

9
Ley



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTOS CLINICOS UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN OBSTETRICIA

M A N U A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A EDITH CASTAÑEDA LOPEZ

CON LA ASESORIA DE LAS MAESTRAS:
LIC. ELOISA ROMERO ALDANA Y
MTRA. CARMEN L. BALSIERO ALMARIO.

Handwritten signature



MEXICO, D. F.

OCTUBRE

TESIS CON LA DE ORIGEN

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la maestra Lasty Balseiro Almario y a la Lic. Eloisa Romero Aldana, por la asesoría recibida en la elaboración de este manual, que hizo posible la culminación de esta meta profesional.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por las enseñanzas recibidas durante los cuatro años de la carrera, con la especial atención a los maestros que han dejado profunda huella de superación personal y profesional.

A mis padres: Emma López García y Félix Castañeda Gutiérrez, quienes me han apoyado en todo momento, de manera incondicional hasta hacer de mí una profesional de Enfermería.

DEDICATORIAS

A DIOS, por darme la fuerza para vencer todos los obstáculos y así lograr concluir mi carrera.

A mis padres: Félix Castañeda Gutiérrez y Emma López García, quienes me han brindado su apoyo y su amor en todos los momentos de mi vida.

A MIS HERMANOS MIRIAM Y EDUARDO CASTAÑEDA LOPEZ, quienes siempre estuvieron a mi lado, ayudándome y apoyándome durante toda mi formación como estudiante.

A MIS AMIGOS cercanos, quienes en todo momento me alentaron a concluir esta meta profesional.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. <u>OBJETIVOS DEL MANUAL</u>	3
1.1 GENERAL	3
1.2 ESPECIFICOS	3
2. <u>JUSTIFICACION DEL MANUAL</u>	4
3. <u>PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA</u> <u>EN OBSTETRICIA</u>	5
- PROCEDIMIENTO No. 1: La obtención de la muestra para la citología exfoliativa	7
- PROCEDIMIENTO No. 2: La medición del fondo ute- rino	13
- PROCEDIMIENTO No. 3: La realización de las maniobras de Leopold	18
- PROCEDIMIENTO No. 4: La determinación de fre- cuencia cardíaca fetal	25
- PROCEDIMIENTO No. 5: La realización del tacto vaginal	31
- PROCEDIMIENTO No. 6: La conducción del trabajo de parto.	38

- PROCEDIMIENTO No. 7: La atención de parto de bajo riesgo	44
- PROCEDIMIENTO No. 8: La valoración de edad gestacional por el método de Capurro	56
- PROCEDIMIENTO No. 9: La valoración de Apgar.	66
- PROCEDIMIENTO No. 10: La valoración de Silverman-Anderson	73
- PROCEDIMIENTO No. 11: La exploración mamaria	81
- PROCEDIMIENTO No. 12: La formación del pezón	87
- PROCEDIMIENTO No. 13: El amamantamiento	94
- PROCEDIMIENTO No. 14: La extracción de leche materna	103
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</u>	109
5. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	113
6. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</u>	123

INDICE DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO No. 1 : LA OBTENCION DE LA MUESTRA PARA LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA	7
PROCEDIMIENTO No. 2 : LA MEDICION DEL FONDO UTERINO. . .	13
PROCEDIMIENTO No. 3 : LA REALIZACION DE LAS MANIO - BRAS DE LEOPOLD	18
PROCEDIMIENTO No. 4 : LA DETERMINACION DE LA FRE- CUENCIA CARDIACA FETAL	25
PROCEDIMIENTO No. 5 : LA REALIZACION DEL TACTO VAGI- NAL	31
PROCEDIMIENTO No. 6 : LA CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO	38
PROCEDIMIENTO No. 7 : LA ATENCION DE PARTO DE BAJO RIESGO	44
PROCEDIMIENTO No. 8 : LA VALORACION DE EDAD GESTA- CIONAL POR EL METODO DE CAPU RRO	56
PROCEDIMIENTO No. 9 : LA VALORACION DE APGAR	66
PROCEDIMIENTO No. 10: LA VALORACION DE SILVERMAN- ANDERSON	73

PROCEDIMIENTO No. 11: LA EXPLORACION MAMARIA	81
PROCEDIMIENTO No. 12: LA FORMACION DEL PEZON	87
PROCEDIMIENTO No. 13: EL AMAMANTAMIENTO	94
PROCEDIMIENTO No. 14: LA EXTRACCION DE LECHE MATER NA	103

INDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA No. 1 : PASOS PARA REALIZAR LA CITOLOGIA EXFO- LIATIVA	12
ESQUEMA No. 2 : PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA MEDI- CION DEL FONDO UTERINO	16
ESQUEMA No. 3 : ALTURA DEL FONDO UTERINO EN EL CURSO DE LA GESTACION	17
ESQUEMA No. 4 : PASOS PARA REALIZAR LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD	23
ESQUEMA No. 5 : PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA CAP- TACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FE TAL	29
ESQUEMA No. 6 : CAPTACION DE LA FRECUENCIA CARDIA- CA FETAL	30
ESQUEMA No. 7 : PASOS PARA REALIZAR EL TACTO VAGI- NAL	37
ESQUEMA No. 8 : PASOS PARA REALIZAR LA CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO	43
ESQUEMA No. 9 : EQUIPO Y MATERIAL PARA REALIZAR EL ASEO PERINEAL	54

ESQUEMA No. 10: MANIOBRA PARA FAVORECER EL ALUMBRA- MIENTO	55
ESQUEMA No. 11: CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO SE- GUN LA EDAD GESTACIONAL Y EL PESO CORPORAL	65
ESQUEMA No. 12: ACCIONES A REALIZAR EN LA VALORA- CION DE APGAR	72
ESQUEMA No. 13: SIGNOS A LOCALIZAR EN LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSON	79
ESQUEMA No. 14: POSICIONES PARA REALIZAR LA EXPLO- RACION MAMARIA	85
ESQUEMA No. 15: PASOS PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORA- CION MAMARIA	86
ESQUEMA No. 16: EJERCICIOS PARA FAVORECER LA FORMA- CION DEL PEZON	92
ESQUEMA No. 17: POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO.	101
ESQUEMA No. 18: MASAJES PARA FAVORECER LA EXTRAC- CION DE LA LECHE MATERNA	108

INTRODUCCION

El presente manual ha sido estructurado con el objeto de analizar los procedimientos clínicos utilizados con mayor frecuencia en Obstetricia. Para ello, se ha desarrollado este manual en seis importantes capítulos que a continuación se describen. En el primer capítulo se presentan los objetivos del manual, en donde destacan la manera general y específica los motivos por los que se desarrolla, haciendo especial hincapié en la importancia de trabajar con estos instrumentos para mejorar la atención de Enfermería.

En el segundo capítulo se da a conocer la Justificación del manual, en donde se presentan las principales razones de su realización y el beneficio que conlleva para el personal de Enfermería.

En el tercer capítulo se dan a conocer catorce procedimientos utilizados con mayor frecuencia en Obstetricia, no solamente desde el punto de vista de la fundamentación teórica, sino también de los objetivos, el material y el equipo, así como también la técnica de Enfermería, las medidas de seguridad y las recomendaciones que se proponen.

En el cuarto, quinto y sexto capítulos se presentan el glosario de términos, las conclusiones y recomendaciones y las referencias bibliográficas respectivamente. Es de esperarse que al

finalizar este manual pueda constituirse un apoyo a los estudiantes de Enfermería, específicamente del área de Gineco-Obstetricia, para que unifiquen criterios en la práctica clínica de la Obstetricia y con ello, mejoren la calidad de atención a las pacientes.

1. OBJETIVOS DEL MANUAL

1.1 GENERAL

Proporcionar al estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia un instrumento de trabajo que contenga la información necesaria sobre las técnicas de Enfermería utilizadas con mayor frecuencia durante la práctica clínica de Obstetricia.

1.2 ESPECIFICOS

- Orientar a los estudiantes del séptimo semestre sobre las habilidades de carácter obstétrico que se requieren durante su práctica clínica de octavo semestre.
- Proporcionar elementos de juicio para fundamentar criterios homogéneos en las actividades de los alumnos, durante el desarrollo de su práctica clínica.

2. JUSTIFICACION

Los manuales son instrumentos de trabajo que proporcionan ordenadamente información necesaria para el desarrollo de tareas administrativas. Son de igual manera útiles para dar la Bienvenida al personal de nuevo ingreso, precisar las funciones específicas de cada área y controlar las tareas a realizar de cada personal.

El presente manual se justifica por varias razones: En primer lugar se ha desarrollado porque los estudiantes de Enfermería requieren de un material didáctico específico en el área de Obstetricia, que les permita mejorar su desempeño clínico con las pacientes en todas las maniobras que a esta se le tengan que hacer.

En segundo lugar, se justifica porque en la medida en que permita ser un instrumento de trabajo para alumnos, en esa medida también podrá servir como un instrumento orientador al personal de Enfermería que trabaja en los servicios de Obstetricia, y en los servicios pediátricos de diversas instituciones.

3. PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN OBSTETRICIA

Las técnicas que se desarrollan en este manual son de gran ayuda para los estudiantes del séptimo y octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Dichas técnicas son empleadas en el control prenatal, durante el trabajo de parto y parto, así como durante la lactancia materna.

Dentro de las técnicas utilizadas durante el control prenatal se presentan, la obtención de muestras para la citología exfoliativa (Papanicolaou), la medición del fondo uterino, realización de maniobras de Leopold, determinación de la frecuencia cardíaca fetal, con estas técnicas el estudiante puede detectar y prevenir problemas de crecimiento y desarrollo del producto durante el embarazo.

Para el trabajo de parto y parto se presentan técnicas que son utilizadas desde los primeros momentos en que se inicia éste, como el tacto vaginal. A continuación se enumeran las técnicas de conducción de trabajo de parto y atención de parto de bajo riesgo, por otra parte, si el alumno en un futuro se dedicara al ejercicio de la libre profesión, tendrá la responsabilidad de llevar al embarazo a un término feliz, para después conocer las condiciones en que ha nacido el producto, así como su adaptación al medio ambiente. Por ello, se mencionan técnicas como la valoración gestacional por el método de Capurro, valoración de Apgar

y valoración de Silverman-Anderson.

Finalmente, se mencionan técnicas que son de gran interés para las mujeres embarazadas y no embarazadas, pues les enseñarán como realizar la exploración mamaria, como formar el pezón y las técnicas de amamantamiento y extracción de leche materna, las cuales además de servir como acciones preventivas para detectar cambios físicos en la mama, ayudan al buen desarrollo y crecimiento del recién nacido.

PROCEDIMIENTO No. 1: LA OBTENCION DE LA MUESTRA PARA LA
CITOLOGIA EXFOLIATIVA

FUNDAMENTACION TEORICA

La vagina sirve como vía de conducción para los espermatozoides y el flujo menstrual. También es el receptáculo para el pene durante el coito o relación sexual y es la porción inferior del canal de parto. Es un órgano tubular y fibromuscular recubierto con una membrana mucosa y que mide cerca de 10 centímetros de longitud, extendiéndose desde el cuello uterino hasta el vestíbulo. Se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto y se dirige hacia arriba y atrás donde se une con el útero. Una cavidad que se llama fórnix (fornix=arco o bóveda), rodea a la unión vaginal con el cuello uterino. El fórnix hace posible que la mujer use diafragmas anticonceptivos.¹

Desde el punto de vista histológico, la mucosa de la vagina se continua con la del útero y está formada de epitelio escamoso estratificado y de tejido conectivo que se dispone en una serie de pliegues transversos y se conocen con el nombre de rugosidades. Su capa muscular está formada de músculo liso que se puede estirar en forma considerable. Esta distensibilidad es importante, ya que la vagina recibe al pene durante la relación sexual y sirve como la porción inferior del canal de par

¹ Gerard G. Tórtora. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla.. 2a. ed. México, 1989. p. 1135.

to. En el extremo inferior de la abertura vaginal, orificio vaginal, puede existir un pliegue delgado de membrana mucosa vascularizada que se conoce como hímen (hymen= membrana) que forma un reborde alrededor del orificio vaginal cerrándolo en forma parcial.²

La mucosa de la vagina contiene grandes cantidades de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos. Dichos ácidos crean un medio con un pH bajo que tiene la capacidad de retardar el crecimiento microbiano. Sin embargo, la acidez también puede dañar a los espermatozoides. El semen neutraliza la acidez de la vagina para asegurar la supervivencia de los espermatozoides.³

CONCEPTO

Es un procedimiento que consiste en obtener muestras de las células que se descaman del epitelio cérvico-vaginal durante el ciclo menstrual y que se acumulan en el fondo del saco posterior, para el estudio de sus características.

OBJETIVOS

- Detectar oportunamente patologías malignas en el aparato genital femenino.
- Detectar algunos tipos de infección vaginal en la mujer.

² Id.

³ Ibid. p. 1135

EQUIPO

- Guantes
- Cubrebocas
- Espejo vaginal
- Abatelenguas de madera o espátula de Aire
- Láminas portaobjetos
- Solución fijadora

TECNICA

1. Explicar a la paciente en que consiste el procedimiento.
2. Proporcionarle una bata y pedirle que se descubra de la cintura hacia abajo.
3. Reunir todo el equipo necesario.
4. Colocar a la paciente en posición ginecológica, protegiendo su individualidad.
5. Colocarse el cubrebocas.
6. Realizar lavado médico de manos.
7. Abrir el paquete donde se encuentra el espejo vaginal.
8. Calzarse los guantes.
9. Separar los labios mayores con los dedos índice y medio.
10. Una vez expuesto el introito vaginal, introducir el espejo en forma recta, con precaución.
11. Posteriormente inclinar un poco el espejo para la introducción final.
12. Abrir las hojas del espejo.
13. Una vez expuesto el cérvix, efectuar un raspado perioficial

con un abatelenguas de madera o una espátula de Ayre.

14. Depositar el producto obtenido en una lámina portaobjetos, en un solo trazo, cuidando que la capa no quede ni muy gruesa ni muy delgada.
15. Tomar una segunda muestra del fondo de saco vaginal posterior y de la pared lateral de la vagina, extender la muestra en una lámina.
16. Cerrar las hojas del espejo y retirarlo.
17. Fijar las muestras con la solución fijadora.
18. Escribir los datos de la paciente en las láminas.
19. Informar a la paciente cuando estarán los resultados.
20. Llenar la solicitud y mandar las muestras al laboratorio.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- No hacer lavados vaginales el día antes del examen. Basta con el baño diario.
- No colocarse óvulos, ni cremas vaginales, el día anterior ni el mismo día.
- No debe estar reglando.
- Procurar que sea 8 días antes o después de la menstruación.
- No tener relaciones sexuales la noche anterior.
- Colocar el espejo vaginal sin lubricar, para que el aceite no altere las células descamadas.

