

UF6- ATENCIÓ AL PART IMMINENT

Judit Plujà



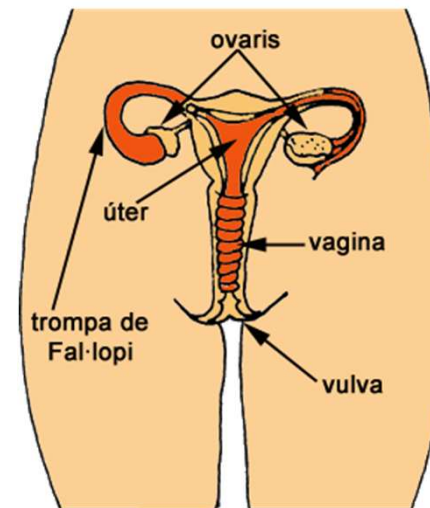
APARELL REPRODUCTOR FEMENÍ

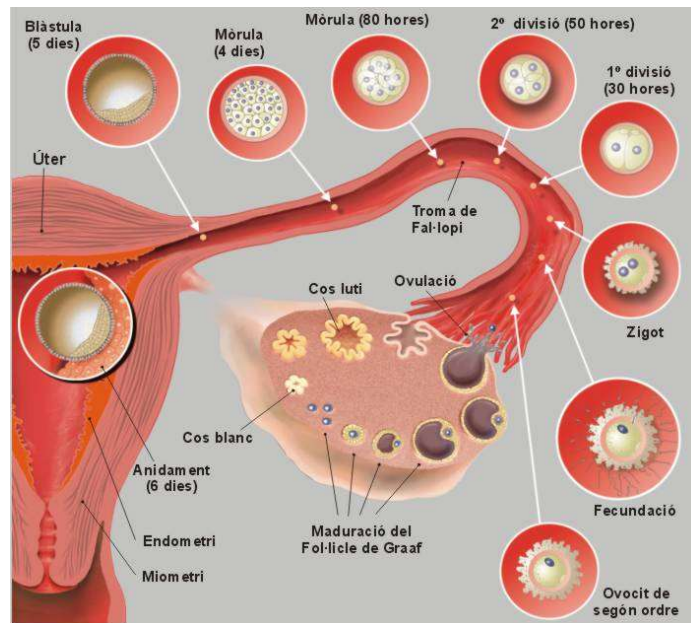
L'aparell reproductor femení està format per:

els ovaris, les trompes de Fal·lopi, l'úter, la vagina i la vulva.

Les capes de l'úter són:

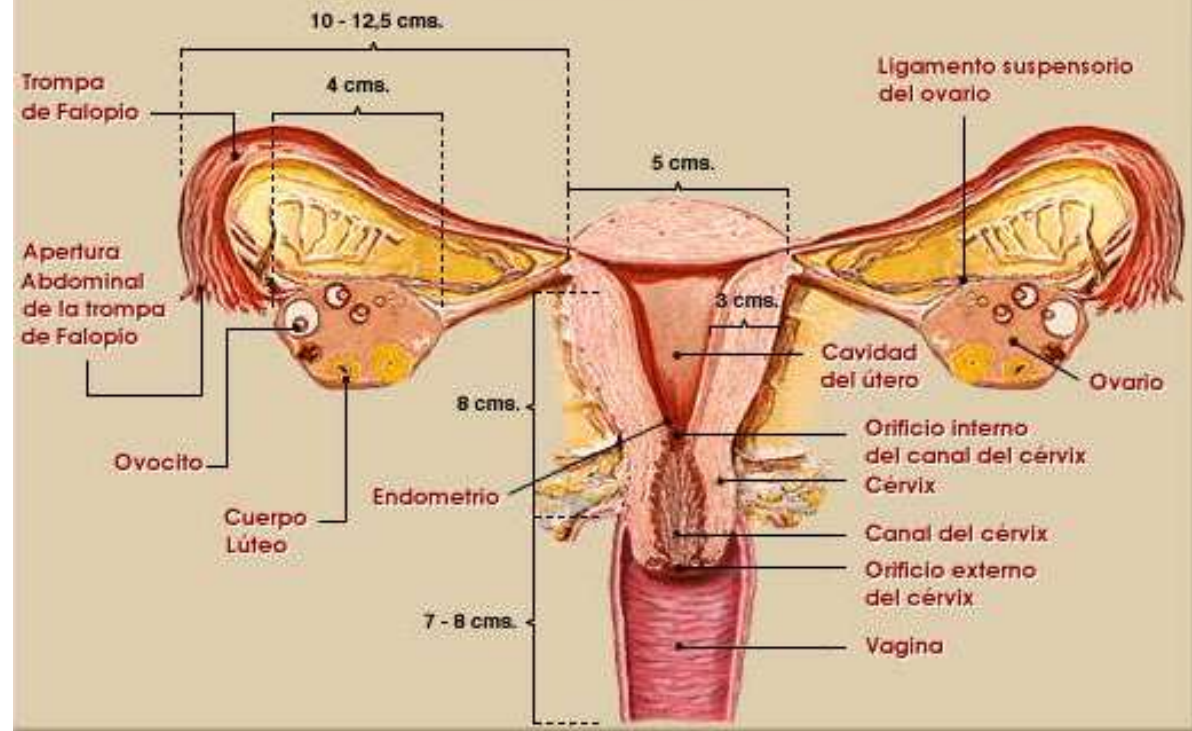
- **Endometri:** és la mucosa del L'úter
- **Miometri:** és la capa muscular gruixuda.
- **Perimetri:** és la capa serosa externa

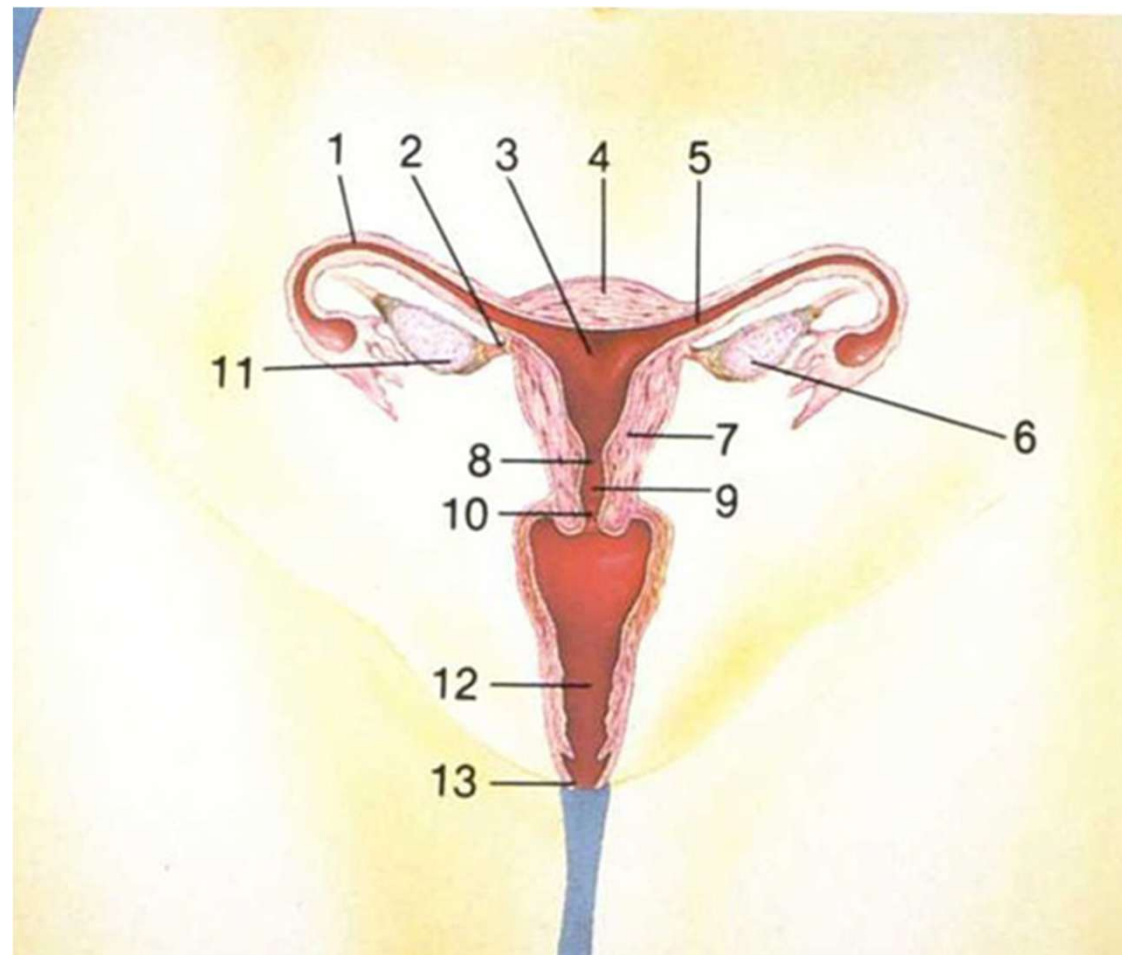


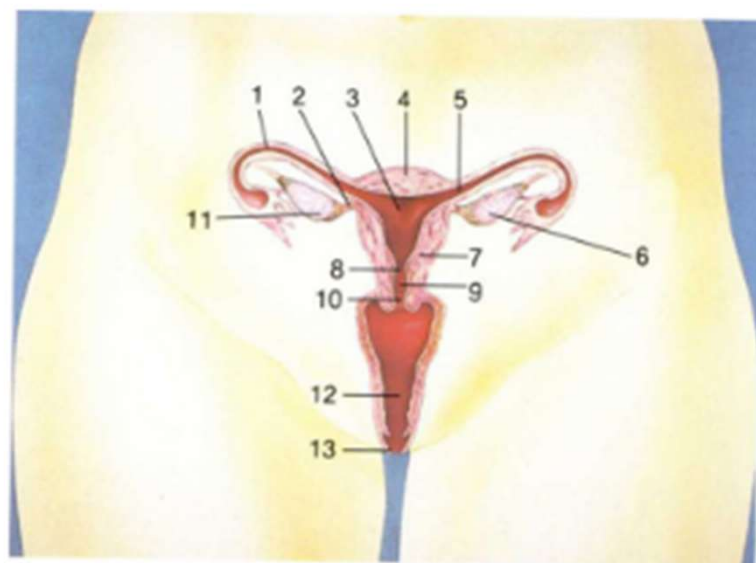




Ovarios, trompas de Falopio, útero y vagina







Úter humà: 1, trompa de Fal·lopi; 2, lligament utero-ovàric; 3, cavitat de l'úter; 4, capa muscular de l'úter; 5, orifici uterí de la trompa de Fal·lopi; 6, ovari esquerre; 7, cos de l'úter; 8, istme de l'úter; 9, coll de l'úter; 10, orifici extern de l'úter; 11, ovari dret; 12, vagina; 13, vulva

EL PART

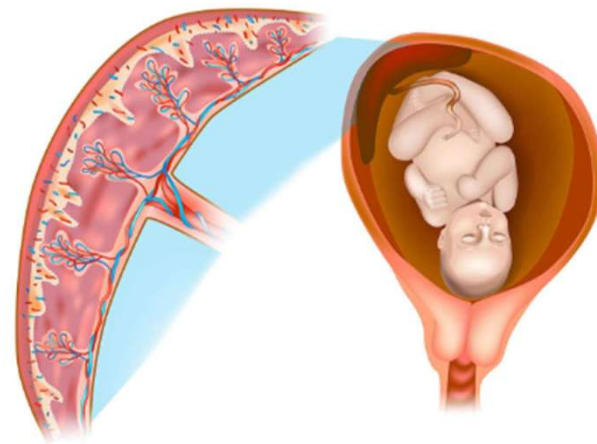
Anatomia de l'aparell genital femení en l'embaràs

ÚTER

Òrgan muscular en forma de pera que s'engrandeix per inquirir tot el fetus amb el líquid amniòtic i la placenta. El coll de l'úter (cèrvix) és la part més baixa que es comunica amb la vagina i que té un tap mucós que fa de barrera. Té una allargada d'uns 3 cm.

PLACENTA

És un òrgan en forma de disc que serveix perquè el fetus rebi aliments i oxigen de la mare, és a dir, intercanviar substàncies nutritives entre la mare i el fetus. La placenta fa d'aparell digestiu, respiratori i excretor del fetus.



EL PART

Anatomia de l'aparell genital femení en l'embaràs

.

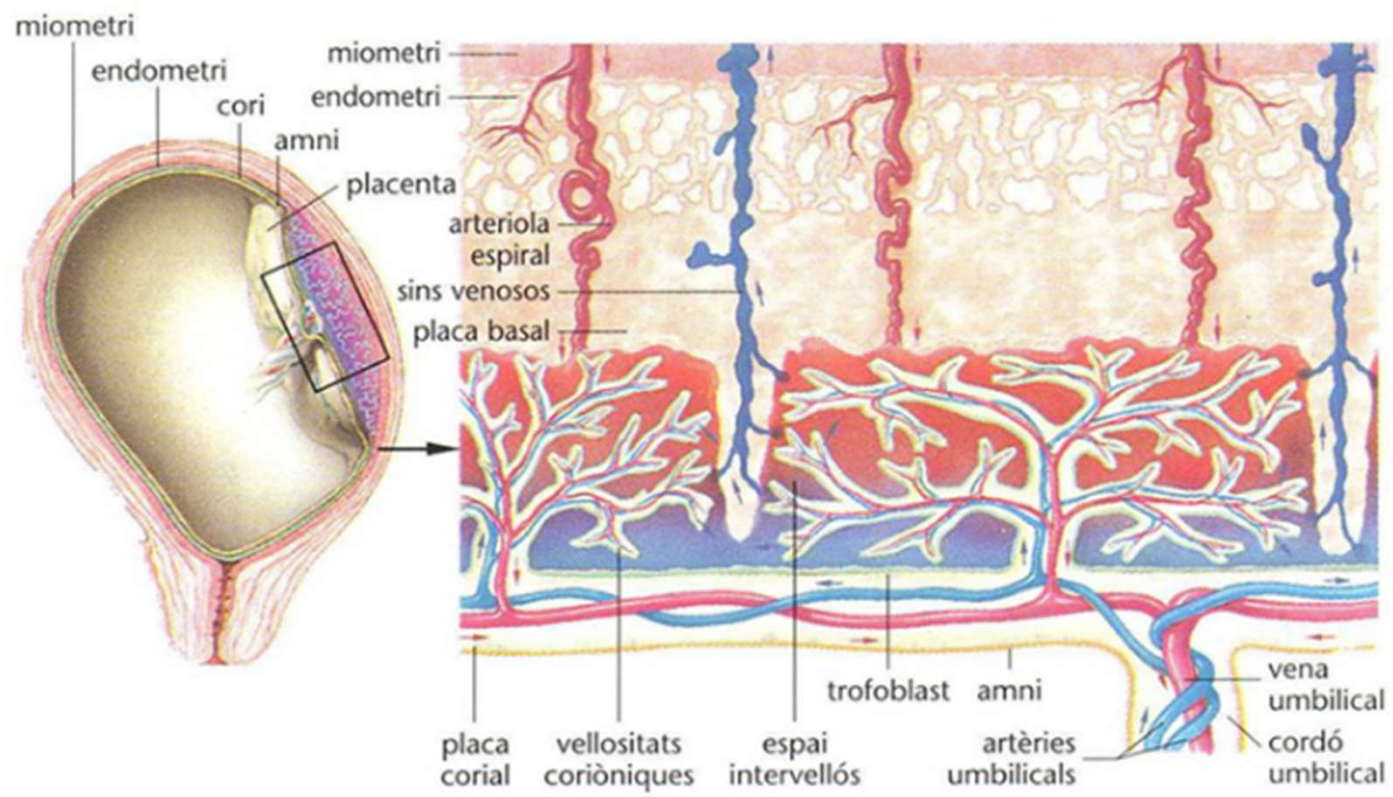
CORDÓ UMBILICAL

Lliga la part anterior de l'abdomen fetal amb la placenta. En el seu interior hi ha 1 vena i dues artèries. En un embaràs a terme fa entre 50 i 60 cm.

BOSSA D'AIGÜES(SAC AMNIÒTIC)

És una estructura tancada dins la qual hi ha el fetus i el líquid amniòtic. Està constituïda per 2 membranes. Serveix per amortir els cops.

