulsión**. Transcurre de manera espontánea y completa en los primeros 10 minutos por acción de las contracciones uterinas, la pérdida de sangre en condiciones normales y en una paciente con buen estado de salud es aproximadamente de 300 hasta 500 ml.

Este mecanismo tiene cuatro tiempos a saber: (1), (2)

1. Desprendimiento de la placenta: después del nacimiento, la placenta sigue unida al útero. El fondo del útero se contrae, retrae, centraliza y eleva al abdomen a la altura de la cicatriz umbilical desplazándose hacia la derecha de la línea media, su diámetro

transverso será menor al cambiar su forma de esférica a piriforme. El cordón umbilical se alarga y hay salida repentina de sangre. El útero se hace firme de consistencia dura leñosa persistiendo su tono, lo que permite romper los puentes trabeculares favoreciendo el proceso de desprendimiento de la placenta, los vasos deciduales desgarrados ocasionan la formación de un coágulo retroplacentario. (1), (2)

La placenta se desprende en dos mecanismos:

- a. **Desprendimiento central o de Baudelocque-Schultze:** Del centro de su implantación hacia la periferia. El coágulo es centroplacentario, rechaza y expulsa la placenta hacia abajo en forma de “paraguas abierto”, mostrando la cara fetal (cara brillante), sin presentar sangrado hasta que se exterioriza la placenta y después de expulsada viene sangre oscura con coágulos. (1),(2),(3),(4),(5),(6),(7)

Ilustración 5.1. Desprendimiento central o de Baudelocque-Schultze



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

b. Desprendimiento marginal o de Baudelocque-Duncan: se inicia desde el borde inferior de la placenta hasta el centro. La sangre roja sin coágulos sale rápida y continua desde el inicio del desprendimiento y antes de su expulsión. La placenta es expulsada por la cara materna (cara de los cotiledones). (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7)

Ilustración 5.2. Desprendimiento marginal o de Baudelocque-Duncan



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Desprendimiento de las membranas amnióticas:** al desprender la placenta hacia la vagina, su peso ayuda a desprender las membranas por tracción. (1), (2)
- **Descenso de la placenta:** al desprenderse la placenta desciende del útero hasta la vagina, por acción de las contracciones uterinas, su propio peso, el coágulo retroplacentario y los pujos es expulsada hacia el exterior por gravedad. (1), (2)
- **Expulsión de la placenta:** al descender la placenta a la vagina se procede a su expulsión. (1), (2)

No se justifica el alumbramiento espontáneo o expectante por el riesgo de hemorragia (mayormente usada en el primer nivel de atención, atención domiciliaria en pacientes con bajo riesgo).

4. Alumbramiento activo

En la actualidad, en medios hospitalarios por recomendación de la OMS se debe realizar manejo activo del alumbramiento debido a que en este período mueren más mujeres que en cualquier otro del trabajo de parto. El alumbramiento activo se refiere a: administración profiláctica de oxitócicos, pinzar precozmente el cordón umbilical y tracción controlada del cordón umbilical, maniobra de Dublín y masaje uterino. (3) (8)

El manejo activo reduce el riesgo de sangrado mayor de 1000 cc en el momento del parto en mujeres con riesgo de sangrado (Nivel de evidencia I Grado de recomendación A). (11)

Las Guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias 2013 para la prevención de la hemorragia posparto recomienda: (Recomendación Grado A). (8)

- Realizar manejo activo del alumbramiento. (Recomendación Grado A) (8)
- Utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.
- Administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

- No se recomienda el uso de ácido tranexámico para la prevención de la hemorragia posparto.
- Se recomienda ligar y cortar el cordón umbilical entre el segundo y el tercer minuto después del nacimiento en todos los recién nacidos de término y pretérmino que nazcan vigorosos. (Recomendación grado A) (8)

Indicaciones para el manejo activo del alumbramiento.

Grandes múltiparas, sobredistensión uterina (por embarazo múltiple, macrosómico, polihidramnios, etc.), fase activa prolongada, periodo expulsivo prolongado, embarazo asociado a hipertensión, corioamnionitis, parto pretérmino, miomatosis, gestantes añosas, obesidad, anemia, antecedentes de cirugías uterinas previas, antecedente de alumbramiento patológico en gestaciones anteriores, antecedentes de hemorragia posparto, uso de drogas uterorelajantes. (1), (2)

OBJETIVOS

Brindar cuidado integral a la madre durante el alumbramiento y recuperación del trabajo de parto.

EQUIPO

- Equipo de signos vitales
- Equipo de asepsia de zona perineal (ver arriba)
- Ropa y paño desechable para la madre
- Registros clínicos

Para alumbramiento activo

- Cristaloide 500 cc, oxitocina 10 U.I, Abbocath grueso 16 o 18, equipo de signos vitales.

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

- Conocer muy bien cada paciente y su evolución del trabajo de parto.

- Procurar el trabajo en equipo para la atención del trabajo de parto y parto.
- Asistir integralmente a la paciente.
- Mantener informada a la paciente y familia
- Disponer adecuadamente de los materiales desechables y reutilizables.

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO: (1), (2), (3), (8)

- Canalizar vena periférica con Abbocath grueso. En cuanto se desprenda hombro anterior fetal a nivel del deltoides o hasta el primer minuto del nacimiento, instalar cristaloide 500 cc más oxitocina 10 U.I. pasar de 20 a 40 por minuto y mantener la infusión oxitócica en las siguientes cuatro horas como mínimo.
- Pinzar y cortar el cordón umbilical según protocolo o guía práctica del Ministerio de Protección.

Ilustración 5.3. Pinzamiento y corte del cordón umbilical



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Maniobra de Brandt-Andrews:** Se comprueba tono uterino y consistencia antes de realizar las maniobras de Brandt-Andrews.

Con una mano se sostiene el cordón con la pinza lo más cercano a la horquilla y se mantiene con tracción suave en dirección umbilico coxígea, con la otra mano en dirección del borde superior de la sínfisis del pubis y hacia el abdomen se dirigen los dedos índice, medio y anular hacia abajo y hacia adelante intentando rechazar el cuerpo y fondo uterino. A medida que se desprende la placenta el cordón desciende, la pinza se puede volver a colocar más cerca de la horquilla. (1),(2),(3),(8)

Ilustración 5.4. Maniobra de Brandt-Andrews



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Maniobra de Dublín:** (1), (2), (3), (8) Exteriorizada la placenta no se debe jalar para que las membranas no se rompan. La extracción de las membranas se apoya con las maniobras de Dublín (rotación de la placenta sobre su propio eje en sentido de las manecillas del reloj). Hasta que se despeguen y exterioricen las membranas.

Ilustración 5.5. Maniobra de Dublín



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Posterior al alumbramiento inmediatamente se realiza masaje uterino abdominal, hasta que haya buena contractilidad uterina. Retirando los coágulos y verificar que no haya sangrado activo y cuantificar la pérdida sanguínea durante este período. (1),(2),(3),(4),(5),(6),(7),(8),(11)

Ilustración 5.6



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Se procede a revisar la placenta en cara materna con cotiledones íntegros y cara fetal, el estado de las membranas amnióticas y coriónicas, inserción del cordón umbilical con presencia de las dos arterias y una vena. Se debe revisar cavidad vaginal en caso de sospecha de incompletud. (1),(2),(3),(4),(5),(6),(7),(8),(11)

Ilustración 5.7. Revisión de la placenta



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Determinar el mecanismo de desprendimiento de la placenta (Schultze o Duncan) y el tipo de alumbramiento (espontáneo, completo o incompleto). (11)

Se revisa la integridad del canal de parto, perineo, episiotomía si se realizó y los genitales externos para comprobar posibilidad de lesiones, y/o proceder a las rafias correspondientes si es necesario. No debe realizarse de rutina la revisión de la cavidad uterina. (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (11)

Ilustración 5.8. Revisión de genitales



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Se toman y vigilan los signos vitales de la paciente, especialmente TA y pulso y verificar el estado de conciencia. (11)
- Se verifican las características del globo de seguridad de Pinard, vejiga vacía confirmando la estabilidad hemodinámica de la paciente. (1),(2),(3),(4),(5),(6),(7),(8)
- Después del parto retirar los campos y se emplea la misma técnica para la asepsia de la región perineal descrita anteriormente, en la segunda etapa del trabajo de parto. (5)(9)

Ilustración 5.9. Asepsia posparto



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Colocar el paño desechable y cambio de ropa para su traslado a sala de recuperación sin olvidar felicitar a la nueva madre e informar del resultado a los familiares.

Ilustración 5.10. Colocación de paño desechable



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Se procede a retirar de la sala de parto todo el material e instrumental utilizado y preparar nuevamente la sala para la atención del próximo milagro de la vida.
- Se deben registrar todos los datos, hallazgos e intervenciones, obtenidos durante esta etapa.

CUIDADOS DURANTE LA CUARTA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO O ETAPA DE RECUPERACIÓN (2), (3), (4), (5), (6), (7), (11)

Terminada la tercera etapa, madre y recién nacido pasan a sala de recuperación en alojamiento conjunto. En esta etapa se continúa la vigilancia iniciada en la tercera etapa por el riesgo de hemorragia.

Ilustración 5.11. Etapa de recuperación y alojamiento conjunto



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Valorar el estado general de la madre.
- Favorecer el íntimo contacto de la madre y su hijo desde este momento.
- Felicitar a la madre en su nuevo rol, reconociendo su esfuerzo y valor.
- Se constata la adecuada y correcta identificación del recién nacido.
- Valorar cada 15 minutos en la primera hora, cada media hora en la segunda hora y cada hora a partir de la tercera hasta la cuarta hora: el globo de seguridad de Pinard (medir la distancia en centímetros desde el fondo uterino al ombligo); si el útero está centrado o lateralizado, establecer la tonicidad del útero y la percepción dolorosa.

Ilustración 5.12. Valoración del globo de seguridad de Pinard



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Valorar en los mismos tiempos anteriores los signos vitales y sangrado genital (características del sangrado: cantidad, color, presencia de coágulos), verificar en perineo presencia de desgarros, suturas vulvares o sitio de episiorrafia para descartar hematomas.
- Detectar a tiempo complicaciones, entre ellas: hemorragias posparto, identificar su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento médico, actuar rápidamente para evitar morbimortalidad.
- Detectar taquicardia, fiebre o taquipnea.
- Valore las mamas, características de los pezones y presencia de secreciones lácteas.
- Suministrar los medicamentos indicados.
- Trasladar al servicio de puerperio para continuar con los cuidados del puerperio inmediato.
- Instruir y apoyar sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temáticas pertinentes.
- Notificar y felicitar a sus familiares.

- Realizar y anotar los registros clínicos en forma clara, ordenada, legible y completa, todos los hallazgos en la hoja de evolución, notas de enfermería y otros registros pertinentes según el caso.

**PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) SEGÚN
LINEAMIENTOS DE NANDA- NOC – NIC TERCERA ETAPA
DEL TRABAJO DE PARTO (10), (11), (12)**

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00146 Ansiedad r/c nerviosismo y preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales	(1402) Autocontrol de la ansiedad-control de la ansiedad.	-Brindar educación sobre lo que está viviendo -Transmitir una actitud de interés por ella -Indicar técnicas de relajación - (4920) Escucha activa. - (5270) Apoyo emocional. - (527011) Compañía.	La evaluación será numérica en escala Likert de 5 puntos, especifica el alcance de los logros, siendo 1 el menor alcance y 5 el ideal. Se podrán adicionar notas y aclaraciones
00004 Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos.	(1924) Control del riesgo: proceso.	(3690) Vigilar signos de infección. (3660) Cuidados de la herida. (1750) Higiene de los genitales. -Administrar medicamentos profilácticos según sea necesario. -Lavarse las manos escrupulosamente y usar guante durante todo el proceso de trabajo de parto. -Mantener normas de bioseguridad.	

00055 Desempeño ineficaz del rol r/c modelo del rol inadecuado y preparación insuficiente para el desempeño del rol.	(1501) Desempeño del rol.	(5270) Apoyo emocional. (7110) Favorecer la interacción de la familia y madre. Educar a la madre y resolver dudas sobre su nuevo rol. (6481) Educar al padre acerca de su rol paterno y como compañero. (5244) Fomentar la lactancia materna y el vínculo madre-hijo.	
--	---------------------------	---	--

CUARTA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO (11), (12)

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00008 Termorregulación ineficaz r/c escalofríos leves	(0800) Termorregulación	(6680) Monitorización de los signos vitales. (390006) Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo adecuado. (390017) Observar color y temperatura de la piel. -Abrigo a la madre	La evaluación será numérica en escala Likert de 5 puntos, especifica el alcance de los logros, siendo 1 el menor alcance y 5 el ideal. Se podrán adicionar notas y aclaraciones

<p>00055 Desempeño ineficaz del rol r/c modelo del rol inadecuado y preparación insuficiente para el desempeño del rol.</p>	<p>(1501) Desempeño del rol. (1305) Adaptación psicosocial: cambio de vida. (1800) Conocimiento: Lactancia. (1819) Conocimiento: Cuidado del R.N.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional. (7110) Favorecer la interacción de la familia y madre. (537011) Educar a la madre y resolver dudas sobre su nuevo rol. (6481) Educar al padre acerca de su rol paterno y como compañero. (5244) Fomentar la lactancia materna y el vínculo madre-hijo. (5250) Dar ánimo. (7110) Participación de la familia en la adaptación del nuevo rol de la madre. Identificar problemas que interfieran en la adaptación. (540006) Valorar el estado de adaptación (5370) Potenciación del nuevo rol. (5510) Educación sanitaria.</p>	
<p>00093 Fatiga r/c energía insuficiente</p>	<p>(0002) Conservación de la energía.</p>	<p>-Potenciar el descanso y la respiración entre las contracciones. (5880) Técnicas de relajación.</p>	

<p>00011 Estreñimiento r/c debilidad de los músculos abdominales.</p>	<p>(0501) Eliminación intestinal</p>	<p>(110020) Apoyo educativo: fomento de la eliminación de las heces. (043003) Control de heces. (045002) Valorar el uso de laxantes o enemas. (1605) Control del dolor.</p>	
<p>00016 Deterioro de la urinaria r/c multicausalidad.</p>	<p>(0503) Eliminación urinaria.</p>	<p>(1804,03) Proporcionar intimidad para la eliminación. (0590) Poder de sugestión: hacer correr agua. (0590,11) Ingerir líquidos. (0590,01) Vigilar eliminación urinaria. (0590,14) Comprobar que la primera micción se dio 6-8 horas después del alumbramiento.</p>	
<p>00092 Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada.</p>	<p>(0208) Movilidad.</p>	<p>(1800) Ayuda con los autocuidados: alimentación, vestir, arreglo personal. (0221) Terapia de ejercicios: deambulación. (1400) Manejo del dolor</p>	

<p>00108 Déficit de autocuidado: baño r/c debilidad</p>	<p>(1801) Autocuidado: baño.</p>	<p>(0305) Ayuda con el autocuidado: baño, higiene, arreglo personal. (3660) Cuidados de la herida. (1750) Ayuda con la higiene de los genitales. (5606) Educación a la paciente y a la familia sobre cuidado de la herida e higiene de los genitales.</p>	
<p>00126 Conocimientos deficientes r/c Conocimientos insuficientes</p>	<p>(1818) Conocimiento: salud materna en el puerperio. (1800) Conocimiento: lactancia materna.</p>	<p>(5520) Educación materna: lactancia, autocuidados postparto y cuidados de recién nacido. -Signos de alarma, planificación y educación sexual, control postparto (5568) Educación paterna: cuidados de la madre y el niño. (6880) Educación a la familia.</p>	

<p>000206 Riesgo de sangrado: r/c Complicaciones del postparto</p>	<p>(1902) Control de riesgo: (Sangrado)</p>	<p>(040902) Vigilar la pérdida de sangre: cantidad, color, olor. Cada 15 min durante una hora. Y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora.</p> <p>(6680) CSV cada 15 min durante una hora. Y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora.</p> <p>- Vigilar el globo de seguridad de Pinard (duro, leñoso, centrado y por debajo de la cicatriz umbilical) cada 15 min durante una hora. Y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora.</p> <p>(1480) Masajear si procede.</p> <p>(100805) Administración de líquidos prescritos y medicación.</p> <p>-Educar a la familia sobre los signos y síntomas de hemorragia.</p>	
--	---	--	--