RECOMENDACIONES

- El examen debe practicarse de manera periódica en toda mujer

independientemente de la edad y de su vida sexual.

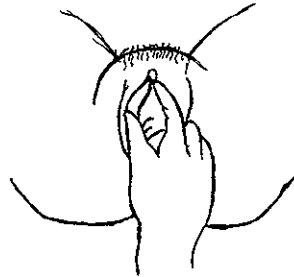
- Realizarse el examen por lo menos una vez al año.
- Recomendar usar ropa cómoda el día del examen.
- Proporcionar a la paciente una gasa para limpiar sus genitales en caso de secreción post-procedimiento.

ESQUEMA No. 1

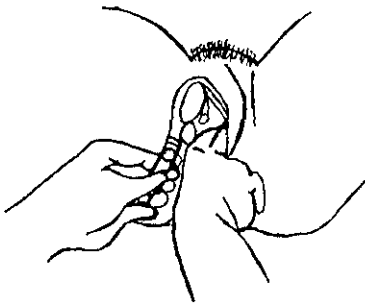
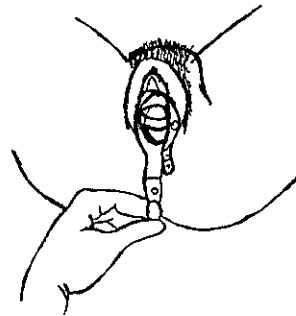
PASOS PARA REALIZAR LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA



POSICION GINECOLOGICA



SEPARAR LOS LABIOS

INTRODUCCION DEL ESPEJO
VAGINALINTRORTO VAGINAL
EXPUESTO

PROCEDIMIENTO No. 2: LA MEDICION DEL FONDO UTERINO

FUNDAMENTACION TEORICA

La consistencia del cuerpo uterino se modifica durante la gestación, pues adquiere una blandura elástica, una pastosidad comparable a la de un higo maduro. Además, a nivel del cuello se advierte, al igual que en el istmo, un notable reblandecimiento. Durante la contracción, el cuerpo uterino se torna leñoso.

El espesor de la pared del cuerpo uterino, que fuera de la gestación es de 5 a 10 mm, llega en los dos primeros meses del embarazo a 20mm. A veces a los cuatro meses puede llegar a 25mm⁴

El crecimiento del útero es de alrededor de 4 cm por mes. Los primeros 4 cm los emplea para transformarse de intrapelviano en intraabdominal, de ahí que medido sobre el abdomen a los nueve meses de gestación, su fondo se ubica a 32 cm del pubis. A los cinco meses alcanza aproximadamente el ombligo y a los nueve meses el apéndice xifoides.

A los dos meses por el tacto combinado con la palpación abdominal, se lo aprecia (aproximadamente) a dos traveses de dedo sobre el pubis.⁵

4 Florencio Casavilla. Manual de Obstetricia. Ed. El Ateneo. 2a. ed. México, 1988. p. 168.

5 Ibid. p. 109

Altura del fondo uterino

La palpación progresiva a lo largo del embarazo de la altura del útero pueda dar una fecha exacta de la edad gestacional. El fondo uterino se palpa justamente por encima de la sínfisis del pubis en la décima semana de gestación. En la 16 semana de gestación alcanza aproximadamente la mitad del camino entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical, y en la 20 semana alcanza esta última. En la 28 semana, el fondo uterino se encuentra 3 traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical y, en las siguientes 4 semanas, aumenta otros 3 traveses de dedo. En la 36 semana de gestación, el fondo de útero alcanza el reborde costal y permanece en esa situación hasta el momento del inicio del parto, en la múltipara; en la primigesta, el fondo desciende 2 traveses de dedo sobre su máxima altura en el momento del encajamiento.⁶

CONCEPTO

Técnica que consiste en determinar la longitud externa del útero.

OBJETIVO

Determinar el tamaño del fondo uterino durante la evolución del embarazo.

⁶ David Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana. 4a. ed. México, 1987. p. 356.

EQUIPO

- Cinta métrica
- Mesa de exploración

TECNICA

1. Pedir a la paciente que se mantenga relajada durante el procedimiento.
2. Colocar a la paciente en la mesa de exploración, en posición decúbito dorsal y descubrir el abdomen.
3. Fijar con una mano un extremo de la cinta métrica en el borde superior del pubis, con la otra mano deslizar la cinta métrica sobre el abdomen, tomándola entre los dedos índice y medio hasta tocar el fondo uterino.
4. Realizar la lectura de la longitud del útero en centímetros.
5. Cubrir el abdomen de la paciente y dejarla cómoda.
6. Anotar el resultado en la hoja correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

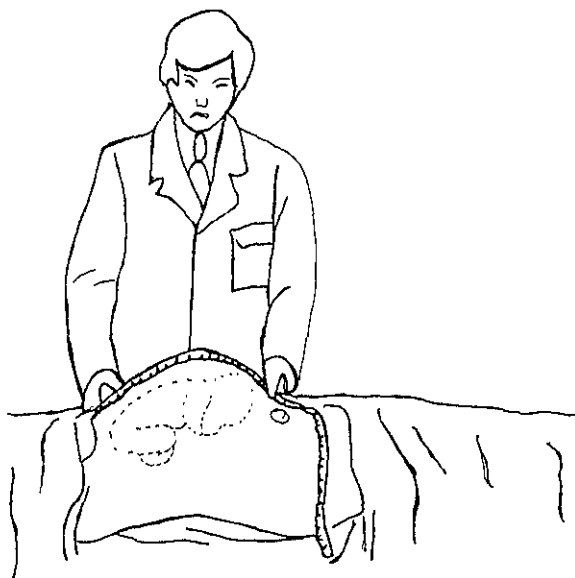
- Palpar el fondo uterino, para obtener el dato exacto.

RECOMENDACIONES

- Calcular las semanas de gestación y compararla con la longitud del útero.

ESQUEMA No. 2

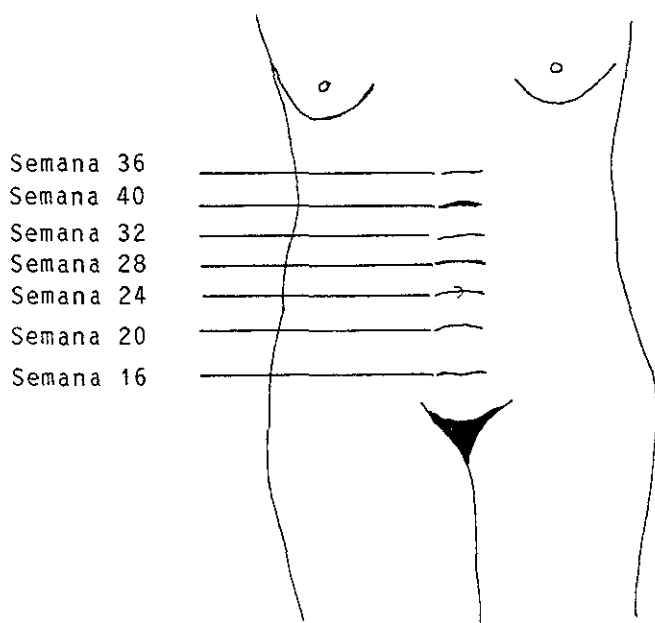
PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA MEDICION DEL FONDO UTERINO



FUENTE: Misma del esquema No. 1, p. 141.

ESQUEMA No. 3

ALTURA DEL FONDO UTERINO EN EL CURSO DE LA GESTACION



FUENTE: ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 DEL IMSS, A.C. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Editores. México, 1995. p. 94.

PROCEDIMIENTO No. 3: LA REALIZACION DE LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD

FUNDAMENTACION TEORICA

En la palpación del abdomen es necesario precisar el crecimiento uterino, así como su contenido y las características del mismo. Para lo primero, se localiza el fondo uterino y se realiza la medición tratando de correlacionarla con la edad gestacional.

Esta medición nos sirve para calcular el peso aproximado del producto, multiplicando su resultado en centímetros por una constante que es 100. La resultante expresa en gramos el peso aproximado del producto.⁷ De las características del contenido es necesario precisar:

Actitud: Se define como la relación que guarda el producto entre sí, la actitud normal es de hiperflexión. Existen actitudes anormales como en el caso de muerte fetal (indiferente) o de isoimmunización severa (Buda), entre otras.

Posición: Es la relación que guarda el punto toconómico de la presentación con la mitad derecha o izquierda de la madre, clínicamente el dorso del producto señala la orientación del punto toconómico. La importancia que tiene su identificación es facilitar el mejor sitio de transmisión del latido cardíaco fe

⁷ ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL IMSS, A.C. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Editores. México, 1995. p. 108

tal que corresponde al hombro anterior fetal.

Presentación: Es la relación que guarda la parte fetal que se aboca al estrecho superior de la pelvis, que es capaz de ocuparlo y de seguir un mecanismo de trabajo de parto.

Situación: Es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre, pudiendo ser longitudinal cuando se conjugan ambos y sólo en esta situación se puede llevar a efecto el mecanismo de trabajo de parto.

Oblicua cuando la presentación apoya en algún iliaco materno y transversa cuando los ejes están encontrados transversalmente.

Variedad de posición: Es la relación que guarda el punto tónico de la presentación con la mitad anterior o posterior de la pelvis materna.⁸

CONCEPTO

Son una serie de pasos que nos permiten conocer, a través de la palpación, las partes del feto en una mujer embarazada.

OBJETIVOS

- Determinar la presentación y posición del feto mediante la palpación obstétrica.

⁸ Ibid. p. 109

EQUIPO

- Mesa de exploración con ropa limpia.
- Sábanas limpias.

TECNICA

1. Colocar a la paciente en la mesa de exploración.
2. Explicar el procedimiento a realizar.
3. Descubrir el abdomen de la paciente, protegiendo su indiv
dualidad.
4. Cubrir con una sábana limpia las piernas de la paciente.
5. Realizar las maniobras.
 - a) Primera maniobra: Mirando hacia la cabeza de la paciente, observar el contorno uterino y establecer la proximidad del apéndice xifoide al fondo uterino, se palpa suavemente el fondo con la punta de los dedos de ambas manos para descubrir que polo fetal lo ocupa. Las nalgas dan la sensación de un gran cuerpo nodular, mientras que la cabeza se perci
be dura y redonda, se mueve libremente y pelotea.
 - b) Segunda maniobra: El explorador debe mantener la mirada en la cabeza de la paciente, se colocan las palmas de las manos a cada lado del abdomen, y se ejerce una presión suave pero profunda, en un lado se debe percibir una estructura resistente y dura, el dorso, y por el otro lado varias no
dulaciones que son las pequeñas partes fetales.
 - c) Tercera maniobra. Colocarse de cara a los pies de la pacien
te.

te y colocar los cuatro dedos de ambas manos sobre la parte inferior del abdomen, por arriba de la sínfisis púbica, con ellos se hace una ligera presión profunda.

De esta manera, se determinará que parte fetal se encuentra en la porción inferior del útero.

d) Cuarta maniobra: El explorador vuelve la cabeza hacia los pies de la paciente, intenta abarcar la porción inferior del abdomen inmediatamente por encima de la sínfisis púbica entre el dedo pulgar y los dedos restantes de una mano. Si la parte no está encajada, se percibe un cuerpo móvil, generalmente la cabeza, si se mueve ligeramente se dirá que está abocada, y si no es posible moverla, se dirá que está encajada.

6. Cubrir el abdomen de la paciente y dejarla cómoda.

7. Anotar los hallazgos en la hoja correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

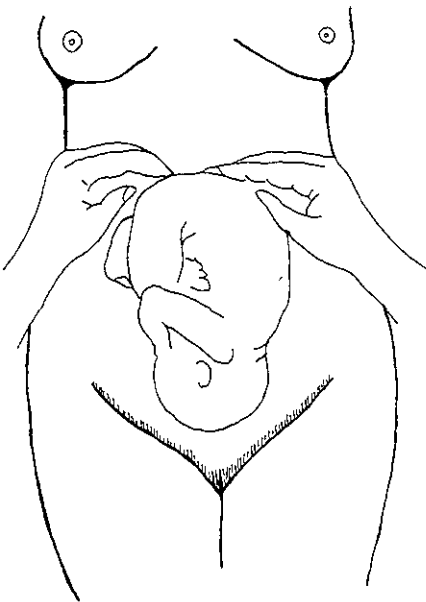
- Respetar la individualidad de cada paciente.
- Durante las tres primeras maniobras conviene estar de pié en el lado derecho de la paciente y de cara a ella, para efectuar la cuarta maniobra se mira en dirección de los pies de la paciente.
- Realizar lavado médico de manos al explorar a cada paciente, para evitar transmitir posibles infecciones dermatológicas.

RECOMENDACIONES

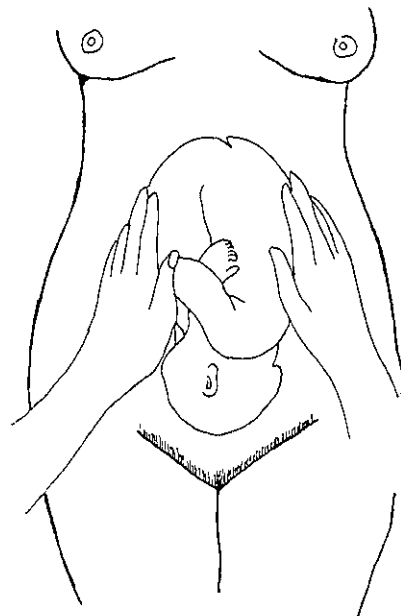
- Movilizar a la paciente con precaución para evitar traumatismos.
- No dejar nunca sola a la paciente.
- En caso de duda, repetir el procedimiento.

