

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Servicio: Labor y Expulsión

Ingresa al servicio, paciente femenino de 21 años de edad en trabajo de parto en fase activa, cursa con su I EIU de 39 SDG por FUM, con ruptura de membranas a las 3 de la mañana, con 7 cm de dilatación y con un borramiento de 90%, consciente, cooperadora y sintomática.

REQUISITOS UNIVERSALES

AIRE: La frecuencia respiratoria se encuentra alterada, la paciente presenta taquipnea (24 x').

AGUA: La paciente se encuentra normotensa (120/80 mmHg), eucárdica (80 lpm), con un llenado capilar de 2", la coloración de tegumentos esta normal. La FCF es de 135 lpm.

Los líquidos parenterales que está recibiendo son 1000 ml de Dextrosa al 5%, con 5 UI oxitocina para 8 horas.

ALIMENTOS: La paciente se encuentra eutérmica (36.5 °C), el color de la piel esta normal, y sin signos de diaforesis.

ELIMINACION: La salida del tapón mucoso fue a las 23 horas, de consistencia semisólida, de color blanco con estrías hemática, inoloro, y de cantidad normal. La ruptura de membranas ocurrió a las 03:00 horas, de consistencia liquida, color claro, sin presencia de meconio, inoloro con cantidad normal.

ACTIVIDAD Y REPOSO: Los pródromos del trabajo de parto iniciaron desde hace 2 días, pero las contracciones se volvieron más intensas después de la salida del tapón mucoso.

Las contracciones son frecuentes de intensidad moderada a fuerte y de 30 a 60" de duración.

EXPLORACION FISICA EN EL PERIODO EXPULSIVO

La paciente presenta sensaciones de pujo y mantiene contracciones intensas que duran un intervalo de 1 a 2 min y una duración de 60- 90", se observa como es producto esta perineando y se pasa a expulsión. La hora del nacimiento del bebé fue a las 12:00 horas, con un peso de 3900 gramos, con un perímetro cefálico de 36 cm, perímetro torácico de 32 cm, perímetro abdominal de 32 cm, pie de 7 cm y una talla de 50 cm. Los signos vitales del bebe fueron normales con una frecuencia cardiaca de 130 lpm, una frecuencia respiratoria de 44 x´ y una temperatura de 36.8 °C.

Los signos vitales de la madre son normales, la tensión arterial es de 110/70 mmHg, la frecuencia cardiaca de 70 lpm, frecuencia respiratoria de 20 x´ y T° de 36.5 °C.

La hora del alumbramiento ocurrió a las 12:10, con todos los cotiledones presentes.

DOLOR R/C PROCESOS FISIOLÓGICOS DEL PARTO M/P EXPRESIÓN VERBAL, FACIES DE DOLOR.

El dolor del parto se debe, sobre todo, a las contracciones de los músculos uterinos y, en cierta medida, a la presión que ejerce el bebé sobre el cuello del útero. Este dolor se manifiesta en forma de retortijones y espasmos de la zona abdominal, inguinal y dorsal, acompañados de cansancio y dolores generalizados. Algunas mujeres también experimentan dolor en los costados y en los muslos.

Otra causa de los dolores durante el parto es la presión que ejerce la cabeza del bebé sobre la vejiga y los intestinos, así como la dilatación del canal del parto y la vagina. Que se establece bajo los siguientes mecanismos: nociocepción, sensibilización periférica, cambios fenotípicos, sensibilización central, excitabilidad ectópica, reorganización estructural y pérdida de sistemas inhibidores.

A pesar de que suele considerarse que el parto es uno de los episodios más dolorosos de la experiencia humana, el dolor varía mucho de una mujer a otra y de un embarazo a otro. Las mujeres experimentan los dolores del parto de forma diferente —en algunas son parecidos a los espasmos menstruales; otras experimentan una fuerte presión; y otras, oleadas de un dolor muy intenso que se asemejan a los retortijones que acompañan a los episodios de diarrea. Además, las madres primerizas tienden a atribuir al dolor una intensidad superior que las que ya han tenido hijos.

La intensidad de los dolores del parto no siempre es el factor determinante para que las mujeres en trabajo de pidan algo que alivie el dolor; a menudo lo es el carácter repetitivo de las contracciones y la duración del dolor en cada contracción.

OBJETIVO

Que la paciente disminuya el dolor en el menor tiempo posible mediante las intervenciones independientes, dependientes e interdependientes de enfermería.

CRITERIOS DE RESULTADO

La paciente no presenta facies de dolor.

La paciente expresa verbalmente que no hay dolor.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
----------------	------------

<p>Hacer uso de las Técnicas de relajación:</p> <p>Enseñar a la embarazada el método psicoprofiláctico.</p>	<p>Este consiste en la educación de la embarazada, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias que llamaremos «factores positivos» que estarán destinados a contraponerse uno a uno a los «factores negativos». (Ver anexo 1)</p> <p>Ejercicios respiratorios</p> <p>Resulta útil practicarlos de manera constante, ya que durante el parto harán que las fases de dilatación y expulsión sean más llevaderas, incluyen las siguientes variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Torácica. Se hace una respiración forzada y se expande el pecho al inhalar, luego se exhala con lentitud. • Bloqueada. Se inspira profundamente y cuando la toma de aire llega al máximo se retiene el aliento; se cuenta mentalmente hasta cinco y se expulsa el aire por la boca. • Pequeña superficial. Se respira y luego se exhala ligeramente con rapidez y sin hacer ruido; sólo debe moverse la parte superior del pecho, mientras el vientre permanece casi inmóvil. • Jadeante. Con la boca entreabierta, se inhala y exhala. <p>Completa. Se hace una respiración forzada, luego se inspira lentamente expandiendo el pecho y elevando la pared abdominal, a continuación, se expulsa el aire contrayendo bien el vientre.</p>
<p>Recomendar hacer cambios de Posición y movimiento</p>	<p>Cuando no está conectada a un monitor, puede intentar diversas posiciones durante el trabajo de parto, incluyendo ponerse de pie, apoyarse en su compañero, sentarse, arrodillarse (ya sea con la</p>

	<p>espalda recta o apoyada contra el compañero, que puede estar sentado en el borde de la cama) y ponerse a cuatro patas. Es posible que el movimiento la haga sentir más cómoda, y moverse puede hacer que sienta mayor control, además de aliviar la ansiedad y el dolor. Algunos hospitales con alta tecnología tienen sistemas de monitoreo inalámbricos, de modo que aunque tuviera complicaciones que requirieran monitoreo constante se podría moverte con libertad.</p> <p>Durante la etapa de pujar, la posición vertical podría ayudar al bebé a descender, y agacharse o arrodillarse podría ayudar a abrir la abertura pélvica.</p>
Masajes, tacto, y terapia de frío y calor	<p>El masaje promueve la relajación, tranquiliza los músculos tensos, y puede reducir la percepción del dolor. Puede pedirle al compañero, o a quien esté ayudando durante el parto que te haga masajes: el tacto de una persona amada puede ser muy reconfortante si está ansiosa. Se puede sentir mejor con un masaje de presión suave o es posible que prefiera un masaje que presione más intensamente.</p> <p>Si el dolor de espalda es intenso, que suele suceder cuando el bebé viene en posición posterior (es decir, cuando su cráneo está apoyado en la espalda de la mamá y su cara mirando hacia el hueso púbico), probablemente sea adecuado un masaje firme o que le apliquen contrapresión estable en la parte inferior de la espalda. No obstante, es posible que en algunos momentos el masaje resulte molesto y se deba comunicar al que lo esté realizando.</p>

