



Escuela de Obstetricia

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Obstetricia Fisiológica II

CUIDADOS Y ACOMPañAMIENTO DE LA GESTANTE EN ASISTENCIA DEL PARTO.

Acad. Adj. Matrona Paula Cabello H.

Escuela de Obstetricia

Introducción


"Parir: un trabajo y un acto muy potente, intensísimo, trascendente, que poco tiene que ver con la definición que aparece en los diccionarios. La Real Academia de la Lengua Española define parir como «expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido». Expeler un feto, ¡caramba! ¿Alguna madre diría que parir es expulsar un feto? No lo creo"

Ivonne Olza, "Parir"

Introducción



“Un principio fundamental en la asistencia personalizada del trabajo de parto y parto es estar atento a los requerimientos de la madre, preguntarle que necesita, y satisfacer en forma oportuna sus demandas”



Ivonne Olza, "Parir"

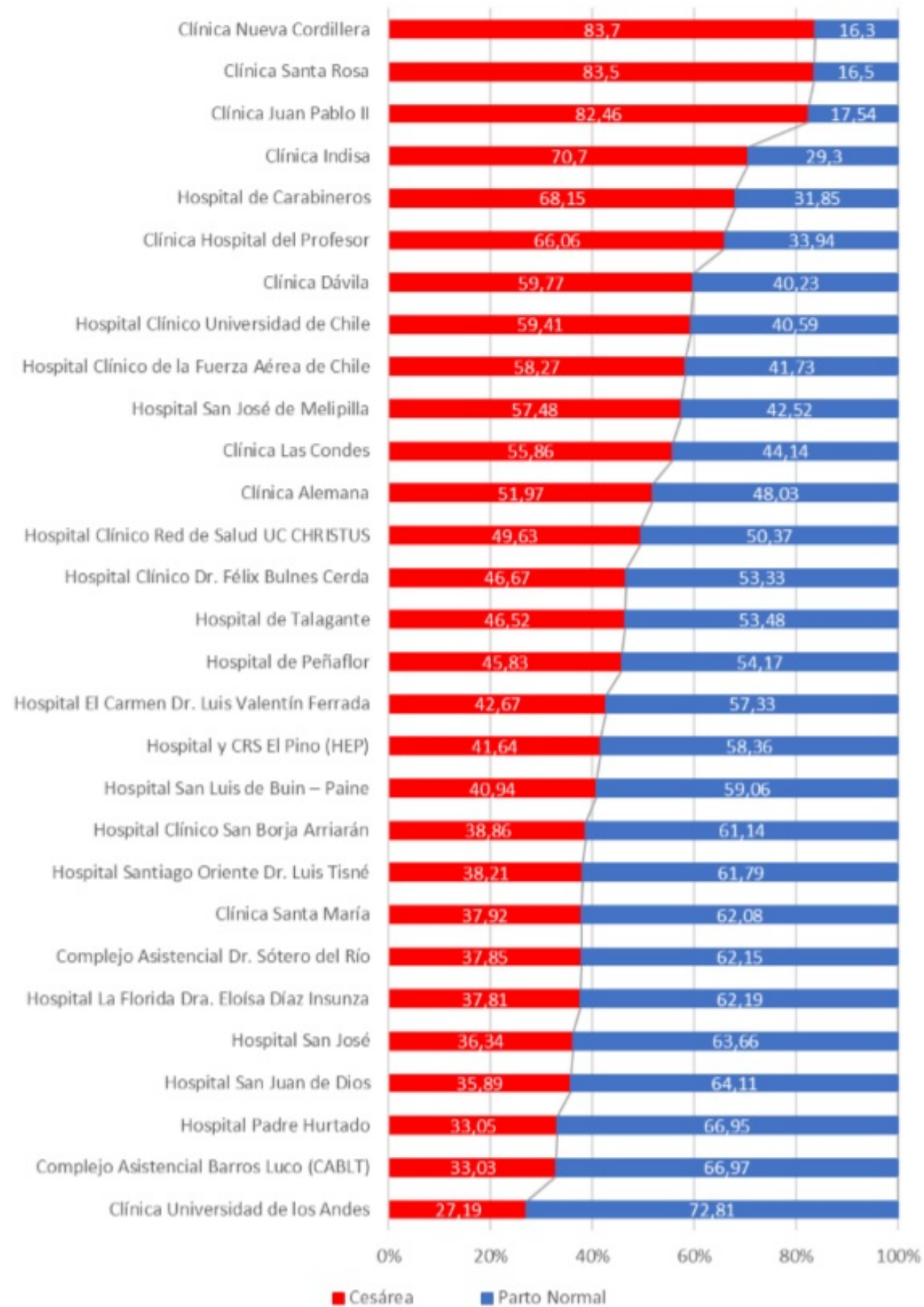
Hasta la década del 90 la atención hospitalaria del parto se asociaba a una reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna-perinatal y a la intervención del proceso. Este tipo de atención como alternativa segura y con profesionales calificados, limitaba a la mujer a periodos de tiempo en soledad y sometida a múltiples y a veces innecesarias tecnologías de conducción del parto. Paralelamente, en el mundo aumentaba significativamente la tasa de cesáreas, posicionando a Chile muy por encima de la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Como describe Zárate (2007), tras un largo período de comadronas y parteras independientes atendiendo a mujeres en el territorio chileno, se pasa -paulatinamente- a una profesionalización obligatoria de la matronería en instituciones validadas durante el siglo XIX, fortaleciendo una autoridad biomédica obstétrica masculina y dejando excluidas a las mujeres que se habían dedicado siempre a la labor, estigmatizando cualquier proceso que no respondiera a los protocolos que el Estado-Nación exigía.