ESQUEMA No. 4

PASOS PARA REALIZAR LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD

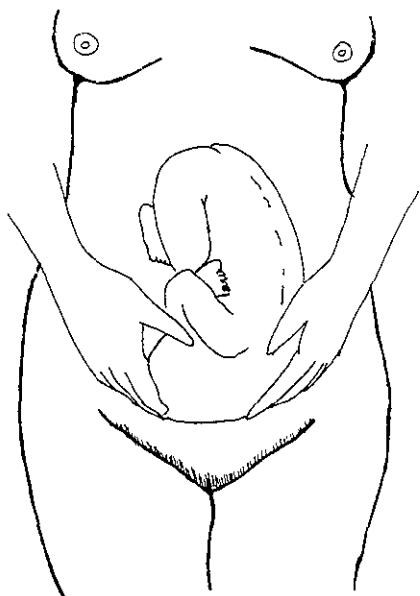


PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD

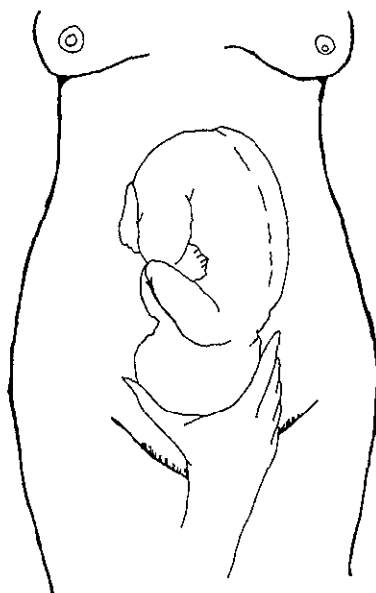


SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD

CONTINUACION DE LOS PASOS PARA REALIZAR LAS MANIOBRAS DE
LEOPOLD



TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD



CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD

FUENTE: Misma del esquema No. 3, p. 110-113

PROCEDIMIENTO No. 4: LA DETERMINACION DE LA FRECUENCIA
CARDIACA FETAL (FCF)

FUNDAMENTACION TEORICA

Determinación instantánea de la FCF

En ausencia de estrés, la FCF refleja la interrelación de los reflejos cardioaceleradores y cardiodeceleradores. El análisis de la FCF implica la valoración de dos elementos, línea base de la FCF, que es la parte de la FCF que se produce entre contracciones uterinas o cambios periódicos en la FCF y los cambios periódicos de la FCF, que son alteraciones breves (menores de 10 min.) en la FCF, que se asocian con contracciones uterinas o se producen en relación con movimiento fetal.⁹

En el embarazo temprano, si auscultamos con Pinard, escucharemos al producto hasta las 18 a 20 semanas, pero si lo hacemos con daphnone, lo podremos auscultar desde la novena semana si la paciente es delgada, pero no podremos hablar de óbito si no lo auscultamos, únicamente hasta después de la 16a. semana de gestación, debiendo además de efectuar por lo menos dos sesiones de auscultación con una semana de diferencia. Al auscultar el foco fetal nos interesa señalar: frecuencia, intensidad y ritmo. La frecuencia se considera normal entre 120 y 160 siempre y cuando se mantenga constante. La intensidad y el ritmo se

9 Op. cit. p. 792.

encuentran en íntima dependencia con la frecuencia y sus variaciones tienen la misma significancia, pues el latido normal de un feto fetal in útero debe ser: rítmico, regular e intenso.¹⁰

CONCEPTO

Es el procedimiento que se lleva a cabo para conocer el número de latidos fetales en un minuto.

OBJETIVOS

- Evaluar el número de latidos fetales en un minuto.

EQUIPO

- Mesa de exploración
- Sábanas limpias
- Estetoscopio de Pinar o Doppler
- Jalea conductora
- Pañuelos desechables
- Reloj con segundero

TECNICA

1. Identificar a la paciente.
2. Registrar sus datos en la libreta de control.
3. Colocar a la paciente en la mesa de exploración, colocarla en posición decúbito dorsal.

¹⁰ Asociación de Médicos. Op. cit. p. 117

4. Descubrir el abdomen de la paciente, protegiendo su individualidad.
5. Colocar una sábana limpia en las piernas de la paciente.
6. Efectuar maniobras de Leopold, para determinar la posición y la presentación del producto.
7. Aplicar jalea conductora al transductor en caso de utilizar doppler. Colocar el transductor o estetoscopio de Pinard en el lado donde se palpó el dorso del producto, a la altura aproximada del hombro anterior.
8. Escuchar claramente la frecuencia cardíaca fetal y contar el número de latidos durante 10 segundos. Descansar 5 segundos.
9. Repetir la misma operación cuatro veces, durante un minuto.
10. Sumar las cuatro cifras obtenidas.
11. Multiplicar el resultado por seis.
12. Dividir el resultado entre cuatro, la cifra obtenida de la última operación dará la frecuencia cardíaca fetal en un minuto.
13. Limpiar el exceso de jalea del abdomen de la paciente, cubrirla y dejarla en posición cómoda.
14. Limpiar la jalea del transductor y colocarlo en su estuche.
15. Registrar el dato obtenido en la hoja correspondiente.
16. Cubrir el abdomen de la mujer y dejarla cómoda.

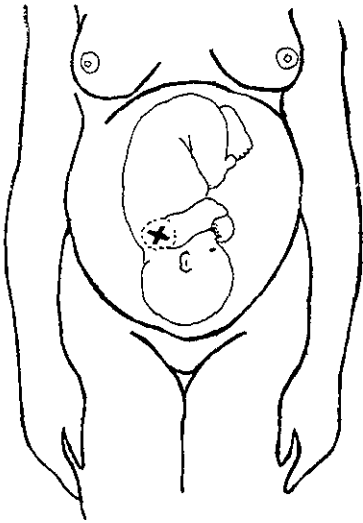
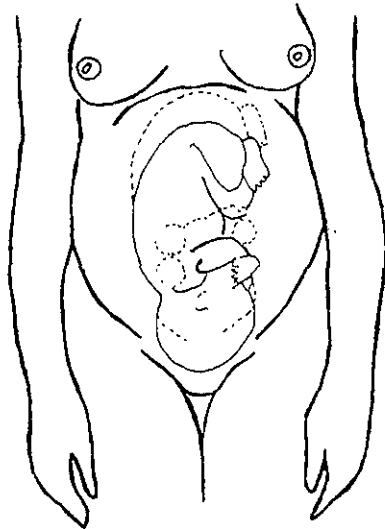
MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Todo el equipo que se utilice con cada paciente, debe lavarse y desinfectarse después de cada procedimiento.
- Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento con cada paciente.
- Vigilar la frecuencia cardíaca fetal cada hora, y a medida que avanza el trabajo de parto cada 30 minutos.
- Vigilar los signos vitales de la paciente cada hora.
- Vigilar estrechamente la actividad uterina.
- El estetoscopio de pinard se sujetará únicamente por la presión que el clínico ejerce con su cabeza.

RECOMENDACIONES

- Diferenciar el latido cardíaco fetal del soplo uterino.
- Marcar el sitio de localización del latido cardíaco fetal para vigilar el descenso de producto.

ESQUEMA No. 5

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA CAPTACION DE LA FRECUENCIA
CARDIACA FETAL (FCF)LOCALIZACION DE LA
FCF

DESCENSO DEL PRODUCTO

FUENTE: MONDRAGON C; Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas. 4a. ed. México, 1991. p. 148-149.

ESQUEMA No. 6

CAPTACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL



FUENTE: Misma del esquema No. 5 p. 174.

PROCEDIMIENTO No. 5: LA REALIZACION DEL TACTO VAGINAL

FUNDAMENTACION TEORICA

Las contracciones eficaces conducen a cambios progresivos en el cuello uterino, con cada contracción el cuello se estira lenta y progresivamente hacia el segmento uterino inferior. Este acortamiento y adelgazamiento se llama borramiento y se registra en porcentajes.

VALORACION DEL CUELLO %	RESULTADO
No ha comenzado	2 cm de largo y dura
25	1.5cm de largo y ablandado
50	1cm de largo y muy blando
75	0.5 cm de largo
100	Se palpa muy delgado, dispues <u>to</u> para ser atraído hacia el segmento uterino inferior. ¹¹

La fuerza de las contracciones, con la presión de la zona de presentación y el saco amniótico, originan la dilatación cervical, la cual se registra en centímetros.

DILATAACION EN CM	RESULTADO
Cerrado o punto del dedo	No se puede introducir la punta del dedo en el canal.

¹¹ Elizabeth Dickason. Enfermería materno infantil. Ed. Mosby. Madrid. 1995. p. 256.

2	Se puede introducir en el <u>ca</u> nal el ancho de un dedo.
3-4	Dos anchos de dedos
5-6	El dedo se puede mover con facilidad de lado a lado de la presentación antes de to- car el cuello.
7-8	El cuello se palpa como un borde blando estrecho rodean <u>do</u> la curva de la presenta- ción.
8-9	El borde que rodea el cuello está estirado a tensión, con más sangre vaginal cuando los capilares se rompen en el <u>cue</u> llo.
9-10	Cuello plano, casi estirado alrededor de la presentación puede palparse todavía como un surco anterior o posterior.
Completa (10 cm)	El cuello no puede tocarse cuando la presentación fetal se desliza a su través, entra en la vagina y desciende los planos. ¹²

12 Id.

El cuello uterino normalmente es duro, presentando la consistencia de la punta de la nariz. Para que en el parto sea eficaz, debe ser blando, dilatado y borrado e inclinado hacia adelante o en la parte anterior de la vagina.

CONCEPTO

Medio empleado en clínica para hacer un diagnóstico a nivel de las cavidades naturales. Consiste en introducir el dedo índice y medio para apreciar el estado anatómico de un órgano.

OBJETIVOS

- Valorar el avance de la dilatación y el borramiento cervical, durante el trabajo de parto.
- Valorar la presentación y el descenso del producto.
- Valoración clínica de la pelvis.
- Valorar la integridad de las membranas

EQUIPO

- Solución antiséptica
- Guantes estériles

TECNICA

1. Explicar el procedimiento a la paciente.
2. Colocar a la paciente en posición de litotomía con los muslos en flexión y abducción.
3. Proteger la individualidad de la paciente de modo que solo quede expuesto el periné.

4. Observar el área perineal en busca de cicatrices, lesiones dermatológicas, presencia de várices vulvares, leucorrea, sangrado, tapón mucoso, salida de líquido amniótico, prolapso de cordón umbilical.
5. Calzarse el guante.
6. Aplicar solución antiséptica al guante.
7. Separar los labios con los dedos pulgar y anular, para introducir los dedos índice y medio.
8. Dirigir los dedos hacia la parte posterior de la vagina y elevarlos hasta tocar el cuello.
9. Valorar los siguientes criterios del cuello:
 - Posición: Está dirigido hacia la parte posterior, en posición media o hacia la parte anterior.
 - Consistencia: Está duro, medio o blando.
 - Borramiento: Palpar el espesor del reborde circular del tejido, estimar el grado de adelgazamiento en porcentaje.
 - Dilatación: Abrir los dedos para palpar la abertura de orificio cervical, la medida es aproximada y se basa en el tamaño de los dedos del explorador. Registrarla en centímetros.
10. Identificar la presentación fetal y la variedad de posición.
11. Determinar en que plano de Hodge se encuentra la presentación.
12. Tratar de alcanzar la articulación lumbosacra (promontorio). Si durante el intento se toca el promontorio, hará sospechar la presencia de una desproporción cefalopélvica.

13. Al descender los dedos, identificar las espinas ciáticas valorando la morfología y el tamaño de las mismas.
14. Al recorrer el dedo hacia atrás de la espina ciática, valorar la amplitud de la escotadura ciática; así mismo, recorrer sobre la línea media de la parte posterior, la concavidad del sacro para confirmar su forma.
15. Valorar el ángulo subpúbico, tratando de apreciar si sus ramas están cerradas o abiertas.
16. Valorar el diámetro bisquiático tratando de presionar las partes blandas con el puño de la mano. Si no pasa con facilidad, indica gran posibilidad de distocia en el estrecho inferior de la pelvis.
17. Explicar los hallazgos a la paciente, después de que haya concluido el procedimiento.
18. Dejar cómoda a la paciente.
19. Registrar los datos obtenidos en las hojas correspondientes.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- No realizar tacto en presencia de sangrado y en sospecha o confirmación de placenta previa.
- Evitar contaminar la mano al hacer contacto con el ano; la posición de la mano con la muñeca recta y el codo inclinado hacia abajo permite que las puntas de los dedos apunten hacia el ombligo y encuentren el cuello uterino.

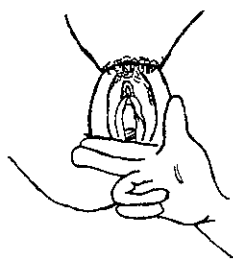
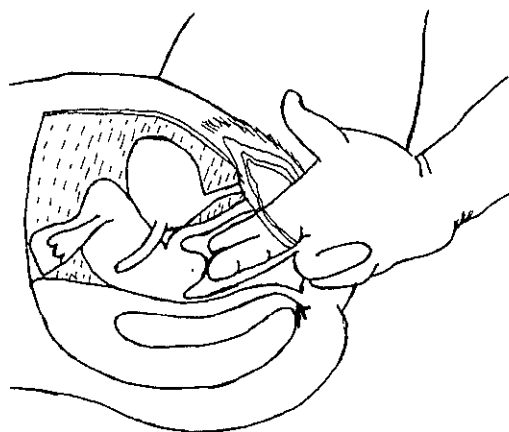
- Evitar la realización de tactos continuos, para evitar la edematización de los labios.

RECOMENDACIONES

- Explicar detalladamente el procedimiento a la paciente para disminuir la ansiedad e incrementar la relajación de los múscu los perineales.
- Introducir los dedos con precaución para evitar lastimar a la paciente.
- Si hay contracción, de ser posible esperar que ésta termine.

ESQUEMA No. 7

PASOS PARA REALIZAR EL TACTO VAGINAL

POSICION CORRECTA
DE LA MANOINTRODUCIR DEDOS
INDICE Y MEDIOREALIZAR LA VALORA-
CION OBSTETRICA

PROCEDIMIENTO No. 6: LA CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

FUNDAMENTACION TEORICA

La oxitocina es una hormona corporal normal sintetizada en el hipotálamo y segregado por la hipófisis posterior. Su efecto es bloqueado por la progesterona. Cuando se acerca el parto, las contracciones se intensifican en proporción directa al de cen so de la progesterona que procede de la placenta envejecida. Cuando esté presente en el organismo, la oxitocina es inac tiv ada por la oxitocinasa, siendo su vida media de 10 a 12 mi nu tos al final del embarazo.¹³

Los receptores de la oxitocina se encuentran en el miometrio y en el epitelio mamario. Estos receptores miometriales aumen tan durante la primera etapa del parto. Las cantidades normales presentes durante el parto son de unas 2 a 3 m U/min. (Darwood 1989). En base a estos datos fisiológicos y para evitar efectos adversos, si se administra oxitocina, se deberá diluir las cantidades durante el trabajo de parto. Los receptores de oxitocina llegan a saturarse alrededor de los 40 min. desde el comienzo de la infusión, si se utilizan dosis excesivas puede presentarse fibrilación del músculo uterino, hiperestimulación uterina con reducción del oxígeno hacia el feto y sufrimiento fetal. La tensión arterial materna puede caer y aparecer pulso

13 Elizabeth Dickason. *Op. cit.* p. 298.

hipotenso y taquicardia.¹⁴

La oxitocina es liberada desde el núcleo hipotalámico en respuesta a ciertos estímulos, pasa por el eje hipotálamo-hipófisis y llega al lóbulo posterior de la hipófisis donde es almacenada.