	<p>Muchas mujeres también sienten alivio si se les ponen compresas calientes o una botella de agua caliente en el bajo vientre, en la espalda, o en cualquier otro lugar donde sientan malestar. Otras mujeres encuentran que las compresas frías les ayudan más, mientras que algunas prefieren alternar frío y calor. Vale la pena probar ambas opciones. Solo asegurarse de que proteger la piel del contacto directo con el frío o el calor.</p>
<p>Hidroterapia</p>	<p>La hidroterapia incluye el uso de agua para ayudar a aliviar los malestares del trabajo de parto. Darse un baño en casa antes de salir para el hospital, cuando las contracciones aún no son tan seguidas o intensas, es un ejemplo de hidroterapia.</p> <p>Al igual que las demás opciones sin medicación, la hidroterapia permite permanecer consciente y en control de la situación. El agua caliente promueve la relajación muscular y puede reducir el dolor, la ansiedad, y la necesidad de medicación. Un baño de regadera caliente también puede ser de ayuda durante el parto, aunque no existen estudios acerca de los beneficios de darse una ducha.</p> <p>Sin embargo, no todas las mujeres son buenas candidatas para la hidroterapia durante el trabajo de parto. No es una opción si tiene complicaciones que requieran un monitoreo constante, por ejemplo, y si hay un rompimiento o rotura de membranas no se recomienda debido al riesgo de infección por posibles bacterias. Un baño en regadera no presenta problemas.</p>
<p>Utilizar los analgésicos si está indicado.</p>	<p>La administración de analgésicos tiene varias ventajas como :</p>

<p>(Ver tipo de analgésicos utilizados en el Anexo 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los analgésicos alivian el dolor sin perder por completo la sensación o los movimientos musculares. • Los analgésicos disminuyen el dolor, pero no siempre lo elimina por completo. • Los analgésicos sistémicos se administran por inyecciones en un músculo o una vena. Se les llama sistémicos porque afectan el sistema nervioso completo. Los analgésicos sistemáticos disminuyen el dolor, pero no causa la pérdida de la conciencia. • La analgesia regional tiende a ser la forma más efectiva para aliviar el dolor durante el parto. Pero puede causar algunos efectos secundarios. Ejemplos son los bloques epidurales, bloques espinales, y una combinación de ambos. con estos métodos para aliviar el dolor, la mujer recibe una inyección en la parte baja de la espalda para adormecer la parte inferior del cuerpo. • Los narcóticos son un tipo de analgésico. Estos medicamentos poderosos disminuyen la forma en que la persona siente el dolor. Estos hacen que la mujer en trabajo de parto descanse con facilidad.
<p>Los Narcóticos y los Analgésicos El tipo más común de narcóticos suministrados durante el trabajo de parto es el fentanil (Sublimaze), la meperidina (Demerol), el butorfanol (Stadol), y la nalbufina (Nubaína). Estas</p>	<p>Las anestесias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las anestесias impiden todos los sentimientos, incluyendo el dolor. • Las anestесias también impiden el movimiento muscular.

<p>drogas son administradas mediante una inyección intramuscular (comúnmente administrada en el muslo o en las nalgas) o por vía intravenosa. Dependiendo del hospital en el que desee dar a luz, usted podría controlar la cantidad de drogas que deseara recibir, utilizando un botón encargado de liberar una cierta cantidad de medicación por vía intravenosa. Los efectos de estos narcóticos pueden llegar a durar desde dos horas a seis horas.</p> <p>Una de las ventajas del uso de estas drogas es que las mismas pueden reducir la intensidad del dolor que siente sin causar debilidad muscular, permitiendo que se mueva libremente. No obstante, podrían hacerla sentir somnolienta, podrían reducir los recuerdos que tendrá de su trabajo de parto y también podrían provocar depresión respiratoria, tanto en usted como en su bebé; a pesar de que estos efectos sólo serán temporarios. (Ver Anexo 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La anestesia local crea la pérdida o adormece un área pequeña. No disminuye el dolor de las contracciones. • Las anestесias generales causan la pérdida de la conciencia. Si a usted le administran una anestesia general, usted se dormirá y no sentirá dolor. Esta opción se usa cuando otras opciones no son posibles o no son las mejores por razones médicas. <p>Si usted tiene un parto por cesárea, puede que le administren una anestesia general, espinal o epidural. La decisión depende de su salud, la salud de su bebé, y las condiciones médicas en torno a su alumbramiento.</p>
---	--

EVALUACION

Se contó con todos los recursos materiales y humanos para la realización de las intervenciones planeadas, la paciente no presentó fascies de dolor ni expresó verbalmente dolor.

RIESGO DE LESIÓN MATERNO FETAL R/C MACROSOMÍA FETAL

Lesiones del canal blando del parto

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. También son más frecuentes las lesiones si se trata de un parto

instrumental, particularmente si se usan fórceps. La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).

Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres multíparas.

En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).

La talla materna juega un papel importante como factor de riesgo para daño al recién nacido, debido a que se puede presentar una desproporción entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna, lo cual implica un riesgo en el feto para que se produzcan lesiones durante su nacimiento.

El caput succedaneum se asoció con la edad materna no óptima para la procreación, es decir, adolescentes menores de 19 años o mujeres mayores de 35 años. En estas mujeres el trabajo de parto en ocasiones se prolonga debido a que presentan agotamiento durante la labor y el incremento de la presión del útero o de la pared vaginal sobre la cabeza del feto durante un tiempo prolongado ocasiona extravasación de suero o sangre sobre el periostio.

Los niños prematuros tienen 6.4 veces más riesgo de desarrollar lesiones como equimosis. Esto se debe principalmente a que en estos niños los tejidos blandos son más friables, por lo que la posibilidad de lesión con las maniobras de extracción es alta.

La aplicación de maniobras externas durante el parto ha caído en desuso, por las ya conocidas complicaciones sobre el recién nacido; sin embargo, en nuestro medio todavía es una medida muy utilizada. que las maniobras externas, principalmente la maniobra de Kristeller, es uno de los principales factores de riesgo para traumatismo al nacimiento, asociándose a varias lesiones como cefalohematoma, caput succedaneum, laceraciones y otras como fractura de clavícula y de cráneo.

La administración de anestesia general implica que el neonato debe extraerse rápidamente para evitar los efectos farmacológicos de los medicamentos administrados a la madre, la mayoría de ellos narcóticos, que causan depresión neurológica en el recién nacido y es posible que en este lapso de tiempo es cuando incrementa el riesgo de lesión neonatal, al utilizarse maniobras, algunas veces bruscas, para la extracción rápida del neonato, debido a que la principal lesión asociada a este factor fue la equimosis.