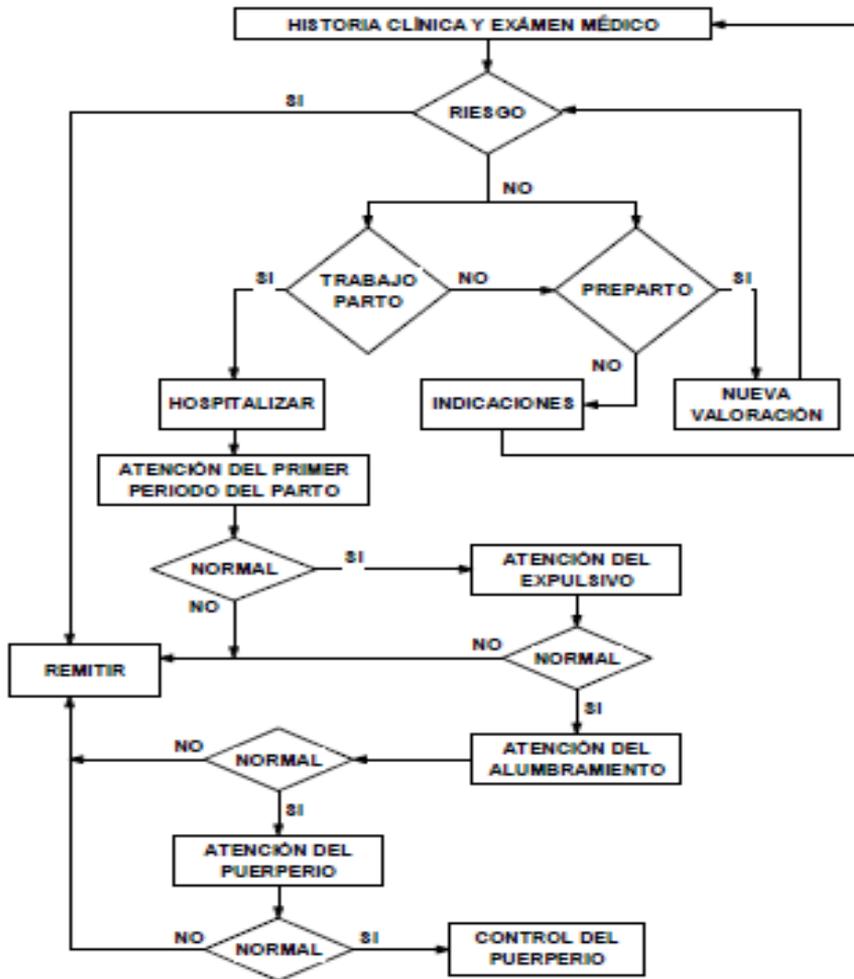
<p>00104 Riesgo de lactancia materna ineficaz r/c incapacidad del niño para coger el pecho materno correctamente y conocimientos insuficientes de los padres sobre importancia y técnicas de lactancia materna</p>	<p>(1800) Conocimiento: lactancia materna. (1003) Lactancia materna: destete -lactancia materna eficaz</p>	<p>Asesoramiento en la lactancia: educar sobre importancia de la lactancia materna exclusiva y técnica de agarre.</p> <p>Observar al bebé al pecho y determinar si la posición es correcta, ver la deglución.</p> <p>Facilitar a la madre/niño intimidad y comodidad en los primeros intentos de dar pecho.</p> <p>Animar a la madre a no limitar el tiempo de mamar.</p> <p>Vigilar la posición de la madre.</p> <p>Instruir a la madre como sacar los gases al bebé.</p> <p>Corregir conceptos equivocados.</p> <p>Evaluar la comprensión de los padres.</p>	
<p>00155 Riesgo de caídas r/c hipotensión ortostática.</p>	<p>(1902) Control de riesgo: caídas.</p>	<p>(6680) CSV.</p> <p>(6490) Prevención de caídas.</p> <p>(0221) Vigilancia activa en la deambulaci3n.</p> <p>(413002) Aumentar la ingesta de líquidos.</p> <p>-Vigilar signos de hipovolemia o hemorragias.</p>	

<p>00153 Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal</p>	<p>(1205) Autoestima.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional. (523005) Fomentar la verbalización de sentimientos, miedos ideas, inquietudes. (4920) Escucha activa. -Educar sobre los cambios físicos del puerperio. (560615) Compañía del padre y/o familia</p>	
<p>00146 Ansiedad r/c aumento de la desconfianza</p>	<p>(1211) Nivel de ansiedad (1402) Autocontrol de la ansiedad</p>	<p>(4920) Escucha activa (5210) Guía de anticipación -Ayudar a la paciente a adaptarse ante los cambios de roles -Ayudar a la paciente a encontrar las virtudes y habilidades para resolver el conflicto (4270) Apoyo emocional (5820) Disminuir la ansiedad -Realizar masajes -Técnicas de relajación -Escucha activa -Vincular relación mamá e hijo -Explicar y despejar dudas de la puérpera.</p>	

<p>00004 Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos.</p>	<p>(1924) Control del riesgo: proceso.</p>	<p>(3690) Vigilar signos de infección. (208035) CSV (temperatura). (3660) Cuidados de la herida. (655018) Mantener técnica aséptica. (1750) Higiene de los genitales. (5604) Enseñanza: grupo - educación a paciente y familia sobre cuidado de la herida e higiene de los genitales. (3660) Valorar área de lesión</p>	
---	--	---	--

NORMA TÉCNICA

ATENCIÓN DEL PARTO Flujograma



Fuente: Flujograma Atención al parto. Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. Ministerio de la Protección Social.

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Responda con una X la opción correcta.

1. Durante la tercera etapa del trabajo de parto (alumbramiento) cuál de los cuidados se llevan a cabo durante esta etapa:
 - a. Aplicar oxitocina 10 UI y Maniobra Brandt –Andrews.
 - b. Verificar el tipo de desprendimiento de la placenta en Schultze o Duncan
 - c. Maniobra de Dublín y revisar placenta y cavidad vaginal
 - d. Todas son ciertas

2. Al traslado de la madre a sala de parto, antes del expulsivo y en el posparto se lleva a cabo el procedimiento de asepsia de vulva y perineo colocándola en posición de litotomía, el método recomendable es:
 - a. Limpiar con compresa y solución jabonosa en forma de zigzag de adentro hacia afuera las áreas de pubis, muslos, vulva y ano, enjuaga, seca y cubre con campos estériles.
 - b. Limpiar con compresa y solución jabonosa en forma de zigzag de afuera hacia adentro las áreas de pubis, muslos, vulva y ano, enjuaga, seca y cubre con campos limpios.
 - c. Limpiar con compresa y solución jabonosa en forma de zigzag de adentro hacia afuera las áreas de muslos, pubis, vulva y ano, enjuaga, seca y cubre con campos estériles.
 - d. Limpiar con compresa y solución jabonosa en forma de zigzag de adentro hacia afuera las áreas de ano, pubis, muslos y vulva, enjuaga, seca y cubre con campos limpios

II parte complete:

Complete acertadamente cada pregunta:

3. La placenta se desprende en dos mecanismos Schultze, o Duncan, describa cada uno: _____

4. Para el manejo del alumbramiento activo, indique cuál es el momento oportuno para aplicar la oxitocina 10 UI : _____

5. Terminada la tercera etapa, madre y recién nacido pasan a sala de recuperación en _____ conjunto, donde se continúa la vigilancia por el riesgo de _____
_____.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. VERGARA Sagbini, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007.
2. PROTOCOLO ESE Maternidad Rafael Calvo. Disponible en: www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolosmedicos.php
3. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Norma técnica de atención del parto*. 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf> Consultada: 20 marzo 2016.
4. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería materno-infantil. 17. ed. México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
5. ESPINOSA TORRES T. LUIS. Parto: Mecanismo, clínica y atención. Primera edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V México, D.F, 2009
6. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España, 2006.
7. OLDS S. LONDON M. LADEWIG P, Enfermería materno infantil: Un concepto integral familiar. Cuarta Edición. México: Interamericana, McGraw-Hill; 1995
8. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Para uso de profesionales de salud. - Guías No. 11-15 Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Sección 5 y 6 pág. 57-83 2013 Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>
9. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA - DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. 3ª Edición. Córdoba, 2.001. disponible en <http://www.enferurg.com/protocoloschus/303.pdf>

10. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la NANDA. 2013
Encontrado en:<http://www.Nanda.Es/planpublic.Php?Urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0>, fecha de acceso: 29-03-16
11. MINISTERIO DE SALUD. Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>
12. HERDMAN T. H. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2015

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO (ANI)

INTRODUCCIÓN

La Atención del Recién Nacido según la Norma Técnica del Ministerio de Salud y Protección Social se define como el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido. (1)

La adaptación neonatal inmediata en la sala de parto procura por brindarle al ser humano en su nacimiento un adecuado cuidado tanto intrauterino como extrauterinamente. (1)

El recién nacido sufre modificaciones cardio-hemodinámicas y respiratorias, principalmente por lo que de un cuidado de calidad depende una buena adaptación al medio ambiente (9)

OBJETIVO GENERAL

Definir los elementos conceptuales y normativos para apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido, a fin de reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto perinatal como neonatal. (1)

EQUIPO PARA LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO:

- Cuna térmica para recibir el neonato, con fuente de luz, oxígeno, aspirador,
- Perilla, equipo de reanimación neonatal.
- Peso para bebé
- Incubadora de transporte
- Monitor fetal
- Sonda para aspirar
- Compresas
- Sonda N° 8 para verificar permeabilidad de orificios
- Vitamina K
- Jeringa de 1 ml para aplicar vitamina K y de 3 ml para la muestra de TSH
- Clamp
- Alcohol absoluto
- Garamicina o gentamicina oftálmica
- Cinta métrica y balanza para recién nacidos.
- Sabanitas y ropa para el recién nacido
- Registros para madre y recién nacido

Ilustración 6.1. Equipo para la atención inmediata del recién nacido



Fotografía tomada en la sala de parto en una institución de salud pública en Cartagena. Archivo de la autora

RECOMENDACIONES DE LA GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS 2013 ENTRE OTRAS: (2)

- En recién nacidos a término y sin factores de riesgo, realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical después del segundo o tercer minuto de vida o hasta que el cordón umbilical deje de pulsar.
- En recién nacidos sanos, sin factores de riesgo, seguir la secuencia de apoyo de atención **en un minuto**: secar al bebé, evaluar el tono, la respiración y la frecuencia cardíaca.
- En recién nacidos sin factores de riesgo, vigorosos quienes tengan la vía aérea permeable se recomienda NO hacer succión de la vía aérea superior, en particular no hacer succión nasal.
- Se recomienda valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido a término con la escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos, para describir de forma estandarizada la vitalidad del recién nacido.
- Se recomienda realizar valoración de la dificultad respiratoria en recién nacidos sin factores de riesgo a los 10 minutos utilizando los criterios de la escala de Silverman-Anderson.
- La realización del examen físico inicial (breve) se debe hacer durante los primeros minutos de vida (idealmente en los primeros 50 minutos de vida) y durante el contacto piel a piel con la madre. Este examen busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el género, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres.
- En recién nacido a término sin factores de riesgo y nacido por parto vaginal se recomienda el contacto piel a piel temprano iniciado como parte de la atención en sala de partos del recién nacido en adaptación espontánea, con el fin de iniciar un proceso de vinculación extrauterina temprano y adecuado y

favorecer el establecimiento de la lactancia materna. Se debe seguir un protocolo estricto y detallado y asegurar la vigilancia adecuada por parte de personal de salud debidamente entrenado de la díada madre hijo durante la posición piel a piel en sala de recuperación para evitar eventos que pongan en riesgo la vida del recién nacido (muerte súbita y eventos agudos cercanos a muerte súbita).

- Se recomienda iniciar lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre y cuando la madre esté en condiciones de hacerlo.
- Se recomienda que los procedimientos de rutina en el recién nacido que interrumpen el contacto piel a piel (aplicación de vitamina K, peso, talla, examen físico inicial, profilaxis oftálmica) se aplacen entre 60 y 90 minutos, de forma que no interrumpan el período temprano de contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido a término y aparentemente sano.
- Se recomienda colocar a todo recién nacido lo más temprano posible después del nacimiento una marquilla debidamente asegurada, colocada en un lugar visible escrita con tinta indeleble, sin tachaduras o enmendaduras. La marquilla debe colocarse en presencia de la madre y la información en la misma debe verificarse con la madre o familiar. El instrumento debe ser una manilla o pulsera que debe tener las siguientes características: el diseño de la pulsera o manilla debe permitir que haya suficiente espacio para incluir toda la información necesaria. El cierre debe ser irreversible, solo extraíble e intercambiable al cortar y dañar el instrumento. Debe ser de un material, suave, blando y deformable pero resistente, inerte y que no genere reacción local ni heridas en la piel. (2)

PROCEDIMIENTO:(1), (3), (4), (5), (6)

- Limpieza de las vías aéreas, aspirando las secreciones suavemente primero en boca y luego fosas nasales con una perilla, si es necesario.(1),(3),(9)

- El contacto inmediato piel a piel contribuye a evitar la hipotermia (Nivel de evidencia III 2, Grado de recomendación A), ayuda a la estabilidad cardiorrespiratoria, disminuye el llanto en el neonato, favorece el vínculo afectivo, la involución uterina y el inicio temprano de la lactancia materna. (9)(2)
- Secar al recién nacido suave y exhaustivamente primero cabeza, cara y luego el resto del cuerpo con campo seco y tibio y cubrirlo. Estimularlo en caso de no tener una respiración adecuada, usando métodos seguros y apropiados para proporcionar estimulación táctil, incluyen palmadas o golpecitos en las plantas de los pies o frotar gentilmente la espalda, tronco o extremidades del recién nacido. Si no responde iniciar inmediatamente ventilación con presión positiva.

Ilustración 6.2. Contacto inmediato piel a piel



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Realizar pinzamiento del cordón umbilical según el cuadro expuesto anteriormente en la segunda etapa del trabajo de parto. (1) En neonatos que no requieran reanimación se recomienda el pinzamiento diferido entre dos o tres minutos cuando el cordón deje de latir y la perfusión de la piel es satisfactoria (Nivel de evidencia, Grado de recomendación A). (9) (2)

Ilustración 6.3. Secado del recién nacido y pinzamiento del cordón umbilical



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Luego del pinzamiento tomar sangre del segmento placentario del cordón para TSH (Hormona estimulante del tiroides TSH neonatal), la hemoclasificación y otras pruebas de laboratorio, VDRL que puedan estar indicadas según los antecedentes maternos identificados. En recién nacidos de bajo peso al nacer y provenientes de áreas endémicas para malaria es importante incluir la toma de gota gruesa para detectar una posible infección.

Ilustración 6.4. Toma de muestra para TSH



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- **Valorar el APGAR** en el primer minuto con base en la siguiente tabla:

Tabla APGAR

Signos	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flacidez	Hipotonía	Tono normal
Irritabilidad refleja	Falta de respuesta	Muecas	Llanto
Color de la piel	Palidez o cianosis	Acrocianosis	Rosado

Tomada de Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. Ministerio de la Protección Social. 2015

- Inducir Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es < de 4: valorar capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.
- Conducir la Adaptación Neonatal Inmediata si el APGAR es de 5 a 7: valorar capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel con mayor complejidad
- Apoyar el curso espontáneo de la adaptación si el APGAR es de 8 o más.
- Después del contacto piel a piel con la madre, colocar al recién nacido bajo fuente de calor para continuar con el cuidado según resultados del APGAR, vigilar respiración y temperatura.
- Verificar en el cordón umbilical la presencia de los vasos sanguíneos, dos arterias y una vena.
- Colocar el clamp a dos centímetros por encima de la inserción umbilical y con la pinza que tenía en el extremo colocarla a un centímetro del clamp y cortar el cordón entre el clamp y la pinza.

Ilustración 6.5. Colocación del clamp



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Aspirar secreciones de la boca las veces que sea necesario y verificar la permeabilidad de las fosas nasales, esófago y ano.

Ilustración 6.6. Verificación de permeabilidad de fosas nasales, esófago y ano



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Evaluar sexo y realizar examen físico completo, tomar medidas antropométricas de rutina: peso, talla, perímetro cefálico y torácico y registrar.

Ilustración 6.7. Examen físico con medidas antropométricas



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Colocar el brazalete para identificar al recién nacido: escribir fecha, hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla, perímetro cefálico. Ningún niño puede salir de la institución sin registro de recién nacido vivo realizado por parte del profesional que atiende el parto.
- Realizar profilaxis ocular: debe realizarse con solución oftálmica una gota en cada ojo con gentamicina oftálmica o con un colirio o ungüento de antibióticos tales como: tetraciclina al 1%, yodopovidona al 2,5% o eritromicina para evitar infecciones oculares en el paso por el canal del parto (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A).(9)

- Realizar profilaxis umbilical con una torunda empapada con alcohol absoluto, limpiando primero alrededor de la inserción, luego alrededor del cordón umbilical de abajo hacia arriba y por último del centro a la periferia en el muñón.
- Valorar APGAR a los 5 minutos considerando los criterios del primer minuto de inducción, conducción o apoyo según la valoración obtenida.
- Limpiar bien al recién nacido, vestirlo y abrigarlo. Está contraindicado remover el vórnix caseoso (Nivel de evidencia II, Grado de recomendación A). (9)
- La atención del recién nacido durante las primeras cuatro horas de vida debe ser prestada por el médico y por enfermera profesional. La atención del recién nacido por enfermera incluye:
- Administrar 1 mg intramuscular de Vitamina K. Si es de bajo peso, administrar solo 0.5 mg. La evidencia muestra que previene la hemorragia del nonato (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A). (9)

Ilustración 6.8. Administración intramuscular de Vitamina K



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Alojamiento junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. En lo posible iniciar la lactancia a más tardar antes de la primera media hora con excepción de las madres con VIH positivo (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A).(9)

Ilustración 6.9 Alojamiento conjunto y apoyo a la lactancia materna



Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Después de comer el niño o la niña, debe colocarse en decúbito lateral derecho, evitando la posición prona.
- Controlar los signos vitales.
- Mantener a temperatura adecuada (36.5 – 37.5 °C) y con poca luz.
- Vigilar estado del muñón umbilical previa profilaxis con antiséptico alcohol yodado o yodopovidona
- Verificar presencia de deposiciones y orina.

- Hacer valorar por médico en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad.
- Vigilar condiciones higiénicas y del vestido. (1),(3),(4),(5),(6),(9)
- Determinar necesidad de reanimación y en caso necesario notificar de inmediato hasta estabilizar siguiendo el protocolo indicado por la clínica.
- Clasificar el riesgo al nacer en alto, medio o bajo de acuerdo con lo establecido en la estrategia AIEPI 2012.(9)
- Registrar los datos en la historia clínica: todos los detalles del nacimiento y procedimientos desarrollados; clasificar el desarrollo del recién nacido Test de Capurro y/o Vallad y Lubchenco. Ver ilustración 6.9.