La oxitocina tiene efectos farmacológicos a varios niveles, en útero aumenta la frecuencia y la fuerza de contracción del músculo uterino.

El mecanismo de acción es la unión de la oxitocina en el miometrio con la membrana plasmática de las células musculares que son receptores específicos para la oxitocina.

Peligros por el uso incorrecto de la oxitocina:

Estos peligros aparecen cuando la concentración de oxitocina en sangre alcanza valores muy altos. La hiperocitocemia tiene dos efectos perjudiciales:

a) Origina hipertaquicardia, lo que reduce la circulación de la sangre materna hacia la placenta y dificulta los intercambios materno fetales.

b) La contractibilidad cardíaca materna se deprime, lo que causa hipotensión arterial y acentúa la isquemia placentaria.¹⁵

14 Elizabeth Dickanson. Op. cit. p. 298.

15 Asociación de Médicos. Op. cit. p. 211-212.

CONCEPTO

Es el procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en una paciente que ya se encuentra en trabajo de parto.

OBJETIVOS

- Guiar el trabajo de parto
- Regularizar el trabajo de parto

EQUIPO

- Solución glucosada al 5% de 500 o 1000ml.
- Ampulas de oxitocina
- Tripié
- Punzocat
- Equipo de venoclisis
- Torundas

TECNICA

1. Explicar a la paciente el procedimiento que se va a realizar.
2. Reunir todo el equipo necesario.
3. Registrar los signos vitales de la paciente en la hoja de registros clínicos de enfermería.
4. Preparar una solución glucosada de acuerdo a las indicaciones médicas.
5. Observar los miembros torácicos de la paciente, en busca de posibles alteraciones en la piel y elegir una vena.

6. Canalizar una vena con la solución preparada.
7. Iniciar la administración de la solución a una velocidad de 10 gotas por minuto, verificando que no se excedan, y de acuerdo a las indicaciones médicas y a la evolución del trabajo de parto, se va incrementando la dosis hasta obtener respuesta, que consiste en 3 contracciones en 10 minutos de 50 a 60 segundos de duración y una intensidad de tres cruces.
8. Anotar en la hoja de enfermería la solución y el número de unidades de oxitocina que tiene.
9. Dejar cómoda a la paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Vigilar estrechamente los signos vitales de la paciente.
- Vigilar cada 30 minutos la frecuencia cardíaca fetal.
- Vigilar la actividad uterina cada 30 minutos.
- Vigilar la presencia de posibles complicaciones.
- Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo para evitar compresión de grandes vasos sanguíneos.

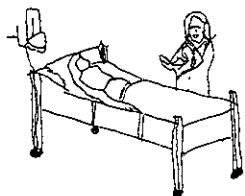
RECOMENDACIONES

- Cuidar que el paso de la solución sea constante.
- Membretar la solución y poner la hora exacta en que inicia el goteo.
- Valorar el estado de las venas para elegir un adecuado punzocat.

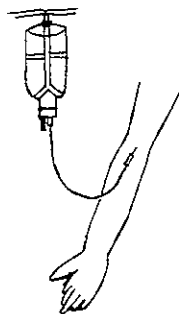
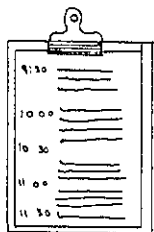
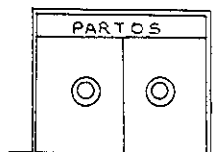
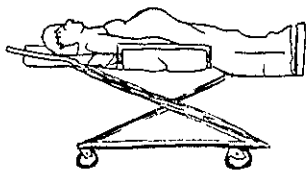
- Nunca dejar sin vigilancia a la paciente con conducción del trabajo de parto.

ESQUEMA No. 8

PASOS PARA REALIZAR LA CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO



PRESENTARSE

SEGUIR INSTRUCCIONES
MEDICASREGISTRO DE
EVALUACIONPREPARAR A LA
PACIENTETRASLADO OPORTUNO
A EXPULSION

PROCEDIMIENTO No. 7: LA ATENCION DE PARTO DE BAJO RIESGO

FUNDAMENTACION TEORICA

Mecanismo del trabajo de parto:

El mecanismo del trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto. Las etapas de que consta este mecanismo son:

a) Encajamiento:

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que esto ocurra, se necesita de una: flexión, orientación y asinclitismo.

Flexión: Para que el feto descienda necesita flexionar el polo cefálico para ofrecer sus diámetros menores, lo cual ocurre por la presión de la contracción uterina que se transmite a través de la columna vertebral y hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitootloide, la cual actúa como una palanca de primer grado.

Orientación: En el estrecho superior de la pelvis, el producto conjuga su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos).¹⁶ Este movimiento obedece a la ley de Selheim que dice: "Dos óvalos desiguales

16 Héctor Mondragón. Op. cit. p. 180.

Únicamente puede quedar orientados conjugando sus ejes mayores".

Al quedar orientado el diámetro anteroposterior de la cabeza fetal con un diámetro oblicuo del estrecho superior de la pelvis, queda "fija" la cabeza del producto, por medio de lo cual es posible relacionar el punto toconómico con un cuadrante es pecífico de la pelvis materna.

Asinclitismo: Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlos, en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal que del otro. A este movimiento se le llama asinclitismo.

b) Descenso

Gracias a la dinámica uterina, el producto continua su descenso hacia la pelvis; al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, que forma un ángulo dietro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) en ese ángulo, quedando conjugado con el diámetro anteroposte-
rior de la pelvis. En este momento, el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático. Para lograr esto se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal dentro de la pelvis, movimiento que se designa como rotación interna.¹⁷

17 Héctor Mondragón. Op. cit. p. 183.

c) Expulsión o desprendimiento

Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura antes descrita, el occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma, en esta forma, primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón. Este movimiento de la presentación se designa con el nombre de extensión.

Restitución

Es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior para mantener su posición anatómica en relación con los hombros.

Rotación externa

Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que desciende los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro anteroposterior de la parte baja de la pelvis.

Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa, el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra, al ser impulsado por las contracciones uterinas. El hombro posterior, o sea, el que se desliza en el sacro, es

el primero que sale y ulteriormente, el hombro anterior.

Expulsión del resto del cuerpo fetal

Al salir los hombros cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, gracias al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles de reducción, no ofrecen dificultad para su expulsión.¹⁸

CONCEPTO

Proceso mediante el cual se favorece la correcta expulsión de los productos de la concepción, hacia el exterior.

OBJETIVOS

- Contribuir con una atención eficaz y oportuna al logro del nacimiento de un producto en las mejores condiciones.
- Apoyar a la paciente para que participe activamente en el período de expulsión.
- Proteger el piso perineal para evitar laceraciones.
- Evitar el descenso brusco del producto.

EQUIPO

En la sala de partos:

- Fuente luminosa
- Mesa pediátrica
- Cubeta
- Mesa obstétrica

18 Héctor Mondragón. Op. cit. p. 185.

- Banco de altura
- Mesa de Mayo
- Aparato de anestesia

Ropa necesaria para la persona que atiende el parto:

- Uniforme quirúrgico
- Bata estéril
- Gorro
- Cubrebocas
- Botas
- Guantes estériles

Para la paciente:

- Camisón
- Gorro

Para el campo operatorio:

- 4 compresas para cubrir a la paciente
- 2 piñeras
- 1 funda de mesa de mayo
- 1 compresa para cubrir la mesa de mayo

Instrumental y material de asepsia:

- 1 pinza de foester con gasas o torundas
- Solución jabonosa
- Solución de benzal
- 1 sonda de ne!atón

Para practicar la episiotomía y episiorrafia:

- 1 tijera de mayo recta
- 1 pinza de disección con dientes
- 1 pinza de disección sin dientes
- 1 portaagujas
- 1 catgut crómico 00 y 000

Para el manejo del cordón umbilical:

- 2 pinzas rochester
- 1 cinta umbilical
- 1 onfalótomo o tijera

Para la atención inmediata al recién nacido:

- 1 perilla de hule

Medicamentos y material:

- 1 frasco de solución glucosada al 5% de 500 o 1000 ml con equipo de venoclisis y un punzocat.

Ampolletas de oxitocina

Ampolletas de ergonovina

Anestésico local inyectable (xilocaína al 1%)

Torundas con alcohol

Jeringas con agujas

Toallas sanitarias

TECNICA:

En las unidades hospitalarias la mujer embarazada llega al ser

vicio de admisión donde se registran sus datos personales y se le realiza la tricotomía púbica, posteriormente pasa al servicio de labor, donde se le conduce para un trabajo de parto más efectivo y se vigilan las constantes vitales del binomio, finalmente, llega a la sala de expulsión con una vena canalizada para la aplicación de medicamentos en caso de una emergencia.

Cuando la paciente llega a la sala de expulsión, se debe:

1. Colocar en posición ginecológica.
2. Colocar las pierneras y fijar adecuadamente las piernas.
3. Realizarse lavado quirúrgico de manos.
4. Calzarse la bata estéril y los guantes estériles.
5. Solicitar el material de asepsia.
6. Realizar aseo vulvoperineal con jabón y solución de benzal.
7. Realizar cateterismo vesical si es necesario.
8. Colocar los campos estériles.
9. Tomar una gasa limpia, deprimir el periné para evitar laceraciones del mismo.
10. Vigilar la expulsión de la cabeza fetal.
11. Cuando la cabeza se encuentre ya en el exterior, limpiar y aspirar boca y nariz del producto.
12. Girar la cabeza del producto para que ocurra la restitución y la rotación externa, después descender suavemente al producto para favorecer el encajamiento del hombro anterior en

el subpubis.

13. Posteriormente elevar ligeramente al producto para lograr el desprendimiento del hombro posterior.
14. Tener precaución con el cordón umbilical sobre todo en caso de que existan circulares de cordón al cuello o en los miembros del producto, se puede deslizarlo sobre las partes fetales o seccionarlo entre dos pinzas si lo anterior no es posible.
15. Cuando el producto haya sido expulsado totalmente, mantenerlo en un plano inferior al abdomen materno, pinzar y seccionar el cordón sólo cuando éste deje de latir, cuidar que el producto se encuentre en decúbito ventral sobre el brazo de la persona que atiende el parto, para evitar la aspiración de secreciones.
16. Entregar al recién nacido al personal encargado para la atención inmediata.
17. Atender el alumbramiento en forma bimanual colocando una mano sobre el abdomen de la mujer y la otra mano manejando el cordón umbilical, presionar el fondo uterino hacia abajo para que no ocurra inversión uterina, evitar tirar el cordón.
18. Para favorecer el desprendimiento placentario, realizar presión del útero simultáneamente realizar tensión suave y sostenida del cordón umbilical.
19. Al tomar la placenta, observar su cara materna y fetal bus

cando:

- Integridad de cotiledones
 - Integridad de membranas
 - Presencia de anormalidades del cordón umbilical como nudos o inserción anormal.
 - Zonas de desprendimiento recientes o antiguos.
 - Zonas de infartos hemorrágicos o calcificaciones.
20. Revisar la vagina y el cérvix para verificar o no la integridad del canal de parto y del cérvix.
 21. Ministrarle 20 unidades de oxitocina en una solución glucosada al 5% de 1000ml por vía intravenosa para favorecer la contracción del útero y así evitar sangrados masivos.
 22. Tomar los signos vitales de la mujer y observar si no hay presencia de sangrado por vía vaginal.
 23. Dar masaje en los miembros pélvicos de la mujer para favorecer el retorno venoso.
 24. Proporcionarle una toalla sanitaria a la mujer y dejarla cómoda en la sala de recuperación.
 25. Vigilar los signos vitales y el sangrado constantemente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Realizar escrupulosamente el aseo vulvoperineal para evitar posibles infecciones.
- Corroborar la posición del producto antes del nacimiento para favorecer una adecuada rotación externa.

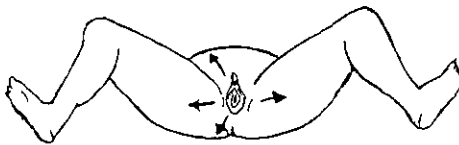
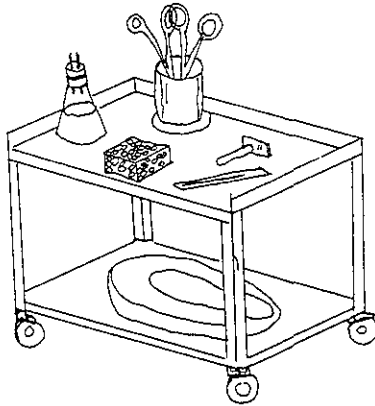
- Sostener correctamente y con seguridad al producto para evitar que éste caiga.
- Cortar el cordón sólo cuando éste deje de latir y entregar al producto lo más pronto posible para evitar pérdidas de calor en él.
- Observar las características del sangrado, después del segundo período clínico del parto, para observar por qué mecanismo se dará el alumbramiento.
- Realizar revisión de cavidad siempre y cuando se sospeche de retención de restos placentarios.
- Palpar la consistencia del útero, posterior al alumbramiento.

RECOMENDACIONES

- Ofrecer a la mujer alternativas de relajación.
- Enseñar a la paciente técnicas de respiración.
- Mantener lo más posible limpia el área perineal.
- Proporcionar masajes para disminuir el dolor.

ESQUEMA No. 9

EQUIPO Y MATERIAL PARA REALIZAR EL ASEO PERINEAL

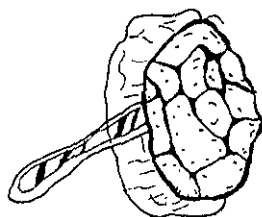


ORDEN Y DIRECCION EN QUE
DEBE PRACTICARSE EL ASEO
PERINEAL

FUENTE: MONDRAGON C: Héctor. Ginecoobstetricia para enfermeras.
Ed. Trillas. México, 1991. p. 285.

ESQUEMA No. 10

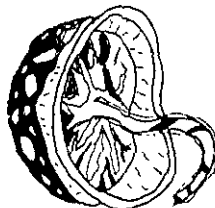
MANIOBRA PARA FAVORECER EL ALUMBRAMIENTO



CARA MATERNA

-No falte ningún cotiledón.
-No exista la presencia de zonas de hemorragia, infarto o calcificación.

CARA FETAL



-Al visualizar a trasluz las membranas se puede apreciar su integridad y el sitio de inserción del cordón.
-Se puede detectar anomalías vasculares.

FUENTE: Misma del esquema No. 9, p. 221.