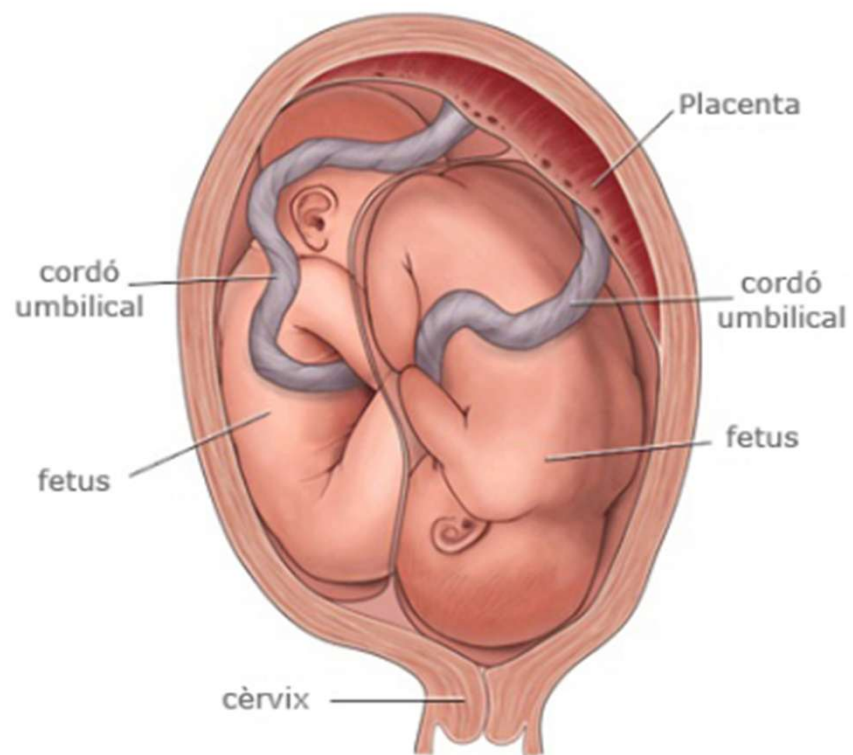




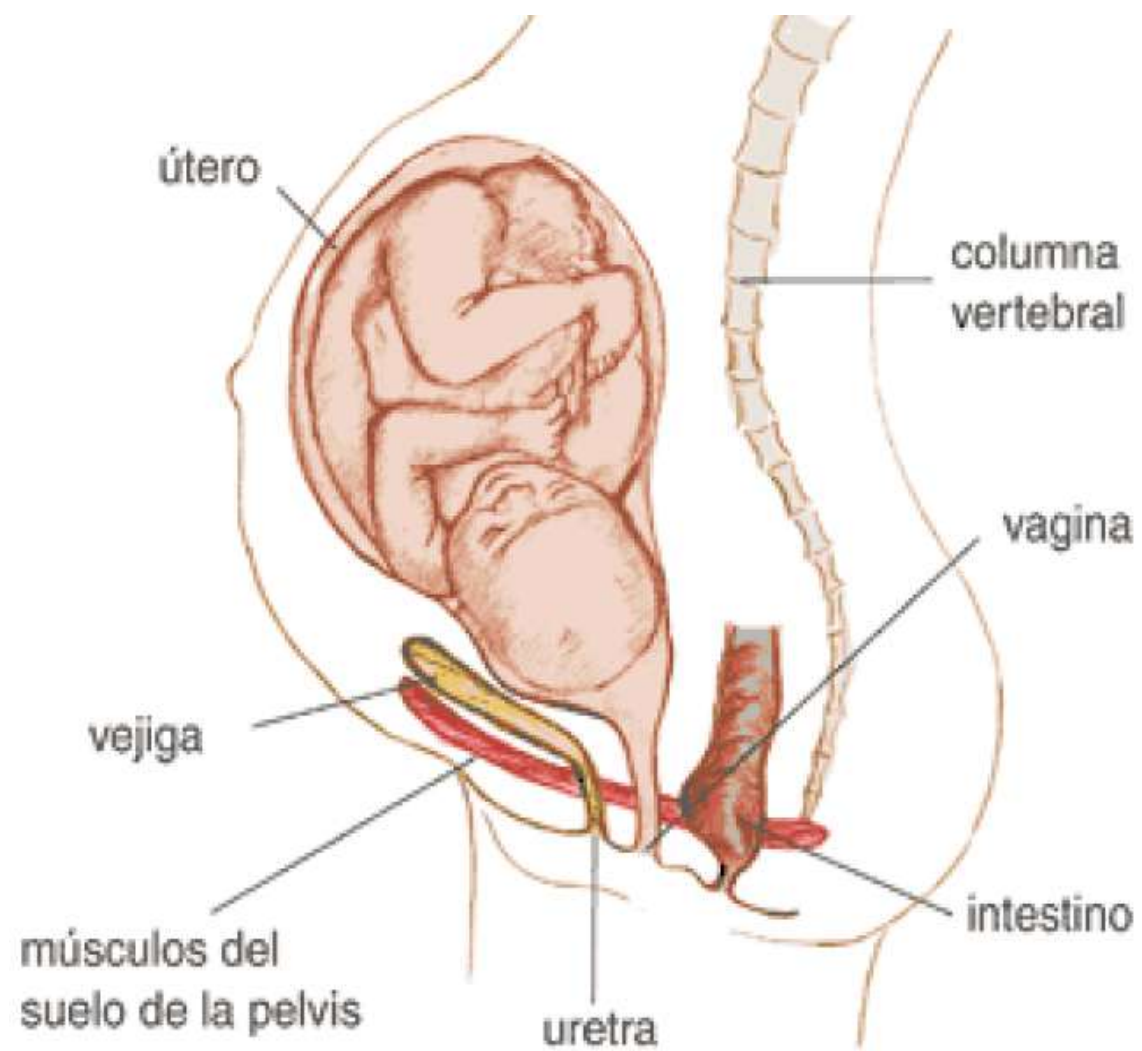


En la placenta, se intercambian los nutrientes, desechos y gases entre la sangre de la madre y la del bebé.

Embaràs bessons: Una placenta







Canvis anatòmics i fisiològics en la dona embarassada

L'embaràs és l'estat fisiològic que més s'alteren les principals funcions vitals.

Aquests canvis ja comencen en les primeres setmanes de gestació amb l'augment d'hormones com la progesterona, estrògens i endorfines.

Més endavant s'augmenten els requeriments metabòlics de la mare i el fetus i es donen canvis mecànics per l'augment de la mida de l'úter.

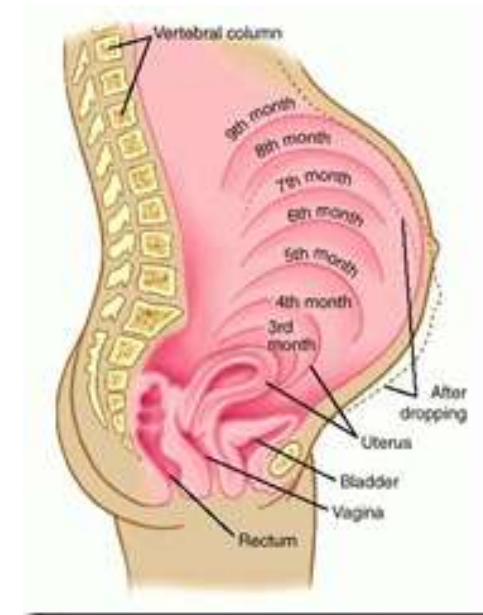
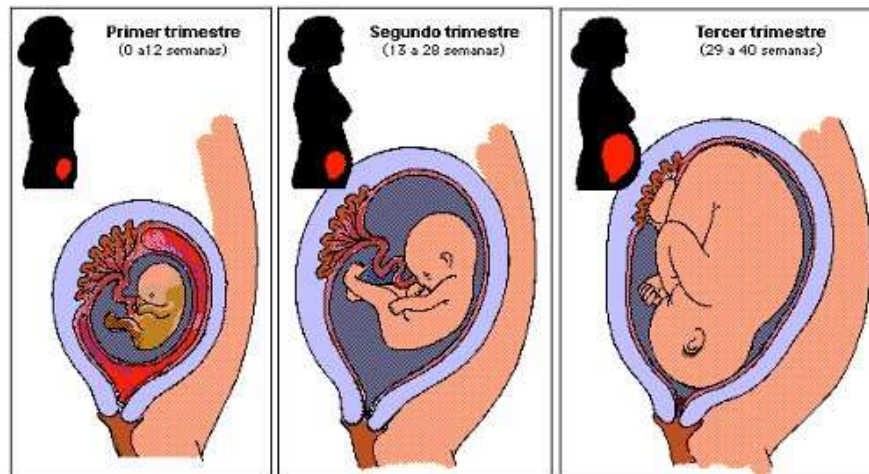




Figura 1. Efectos de embarazo en el pulmón y la anatomía pulmonar

CANVIS GESTACIONALS

Aparell respiratori

Es produeixen canvis tant a nivell anatòmic degut a l'ascens del diafragma, com a nivell fisiològic pels canvis hormonals i per l'augment dels requeriments d'oxigen.

Es produeix un augment del consum d'oxigen i de la ventilació/minut. La progesterona produeix un augment de la sensibilitat del centre respiratori.

El consum d'oxigen augmenta degut a les necessitats metabòliques de l'úter, la placenta, el fetus i l'augment de treball pulmonar i cardíac de la mare. La freqüència respiratòria s'eleva aproximadament un 20 % per compensar l'augment del consum matern d'oxigen de la mare i del nadó.

Durant el part augmenta encara més degut al treball muscular de les contraccions per empènyer el fetus pel canal del part.

<http://www.educaplus.org/play-59-Centro-respiratorio.html>

CANVIS GESTACIONALS

Aparell respiratori

A mesura que avança la gestació predomina la respiració toràcica enfront l'abdominal.

La mucosa del tracte respiratori es troba edematosa i hipervascularitzada, que fa que petits traumes puguin ocasionar sagnat de la via aèria. Aquest edema juntament amb un cert grau d'obesitat en dificulta el manteniment de la permeabilitat de la via aèria i augment el risc de IOT difícil (recomanable tubs de calibre petit).

CANVIS GESTACIONALS

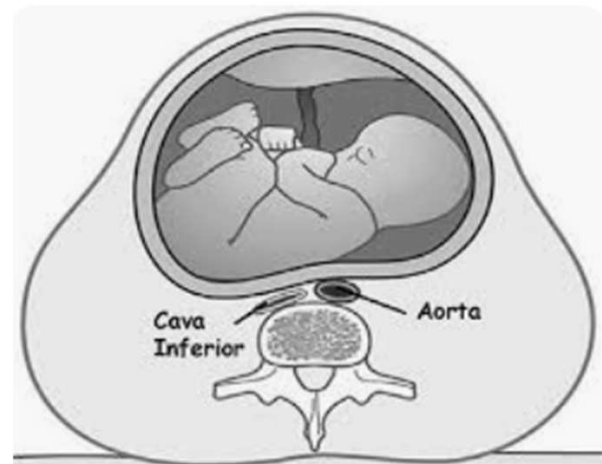
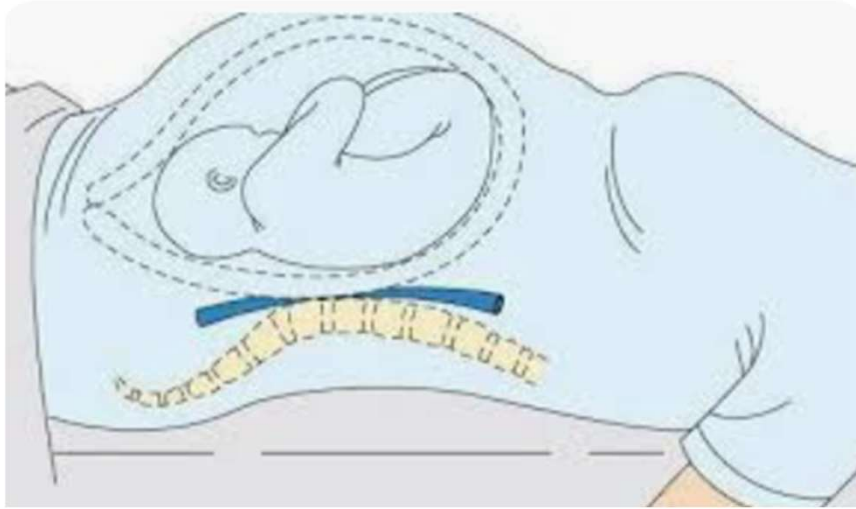
Aparell cardiovascular

Es produeix un augment de la volèmia en un 30%, bàsicament aigua i electròlits, degut a l'augment de pes de la gestant.

Aquesta hemodilució pot provocar que aparegui una anèmia fisiològica que es controla amb l'alimentació

La FC augmenta igual que la FR en aproximadament un 20 %.

La pressió arterial disminueix gradualment fins les setmanes 16 y 20 degut a la vasodilatació produïda per la progesterona i els estrògens, i després comença a augmentar fins arribar a xifres properes a les d'abans de la gestació. Pot aparèixer l'anomenat síndrome d'hipotensió supina que pot sorgir quan s'està panxa enlaire per compressió de la vena cava que i es sol recuperar quan es col·loca estirada de costat esquerra.

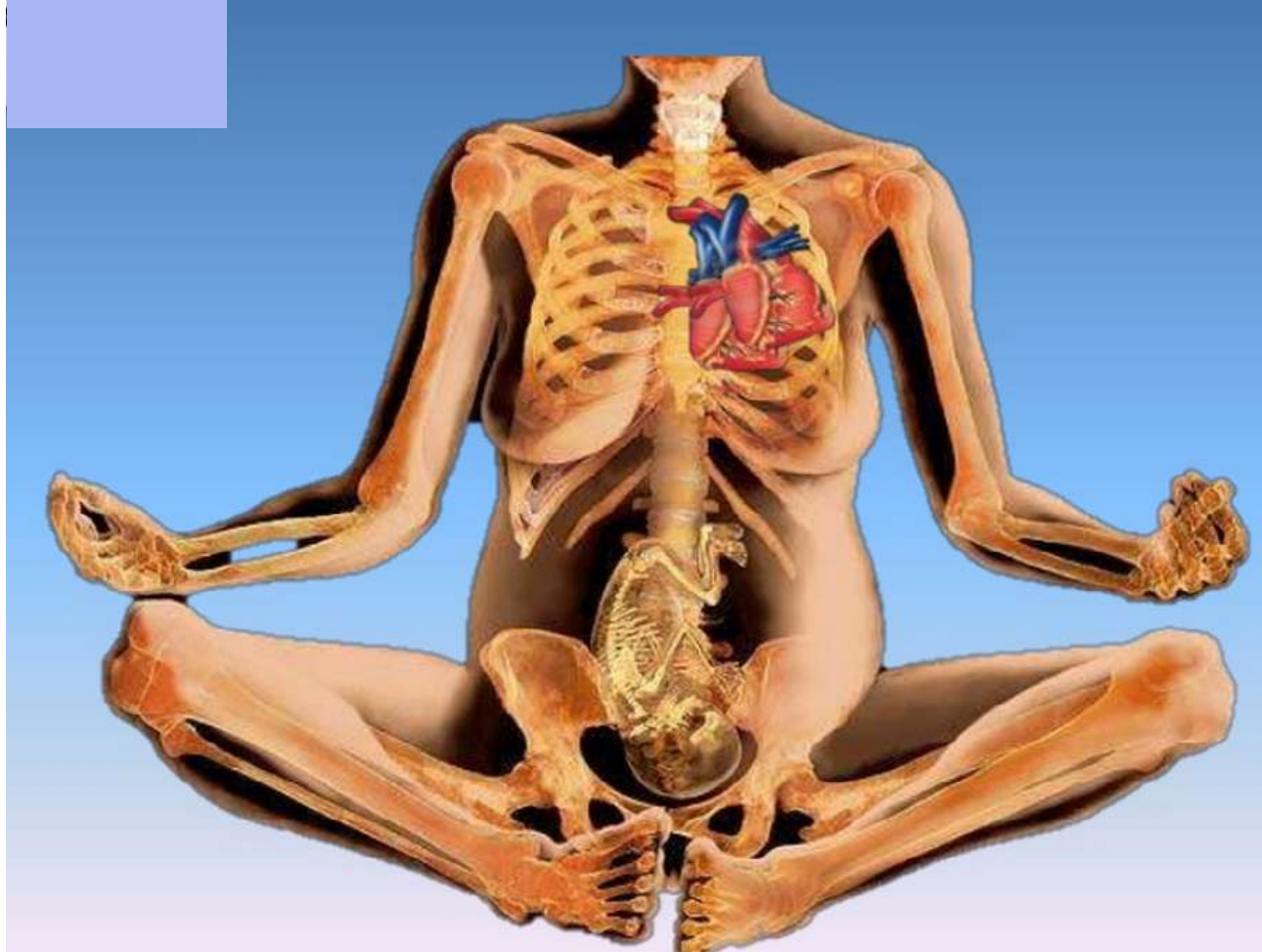


CANVIS GESTACIONALS

Aparell cardiovascular

També, la pressió de la vena femoral per l'úter gestant pot dificultar el retorn venós de les cames, cosa que pot facilitar l'aparició de varius i edemes (cames inflades). Per tal de millorar i reduir les molèsties es recomana elevar les cames i fer-se dutxes d'aigua freda.

El cor augmenta de mida i eleva la seva posició el que fa que podem trobar canvis en l'ECG.



