



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE
OBSTETRIZ**

**TEMA
“EMBARAZO A TERMINO
MAS
TRABAJO DE PARTO EUTOCICO SIMPLE”**

**AUTOR
GÉNESIS ANDREA REYES GOYES**

**TUTOR
DR. HUGO ALVARADO FRANCO**

**BABAHOYO – LOS RÍOS
2018**

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	I
Abstract	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEORICO	1
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos	6
1.2.1 Objetivo general.....	6
1.2.2 objetivos específicos.....	6
1.3. Datos generales.....	7
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	8
2.1 Análisis del motivo de consulta	8
2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	9
2.3 Examen físico	10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	12
2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	15
2. 5.1 Diagnóstico presuntivo	15
2. 5.2 Diagnóstico diferencial.....	15
2. 5.3 Diagnóstico definitivo.....	15
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y procedimientos a realizar	16
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	18
2.8. Seguimiento	20
2.9. Observaciones.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

Palabras claves: Embarazo – Parto – Eutocico

Resumen

Este trabajo está basado en una paciente con embarazo a término de 40 semanas más trabajo de parto la cual termina en un parto normal.

De acuerdo a la atención en información que se les brinda a las mujeres embarazadas sobre la vigilancia y control prenatal es buena y adecuada. Ya que ahora se cuenta con programas de salud, en los cuales se ha implementado módulos de atención materno-infantil, para detectar y corregir oportunamente alguna anormalidad en las etapas del embarazo.

Cuál es la correcta asepsia durante los meses del embarazo para terminarlo sin problema. En cuanto al parto sabemos que este es un proceso fisiológico en el cual la gestante finaliza su embarazo a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales.

Su inicio es espontáneo, evoluciona y termina sin complicaciones, finaliza con el alumbramiento y no implica más intervención.

Keywords: pregnancy-childbirth-Eutocic

Abstract

This work is based on a patient with a pregnancy at the end of 40 weeks more labor which ends in a normal delivery.

According to the information given to pregnant women about prenatal surveillance and control, it is good and adequate. Since there are now health programs, in which we have implemented modules of maternal and child care, to detect and correct opportunely some abnormalities in the stages of pregnancy.

What is the correct asepsis during the months of pregnancy to finish it without problem. As for childbirth we know that this is a physiological process in which the pregnant woman ends her pregnancy at term, in which psychological and sociocultural factors are involved.

Its beginning is spontaneous, evolves and ends without complications, ends with the delivery and does not imply any more intervention.

INTRODUCCIÓN

En cuanto al parto sabemos que este es un proceso fisiológico en el cual la gestante finaliza su embarazo a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales.

Su inicio es espontáneo, evoluciona y termina sin complicaciones, finaliza con el alumbramiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

Por medio de mi trabajo podremos interpretar de mejor manera el desarrollo del embarazo y un buen parto sin complicaciones. Para nosotros como Obstetras, nos interesa a profundo este tema, ya que así podemos entender de mejor manera, y que luego podrá ser transmitida a los demás. También es un tema de nuestra pertinencia como mujeres y futuras madres.

Según la OMS (2011) Para optimizar los resultados de las mujeres en el trabajo de parto a nivel mundial se necesita una orientación basada en la evidencia que permita a los trabajadores de la salud mejorar la atención seleccionando bien a las pacientes y usando intervenciones efectivas. (SALUD, 2015)

Al finalizar mi trabajo podremos conocer varios aspectos muy importantes del embarazo. Trataremos algunos aspectos como el progreso del embarazo, examinado de manera cuidadosa y detallada. Cuál es la correcta asepsia durante los meses del embarazo para terminarlo sin problemas. De esta misma forma trataremos de cómo se da el parto de manera normal, analizando varios detalles de importancia del mismo.

I. MARCO TEORICO

En tiempos pasados consideran un parto a término a la fecha estimada, 3 semanas antes o 2 semanas después, porque de tal manera se daban buenos resultados materno - neonatal. Sin embargo, a medida que las investigaciones avanzan han comprobado que los resultados neonatales, especialmente la morbilidad respiratoria, tendrán variedad del momento del parto dentro de este rango de edad gestacional de 5 semanas. (D'Gregorio, 2013)

Para hacer frente a esta falta de uniformidad, un grupo de trabajo se reunió a finales de 2012, y determino un estadio de variar el embarazo a término según semanas de gestación.