Desglose del porcentaje de tipo de parto atendido en centros asistenciales
RM, tercer trimestre de 2022



Fuente: Elaboración propia Programa de la mujer SEREMI de Salud, planilla Excel anexo N°3 de la NGT N°216, realizada por cada centro asistencial, marzo 2023

Fuente: Programa de la Mujer, Seremi de Salud RM

Modelo
estándar

Modelo
atención
integral

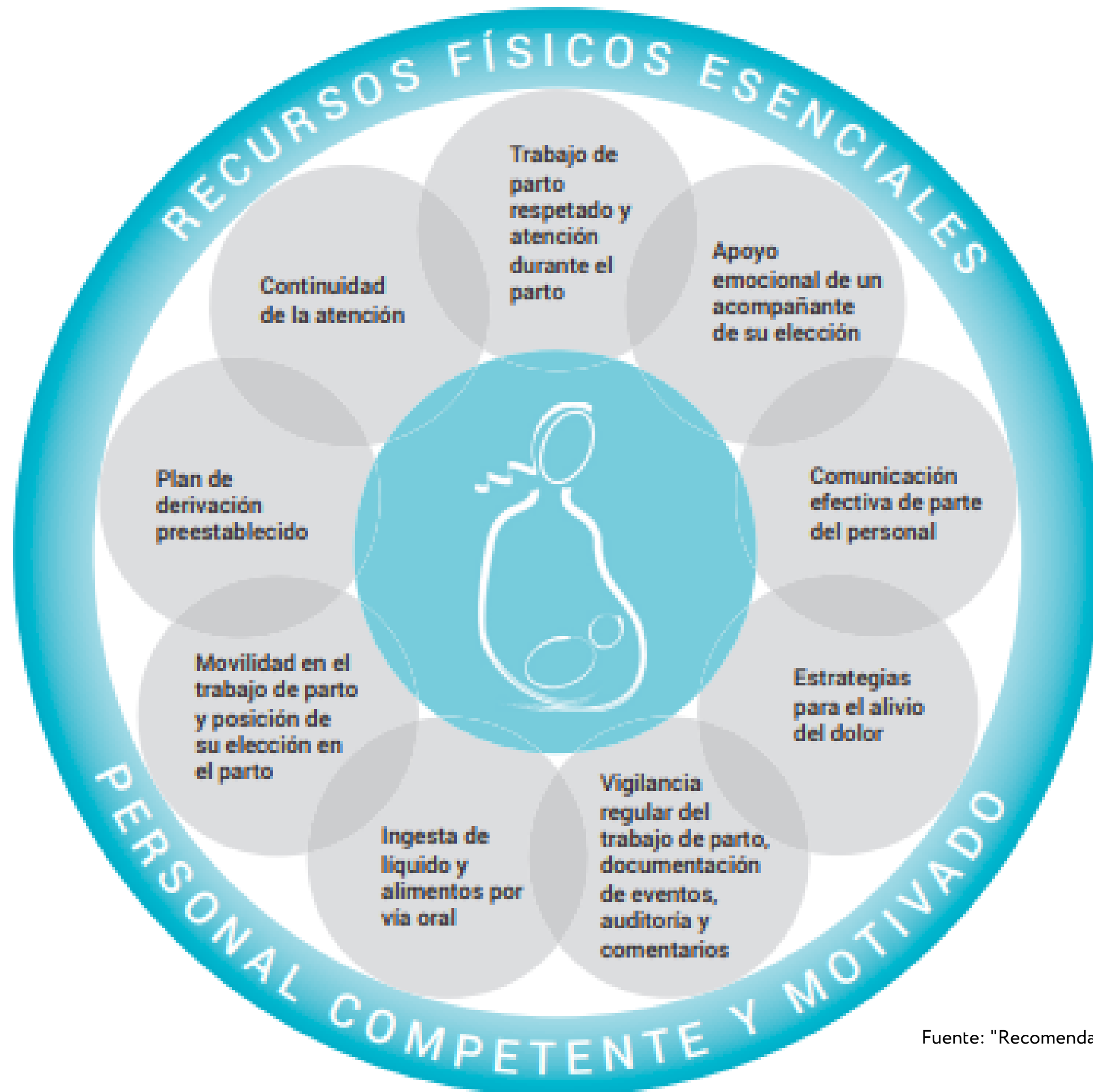
- Intervenciones
- Presencia
acompañante
- Rol profesional
- Manejo del dolor
- Acompañamiento
- Relación con el
personal

Modelo integral