Canvi en la posició del cor

CANVIS GESTACIONALS

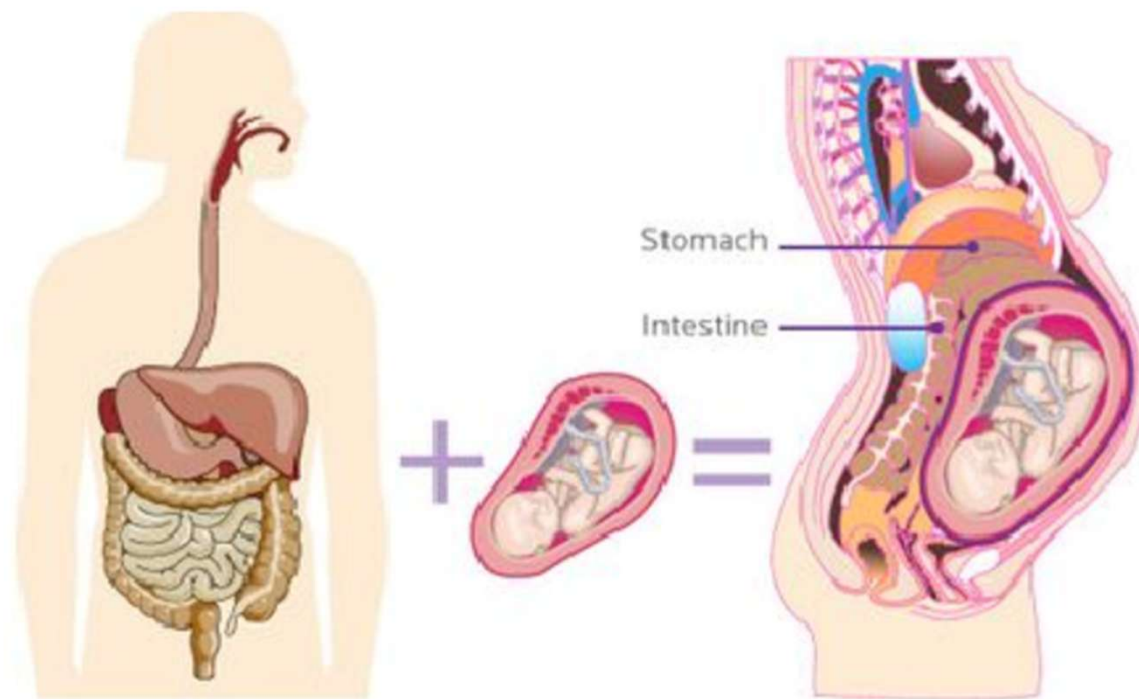
Aparell digestiu

A mesura que l'úter creix va desplaçant el contingut abdominal en direcció cranial.

El canvi de posició de l'estómac fa que es modifiqui la posició de l'esfínter gastroesofàgic que perd el seu mecanisme valvular produint la piroisi i esofagitis per reflux del contingut gàstric. Així com les nàusees.

Es redueix la mobilitat gastrointestinal (el peristaltisme) i el buidament gàstric és més lent per l'efecte de la compressió. Es comú el restrenyiment degut a la major absorció d'aigua al colon.

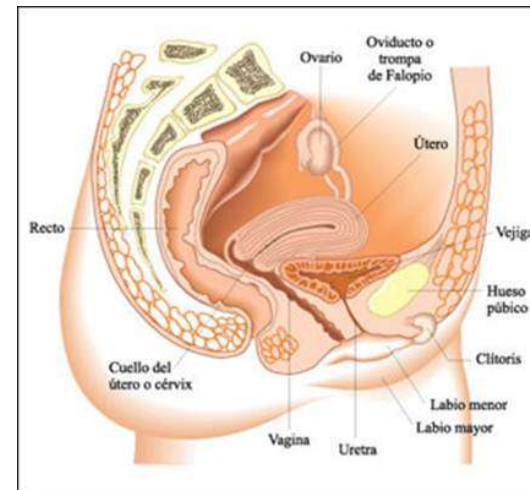
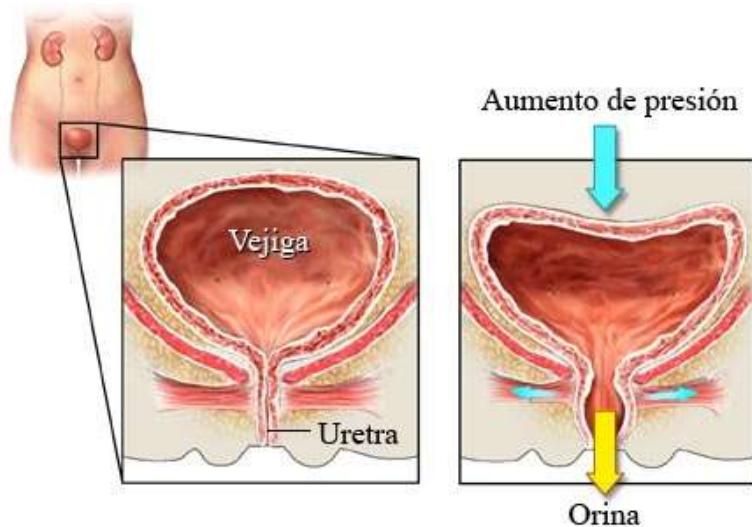




Aparell excretor

La bufeta de l'orina a mesura que passen les setmanes agafa una posició anatòmica menys protegida per óssos.

La compressió fa augmentar la necessitat d'orina degut a què la bufeta no té igual capacitat d'ompliment.



EL PART

El part és un procés fisiològic que té lloc generalment als 280 dies després de l'última menstruació pel qual el fetus surt de la cavitat uterina a l'exterior a través de la via vaginal.

En el part hi ha tres mecanismes que interaccionen.

- El motor (contraccions de l'úter).
- El fetus (objecte passiu).
- El canal (ossi i tou, pelvis i vagina, respectivament).

EL PART

Un part pot ser:

- **Eutòcic**: es produeix de manera espontània per la via vaginal de la mare. El fetus es troba en posició cefàlica occipúbica.
- **Distòcic**: es necessita l'ajuda d'un especialista per l'expulsió fetal.

Les complicacions en el part poden portar a situacions de risc tant per la mare com pel fill.

Segons l'edat gestacional un part és:

- **A terme**: quan es produeix entre les setmanes 37 i 42
- **Prematur**: abans de la setmana 37
- **Gran prematur**: abans de 25 setmanes de gestació
- **Post terme**: > 42 setmanes



EL PART

El part té diferents fases:

A. Pròdroms de part (prepart)

B. Part pròpiament dit

- **Fase de dilatació**
- **Fase de sortida del nadó(expulsió)**
- **Sortida de la placenta (enllumenament)**

EL PART

Pròdroms de part

És un període d'avís en què l'embarassada té uns símptomes característics que indiquen la imminència del part. Són els dies o hores previs al part.

Els signes i símptomes que poden aparèixer són:

- Dolor de tipus menstrual
- Contraccions irregulars, de poca intensitat i curta durada.
- Despreniment del tap mucós
- Trencament de membranes (en aquest cas el part es produeix en les 24 hores posteriors)
- Sensació de pressió en la zona de bufeta i recte.
- Disminució de moviments fetals

Tap mucós



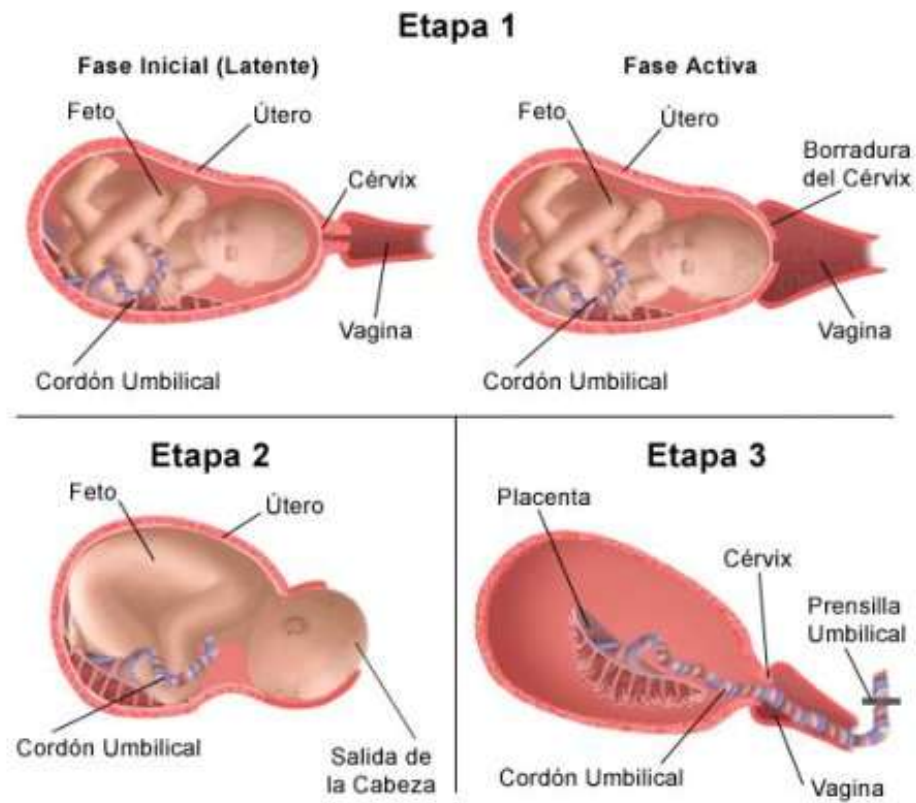
Trencament de la
bossa de les aigües



Les fases del part

<https://www.youtube.com/watch?v=j4Hdzv3vZhw>

<https://www.youtube.com/watch?v=c-8310tqxuk>



EL PART

Fase de dilatació

Període en què el coll uterí es dilata fins als **10 cm**.

El ritme de dilatació pot variar molt entre gestants.

En aquesta fase les contraccions són intenses i llargues.

Si no s'havia trencat la bossa d'aigües ho pot fer durant aquest període.

Durant aquesta fase hi ha diferents posicions per col·locar la gestant.

- Decúbit lateral: per descansar
- Dempeus
- Asseguda sobre una pilota grossa
- Genupectoral

La pitjor posició és en decúbit supí, perquè limita la mobilitat de la pelvis, impedeix que intervingui la força de la gravetat i pot afavorir la hipotensió materna i la hipòxia fetal.



Font: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>



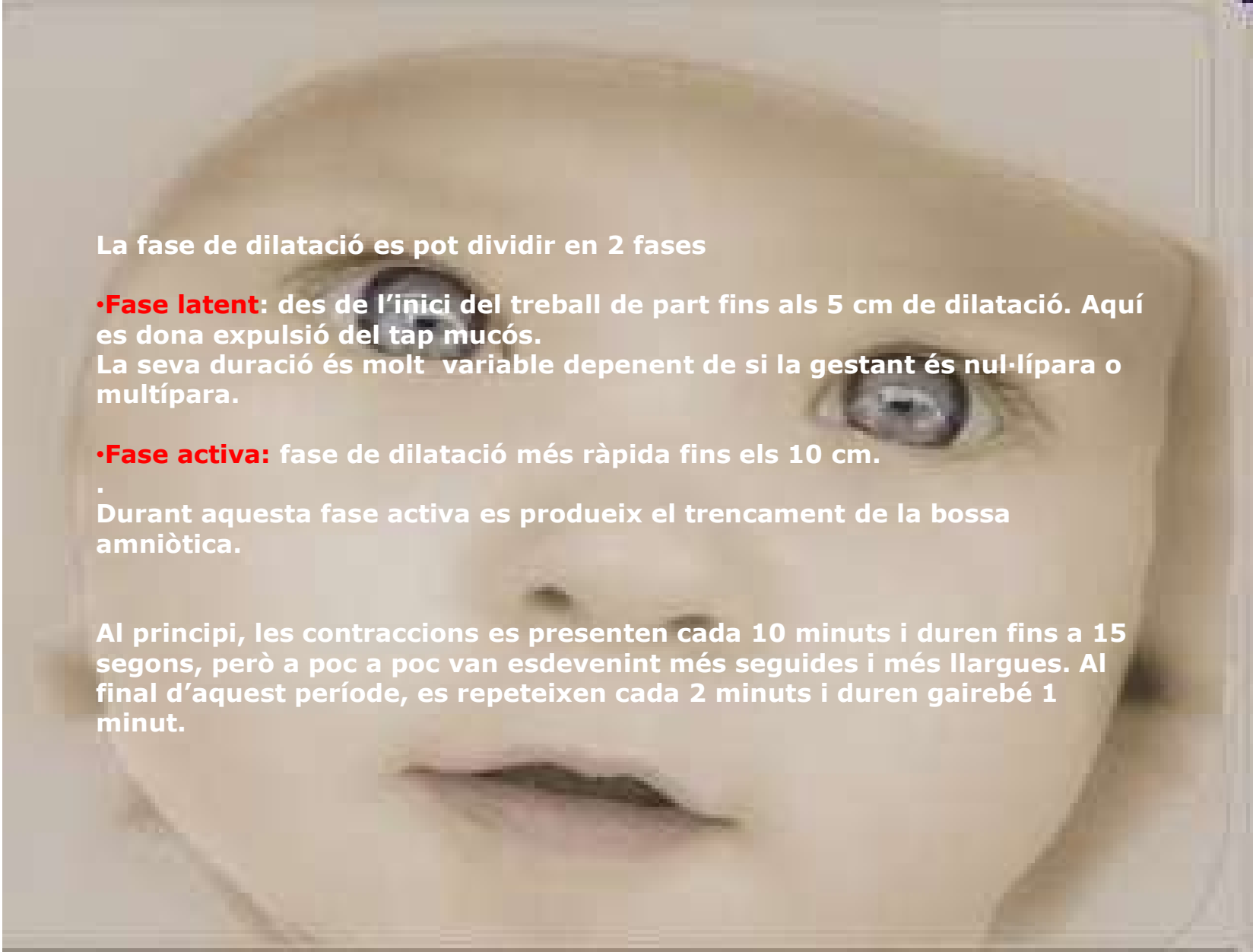
Font: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>



Font: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>



Font: Marga Vergara



La fase de dilatació es pot dividir en 2 fases

•**Fase latent:** des de l'inici del treball de part fins als 5 cm de dilatació. Aquí es dona expulsió del tap mucós.
La seva duració és molt variable depenent de si la gestant és nul·lípara o multípara.

•**Fase activa:** fase de dilatació més ràpida fins els 10 cm.

.
Durant aquesta fase activa es produeix el trencament de la bossa amniòtica.

Al principi, les contraccions es presenten cada 10 minuts i duren fins a 15 segons, però a poc a poc van esdevenint més seguides i més llargues. Al final d'aquest període, es repeteixen cada 2 minuts i duren gairebé 1 minut.



Temps de contracció: és el temps des de que comença fins que es dona la relaxació.

Temps d'interval: temps que transcorre entre 2 contraccions consecutives.



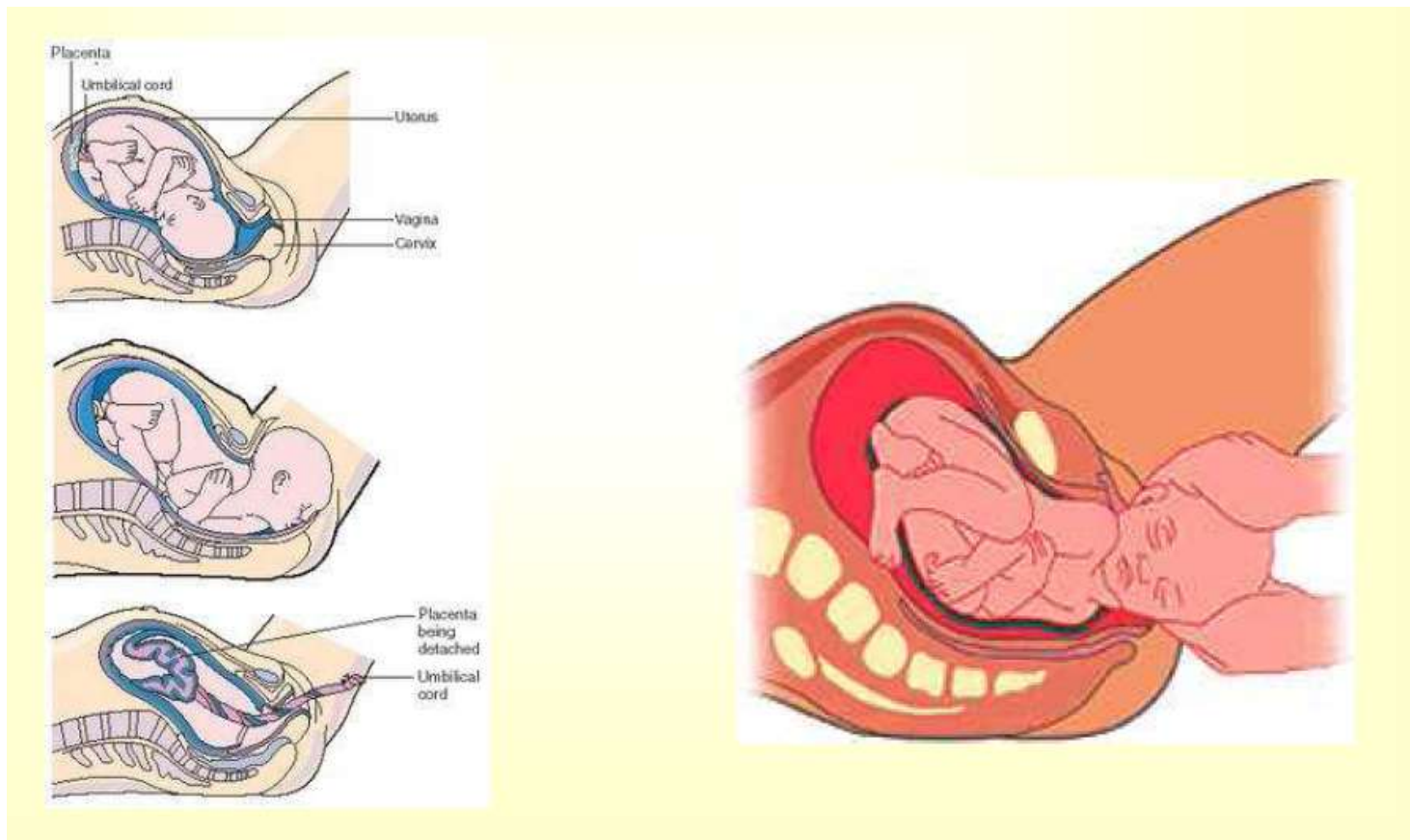
***Cuello de primípara antes
del trabajo de parto***



***Cuello cervical
de múltipara***

Una vegada s'ha dilatat l'úter els 10cm, el fetus comença el descens pel canal del part.