PROCEDIMIENTO No. 8: LA VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL
POR EL METODO DE CAPURRO

FUNDAMENTACION TEORICA

DESARROLLO DEL EMBRION

El tiempo que transcurre entre la fecundación y los primeros 14 días de desarrollo, constituye el período pre-embrionario. Es un período de división celular rápida, con diferenciación de tejidos y el desarrollo de las capas germinales primarias, ectodermo, endodermo y mesodermo.¹⁹

A la tercera semana, la masa de células en crecimiento se convierte en el embrión. El período embrionario está caracterizado por el crecimiento rápido y la ulterior diferenciación tisular, que comprende la organogénesis, la diferenciación y formación de órganos. Este período se caracteriza también por la extremada susceptibilidad a influencias ambientales adversas, como radiación, infecciones, etc. Hacia el fin de la tercera semana, las capas germinales han comenzado a formar tejidos reconocibles. La capa ectodérmica desarrolla a órganos y estructuras como el sistema nervioso central y el cerebro, que mantiene interacción con el mundo exterior. La capa mesodérmica desarrolla tejidos de soporte del cuerpo (músculo y hueso) y a los sistemas vascular y urinario, de tal manera que el cuerpo

19 Elizabeth Dickason. Op. cit. p. 120.

pueda mantener el movimiento y las funciones internas. Por último, la capa endodérmica suministra las cubiertas epiteliales de la mayor parte de los sistemas del organismo.²⁰

DESARROLLO DEL PRODUCTO POR SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL

SEMANAS	DESARROLLO
Etapa Embrionaria	
1	Clora minúscula libre en el útero.
2	Vesícula ovoide alojada superficialmente en el endometrio.
3	La concavidad dorsal temprana cambia a convexidad se forman los pliegues de la cola y aparece la cabeza. El surco neural se cierra parcialmente.
4	La cabeza está en ángulo recto al cuerpo, rudimentos de extremidades cola prominente.
5 a 7	Rápido desarrollo del encéfalo. Se forma la retina del ojo. Se forman las cámaras del corazón. Los ojos y los dedos de manos y pies se empiezan a distinguir. Se forman el paladar y el labio superior. Se desarrolla el tracto gastrointestinal; parte del intestino aún en el cordón umbilical.

²⁰ Elizabeth Dickason. Op. cit. p. 124.

Rápido desarrollo de los sistemas urogenitales.

Etapa
Fetal

- 8 a 10 El desarrollo comprende principalmente el crecimiento y maduración de las estructuras que principian en el embrión.
- 11 a 12 Formación de las características faciales. Párpados presentes y fusionados.
Intestino retraído del cordón umbilical hacia adentro del abdomen.
Fusión completa del paladar
Posible identificación externa del sexo.
Cuello bien definido.
Principio de formación de los lechos ungueales.
Formación de los brotes de los dientes.
- 13 a 16 Rápido crecimiento de las extremidades y el tronco; cabeza menos prominente.
Feto activo.
Esqueleto calcificado en examen radiológico.
- 17 a 20 Aparecen cejas, lanugo y vérmix.
Pezones apenas visibles.
- 24 Oído externo blando, plano, sin forma. Piel arrugada, translúcida, de color rosado.
El lanugo cubre el cuerpo.
- 28 Aparece la grasa subcutánea, así como las uñas.

- Testículos en el cinturón inguinal interno o por debajo. Se abren los ojos.
- Pelo en la cabeza bien desarrollado.
- 32 Pelo fino y lanoso.
- Uña hasta la punta de los dedos.
- Clítoris prominente, labios mayores pequeños y separados.
- Piel rosada y suave.
- 1 o 2 arrugas en la porción anterior de la planta de los pies.
- Areolas de las mamas visibles pero planas.
- 36 Cuerpo, extremidades más redondeadas.
- Piel más gruesa y más blanca; desapare el lanugo
- Se desarrolla el tejido de las mamas por debajo de los pezones.
- Pocas rugosidades escrotales.
- Testículos en el canal inguinal.
- Las arrugas en las plantas de los pies comprenden los dos tercios anteriores de las plantas.
- 37 a 40 Piel blanquizca rosada.
- El lanugo desaparece de la cara.
- Pelo en mechones sencillos.
- Disminución del vérnix.
- Areola de 5 a 6 mm con 7 a 10 mm de tejido mamario.

Oreja bien definida por la incurvación exterior al lóbulo.

Testículos en el escroto.

Los labios mayores se juntan en la línea media; cubren los labios menores y el clítoris.²¹

CONCEPTO

Es un método que nos permite valorar la edad gestacional del producto después del nacimiento.

OBJETIVOS

- Permite detectar la presencia de riesgo neonatal.
- Comprobar la edad gestacional.

EQUIPO

- Mesa pediátrica con ropa limpia
- Lámpara de pie
- Guantes estériles
- Bata estéril
- Cubrebocas
- Compresas estériles
- Incubadora
- Pluma
- Hoja blanca

²¹ Joy A. Ingalls. Enfermería materno-infantil y pediátrica.
Ed. Noriega. México, 1991. p. 58-66.

TECNICA:

1. Colocarse el cubrebocas
2. Reunir todo el material en la mesa pediátrica.
3. Encender la lámpara de pié y colocarla cerca de la mesa pe
diátrica.
4. Realizar lavado quirúrgico de manos.
5. Colocarse bata estéril.
6. Calzarse guantes estériles.
7. Abrir paquete de compresas.
8. Colocar una compresa sobre la mesa pediátrica.
9. Tomar otra compresa y recibir al recién nacido.
10. Llevarlo hasta la mesa pediátrica.
11. Secarlo y limpiarlo.
12. Retirar la compresa húmeda.
13. Brindar los cuidados inmediatos al recién nacido.
14. Observar al producto en busca de las siguientes caracterís
ticas y otorgar la calificación de Capurro correspondiente:

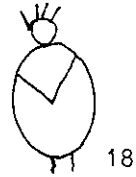
PUNTUACION

a) Textura de la piel	
Gelatinosa	0
Fina y lisa	5
Algo más gruesa, discreta, descamación superficial.	10
Gruesa con grietas superficiales.	15

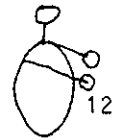
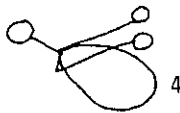
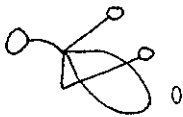
descamación en manos y pies.	
Gruesa apergaminada con grietas profundas.	20
b) Forma de la oreja	
Aplañada sin forma, incur <u>v</u> vación escasa o nula.	0
Incurvación de la parte del pabellón.	8
Pabellón parcialmente incur <u>v</u> vado en toda la parte supe- rior.	16
Pabellón totalmente incurvado	24
c) Tamaño de la glándula mamaria	
No palpable	0
Palpable menor de 5mm de diá <u>m</u> metro.	5
Diámetro entre 5 y 10mm	10
Diámetro mayor de 10mm	15
d) Pliegues plantares	
Sin pliegues	0
Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior.	5

Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior.	10
Surcos en la mitad anterior de la planta.	15
Surcos en más de la mitad anterior de la planta	20

c) Maniobra de la bufanda



d) Posición de la cabeza



15. Sumar las calificaciones otorgadas a cada característica y aumentarle 200 (es una constante), el resultado es la edad gestacional en días.

16. Para sacar la edad gestacional en semanas al resultado anterior dividir entre 7 (que son los días de la semana).

17. El resultado puede interpretarse de la manera siguiente:
Recién nacido pretérmino: Nacidos de menos de 37 semanas
Recién nacido de término: De 37 a 42 semanas de edad gestacional.

Recién nacido posttérmino: A todos los nacidos después de la semana 42.

18. Anotar el resultado en la hoja correspondiente.
19. Colocar al recién nacido los membretes de identificación con los datos de la madre.
20. Colocarlo en la incubadora o cuna térmica.
21. Limpiar el área de trabajo.

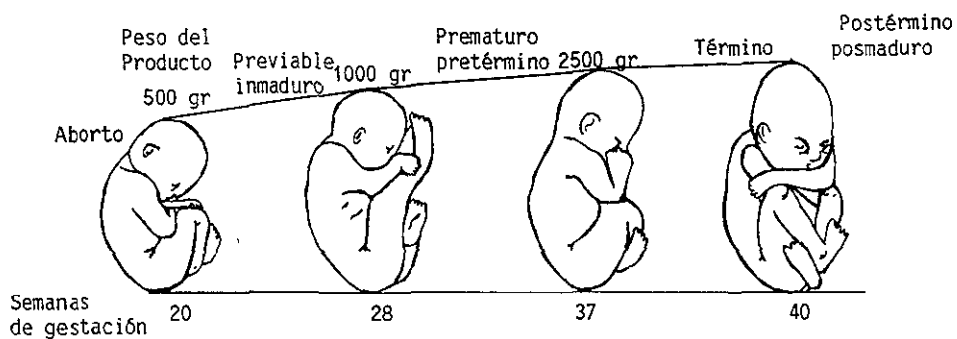
MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Retirar la compresa húmeda para evitar pérdida de calor al recién nacido.
- Manejar gentilmente al recién nacido.

RECOMENDACIONES

- Realizar la valoración lo más rápido posible para evitar en .
friamiento al producto.
- En caso de duda, repetir la valoración.

ESQUEMA No. 11

CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL
Y EL PESO CORPORAL

FUENTE: Misma del esquema No. 1, p. 413.

PROCEDIMIENTO No. 9: LA VALORACION DE APGAR

FUNDAMENTACION TEORICA

La evaluación del recién nacido no se logra con un solo exámen, sino con una serie de exploraciones, observaciones y exámenes durante su estancia en el Hospital.

La evaluación realizada inmediatamente después del nacimiento está dirigida a identificar padecimientos que pongan en peligro su vida, o anormalidades que exijan una atención inmediata.

Los movimientos espontáneos proporcionan señales sutiles sobre posibles problemas del sistema nervioso central. Los movimientos excesivos y bruscos o inquietos pueden indicar una descarga eléctrica excesiva de las neuronas o un trastorno metabólico como hipoglucemia, hipocalcemia, hipoxias, lesiones neurológicas y supresión de medicamentos.²²

Los movimientos de parpadeo o como de nado repetitivos de las extremidades superiores, o los movimientos de pedaleo de las inferiores, pueden representar una convulsión focal a causa de lesiones a la hora del parto. Los temblores prolongados o excesivos pueden indicar hiperactividad y se debe dar aviso para que se practique un examen adicional.

22 Arlene Burroughs. Enfermería materno-infantil de Blair. Ed. Interamericana. 5a. ed. México, 1986. p. 385.

El llanto del neonato debe ser intenso y vigoroso. Si se observa que llora en tono alto, tal vez existan lesiones del sistema nervioso central y debe realizarse una evaluación más profunda.

ABERTURA DE LA CIRCULACION PULMONAR

Los aparatos respiratorios y cardiovascular quedan sujetos a cambios importantes después del nacimiento. Al ligar el cordón umbilical queda eliminada la placenta o intercambiador fetal. Inmediatamente los pulmones deben encargarse de que el recién nacido reciba oxígeno suficiente y elimine productos de desecho (dióxido de carbono). Además, debe aumentar la cantidad de sangre a los pulmones (circulación pulmonar). Antes de esto, sólo cerca de 10% de la sangre llegaba a los pulmones debido a los cortocircuitos fetales y a la resistencia alta del flujo de la sangre. Los factores que causaban la alta resistencia del circuito eran la vasoconstricción y las arterias pulmones gruesas. Además, los pulmones antes del nacimiento se encontraban expandidos sólo parcialmente y eran un tanto incomprensibles por la presencia de líquido. Al nacer, con el establecimiento de la respiración, expansión de los pulmones y eliminación de líquido, la circulación pulmonar se adapta rápidamente y revierte a un sistema de flujo sanguíneo elevado con baja resistencia.²³

23 Ibid. p. 371.

El recién nacido aumenta la frecuencia respiratoria de 30 a 40 respiraciones por minuto. La razón de esta mayor frecuencia respiratoria es la mayor necesidad de oxígeno. Las respiraciones pueden ser poco profundas, a veces irregulares, con tendencia a respiraciones periódicas.

CONCEPTO

Es la evaluación clínica de las condiciones en que se encuentra un recién nacido inmediatamente después del parto, se valora al minuto y a los cinco minutos de vida extrauterina.

OBJETIVOS

- Conocer las condiciones físicas y neurológicas del recién nacido.

EQUIPO

- Mesa pediátrica con ropa limpia
- Lámpara de pié
- Guantes estériles
- Bata estéril
- Cubrebocas
- Compresas estériles
- Incubadora
- Hoja blanca
- Pluma

TECNICA:

1. Colocarse el cubrebocas
2. Reunir todo el material necesario en la mesa pediátrica.
3. Prender la lámpara de pié y colocarla cerca de la mesa pe
diátrica.
4. Realizar lavado quirúrgico de mano.
5. Colocarse bata estéril.
6. Calzarse guantes estériles.
7. Abrir paquete de compresas.
8. Colocar una compresa sobre la mesa pediátrica.
9. Tomar otra compresa y recibir al recién nacido.
10. Llevarlo hasta la mesa pediátrica.
11. Limpiarlo y secarlo.
12. Retirar la compresa húmeda.
13. Brindar los cuidados inmediatos y simultáneamente realizar
la siguiente valoración, otorgándole su puntuación corres
pondiente a cada signo.

SIGNO	0	1	2
Color	Azul pálido	Cuerpo rosado extremidades cianóticas	Completamente rosado
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latí- dos por minuto

Respuesta a reflejos	No respon <u>de</u>	Hace muecas	Tose o estor- nuda
Actividad (tono muscu <u>lar</u>)	Ausente	Ligera fle- xió <u>n</u> hipoto <u>nía</u>	Flexión activa vigorosa
Respiración	Ausente	Irregular	Regular, vigoro <u>sa</u> .

14. Sumar todas las puntuaciones otorgadas.
15. El resultado de la suma es la puntuación que se otorga al recién nacido al minuto de vida extrauterina.
16. El resultado puede interpretarse de la siguiente maenra:
 - De 0 a 3 puntos asfixia severa
 - De 4 a 6 puntos asfixia moderada
 - De 7 a 10 puntos sin asfixia.
17. Brindar los cuidados necesarios de acuerdo a la puntuación final.
18. Identificar al recién nacido, colocándole mambretes con los datos de la madre.
19. Dejarlo cómodo.
20. Anotar el resultado obtenido en la hoja correspondiente.
21. A los cinco minutos de vida extrauterina, volver a repetir la valoración al recién nacido.
22. Anotar el resultado en la hoja correspondiente.
23. Colocar al recién nacido en la incubadora.