Una de las principales complicaciones de la macrosomia fetal es la distocia de hombros y la consecuente lesión del plexo braquial.

La incidencia de traumatismo al nacimiento ha disminuido a raíz de la mayor frecuencia en el empleo de la cesárea como vía de nacimiento; es posible que con el empleo de la cesárea haya disminuido la frecuencia de lesiones como fracturas, lesión de nervios periféricos, lesiones de columna, etc., pero han aparecido otras inherentes a esta vía de nacimiento como las laceraciones, equimosis, petequias y heridas cortantes. Cuando el nacimiento es vaginal distócico o por cesárea se incrementó el riesgo de presentar lesiones como laceraciones dermoepidérmicas.

El uso de fórceps tiene una frecuencia baja, que coincide con lo que se describe en la literatura, como un intento para disminuir las lesiones que éstos ocasionan al recién nacido. De los cinco neonatos asistidos con fórceps para su nacimiento todos tuvieron lesiones, principalmente caput succedaneum y laceraciones, aunque al analizarlo como factor de riesgo no resultó significativo, tal vez por el pequeño tamaño de muestra para esta variable.

Otro de los factores significativos para traumatismo al nacimiento fue la presentación pélvica, asociándose principalmente a equimosis, lesión de genitales y desgarramiento del cordón umbilical. Algunos autores han reportado que no hay diferencia en la evolución cuando el feto con presentación pélvica se obtiene por vía vaginal o por cesárea electiva; aunque otros reportan incremento en la morbilidad perinatal a corto plazo en el grupo de los que nacen por vía vaginal.

OBJETIVOS

Que la paciente y el feto logren reducir los riesgos a los cuales se enfrentan en el trabajo de parto mediante las intervenciones dependientes e independientes de enfermería.

CRITERIOS DE RESULTADO

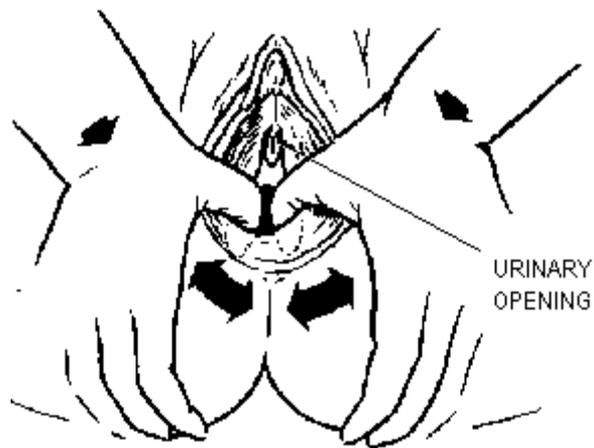
Se logra disminuir los factores de riesgo para la lesiones materno fetal.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
Canalizar por lo menos una vía.	<p>Por si ocurriese una urgencia; además por medio de ella se pueden administrar medicamentos diversos de ser necesario, así como durante un trabajo de parto prolongado, la administración de soluciones puede evitar la deshidratación y la acidosis o en su defecto estados de hipotensión.</p>
Evitar maniobras obstétricas bruscas (como la maniobra de kristeller).	<p>Maniobra de Kristeller, una maniobra muy controlada que realiza la matrona o el tocólogo a la vez que se produce una contracción para ayudar a nacer al bebé en la última parte del parto.</p> <p>No se debe entender como un método para dirigir el parto, sino que es una técnica a la que se debe recurrir en casos excepcionales o de emergencia como el sufrimiento fetal o casos de dificultad.</p> <p>Para algunos es una práctica anticuada y algo riesgosa, ya que la maniobra mal hecha podría provocar graves problemas como el desprendimiento de placenta y del útero.</p> <p>Aunque, en mi caso, no hubo ninguna dificultad y la matrona usó la maniobra de Kristeller (y con bastante ímpetu, por cierto) para ayudar a nacer a mi bebé.</p>
Aplicar masaje perineal manual.	<p>La aplicación del masaje durante el tercer trimestre de gestación persigue estirar y ablandar los tejidos, incrementar la elasticidad del periné y familiarizar a la mujer con la sensación de estiramiento, permitiendo relajar más esta zona durante el parto.</p>

Valorar la necesidad de episiotomía.	<p>Episiotomía</p> <p>Se define como la incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, cuyo objetivo es ampliar el canal del parto y facilitar la expulsión fetal. La incisión se puede realizar en la línea media o iniciarse en ésta y dirigirse lateralmente hacia abajo y afuera en dirección al isquion, y puede efectuarse tanto en el lado derecho como en el izquierdo.</p> <p>El momento adecuado para realizar una episiotomía debe de ser cuando la presentación es observada en un diámetro de 3 a 4 cm durante la contracción uterina; ya que si se realiza antes el sangrado podría ser importante y de realizarse posteriormente el suelo perineal ya se habrá distendido excesivamente, y no se habrá logrado uno de los objetivos del procedimiento. La episiotomía media y medio lateral tienen ventajas y desventajas una sobre la otra, las cuales son:</p> <p>Episiotomía media</p> <ol style="list-style-type: none">1. No se seccionan fibras musculares.2. Fácil reparación.3. Pérdida sanguínea menor.4. Escasas dificultades de cicatrización.5. No ocasiona dispareunia.6. Poco dolor en el puerperio.7. Se puede prolongar a esfínter anal y recto. <p>Episiotomía media lateral</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se seccionan fibras musculares.2. Más difícil de reparar.3. Mayor pérdida sanguínea.
---	---

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dificultad en la cicatrización. 5. En ocasiones produce dispareunia. 6. Presentan dolor hasta 30% de los casos en el puerperio. 7. La extensión hacia el esfínter anal es rara. <p>Creemos que si se selecciona adecuadamente a la paciente, la episiotomía a realizar debe de ser la media por las ventajas que tiene sobre la media lateral y sólo utilizar esta última en casos excepcionales.</p>
<p>Dar capacitación y información a la mujer sobre el procedimiento a si como apoyo psicológico.</p>	<p>Para la paciente es importante conocer el procedimiento a realizar para que disminuya su temor y se sienta bien y en confianza con lo que le están haciendo y tenga mayor cooperación en el procedimiento y en las indicaciones que se le den.</p> <p>El apoyo psicológico porque la mujer en el puerperio puede sentirse deprimida tal vez se deba los adaptación a nuevos roles y responsabilidades.</p>
<p>Protección perineal durante el parto</p>	<p>Para evitar desgarres y dar mayor tono , al perineo , al momento de la expulsión dirigir la cabeza del bebe protegiéndolo a él y a la madre de lesión</p>
<p>Modificar el tono y la elasticidad del perine antes del parto</p>	<p>Masaje de periné o perineo Una práctica que puede ayudarte a preparar el momento del parto es el masaje del periné o perineo (área comprendida entre la vagina y el ano). A partir de la semana 34 del embarazo y hasta el momento del parto, el masaje perineal ayuda a dilatar la salida y prepara la parte inferior del canal de parto para el parto. De esta forma, se reduce la posibilidad de desgarro o la necesidad de realizar</p>

una episiotomía.