La part del nen que primer apareix per l'obertura vaginal sol ser el cap i s'anomena **presentació**.





EL PART

•Fase de sortida del nadó (Expulsiu)

És el pas del nadó pel canal del part des de l'úter fins l'exterior, gràcies a les contraccions involuntàries de la musculatura uterina i a les apretades maternes.

És el descens fetal a través de la pelvis materna.

- Augmenta el sagnat vaginal
- Desig matern d'empènyer en cada contracció
- Presència de nàusees i vòmits.

EL PART

•Fase de sortida de la placenta

Aquesta fase dura entre 15 i 30 minuts . Es considera que hi ha retenció de placenta si passen més de 30 minuts.

Un cop pinçat i tallat el cordó, la sang que encara conté a l'interior, així com la sang de l'interior de la placenta, es pot recollir i utilitzar per a la conservació privada de cèl·lules mare del cordó umbilical, o bé donar-se amb finalitat altruista al banc de sang de cordó umbilical.



ATENCIÓ AL PART



El part normal és el procés fisiològic únic, en el que la dona finalitza la seva gestació a termini i en el qual estan implicats factors psicològics i socioculturals. El seu inici és espontani, es desenvolupa i finalitza sense complicacions, culmina amb el naixement del nadó i no implica cap més intervenció que el suport integral i respectuós.

Un part és imminent quan aquest es troba en fase expulsiva i el fetus ja es troba coronant. Se sol donar en dones múltiples, ja que noten més tard les contraccions, quan el fetus ja travessa el canal del part.

Quan es considera que un part és imminent ??

Cal realitzar el **Test de Malinas**



Puntuación Malinas	0	1	2	Valoración
Paridad	Primípara	Secundípara	Múltipara	
Duración del parto	<3 h	3-5 h	>6 h	
Duración contracción	<1 min	1 min	>1 min	
Intervalo entre contracción	>5 min	3-5 min	<3 min	
Rotura de la bolsa	No	Inmediata	>1 h	
Total puntuación				

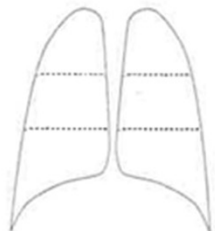


EXPLORACIÓ FÍSICA II

APARELL RESPIRATORI

AUSCULTACIÓ PULMONAR

- Hipoventilació**
- Abolít**
- Crepitants**
- Roncs**
- Sibilants**
- Espiració allargada**
- Matidesa**
- Timpanisme**



NEUROLOGIC

- | | |
|--|--|
| ☐ NORMAL | ☐ Meningisme |
| ☐ FOCALITAT NEUROL. | ☐ Alt. parells cranials |
| | ☐ Alt. motora |
| | ☐ Alt. Sensitiva |
| | ☐ ROTs patològics |
| | ☐ RCPen extensió |
| | ☐ Dismetria |
| | ☐ Alt. de la marxa |

APARELL CARDIOCIRCULATORI

AUSCULTACIÓ CARDÍACA

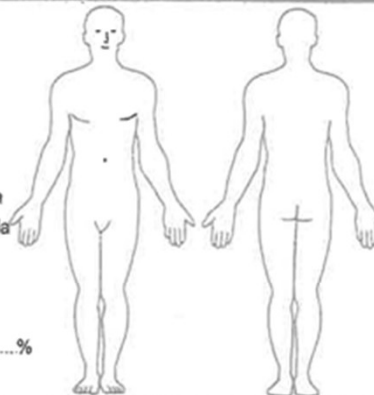
- ☐ Rítmic ☐ Arrítmic ☐ Galop
☐ Tons esmortelts ☐ Ingurgitació jugular
☐ Bufs ☐ Reflux hepatojugular
☐ Frec pericàrdic ☐ Edemes a Eel
☐ Alteració polsos perifèrics
☐ Signes de TVP

ABDOMEN

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ NORMAL | ☐ Visceromegalia |
| ☐ ANORMAL | ☐ Masses |
| | ☐ Peritonisme |
| | ☐ Puny percussió lumbar + |
| | ☐ Tacte rectal patològic |

APARELL LOCOMOTOR

- A** Amputació
Ax Aixafament
C Contusió
D Dolor
E Erosió
Ev Evisceració
FO Fractura Oberta
FT Fractura tancada
Fa Ferida
H Hemorràgia
L Luxació
Q Cremades.....%



COMENTARIS

MONITORITZACIÓ DE CONSTANTS

[illegible]

ECG

HORA:..... AMB DOLOR ☐ Si ☐ No FREQUÊNCIA.....bmp EIX

RITME ☐ Sinusual ☐ Altre.....BLOQUEIG ☐ No ☐ Si.....

ONDA Q ☐ No ☐ Si

ALTERACIÓ ST ☐ No ☐ Si

[illegible]

Observaciones

ESCALES DE VALORACIÓ

HORA	RTS	ITP	APGAR	MALINAS



Si el part és imminent (Malinas > 7 i amb ganes d'empènyer) col·loquem a la gestant en un lloc còmode i tranquil en posició ginecològica o de litotomia, per poder assistir al part.



Actuació en el part:

- Recollida d'informació de la pacient (dades gestació, constants, patologies...)
- Valorar la proximitat d'un centre hospitalari
- Valorar l'estat de la gestant i el moment del part en què es troba
- Col·locar la pacient en la posició adequada en cas d'assistència al part
- Preparació del material per assistir al part
- Col·laborar en les tècniques d'assistència del personal mèdic (SVA)

Les claus diagnòstiques:

•Anamnesi:

- Edat
- Antecedents
- Paritat i evolució parts anteriors
- Nº i durada de les contraccions
- Data probable part (DPP)
- Temps de despreniment del tap mucós
- Ruptura bossa amniòtica
- Factors de risc de la mare
- Controls prenatals

•Exploració física de la gestant

- Constants vitals
- Control de la freqüència i durada de les contraccions

Mesures que cal tenir en compte:

- S'ha d'activar una unitat de SVA per control del nadó i de la gestant post-part i per si surten complicacions durant el part.
- Control de l'angoixa de la pacient i tranquil·litzar-la. És aconsellable que la gestant estigui acompanyada en tot moment per un familiar o persona de confiança.
- Hem de donar recolzament psicològic en tot moment, tant a la dona com a la família.
- Encara que el part no necessita un grau d'esterilitat com el que s'utilitza en un quiròfan, hem d'intentar crear un camp el més net possible .
- Administració d'oxigenoteràpia, si cal.
- Desinfecció del perineu i col·locació de draps estèrils sota les natges per crear una zona el més asèptica possible.
- Demanar a la mare que descansi entre contracció i contracció.
- Control de constants vitals

Equip necessari pel part (kit de part)

- Guants, mascareta i ulleres
- Bata de cel.lulosa
- Roba neta i absorbent: talles, xopadors, tovalloles,..
- Apòsits de gassa grans
- Apòsits de gassa petits
- Tisores
- Pinces de cordó umbilical
- Bossa de plàstic per la placenta
- Pera de succió
- Gorro pel nadó
- Sèrum d'irrigació
- Betadine



Procediment de part

Si el part és imminent cal posar-nos el material i col·locar la mare en un entorn adequat i agradable i protegir la seva intimitat.

S'ha de caldejar l'ambulància o l'habitació per tal d'evitar la hipotèrmia del nadó, per tant, tancarem portes i finestres per evitar corrents d'aire.

Posar la mare en posició de part, posant sota la pelvis material absorbent. Es pot tapar les cames i abdomen amb un llençol per prevenir la intimitat.

Quan el nen avança pel canal del part la mare sent la necessitat d'empènyer. Cal recordar que no s'ha d'arquejar l'esquena sinó que és millor doblegar el cap de manera que la barbeta toqui el tòrax i agafar-se dels genolls. Per això elevarem el tòrax posant coixins o mantes sota el cap. S'hauria d'animar a contenir la respiració uns segons mentre empeny.

No s'ha d'empènyer massa estona perquè es pot donar esquinçament del perineu, trencament de vasos sanguinis i cansament excessiu de la mare.



Mesures per a la prevenció d'infeccions

Respectar les normes bàsiques d'asèpsia és un principi fonamental en l'assistència al part en tots els seus períodes, per evitar contaminacions en les maniobres que es realitzin durant la dilatació i/o durant l'expulsiu.

Mesures d'asèpsia:

- ✓ Ús de guants: Els guants seran sempre d'un sol ús i s'hauran de col·locar abans de qualsevol contacte amb la dona.
- ✓ Higiene de mans: El rentat de mans amb sol·lució alcohòlica o aigua i sabó abans i després de cada contacte amb la dona és la millor mesura per reduir la contaminació creuada entre dones, nadons i professionals sanitaris
- ✓ Roba: Els equips de protecció han de ser seleccionats en funció del risc de transmissió de microorganismes a la dona i del risc de contaminació de la roba i la pell del personal sanitari per la sang, líquids corporals, secrecions o excrements de la dona.

ATENCIÓ A LA MARE

Control de l'angoixa, tranquil·litzar-la. Crear un ambient tranquil i càlid per evitar la hipotèrmia

Desinfecció del periné i col·locació de talles estèrils i empapadors

Tenir el material a punt.

A:

B: control respiratori i oxigenoteràpia si cal

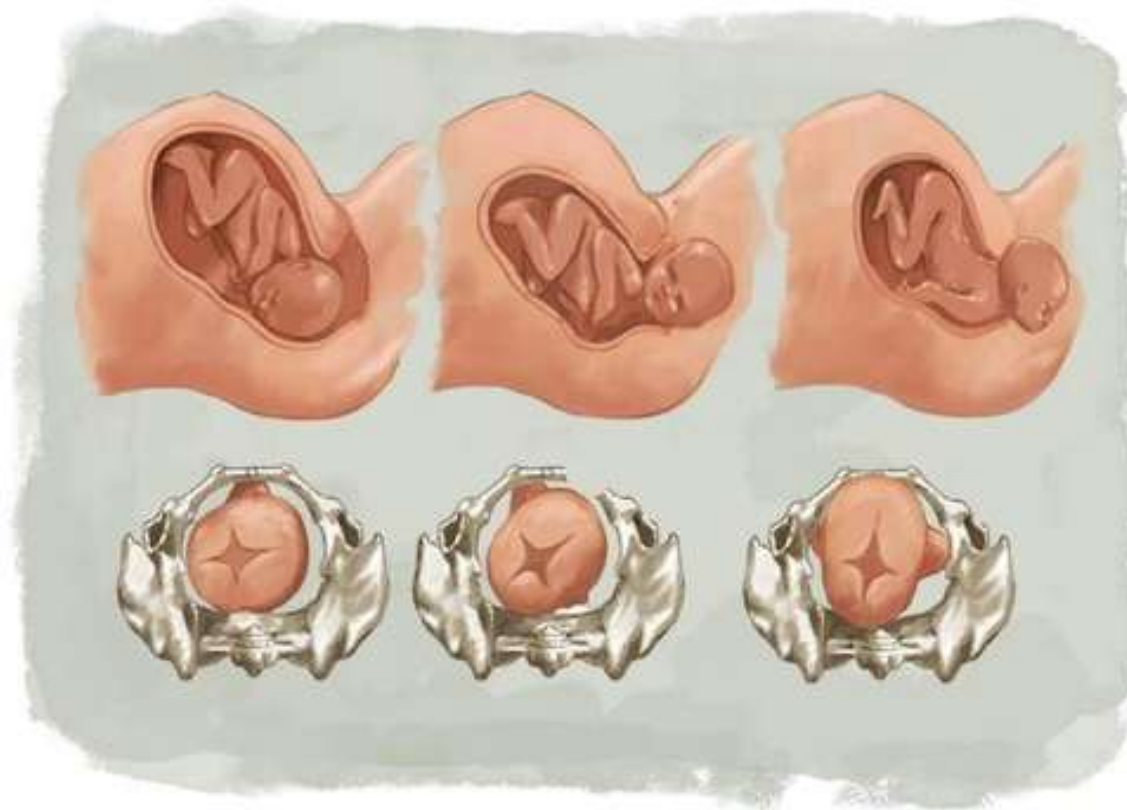
Informar a la mare que ha d'empènyer durant la contracció de manera seguida i intensa i descansar entre contraccions.

C: Monitoritzar i control de constants

Ajudar a infermera i metge en la preparació del material per col·locació de vies.

Observar en tot moment el sagnat vaginal i sospita de shock.

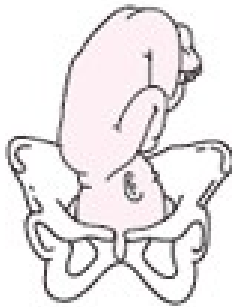
D: avaluació de l'estat neurològic.



<https://www.youtube.com/watch?v=ymctFLLswRQ>
https://prezi.com/4_0oxpddczom/part-imminent/

La posició normal del fetus en el moment del part és cefàlica de front i anterior.

Cefàlica de front: cap flexionat i inclinat sobre el pit i els braços i les cames es troben recollits cap el centre del pit. D'aquesta manera el primer que surt és la corona del cap.



En una posició cefàlica de cara , és a dir, amb el cap tirat cap enrere, el primer que es veurà en la sortida són el cara, la barbeta o el front, superfícies més grans i per tant amb més dificultat d'expulsió.

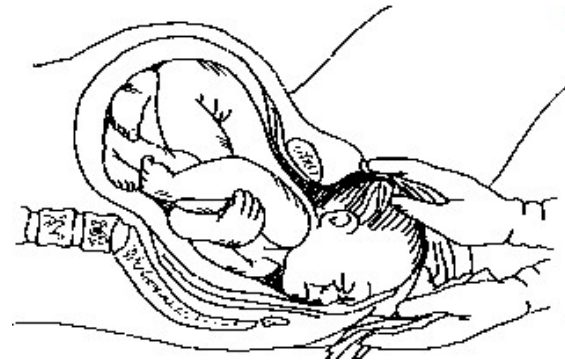
Anterior: La nuca i l'espatlla del fetus estan sobre el pubis i l'abdomen matern, és a dir, a través de la panxa de la mare veuríem l'esquena del fetus. Així és més fàcil el descens del fetus.

Procediment de part

Actuacions per facilitar el part:

https://www.youtube.com/watch?v=KIC_TNxGcfM

1. S'ha de deixar que el cap surti de manera gradual i controlada, per evitar l'esquinçament del perineu. Això s'aconsegueix posant una mà sobre el perineu de la mare (amb una gassa estèril) mentre amb l'altre aguantem el cap del nen, fent lleugera pressió per evitar un part explosiu.





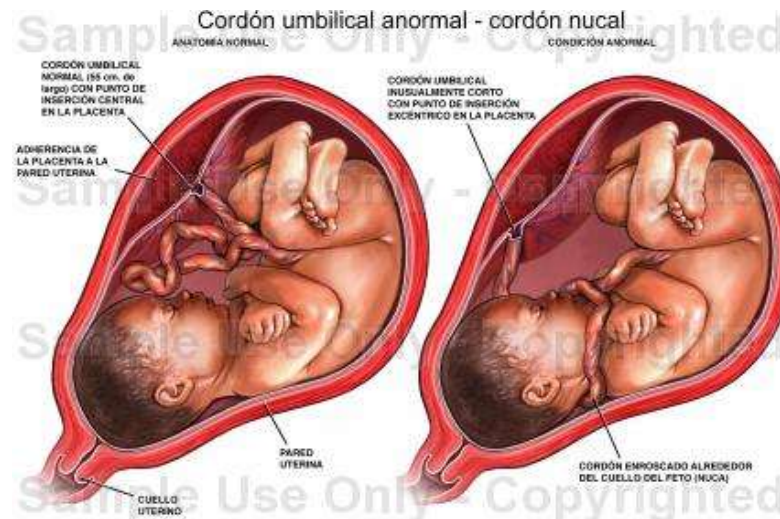
Quan el cap és fora es pot netejar les secrecions de la cara, nas i boca, amb una gassa estèril, afavorint la sortida del líquid amniòtic pulmonar.

També es pot fer després de la sortida del nadó.