Ilustración 6.9 Test de Capurro

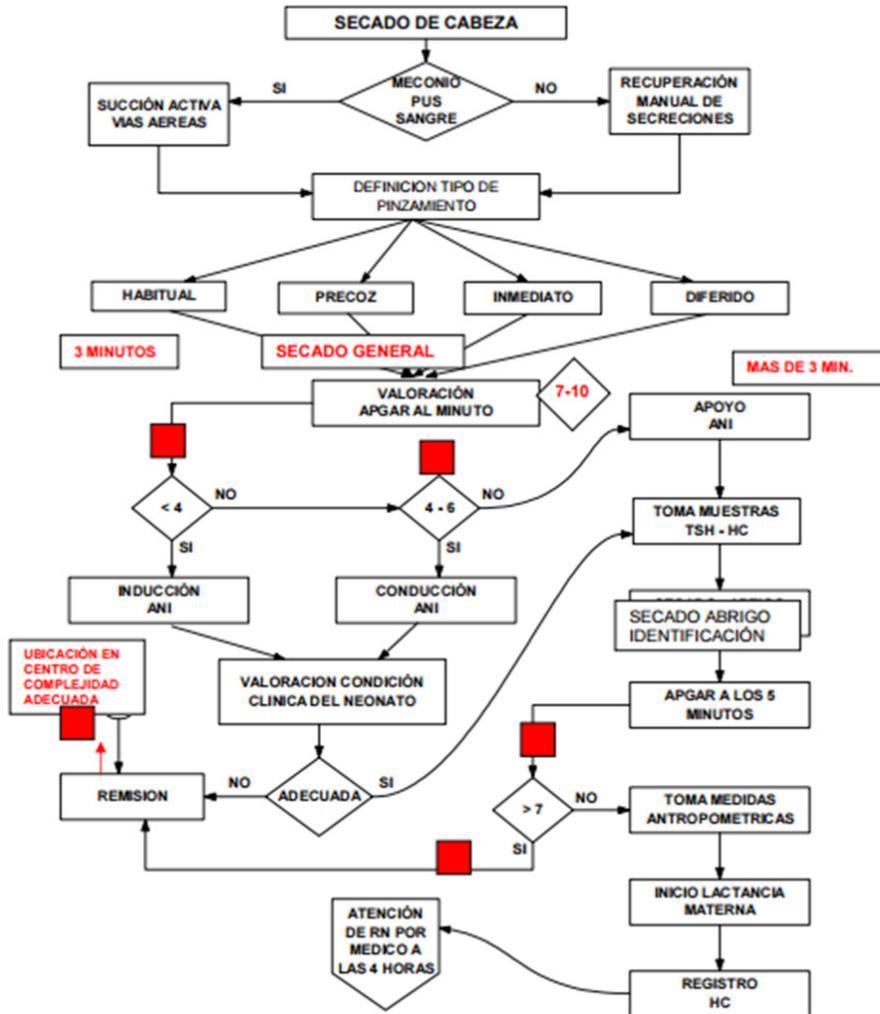


Fotografía tomada con consentimiento informado de la paciente, en una institución de salud pública de Cartagena. Archivo de la autora

- Diligenciar los documentos relacionados con el registro de nacido vivo y el registro civil.

NORMA TÉCNICA

FLUJOGRAMAS: ATENCIÓN NEONATAL INMEDIATA Y MEDIATA



Fuente: Flujograma ANI. Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. Ministerio de la Protección Social. 2015

PLAN DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO (1), (7), (8)

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de las secreciones m/p cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio.	(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	(3160) Aspiración de las vías aéreas. Intervenciones sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la presencia de secreciones en vías aéreas, utilizando una pera de succión o catéter N.8, o utilizar aspiración activa en caso de aspiración del RN de meconio, sangre o pus. • Monitoreo de signos vitales (FR-FC-SAT. O²) c/d 5 minutos en caso de alteraciones en el patrón respiratorio. • Aplicar APGAR al primer minuto, para valorar, el esfuerzo respiratorio y coloración (cianosis, acrocianosis, rosado) en el caso del patrón respiratorio • Aplicación de oxígeno de 3 a 4 litros por minuto en cámara de oxígeno en caso de disnea o tiraje subcostal. 	La evaluación será numérica en escala Likert de 5 puntos, específica el alcance de los logros, siendo 1 el menor alcance y 5 el ideal. Se podrán adicionar notas y aclaraciones
00104 Lactancia materna ineficaz r/c ansiedad maternal y aparición de grietas en los pezones y resistencia a “coger” el pecho.	(1402) Autocontrol de la ansiedad.	(5820) Disminución de la ansiedad: Intervenciones sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos y cuidados que tiene que realizar al recién nacido. • Animar a expresar sus preocupaciones. • Permanecer con la púerpera mientras realiza los cuidados para promover la seguridad y reducir el miedo. 	

	(1000) Establecimiento de la lactancia materna: lactante.	(1054) Ayuda en la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la madre el contacto precoz con el bebé para que dé el pecho dentro de las dos horas siguientes al nacimiento. • Ayudar a la madre a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho. • Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta. • Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho. • Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé. • Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar. • Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos. • Fomentar los periodos de descanso frecuentes. 	
00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c extremos de edad (Recién nacido), exposición a ambientes fríos.	(0801) Termorreulación: recién nacido.	(3900) Regulación de la temperatura. Intervenciones sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> • Exponer al niño en fuente de calor, para mantener a temperatura adecuada (36.5 – 37.5 °C) y con poca luz. • Abrigarlo con ropa y gorro adecuado. • Control de la curva térmica, en los intervalos de tiempo indicados hasta que se estabilice. • Favorecer el inicio de la lactancia materna y del contacto piel con piel. • Enseñar a los padres acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío en casa 	

<p>00004 Riesgo de infección r/c sistema inmune inmaduro</p>	<p>(0702) Estado inmune</p>	<p>(6550) Protección contra infecciones</p> <p>Intervenciones sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar técnicas asépticas e implementos de bioseguridad por parte del personal de salud. • Manipulación mínimamente invasiva a menos que sea necesario. • Implementar la lactancia materna para que la madre le transfiera IGM mediante el calostro, anticuerpo que lo defenderá de infecciones. • Realizar aseo general y vestir adecuadamente • Educar al padre sobre uso de técnicas higiénicas durante la lactancia y la vacunación. • Realizar profilaxis oftálmica con yodopovidona solución oftálmica al 2.5%, una gota en cada ojo o utilizar gentamicina. 	
<p>00035 Riesgo de lesión r/c movimientos de las manos del lactante teniendo las uñas finas y cortantes</p>	<p>(1913) Estado de seguridad: lesión física.</p>	<p>(6650) Vigilancia: seguridad:</p> <p>Intervenciones sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama con barandas, con colchón sin depresiones y sábanas limpias y estiradas. • Educar a la madre para que evite colocar manoplas debido a que evita el desarrollo de este. • Realizar la higiene y corte de las uñas para evitar que se ocasionen lesiones • Educar a la familia que en casa deberá evitar colocar juguetes u otros objetos en la cuna. • Realizar cambios de posición • Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes. 	

AUTOEVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

Complete acertadamente cada pregunta:

1. Defina que es la Atención del Recién Nacido según la Norma Técnica del Ministerio de Salud y Protección Social: _____

2. La adaptación neonatal inmediata en la sala de parto procura por brindarle al ser humano en su nacimiento un adecuado _____ tanto intrauterino como _____.
3. El recién nacido sufre modificaciones cardio-hemodinámicas y respiratorias, principalmente por lo que de un cuidado de calidad depende una buena _____

4. Realice el cuadro de APGAR para valorar al recién nacido.

SIGNOS	0	1	2

5. Según la Norma Técnica 0412 de atención inmediata o del recién nacido con un APGAR de 8, diga cuatro actividades de apoyo:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. 2013 Disponible en <http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/44>
2. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica del recién nacido Guía No. 02 Para uso de profesionales de salud. - Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Pág. 20.-30 2013 Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/RN%20sano/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf
3. REEDER S. MARTIN L. KONIAK D., Enfermería materno-infantil. 17. Edición México: Interamericana, McGraw-Hill; 2001
4. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España 2006.
5. OLDS S. LONDON M. LADEWIG P., Enfermería materno infantil: Un concepto integral familiar. Cuarta Edición México: Interamericana, McGraw-Hill
6. PROTOCOLO ESE MATERNIDAD RAFAEL CALVO. Disponible en: www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolosmedicos.php
7. BELÉN M. Cuidados al recién nacido en el postparto inmediato. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223444.pdf>. consultado el 20/04/2016

8. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la NANDA. 2013. encontrado en: <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0> fecha de acceso: 19-04-16
9. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>

LECTURAS RECOMENDADAS

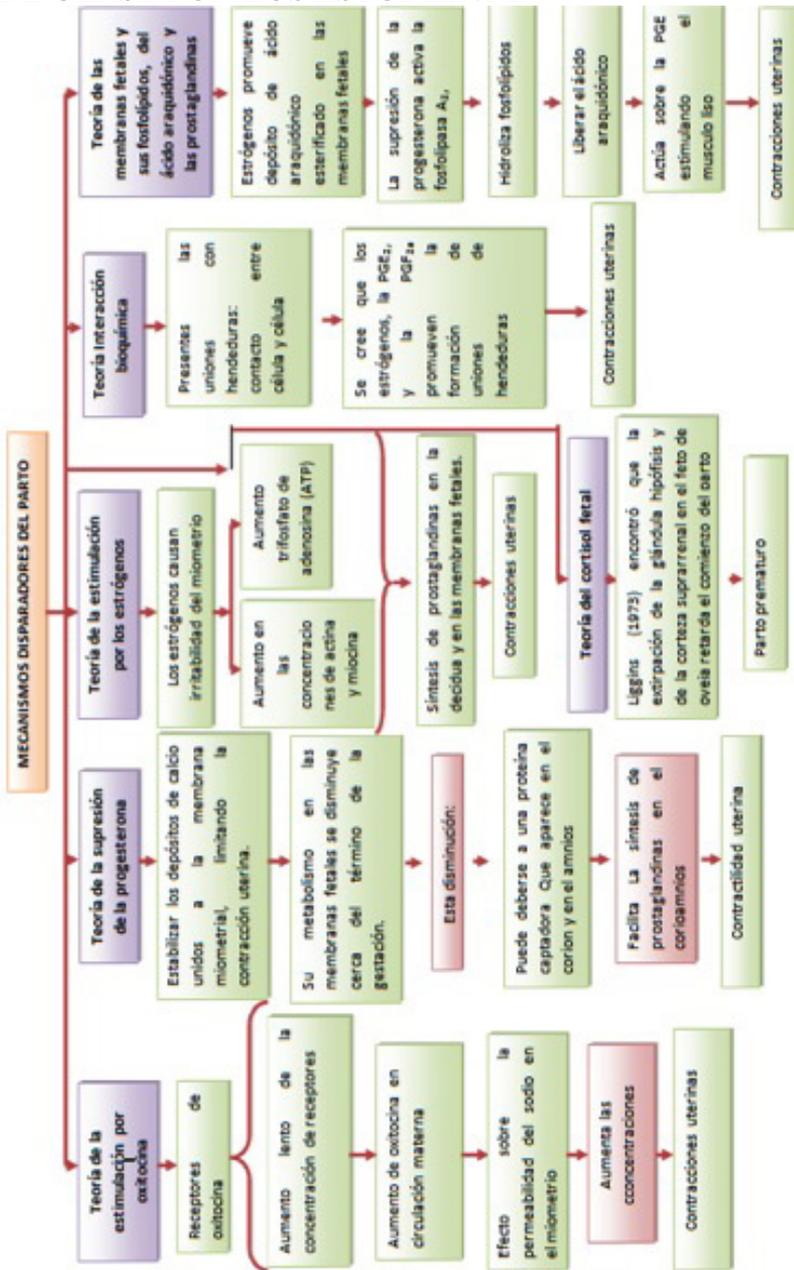
1. Adopción del rol materno – convertirse en madre. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf
2. BEJARANO B, Nancy Lucía y otra. Preparación para la maternidad y paternidad, Universidad Nacional de Colombia, Unilibros. Bogotá.
3. BELÉN, m. Cuidados al recién nacido en el post-parto inmediato. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223444.pdf>. consultado el 20/04/2016
4. COLÓN I, Candelaria María. Sentimientos, memorias y experiencias de las mujeres en trabajo de parto institucional en Cartagena. Un análisis desde la perspectiva de género. Editorial Universitaria Sección de Publicaciones de la Universidad de Cartagena. Cartagena, 2014
5. COLÓN I. Candelaria y otra Guías de laboratorios de trabajo de parto y parto, Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena, 2016
6. Gentamicina oftálmica: <http://www.vademecum.es/principios-activos-gentamicina-j01gb03>, Vademécum virtual gentamicina oftálmica disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Gentamicina%20Ofta.htm
7. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la NANDA. 2013 Encontrado en: <http://www.Nanda.Es/planpublic.Php?Urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0>

8. JOHNSON Mario et al Interrelaciones NANDA NIC NOC. Segunda Edición. Editores Elsevier. España, 2010
9. Lactato de ringer y cloruro de sodio 0.9% farmacologia http://www.fresenius-kabi.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=334%3Acloruro-de-sodio-09&catid=48%3Aenvase-apiroflex-bfs&Itemid=191&limitstart=13
10. LADEWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería maternal y del recién nacido. Quinta Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España 2006.
11. M. González, W. Lopera, A. Arango. Manual Terapéutico 2012 – 2013 Procedimiento: Administración Vitamina K al Neonato Universidad Metropolitana Escuela de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Disponible en: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/wanda_cordero_nurs_301/Destreza_administracion_de_vitamina_K.pdf
12. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica del cuidado del recién nacido. 2013
13. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15 Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Sección 5 y 6 pág. 57-83 Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-para-complicaciones-en-embarazo.aspx>
14. MINISTERIO DE SALUD, Resolución 0412 de febrero 25/2000, Normas Técnicas y Guías de Atención. Colombia.
15. MINISTERIO DE SALUD. Y PROTECCIÓN SOCIAL – COLCIENCIAS. Guías de práctica clínica para atención del recién nacido. Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Guia-del-recien-nacido-sano.aspx>
16. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – UNFPA. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. 2014. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolos-de-enfermer%C3%ADa.pdf>

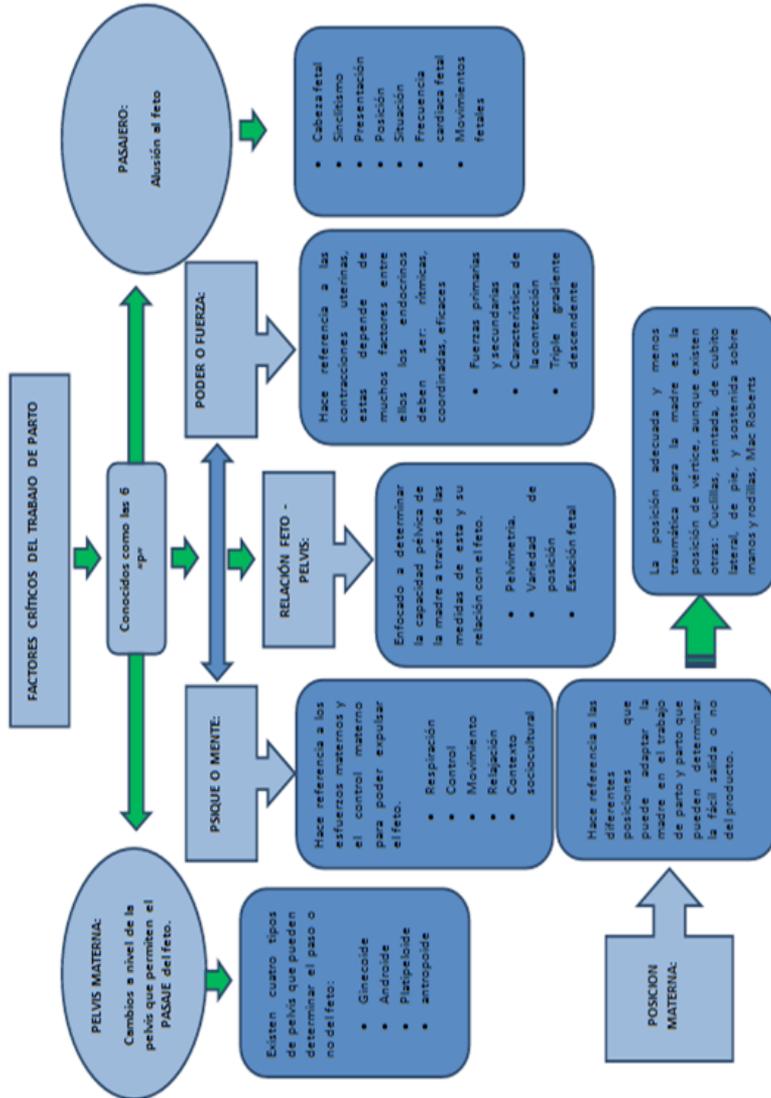
17. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar Karol J. Briñez A. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/017-articulo15.pdf
18. Obstetricia integral siglo XXI, capítulo 15 distocias, Manuel Esteban Mercado Pedroza Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
19. OLDS B, Rally. Enfermería materno infantil un concepto integral familiar. Interamericana.
20. Página web scielo. Vision del mundo. 2013. Encontrado en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf (23-04-16)
21. Protocolos ESE Maternidad Rafael Calvo. Disponible en: www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolosmedicos.php
22. RAMOS DE LACRUZ, Ediltrudis. El proceso de enfermería. Universidad del Magdalena. 2009.
23. REEDER y otros. Enfermería materna infantil 17 ° Edición. Mc Graw Hill. México.2001
24. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Distocias dinámicas: conducta. Tatiana B. Guerrero Sáez. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf
25. VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda Edición. Cartagena, 2007.
26. VILLAQUIRAN DE GONZÁLEZ, María y otros. Guía de intervención de enfermería basada en la evidencia científica. Gestación y Parto ISS – ACOFAEN Bogotá.