Desde hace al menos tres décadas se desarrollan procesos de cambios sociales y científicos, uno de ellos es el reconocimiento de los derechos de las personas en salud. Otro, es la preocupación por la creciente des - humanización de las experiencias del embarazo y particularmente, del parto.

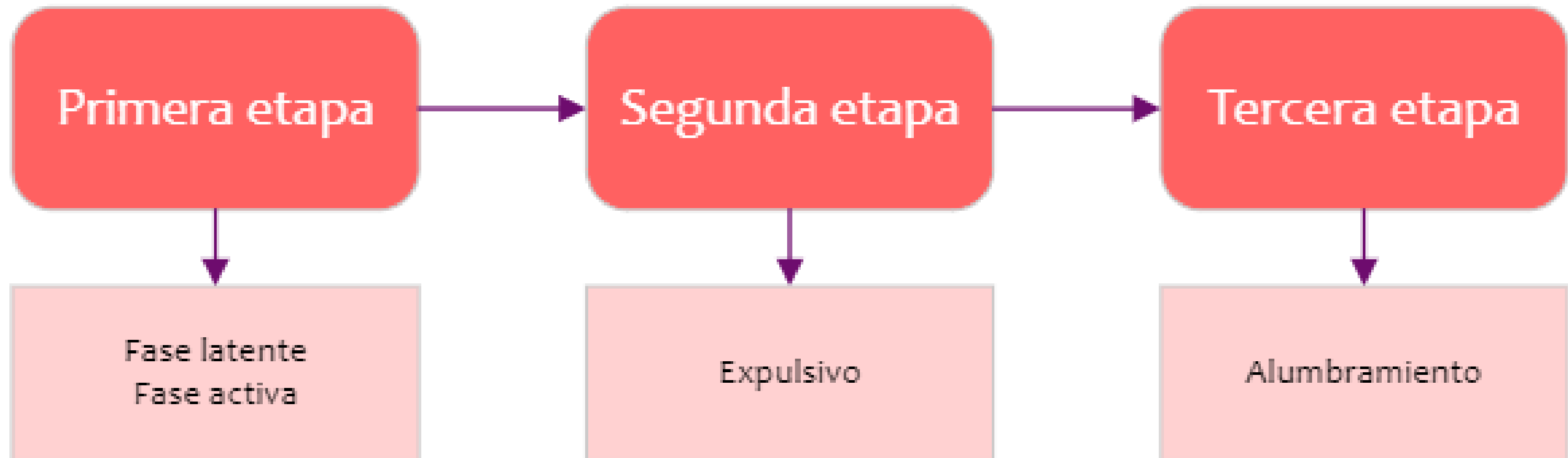
La “humanización” de la atención de salud se basa en la concepción de las personas como usuarias más que como pacientes, y a la búsqueda del bienestar de éstas como un factor de desarrollo humano.