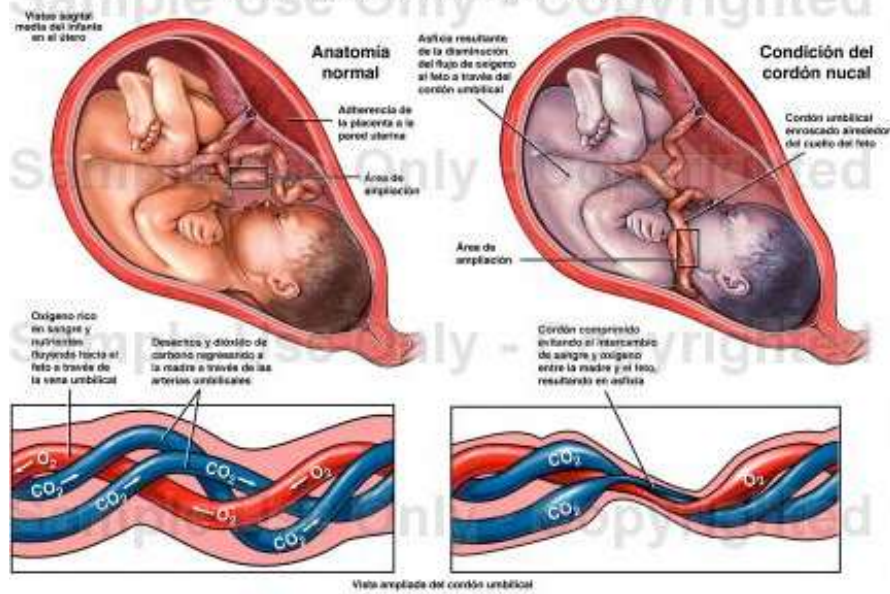


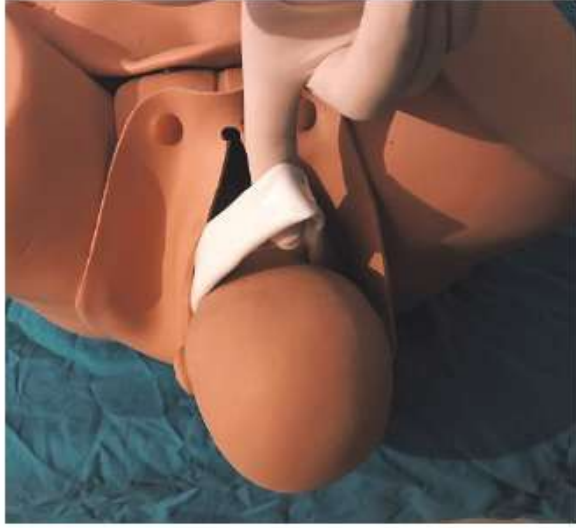
2. S'ha de comprovar que el nadó no porti voltes de cordó umbilical al coll. Si és així s'haurà de passar els dits per afloixar el cordó i passar-lo sobre el cap del nen.

La presència de voltes de cordó umbilical durant la gestació no té perquè ser patològic (disminució de l'arribada d'oxigen al fetus) , però durant el treball de part i en el descens del nadó pel canal del part potser que es pressioni una artèria impedit el pas de sang cap al nadó.



Cordón nual del feto y asfixia ulterior





3. A continuació el cap del nadó gira un quart de volta cap a un costat en es següents contraccions.

Aguantant el cap i empenyent cap avall s'ha de permetre la sortida de l'espatlla anterior (sota el pubis de la mare) i després al revés per sortir l'altra espatlla. La resta del cos sortirà molt ràpidament.





S'ha de tenir molta cura en subjectar bé el nen perquè quan neix està cobert d'una capa de greix (vèrnix) i aquesta és molt relloscosa.

El vèrnix està compost d'aigua, greixos i proteïnes i serveix per protegir la pell del fetus dels efectes irritants del líquid amniòtic i de la deshidratació impedit que s'esquerdi.



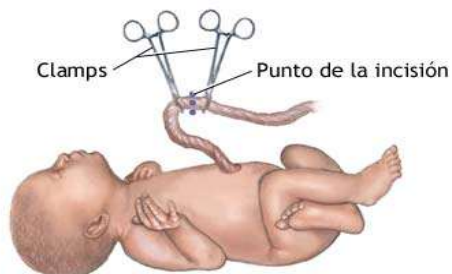
4. Tot seguit netejar el nen i posar-lo sobre l'abdomen de la mare, mentre es frega per estimular-lo i tapar-lo i eixugar-lo per evitar la pèrdua de calor (hipotèrmia).



Una vegada el nadó està col·locat sobre la mare i les constants són correctes (fer valoració neonatal) , s'ha de pinçar el cordó umbilical a una distància d'uns 10 cm de l'abdomen del nen i després una segona pinça a un pam de la primera, en direcció a la mare.



El cirujano sujeta con una pinza y corta el cordón umbilical



ATENCIÓ A LA MARE

Atenció a la mare

Després del part la mare està molt cansada, però també emocionada. Aquí comença el puerperi.

- Seguir controlant constants vitals (TA, FC, temperatura..)
- Col·locar-la en posició còmoda i canviar tot aquella roba bruta per neta per afavorir la comoditat.
- Mantenir contacte amb la mare fins al trasllat a l'hospital.
- Vigilar l'expulsió de la placenta i quan surti embolicar-la i posar-la en una bossa de plàstic. Si no s'havia pinçat el cordó fer-ho ara
- Cal traslladar-la amb apòsits entre les cames i les cames estirades i peus creuats per controlar la pèrdua de sang en el post part. En cas d'hemorràgia cal guardar els apòsits bruts de sang per control de volum perdut. Molt important el control de les hemorràgies post-part.

El puerperi és el període de temps que s'esdevé des del naixement i el deslliurament de la placenta i que es caracteritza per una sèrie de transformacions progressives anatòmiques i funcionals en que es restableix l'estat fisiològic anterior a la gestació, amb una duració variable generalment d'unes 6 setmanes, 40-45 dies.

El puerperi compren diferents etapes, dividides clàssicament en:

- **Puerperi immediat: Abarca les primeres 2h després del part.**
- Puerperi precoç: Compren fins al setè-desè dia postpart.
- Puerperi tardà: Correspon al període de temps restant fins als 40-45 dies després del part i el retorn de la menstruació.

S'ha de garantir l'atenció continuada i unificada de les cures proporcionades a mare i nadó des de l'inici del puerperi immediat i fins el puerperi tardà en els diferents nivells assistencials que l'atendran.

És important durant les primeres hores de vida, i tota l'estada hospitalària, donar suport a aquest procés de transició evitant la separació del binomi mare-nadó.

ATENCIÓ AL NOUNAT



Tot i que no és possible predir si un nadó necessitarà o no reanimació, la recollida d'informació els factors de risc de la mare durant la gestació o la nostra observació durant el part, ens permetrà anticipar-nos als problemes i a organitzar-nos en la nostra actuació.

Els tècnics han d'estar formats en RCP neonatal, però sempre cal una unitat de SVA.

Els factors de risc són:

Factors de risc prenatals	Factors de risc durant el part
• Diabetis materna • HTA o gestacional • Amnionitis • Polihidramnios • Gestació post-terme(>42 setmanes) • Embaràs no controlat • Edat materna (>35 o <16) • Morts fetals prèvies	• Presentació anòmala • Part prematur (<35 s) • Prolapse de cordó • Meconi en el LA • DPPNI o placenta prèvia • Bradicàrdia fetal

Els nadons quan neixen tenen un aspecte blavós (cianosi) i van agafant color rosat a mesura que van respirant pulmonarment, per tant quan neix se l'ha d'estimular perquè respiri amb normalitat. Si cal s'ha de netejar la via respiratòria aspirant les secrecions que hi puguin haver amb la pera de succió, si és poca cosa. Si és més greu ja cal aspirador de secrecions amb sondes d'aspiració.



El part és un moment de molts canvis adaptatius en el nadó. L'intercanvi de gasos que durant l'etapa fetal es feia a través de la placenta passa a ser a través dels pulmons.

En ocasions és necessari donar suport a aquest procés de transició de la vida intrauterina a l'extrauterina.

És important al moment de néixer realitzar una valoració immediata de la respiració i del to muscular. Segons l'estat del nadó, s'hauran de realitzar maniobres d'estabilització inicial i, si no presenta una resposta satisfactòria, caldrà seguir els passos de reanimació neonatal segons l'algoritme proposat pel grup de Reanimació cardiopulmonar (RCP) neonatal de la Societat Espanyola de Neonatologia

Els passos més importants a seguir en un nou-nat són :

- **Assecar-lo:** és important assecar-lo bé. La humitat a la pell juntament amb el canvi de temperatura ambiental poden portar a la hipotèrmia.
- **Donar escalfor:** molt important donar escalfor al nadó inclòs el cap. Les fontanel·les cranials són un dels llocs en que més calor es perd. Evitar l'exposició a corrents d'aire. Si el nadó presenta hipotonia evitar l'exposició al fred perquè aquest pot provocar un descens de la FC.
- **Estimular-lo:** per aconseguir una ràpida respiració pulmonar.

Sempre que les condicions de la criatura i la mare ho permetin, immediatament després de néixer, el nadó es mantindrà en contacte pell amb pell sobre la mare per afavorir el vincle afectiu. Per mantenir calent el nadó i prevenir-lo de la hipotèrmia neonatal s'assecarà el nadó sobre la mare i es taparà amb una talla seca prèviament escalfada. És important assegurar que la via aèria del nadó estigui oberta i sigui permeable, no es recomana l'aspiració sistemàtica de l'orofaringe ni de la nasofaringe del nadó

FONTANEL·LES

<https://www.youtube.com/watch?v=fM9qPWnAvpU>

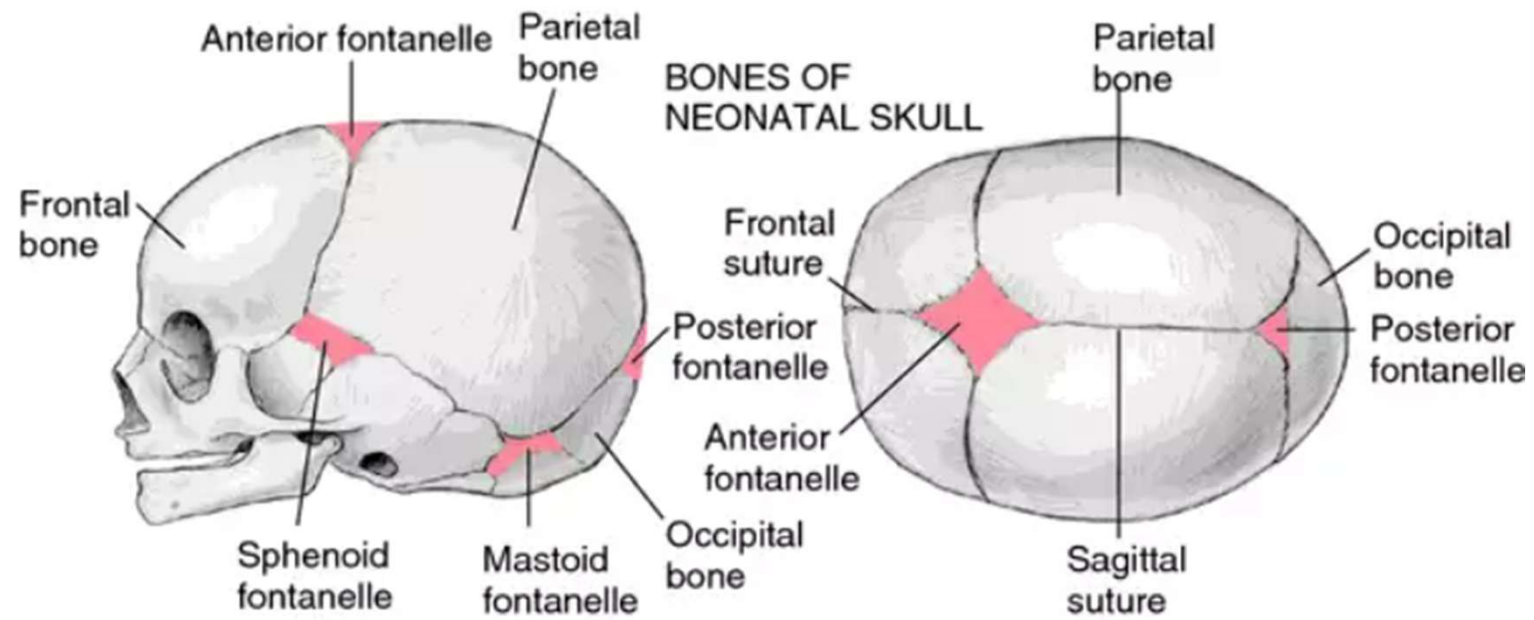
El crani d'un bebè està conformat per 6 ossos cranials separats: L'os frontal, L'os occipital, 2 ossos parietals i 2 ossos temporals.

Els espais entre els ossos que romanen oberts als nadons i nens petits s'anomenen fontanel·les.

Aquests espais són una part del desenvolupament normal. Els ossos del crani romanen separats aproximadament durant 12 a 18 mesos. Després s'ajunten o fusionen com a part del creixement normal i romanen fusionats durant tota la vida adulta.

Les fontanel·les són necessàries per al desenvolupament i el creixement del cervell del nadó.

Durant el part, la flexibilitat d'aquests espais permet que els ossos se superposin, de manera que el cap del nadó pugui passar a través de la via del part sense pressionar ni danyar el cervell.



TEST D'APGAR

https://www.youtube.com/watch?v=L_iQubo0RVM

<https://www.youtube.com/watch?v=FZqUnbJNoMo>

https://www.youtube.com/watch?v=lf3Wy_pmf-E

https://www.youtube.com/watch?v=J_yeN_iv1RA

S'ha de realitzar l'avaluació de l'Apgar al minut, als 5 i 10 minuts del naixement, per tal d'avaluar el grau d'adaptació del nadó a la vida extrauterina.

Com a tècnica mnemotècnica dir que les lletres APGAR es poden associar a: **A**parença, **P**ols, **G**estos, **A**ctivitat muscular i **R**espiració.

S'avaluen 5 factors, cada un dels quals amb una puntuació de 0 a 2:

- **Aparença (coloració)**
- **Freqüència cardíaca (pols)**
- **Gesticulació (reflexes)**
- **Activitat muscular (to muscular)**
- **Freqüència respiratòria**

La puntuació més alta és de 10 punts.

APGAR SCORING SYSTEM

	0 Points	1 Point	2 Points	Points totaled
Activity (muscle tone)	Absent	Arms and legs flexed	Active movement	
Pulse	Absent	Below 100 bpm	Over 100 bpm	
Grimace (reflex irritability)	Flaccid	Some flexion of Extremities	Active motion (sneeze, cough, pull away)	
Appearance (skin color)	Blue, pale	Body pink, Extremities blue	Completely pink	
Respiration	Absent	Slow, irregular	Vigorous cry	

Severely depressed	0-3
Moderately depressed	4-6
Excellent condition	7-10

FOR SAMPLE USE ONLY

©2008 TRIALSIGHT MEDICAL MEDIA



A : APARENÇA (Coloració)

El color és un indicatiu de l'oxigenació.

Una cianosis perifèrica és normal en el nounat, però aquesta va desapareixent quan el nen inicia respiració espontània pulmonar (30 segons aproximadament).

La pal·lidesa pot ser indicativa d'acidosis per hipòxia neonatal. L'etiologia de la hipòxia pot ser deguda a causes que afectin la mare, la placenta, al cordó umbilical o al propi fetus:

- Malalties cardiopulmonars i anèmia en la mare
- Insuficient irrigació placentària
- Alteració el l'intercanvi de gasos en la placenta(despreniment de placenta, placenta prèvia,..)
- Interrupció de la circulació en el cordó umbilical
- Anomalies cardíagues fetals, anèmies fetals,..

P: POLS (Freqüència cardíaca)

La palpació del pols en la base del cordó umbilical és molt fiable. També es pot mesurar en l'artèria braquial.

La freqüència cardíaca ha de ser superior a 100 bpm.

S'ha d'iniciar suport vital al nou-nat si el nen no ha establert una respiració regular i presenta una freqüència cardíaca inferior a 100 bpm.

Molts d'ells només necessiten obertura de la via aèria i ventilació.

G:GESTICULACIÓ (resposta reflexa)

Es mira la resposta reflexa del nounat a certs estímuls.

S'observen les ganyotes i gestos facials enfront a certs estímuls externs, com ara aplicar aire a la cara o aspiració amb la pera de succió.

A: Activitat muscular(to muscular)

S'ha de comprovar que el nounat no presenti hipotonia . Això anirà acompanyat d'altres signes com apnea, bradicàrdia,...

Es valora el moviment de cames i la seva flaccidesa.

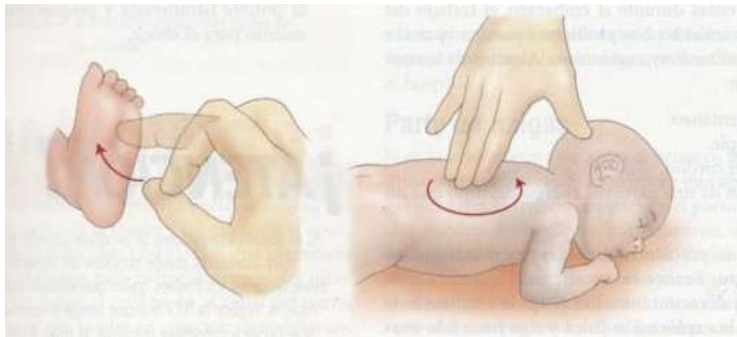
Quan el nen està hipotònic adopta una postura de llibre obert, amb les mans sempre obertes, la boca mig oberta i disminució de la resistència a moviments.

R: RESPIRACIÓ

Després de néixer el nounat comença a respirar, i la coloració blavosa desapareix en pocs segons per passar a la coloració rosada. S'ha d'avaluar: freqüència respiratòria, profunditat i simetria.