ANEXOS

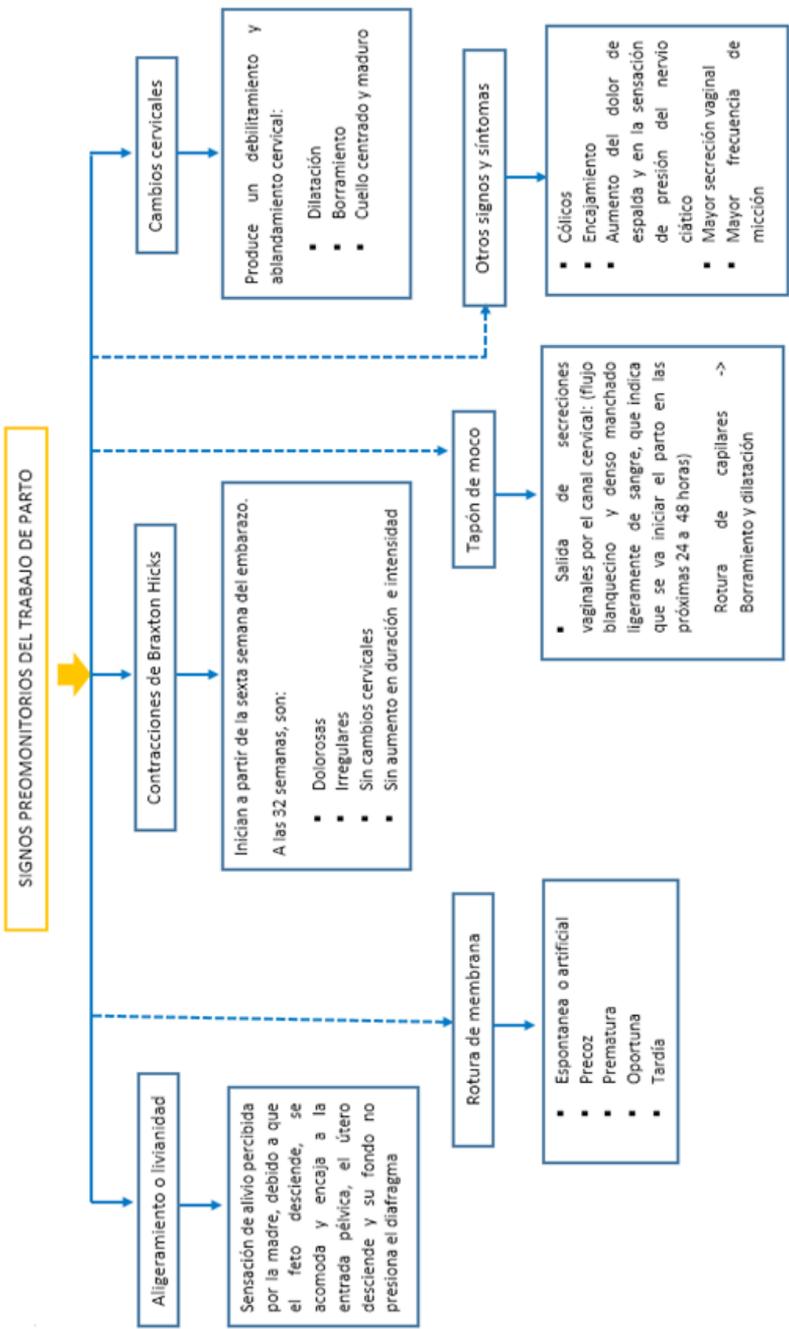
ANEXO 1. CONSTRUCCIONES REALIZADAS EN EL AULA DE CLASE POR LOS ESTUDIANTE



LADWIG W, Patricia, LONDON L, Maricá, MABERY Susan, OLDS B, Sally. Enfermería maternal y del Recién Nacido. 5a edición. McGraw Hill. Interamericana. España 2006.



VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena 2007.
 Ramírez M. Mecanismos y períodos del trabajo de parto. Universidad Autónoma de Baja California.
 Facultad de Medicina. <http://www.slideshare.net/UABC/MEDICINA/mecanismosperiodos-y-vigilancia-del-trabajo-de-parto>

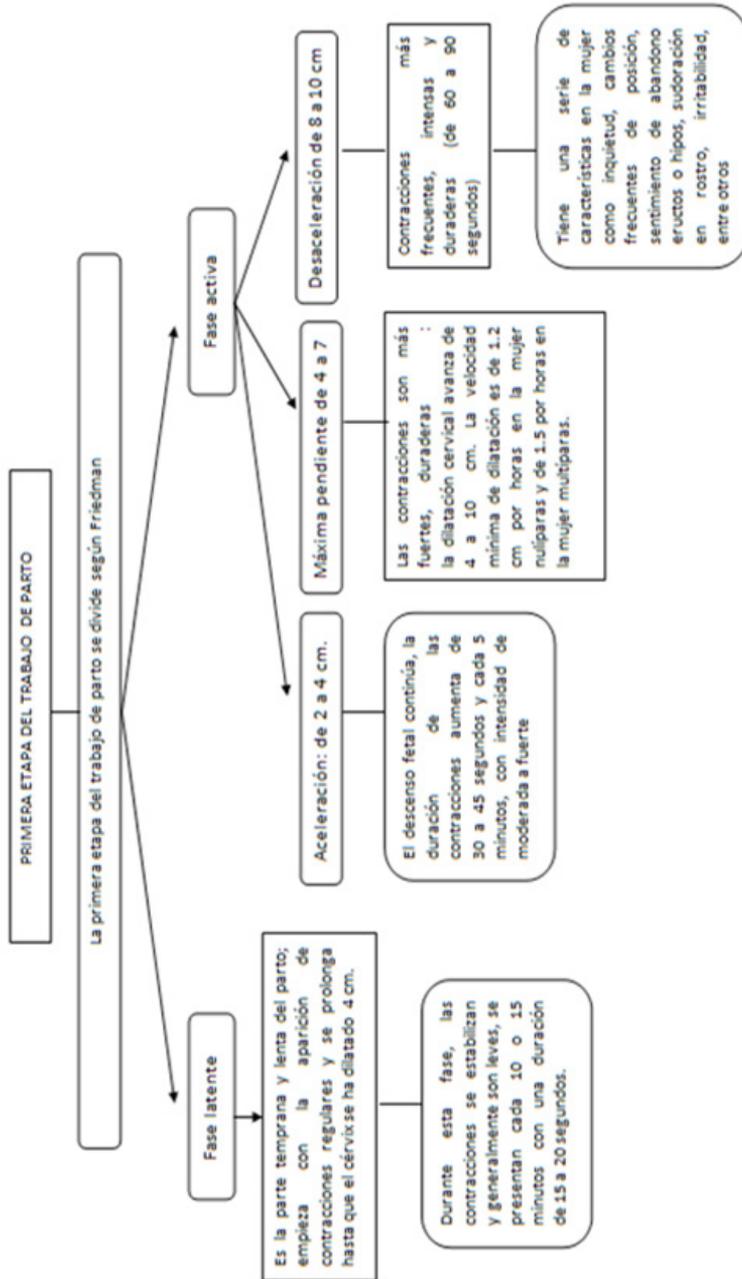


RAVILPEZ J. seminario mecanismo y asistencia al parto, Bogotá-Colombia.2016 Encontrado en: <http://www.uv.es/~jramire/apuntesISEMINARISSeminario1a.pdf>

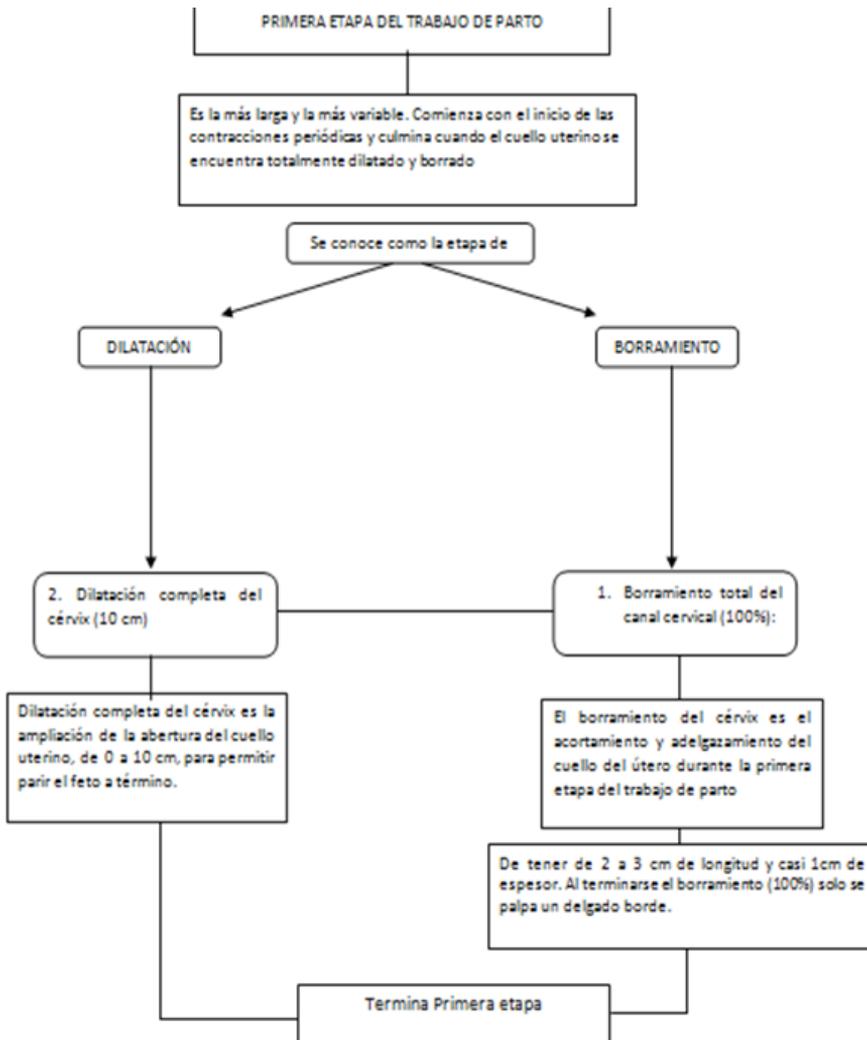
Página web: intogen, 2013.

<http://intogen.org/mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/> (fecha de acceso: 12/03/16. H.T. 9:38 am)

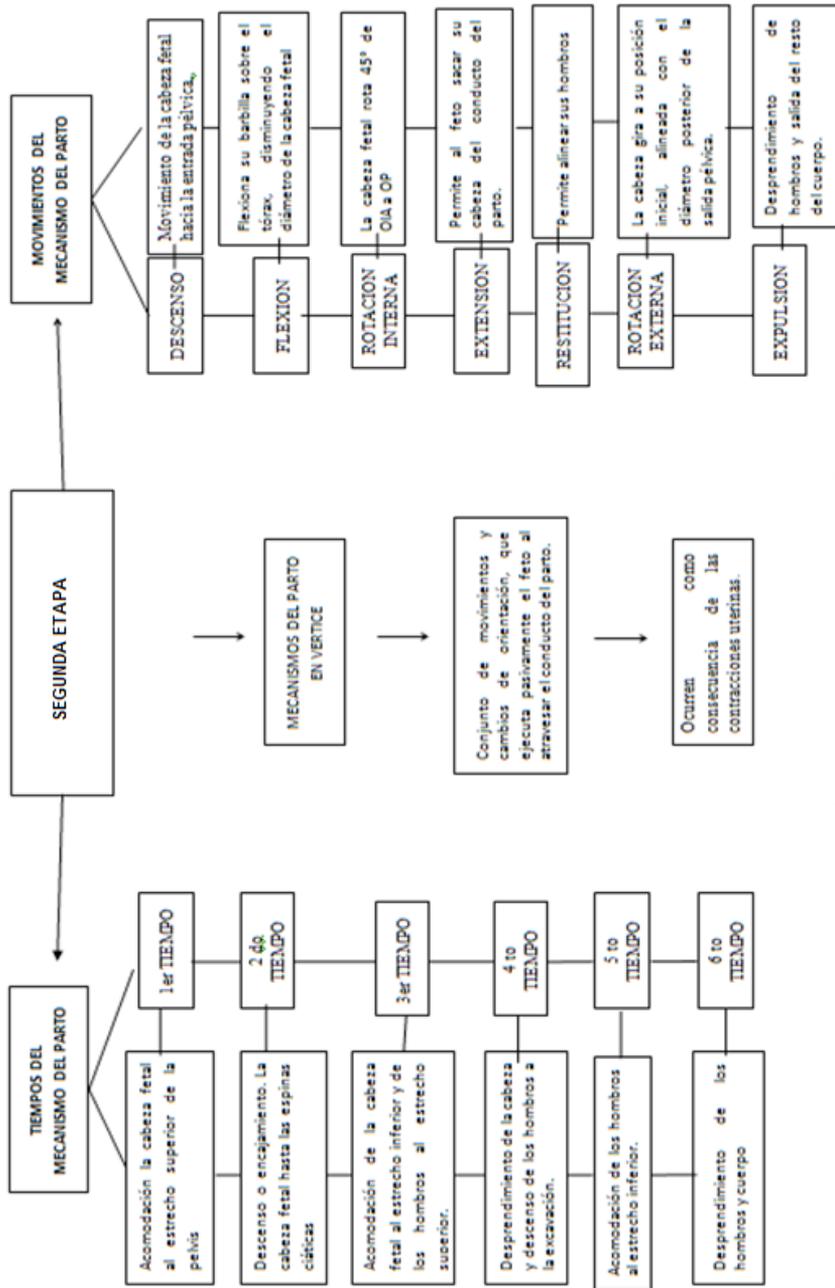
<http://procesoyletapaasdelaprendizajedelparto.blogspot.com.co/> (fecha de acceso:12/03/16. H.T. 9:38 am)



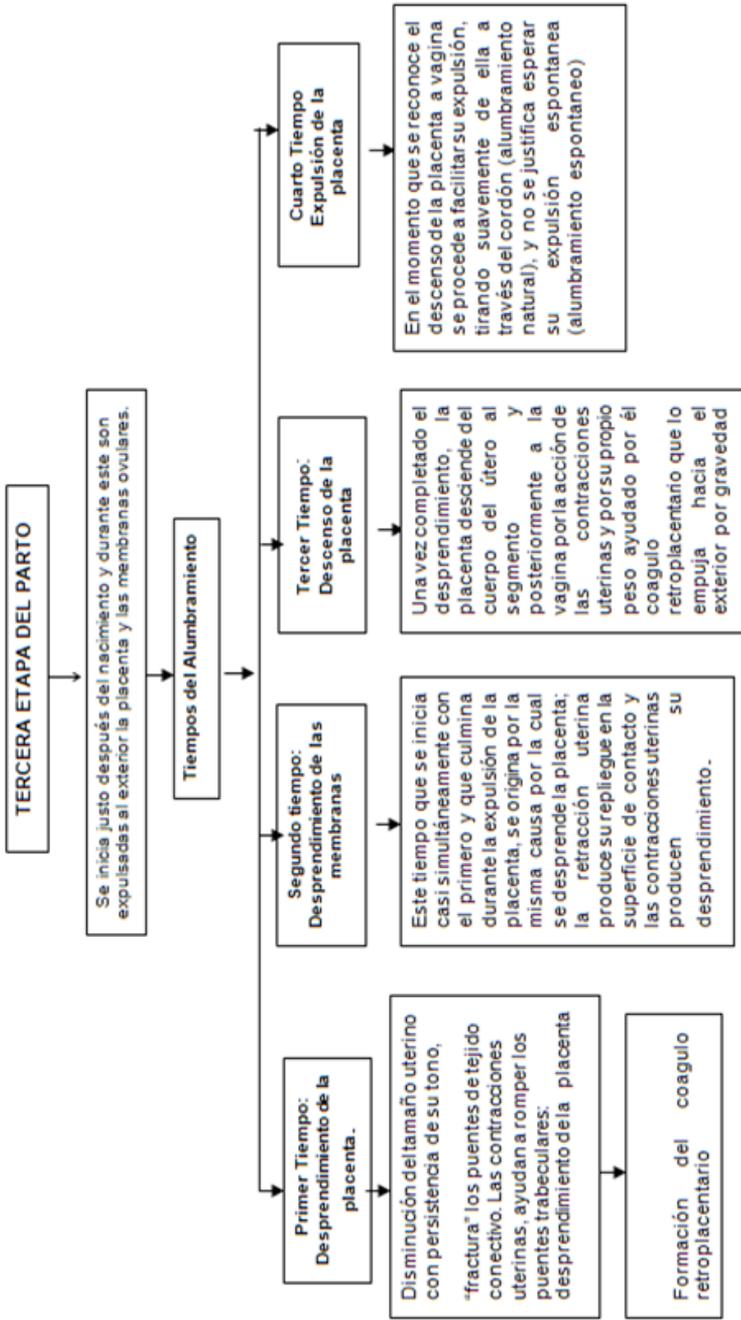
LADWIG W, Patricia, LONDON L, Maricia, MABERLY Susan, OLDS B, Rally. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. 5a. Edición. Mc. Graw Hill. Interamericana. España, 2006.



VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007.



VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007



VERGARA SAGBINI, Guillermo. Atención eficiente del parto. Segunda edición. Cartagena, 2007

ANEXO 2. CONSTRUCCIONES REALIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA POR LOS ESTUDIANTES

SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

VIVIENDO UNA NUEVA EXPERIENCIA

Nuestro primer día de prácticas en la sala de parto estuvo lleno de muchas nuevas experiencias y sobre todo de mejores aprendizajes, conocimos nuestro sitio de prácticas acompañados de nuestra docente, nos relacionamos con el equipo de trabajo quienes fueron muy amables. Allí se encontraba nuestra primera paciente, Andrea López (pseudónimo) con un embarazo de 41.5 semanas, Andrea había ingresado hacía dos días por urgencias. Ese día había sido trasladada a sala de parto porque presentaba dilatación cervical de 6 cm y borramiento de 70%. Nos acercamos a ella le brindamos nuestro apoyo y le dijimos que la ayudaríamos en todo su proceso a lo que ella respondió con una leve sonrisa en forma de agradecimiento, estaba muy nerviosa al igual que nosotros, y con cada gesto de dolor de la paciente por sus contracciones uterinas, también nos angustiábamos los estudiantes, el desespero se hacía más grande, pero luego guardamos la calma y nos dimos cuenta que no había que temer, porque teníamos a nuestra docente al lado apoyándonos y eso nos daba más seguridad, empezamos a poner en práctica nuestros conocimientos, iniciamos indicándole a la paciente como respirar durante cada contracción, lo cual hizo muy bien. Al mismo tiempo hacíamos el examen físico incluyendo maniobras de

Leopold medición de altura uterina para calcular el peso fetal, se valoró actividad uterina, las contracciones cada vez eran más intensas, la frecuencia cardiaca fetal se mantuvo en los parámetros normales, los cambios cervicales iban avanzando. Se registró toda su evolución en el partograma y nota de enfermería, se le educó sobre cómo sería su participación al momento de la expulsión.

Al observar los signos premonitorios sabíamos que por fin llegaba ese maravilloso momento, el nacimiento de un nuevo ser, de su hijo. Todo transcurrió normal durante el parto y el alumbramiento, ahí estuvimos con nuestra paciente, el que todo haya salido bien nos llenó de satisfacción puesto que no hubo ninguna complicación. Una de las mejores cosas fue haber contado en cada detalle con el apoyo de nuestra docente quien nos guió en todo.