Término temprano de 37.0 a 37. 6 semanas de gestación a 38.0 a 38. 6 semanas de gestación.

Término 39.0 a 39. 6 semanas de gestación hasta las 40.0 a 40. 6 semanas de gestación.

Término tardío 41.0 a 41. 6 semanas de gestación a 41.1 a 41. 6 semanas de gestación.

Postérmino 42.0 Semanas de gestación y más allá, para describir con mayor precisión los partos que ocurren en o más allá de 42 semanas de gestación. (D'Gregorio, 2013)

El control prenatal debe ser:

Precoz

Este deber ser en el primer trimestre del embarazo, inmediato al diagnóstico de un embarazo para poner tener la edad gestacional exacta, dar las oportunas consejerías para llevar un buen embarazo y señales de peligro, para así poder evitar futuras complicaciones.

Periódico

La frecuencia de los controles mensuales va a depender del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

Completo

Todas las consultas deben darse mutuamente para complementar un buen estado de la mujer gestante, del producto y llegar a la finalización de un parto normal sin complicaciones. (Dres. Sergio Casini, 2015)

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal “apoyan y fomentan el uso uniforme de las nuevas designaciones de edad gestacional que el grupo de trabajo recomienda, por todos los médicos, investigadores y funcionarios de salud pública para facilitar la presentación de datos, prestación de atención de salud de calidad y la investigación clínica.” (D’Gregorio, 2013)

Se define como el proceso por el cual el feto es expulsado del útero. Requiere de contracciones efectivas y regulares que llevan a la dilatación y al borramiento del cérvix. Tomando en cuenta un buen estado emocional y una excelente adaptación a la maternidad, así como establecer una buena relación entre la madre y el futuro niño.

Todo esto se puede lograr a través de buenos cuidados, charlas, controles y seguimiento a la embarazada.

Para que sea así se debe estrechar una buena relación médico-paciente, ya que de esta manera le daremos confianza a nuestra paciente gestante brindándole seguridad, confianza, privacidad. De esta manera la paciente tendrá muy en cuenta su bienestar y del RN. (MSP, 2015)

Según, la OMS “estableció una serie de recomendaciones sobre el uso de la tecnología apropiada en los partos, elaborando, en 1996, una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal”.

Según la GPC MSP “En el Ecuador, se producen en promedio 300.000 nacimientos al año; aproximadamente un 15% de las mujeres embarazadas experimenta una complicación que amenaza su vida durante el embarazo o el

parto. En el año 2013, en el mundo murieron 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos”

A través de las evidencias científicas de la GPC de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato del MSP podemos tener una mejor perspectiva acerca del parto y una buena obtención del RN, así podremos tener una alta

Disminución del índice de morbilidad materna y perinatal, enfocando la atención del parto como una situación fisiológica normal que debe ser debidamente controlada por el personal de salud en el primer nivel de atención. (MSP, 2015)

La GPC de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato del MSP presenta la mejor evidencia científica en la atención eficiente del trabajo de parto, y atención del RN para que contribuya en forma temprana y adecuada a disminuir la morbilidad materna y perinatal, enfocando la atención del parto como una situación fisiológica normal que debe ser debidamente controlada por el personal de salud en el primer nivel de atención. (MSP, 2015)

Cada una de las atenciones de salud debe estar apta para poder realizar un buen parto sin complicaciones y tener en cuenta los procesos del mismo: Signos Clínicos: Rotura de membranas, Expulsión del tapón mucoso y borramiento del cuello uterino.

Primera Etapa del Parto. Es la dilatación, y esta a su vez está dividida en 2 fases:

- Fase Latente: inicia con la dilatación hasta llegar a los 4cm. Aquí se puede dar una evolución de 6 horas en la nulíparas y 4 horas en las múltiparas. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical.
- Fase Activa: inicia con dilatación de 4cm y termina con 10cm. Este periodo de dilatación va a variar según la embarazada.