Es poden netejar les vies aèries amb aspirador amb una pressió màxima de 100 mmHg, mitjançant sonda d'aspiració (12-14), si hi ha dificultat respiratòria.

Se'l pot estimular fregant l'esquena o bé la planta del peu.



En cas que no respiri correctament, tot i haver netejat les vies aèries, s'haurà de donar suport ventilatori.



Obertura de la via aèria i ventilació

S'ha de col·locar el nen en posició supina i el cap en posició neutra (es pot col·locar una tovallola de 2 cm de gruix sota el cos).

En nens molt hipotònics cal l'ús d'una cànula orofaríngea per obrir la via aèria.

La succió només és necessària si la via aèria està obstruïda (la presència de líquid amniòtic amb meconi pot ser motiu d'aspiració, donant **el síndrome d'aspiració de meconi**).



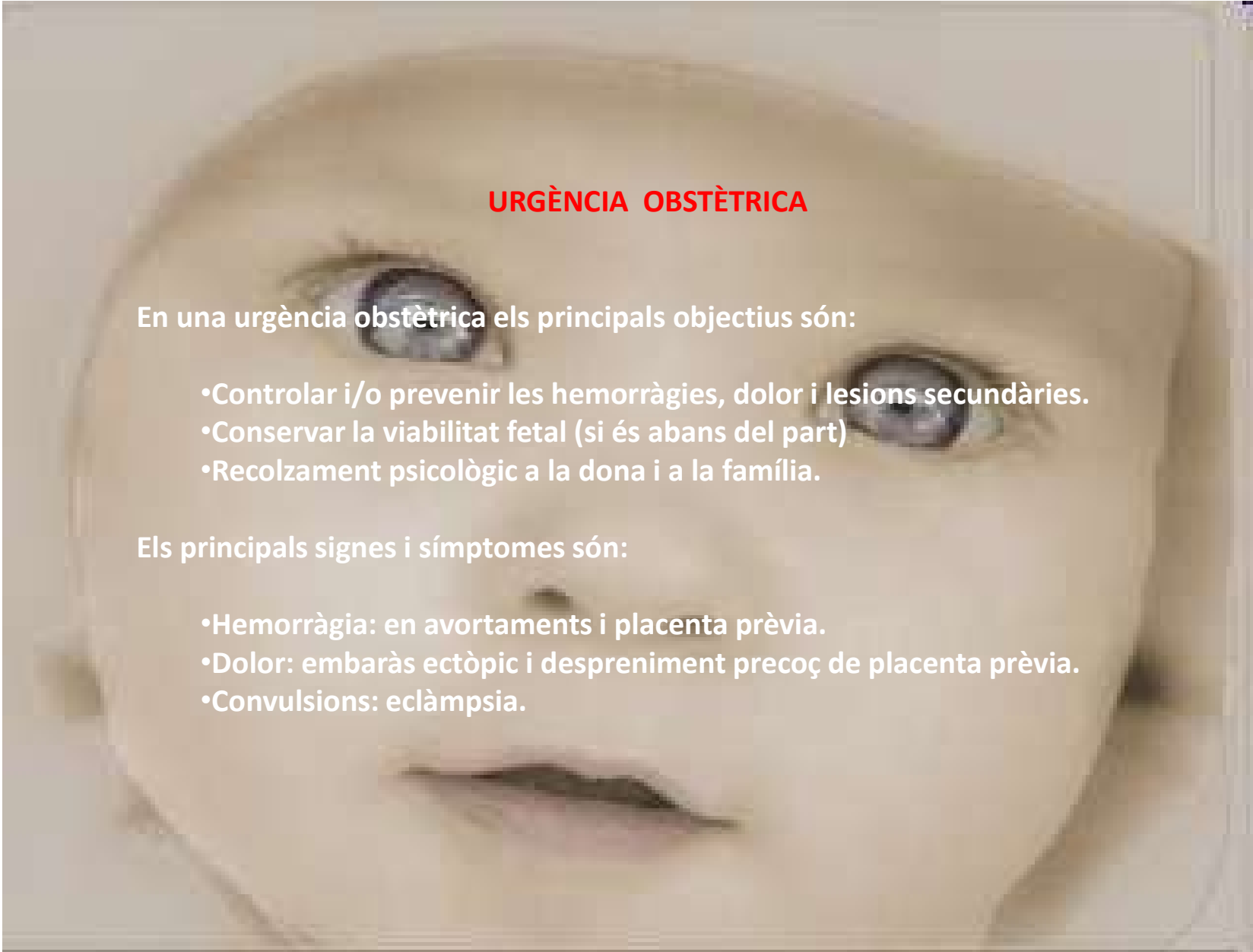
COMPLICACIONS OBSTÈTRIQUES I NEONATALS



COMPLICACIONS OBSTÈTRIQUES

Les complicacions obstètriques són trastorns que es donen durant la gestació, el part i en el període del puerperi inicial.





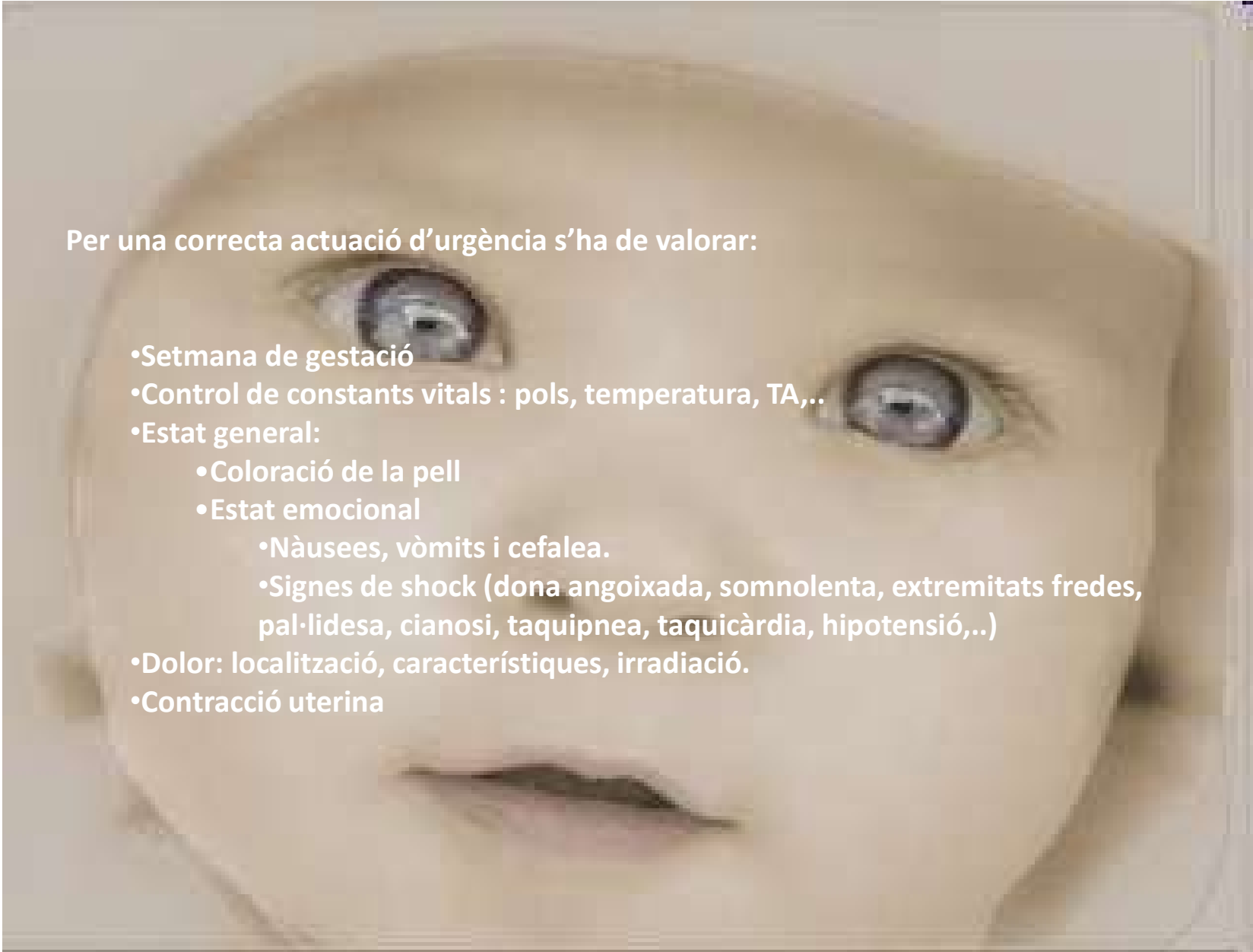
URGÈNCIA OBSTÈTRICA

En una urgència obstètrica els principals objectius són:

- Controlar i/o prevenir les hemorràgies, dolor i lesions secundàries.
- Conservar la viabilitat fetal (si és abans del part)
- Recolzament psicològic a la dona i a la família.

Els principals signes i símptomes són:

- Hemorràgia: en avortaments i placenta prèvia.
- Dolor: embaràs ectòpic i despreniment precoç de placenta prèvia.
- Convulsions: eclàmpsia.



Per una correcta actuació d'urgència s'ha de valorar:

- Setmana de gestació
- Control de constants vitals : pols, temperatura, TA,..
- Estat general:
 - Coloració de la pell
 - Estat emocional
 - Nàusees, vòmits i cefalea.
 - Signes de shock (dona angoixada, somnolenta, extremitats fredes, pal·lidesa, cianosi, taquipnea, taquicàrdia, hipotensió,..)
- Dolor: localització, característiques, irradiació.
- Contracció uterina

Complicacions obstètriques

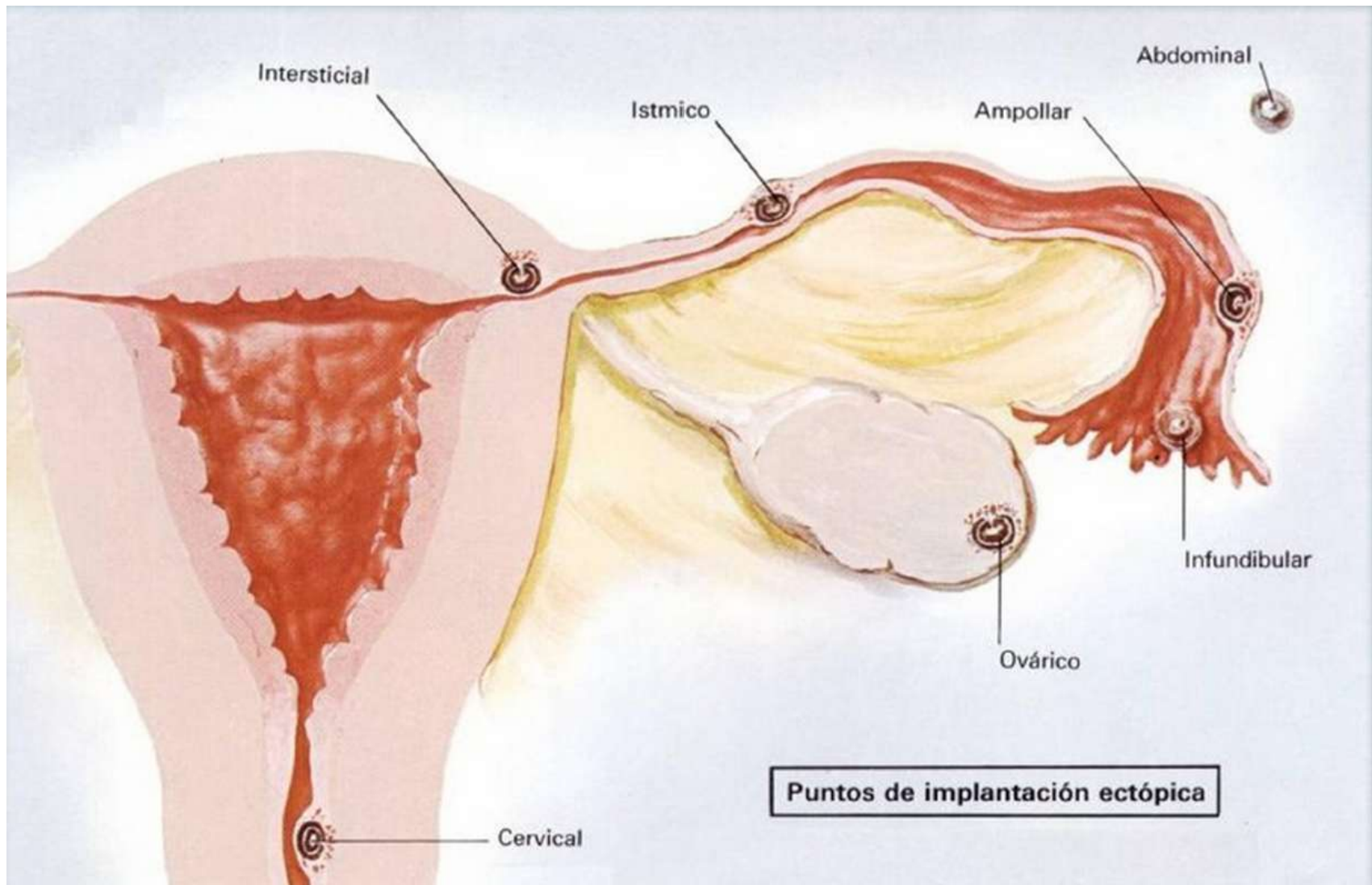
Algunes de les complicacions de l'embaràs són:

- Embaràs ectòpic
- Avortament espontani
- Despreniment de placenta (DPPNI)
- Placenta prèvia
- Preeclàmpsia i eclàmpsia
- Amnionitis

Les complicacions durant el part:

- Prolapse de cordó umbilical
- Hemorràgia vaginal (ruptura uterina)
- Atonia uterina
- PCR

Embaràs ectòpic



Avortament espontani

Sol ser abans de la vintena setmana de gestació.

La pèrdua del fetus pot ser emocional i psicològicament traumàtic per la mare i el pare.

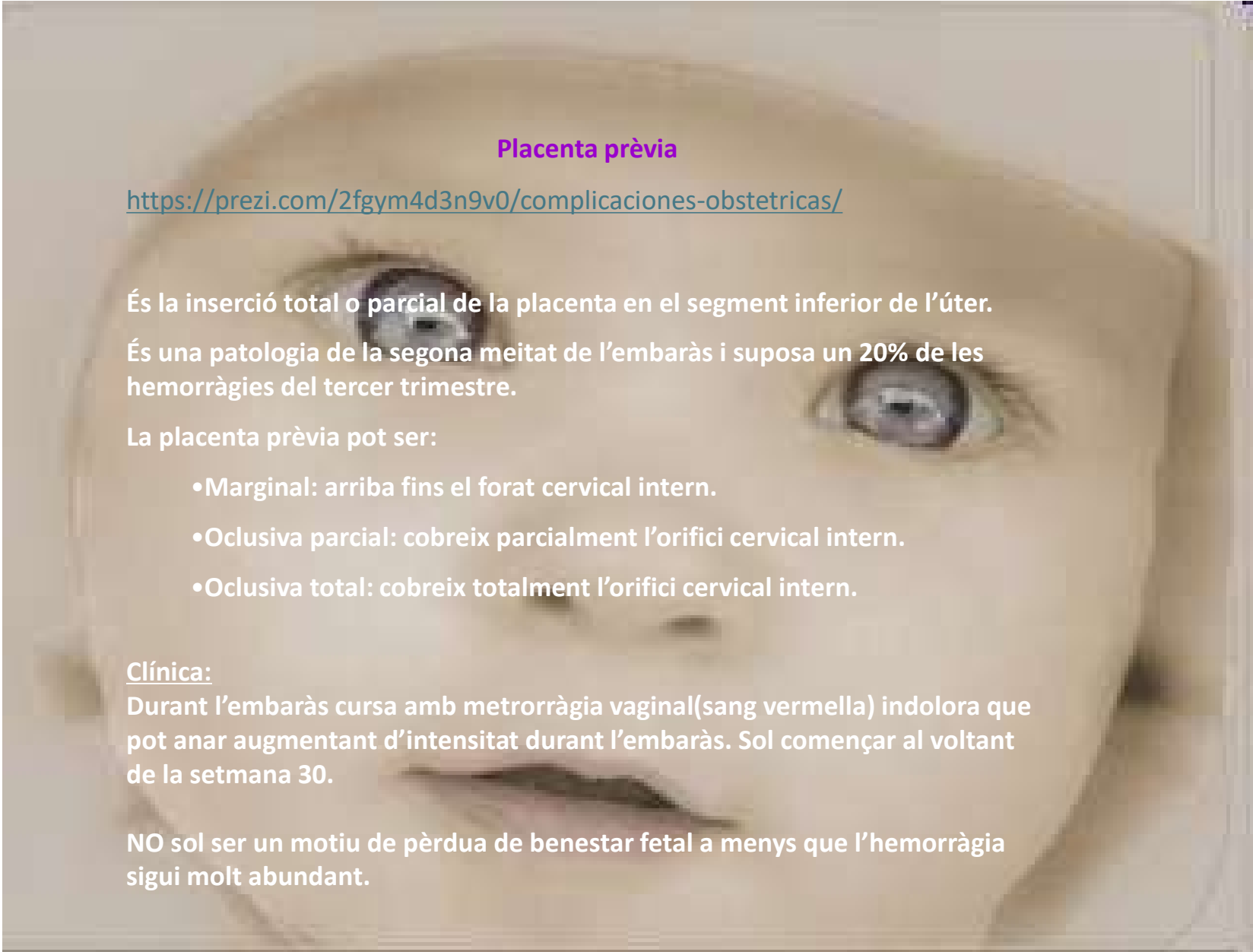
En aquests casos és tan important l'ajuda moral i psicològica com l'assistència física.