El bebé fue llevado con su madre quien ya se encontraba en la sala de posparto inmediato (recuperación), en sus ojos se notaba la alegría de poder tener a su hijo cerca, la educamos sobre lactancia materna y los cuidados del periodo posparto, pero sobre todo la felicitamos por haber hecho un buen trabajo durante todo el proceso y haber seguido las recomendaciones, a esa felicitación ella respondió: “Todo fue más fácil gracias a su ayuda y a la de su profesora”. Los nervios quedaron atrás sentimos que habíamos hecho un buen trabajo y tuvimos nuestra primera experiencia de ver nacer a alguien.

PATRONES DE CONOCIMIENTO

Patrón personal: de acuerdo con Durán, es uno de los patrones más importantes para direccionar cuidado holístico, el cual se logra cuando se valora al otro, se respeta su libertad, se evitan los prejuicios y sobre todo, se aceptan las diferencias entre los seres, los pensamientos y las individualidades, soportado en un compromiso disciplinar. (1) Este patrón se evidencia en:

“Nos acercamos a ella le brindamos nuestro apoyo y le dijimos que la ayudaríamos en todo su proceso, a lo que ella respondió con una leve sonrisa en forma de agradecimiento, ella estaba muy nerviosa al igual que nosotros, y con cada gesto de dolor de la paciente debido a

las contracciones nos angustiábamos más, el desespero se hacía más grande, pero luego guardamos la calma y nos dimos cuenta que no había de que temer, porque tener a nuestra docente al lado apoyándonos, nos daba más seguridad”

Patrón empírico: citando a Durán, el conocimiento empírico se apoya en una competencia científica, para hacer práctica de enfermería fundamentada en teoría propia de la disciplina que a su vez promueva procesos investigativos que revelen el dominio de la enfermería. (1) Se ve evidenciado en la narrativa:

“Iniciamos indicándole a la paciente cómo respirar durante cada contracción, lo cual ella hizo muy bien. Al mismo tiempo hacíamos el examen físico incluyendo maniobras de Leopold medición de altura uterina para calcular el peso fetal, se valoró actividad uterina, las contracciones cada vez eran más intensas, la frecuencia cardíaca fetal se mantuvo en los parámetros normales, los cambios cervicales iban avanzando. Se consignó toda su evolución en el partograma y nota de enfermería, se le educó sobre su participación para el momento de la expulsión”.

“La educamos sobre la importancia de la lactancia materna y cuidados del periodo posparto”

Patrón ético: este patrón debe ser visible permitiendo que la enfermera(o) actúe según lo indica la moral, adicionando elementos como la virtud y sus rasgos, que son la empatía y la compasión. (1). Durante la narrativa se muestra en:

“El tener a nuestra docente al lado apoyándonos, nos daba más seguridad, empezamos a poner en práctica nuestros conocimientos, iniciamos indicándole cómo respirar durante cada contracción “

Patrón estético: es la forma ingeniosa, creativa y nueva para cuidar con adecuada técnica, motivación, razón y espíritu embargado de sentimientos y de calidez; estas demostraciones caracterizan los momentos de cuidado de toda enfermera(o). (1)

“El bebé fue llevado con su madre quien ya se encontraba en la sala de postparto inmediato (recuperación), en sus ojos se notaba la alegría de poder tener a su hijo cerca, nosotros la educamos sobre lactancia materna y los cuidados del periodo posparto, pero sobre todo la felicitamos por haber hecho un buen trabajo durante todo el proceso y haber seguido las recomendaciones”

VISIÓN DEL MUNDO

VISIÓN INTERACCIÓN RECÍPROCA O INTERACTIVA INTEGRATIVA

En esta se interpreta al binomio madre-hijo como algo holístico, integrado, organizado y no reducible a sus partes, conllevando a que la enfermería brinde atención a las personas de una manera integral y recíproca estableciendo un entorno de confianza y de cuidado que conllevará a un mejor estado de salud. Tendrá que haber un cambio personal que puede ser impredecible, porque ocurre por múltiples factores del individuo y del ambiente. (2)

TEORÍA EN ENFERMERÍA

TEORÍA ADAPTACIÓN DEL ROL MATERNAL - RAMONA MERCER

La revisión más reciente de Mercer de su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo (3).

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- 1. Anticipación:** empieza en la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol (3)

2. **Formal:** empieza cuando nace el niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación. (3)
3. **Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social; basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida (3)
4. **Personal:** la mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de confianza armonía y competencia de modo que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal (3)

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar. (3)

Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto.

Las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud. (3)

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía. (3)

Mercer afirma que la identidad del rol tiene componentes internos y externos; la identidad es la visión interiorizada de uno mismo y el rol es un componente conductual externo. (3) Esta se evidencia en la situación: “ el bebé fue llevado con su madre quien ya se encontraba en la sala de posparto inmediato, en sus ojos se notaba la alegría de poder tener a su hijo cerca, nosotros la educamos sobre lactancia materna y los cuidados del periodo posparto, pero sobre todo la felicitamos por haber hecho un buen trabajo durante todo el proceso y haber seguido las recomendaciones”

METAPARADIGMAS

- **Persona:** la madre como persona se considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa, se evidencia en: “el bebé fue llevado con su madre quien ya se encontraba en la sala de posparto inmediato, en sus ojos se notaba la alegría de poder tener a su hijo cerca”
- **Cuidado de enfermería:** es aquel que logra fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional, para conseguir su nivel óptimo de salud y que la enfermera es quien debe proporcionar asistencia a través de la formación, del apoyo y los cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y que se interpone entre el entorno y el cliente. Además las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad. Se evidencia en: “Iniciamos indicándole a la paciente como respirar durante cada contracción, lo cual ella hizo muy bien. Al mismo tiempo hacíamos el examen físico incluyendo maniobras de Leopold, medición de altura uterina para calcular el peso fetal, se valoró actividad uterina, las contracciones cada vez eran más intensas, la frecuencia cardiaca fetal se mantuvo en los parámetros normales, los cambios cervicales iban avanzando. Se consignó toda su evolución en el partograma y nota de enfermería, se le educó sobre su participación para el momento de la expulsión”.
- **Salud:** define el estado de salud, como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia, susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.

Se evidencia en: “nosotros la educamos sobre lactancia materna y los cuidados del periodo posparto, pero sobre todo la felicitamos

por haber hecho un buen trabajo durante todo el proceso y haber seguido las recomendaciones “

- **Entorno:** describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre. Se evidencia en: “el bebé fue llevado con su madre quien ya se encontraba en la sala de posparto inmediato, en sus ojos se notaba la alegría de poder tener a su hijo cerca”.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombre:** Andrea López (Pseudónimo)
- **Fecha de Nacimiento:** 28/julio/1989
- **Edad:** 26 años
- **Talla:** 1.65 cm
- **Peso:** 62 Kg
- **Religión:** Católica
- **Sexo:** Femenino
- **Dirección:** Barrio La Victoria calle: El tanque/ carrera 68B-N⁰ 72-10
- **Teléfono:** 3205292508
- **Estado civil:** Unión libre
- **Ocupación:** Ama de casa
- **EPS:** Mutual-Ser
- **Ubicación hospitalaria:** Servicio sala de parto - Clínica Maternidad Rafael Calvo

- **Motivo de consulta:** “Estoy sangrando, me sale baba y se me está poniendo la barriga dura”
- **Enfermedad actual:** Paciente que refiere dolor abdominal tipo cólico irradiado a región lumbar, con salida de tapón mucoso y sangre por genitales externos desde el día de ayer.
- **Diagnósticos:** embarazo de 41.5 semanas por FUM + feto único vivo + bienestar fetal + TPFA.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Personales:
- Antecedentes obstétricos:
- **Menarquía:** 12 años
- **Ciclo regular:** 4 a 5 días menstruales
- **Vida marital:** 18 años
- **Fórmula gestacional:** G 2 P 1 A 0 C 0
- **FUM:** 11 de julio-2015
- **Familiares:** Niega
- **Quirúrgicos:** Niega
- **Hospitalarios:** Niega
- **Transfusionales:** Niega
- **Tóxico-alérgicos:** Niega
- **Hábitos:** Niega
- **Farmacológicos:** Ninguno
- **Traumáticos:** Niega

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 26 años 8 meses 28 días, quien ingresa 18 de abril de 20016, a las dos de la tarde a la sala de urgencias por motivo de consulta por “estoy sangrando, me sale baba y se me está poniendo la barriga dura” enfermedad actual con un cuadro clínico, refiriendo dolor abdominal tipo cólico irradiado a región lumbar, con salida de tapón mucoso y sangre por genitales externos. En el control de signos vitales PA: 110/60 mm Hg FC: 70LPM FR: 18 RPM T: 37°C, canalizada en MSD pasando 300cc de lactato de Ringer.

Presenta abdomen globoso por útero grávido, se diagnostica EMB de 41.5 semanas + FUV+ bienestar fetal con salida opérculo pero sin dilatación ni borramiento del cérvix. Durante el transcurso del tiempo se fue presentando una hipodinamia secundaria por lo que se llevó a cabo la inducción del trabajo de parto con oxitocina 5 UI, lo que permitió nuevamente recuperar la intensidad, duración y frecuencia adecuada para llevar a cabo la dilatación, borramiento y descenso del feto por el canal de parto.

Luego a las 5:00 am presentó una D: 6cm B: 70% con membranas rotas, con salida de líquido amniótico meconiado, contracciones uterinas 3x64’x10, E: -1 es decir TPFA, por ello se traslada a sala de trabajo de parto, se ordena DAD al 5% por signos de deshidratación, se monitorea los FCF para descartar sufrimiento fetal. A las 6:30 pasó a D:7cm B:80% E:-1, a las 7:30 siguió igual, a las 8:30 presento D: 8cm B: 80% E: 0 y a las 9:50 D:9cm B:90% E: +2 por lo cual es trasladada a sala de parto y las 10:20 entro en expulsivo, en donde nació RNUV de sexo femenino, en adecuadas condiciones físicas, en donde se le realizó la ANI por interno y enfermera.

EXAMEN FÍSICO CEFALOCAUDAL

Signos vitales: P/A: 120/80 FR: 18FC: 72T: 36.5

Piel y faneras: piel morena, deshidratadas, con lesiones por venopunción en MSD.

Cabeza, cara y cuello:

Cabeza: normo cefálica, ausencia de fisuras, de lesiones o depresiones, cabello abundante y con buena implantación.

Cara: ojos simétricos, normo reactivos a la luz, tabique nasal sin desviaciones, sin obstrucción, conducto auditivo lineal sin salida de secreciones, labios simétricos, se evidencia descamación y con resequedad, mucosa yugal con palidez mucocutánea, dentadura completa.

Cuello: simétrico, móvil sin presencia de adenopatías.

Tórax: simétrico, expansible, a la auscultación se evidencia normo ventilados con presencia de murmullo vesicular, a la palpación se escucha resonante.

Mamas: tamaño mediano, simétricas, con presencia de red venosa y tubérculos de Montgomery, areola pigmentada, pezón evertidos con salida de calostro.

Abdomen: en la primera etapa del parto globoso por útero grávido de 41.5 semanas por FUM, altura uterina 33 cm, sin presencia de estrías, con línea alba presente. A la palpación se evidencia, presentación cefálica, posición derecha, situación longitudinal e insinuada. En cuanto a la actividad uterina: 3x64x10 y 3 movimientos fetales, FCF: 140 latidos.

En el puerperio inmediato: el bolo de seguridad era de consistencia dura, y un centímetro por dejado del ombligo.

Genitales: Normo-configuradas con salida de líquido amniótico meconiado. Pelvis ginecoide, borramiento del 70 %, dilatación de 7 cm y estación -1, variedad de posición: ODA.

En el puerperio inmediato: se evidencia un adecuado control del sangrado.

Extremidades: simétricas, sin presencia de edemas ni várices, retorno venoso -2 segundos. En MSD estaba canalizadas pasando 500cc de lactato de Ringer y luego en puerperio inmediato se le continuó líquidos E. con SSN 500cc.

SISTEMA NERVIOSO

Nivel de consciencia: Glasgow 15/15 despierta alerta

Aspecto general: buena higiene, vestido acorde al lugar bata, no presenta mal olor.

Orientación: orientada en las esferas (persona, tiempo y espacio)

Estado de ánimo: se muestra ansioso.

Memoria: conservadas; inmediata, reciente, remota.

PARES CRANEALES

I nervio olfatorio: permeabilidad de ambas fosas nasales

II nervio óptico: pupilas isocóricas, normo-reactivas, agudeza visual sin alteraciones.

III-IV-VI nervios oculomotores: eleva los párpados, los mueve simétricamente y presenta los movimientos oculares normales es decir realiza las 6 posiciones cardinales de la mirada, reflejo pupilar directo y consensual normal.

V par nervio trigémino: la fuerza de los músculos de la masticación no presentan alteración

VII par craneal facial: presenta movilidad de los músculos de la cara, arruga la frente, cierra los ojos contra resistencia, párpados presentan simetría, sopla y muestra los dientes y da movimientos en ambos lados de las comisuras labiales.

VIII nervio auditivo: presenta una buena audición y muestra equilibrio.

IX – X nervios glossofaríngeos y vagos: presenta reflejo nauseoso, tiene una buena deglución y úvula centrada.

XI nervio espinal: fuerza y tono muscular, movimientos presente, presenta fuerza en el esternocleidomastoideo y trapecio en la realización de movimientos.

XII nervio hipogloso: lengua centrada de aspecto normal con buena movilidad, muestra una lengua simétrica, sin desviaciones, buena fuerza muscular y coordinada

EXAMEN MENTAL

Porte y actitud: Se encontraba vestida acorde al entorno, con buen aspecto higiénico, se mostraba comunicativa y colaboradora

Conciencia: tenía claro donde se encontraba y la circunstancia de su estancia dentro de la entidad. Lo que indica que se encontraba sin alteraciones.

Orientación: orientada en sus tres esferas.

Atención: era sostenida.

Pensamiento: lógico o concreto

Sensopercepción: sin presencia de alucinaciones intra o extra corpórea tanto visuales, auditivas, gustativas, olfativas o táctiles.

Lenguaje: oral, claro, coherente, audible, pausado. Sin uso de muletillas, Lenguaje corporal acorde a lo que expresa.

Juicio: emite juicios de realidad, con capacidad de dar conclusiones a ideas

Raciocinio: normal, lógica, con facultad de pensar y ordenar ideas.

Introspección: positiva, conciencia de estado en que se encuentra y de los cambios que ha experimentado por el embarazo

Prospección: comprometido, dice: “voy a cuidar de mi bebé, él es muy importante para mí”

Afecto: era acorde a la circunstancia y lo que hablaba era de acuerdo a sus gestos.

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES DE GORDON

- **Percepción y control de la salud:** no se siente como una persona enferma, pues el que se encuentre en estado de gestación, no significa que se encuentre en dicha condición. Asistió a todos sus controles prenatales buscando llevar un buen embarazo. No tiene malos hábitos como tabaquismo ni alcoholismo y el ambiente en donde vive es apropiado para una mujer en su condición.
- **Nutrición y metabolismo:** su alimentación fue buena durante la gestación, pues recibía todos los requerimientos nutricionales necesarios para su estado. Durante el día consumía sus cuatro raciones de alimento que contenían proteínas, carbohidratos, ácidos grasos y minerales. Consumía alimento suplementario.
- **Eliminación:** no presentaba problemas para orinar ni defecar, iba al baño aproximadamente 7-8 veces/día.
- **Actividad y ejercicio:** durante el embarazo no realizó un deporte como tal, pero de vez en cuando salía a caminar. Su peso antes del embarazo se encontraba entre 54-55 kg y al final de este se encontraba en aproximadamente 70 kg. Durante la gestación se sentía con fuerzas suficientes para enfrentar el día a día. S.V: T/A: 120/80 mmHg, F.C: 72 x', F.R: 18 x'.
- **Sueño y descanso:** dormía sus noches tranquilas en las dos primeras etapas de la gestación. Su sueño nocturno era de aproximadamente siete horas y sus siestas diarias eran de aproximadamente tres horas. En su última etapa, más precisamente en las dos últimas semanas presentó problemas para dormir.
- **Cognitivo y perceptual:** se considera una mujer inteligente y capaz. Desea estudiar Regencia en farmacia. No presenta

problemas de visión, audición o algún otro tipo del sistema sensorial.

- **Autoconcepto y autopercepción:** se ve a sí misma como una madre capaz de criar a sus dos hijos de una forma correcta, no existe en ella temores sobre el futuro, la incertidumbre no es algo que sea de importancia en su vida.
- **Rol y relaciones:** posee una muy buena relación con quienes vive, que son: su pareja y ahora su bebé.
- **Sexual y reproductivo:** menarquía a los 12 años, ciclos menstruales regulares de 4 a 5 días. Inicio de actividad sexual: 18 años, utilizó durante 2 años métodos anticonceptivos orales, y luego quedó en embarazo, tuvo su primer hijo a los 21 años, quien actualmente tiene 5 años. Vive con otra pareja de convivencia el cual es el progenitor del actual embarazo FUM: 11 de junio de 2015. Formula gestacionales G 2, P 1, C 0, A 0. Tuvo relaciones sexuales durante el embarazo.
- **Adaptativo y tolerancia al estrés:** nació en San Onofre-Sucre y desde hace diez años reside aquí en la ciudad de Cartagena. Se vino por motivos laborales, al principio pasó trabajo pero luego se fue adaptando a su nueva vida. Se considera una mujer tranquila y tratable, sabe manejar sus emociones.
- **Valores y creencias:** pertenece a la religión católica, cree que Dios es muy importante en su vida y es quien le ayudará a sacar adelante a su familia, sobre todo a su hija que acaba de nacer.

EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO

- Nacimiento: 19 de abril de 2016 Hora: 10:20 am
- Neonato único vivo, femenino
- Apgar al minuto: 9
- Apgar a los 5 minutos: 9
- Peso: 3.420 gramos
- Talla: 49 cm
- Perímetro cefálico: 34 cm
- Perímetro torácico: 32 cm

APGAR

Signos	0	1	2
F.C			X
Estado respiratorio			X
Tono muscular			X
Irritabilidad refleja			X
Color de la piel		X	

Total: 9 puntos

R.N: Estado satisfactorio.