Para realizar este ejercicio, inserta los pulgares de 2cm a 4cm dentro de la vagina y presiona hacia abajo, hacia el recto; mantén esta presión constante al tiempo que mueves los pulgares por los laterales de la vagina formando una “U”.

Permite que el perineo se relaje mientras realizas este masaje. Continúa masajeando durante 5 minutos por vez y repite esta operación varios días alternados. Siga el masaje con cinco contracciones fuertes de los músculos del piso pelviano. Estos son los músculos que tienes que contraer cuando quieres ir al baño pero tienes que aguantarte.

Al masajear y practicar este ejercicio de relajación tomarás conciencia de la sensación de presión que sentirás durante el parto. Al relajarte lo más posible durante el período de dilatación, te estarás preparando para expulsar al bebé cuando salga la cabeza al exterior. Y al contraer los músculos del piso pelviano, mantienes llosa fortaleza de los músculos y experimentarás las distintas sensaciones de tirantez y relajación de ellos.

EVALUACION

Se contó con los recursos materiales y humanos para la realización de las intervenciones planteadas, se pudo reducir el riesgo de lesión de la madre.

ANSIEDAD R/C RESULTADO INCIERTO DEL FETO Y AMBIENTE TERAPÉUTICO M/P DIAFORESIS, FACIES, ALTERACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES, EXPRESIÓN VERBAL.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

El dolor es algo subjetivo, es decir ante un mismo estímulo cada persona lo percibe con intensidad diferente. Las tres causas mayores del dolor son: emocionales, funcionales, y fisiológicas. Las causas emocionales del dolor pueden ser el miedo a lo desconocido, falta de educación prenatal, etc. La educación para el parto es una manera buena para combatir este problema aunque no lo elimine.

Para poder participar plenamente en el proceso del parto es necesario tener un buen conocimiento de lo que está pasando. La educación no se da solamente en las clases, se recomienda también: leer, ir a visitar el sitio donde va a nacer el bebé, hablar con el médico sobre las diferentes opciones y cuáles son sus ventajas y desventajas.

Las causas funcionales y fisiológicas del dolor pueden ser las contracciones del útero. Al iniciar las contracciones los músculos empiezan a trabajar y esto puede causar dolor, pero se puede ayudar a que este proceso sea menos doloroso y más rápido si la persona trata de tranquilizarse y relajarse. Aguantando la respiración y peleando con las contracciones puede impedir la dilatación del cuello del útero y el parto. También puede resultar en más dolor porque al útero le hace falta oxígeno debido a la tensión de todo el cuerpo. En el proceso de dilatación el cuello del útero se encoge y se dilata para favorecer el paso del feto, creando así

el denominado canal del parto. Los ligamentos del útero sufren un estiramiento, mientras que las articulaciones de la pelvis y las raíces nerviosas de la zona lumbo-sacra se comprimen. El dolor que se siente en el descenso del feto por el canal del parto es debido a la dilatación, al estiramiento y a la distensión del periné y de la vulva, y su intensidad es proporcional a la contractura de estas partes.

OBJETIVO

Que la paciente reduzca la ansiedad en el menor tiempo posible mediante las intervenciones asistenciales y educación de enfermería.

CRITERIOS DE RESULTADO

La paciente reduce la diaforesis así como las facies. La paciente normaliza sus signos vitales. La paciente no manifiesta sentirse ansiosa.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTO
Vigilancia de los signos vitales	La vigilancia de los signos vitales incluye tomar la presión arterial de la mujer cada 2 h hasta que empiece la fase activa del trabajo de parto; a partir de entonces se tomara cada 30 min a 1 h. la presión arterial de 140/80 mmHg se considera hipertensa, en tanto que el aumento en la frecuencia del pulso es indicio de hemorragia o infección. Las respiraciones que se tornan lentas quizá obedezcan a sobrecarga o toxicidad por medicamento, este efecto colateral reduce la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
Valoración de la comodidad y evitar el dolor	La posición es importante, debe permitirle relajarse y estar cómoda. Por otra parte se le instará a reclinarse, de preferencia sobre el lado izquierdo, para disminuir la presión que el útero grávido ejerce sobre los grandes vasos sanguíneos, facilitar el flujo sanguíneo en los riñones y favorecer las contracciones uterinas efectivas. Si la paciente esta mas cómoda sobre la espalda, se elevara la cabecera de la cama para aliviar la presión del útero en la vena cava.

	<p>Mientras esta recostada boca arriba, se observará si hay signos de síndrome de hipotensión supina, que incluye mareos, aturdimiento, náusea y taquicardia. Al frotar la espalda, la relajación aumenta y se estimula la circulación. La presión en el sacro suele aliviar las molestias. El effleurage (rozamiento, masaje) proporciona bienestar; se frota suavemente el área abdominal con movimientos circulares. Una toalla facial o una esponja fresca en la frente aminora el calor y la sudoración en esta parte del cuerpo. Distraerse centrando la atención en un punto suele ser útil. La resequedad de las membranas mucosas de labios y boca se alivia con un hisopo de limón y glicerina, hielo picado o una esponja húmeda pequeña.</p> <p>Cuando se rompen las membranas, deben cambiarse las sábanas constantemente para disminuir la fricción sobre la piel. Para aliviar la tensión o los espasmos musculares puede colocarse una almohada o toalla de baño doblada entre las rodillas para apoyar la pierna superior. El área del perineo se mantendrá limpia y seca como sea posible para que la paciente esté cómoda, así como para prevenir una infección.</p>
Apoyar el trabajo de parto	<p>Cuando el personal de salud apoya a una mujer en el trabajo de parto, le ayuda a relajarse en vez de ponerse tensa en contra de las contracciones. Aunque ese apoyo no evitará que el parto sea intenso, sí lo puede hacer más fácil, más breve y de menos riesgo.</p> <p>Cada mujer necesita un tipo de apoyo diferente. Pero todas las mujeres necesitan bondad, respeto y atención. Se debe observar y escuchar a la madre para averiguar cómo se siente. También, el animarla la ayudará a que se sienta fuerte y segura de sí misma durante el parto. Se le debe de ayudar a relajarse y a acoger el trabajo de parto.</p> <p>No es necesario que una sola persona apoye a la madre. El apoyo puede ser más provechoso cuando lo da el marido de</p>