La clínica d'un avortament espontani és:

- ✓ Metrorràgies (més o menys intenses)
- ✓ Dolor abdominal (per contraccions)
- ✓ Expulsió de contingut fetal

Actuació:

- ✓ Control de constants
- ✓ Vigilar la possible hemorràgia i el shock
- ✓ Guardar el contingut expulsat
- ✓ Subministrar oxigen si cal
- ✓ Suport psicològic



Placenta prèvia

<https://prezi.com/2fgym4d3n9v0/complicaciones-obstetricas/>

És la inserció total o parcial de la placenta en el segment inferior de l'úter.

És una patologia de la segona meitat de l'embaràs i suposa un 20% de les hemorràgies del tercer trimestre.

La placenta prèvia pot ser:

- Marginal: arriba fins el forat cervical intern.
- Oclusiva parcial: cobreix parcialment l'orifici cervical intern.
- Oclusiva total: cobreix totalment l'orifici cervical intern.

Clínica:

Durant l'embaràs cursa amb metrorràgia vaginal(sang vermella) indolora que pot anar augmentant d'intensitat durant l'embaràs. Sol començar al voltant de la setmana 30.

NO sol ser un motiu de pèrdua de benestar fetal a menys que l'hemorràgia sigui molt abundant.

Placenta prèvia

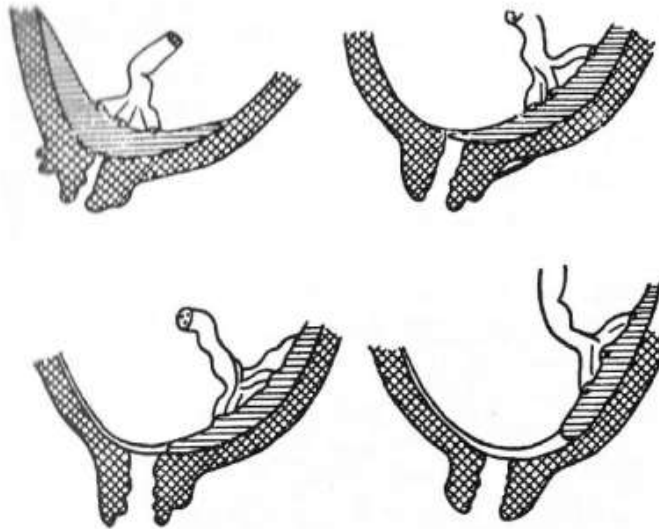
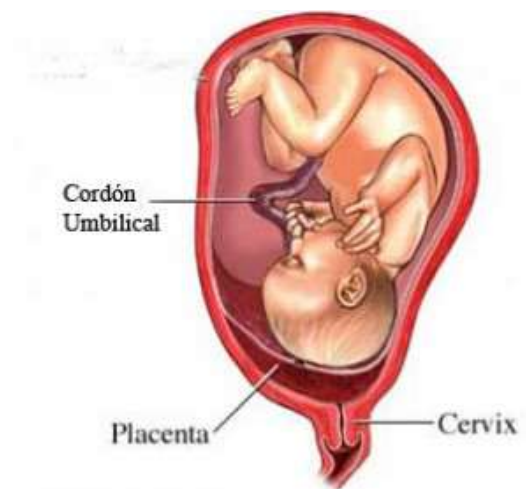


Figura 3. Placenta prèvia: tipos de inserción: PPOT, PPOP, PPM, PPIB.
Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía. Volumen III 6ª ed.

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%A1Da-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>





https://www.instagram.com/reel/C_UkVuEM_Bz/

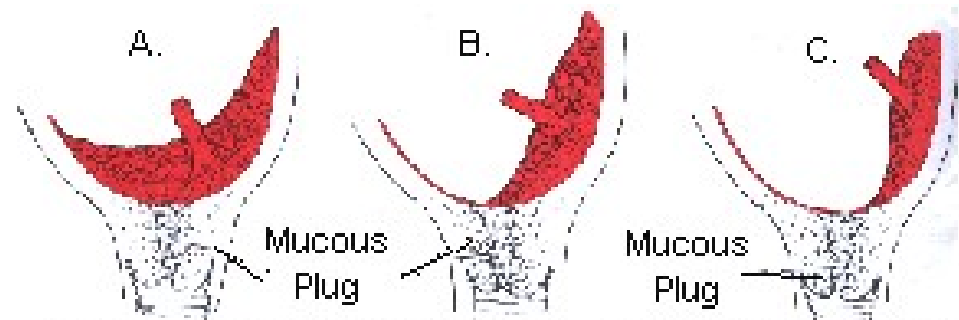
Cross-section of pregnant woman, showing normal placenta placement



Marginal placenta previa

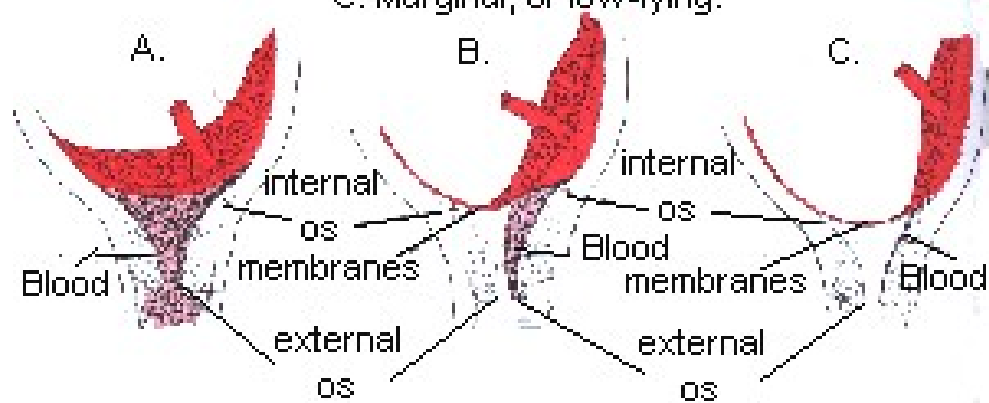


Complete placenta previa



Types of placenta previa prior to onset of labor (above)
or after onset of labor (below).

A. Complete, or total. B. Incomplete, or partial.
C. Marginal, or low-lying.





Clínica en el part:

Quan el cèrvix es comença a dilatar durant el treball de part, la placenta se separa i origina una hemorràgia vaginal que pot ser abundant i mortal.

Igual que qualsevol altra hemorràgia vaginal durant l'embaràs s'han de vigilar molt bé els símptomes de shock.

Si us activen per un part en una gestant diagnosticada de placenta prèvia, s'ha de fer un trasllat intrauterí el més ràpid possible, controlant en tot moment les metrorràgies i, en el cas que n'hi hagin, estabilitzar la mare.

Despreniment de placenta

<https://www.youtube.com/watch?v=3WU4FXuEm5w>

És la separació total o parcial de la placenta en una gestant de més de 20 setmanes.

És una de les causes més freqüents d'hemorràgia en la segona meitat de l'embaràs i una de les causes de mortalitat perinatal més elevada.

La placenta es pot desprendre de les següents maneres:

- Separació parcial amb hemorràgia oculta: la sang queda atrapada entre la placenta i la paret uterina.
- Separació parcial amb hemorràgia present: la sang passa entre les membranes fetals i la paret uterina.
- Separació completa amb hemorràgia oculta o present: es forma un coàgul retroplacentari que si és molt gran dona hipotensió i shock matern per hipovolèmia. En casos greus apareix la CID (coagulació intravascular disseminada).

Clínica:

- **Hemorràgia vaginal** : de color fosc i variable depenent del grau de despreniment.
- **Dolor abdominal**: per l'extravasació de sang al miometri. Se sol acompanyar de marejos, nàusees i vòmits. Dolor a la palpació.
- **Hipertonia**: per un augment de contractilitat uterina i s'observa que l'úter no es relaxa entre contraccions (contracció uterina mantinguda i dolorosa).
- Angoixa materna
- En ocasions quadre de xoc hipovolèmic (per gran coàgul retroplacentari)
- Patiment fetal i sovint mort fetal

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

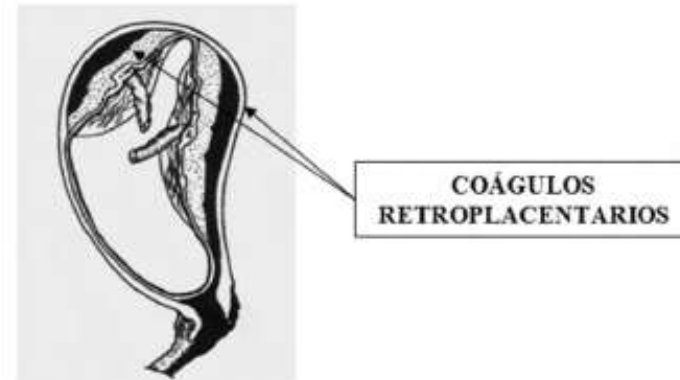


Figura 4. DPPNI donde se pueden observar coágulos retroplacentarios.
En caso de desprendimiento lateral hay salida hemática al exterior.

<https://bebechito.com/embarazo/hematoma-en-el-utero/>

Tabla II. Diagnóstico diferencial entre Abruption de placenta (DPPNI) y placenta previa

ABRUPTIO (DPPNI)	PLACENTA PREVIA
• Hemorragia escasa y oscura • Hipertonía • Dolor intenso • Sensación de gravedad y muerte • CID • Sufrimiento fetal • Ecografía: descarta placenta previa y a veces coágulo retroplacentario	• Hemorragia abundante y roja • Abdomen blando • Dolor ausente • No pérdida de bienestar fetal • Ecografía: hace el diagnóstico



Davant un cas de **placenta prèvia** o **despreniment de placenta** cal:

- Assegurar la via aèria
- Administrar oxigenoteràpia (perquè així augmentem l'oxigenació fetal)
- Monitorització electrocardiogràfica; FC, TA i pulsioxímetria.
- Canalització de la via perifèrica
- Administrar sèrums per restaurar la volèmia. Es poden administrar analgèsics.
- Quantificar l'hemorràgia i guardar compreses empapades.
- Avaluar i controlar el nivell de consciència
- Tapar la partera per evitar pèrdua de calor.
- Donar ajuda psicològica.

Preeclàmpsia i eclàmpsia

Són dues situacions de pujada de tensió arterial, amb valors superiors a 140/90 mmHg (es considera severa per sobre 160/110 mm Hg)

La preeclàmpsia es pot presentar de manera lleu i presenta a més d'una pujada de tensió, edemes.

La seva forma més greu dona disminució de la diüresis en l'embarassada, alteracions de tipus visual i neurològiques, proteïnúria en orina, indolor en hipocondri dret i epigastri, nàusees,...

Els símptomes de la preeclàmpsia greu poden incloure:

- Cefalea
- Canvis visuals
- Nàusees i dolor abdominal, generalment a la part superior de l'abdomen
- Dificultats per respirar



Preeclàmpsia i eclàmpsia

En una eclàmpsia a més es poden donar convulsions. S'ha de procurar un entorn segur perquè la gestant no es lesioni. Tractar com qualsevol episodi de convulsions.

Les convulsions són de tipus gran mal, és a dir, tònico-clòniques.

- Fase tònica: es contreuen tots els músculs, s'arqueja l'esquena, hi ha cianosis i hi pot haver mossegada lingual(aprox. mig minut).
- Fase clònica: es contreuen i es relaxen els músculs, fent que convulsioni, expulsi secrecions i es relaxin esfínters (1 a 3 minuts)

Abans de convulsionar hi ha símptomes prodròmics: visió borrosa, cefalea frontal, ulls oberts, fixes amb pupil·les dilatades, nàusees,..

PREECLAMPSIA

LIVER



HELLP Syndrome

Breakdown of Red Blood Cells and
Complications With Liver

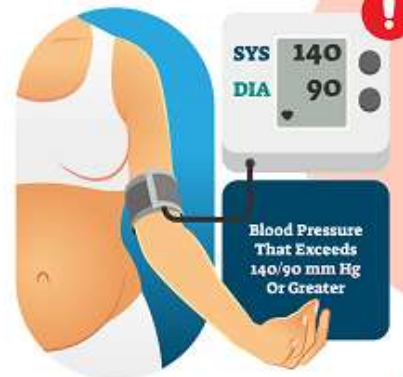
PREECLAMPSIA is a Pregnancy Complication
Characterized by **HIGH BLOOD** Pressure and
Signs of **DAMAGE** to Another Organ System,
Most Often the **LIVER** and **KIDNEYS**

KIDNEYS



PROTEINURIA

Protein in Urine. The
Condition is Often a Sign of
Kidney Disease



Blood Pressure
That Exceeds
140/90 mm Hg
Or Greater



Water Retention
and Swelling



OTHER SYMPTOMS



Severe
Headaches



Changes in
Vision



Upper
Abdominal Pain



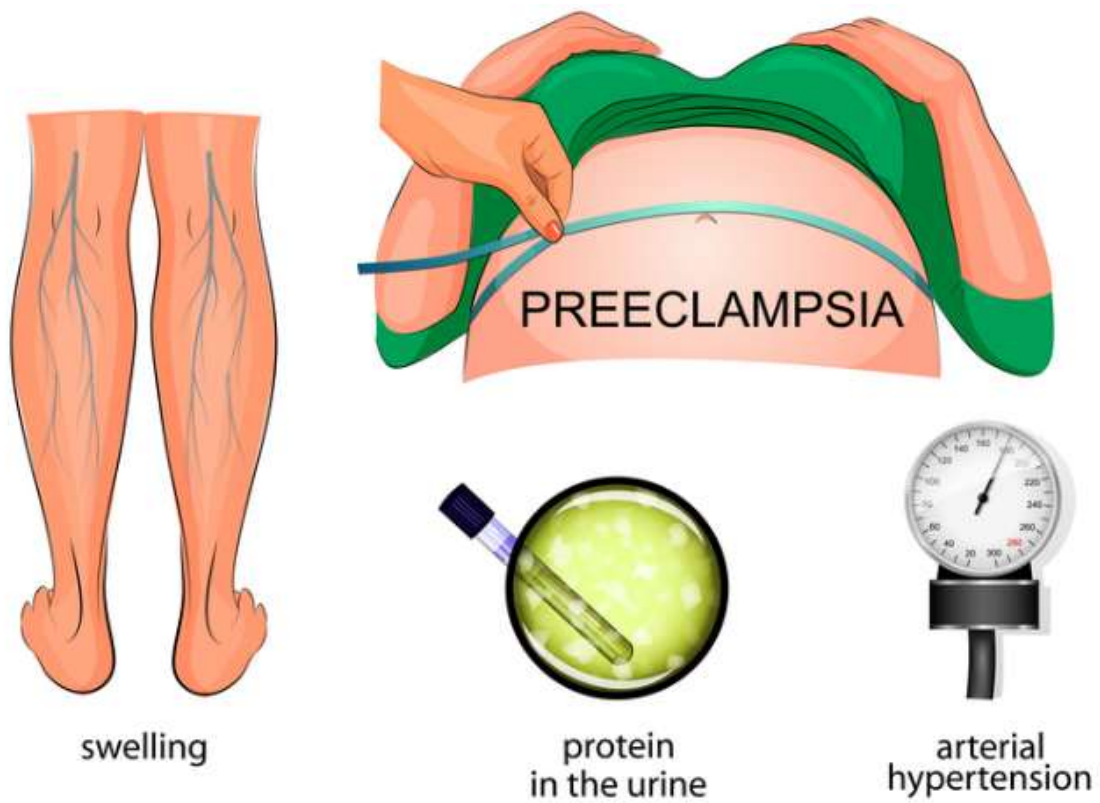
Nausea or
Vomiting



Decreased Urine
Output



Shortness
of Breath



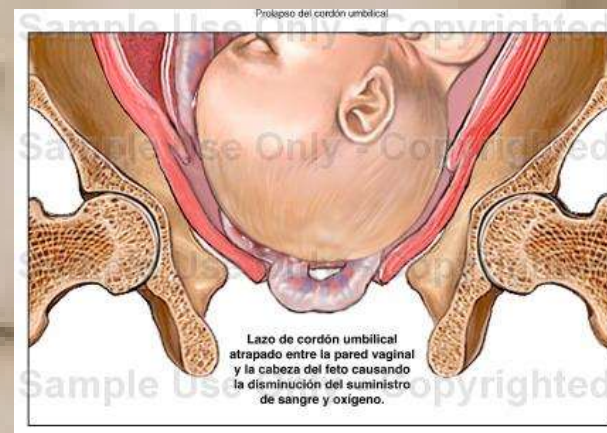
https://www.health.harvard.edu/a_to_z/preeclampsia-and-eclampsia-a-to-z

Prolapse de cordó umbilical

Es produeix durant les últimes etapes de l'embaràs, quan el cordó baixa cap a la vagina prematurament.