24. Limpiar el área de trabajo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

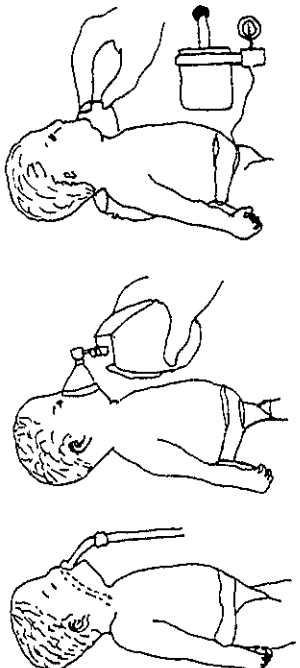
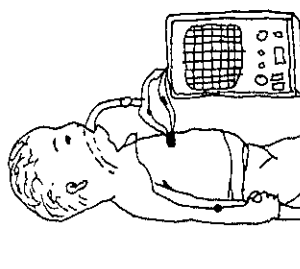
- Realizar la valoración, al minuto, conjuntamente con el personal que atiende el parto.
- En caso de detectar asfixia moderada o severa, informar al médico pediatra.
- Repetir a los cinco minutos de vida extrauterina la valoración, independientemente del primer resultado, para valorar la adaptación del recién nacido.
- El personal que realice la valoración debe estar capacitado para actuar en caso de emergencia.

RECOMENDACIONES

- Pedir que otra persona efectúe la valoración en forma simultánea para mayor seguridad en el resultado.
- Puede realizarse la valoración de Apgar simultáneamente con la de Silverman-Anderson, a los cinco minutos de vida extrauterina.

ESQUEMA No. 12

ACCIONES A REALIZAR EN LA VALORACION DE APGAR

Calificación de acuerdo con el método de Apgar	Interpretación clínica	Conducta terapéutica	
De 7 a 10	Recién nacido ^{nor-} mal	No requiere ningún cuidado especial	
De 4 a 6	Recién nacido moderadamente deprimido	<p>Mantener permeables las vías respiratorias del recién nacido mediante succión rápida y efectiva.</p> <p>Administrar respiración con presión positiva intermitente, con respirador tipo ambú a intervalos de 1 a 1.5 seg. (de 40 a 50 veces por min.)</p> <p>Practicar intubación endotraqueal, si no presenta respiración espontánea a los dos minutos.</p>	
De 0 a 3	Recién nacido severamente deprimido	Con cánula endotraqueal, instalar respiración con bolsa y mascarilla, y mantener el control de la frecuencia cardíaca con monitor, de preferencia.	

PROCEDIMIENTO No. 10: LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSON

FUNDAMENTACION TEORICA

Patrones respiratorios

El término patrones respiratorios se utiliza para referirse a la frecuencia, volumen, ritmo y carácter de la respiración.

La respiración normal (eupnea) es tranquila, rítmica y requiere un esfuerzo mínimo. La taquipnea (frecuencia rápida) aparece acompañada de fiebre, acidosis metabólica y dolor con hipercapnia (CO_2 en sangre elevado) o anoxemia (déficit de oxígeno en sangre). La bradipnea consiste en una frecuencia respiratoria anormalmente lenta, que se observa en pacientes que han ingerido drogas, tales como el sulfato de morfina (que es depresor respiratorio).²⁴

La hiperventilación es la entrada excesiva de aire a los pulmones; suele ser resultado de un aumento en la frecuencia y la profundidad de la respiración. La respiración de Kussmal es un tipo especial de hiperventilación que acompaña a la acidosis metabólica y que se produce cuando el organismo intenta eliminar el exceso de ácidos corporales expulsando el dióxido de carbono mediante una respiración rápida y profunda.

La hipoventilación consiste en una ventilación alveolar inade

24 Bárbara Kozier y Glenora Erb. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana. México, 1994. p. 1176.

cuada que no satisface las necesidades del organismo, como resultado, el dióxido de carbono queda retenido en el torrente sanguíneo; puede presentarse por una obstrucción de las vías aéreas o a los efectos secundarios de algunos fármacos.²⁵

Los trastornos del ritmo respiratorio crean patrones respiratorios irregulares. Existen cuatro ritmos que se consideran anormales:

1. Cheyne-Stokes: Ritmo marcado de aumento y disminución de las respiraciones, desde una respiración muy profunda a muy superficial y apnea temporal (cese de respirar); las causas incluyen fallo cardíaco congestivo, aumento de la presión intra craneal y sobredosis medicamentosa.
2. Kussmaul: Frecuencia y profundidad aumentadas que a menudo exceden de 20 respiraciones por minuto; se ve en la acidosis metabólica y el daño renal.
3. Apneusica: Inspiración prolongada, jadeante, seguida de una espiración muy corta habitualmente ineficaz, asociada a trastornos del sistema nervioso central.
4. Biot: Respiración superficial interrumpida por apnea, se ve en gente sana y en pacientes con trastornos del sistema nervioso central.²⁶

25 Id.

26 Id.

Insuficiencia respiratoria neonatal

La insuficiencia respiratoria neonatal es una de las principales causas de morbimortalidad en los recién nacidos; por lo que se requiere una rápida y eficaz intervención.

La insuficiencia respiratoria puede manifestarse como esfuerzo respiratorio aumentado, quejido, cianosis, palidez, apnea, bradicardia, por lo que requiere de un tratamiento inmediato.

En todos los casos, se deberá mantener eutérmico al paciente, administrarle oxígeno por una mascarilla o campana, entre otras actividades realizadas por personal capacitado.²⁷

CONCEPTO

La valoración de Silverman-Anderson sirve para medir la presencia o no de dificultad respiratoria en el recién nacido.

OBJETIVOS

- Valorar el estado respiratorio en el recién nacido.
- Brindar los cuidados inmediatos en caso de dificultad respiratoria.

EQUIPO

- Mesa pediátrica
- Lámpara de pie
- Guantes estériles
- Bata estéril

²⁷ Instituto Nacional de Pediatría. Pediatría Médica. Ed. Trillas. México, 1994. p. 37.

- Compresas estériles
- Cubrebocas
- Incubadora

TECNICA

1. Colocarse el cubrebocas
2. Reunir todo el material en la mesa pediátrica.
3. Encender la lámpara de pié y colocarla cerca de la mesa pe
diátrica.
4. Realizar lavado quirúrgico de manos.
5. Colocarse bata estéril.
6. Calzarse guantes estériles.
7. Abrir el paquete de compresas.
8. Colocar una compresa sobre la mesa pediátrica.
9. Tomar otra compresa y recibir al recién nacido.
10. Llevarlo hasta la mesa pediátrica.
11. Limpiarlo y secarlo.
12. Retirar la compresa húmeda.
13. Brindar los cuidados inmediatos al recién nacido.
14. Observar los siguientes signos y otorgar la puntuación co-
rrespondiente:

SIGNO	0	1	2
Movimientos toracoabdo- minales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil abdomen en mo vimiento	Tórax y abdomen sube y baja

Tiro inter- costal	NO	Discreto	Acentuada y constante
Retracción xifoidea	NO	Discreto	Muy marcado
Aleteo na- sal	NO	Discreta	Muy acen- tuada
Quejido res- piratorio	NO	Leve o cons- tante	Constante y acentuado

15. Anotar en una hoja la puntuación que se le otorga a cada signo y sumarlos.

16. El resultado de la suma será la calificación que se otorga al recién nacido.

17. Los resultados pueden interpretarse de la siguiente manera:

a) Deprimido: Con ruidos cardíacos débiles, calificación de 0 a 3.

b) Moderadamente deprimido con buenos latidos cardíacos, calificación de 4 a 7.

c) Recién nacido normal, calificación de 8 a 10.

18. En base a la calificación obtenida, brindar los cuidados necesarios para mantener estable al recién nacido.

19. Cubrir al recién nacido y dejarlo cómodo en la incubadora.

20. Anotar en la hoja correspondiente la calificación obtenida

y los cuidados que se le proporcionaron.

21. Limpiar el área de trabajo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD



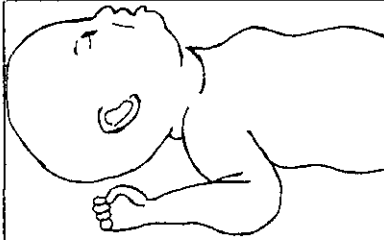
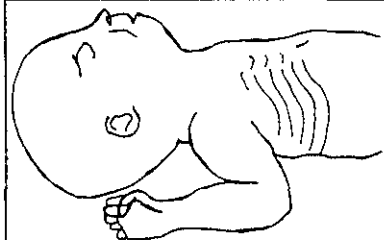
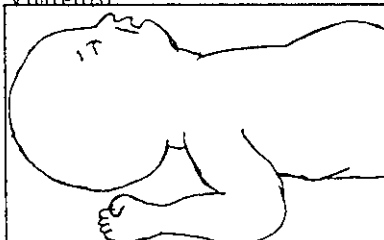
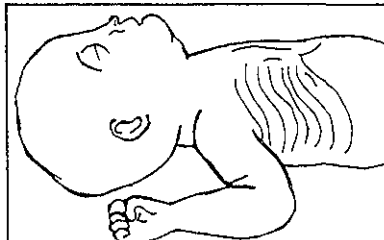
- Retirar la compresa húmeda y colocar otra seca para evitar pérdida de calor al recién nacido.
- Nunca dejar sólo al recién nacido.
- En caso de detectar insuficiencia respiratoria, informar inmediatamente al médico pediatra.
- Identificar al recién nacido, colocándole membretes con los datos de su madre.

RECOMENDACIONES

- En caso de duda de los resultados, repetir la valoración.
- Puede hacerse simultáneamente mientras se dan los cuidados inmediatos al recién nacido.

ESQUEMA No. 13

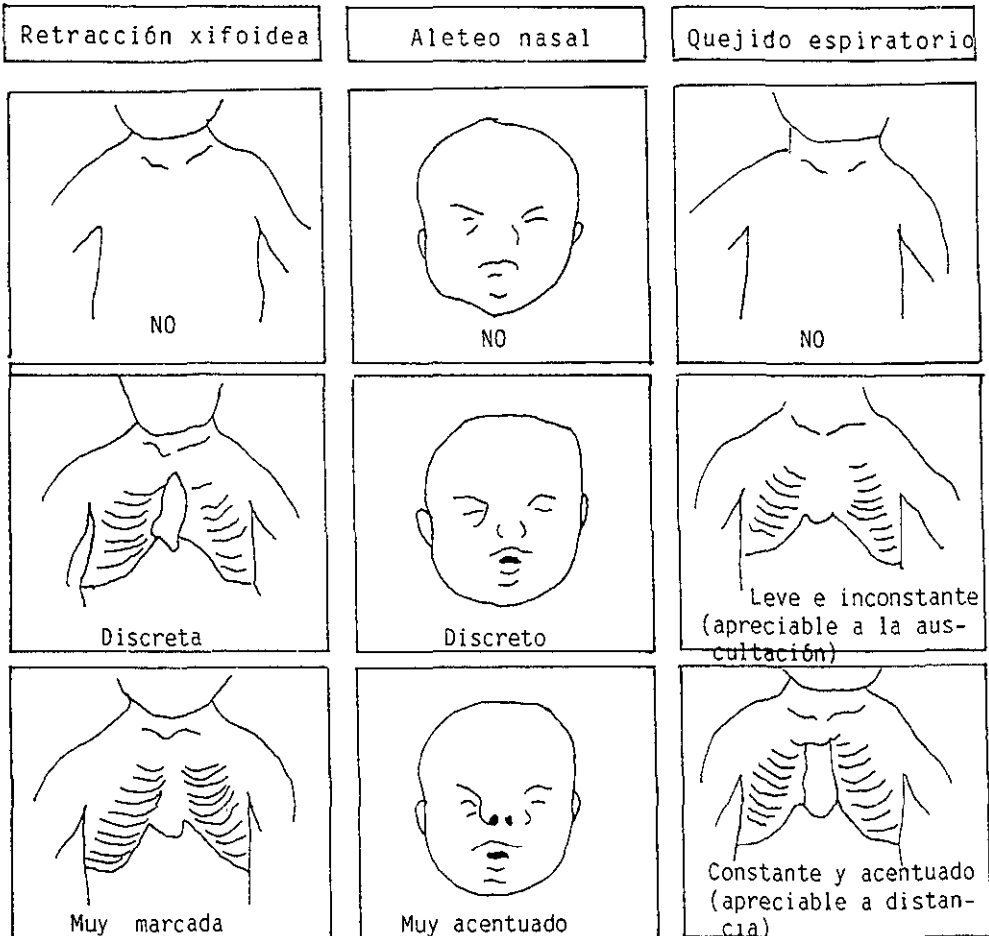
SIGNOS A LOCALIZAR EN LA VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSON

Calcificación	Movimientos toracoabdominales	Tiro intercostal
0	 <p>Rítmicos y regulares</p>	 <p>No</p>
1	 <p>Tórax inmóvil y abdomen en movimiento</p>	 <p>Discreto</p>
2	 <p>Tórax y abdomen (sube y baja)</p>	 <p>Grandes tiros acentuados y constante</p>

FUENTE: Misma del esquema No. 1, p. 331.

**ESTA TESIS NO DEBE
CALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONTINUA ESQUEMA No. 13



PROCEDIMIENTO No. 11: LA EXPLORACION MAMARIA

FUNDAMENTACION TEORICA

Las glándulas mamarias, mamas o senos, son glándulas sudoríparas modificadas (túbulos alveolares ramificantes) que se sitúan sobre los músculos pectoral mayor y serrato anterior, a los cuales están unidos por una capa de tejido conectivo. En cuanto a su estructura interna, cada una consiste en 15 a 20 lóbulos, separados por tejido adiposo.²⁸ La cantidad de éste es el factor del que depende el tamaño de las mamas, que no guarda relación alguna con la cantidad de leche que se produce durante la lactancia. En cada lóbulo hay otros compartimientos más pequeños, los lobulillos, compuestos por tejido conectivo en el que están incluidas las células secretoras de leche, o sea, los alveolos. La disposición de estos últimos se asemeja a la de los racimos de uvas. Entre los lobulillos se observan haces de tejido conectivo, los ligamentos suspensorios de las glándulas mamarias (ligamentos de Cooper), que siguen un trayecto entre la piel y la fascia profunda para brindar sostén a las mamas.

El área circular pigmentada de piel que rodea al pezón es la areola, cuyo aspecto rugoso se debe a que contiene glándulas sebáceas *modificadas*.