	<p>la madre, su familia o sus amigas. No hay ninguna regla que diga quién debería apoyar a la madre. Lo que importa es que esas personas quieran a la madre y estén dispuestas a ayudarle. Y lo más importante es que sean personas que la madre quiera tener a su lado.</p>
<p>Proteger el trabajo de parto</p>	<p>El personal de salud protege el trabajo de parto cuando evita que algo o alguien altere a la paciente. Por ejemplo:</p> <p>No se debe de dejar que asistan al parto personas groseras o inconsideradas. La madre no debe tener que preocuparse de los problemas familiares. A veces, hasta los amigos serviciales y cariñosos pueden interferir con el parto. En algunos partos, la mejor manera de ayudar a la madre es pedirles a todos que se salgan del cuarto para que ella pueda estar de parto sin distracciones.</p>
<p>Ayude a la madre a descansar entre una contracción y otra</p>	<p>Para ahorrar sus fuerzas, la madre debe descansar entre las contracciones, aun cuando el parto apenas esté empezando. Eso quiere decir que cuando no tenga una contracción, necesita relajar el cuerpo, respirar profundamente y, a veces, sentarse o acostarse. Tal vez pueda dormir al principio del parto.</p> <p>Cuando las contracciones son intensas, muchas mujeres se sienten muy cansadas. Por eso, quizás teman que no van a tener suficientes fuerzas para pujar hasta que nazca el bebé. Pero el cansancio es la forma en que el cuerpo hace que la madre descanse y se relaje. Si todo va bien, ella tendrá toda la fuerza que necesita.</p>
<p>Ayude a la madre a cambiar de posición cada hora Véase en Anexo 4</p>	<p>Ayude a la madre a moverse durante el parto. Ella puede acuclillarse, sentarse, arrodillarse o ponerse en otras posiciones. Todas esas posiciones son buenas. Los cambios de posición ayudan al cuello de la matriz a abrirse de una manera más pareja.</p> <p>Si la madre se para y camina puede apurar el parto. Para</p>

	<p>relajarse, tal vez le ayude a la madre bambolearse parada o mecerse en una silla, o quizás incluso le ayude bailar.</p>
<p>Ejercicios para realizar durante el trabajo de parto</p>	<p>Es posible realizar ciertos ejercicios durante el trabajo de parto para relajar y facilitar el desarrollo de ciertos procesos durante este acontecimiento tan importante como lo es el nacimiento del bebé. (Véase Anexo 5)</p>
<p>Formas de controlar el dolor</p>	<p>Ejercitarse durante el embarazo. Ejercitarse de manera regular durante el embarazo puede fortalecer los músculos y aumentar la resistencia para preparar el cuerpo para el estrés del trabajo de parto. Si el médico le ordena hacer ejercicio, se debe de intentar hacer 30 minutos de actividad cardiovascular moderada (por ejemplo, caminar, usar una bicicleta estacionaria, nadar) y ejercicios de fortalecimiento muscular en la mayoría de los días de la semana.</p> <p>Tomar clases de parto. En las clases de parto, se aprenden técnicas de control del dolor como la visualización y los estiramientos. Las dos filosofías de parto más populares en los Estados Unidos son la técnica de Lamaze y el método de Bradley.</p> <p>En la técnica Lamaze, las estrategias de relajación, los ejercicios de respiración, la distracción y el masaje se enseñan formas para controlar el dolor durante el parto. Generalmente la actitud hacia los analgésicos es neutral, alentando a las mujeres a tomar una decisión informada sobre si los medicamentos son buenos para ellas.</p> <p>El método Bradley se centra en un parto "natural", en el cual se evitan los analgésicos a menos que sean absolutamente necesarios. En lugar de ello, se les alienta a las mujeres a contar con el padre del bebé, quien es el que dirige el parto, para ayudar a la madre a relajarse y a usar las técnicas de respiración profunda para controlar el dolor.</p> <p>Uso de otras estrategias sin medicamentos. Otras formas</p>

para controlar el dolor incluyen la hipnosis, yoga, caminata, masaje, cambio de posición, una baño en tina o en regadera y las distracciones (por ejemplo, contar, otras actividades). Un estudio en el número de Invierno del 2004 de *Pain Research and Management* encontró que las técnicas de respiración y el masaje administrado por una enfermera redujo considerablemente la percepción del dolor durante el trabajo de parto.

Uso de analgésicos. La anestesia ráquea y epidural se utilizan comúnmente para controlar el dolor del trabajo de parto. En la anestesia epidural, los analgésicos que duermen los nervios que causan dolor se administran a través de un catéter que se coloca en el espacio epidural cerca de la médula espinal. En la anestesia ráquea, los medicamentos se inyectan en el líquido espinal.

En la mayoría de las mujeres, estos medicamentos casi alivian por completo el dolor del trabajo de parto, pero no duermen todo el cuerpo. Esto permite que la madre use la fuerza de sus músculos del abdomen y de las piernas para pujar y expulsar al bebé cuando llega el momento de hacerlo. Además, el catéter epidural se puede utilizar para administrar medicamentos adicionales en el caso de que sea necesario un parto por cesárea.

También los analgésicos se pueden administrar a través de un catéter intravenoso (IV) o por medio de una inyección en el músculo. Pero debido a que estos medicamentos pueden pasar al torrente sanguíneo del bebé y provocar que disminuya su ritmo cardiaco, con frecuencia se prefiere administrar la anestesia epidural.

Algunas veces, el óxido nitroso se utiliza durante el trabajo de parto para aliviar el dolor.

EVALUACION

Se contó con los recursos materiales y humanos para la realización de las intervenciones planeadas. La paciente no presentó diaforeses, ni facies, sus signos vitales se encontraron normales y no hubo expresión verbal de sentirse ansiosa.

ANEXOS

ANEXO 1. MÉTODO PSICOPROFILACTICO

Debemos empezar por suprimir el reflejo condicionado doloroso:

1) Convenciendo a la embarazada que el parto no es, o no puede ser doloroso 2) Creando nuevos reflejos condicionados útiles, que asocien en forma general el parto con las perspectivas felices del nacimiento de un niño que enriquecerá la vida de la mujer, y, en forma más específica creando reflejos condicionados que vinculen la contracción uterina a prácticas de la mujer que permitan su participación activa en el parto.

También, debemos elevar el umbral de percepción del dolor:

1) con eliminación del temor; 2) con reducción al máximo de los factores emocionales negativos y estimulación de los positivos; 3) con aumento de la actividad cortical durante la contracción (concentración cerebral creando una zona de freno o bloqueo que impide la acción de los estímulos negativos) convirtiendo a la madre en un elemento activo, consciente y colaborador en su parte; 5) con oxígeno-terapia, actuando contra el surmenage de las células nerviosas. Mejorar las condiciones de desarrollo y fuerza del diafragma y músculos abdominales, para vigorizar su acción coadyuvante en el período expulsivo. El útero, así, no necesita aumentar la fuerza de sus contracciones y mantiene de esa manera un buen débito circulatorio.

Educación neuro-muscular conveniente para sincronizar, durante la expulsión, la acción efectiva de la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales) con una relajación adecuada del canal blando (vagina y periné).

Con oxígeno-terapia, para evitar la anoxia tisular genital. Para realizar este método se necesita: a) un curso teórico de las embarazadas; b) un curso práctico; y c) control y conducción del parto mismo.