Quan el fetus passa a través del canal del part fa pressió sobre el cordó, produint una interrupció o disminució de la irrigació sanguínia la fetus, que pot portar a danys cerebrals per hipòxia o la seva mort. És més freqüent quan la presentació del nen no és el cap-

Cal un part ràpid per cesària.



Prolapse de cordó umbilical

Síntomes:

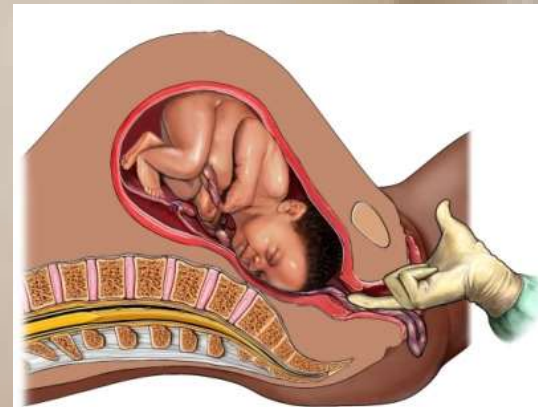
- Veure o sentir el cordó umbilical a la vagina abans del naixement
- Freqüència cardíaca reduïda (menys de 120 bpm)

Causes:

- Ruptura prematura de membranes
- Part prematur
- Polihidramnios
- Part de natges
- Cordó umbilical massa llarg
- Part múltiple

Actuació:

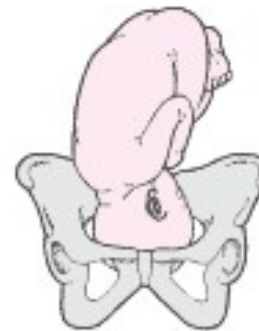
- Apartar el fetus del cordó per evitar la pressió sobre el cordó i pertant la hipòxia (no reintroduir el cordó).
- Administrar oxigen i fluids
- Transport ràpid a un centre hospitalari en Trendelenburg.



ALTRES PRESENTACIONS EN EL PART



Posición y
presentación normales



Posición mirando
hacia atrás, la
cabeza primero

Posición menos
frecuente



Posición
mirando hacia
delante

Presentaciones anormales



Cara



Frente



Nalgas



Hombro



Sagnat i xoc hipovolèmic

Una metrorràgia és una emissió de gran quantitat de sang per via vaginal fora del cicle menstrual.

Les metrorràgies del segon i tercer trimestre de l'embaràs es produeixen després de la 20 setmana de gestació.

Les més freqüents són degudes a:

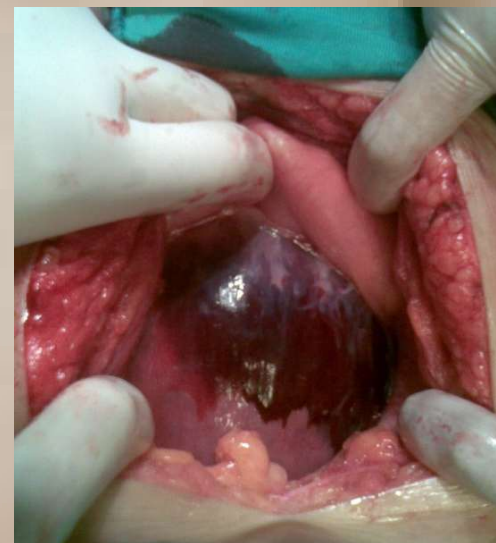
- Despreniment prematur de placenta: quan la placenta se separa respecte al seu lloc d'implantació dins l'úter abans del part.
- Presentació prèvia de placenta: és la inserció total o parcial de la placenta per davant del fetus.
- Ruptura uterina

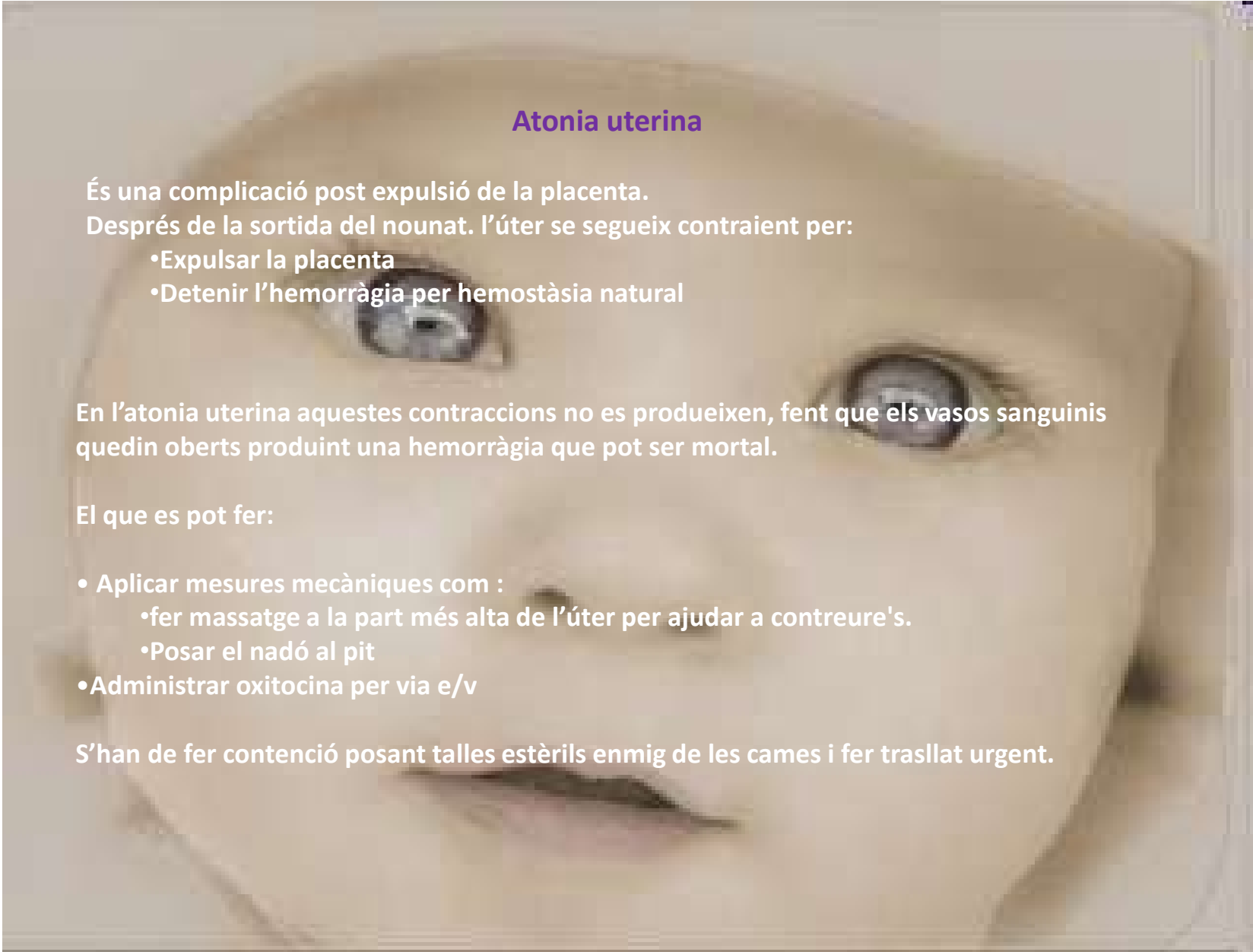
Ruptura uterina

La ruptura es manifesta amb dolor abdominal continu, similar al de despreniment de placenta, però sol anar acompanyat de dolor agut i punyent en l'abdomen inferior i una metrorràgia amb sang de color vermell viu.

La quantitat de sang que surt no és massa abundant perquè queda acumulada a la cavitat peritoneal.

És una situació de risc vital tant per la mare com pel fetus.





Atonia uterina

És una complicació post expansió de la placenta.

Després de la sortida del nou-nat. l'úter se segueix contraient per:

- Expulsar la placenta
- Detenir l'hemorràgia per hemostàsia natural

En l'atonia uterina aquestes contraccions no es produeixen, fent que els vasos sanguinis quedin oberts produint una hemorràgia que pot ser mortal.

El que es pot fer:

- Aplicar mesures mecàniques com :
 - fer massatge a la part més alta de l'úter per ajudar a contreure's.
 - Posar el nadó al pit
- Administrar oxitocina per via e/v

S'han de fer contenció posant talles estèrils enmig de les cames i fer trasllat urgent.

Aturada cardiorespiratòria

Una aturada associada a l'embaràs o al part en els països desenvolupats és rara.

Les causes de mort en dona embarassada, a més de les habituals, s'associen a patologia cardíaca preexistent, patologia hipertensa de l'embaràs, tromboembolisme, sèpsies, embaràs ectòpic, hemorràgies i embolisme de líquid amniòtic.

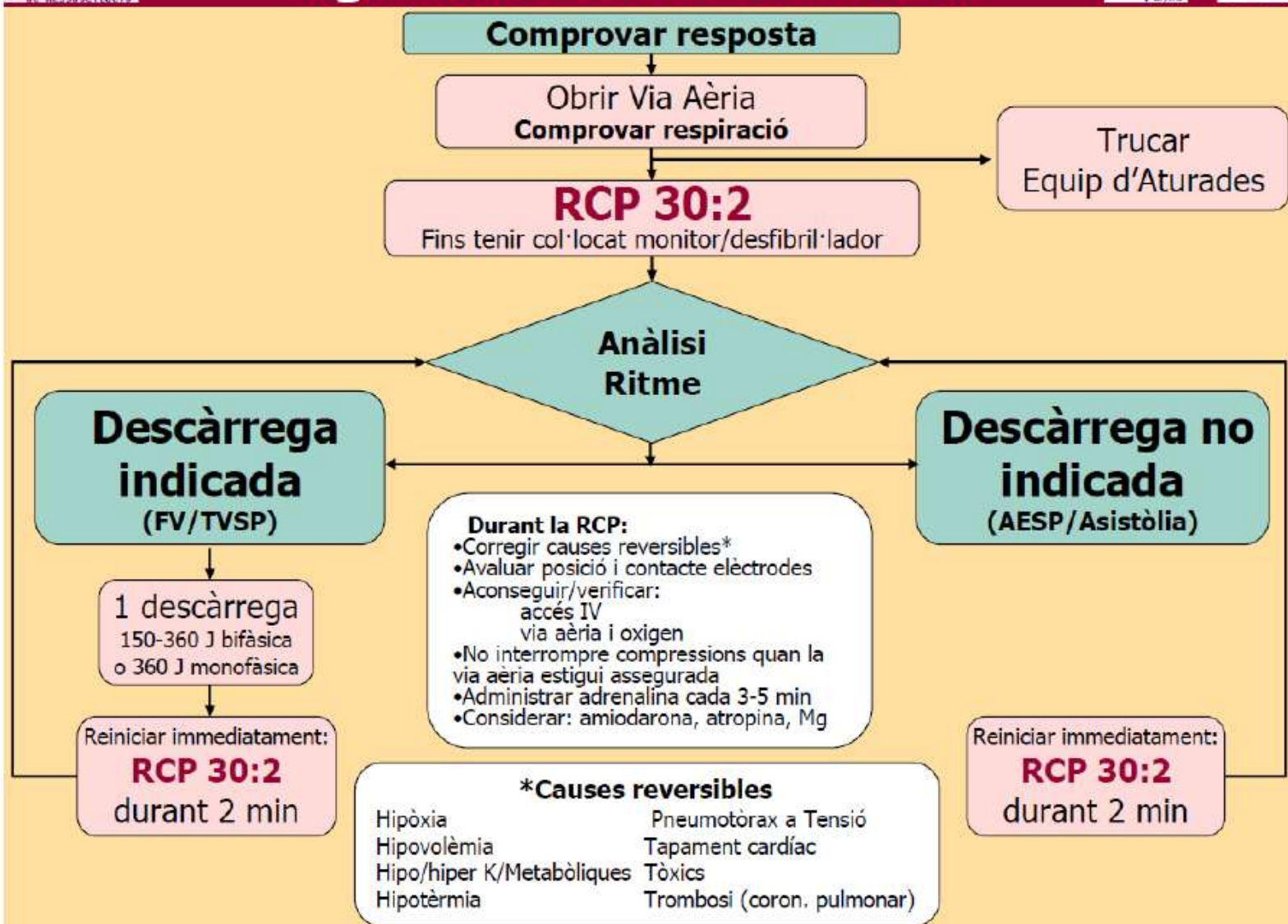
Durant l'embaràs s'observen molts canvis en la dona embarassada:

- Augment de despesa cardíaca
- Augment de volum sanguini
- Augment del consum d'oxigen
- Compensació de les venes cava i ilíaca per augment de l'úter (per tant la posició supina pot afavorir una hipotensió i disminució de la despesa cardíaca per impediment del retorn venós i possible parada).



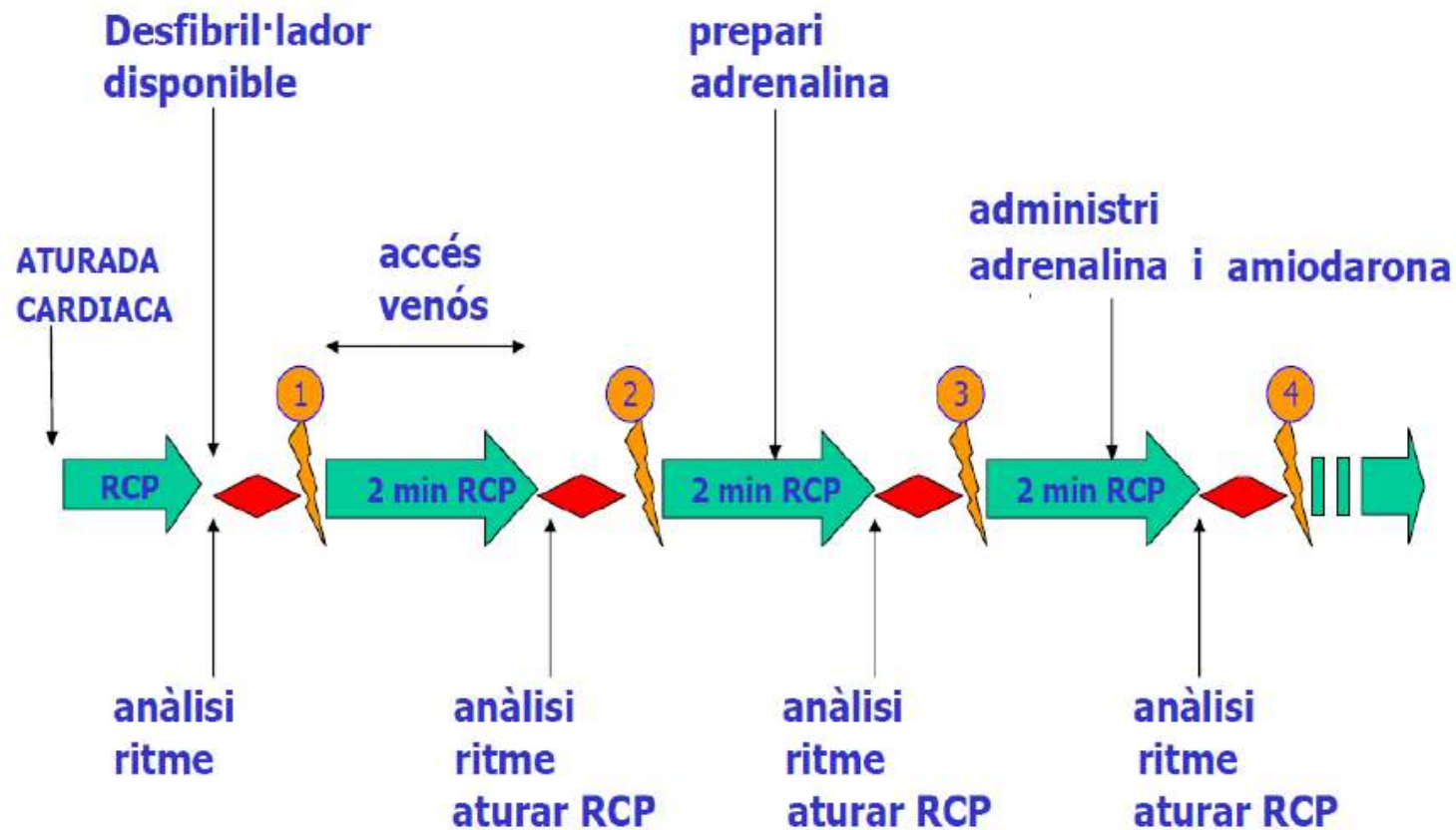
Causes de PCR en l'embaràs:

- Hemorràgia abans del part o post –part que inclou l'embaràs ectòpic, placenta prèvia
 - Toxicitat per fàrmacs
 - Malaltia cardiovascular
 - Eclàmpsia i preeclàmpsia
- https://criatures.ara.cat/embaras_i_crianca/preeclampsia-i-embaras_0_1908409141.html
- TEP
 - Embolisme de líquid amniòtic



Algoritme d'actuació en el SVA

Ritmes desfibril·lables (FV/TVSP): Seqüència



COMPLICACIONS NEONATALS

Les complicacions NEONATALS poden ser de molts tipus diferents:
hipoglicèmia, anèmia, icterícia, infeccions, insuficiència respiratòria....