TEST DE CAPURRO

- Forma de oreja (Pabellón)
- Pabellón totalmente incurvado = 24
- Tamaño de glándula palpable mayor de 10 mm = 15
- Formación del pezón: - Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada y levantada = 15
- Textura de la piel: - Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pie = 15
- Pliegues plantares: Surcos en la mitad anterior = 15

RESULTADO

PUNTAJE PARCIAL

$$84+204 / 7= 41$$

TEST DE LUBCHENCO:

Resultado: (PAEG) Recién nacido a término adecuado para la edad estacional.

Grupo sanguíneo: B+ **Hto:** 45.7% **PCR:** 2.8 mg/L **VDRL:** no reactivo

EXAMEN FÍSICO CEFALOCAUDAL DEL RECIEN NACIDO

Piel y mucosas: normohidratadas, con presencia de acrocianosis y descamación en abdomen y extremidades.

Cabeza cara y cuello: normocefálica, fontanela anterior y posterior presentes, sin presencia de depresiones ni lesiones, con abundante y adecuada implantación de folículos pilosos; en cuanto a la cara, presencia de cejas simétricas con adecuada implantación de folículos, tabique nasal lineal, fosas nasales permeables, boca simétrica, hidratada de color rosado, mucosa yugal de color rosado, normo-hidratadas sin presencia de torus palatino, lengua simétrica, color rosado tamaño y forma acorde a las condiciones físicas y la edad del RN, conducto auditivo lineal sin salida de secreciones, cuellos sin adenopatías, móvil y simétrico.

Tórax: expansibles, sin retracción del esternón, normo ventilados, sin tiraje subcostal, a la auscultación se escucha murmullo vesicular y ciclo respiratorio rítmico.

Mamas: simétricas, pezón con pigmentación adecuada y sin salida de secreciones.

Abdomen: simétrico, expansible y depresible a la palpación con presencia de ónfalo, sin signos de infección.

Genitourinario: orificios de genitales y ano permeables y sin alteración en su funcionalidad.

Extremidades: simétricas, dedos y uñas completas, además de retorno venoso inferior a dos segundos.

Valoración de reflejos

Reflejo de prensión: presente.

Reflejo de búsqueda: presente.

Reflejo de succión: presente.

Reflejo de Babinski: presente.

Reflejo de Moro: presente.

Reflejo de marcha: no presente.

HOJA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Frecuencia cardíaca: 130 por minuto.

Frecuencia respiratoria: 30 por minuto.

Temperatura: 36.5 C.

Peso: 3420 gr.

Talla: 49 cm.

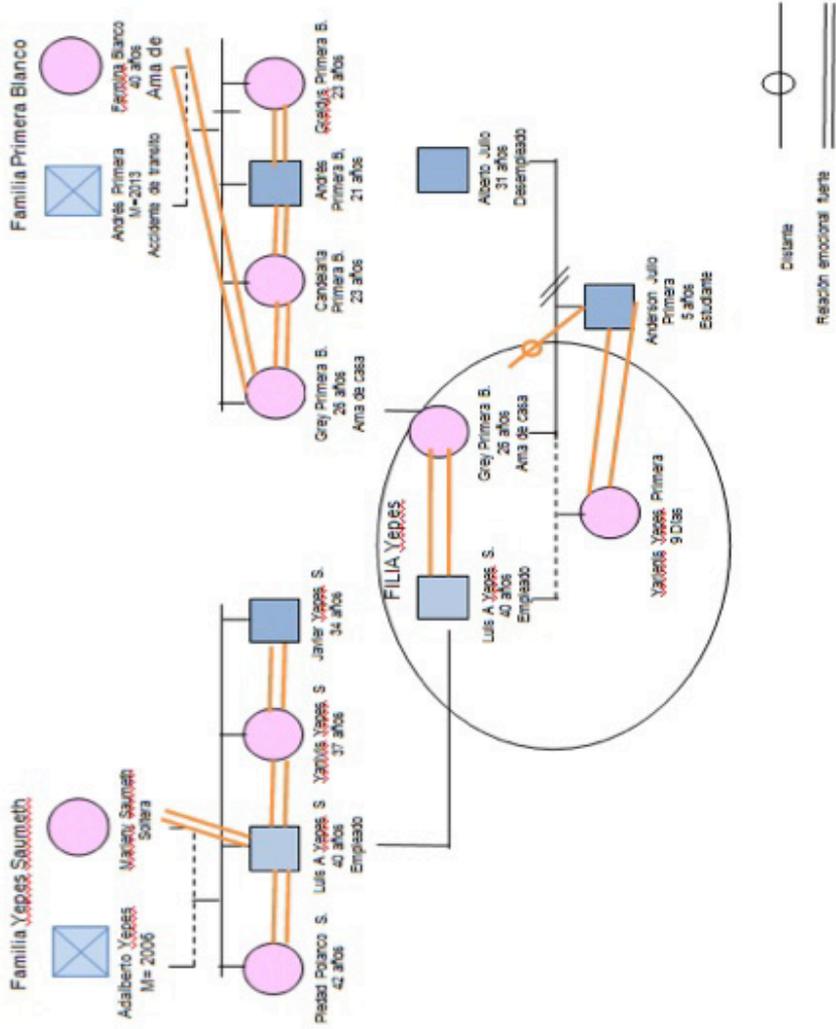
Esquema de vacunación:

- Dosis única de BCG
- Dosis adicional de hepatitis B

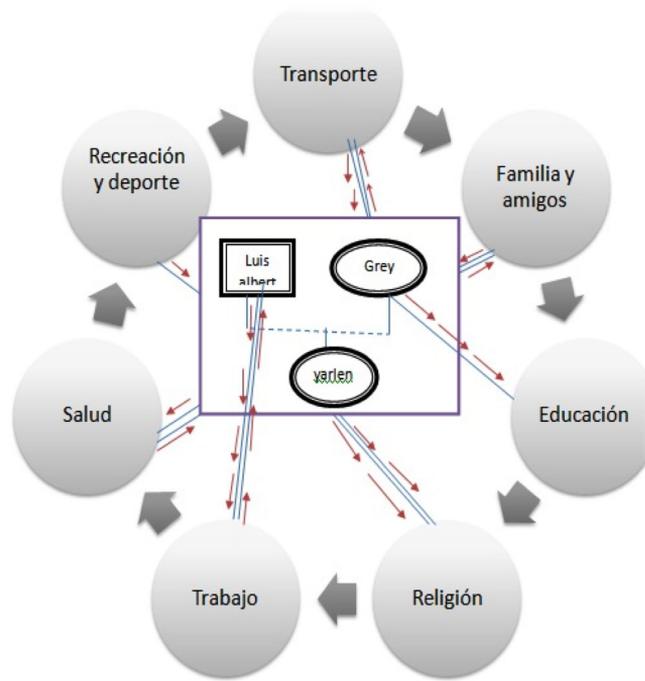
DESCRIPCIÓN DEL FAMILIOGRAMA

La familia está compuesta por tres personas y es de tipo reconstituida, conformada por el señor Luis y Andrea y su hija. Andrea tiene un hijo de una relación pasada, con este hijo tiene una relación distante, puesto que no viven en el mismo lugar, mientras que con su pareja y su madre mantiene una relación emocional fuerte, también mantiene buenas relaciones con sus hermanos. Por otro lado Luis tiene una relación emocional fuerte, y buena relación con sus hermanos. Dentro de esta familia notamos que no hay antecedentes de ninguna enfermedad y que las muertes que han ocurrido han sido por accidentes, tampoco se presentan alteraciones de tipo mental. Observamos que el jefe del hogar es empleado, mientras que Andrea es ama de casa. En este momento todo gira en torno a su hija recién nacida quien demanda muchos cuidados y atenciones.

FAMILIOGRAMA DE LA FAMILIA YEPES PRIMERA



ECOMAPA



DESCRIPCIÓN DEL ECOMAPA

Salud: mantienen una relación fuerte, debido a que toda la familia acude al centro de la salud ya sea porque estén enfermos o por el control de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que les ofrece la EPS en la que están afiliados.

En cuanto a la madre, esta manifestó que siempre asistió a sus controles; el primer control se lo realizó el médico, luego el seguimiento cada mes por enfermería y a las 37 semanas cada 15 días por el médico sin riesgo alguno, tomó todos los micronutrientes ordenados durante

el embarazo, además tenía sus vacunas al día y asistía frecuentemente al odontólogo.

Educación: mantienen una débil relación, porque ninguno de los miembros de esta familia terminó su educación básica secundaria y ambos se dedican a oficios que no requieren una formación educativa.

Familia y amigos: en la familia la relación con la familia es fuerte ya que se visitan frecuentemente y están pendiente el uno con el otro, más ahora con el nacimiento del nuevo miembro de la familia, todos cumplen roles para el cuidado de la bebé. En el caso de sus amigos viven algo lejos porque viven en un barrio nuevo pero aun así mantienen buenas relaciones, y en cuanto a sus vecinos apenas se están conociendo y adaptando al entorno.

Religión: en la familia el vínculo con la religión es fuerte, todos dicen ser católicos, creen en Dios, y asisten a la iglesia.

Transporte: la relación de la familia con el transporte es buena, tiene la carretera cerca y en buen estado, lo que facilita al momento de transportarse de un lugar a otro, y la suficiente disponibilidad de vehículos de servicio público.

Trabajo, recreación y deporte: esta familia está sostenida por el trabajo que desempeña Luis Alberto, el cual es comerciante y Greis se dedica al cuidado del hogar, en cuanto a la recreación, ambos manifiestan tener una relación débil ya que en muy pocas ocasiones salen a pasear, a ver películas o a fiestas y no realizan ningún deporte pero si realizan actividad física.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Apartamento ventilado de una sola habitación, con un solo baño, habitan dos personas adultas y una menor de ocho días de nacida, no tiene animales domésticos, piso de cemento, techo de eternit cubierto por cielo raso, en condiciones adecuadas de higiene, con gas natural, agua potable, fluido eléctrico. Los alimentos los almacenan una parte en la nevera y los demás en un tanque tapado, lavan los alimentos cada vez que los van a consumir. Los detergentes se localizan en el patio,

arriba de un dispensario de aseo, el almacenamiento de las basuras lo colocan en una bolsa metida en un tanque, en el patio.

El entorno de la vivienda, calle pavimentada, no presenta aguas servidas, limpia, sin basuras, ellos consideran su lugar de vivienda como seguro, sin presencia de pandillas, ni ventas de alucinógenos, ni peleas frecuentes, robos poco constantes y buena relación con sus vecinos.

FISIOPATOLOGÍA

HIPODINAMIAS UTERINAS

Las hipodinamias pueden presentarse en el comienzo o después de iniciado el trabajo de parto. En el primer caso las causas suelen ser inmadurez cervical, psicógenas (por aumento de la secreción de adrenalina), desarrollo insuficiente del músculo uterino, patología concomitante del miometrio (adenomiosis, miomatosis) y sobre distensión uterina. La hipodinamia puede ser secundaria al trabajo de parto prolongado por cansancio de la fibra muscular o por obstáculo mecánico. (8)

En la hipodinamia la paciente no percibe las contracciones uterinas, la palpación permite comprobar que el útero es flácido y con la contracción apenas se endurece. En la monitorización electrónica se comprueba que la intensidad de la contracción disminuye a menos de 20 mmHg, la frecuencia a menos de 2 en 10 minutos y la duración es de 10 a 15 segundos. Las hipodinamias traen como consecuencia una prolongación o detención del trabajo de parto, y puede ocurrir sufrimiento fetal, fatiga y ansiedad materna, aumento del riesgo de infección y alteraciones del alumbramiento. (8)

Causa de la hipodinamia presentada por la paciente en el intermedio del trabajo de parto:

Hipodinamias secundarias

Suelen producirse en la fase activa del parto, después de que el cuello uterino se ha dilatado más de 4 cm. Se origina como resultado

final de un largo período de lucha contráctil (agotamiento uterino) contra un obstáculo que se intentó superar sin éxito. Están precedidas pues de una dinámica normal o hiperdinamia. Es el caso, por ejemplo, de los tumores previos, situaciones fetales anómalas abandonadas (situaciones transversas) y de la desproporción pélvico cefálica. Se produce un aumento de la duración del parto. (9)

El tratamiento de las hipodinamias debe ser etiológico; la paciente debe ser hidratada y, en caso necesario, sometida a sedación. En los casos de sobredistensión uterina por polihidramnios puede ser útil la evacuación cuidadosa y parcial de líquido amniótico; cuando existe parto obstruido hay que reevaluar el caso y redefinir la vía del parto; cuando se descartan otras distocias, están indicados los oxitócicos para mejorar la dinámica uterina. (8)

Cuadro de signos y síntomas

En nuestra paciente estos signos y síntomas aparecieron en el intermedio del trabajo de parto y luego con la inducción del trabajo de parto (oxitocina 5 UI) las contracciones empezaron a aumentar y se produjo un trabajo de parto satisfactorio

Características de la hipodinamia secundaria	Signos y síntomas presentada por la paciente
Fase activa del parto, después de que el cuello uterino se ha dilatado más de 4 cm se detiene el transcurso del trabajo de parto	X
Hiperdinamias al inicio del trabajo de parto y luego hipodinamia	X
Se produce un aumento de la duración del parto	X
Inmadurez cervical, psicógenas (por aumento de la secreción de adrenalina)	X
No percibe las contracciones uterinas.	
La palpación permite comprobar que el útero es flácido y con la contracción apenas se endurece.	X
La intensidad de la contracción disminuye a menos de 20 mmHg, la frecuencia es de menos de 2 en 10 minutos y la duración es de 10 a 15 segundos	X

MEDICAMENTOS

Oxitocina

Presentación: Syntocinon amp. 5 y 10 UI/ml

Mecanismo de acción: estimula la fuerza y la frecuencia de la actividad contráctil en el músculo liso uterino, por activación del sistema adenilciclasa y por producir un cambio de la permeabilidad de la membrana de la célula muscular lisa al sodio, como también favorece la entrada de calcio disminuyendo así la zona de seguridad y el nivel crítico para obtener su excitación.

Indicaciones: se indica cuando exista una causa en que sea necesario terminar el embarazo, ya sea por indicación materna, fetal u ovular.

Dosis: se disuelven 10 UI de oxitocina en 500 cc de SSN 0.9%

Efectos adversos: reacciones anafilácticas, arritmias cardíacas materna, náuseas, vómitos, hipertonicidad uterina. (1)

Cuidados de enfermería:

Regular el goteo según respuesta uterina

Vigilar dinámica uterina y frecuencia cardíaca fetal

Detectar signos y síntomas de la paciente durante su administración

Anotar en la H.C. las observaciones necesarias durante la administración de este fármaco. (6)

Vitamina K

Presentación: amp 2mg/0,2ml y amp 1mg/ml (4)

Mecanismo de acción: factor procoagulante. Relacionada con carboxilación postranslacional de factores de coagulación II, VII, IX y X, así como de inhibidores de coagulación de proteína C y proteína S. (4)

Indicaciones: es conveniente para prevenir y tratar la enfermedad hemorrágica del recién nacido, deficiencia de vitamina K por hepatopatías, en administración de antibióticos prolongada. (4)

Dosis: en el recién nacido 1mg i.m. dosis única como profilaxis de enfermedad hemorrágica del recién nacido. En la enfermedad hemorrágica del recién nacido se utiliza 1mg i.v. dosis única diaria hasta obtener respuesta. (4)

Efectos adversos: sudoración, hipotensión, pulso débil, mareo, cianosis, reacciones alérgicas, alteraciones del gusto, dosis mayores de 25mg pueden producir hiperbilirubinemia en los recién nacidos y prematuros. (4)

Cuidados de enfermería

- El recién nacido está en riesgo de sangrado durante las primeras semanas de vida porque su tracto gastrointestinal es estéril al nacer y es incapaz de producir la vitamina K, la cual es necesaria para la coagulación.
- Se administra una dosis de 0.5 a 1.0 mg (0.25 a 0.5 ml) intramuscular en las primeras horas de vida (1 a 2 horas).
- Dosis adicional puede ser ordenada 6 a 8 horas luego del nacimiento si la madre recibe terapia de anticoagulante durante el embarazo.
- Monitoreo del lugar de inyección por sangrado, edema e inflamación.

Gentamicina

Mecanismo de acción: la gentamicina es un antibiótico aminoglucósido que se utiliza en el tratamiento de infecciones producidas por gérmenes sensibles, sobre todo gram-negativos, incluyendo las pseudomonas aeruginosa, bactericida. Penetra en la bacteria y se une a las subunidades ribosoma 30S y 50S inhibiendo la síntesis proteica. (5)

Indicaciones y dosis: la gentamicina oftálmica está indicada en el tratamiento en las infecciones bacterianas sensibles al antibiótico conjuntivitis, queratitis, queratoconjuntivitis. Administración oftálmica

ca: Adultos y niños: una gota o aplicar una pequeña cantidad de unguento cada 6-8 horas. (5)

Efectos adversos: Las preparaciones oftálmicas pueden producir ardor pasajero al aplicarse. Puede ocurrir hipersensibilidad con el uso de antibióticos oftálmicos. Se han informado casos de irritación ocular transitoria con la aplicación oftálmica de Gentamicina. (5)

Cuidados de enfermería

- Gentamicina oftálmica solo deberá ser aplicada por la vía de administración indicada. No se debe inyectar por vía subconjuntival o aplicarse directamente dentro de la cámara anterior del ojo.
- Si no se obtiene una respuesta clínica rápidamente con el uso de Gentamicina se recomienda hacer una evaluación más profunda.
- Para evitar la contaminación o infecciones cruzadas no se deberá utilizar el mismo frasco de Gentamicina para el tratamiento de infecciones oculares u óticas. La solución puede contaminarse si el extremo del aplicador toca cualquier superficie.
- El uso del mismo frasco por más de una persona puede contribuir a la propagación de la infección. (6)

Lactato de Ringer

Composición

Cada 100 ml de solución inyectable contiene:

Cloruro de sodio 600 mg

Cloruro de potasio 30 mg

Cloruro de calciodihidrato 20 mg

Lactato de sodio 310 mg

Agua para inyectables 100 ml solución de reposición electrolítica.