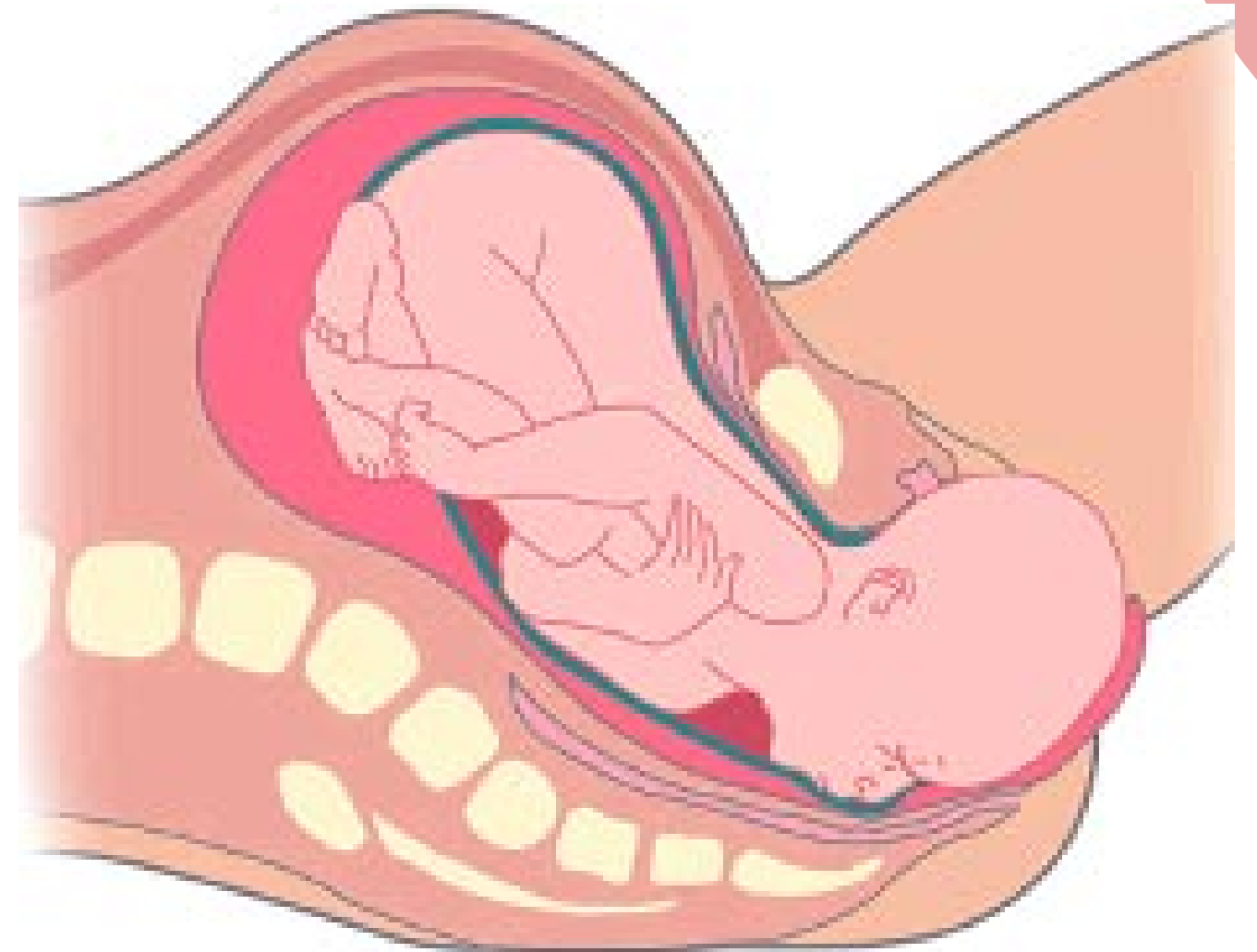


Fuente: "Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva"

Etapas trabajo de parto



Segunda etapa



Segunda etapa

El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra.



Período expulsivo

Signos:

- Descenso del foco de auscultación máximo
- Aumento flujo vaginal
- Abombamiento del periné
- TV que objetive presentación en III a IV plano
- Eliminación de deposiciones
- Visualización de la cabeza fetal



Período expulsivo

Primera fase o pre-expulsiva

A pesar de haber alcanzado dilatación completa, la mujer no siente la necesidad de empujar porque el bebé no ha descendido lo suficiente en el canal del parto, es decir que “la cabeza está alta”.

Aprox I-II plano de Hodge

Fase expulsivo activo

La mujer siente la necesidad de empujar al bebé con cada contracción. Sentirá una fuerte presión en la zona del recto y una sensación de querer ir al baño. Los esfuerzos de pujo suelen ser cortos y eficaces, aunque incontrolables.

Aprox I-II plano de Hodge

¿Cómo pujar?

Las mujeres saben instintivamente como hacerlo, aunque las sensaciones pueden estar disminuidas o anuladas por la epidural.

Se ha demostrado que los pujos espontáneos son más efectivos que los dirigidos. Los pujos espontáneos suelen ser más cortos y enérgicos, en exhalación (soltando el aire).

Empujar espontáneamente consiste en, de 3 a 5 empujes cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción, comparados con los dirigidos que son empujes de 10 a 30 segundos de duración al mismo tiempo que se contiene la respiración.

Espacio físico



¿Qué elementos
podemos
reconocer?

Espacio físico



¿Qué diferencias
podemos encontrar?

Preparación del espacio

Preparación del campo obstétrico: aseo del periné según norma vigente.

Lavado quirúrgico de manos y antebrazos: ropa y guantes estériles. Además de mascarilla, gorro, cubrecalzado según norma.

Todo el personal del sector debe ceñirse por las normas vigentes que rigen el funcionamiento de un pabellón quirúrgico.