La duración de la fase activa del parto puede establecerse de la siguiente manera: - En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas. Es poco probable que dure más de 18 horas. En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas. Es poco probable que dure más de 12 horas.

2. Segunda Etapa del Parto. Cuando el producto se encaja, desciende, rota y se da la expulsión. Inicia con dilatación de 10cm y finaliza con la salida del bebe.

3. Tercera Etapa del Parto. Es el alumbramiento que inicia con el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas. (Fuentes., 2010)

1.1. Justificación

Acerca del programa nacional de salud el cual completa la atención maternal infantil como uno de los programas prioritarios tanto a nivel nacional como estatal por considerarse la morbilidad materna infantil un grave problema de salud pública en el país; mediante actividades orientadas a detección y la corrección oportuna de la vigilancia y control de la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio con el propósito de disminuir la morbilidad materna infantil, Obtener un producto sano y mantener a la madre libre de riesgos.

Para lo que se implementan a nivel institucional los módulos de atención materno infantil atendidos por el personal de obstetricia.

En los cuales sus actividades son orientación y educación a la población derecho habiente sobre los programas prioritarios de salud como son el control prenatal, planificación familiar, programa de desnutrición, odontología preventiva y la protección específica con aplicación de vacunas.

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar una mayor calidad de atención del embarazo, trabajo de parto y parto espontáneo, en todos los niveles de salud con el propósito de perfeccionar la calidez de la misma.

1.2.2 objetivos específicos

1. Establecer una buena atención obstétrica con seguridad a la paciente durante el desarrollo del embarazo, trabajo de parto y parto espontáneo.
2. Distinguir las características de cada etapa del embarazo y fases del trabajo de parto y las conductas aptas para su manejo.
3. Determinar cómo se debe asistir un trabajo de parto y parto normal (eutócico).

1.3. Datos generales

Nombres: N N

Sexo: Femenino

Edad: 21

Raza: Mestiza

Ocupación: N N

Estado civil: N N

Hijos: No

Lugar de nacimiento: N N

Nivel Socioeconómico: N N

Grado de instrucción: N N

Religión: Católica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente fémina de 23 años de edad acude a emergencia obstétrica por presentar dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio que se irradia a región lumbosacra.

APP: varicela en la infancia

APF: Padre (hipertenso) madre (sana) hermanos (sanos)

APQ: no refiere

Alergias: Ampicilina

Hábitos tóxicos: niega alcohol, drogas, no fuma

Datos epidemiológicos: vacunas completas, sarampión, HN1, influenza, fiebre amarilla

AGO: G0 P0 A0 C0

Menarquia: 11 años ciclos regulares 28/4 sangrado escaso sin dolor

Inicio de relaciones sexuales: 17 años

ACO: no refiere

DIU: no refiere

Flujos vaginales: no refiere

FUM: 25/8/17

2.2 Principales datos clínicos que refiere la paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente fémina de 23 años de edad primigesta, cursa con embarazo de más menos 40,3 semanas de gestación por FUM (25/8/17), quien acude a emergencia por presentar contracciones uterinas dolorosas desde las 5am más perdida de tapón mucoso, paciente refiere que desde hace 2 días ha notado que le ha disminuido el tamaño de su abdomen. Paciente llegó con ecografía de hace Se envía exámenes complementarios de laboratorio (biometría completa, grupo sanguíneo, prueba VIH Y VDRL) se decide ingreso hospitalario a paciente con trabajo de parto con vía permeable de solución salina 0,9% 1000cc a 8 gotas por minuto.

2.3 Examen físico

T/A: 110/70 mmhg

Pulso: 80 por minuto

Respiración: 20 por minuto

Temperatura: 37°C

Estado de consciencia: Alerta

Proteinuria: Negativa

Saturación: 98%

A la inspección paciente se encuentra orientada, consciente y cooperadora.

Fascia: Se observa paciente algo intranquila por el dolor.

Ojos: Simétricos, Pupilas isotónicas fotorreactivas, conjuntivas húmedas y ligeramente pálidas, movimiento oculares conservados.