CONTROL Y CONDUCCIÓN DEL PARTO MISMO

En la asistencia del parto debe reinar amabilidad, suavidad y tranquilidad. Sin apartarse de las normas clásicas se tendrá presente las siguientes recomendaciones:

- 1.—Eliminación de la palabra «dolor».
- 2.—Eliminación de todos los ruidos molestos. Puede aceptarse música suave.
- 3.—Reducir los tactos al mínimo, debiendo practicarse fuera de las contracciones.
- 4.—Mantener informada a la madre con optimismo, pero sin engaños, sobre el curso del parto.
- 5.—Cuando existen signos de desacondicionamiento es muy útil una auscultación de los latidos cardio-fetales con admiración de su normalidad, pues se estimula la confianza y el interés de la madre.

6.—Durante el descenso de la presentación se informará momento a momento, sobre la parte que va emergiendo.

7.—Se proibirán totalmente las maniobras de Kristeller y el masaje digital del periné.

8.—Si hay signos de agotamiento se podrá administrar oxígeno a un analéptico cardio-respiratorio (coramina-cafeína).

9.—Evitar que la madre duerma entre las contracciones, igualmente evitar los analgésicos, que negativizan la actividad cerebral y bajan el umbral de percepción del dolor.

ANEXO 2. ANALGESICOS

Metamizol sódico

Solución inyectable y tabletas

**Analgésico, antipirético,
antiespasmódico y antiinflamatorio**

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

SOLUCIÓN INYECTABLE

Metamizol sódico..... 2.5 mg y 1 g

Vehículo, c.b.p. 2 y 5 ml.

TABLETA

Metamizol sódico..... 500 mg

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: METAMIZOL SÓDICO produce efectos analgésicos, antipiréticos, antiespasmódicos y antiinflamatorios.

Está indicado para el dolor severo, dolor postraumático y quirúrgico, cefalea, dolor tumoral, dolor espasmódico asociado con espasmos del músculo liso como cólicos en la región gastrointestinal, tracto biliar, riñones y tracto urinario inferior. Reducción de la fiebre refractaria a otras medidas. Debido a que METAMIZOL SÓDICO puede inyectarse por vía I.V., es posible obtener una potente analgesia en muchas condiciones y tener control del dolor. Aun con altas dosificaciones no causa adicción ni depresión respiratoria. No tiene efectos en el proceso de peristalsis intestinal, o expulsión de cálculos.

Sólo se debe usar la solución de METAMIZOL SÓDICO inyectable en los casos en los que no es posible su administración por otra vía.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula y a las pirazonas como isopropilaminofenazona, propifenazona, fenazona o fenilbutazona.

Asimismo, está contraindicado en infantes menores de tres meses, o con un peso menor de 5 kg, por la posibilidad de presentar trastornos en la función renal. También está contraindicado en el embarazo y la lactancia.

PRECAUCIONES GENERALES:

No se debe administrar en pacientes con historia de predisposición a reacciones de hipersensibilidad, alteraciones renales.

Es importante tener precaución en pacientes con historial de agranulocitosis por medicamentos y anemia aplásica.

En pacientes con presión arterial sistólica por debajo de 100 mmHg o en condiciones circulatorias inestables como es la falta circulatoria incipiente asociada a infarto del miocardio, politraumatismos o choque temprano, así como en pacientes con formación sanguínea defectuosa preexistente, se debe evaluar de manera muy cuidadosa la necesidad de administrar METAMIZOL SÓDICO inyectable. Aunque la intolerancia a los analgésicos es un cuadro poco frecuente, el peligro de choque después de la administración parenteral es mayor luego de la administración enteral.

Antes de la administración de METAMIZOL SÓDICO se debe cuestionar al paciente para excluir cualquiera de estas condiciones.

Cuando se administre METAMIZOL SÓDICO en pacientes con asma bronquial, infecciones crónicas de las vías respiratorias, asociación con síntomas o manifestaciones tipo fiebre del heno, y en pacientes hipersensibles se puede presentar crisis de asma y choque. Lo mismo sucede con pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas reaccionando con estornudo, lagrimeo y rubor facial intenso, así como también en pacientes alérgicos a los alimentos, pieles, tintes capilares y conservadores.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

Se debe evitar durante los primeros tres meses y no usar durante el último trimestre del embarazo. Sólo se puede administrar durante el cuarto y sexto mes si existen razones médicas apremiantes. Evitar la lactancia durante 48 horas después de su administración.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: Los principales efectos adversos del METAMIZOL SÓDICO se deben a reacciones de hipersensibilidad: las más importantes son discrasias sanguíneas (agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia) y choque.

Ambas reacciones son raras, pero pueden atentar contra la vida y presentarse aun cuando se haya usado METAMIZOL SÓDICO a menudo sin complicaciones; en estos casos se debe discontinuar de inmediato la medicación. En muy pocas ocasiones se puede observar síndrome de Lyell y Stevens-Johnson. En pacientes predispuestos se puede observar crisis de asma. En pacientes con historia de enfermedad renal preexistente se han presentado trastornos renales temporales. En pacientes con hiperpirexia y/o después de la aplicación demasiado rápida, se puede presentar una caída crítica de la presión sanguínea dependiente de la dosis. En el sitio de aplicación I.V. se puede presentar dolor y/o reacciones locales y flebitis.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

METAMIZOL SÓDICO no se debe mezclar en la misma jeringa con otros medicamentos. Se pueden presentar interacciones con ciclosporinas, en cuyo caso disminuye la concentración sanguínea de la ciclosporina. METAMIZOL SÓDICO y el alcohol pueden tener una influencia recíproca.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Oral: 500 mg cada 8 horas.

Vía parenteral I.M. e I.V.:

Adultos y niños mayores de 12 años: 2 g por vía I.M. profunda o I.V. lenta (3 minutos) cada 8 horas.

Se debe estar preparado para el tratamiento de choque. Antes de la administración, la solución deberá tener la temperatura corporal. La velocidad de la inyección es la causa más común de una caída crítica de la presión sanguínea y choque, por lo que se deben administrar en forma lenta a 1 ml/min y con el paciente en decúbito. Vigilar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y respiración. METAMIZOL SÓDICO no debe mezclarse con otros fármacos en la misma jeringa, debido a la posibilidad de incompatibilidad. A niños mayores de 3 meses o con un peso mayor a 5 kg, la inyección se debe aplicar por vía I.M.

MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:

En caso de una sobredosis de METAMIZOL SÓDICO, se requiere asistencia médica. Si el paciente está consciente, inducir el vómito con solución salina tibia, seguido de estimulación mecánica de la pared faríngea posterior.

En niños de 1 a 6 años, emplear jugo de fruta tibio en cantidades adecuadas a su edad.

METAMIZOL SÓDICO puede eliminarse mediante hemodiálisis.