Al momento del nacimiento, las glándulas mamarias no presentan

28 Gerard G. Tórtora. Op. cit. p. 942.

desarrollo en ninguno de los sexos y tienen el aspecto de pequeñas prominencias torácicas. Con la pubertad, se inicia su desarrollo en la mujer, con la maduración de su sistema de conductos, la formación de grandes depósitos de grasa y el crecimiento y pigmentación del pezón y areola, cambios que guardan correlación con el aumento en la secreción de estrógenos por parte de los ovarios.²⁹

CONCEPTO

Es una evaluación física que se realiza en los cuatro cuadrantes de la glándula mamaria, para la localización de alteraciones existentes en ellas.

OBJETIVOS

- Observar tamaño, simetría y posición de las mamas.
- Detectar la presencia de elevaciones o nódulos en los cuatro cuadrantes mamarios.
- Observar la presencia de secreción por el pezón.

EQUIPO

- Habitación con adecuada iluminación.
- Sábana limpia.
- Mesa
- Una pequeña almohada o una toalla doblada
- Guantes

29 Gerard G. Tortora. Op. cit. p. 944.

TECNICA

1. Explicar el procedimiento a la paciente.
2. Reunir el equipo necesario.
3. Realizar lavado médico de manos.
4. Pedir a la paciente que se descubra de la cintura hacia arriba y que se sienta en la orilla de la mesa.
5. Colocar la sábana limpia sobre sus piernas.
6. Inspeccionar ambas mamas, las areolas y los pezones para comparar su tamaño, simetría, posición, color de la piel, si hay presencia de inversión, retracción o umbilicación del pezón; mientras la mujer adopta las siguientes posiciones: sentada dejando caer los brazos a los lados, sentada con los brazos extendidos sobre la cabeza, sentada apretando las manos juntas por delante del tórax, sentada e inclinada hacia adelante.
7. Colocar a la paciente en posición dorsal.
8. Para examinar la mama derecha, colocar una almohada o una toalla bajo el hombro derecho y la mano derecha atrás de la cabeza.
Con la mano izquierda
9. Palpar presionando con los dedos índice, medio y anular y con movimientos rotatorios, la superficie de la glándula mamaria comenzando por el cuadrante superior externo y continuando en relación a las manecillas del reloj en busca de alteraciones como son elevaciones o nódulos, textura de la

piel, eritema o cicatrices.

10. Presionar el pezón con suavidad entre el dedo pulgar y el dedo índice, en busca de alguna supuración clara o sanguínea.
11. Para examinar la mama izquierda, colocar una almohada o toalla bajo el hombro izquierdo y la mano izquierda atrás de la cabeza.

Con la mano derecha explorar la mama izquierda.

12. Repetir la misma valoración que se hizo en la mama derecha.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

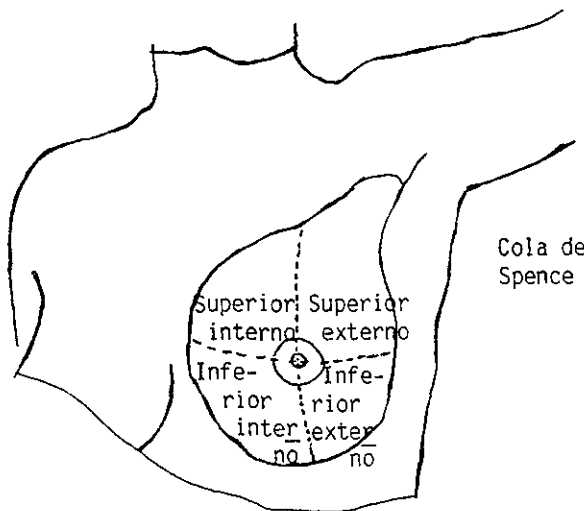
- En caso de salida de líquido a través del pezón, utilizar guantes para evitar posible contaminación de las manos.
- Tomar muestras de toda aquella secreción que se presente durante la exploración y enviarla a laboratorio.

RECOMENDACIONES

- Informar a la paciente sobre la frecuencia en que se debe realizar la exploración mamaria, la cual se debe realizar cada mes.
- Notificar los resultados obtenidos en la exploración a la paciente.

ESQUEMA No. 14

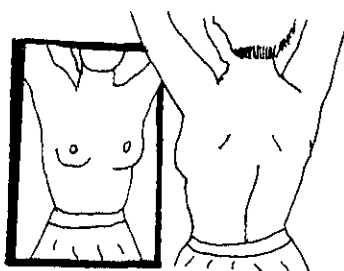
POSICIONES PARA REALIZAR LA EXPLORACION MAMARIA



Cola de Spence



Yemas de los dedos



De pié frente a un espejo

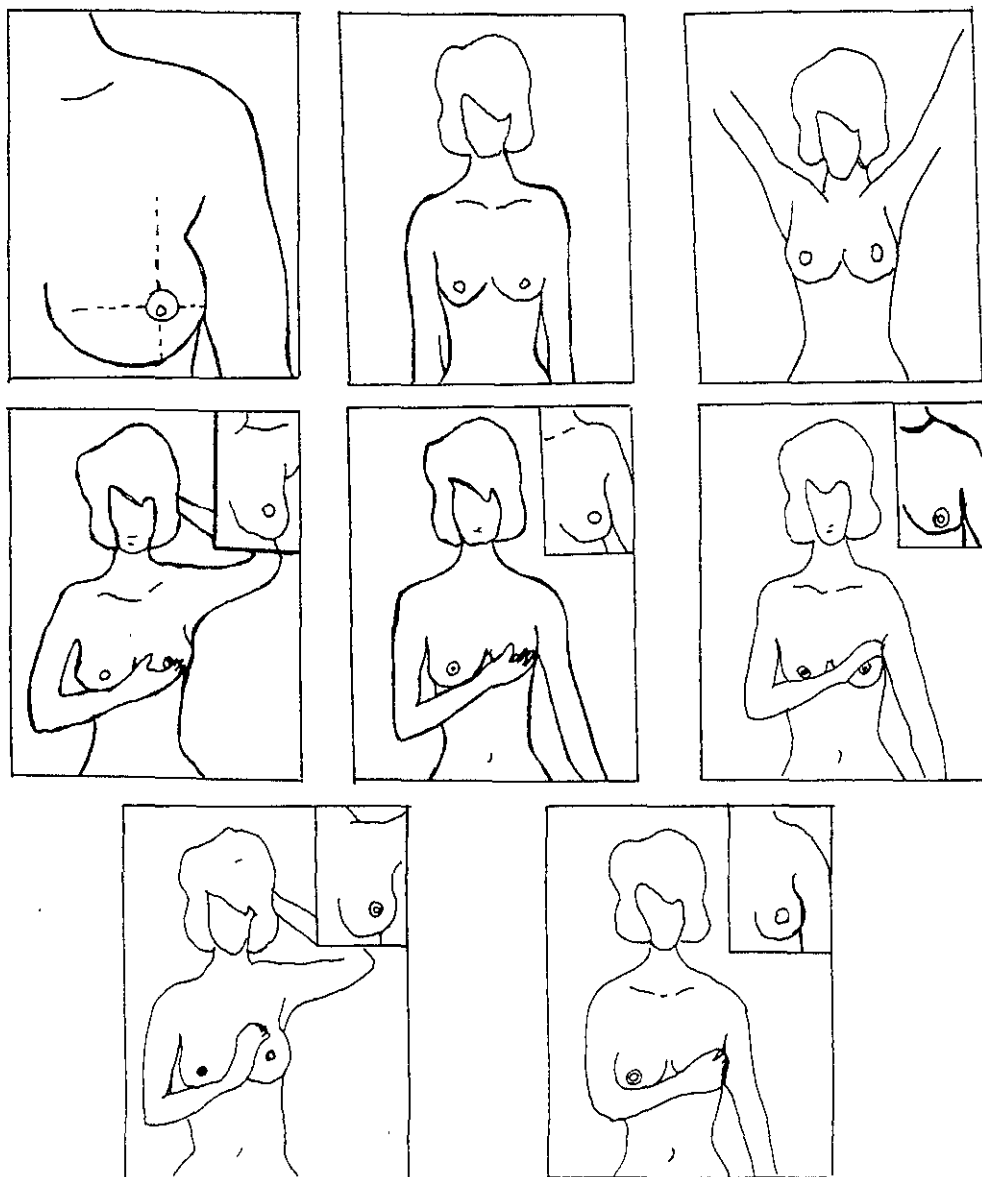


Durante el baño

FUENTE: EDGE, Valerie, Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Ed. Doyma. México, 1995. p. 38.

ESQUEMA No. 15

PASOS PARA REALIZAR LA AUTOEXPLORACION MAMARIA



FUENTE: Misma del esquema No. 14, p. 143.

PROCEDIMIENTO No. 12: LA FORMACION DEL PEZON

FUNDAMENTACION TEORICA

El uso de técnicas apropiadas para preparar el pezón ayudará a estimular el flujo sanguíneo, distribuir la lubricación de las glándulas de Montgomery, crear la capa de queratina y desarrollar un pezón que pueda asirse. Estas técnicas también familiarizan a la mujer embarazada con sus mamas y le ayudan a sentirse más cómoda al manipularlas.

Las glándulas de Montgomery continúan lubricando el pezón y la piel de la areola durante todo el período de lactancia. Sus secreciones antimicrobianas mantienen un pH ácido de la piel y si esta lubricación no se altera mediante la limpieza o agregándole cremas, inhibe el crecimiento bacteriano dejando la piel suave y flexible permitiéndole, además respirar. Existen también constancias de que estas secreciones proporcionan un sabor y olor que permiten al bebé encontrar el pezón. Si los pezones se lavan con alguna sustancia que no sea agua, esta lubricación natural puede desaparecer.³⁰

TIPO DE PEZON

El tamaño, la forma y simetría varían considerablemente de una mujer a otra, afectando en muy poco la lactancia, una mujer con

30 Alianza para parteras de Norteamérica. M.A.N.A. Manejo prenatal de la lactancia materna. III Reunión Anual de Parteras, Junio. México, 1996. p. 1.

mamas pequeñas puede sentirse segura de que podrá amamantar a su bebé con suficiente abasto de leche. La lactancia se inicia fácilmente y sin tropiezos, si el bebé tiene un pezón totalmente erecto del cual puede asirse; sin embargo, algunas mujeres tienen pezones planos o invertidos de los que el bebé no puede asirse fácilmente y los esfuerzos del bebé por compensar esta deficiencia puede lastimar los pezones.³¹

Casí al principio del tercer trimestre, se debe informar y orientar a la madre a que determine si su bebé podrá asirse de sus pezones para lograr el tipo de pezón que posee puede realizar la prueba del pellizco.

PRUEBA DEL PELLIZCO

Con el dedo índice y pulgar, se toma el pezón por la base. Se unen los dedos índice y pulgar varias veces alrededor de la base del pezón, las respuestas pueden ser:

1. Reacción normal. Al estimularlo, 60% o más del pezón debe mantenerse erecto o proyectarse más aún.
2. Plano: El pezón se mantiene plano o parcialmente retraído al estimularlo.
3. Pseudo invertido: Alrededor del 30% del pezón parece generalmente invertido pero se yergue con la prueba del pellizco.

31 Id.

4. Invertido: El 1% del pezón se retrae o, si está invertido, se mantiene así cuando se estimula.³²

CONCEPTO

Es la preparación del pezón para una feliz lactancia materna, mediante la realización de ejercicios manuales.

OBJETIVOS

- Obtener un pezón útil para la lactancia materna
- Facilitar la succión al recién nacido
- Disminuir la presencia de pezones irritados y dolorosos durante la lactancia materna.
- Corregir anomalías como pezón plano o invertido en la madre.

EQUIPO

- Dos jeringas con émbolo de 20 ml.
- Un tubo de polietileno de 4 mm de ancho por 30 cm de largo.
- Agua limpia
- Jabón
- toalla limpia

TECNICA

1. Lavarse las manos con agua limpia y jabón, secárselas con una toalla limpia.

32 Id.

2. Realizar la prueba del pellizco para observar la contractibilidad del pezón, de la manera siguiente:

-Con el dedo índice y pulgar, se toma el pezón por la base, se unen los dedos varias veces alrededor de la base y se observa la respuesta al estímulo.

-Una vez identificado el tipo de pezón, realizar los siguientes ejercicios.

3. Con los dedos pulgar e índice, jalar con suavidad el pezón hacia adelante.

4. Con los mismos dedos, girar el pezón hacia la derecha e izquierda.

5. Colocar los dedos índices, de ambas manos, a los lados del pezón y estirar hacia afuera la piel de la areola.

6. Con la misma posición de los dedos estirar hacia arriba y hacia abajo, la piel de la areola.

Repetir estos ejercicios varias veces al día, durante 10 minutos.

Para los pezones planos e invertidos que con los ejercicios anteriores no se erectan, se puede realizar un aditamiento. fácil de hacer y usar, sólo se necesitan dos jeringas de 20 ml y un tubo de polietileno de 4 mm de ancho por 30 cm de largo.

7. A una de las jeringas se le quita el émbolo y se une a la jeringa por medio del tubo.

8. La jeringa que no tiene el émbolo se pone encima del pezón,

mientras que con la otra se succiona lentamente, para que por medio de la succión se erecte el pezón.

Para desprender el pezón de la jeringa se introduce el dedo meñique y poco a poco se va retirando.

Repetir el ejercicio cuantas veces sea necesario.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

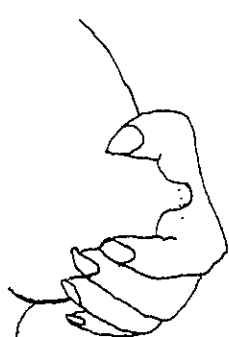
- Explicar a la paciente lo importante de realizar los ejercicios con las manos limpias.
- Resolver todas las dudas de los ejercicios para obtener resultados óptimos de ellos.
- Explicar a la paciente la manera de retirar la jeringa con precaución del pezón para evitar lastimarlos.

RECOMENDACIONES

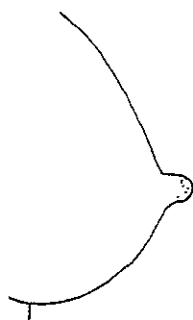
- Informar a la paciente que es necesario que realice frecuentemente sus ejercicios, para beneficio de su bebé.
- Explicar a la paciente la importancia de tener un pezón útil para la lactancia, ya que éste disminuirá la presencia de pezones irritados y dolorosos.