Oído: Pabellones auriculares de implantación normal, conductos auditivos externos permeables

Nariz: Simétrica, ambas fosas nasales permeables.

Boca y garganta: Mucosas húmedas y ligeramente pálidas, dientes en regular estado de conservación, faringe no congestiva.

Cuello: A la inspección cuello simétrico, tamaño forma y movilidad normal, glándula tiroides sin aumento de tamaño.

Mamas: Turgentes.

Tórax: A la inspección tórax, simétrico, respiración torácica predominantemente, con una frecuencia respiratoria 20 por minuto. A la palpación expansibilidad, elasticidad conservadas. A la percusión no se detectan áreas de matidez o hipersonoridad en ambos campos pulmonares. A la auscultación: murmullo vesicular conservados en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos sobreagregados.

Corazón: No se ve ni se palpa choque de la punta, a la auscultación frecuencia cardiaca de 80 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos conservados en intensidad, no se auscultan ruidos sobreagregados.

Abdomen: Globuloso a expensas de útero grávido, blando, depresible, doloroso a palpación.

Altura Uterina: 38cm

Con feto único, presentación cefálico, dorso derecho, movimientos fetales activos, FCF: 140 latidos por minuto, dinámica uterina 2/10/10

Genitales externos: de aspecto y configuración normal; vagina normotermica, normotonica.

Tacto vaginal:

Cuello: central

Borrado: 30%

Dilatado: 4cm

Presencia de expulsión de tapón mucoso

Cabeza de producto fija en II plano

Membranas ovulares integras

Variedad posición OIIA

Pelvis ginecoide acta para un parto

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Volumen medio plaquetario.....	: 9.0	7.4 – 10.4
Monocitos.....	: 0. 57	0.3 – 0.8
Eosinofilos.....	: 0.11	
Linfocitos.....	: 2.36	1.1 – 3.2
Neutrófilos.....	: 3.38	2.2 – 4.8
Basófilos.....	: 0.03	
Plaquetas.....	: 271	
Recuento de glóbulos rojos.....	: 4.33	4 – 5.3
Monocitos %.....	: 8.9	0 - 8
Eosinofilos %.....	: 1.7	0 - 6
Linfocitos %.....	: 36.6	20 - 50
Neutrófilos %.....	: 52.4	37 - 72
Basófilos %.....	: 0.4	0.2 – 1
VDRL.....	: NO REACTIVO	
VIH.....	: NO REACTIVO	
GRUPO RH.....	: A +	
Leucocitos.....	: 6. 50	5 - 10
Hemoglobina.....	: 13.1	12- 15
Hematocrito.....	: 39.8	

Ecografía obstétrica del tercer trimestre

Realizada: 25/junio/2018

Útero aumentado de tamaño, en gestación en su interior se visualiza un producto único vivo, en longitudinal cefálico dorso a la izquierda.

Frecuencia cardiaca de 144 latidos por minuto. Presenta las cuatro cámaras del corazón.

Sexo masculino.

Su biometría fetal es:

D B P: 9.27 CM

C.C: 33.02 CM

C.A: 32.70 CM

L.F: 7.17 CM

PESA: 3037 G +/- 455 G (6 LB 11 OZ)

PERCENTIL: 38.7%

La cantidad de líquido amniótico es adecuada, presenta una bolsa única de 5.48 cm

FUM: 25/8/17

Embarazo de 37, 1 semanas de gestación por ecografía; por FUM 38 semanas de gestación.

Placenta anterior grado iii; heterogenea

ID: Embarazo +/- 37,1 semanas ecográficamente

Ecografía obstétrica primer trimestre

Realizada: 28/12/2017

CRL: 6,46 CM

Hueso nasal: Presente

ILA: Normal

Translucencia nucal: 1,8 MM

Placenta anterior grado 0

CA: 79, 6 MM

FCF: 168 Latidos por minuto

ID Embarazo +/- 12, 6 Semanas de gestación

2.5. Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

2. 5.1 Diagnóstico presuntivo

Embarazo a término más trabajo de parto.

2. 5.2 Diagnóstico diferencial

Embarazo +/- 39.1 semanas de gestación más trabajo de parto.