PRESENTACIÓN O PRESENTACIONES:

Denominación genérica	Forma farmacéutica	Presentación	Laboratorio
METAMIZOL SÓDICO	Comprimidos	500 mg Envase con 10 comprimidos	ALPHARMA
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	500 mg Envase con 5 ampolletas de 2 ml	FARMACIAS DEL AHORRO
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	1 g/2 ml Envase con 3 ampolletas de 2 ml	FARMACIAS DEL AHORRO
METAMIZOL SÓDICO	Comprimidos	500 mg Envase con 10 comprimidos	FARMACIAS DEL AHORRO
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	2.5 mg/5 ml Envase con 5 ampolletas	PISA
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	1 g/2 ml Envase con 3 ampolletas	PISA
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable I.M. o I.V.	1 g/2 ml Envase con 3 ampolletas	PRECIMEX
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	1 g/2 ml Envase con 3 ampolletas	RANDALL
METAMIZOL SÓDICO	Solución inyectable	500 mg/2 ml Envase con 3 ampolletas	RANDALL

ANEXO 3. ANESTESICOS

MEPERIDINA, PETIDINA (Demerol)

Uso: Premedicación, analgesia, prevención y tratamiento del temblor corporal postoperatorio.

Dosis: Analgesia: VO/IM/SC, 50-150 mg (1-3 mg/kg); IV lentamente, 25-100 mg (0.5-2 mg/kg). Epidural: bolo 50-100 mg. Prevención del tremor corporis: IV/IM, 25-75 mg. La dosis máxima recomendada debe ser de 1 g/h (20 mg/kg/día). Los niveles séricos máximos de meperidina deben ser de 0.55 mcg/ml y de normeperidina de 0.5 mcg/ml.

Eliminación: Hepática.

Farmacología: Compuesto piperidínico, comparte muchas propiedades con la morfina y la atropina; estructuralmente es similar a la atropina, pero su relación con la morfina es menos aparente. Este opioide agonista sintético es aproximadamente diez veces menos potente que la morfina, con latencia y duración de acción más corta. Comparada con la morfina es más efectiva en el dolor neuropático. La meperidina tiene suave efecto vagolítico y antiespasmódico. Puede producir hipotensión arterial ortostática y tiene efecto cardiodepresor directo a altas dosis. La normeperidina, su metabolito activo, es un estimulante cerebral y se excreta principalmente por orina. Se puede acumular con las dosis repetidas y prolongadas (más de 3 días). Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, el metabolismo cerebral y la presión intracraneana. La meperidina cruza la barrera placentaria y puede producir depresión en el neonato. Su máximo efecto depresor en la ventilación se produce 2 o 3 horas después de su administración. La administración espinal o epidural de meperidina produce analgesia por unión específica y activación de los receptores opiodes en la sustancia gelatinosa. Una vez activados, los receptores opiodes inhiben la liberación de la sustancia P de las fibras C aferentes nociceptivas. A diferencia de otros opiodes, la meperidina tiene potente efecto como anestésico local y su administración epidural o espinal se acompaña de bloqueo sensorial, motor y autonómico. No se usa como anestésico local pues es irritante a piel y mucosas. Alivia todos los tipos de dolor, pero es más eficaz en el visceral por su acción parecida a la atropina. El fármaco es de gran utilidad para aliviar el prurito intratable.

Farmacocinética: Latencia: VO, 10-45 min; IV, <1 min; IM, 1-5 min; epidural, 2-12 min. Efecto máximo: VO, <1 h; IV, 5-20 min; IM, 30-50 min; epidural, 30 min. Duración: VO/IM/IV, 2-4 hrs; epidural, 0.5-3 hrs.

Interacción y Toxicidad: Convulsiones tónico clónicas, mioclono, delirio en personas con hepatopatía y/o nefropatía en quienes se administran dosis repetidas; potencia el efecto depresor cardiorrespiratorio de los narcóticos, hipnótico-sedantes, anestésicos volátiles, antidepressivos tricíclicos; junto con los inhibidores de la MAO puede dar reacciones severas y hasta mortales (hipertermia, hipertensión arterial y síndrome convulsivo); aumenta los efectos adversos de la isoniazida; químicamente incompatible con los barbitúricos; su analgesia se aumenta con la administración de alfa-2 agonistas (clonidina); si se añade epinefrina a la meperidina peridural y/o intratecal aumentan los efectos colaterales como náusea y vómito, y prolongación del bloqueo motor.

NALBUFINA

Uso: analgesia y anestesia.

Dosis: *sedación/analgesia:* IV/IM/SC, 5-10 mg (0.1-0.3 mg/kg). *Inducción:* IV, 0.3-3 mg/kg. *Analgesia intravenosa controlada por el paciente:* bolo de 1 a 5 mg (0.02-0.1 mg/kg); infusión, 1-8 mg/hr (0.02-0.15 mg/kg/h).

Eliminación: alrededor de un 7% de nalbufina se excreta por orina sin modificar junto con dos productos metabólicos. También en materia fecal. Se metaboliza en el hígado.

Farmacología: la nalbufina es un opioide sintético agonista-antagonista y potente analgésico. En 1956, comenzaron las investigaciones que condujeron al desarrollo de este opiáceo (nalbufina), modificando la estructura química de un analgésico potente, la oximorfona. Esta investigación culmina con la síntesis de nalbufina en 1965. Relacionado químicamente con la oximorfona y la naloxona. Se postula que el clorhidrato de nalbufina ejerce una acción mu-

antagonista o parcialmente agonista y kappa-agonista sin acción sobre los demás receptores. En la práctica clínica, su acción antagonista sobre el receptor mu queda demostrada por producir reversión de la depresión respiratoria causada por morfínicos, manteniendo la analgesia espinal. También en la práctica clínica se observa claramente la acción kappa agonista de nalbufina al ejercer una analgesia profunda, miosis y sedación con una limitada depresión respiratoria. La nalbufina es tan potente como analgésico como la morfina y, como antagonista tiene la cuarta parte de potencia que la nalorfina, bajo potencial de adicción y mínimas posibilidades de producción de efectos psicómiméticos. A las dosis usuales... de 10 mg/70kg, la depresión respiratoria es similar a la provocada por la misma dosis de morfina. Produce menor incidencia de náusea y vómito que la morfina, meperidina, buprenorfina y pentazocina. Presenta "efecto techo" hasta los 30 mg, tanto para efecto analgésico como depresor respiratorio. Tiene el poder de revertir la depresión respiratoria de los agonistas opiodes como el fentanyl y sin revertir el efecto analgésico. La estabilidad cardiovascular que produce es buena. Las investigaciones han determinado que los efectos hemodinámicos adversos de la morfina son prácticamente idénticos a los observados después de la inyección endovenosa de 0.1 mg/kg de histamina. Esto sugiere que la estabilidad cardiovascular con nalbufina podría relacionarse con la ausencia de liberación de histamina después de la administración del medicamento. Estudios en perros demuestran que la morfina como el fentanyl producen aumentos estadísticamente significativos ($p < 0.01$) de la presión del colédoco. Al contrario, no se observó ningún aumento de presión después de la administración de nalbufina.

Farmacocinética: *latencia:* IV, 2-3 min, e IM/SC <15 min. *Efecto máximo:* IV, 5-15 min. *Duración:* IV/IM/SC, 3-6 hrs. En seres humanos, luego de una dosis IM de 10 mg de nalbufina, el nivel máximo sérico de 48 ng/ml se produce a los 30 min. La vida plasmática media en el hombre es alrededor de 5 horas.