Bata quirúrgica



Cubrecazado



Gorro o cofia



Guantes estériles



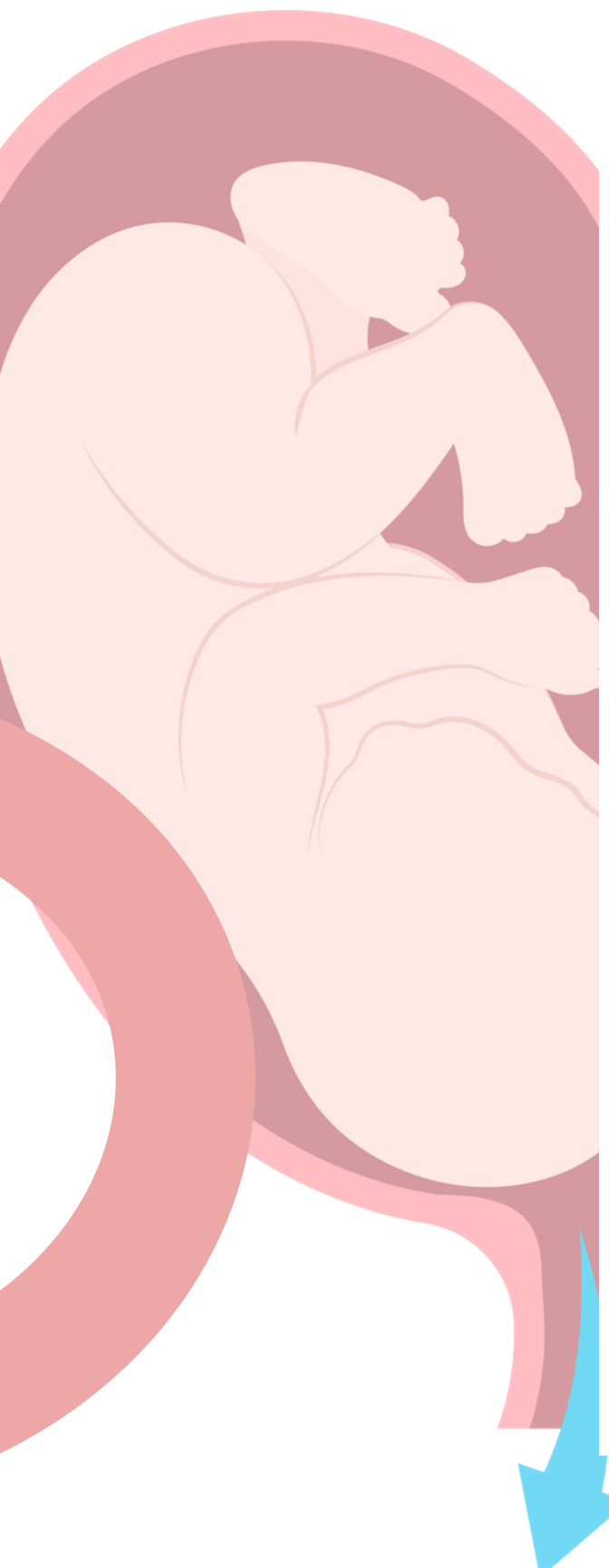
Mascarilla

Caja de partos



- Pinza Kelly o Kocher (2)
- Tijera Mayo
- Pinza anatómica
- Pinza quirúrgica
- Porta agujas
- Copela

Durante el expulsivo



En en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo.

Entre éstas, los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo, considerando las preferencias de la mujer.