2. 5.3 Diagnóstico definitivo

Embarazo a término de +/- 40,3 semanas de gestación por FUM y ecografía de primer trimestre más trabajo de parto, fase activa.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y procedimientos a realizar

Los riesgos reproductivos son altos en cuanto a la salud de las mujeres, la madre y el producto durante el desarrollo del embarazo. Para evitar complicaciones en el embarazo y el parto, como ya se conoce el bajo peso al nacer y las malformaciones, entre otras, es lograr un buen cuidado del embarazo con controles a tiempo y periódicos los cuales comprenden de vitaminas necesarias, vacunas, charlas de nutrición, señales de peligro entre otras y brindar consejería psicológica si es necesaria. Lo cual ayudara a evitar riesgos en el embarazo y parto. (Juarte Rossel, 2006)

Según estudios sabemos que también es un alto índice de riesgo el embarazo a temprana edad y en edad avanzada, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado, el efecto adverso del bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, entre otros actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo. (Juarte, 2006)

La edad de la mujer es muy importante a la hora de inicio a un embarazo, las edades extremas así como un acumulo de eventos reproductivos previos, presentan riesgos más elevados que otros, edades entre 20 y 29 años o con un número menor de embarazos y baja paridez. (Herrera Leon, 2007)

Desde el punto de vista causal resulta sumamente amplia la constelación de factores en juego en el nacimiento pretérmino. Las malas condiciones socioeconómicas, la juventud de la madre, el trabajo demasiado intenso, el embarazo gemelar, las anomalías útero – placentarias, la gestosis y el retardo idiopático en el crecimiento constituyen las causas más frecuentes. Una mujer madura desde el punto de vista biológico es aquella en la que transcurrieron como mínimo cinco años desde la menarca. Esto tiene más impacto en la evolución del embarazo que la edad cronológica. Las demandas de crecimiento

del embarazo y el feto que se agregan a las demandas de crecimiento de una adolescente durante el primer año siguiente a la menarca predisponen a resultados reproductivos no deseables. (F, 2004)

En el parto tenemos un proceso fisiológico espontáneo y corto al contrario del embarazo, tal vez sea el más impresionante y significativo de toda la gravidez, tanto para la madre, como para el bebé. En este proceso nos encontraremos con muchas variables.

PRINCIPALES VARIABLES DEL PROCESO DEL PARTO

Son cuatro los factores importantes en el proceso del parto:

- 1) Pasaje: Lo comprende la Pelvis (Tamaño y forma) y conducto vaginal, por donde transitara el feto para su nacimiento.
- 2) Pasajero: (Talla y posición del feto)
- 3) Fuerzas: (Eficacia de las contracciones)
- 4) Psique: (Preparación psicológica de la madre)

(Gonzales, 2010)

2.7.Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Después de un largo proceso de 40 semanas con distintas experiencias nuevas a la vida de cada mujer y su entorno, culmina el desarrollo del producto con buen pronóstico y estado de salud excelente, claro esta se da por una buena atención, consejería y seguimiento del profesional de salud a la paciente, la misma que durante el trayecto de evolución de su gestación fue una madre preocupada, minuciosa en cada uno de los pasos a seguir a medida que su embarazo iba progresando, de esta manera terminaremos en un buen resultado con un parto fisiológico espontaneo de manera normal sin complicaciones algunas.

En las 40 semanas de gestación, el desarrollo del feto, después de tantas semanas de expectativa y preparación, el RN finalmente ha llegado. O quizás no. Solamente el 5% de las mujeres dan a luz en la fecha estimada por el médico y muchas madres primerizas deben esperar hasta dos semanas más para el arribo del bebé. Se considera una gestación normal hasta la 41 semanas, por encima hablamos de Embarazo en Vías de Prolongación, y más allá de la

Semana 42, se habla de Embarazo Cronológicamente Prolongado (ECP), y se considera patológico, por lo que se indica la finalización de la gestación.Los bebés que nacen en la semana 40 pesan, en promedio, 3.300 gramos y miden aproximadamente 51 centímetros. (Claudia Alonso, 2000)

En cuanto al parto científicamente tenemos por entendido, inicia con unas contracciones, se presentara variedades de contracciones aumentadas a medida que el tiempo avance. Estas contracciones habitualmente no son dolorosas o son acompañadas de una ligera molestia o sensación de tirantez en la parte baja del abdomen. El parto normal y fisiológico comienza naturalmente en forma suave y progresiva. A esta medida se mantiene a la paciente en valoración y monitorizada. Algunas veces puede romperse la bolsa

espontáneamente y la embarazada siente que comienza a perder líquido o siente como si se le saliera orina.