Interacción y toxicidad: en el paciente no morfino-dependiente, la nalbufina potencia el efecto depresor de otros opiodes e hipnóticos, anestésicos volátiles y fenotiazinas. Puede precipitar síndrome de abstinencia en pacientes narcodependientes. Puede producir prurito, broncoespasmo, hipotensión e hipertensión arterial.

Lineamientos y precauciones: es conveniente reducir la dosis administrada en pacientes ancianos, hipovolémicos, hipoproteinémicos, anémicos, o en aquellos que están recibiendo hipnóticosedantes. La naloxona es el antídoto específico (IV 0.2-0.4 mg o más). La nalbufina puede empeorar el dolor del cólico de la vesícula biliar. Cruza la barrera placentaria y puede producir, en el trabajo de parto, depresión respiratoria neonatal, por lo que debe tenerse a la mano naloxona. Usarse con cuidado en aquellos pacientes que reciben crónicamente opiáceos, ya que altas dosis de nalbufina pueden precipitar síndrome de abstinencia como resultado de su efecto antagonista opiáceo.

Efectos colaterales: hipertensión e hipotensión arterial sistémicas, bradicardia, taquicardia, depresión respiratoria, disnea y asma, euforia, disforia, confusión, sedación, cólicos, dispepsia, sabor amargo, miosis, prurito, urticaria, irritante (administración IV dolorosa), dislalia, disopsia, rubicundez y urgencia urinaria

ANEXO 4. POSICIONES PARA MEJORAR LA COMODIDAD DE LA EMBARAZADA

Las posiciones más frecuentes y ventajas son:



a. Caminar

- Aumenta el bienestar en la mayor parte de los casos
- La fuerza de gravedad se agrega a la de las contracciones y favorece el descenso del feto
- Alivia el dolor de espalda



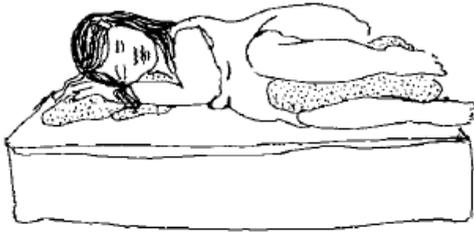
b. De pie, inclinarse hacia delante

- Se aprovecha la gravedad
- Se reduce el dolor de espalda,
- Se estimula la cercanía de la pareja
- Puede utilizarse un monitor fetal electrónico.



c. Sentarse erguida

- Proporciona una buena posición para el descanso
- Ofrece algunas ventajas de la gravedad



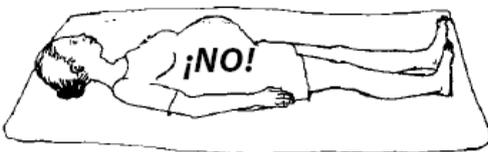
- d. Recostarse sobre un lado
- Posición de descanso
 - La gravedad es neutra
 - Proporciona seguridad si se usan medicamentos
 - Facilita la relajación entre contracciones
 - Evita la compresión de la vena cava



- e. En cucullas
- Ayuda a un empuje activo
 - El acompañante puede frotar la espalda de la mujer
 - Amplia a su máximo la salida pélvica



- f. Semisentada
- Posición de descanso
 - Permite aprovechar en cierta forma la fuerza de gravedad (al levantar la cama en a un ángulo de 30 a 45°)



La madre NO debe acostarse boca arriba sin apoyo alguno. Esa posición aplasta y cierra los vasos sanguíneos que les llevan sangre a la madre y al bebé.

Está bien que la madre se acueste de lado con una manta doblada entre las piernas, o boca arriba, con algo que le apoye la parte de arriba del cuerpo—siempre que ella cambie de posición por lo menos cada hora.

ANEXO 5. EJERCICIOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Es posible realizar ejercicios durante el trabajo de parto. Pero no cualquier clase de ejercicios, sino unos muy especiales destinados a la relajación de la paciente en trabajo de parto, así como a facilitar ciertos procesos en el transcurso de las etapas de dilatación, expulsión y alumbramiento. A continuación se explicaran los ejercicios adecuados para la etapa de Dilatación, es decir cuando las contracciones abren el cuello del útero, la cual a su vez comprende tres fases: fase de latencia, activa y de transición.

Durante la fase temprana, que es el momento en el que se presentan las primeras contracciones, cortas y espaciadas en el tiempo (distanciadas entre 15 y 5 minutos con 20 a 45 segundos de duración), es recomendable efectuar ejercicios de respiración profunda y lenta, inhalando por la nariz y exhalando por la boca. De esta manera se facilita la relajación, la paciente se tranquiliza porque debe ahorrar energía para las siguientes etapas, que son más exigentes a nivel físico.

En esos momentos que pueden transcurrir en casa, la paciente se puede bañar, escuchar música, descansar y/o terminar de arreglar algunos detalles de la habitación de bebé o para la estadía en la clínica. Es el instante de dar la bienvenida al trabajo de parto y darle la pauta al bebé de que llegó la hora de salir al mundo exterior. Igualmente es vital sintonizar al papá con el acontecimiento y se recomienda evitar llamar a terceras personas que puedan transmitir ansiedad, cuando lo que se precisa es tranquilidad.

La fase activa supone contracciones más intensas y seguidas, es decir, de 50 segundos a un minuto de duración cada 5 a 11/2 minutos aproximadamente. En este momento debe pasarse a respiraciones superficiales y cortas, dirigiendo el aire hacia la parte superior del tórax para evitar que el diafragma baje y choque con el útero. Se pueden efectuar ejercicios como caminar, bailar, mecerse, en general, buscar posturas verticales que permitan el descenso de bebé por efectos de la gravedad, así como mayor oxigenación. En este sentido la pose decúbito supina (acostada boca arriba) dificulta la oxigenación del útero y del bebé.

En la fase de transición, que es la que antecede a la etapa expulsiva, es vital concentrarse en la respiración superficial para trascender las sensaciones de incomodidad o dolor. Es el instante para las afirmaciones que permitan enfocarse en la salida de bebé.

Entre las afirmaciones se puede decir: “vamos, ya casi termina”, “termina de bajar bebé”. En cierta forma, esto sirve para dar ánimo. Un ejercicio para ayudar a bajar a bebé son las “gallinitas”, las cuales consisten en caminar en cuclillas.

Se aconseja usar agua caliente sobre la zona que incomode para relajar. También son útiles otras herramientas para facilitar la concentración, tales como la música, aromaterapia, masajes, etc.

Si surgen en esta fase ganas de pujar intermitentes, pueden evitarse resoplando o simulando soplar una vela a 50 centímetros de distancia de la boca. Hay que evitar pujar si no hay dilatación completa antes de la etapa expulsiva, para evitar que la cabeza de bebé golpee y produzca un edema en el cuello uterino.

En todo este proceso siempre hay que estar pendiente de lo que exige el cuerpo. En la próxima entrega abordaremos qué hacer durante las etapas expulsiva y de alumbramiento.