La solución Ringer lactato se incluye dentro de las soluciones polielectrolíticas isotónicas alcalinizantes de utilidad ampliamente

demostrada en clínica, por su composición electrolítica muy similar al líquido extracelular. (7)

El ión lactato es un precursor del bicarbonato, participando por lo tanto en la regulación del equilibrio ácido-base. Esta transformación puede estar alterada en el caso de insuficiencia hepática.

Distribución: La solución Ringer Lactato, tras la inyección intravenosa se distribuye en el organismo en función del balance electrolítico existente, de manera que se mantenga el principio de la electro neutralidad.

Desde el punto de vista de la fisiopatología y farmacología del agua y electrolitos, es más importante el estudio de los factores que determinan la distribución de los líquidos extra e intracelular. En este sentido, cabe señalar que el agua pasa libremente por la membrana celular, su movimiento es determinado pasivamente por la concentración de los electrolitos a ambos lados, y se reparte en los tres compartimentos del organismo, mientras que el sodio y el cloruro lo hacen especialmente en el líquido extracelular. El potasio llega primeramente al líquido extracelular desde donde alcanza pronto y se distribuye preferentemente en el compartimento intracelular. El calcio se distribuye, un 99% en el sistema óseo y el resto en el líquido extracelular, principalmente en los músculos y la piel: por otra parte la concentración de calcio en el líquido intracelular es muy débil. (7)

También está indicado en hipovolemias causadas por: shock hemorrágicos, acidosis metabólica de intensidad leve (a excepción de la acidosis láctica); diarreas, shock por quemaduras, fase poliúrica de la insuficiencia renal aguda, intoxicaciones infantiles, estados postoperatorios. No se recomienda su uso en insuficiencia cardíaca congestiva, hiperhidratación, hiperkalemia, hipercalcemia, alcalosis metabólica, digitálicos y diuréticos hiperkalémicos. (7)

La administración excesiva puede provocar sobrecarga de líquidos y alcalosis metabólica relacionada con el exceso de aporte o alteración del metabolismo del lactato. Vías de administración: infusión intravenosa. Se administra según prescripción médica. La dosis de Ringer Lactato

solución inyectable se determina considerando varios factores como edad, peso y condiciones clínicas del paciente. (7)

Solución salina 0.9%

Cada 100 ml de solución contiene cloruro de sodio 0.9 g, agua para inyectable 100.0 ml. Solución inyectable de cloruro de sodio 0,9 %, envases de 100, 250, 500 y 1000 ml.

El cloruro de sodio provee de suplementos electrolíticos. El sodio es el principal catión del líquido extracelular y actúa en el control de distribución de agua, balance electrolítico y presión osmótica de los fluidos corporales. También se asocia al cloruro y bicarbonato en la regulación del balance ácido-base. El cloruro, el principal anión extracelular, sigue la disposición fisiológica del sodio y los cambios en el balance ácido-base del organismo son reflejados por cambios de la concentración sérica de cloruro. El cloruro de sodio inyectable es capaz de inducir diuresis, dependiendo del volumen administrado y de la condición clínica del paciente. (7)

La solución de cloruro de sodio al 0,9% inyectable es empleada como diluyente en la administración de muchas drogas compatibles.

Las reacciones adversas que pueden ocurrir se deben generalmente a la solución (por ejemplo contaminación), o a la técnica de administración empleada e incluyen fiebre, infección en el sitio de la inyección, trombosis venosa o flebitis extendida desde el sitio de la inyección. También puede ocurrir hipovolemia o sintomatología resultante de un exceso o déficit de uno o más iones presentes en la solución. (7)

PLAN DE CUIDADO DE LA PRIMERA ETAPA (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO) (10), (14)

DIAGNÓSTICOS	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00256 Dolor de parto r/c contracción uterina s/c dilatación cervical	(1605) Control del dolor (2102) Nivel del dolor	(1400) Valoración de las características del dolor (intensidad, duración, frecuencia, tono, intervalo) y triple gradiente descendente cada 30 minutos en fase activa. Intervenciones sugeridas <ul style="list-style-type: none"> • Realización de partograma para identificar trabajo de parto distócico. • (6650) Vigilancia de la localización del dolor. • (6040) Realizar técnicas de relajación (respiración, masajes, motivar la deambulaci3n) • (0840) Realizar cambios de posici3n (deambulaci3n, sentada, dec3bito lateral izquierdo); evitar posici3n supina • (6680) Toma de signos vitales cada hora. • (6772) Toma de FCF cada 15 min 	1-2-3-4-5 La paciente control3 el dolor.
00195 Desequilibrio hidroelectrolítico r/c la falta de ingesta oral por tiempo prolongado m/p deshidrataci3n.	(2080) Manejo de líquidos y electrolitos	(4569) Vigilar el estado nutricional y la ingesta de alimentos. Intervenciones sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener líquidos endovenosos ordenados (intervenci3n sugerida) • Mantener líquidos orales, suministro de líquidos claros (intervenci3n sugerida) • (6650) Vigilancia signos de deshidrataci3n (piel y mucosas secas, diaforesis y piel caliente) 	1-2-3- 4 -5 Se logró la hidrataci3n de la paciente, mejor3 la condici3n fisisa y contribuy3 a mejorar las contracciones uterinas.

<p>00931 Ansiedad r/c el curso del trabajo de parto y la capacidad personal de enfrentarse a este y al parto</p>	<p>(1402) Control de la ansiedad</p>	<p>(5820) Reducción de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • (5880) Técnica de tranquilizar • (6040) Terapia simple de relajación (respiración) • (4920) Escucha activa <p>Intervenciones sugeridas: Acompañamiento</p>	<p>1-2-3-4-5</p> <p>La paciente en lo posible controló sus niveles de ansiedad mediante la implementación de técnicas de relajación respiración y mediante el apoyo emocional, la escucha activa y despejando dudas o inquietudes.</p>
--	--------------------------------------	--	--

PLAN DE CUIDADO DE LA SEGUNDA ETAPA (EXPULSIVO)

NANDA	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00256 Dolor de parto r/c presión perineal m/p expulsión fetal.	(1605) Control del dolor 21102 Nivel de dolor	<ul style="list-style-type: none"> • 1400 Valoración del dolor • 6040 Técnicas de relajación simple: masajes, respiración (vasalva modificada y jadeo), dar ánimo. • 6482 Manejo del confort. • 5270 Apoyo emocional. <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Ayudar a la madre a mantener la posición adecuada (intervención sugerida) • Direccionamiento del pujo (intervención sugerida) 	1- 2- 3-4- 5 La paciente en lo posible logro mantener el control del dolor. Mediante el manejo del confort, apoyo emocional, direccionamiento del pujo, técnicas de relajación.
00148 Temor r/c resultados del parto y posibles complicaciones	(1404) Control del miedo.	<p>(5380) Potenciación de la seguridad</p> <p>(5270) Apoyo emocional:</p> <p>Actividades sugeridas</p> <p>Compañía permanente</p> <p>Educar a la madre sobre el proceso del parto.</p> <p>4920 Escucha activa:</p> <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar a manifestar sentimientos, emociones, miedos, realizar preguntas (intervención sugerida) 	1-2-3-4-5 Se logró disminuir el temor y establecer la confianza mediante la escucha activa, apoyo emocional y despejando dudas e inquietudes.
00035 Riesgo de lesión perineal r/c esfuerzos al pujar, malas prácticas de protección del periné.	(1902) Control de riesgo.	<p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que se realicen las maniobras de protección perineal con las cuales se esté más familiarizado y mejor se dominen (intervención sugerida) • Instruir a la parturienta para que los pujos coincidan con las contracciones, que no los realice entre ellas o cuando desaparecen y que estos no sean tan repetitivos. (Intervención sugerida) 	1-2- 3- 4- 5 Se logró satisfactoriamente evitar el riesgo debido a que se le instruyó a la paciente en la forma adecuada de pujar, se direccionó el pujo y se protegió el periné de desgarros a través de la maniobra de Ritgen.

PLAN DE CUIDADO DE LA TERCERA ETAPA (ALUMBRAMIENTO)

NANDA	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00146 Ansiedad r/c proceso de alumbramiento y posibles complicaciones en este. Estado del bebé al nacer.	(1402) Autocontrol de la ansiedad (1211) Nivel de ansiedad.	(5820) Disminuir la ansiedad. Actividades sugeridas <ul style="list-style-type: none"> • Brindar educación sobre lo que está viviendo • Transmitir una actitud de interés por ella • Indicar técnicas de relajación • (4920) Escucha activa. • (5270) Apoyo emocional. • (527011) Compañía. 	1- 2- 3-4- 5 La paciente en algunas ocasiones trató de controlar sus niveles de ansiedad, mediante la escucha activa, la educación brindada sobre lo que estaba experimentando, implementando técnicas de relajación, escucha activa y acompañamiento.

PLAN DE CUIDADO DE LA CUARTA ETAPA (PUERPERIO INMEDIATO)

NANDA	NIC	NOC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00093 Fatiga R/C el trabajo de parto y el parto	(0002) Conservación de la energía. (0003) Descanso	(5880) Técnicas de relajación. Actividades sugeridas <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar el descanso y la respiración 	1-2-3-4-5 La paciente logró satisfactoriamente conservar adecuadamente energía, descanso y tranquilidad. Debido al suministro de alimentos ricos en carbohidratos y lípidos, y se propició un entorno tranquilo para que ella descansara.

<p>00085 Deterioro de la movilidad física R/C dolor, malestar, disminución de la fuerza músculo esquelética.</p>	<p>(0208) Movilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (1800) Ayuda con los autocuidados: alimentación, vestir, arreglo personal. • (0221) Terapia de ejercicios: deambulación. • (1400) Manejo del dolor 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Durante la estancia la paciente se movió en muy pocas ocasiones de la cama por presencia de dolor, por ello se le brindó ayuda en cuanto al autocuidado.</p>
<p>00028 Riesgos de hemorragia: posparto. r/c proceso de alumbramiento: retención funcional o anatómica de la placenta, atonía uterina. Sangrado posparto.</p>	<p>(1902) Control de riesgo: hemorragia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (040902) Vigilar la pérdida de sangre: cantidad, color, olor. Cada 15 min durante una hora, y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora. • (6680) CSV cada 15 minutos durante una hora, y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora. <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el globo de seguridad de Pinard (duro, leñoso, centrado y por debajo de la cicatriz umbilical) cada 15 min durante una hora. Y cada 30 min en la segunda. Cada hora en la tercera y cuarta hora. • (1480) Masajear si procede. • (100805) Administración de líquidos prescritos y medicación. <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar a la familia sobre los signos y síntomas de hemorragia. 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Se logró controlar satisfactoriamente los riesgos de hemorragias pospartos mediante la valoración continua del sangrado y globo de seguridad.</p>

<p>00104 Riesgo de lactancia materna ineficaz r/c dificultad de succión, déficit de conocimientos y habilidad materna, anomalías del pezón, problemas de salud materna e interferencias familiares y sociales.</p>	<p>(1800) Conocimiento: lactancia materna. (1003) lactancia materna: lactancia materna eficaz.</p>	<p>(1054) Ayuda en la lactancia materna (5240) Asesoramiento en la lactancia :</p> <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y técnica de agarre. • Observar el bebé al pecho y determinar si la posición es correcta, ver la deglución. • Facilitar a la madre/ niño intimidad y comodidad en los primeros intentos de dar pecho. • Animar a la madre a no limitar el tiempo de mamar. • Vigilar la posición de la madre. • Instruir a la madre como sacar los gases al bebé. • Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé. • Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos. • Ayudar a la madre a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho. 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>La madre adoptó adecuadamente dar lactancia materna a su bebé, mediante la educación y el enlace entre madre e hijo 30 min. después de su nacimiento</p>
--	--	--	--

		<p>Corregir conceptos equivocados.</p> <p>Evaluar la comprensión de los padres.</p> <p>(5820) Disminución de la ansiedad :</p> <p>Intervenciones sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos y cuidados que tiene que realizar al recién nacido. • Animar a expresar sus preocupaciones. • Permanecer con la puérpera mientras realiza los cuidados para promover la seguridad y reducir el miedo. 	
00004 Riesgo de infección r/c traumatismos, procedimientos invasivos	(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso	<p>(6550) Protección contra infecciones:</p> <p>Actividades sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar antibióticos según el protocolo hospitalario • Uso de técnicas asépticas y el uso de implementos de bioseguridad • Valorar la salida de loquios en cuanto a sus características • Realizar la asepsia de los genitales • Cambio frecuente de la toalla higiénica materna • Educación sobre los cuidados que deberá tener en casa 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Se logró controlar satisfactoriamente la presencia de infección en la paciente mediante el uso de técnicas asépticas, el uso de implementos de bioseguridad, la asepsia de genitales, la valoración continua, el cambio de toallas maternas y la educación a la madre.</p>

PLAN DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO (11)- (12) -(13)

NANDA	NOC	NIC	EVALUACIÓN NOC BASADO EN NIC
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de las secreciones M/P cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio.	(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.	(3160) Aspiración de las vías aéreas. Intervenciones sugeridas: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la presencia de secreciones en vías aéreas, utilizando una pera de succión o catéter N.8, o utilizar aspiración activa en caso de aspiración del RN de meconio, sangre o pus. • Monitoreo de signos vitales (FR-FC-SAT. O²) cada 5 minutos en caso de alteraciones en el patrón respiratorio. • Aplicar APGAR al primer minuto, para valorar el esfuerzo respiratorio y coloración (cianosis, acrocianosis, rosado) en el caso del patrón respiratorio • Aplicación de oxígeno de 3 a 4 litros por minuto en cámara de oxígeno en caso de disnea o tiraje subcostal. 	1-2-3-4-5 Se logró una satisfactoria permeabilidad de vías aéreas y normalización de la frecuencia respiratoria.

<p>00112 Riesgo de retraso en el desarrollo R/C inadecuada ingesta de alimentos, alteraciones neurológicas, endocrinas y genéticas</p>	<p>(0100) Desarrollo del niño:0- 2 meses</p>	<p>(6880) Cuidado del recién nacido:</p> <p>Intervenciones sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del Test de Capurro y Lúbchenco • Valoración de los reflejos • Control de signos vitales • Screening o prueba de detección precoz de enfermedades metabólicas. El llamado “Tamiz Neonatal” debe hacerse obligatoriamente a todos los recién nacidos (prueba de TSH) • (1160) Control y seguimiento de la nutrición: <p>Intervenciones sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de medidas antropométricas. Los principales datos que se precisa conocer son: peso, talla, perímetro torácico, perímetro craneal. • (5608) Enseñanza: cuidado del bebé: <p>Intervenciones sugeridas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre la importancia de la lactancia materna. • Asistencia del control de crecimiento y desarrollo. • Educar a la madre sobre la importancia de la vacunación • (1710) Mantenimiento de la salud bucal: • Intervenciones sugeridas • Educar sobre la higiene oral 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Se evitó el riesgo debido a que en la valoración de su desarrollo no se evidenció ninguna alteración ya que fue acorde a su edad cronológica</p>
--	--	--	--

<p>00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C extremos de edad (recién nacido), exposición a ambientes fríos.</p>	<p>(0801) Termorregulación: recién nacido.</p>	<p>(3900) Regulación de la temperatura.</p> <p>Intervenciones sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exponer al niño en fuente de calor, para mantener a temperatura adecuada (36.5 – 37.5 °C) y con poca luz • Abrigarlo con ropa y gorro adecuada • Control de la curva térmica, en los intervalos de tiempo indicados hasta que se estabilice • Favorecer el inicio de la lactancia materna y del contacto piel con piel. • Enseñar a los padres acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío en casa 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Esperamos que el recién nacido en lo posible mantenga una temperatura adecuada 8 (36.5-37°C)</p>
<p>00004 Riesgo de infección r/c sistema inmune inmaduro</p>	<p>(0702) Estado inmune</p>	<p>(6550) Protección contra infecciones</p> <p>Intervenciones sugeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar técnicas asépticas e implementos de bioseguridad por parte del personal de salud. • Manipulación mínimamente invasiva a menos que sea necesario. • Implementar la lactancia materna para que la madre le transfiera IGM mediante el calostro anticuerpo que lo defenderá de infecciones. • Realizar aseo general y vestir adecuadamente. • Educar al padre sobre uso de técnicas higiénicas durante la lactancia y la vacunación. • Realizar profilaxis oftálmica con yodopovidona solución oftálmica al 2.5% una gota en cada ojo o utilizar gentamicina. 	<p>1-2-3-4-5</p> <p>Ausencia de infección nosocomial : gastrointestinal, urinaria, respiratoria, ocular, mamaria, infección de heridas/ hematomas</p>

00035 Riesgo de lesión r/c movimientos de las manos del lactante teniendo las uñas finas y cortantes	(1913) Estado de seguridad: lesión física.	(6650) Vigilancia: seguridad: Intervenciones sugeridas <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama con barandas, con colchón sin depresiones y sábanas limpias y estiradas. • Educar a la madre para que evite colocar manoplas debido a que impide el desarrollo de este. • Realizar la higiene y corte de las uñas para evitar que se ocasionen lesiones. • Educar a la familia que en casa deberá prohibir colocar juguetes u otros objetos en la cuna. • Realizar cambios de posición • Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes. 	1-2-3-4-5 Se le proporcionará condiciones de seguridad para evitar en lo posible que el RN se provocara lesiones.
--	--	---	--

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

1. KAROL J. BRIÑEZ A. Narrativa de enfermería: visión y patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/017-articulo15.pdf
2. Página web scielo. Visión del mundo. 2013. Encontrado en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf (23-04-16)
3. Adopción del rol materno – convertirse en madre. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_05.pdf
4. M. González, W. Lopera, A. Arango, Manual Terapéutico 2012 – 2013
5. Procedimiento: Administración Vitamina K al Neonato Universidad Metropolitana Escuela de Ciencias de la Salud

- Programa de Enfermería. Disponible en: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/wanda_cordero_nurs_301/Destreza_administracion_de_vitamina_K.pdf
6. GENTAMICINA OFTÁLMICA. <http://www.vademecum.es/principios-activos-gentamicina-j01gb03> vademécum virtual
 7. GENTAMICINA OFTÁLMICA. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Gentamicina%20Ofta.htm
 8. LACTATO DE RINGER Y CLORURO DE SODIO 0.9%. [farmacologiahttp://www.fresenius-kabi.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=334%3Acloruro-de-sodio-09&catid=48%3Aenvase-apiroflex-bfs&Itemid=191&limitstart=13](http://www.fresenius-kabi.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=334%3Acloruro-de-sodio-09&catid=48%3Aenvase-apiroflex-bfs&Itemid=191&limitstart=13)
 9. MERCADO PEDROZA, Manuel Esteban. Obstetricia integral siglo XXI, capítulo 15 distocias. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
 10. SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES GRANADA distocias dinámicas: conducta. Tatiana B. Guerrero Sáez. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf
 11. NANDA 2013. Disponible en: <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=a9db9cf95d9c7adc6813795f01b1ae60489b3dad>
 12. BELÉN M. Cuidados al recién nacido en el post-parto inmediato. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223444.pdf>. consultado el 20/04/2016
 13. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Norma técnica del cuidado del recién nacido.2013
 14. HERRADOR R. Plan de cuidado, página oficial de la NANDA. 2013. Encontrado en: <http://www.nanda.es/planpublic>.

php?urlid=997ca75b6ce20ecb4b5e4c7f5f46eae71ca193e0 fecha de acceso: 19-04-16

15. HERDMAN T. H. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. Barcelona, España. 2015

ANEXO 3

GUÍA DE ESTUDIO TRABAJO DE PARTO Y PARTO

OBJETIVOS

Brindar atención integral a la madre, nonato, recién nacido inmediato de bajo riesgo y familia durante las cuatro etapas del trabajo de parto y parto; aplicando el proceso de enfermería de acuerdo a NANDA, NOC, NIC.