(Claudia Alonso, 2000)

2.8. Seguimiento

- ✓ En el instante del ingreso de paciente, debemos realizar una buena realización de historia clínica y anamnesis y valorar cada uno de los signos vitales de la paciente cada hora: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y determinar la correcta edad gestacional.
- ✓ Se debe realizar exámenes de laboratorio (hemoglobina, hematocrito, plaquetas, grupo sanguíneo, factor RH, VIH, VDRL, tiempos de coagulación).
- ✓ Se realiza monitoreo fetal al ingreso y si es posible ecografía obstétrica para valorar posibles inconsistencias que impidan un parto normal.
- ✓ Se canaliza una vía permeable para la hidratación y la posible administración de medicamentos intravenosos en casos necesarios.
- ✓ Se mantiene a la paciente en observación de sala de trabajo de parto realizándole monitoreo fetal, actividad uterina, duración e intensidad de contracciones y tacto vaginal cada 2 horas, con el respectivo registro del partograma.
- ✓ Una vez la paciente con dilatación completa, se realiza el parto con un buen procedimiento de asepsia y antisepsia más colocación de campos estériles, se realiza la tercera etapa de trabajo de parto que es el periodo expulsivo más la expulsión de la placenta, se debe realizar un buen pinzamiento de cordón umbilical al cese de latidos.

- ✓ El manejo del alumbramiento con 10 UI oxitocina IM para reducir el riesgo de hemorragia post parto.
- ✓ Tomar los Signos vitales de la madre cada 30 minutos.
- ✓ Vigilancia del sangrado e involución uterina o sensibilidad uterina cada 30 minutos. En las dos primeras horas postparto y luego por turno.
- ✓ Registro de los datos de la atención en el expediente. Llenando las casillas del puerperio y egreso materno.
- ✓ Determinar el aspecto general: color de la piel, estado de conciencia, estado de los miembros inferiores, estado del periné y suturas.

2.9. Observaciones

En este caso tuvimos una buena evolución del parto, fue un el proceso fisiológico espontaneo en progreso normal sin complicaciones, los tratamientos farmacológicos y terapéuticos en correcta elección.

Se dio la respectiva charla de consentimiento informado a realizar a la paciente y familiares, como el tratamiento a elección efectos y las ventajas e inconvenientes que de mínima manera se podría presentar, los cuales estuvieron de acuerdo en cada uno de los pasos a realizarse en dicha situación.

- En la primera fase (dilatación cervical de 4 a 6 cm) se recomienda hidratación máxima de la paciente, monitoreo fetal constante, valores de dinámica uterina.
- En la segunda fase (dilatación cervical completa) se puede infiltrar lidocaína al 1% para episiotomía, si esta es necesaria, no más de 20 ml.
- La placenta expulsada debe examinarse para comprobar si se encuentra completa.
- Brinde consejería sobre: Abrigo, hidratación, vigilancia del sangrado apego precoz, deambulación temprana, higiene personal y genital, curación de episiotomía si existiera.
- Exámenes de control: hematocrito, y examen general de orina.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la atención en información que se les brinda a las mujeres embarazadas sobre la vigilancia y control prenatal es buena y adecuada. Ya que ahora se cuenta con programas de salud, en los cuales se ha implementado módulos de atención materno-infantil, para detectar y corregir oportunamente alguna anomalía en las etapas del embarazo.

Los avances tecnológicos que tienen las ciencias médicas son de vital importancia, gracias a estos y los nuevos programas de prevención brindada por el MSP han disminuido el índice de morbi-mortalidad materno-infantil.

Medidas de higiene para la gestante, nutrición, valoraciones periódicas cumplidas, la toma de vitaminas apropiadas en el embarazo, charlas de señales de peligro entre otras.