No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo

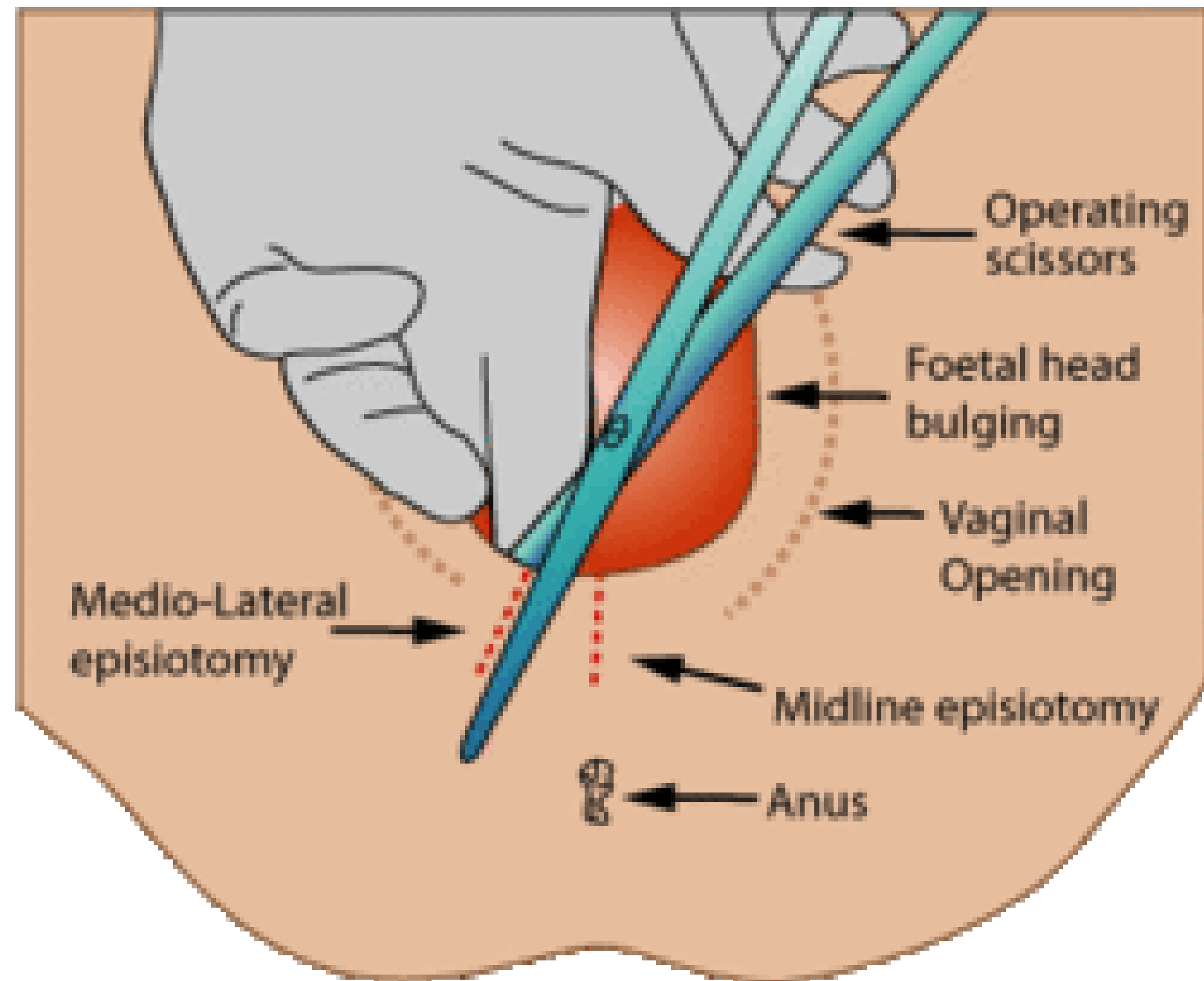
Durante la atención del parto, los LCF se vigilan con Pinard o doppler después de cada pujo.

¿Episiotomía?

Corresponde a la realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto.

En el instante que la cabeza abomba el periné, se introduce una rama de la tijera en la horquilla vulvar posterior y se ejecuta un corte neto que compromete piel, mucosa y capas musculares.

Técnica episiotomía



Protección de periné



Maniobra finlandesa

Se aplica presión sobre el periné

<https://youtu.be/2-tZXHJl6kw?feature=shared>

Protección del periné

Se coloca una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se coloca una segunda compresa en la parte superior de la vulva, haciendo presión hacia abajo con los dedos para evitar desgarros y a la vez empujar el occipucio hacia abajo y afuera. Esto, favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros perineales.

Una vez que sale la cabeza, ésta rota espontáneamente dejando los hombros en posición vertical.

La extracción del feto se completa colocando ambas manos alrededor del cuello con los dedos índice y medio en forma de tijera, ejerciendo tracción suave hacia abajo y afuera para la extracción del hombro anterior, seguido de tracción suave hacia arriba y afuera para la extracción del hombro posterior y el resto del cuerpo.

Una vez que ocurre la expulsión, el neonato se toma con ambas manos, cuidadosamente, y se deja en el abdomen materno para un primer contacto con el RN.

Pinzamiento del cordón

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.



Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.



Posterior al nacimiento

- Esperar alumbramiento. Considerar tiempos fisiológicos y signos de desprendimiento.
- Asistir alumbramiento: Maniobra de Dublín
- Revisión de la placenta
- Control de signos vitales maternos
- Revisión del canal de parto: evaluar si existen desgarros y necesidad de sutura.
- Suturar si es necesario.
- Favorecer apego y lactancia materna.



Thanks Midwives