ESTRATEGIAS

Desarrollo de guías, revisión bibliográfica y en base de datos, trabajo independiente, trabajo de grupo, demostración, laboratorio, análisis de situaciones, taller. Practica.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- Lea detenidamente la presente guía, teniendo muy en cuenta el objetivo propuesto
- Consulte la bibliografía pertinente y/o navegue por Internet en las bases de datos para la búsqueda y análisis del tema.
- Realice prácticas de simulación en el laboratorio.

ESTUDIE

Bases conceptuales del trabajo de parto

1. Rol de enfermería en el trabajo de parto y parto
2. Historia del parto
3. Concepto de trabajo de parto
4. Mecanismos disparadores del parto
5. Efectos sistémicos maternos y reacción fetal al trabajo de parto
6. Etapas, fases, división funcional del trabajo de parto.

Factores esenciales o críticos que participan en el trabajo de parto

Atención durante las cuatro etapas del trabajo de parto y parto:

Primera etapa: Dilatación y borramiento cervical: valoración materno fetal durante la admisión al hospital: – entrevista- historia clínica, variables materno perinatales en parto de bajo riesgo en vértice-examen físico: exploración general, signos vitales, palpación de abdomen, evaluación fetal (peso, talla, FCF), tacto vaginal y valoración del canal de parto (Pelvimetría), partograma, PAE. Según NANDA- NIC-NOC.

Segunda etapa: Expulsivo: signos premonitorios del parto, preparación de la sala y equipo de parto, preparación de vulva y perineo, posición, métodos de pujo. Expulsión (mecanismos del parto en modalidad de vértice y sus tiempos), técnica de protección del periné. PAE. Según NANDA- NIC-NOC.

Tercera y cuarta etapa: Alumbramiento y recuperación: mecanismos de expulsión de la placenta. PAE. Según NANDA- NIC-NOC.

Atención inmediata del recién nacido según Ministerio de Protección Social:

Norma técnica para la atención del recién nacido. Recomendaciones basadas en la evidencia científica 2013. Protocolo ese CMRC

Trabajo independiente investigue:

- Parto humanizado
- Teorías y modelos de enfermería aplicadas en el trabajo de parto y parto.
- Parto de urgencia
- Psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto
- Tratamiento farmacológico usado en cada etapa del trabajo de parto (madre y recién nacido inmediato).
- Cuidados en la adolescente en trabajo de parto y parto.
- Piso pélvico.
- Distocias en cada etapa del trabajo de parto y parto
- Código rojo obstétrico.

EVALUACIÓN:

Se evaluará teniendo en cuenta el objetivo planteado arriba a través de preguntas de selección múltiple, complete, relación y situaciones al final de este escrito.

ANEXO 4

PREGUNTAS GENERALES PARA EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

I Parte opción múltiple

Responda con una X la opción correcta:

1. Cuál de los siguientes síntomas indican que la paciente se encuentra en trabajo de parto *verdadero*:

- Las contracciones se producen en hipogastrio
- Las contracciones se producen en hipogastrio y se irradian a región lumbar
- Las contracciones tienen 30 horas de evolución
- Las contracciones se producen en región lumbar y se irradian al hipogastrio.

1. Al observar el útero lateralizado firme ,leñoso y redondo, piensa:

Hay tono normal

Hay hipertonia uterina

Hay hipotonía uterina

Hay inversión uterina

En esta paciente, la tercera etapa del trabajo de parto terminó:

Cuando expulsó la placenta.

Cuando expulsó al niño

Cuando el cérvix se dilató totalmente

Dos horas después de expulsar al niño

Con relación al modelaje de la cabeza del recién nacido la enfermera, enfermero, puede explicar a la madre:

- a. La cabeza del recién nacido regresa a su normalidad en pocos días
- b. Todos los niños nacen con la cabeza igual
- c. La cabeza del recién nacido sufrió un trauma
- d. Cuando cierre la fontanela la cabeza se normaliza

II Parte complete

Complete acertadamente cada pregunta:

Al servicio de urgencias ingresa una gestante de 40 semanas por FUM, contracciones uterinas regulares de más o menos 6 horas de evolución, al tacto vaginal presenta 4 cm de dilatación y 80% de borramiento, estación -2. Según esto la paciente se encuentra en:

Etapa _____ fases _____
_____ Tipo de trabajo de
parto _____

Tiempo del mecanismo de parto _____

Realice un plan de cuidado según la NANDA, NOC Y NIC en cada etapa del trabajo de parto con 1 diagnóstico cada uno:

NANDA	NOC	NIC
I.		
II.		
III.		

III Parte relación

Relacionar las columnas

A	B
Diagnóstico NANDA I etapa del trabajo de parto.	() Alteración del rol r/c inexperiencia.
Diagnóstico NANDA III Etapa del trabajo de parto.	() Alteración de la comodidad r/c dolor s/c trabajo de parto
Diagnóstico NANDA IV Etapa del trabajo de parto.	() Alteración de la irrigación de tejidos placentarios r/c posición materna.
Diagnóstico NANDA II Etapa del trabajo de parto.	() Alteración de la comodidad r/c presentación más baja.
	() Alteración de la comodidad r/c involución uterina.

IV PARTE SITUACIÓN

SITUACIÓN CLÍNICA

A continuación analice la siguiente situación clínica y de acuerdo a ésta responda a las preguntas:

La paciente es una embarazada de 15 años que ingresa al servicio de obstetricia el día 4 de mayo del 2016 a las 9.a.m. Al examen físico presenta dolor tipo cólico en hipogastrio irradiado a región lumbar de aproximadamente 30 horas de evolución. Última regla 10 agosto. Abdomen globoso por útero grávido, altura uterina 34 cms, posición izquierda, situación longitudinal, presentación cefálica, variedad de posición OIT, variedad de presentación de vértice, actividad uterina: 3 x 40'' x 10 de buena intensidad, tono normal, triple gradiente descendente conservado, FCF de 130 por minuto. Dilatación cervical de 4 cms y 100% de borramiento, estación de 0, prueba de Tarnier (+) con salida de líquido amniótico con tinte de meconio de 8 horas de evolución, conjugada diagonal 13 cms, paredes pélvicas laterales ligeramente convergentes, escotadura sacrociáticas de 2.5 cms, sacro amplio y curvo, espinas ciáticas no prominentes, arco subpúbico medio, diámetro interespinoso 10 cms. La paciente es hospitalizada en sala de parto mientras sus familiares esperan fuera de la sala. La paciente manifiesta sentirse atemorizada e incomodidad en la parte baja de la espalda. Posteriormente la madre experimenta deseos de pujar y salida de moco sanguinolento por genitales externos, tras un trabajo con patrones de dilatación y descenso de 1cm cada dos horas al fin nace un recién nacido vivo acrocianotico, llanto débil, movimientos activos, muecas en la cara y frecuencia cardiaca de 110 por minuto, además presenta cabeza alargada y superposición de huesos parietales. Después del nacimiento desprende placenta con cara fetal, el útero se vuelve redondo, firme y leñoso. Posterior al parto la madre es trasladada a su unidad.

PREGUNTAS

Cuál de los siguientes síntomas indican a la enfermera(o) que la paciente se encuentra en trabajo de parto *verdadero*:

- Las contracciones se producen en hipogastrio
- Las contracciones se producen en hipogastrio y se irradian a región lumbar
- Las contracciones tiene 30 horas de evolución
- Las contracciones se producen en región lumbar y se irradian al hipogastrio.

Cuando la paciente experimenta deseos de pujar y la salida del moco sanguinolento, usted como enfermera, enfermero piensa:

- Son los signos premonitorios del trabajo de parto
- Son los signos premonitorios del parto
- Son signos premonitorios de hemorragia
- Son signos premonitorios del desprendimiento de placenta normoinsera.

La enfermera o enfermero al observar el útero lateralizado firme ,leñoso y redondo, piensa:

- Hay tono normal
- Hay hipertonia uterina
- Hay hipotonia uterina
- Hay inversión uterina

En esta paciente, la tercera etapa del trabajo de parto terminó:

- Cuándo expulsó la placenta.
- Cuándo expulsó al niño
- Cuándo el cérvix se dilató totalmente
- Dos horas después de expulsar al niño

Con relación al modelaje de la cabeza del recién nacido la enfermera, enfermero puede explicar a la madre:

- a. La cabeza del recién nacido regresa a su normalidad en pocos días
- b. Todos los niños nacen con la cabeza igual
- c. La cabeza del recién nacido sufrió un trauma
- d. Cuando cierre la fontanela la cabeza se normaliza

II PARTE: PREGUNTAS ABIERTAS

Con base en la valoración realizada al ingreso de la paciente al servicio de obstetricia, enuncie 3 factores de riesgo materno – perinatal

Al ingreso de la paciente diga: etapa:_____; división funcional:_____; fases:_____

_____; tiempo del mecanismo de trabajo de parto: _____

De acuerdo a la velocidad de dilatación y descenso, calcule la hora del parto: _____ tipo de pinzamiento según norma 0412/2000 _____

Calcule: semanas gestacionales: _____ Peso Fetal _____

Grado De Rotación De La Cabeza Fetal Hasta Llegar a OP _____

Tipo De Pelvis _____

Apgar del RN _____ conducta a seguir _____ tipos de modelaje en cabeza _____

Diga 1 diagnóstico de enfermería prioritario y aplicable a esta situación en cada etapa del trabajo de parto.

Primera: _____

Segunda: _____

Tercera: _____

SITUACIÓN CLÍNICA

Usuaría AB de 14 años de edad ingresa al servicio de parto el día 30 de octubre a las 7am, ansiosa, motivo de consulta “tengo dolores de parto y me salió líquido por mis partes”. Enfermedad actual: cuadro clínico caracterizado por dolor tipo cólico en hipogastrio irradiado a región lumbar, asociado a salida de tapón mucoso de más o menos 8 horas de evolución. Embarazo no controlado. Antecedentes familiares: madre hipertensa. Antecedentes personales: G2, P₀, A₁, Última regla 30 de enero 2015, T/A 130\90, P: 80 X¹, Fr 16 X¹, abdomen globoso por útero grávido, altura uterina: 32 cms, situación longitudinal, presentación cefálica, posición izquierda, variedad de posición: OIP, CU: 3 x 40” x 10’, tono normal, buena intensidad, FCF: 140 x’, D: 4 cm, B: 80 %, E: -1, a la especuloscopia Tarnier(-), conjugada diagonal: 12,5 cms, Sacro curvo, escotadura sacrociática de 3 cms, espinas ligeramente prominentes, coxis móvil, paredes convergentes, diámetro interespinoso: 10 cm, ángulo subpúbico de 90 grados, diámetro intertuberoso: 10 cms

Se hospitaliza teniendo velocidad mínima de dilatación de 1 cm por hora y se realiza el partograma cada 2 horas. Al observar los signos premonitorios del parto se traslada a sala de parto y nace un recién nacido vivo acrocianótico, llanto fuerte, movimientos activos, frecuencia cardíaca: 110 X’

Preguntas

Al ingreso de la paciente, clasifique el riesgo materno perinatal y de por lo menos 4 justificaciones.

Diga con qué tipo de trabajo de parto ingreso la paciente y de 4 justificaciones

Diga el peso, la talla del feto, el tipo de pelvis y grados de rotación de la cabeza fetal hasta llegar a OP.

Diga en qué etapa, fases, división funcional, y tiempo del trabajo de parto se encuentra la paciente a su ingreso.

Diga el APGAR para este recién nacido y con base en la Resolución 0412 establezca la conducta a seguir.

De acuerdo a este caso diga por lo menos 1 diagnóstico de enfermería en cada etapa.

Realice un plan de cuidados NANDA para el recién nacido inmediato.

ELABORE Y ANALICE EL PARTOGRAMA A PARTIR DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES

Al servicio de admisión de maternidad ingresa paciente de 17 años a las 5.00 am, nulípara con 38 semanas de gestación, tiene contracciones regulares 3 de 40 segundos en 10 minutos de buena intensidad, tono normal, frecuencia cardiaca 140 por minutos, cérvix centrado y 4 cm de dilatación y 80% de borramiento, membranas íntegras, cefálico, variedad de posición OIA y estación de -2

Al servicio de admisión de maternidad ingresa paciente de 25 años a las 10.00 am, multípara con 40 semanas de gestación, tiene contracciones regulares 4 de 45 segundos en 10 minutos de buena intensidad, tono normal, frecuencia cardiaca 150 por minutos, cérvix centrado y 6 cm de dilatación y 60% de borramiento, membranas rotas, cefálico, variedad de posición OIA y estación de -1

ANEXO 5

TERMINOLOGÍA EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Abertura interna: boca u orificio interno entre el cuello uterino y el útero.

Abertura externa: boca u orificio entre el cuello uterino y la vagina.

Actitud fetal: relación entre las partes fetales. La actitud fetal normal es brazos moderadamente flexionados sobre el tórax y las piernas flexionadas sobre el abdomen.

Aligeramiento: descenso del feto y del útero dentro de la cavidad pélvica.

Alumbramiento: proceso donde se da la expulsión de la placenta y de los anexos ovulares.

Amoldamiento: modelaje de la cabeza del feto por superposición de los huesos craneales para facilitar el proceso a través del canal del parto.

Borramiento: adelgazamiento y acortamiento del cuello uterino que se produce al final de la gestación o durante el trabajo de parto, esta medida se tomara en porcentaje.

Conjugado diagonal: distancia desde el ángulo subpúbico hasta el promontorio del sacro; se puede calcular con mediciones manuales.

Conjugado obstétrica: distancia desde la cara interna del pubis hasta el promontorio sacro.

Conjugado verdadera: se extiende desde el borde superior del pubis hasta el promontorio sacro.

Circular del cordón: término que se emplea para describir el cordón umbilical cuando se enrolla alrededor del cuello

Cotiledón: unas de las partes redondeadas en las que se divide la superficie uterina de la placenta, formada por una masa de vellosidades, los vasos del feto, y el espacio entre las vellosidades.

Contractilidad uterina: es el reflejo fisiológico en intensidad, duración y frecuencia de la actividad contráctil del útero.

Dilatación cervical: proceso durante el cual la abertura uterina y el canal cervical se dilatan desde menos de 1 cm hasta aproximadamente 10 cm, para permitir el nacimiento del feto.

Episiotomía: incisión que se realiza en el periné a nivel de la vulva para facilitar la salida del feto y evitar desgarros

Neonato: lactante desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

Parto: proceso mediante el cual son expulsados al exterior los productos de la concepción.

Encajamiento: entrada y descenso de la presentación fetal hasta el estrecho pélvico

Maduración cervical: reblandecimiento del cuello del útero; suele aparecer de forma natural como un proceso fisiológico anterior al parto o puede estimularse mediante la inducción del trabajo de parto.

Parturienta: gestante en proceso de trabajo de parto.

Pelvis androide: pelvis de tipo masculino.

Pelvis antropoide: pelvis en la que el diámetro anteroposterior es igual o mayor que el diámetro transversal.

Pelvis ginecoide: típica pelvis femenina en la que el estrecho superior de la pelvis es redondeado en vez de ovalado.

Pelvis platipeloide: pelvis anormalmente ancha, con una forma de óvalo aplanado transversal y en diámetro anteroposterior más corto.

Pelvis verdadera: parte de la pelvis situada por debajo de la línea innominada, formada por el estrecho superior, la cavidad y el estrecho inferior.

Posición: relación que guarda el dorso del feto, con relación al lado derecho o izquierdo de la madre.

Presentación fetal: parte del cuerpo fetal que entra en primer lugar en la pelvis materna. Las tres presentaciones posibles son cefálicas, de hombro y de nalgas.

Puerperio inmediato o recuperación: comprende las primeras dos horas posparto.

Situación: relación entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre. El feto puede encontrarse: longitudinal, transversal u oblicuo.

La impresión de este libro se realizó en papel bond blanco 75 grs. para páginas interiores y propalcote de 300 grs para la portada con plastificado mate. Con un tiraje de 200 ejemplares. El libro *VALORACIÓN Y ATENCIÓN HOLÍSTICA DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL HOSPITALARIO*, de la autora CANDELARIA MARÍA COLÓN IRIARTE, hace parte de la cuarta convocatoria para la publicación de libros de la colección de investigación Jorge García Usta. El diseño y diagramación se realizó en la Sección de Publicaciones de la Universidad de Cartagena y se terminó de imprimir en el año 2017, en la empresa Alpha Editores, en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.