También se analizó el parto normal, destacando del mismo cada parte del proceso que se lleva a cabo, cuáles son los indicadores del momento del parto y cuáles son las principales señales a nivel médico que indican que se realizará un parto normal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

1. ALBA BRENDA DANIEL GUERRERO, M. D. (2017). MANIOBRAS DE LEOPOLD. *DICI M CECAM*, 1-3.
2. Claudia Alonso, M. M. (Noviembre de 2000). *Dando a Luz*. Obtenido de Fisiología de FEcundacion, embarazo, parto y nacimiento: <http://www.dandoaluz.org.ar/em-fisiologia.htm>
3. D'Gregorio, R. P. (DICIEMBRE de 2013). *Rev Obstet Ginecol Venez vol.73 no.4 Caracas dic. 2013*. Obtenido de *Rev Obstet Ginecol Venez vol.73 no.4 Caracas dic. 2013*: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000400010
4. Dr. Eduardo Yépez, G.-o. C. (2015). *ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO*. ECUADOR, ECUADOR: Dirección Nacional de Normatización MSP.
5. Dres. Sergio Casini, G. A. (2015). GUIA DE CONTROL PRENATAL EMBARAZO NORMAL. *REDALYC.ORG*, 52-53.
6. Eduardo Yepez, B. N. (2015). *Guia practica clinica parto*. Ecuador.
7. F, M. (2004). Supervivencias de niños bajo peso al nacer. *Universidad de colombia*.
8. Fuentes., M. N. (2010). *FASE LATENTE Y ACTIVA DEL PARTO*. Servicio de Obstetricia y Ginecología.
9. Garcia, C. A. (2008). CUADRAGÉSIMA SEMANA GESTACIONAL. En C. A. Garcia, *Embarazo semana a semana*. Madrid, España.
10. Gonzales, G. (marzo de 2010). *Enfermería Materno Infantil*. Obtenido de Enfermería Materno Infantil: <http://clasesdematrnoinfantil1.blogspot.com/>
11. Gonzalez, G. (marzo de 2010). Trabajo de parto. *Enfermería materno infantil*.
12. Gregorio, P. (Noviembre de 2013). Embarazo a termino. Obstetricia y Ginecologia de Venezuela.
13. Herrera Leon, M. B. (SEPTIEMBRE de 2007). Gestional age. CUB. SALUP PUBLICA.
14. Gonzalez, G. (marzo de 2010). Trabajo de parto. Enfermería materno infantil.

15. Gregorio, P. (Noviembre de 2013). Embarazo a termino. Obstetricia y Ginecologia de Venezuela.
16. Herrera Leon, M. B. (SEPTIEMBRE de 2007). Gestional age. CUB. SALUP PUBLICA.
17. Gregorio, P. (Noviembre de 2013). Embarazo a termino. Obstetricia y Ginecologia de Venezuela.
18. Herrera Leon, M. B. (SEPTIEMBRE de 2007). Gestional age. CUB. SALUP PUBLICA.
19. Juarte. (2006). Variables biologicas y sociales de embarazadas. Salta, Argentina.
20. Juarte Rossel, D. F. (2006). RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL. CAMAGUEY.
21. León, H. (2007). Variables biologicas y sociales de embarazadas. (C. 2009, Ed.) Salta, Argentina: Antropo.
22. Mathai, M. (2002). Protocolo atencion de parto de bajo riesgo. Nicaragua: Manejo de guia para obstetras y medicos del ministerio de salud.
23. MSP. (2015). MSP. ECUADOR.
24. MSP, G. (2015). Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. (D. N. MSP, Ed.) ECUADOR: Dirección Nacional de Normatización MSP.
25. MSP, G. (2015). Dirección Nacional de Normatización MSP. (D. N. MSP, Ed.) ECUADOR, ECUADOR: Dirección Nacional de Normatización MSP.
26. Rodriguez, Y. (Noviembre de 2015). Parto, embarazo y Puerperio. monografias.com.
27. SALUD, O. M. (2015). CONDUCCION DE TRABAJO TRABAJO DE PARTO.

ANEXOS