ESQUEMA No. 16

ESQUEMA PARA FAVORECER LA FORMACION DEL PEZON



Prueba del Pellizco
Presionar justo atrás
de la areola



Reacción normal
del pezón

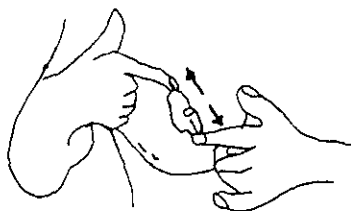
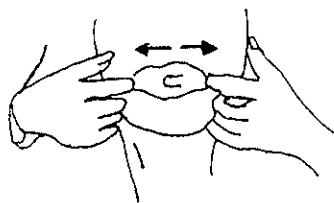


30% seudo
inversión



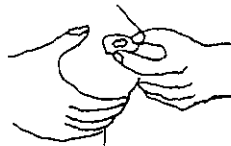
1% inversión
verdadera

EJERCICIOS DE HOFFMAN

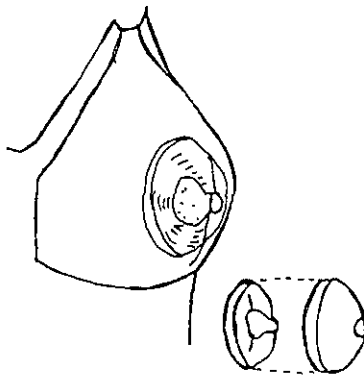


FUENTE: ALIANZA DE PARTERAS DE NORTEAMERICA M.A.N.A. Manejo prenatal de la lactancia materna. III Reunión Anual de Parteras. México, 1996. p. 1.

CONTINUA ESQUEMA No. 16



Girar el pezón



Uso de brassier sin la punta, por donde
saldrá el pezón

FUENTE: COMITE DE LACTANCIA MATERNA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y
DE LA MADRE. Lo que deben saber los padres sobre la
lactancia materna. Ed. ISSSTE. México, 1997. p. 6.

PROCEDIMIENTO No. 13: EL AMAMANTAMIENTO

FUNDAMENTACION TEORICA

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA

En la producción de la leche se debe distinguir tres etapas: la de síntesis, la de secreción y la de expulsión. Las células que conforman el tejido glandular, sintetizan las grasas y las proteínas en el retículo endoplásmico, los primeros compuestos tienen su origen en los ácidos grasos libres y el glicerol, mientras que los segundos son producidos a partir de los ácidos aminados libres.³³

Una vez sintetizadas estas sustancias, son transportadas mediante diversos mecanismos al lumen alveolar. La secreción de la leche por las células alveolares obedece a una compleja interrelación neuroendócrina. La succión y el masaje al seno constituyen el estímulo que por vía hipotalámica llega a la hipófisis, la cual responde liberando prolactina y oxitocina. La oxitocina estimula la expulsión de la leche de los alveolos y conductillos, hacia los lactíferos y senos de estos conductos.

La leche materna contiene todos los elementos necesarios para la alimentación adecuada al bebé. Como son las proteínas, los lípidos, los hidratos de carbono, las vitaminas, los minerales

33 Leopoldo Vega. Temas cotidianos sobre la alimentación y nutrición en la infancia. Ed. Méndez Oteo. México, 1983. p. 75.

y el agua, todos en la cantidad requerida para su óptimo crecimiento y desarrollo. La secreción de la leche pasa por tres etapas:

- Calostro: Favorece la progresión del meconio, contiene antiu cuerpos, proteínas, vitaminas liposolubles y minerales, es de color amarillo y aparece desde el embarazo y en los primeros 5 días después del parto.
- Leche transicional: Brinda un mayor aporte calórico, contieu ne mayor concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrou solubles. Es de color blanquecino y se secreta a partir del quinto o séptimo día hasta el final de la segunda semana posu parto.
- Leche madura: Es rica en agua, satisface los requerimientos hídricos del niño. Se produce a partir de la tercera semana y es más blanca.³⁴

CONCEPTO

ES la forma natural y tradicional que tienen las madres de aliu mentar a sus hijos, favoreciendo el crecimiento y desarrollo. óptimo de ellos.

OBJETIVOS

- Proporcionar los beneficios de la leche materna al recién nacido.

34 Ibid. p. 76.

- Favorecer una relación íntima madre-hijo.
- Fomentar la lactancia materna exclusivamente.
- Disminuir la morbi-mortalidad infantil.

EQUIPO

- Silla
- Cama
- Almohadas o cobijas
- Banco pequeño

TECNICA

1. Verificar que el niño esté con el pañal limpio.
2. Lavarse las manos con agua limpia y jabón.
Posición sentada:
3. Sentarse en una silla con la espalda totalmente recta.
4. Colocarse un banco debajo de los pies, para levantarlos y facilitar la posición.
5. Descubrir el pecho con el que se va a alimentar al bebé.
6. Acercarse al bebé al pecho, colocando una almohada o cobija debajo de él, para acercarlo más al pecho.
7. Colocar al niño en la siguiente posición: abdomen de la madre con abdomen del bebé, de manera que la mano que lo sostiene toque las nalguitas del bebé.
8. Verificar que la cara del niño esté exactamente frente al seno.
9. Con la otra mano, sostener el seno en forma de "C", es decir, el dedo pulgar arriba de la areola y los cuatro dedos

restantes bajo el seno. Esta posición permitirá dirigir el pezón.

10. Con el pezón rozar el labio inferior del niño para estimular el reflejo de búsqueda.
11. Cuando el niño abra la boca grande, introducir el pezón y parte de la areola.
12. Vigilar la correcta posición del pezón, de la madre y del niño durante la lactancia.

Posición de balón de foot-ball.

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Sentarse con la espalda totalmente recta y los pies levantados.
3. Acercarse al niño de manera que el cuerpo de éste quede debajo de la axila de la mamá, con el estómago pegado a las costillas de la madre.
4. Con el brazo del mismo lado que está el niño, recargar el cuerpo del niño y con la otra sostener la cabeza. Se puede apoyar de una almohada o cobija debajo del niño para levantarlo más y facilitar el agarrar el pezón.
5. Con la otra mano, tomar el seno en forma de "C" y rozar el labio inferior del niño para estimular el reflejo de búsqueda.
6. Cuando el niño abra la boca grande, introducir el pezón y parte de la areola.

Posición acostada de decúbito lateral.

1. Lavarse las manos con agua limpia y jabón.

2. Acostar a la madre en decúbito lateral izquierdo o derecho.
3. Acercar al bebé al cuerpo de la madre, que el abdomen de ambos queden juntos.
4. Con la mano sobre la que está acostada, abrazar al niño.
5. Con la otra mano tomar el seno del lado del que está acostada en forma de "C".
6. Con el pezón rozar el labio inferior del bebé para estimular el reflejo de búsqueda.
7. Cuando el bebé abra la boca grande, introducir el pezón y parte de la areola.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Orientar a la madre sobre la manera correcta de tomar el seno y explicarle el porqué.
- Orientar a las madres sobre la importancia de lavarse las manos antes de darle pecho al niño, ya que de esta manera se reducirán las enfermedades gastrointestinales en el niño.
- Evitar el aseo constante de los senos, ya que se puede provocar resequedad de la piel o grietas, con el baño diario es suficiente para su aseo.
- Para retirar al niño del seno, introducir el dedo índice por la comisura labial del niño, con esto se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y el niño suelta el pezón, con esta técnica se evita lastimar el pezón.
- No dejar pasar más de 2 horas entre cada lactada.

- Al término de la lactancia, sacar el aire al niño para evitarle cólicos.
- Acostar al niño siempre con la cabeza de lado, para evitar posibles broncoaspiraciones.

RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar la lactancia materna, cambiar el pañal al niño.
- Ofrecer un espacio de tranquilidad durante la alimentación.
- La madre debe encontrarse tranquila y cómoda durante la lactancia.
- La alimentación debe ser a libre demanda.
- Al término de la alimentación, sacarse una gota de leche y untársela alrededor del pezón y la areola para ayudar a la lubricación.
- En caso de pechos dolorosos, se puede colocar hielo envuelto en un trapo limpio y darse toques con él.
- En presencia de pechos agrietados, se pueden corregir exponiéndolos al sol durante 10 minutos cuántas veces sea necesario al día.
- Si la madre presenta congestión de mamas, explicar la técnica de extracción láctea.
- Tanto en pezones agrietados y congestión mamaria, se pueden aplicar fomentos de agua caliente, proporcionando masaje rotatorio.
- Alternar los senos durante la alimentación para evitar la

congestión mamaria.

- Recomendar a la madre en el puerperio quirúrgico, las posiciones: de balón de foot-ball y la de decúbito lateral derecho o izquierdo.
- A la madre con embarazo gemelar, explicar sobre la posición de foot-ball.
- Fomentar una alimentación adecuada para la madre durante la lactancia.
- Explicar a la madre todos los beneficios que le ofrece la lactancia materna, exclusiva tanto a ella como al bebé.

ESQUEMA No. 17

POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO



POSICION CORRECTA DEL SENO

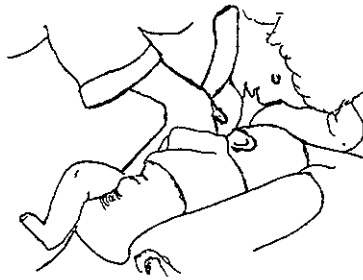


REFLEJO DE BUSQUEDA



POSICION SENTADA

CONTINUA ESQUEMA No. 17



POSICION RECOSTADA



POSICION
BALON DE FUTBOL

PROCEDIMIENTO No. 14: LA EXTRACCION DE LA LECHE MATERNA

FUNDAMENTACION TEORICA

Beneficios o ventajas de la leche materna

1. El alimento perfecto

La leche materna humana es tan compleja en el aporte de los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades de los niños, que podemos decir, que no requiere de otra fuente alimenticia hasta que el bebé tenga alrededor de seis meses de edad. Aun a los siete, la leche de una madre bien nutrida es una fuente magnífica de las vitaminas que necesita el niño.³⁵

2. Protección contra enfermedades

La leche materna y el calostro, "la primera leche" que se encuentra en los senos durante la segunda mitad del embarazo y los primeros días postparto, contienen anticuerpos que protegen al recién nacido contra muchas enfermedades. Los niños son más resistentes a las infecciones respiratorias y gastrointestinales. La leche materna también ofrece una buena protección contra las infecciones por estafilococos.

3. Conveniencia y seguridad

La leche materna siempre está lista y a la temperatura ade

35 Ina May Gaskin. Tu bebé en tu pecho: una liga de amor. Ed. Pax-México. México, 1990. p. 15.

cuada. No tienes que preocuparte por la descomposición de la leche y nunca se desperdiciará. La leche materna también es más segura, ya que no se puede equivocar, en la mezcla como sucede con las fórmulas y está libre de cualquier contaminación externa.³⁶

4. El cuerpo de la mujer

La estimulación de los pezones por la succión del niño provoca que el útero se contraiga rítmicamente durante los primeros días después del parto. Estas contracciones uterinas ayudan a volver al útero a su tamaño anterior al embarazo, así como para restablecer el tono muscular, después del parto.

5. Economía

No se necesita equipo alguno para amamantar. Todo está disponible, no se gastará en biberones, fórmulas, agua, gas, etc.

6. Relación afectiva

Cuando la madre amamanta a su hijo, favorece una relación entre ambos por el contacto visual, contacto piel a piel y además porque la madre lo acaricia y le habla con más frecuencia.

7. Anticoncepción durante la lactancia

Siempre que la lactancia sea exclusiva durante los prime-

³⁶ Ibid. p. 17.

ros 4 o 6 meses de edad del bebé.³⁷

CONCEPTO

Es una serie de maniobras manuales que se llevan a cabo para estimular el reflejo de bajada de la leche y lograr su extracción.

OBJETIVOS

- Fomentar la lactancia materna exclusivamente.
- Apoyar a las madres trabajadoras.
- Brindar las ventajas de la leche materna al recién nacido.
- Favorecer la producción de la leche materna.
- Evitar la congestión mamaria.

EQUIPO

- Agua limpia
- Jabón
- Toalla limpia
- Recipientes de vidrio con tapa y limpios
- Cinta adhesiva para etiquetar

TECNICA

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Exponer los senos
Para favorecer el reflejo de bajada:
3. Realizar masaje en forma circular presionando firmemente comenzando en la parte superior del seno hasta llegar a la

areola, abarcando todo el seno, durante 5 minutos.

4. Con los 4 dedos siguientes al pulgar acariciar en forma profunda el seno iniciando desde la parte superior hacia la areola, abarcando todo el seno, durante 5 minutos.
5. Inclinar un poco sobre su propio eje, tomar las mamas y agitarlas para que la gravedad ayude al reflejo de bajada durante 3 minutos.

Para drenar la leche materna

6. Colocar el dedo pulgar 1 cm. aproximadamente por encima del borde de la areola.
7. Colocar los otros 4 dedos restantes por debajo del borde de la areola con una distancia de 1 cm. aproximadamente.
8. Empujar la mama hacia atrás.
9. Cerrar los dedos en movimientos de pinza tratando de que se toquen por detrás de la areola. Si la maniobra está bien realizada, saldrá una gota de calostro o leche.
10. Tomar un recipiente de vidrio limpio con tapa y depositar la leche que se logre extraer.
11. Extraer la leche durante 10 minutos en cada seno y depositarla en el recipiente.
12. Etiquetar el recipiente con la fecha y la hora de la extracción.
13. Extraer una gota de leche y untársela en todo el pezón y la areola de cada seno para favorecer la lubricación.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

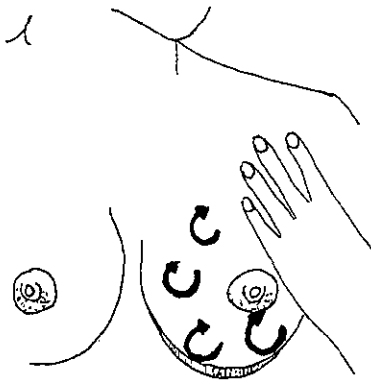
- Informar a la mujer el lugar y tiempo de conservación de la leche:
 - a) En un lugar fresco y a temperatura ambiente se conserva la leche en buen estado hasta por 8 horas.
 - b) En refrigerador la leche se conserva por 48 horas.
 - c) En congelador se conserva por 3 meses.
- Durante los ejercicios para la extracción, evitar jalar el pezón con fuerza, ya que se pueden provocar daños a la piel.
- Antes de iniciar la extracción láctea, lavarse las manos con agua y jabón para evitar la contaminación de la leche materna que podría provocar alguna enfermedad gastrointestinal al niño.

RECOMENDACIONES

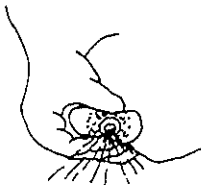
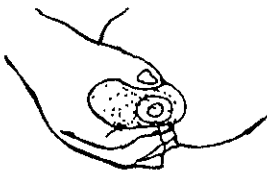
- Enseñar a la madre la técnica del vasito para ofrecer la leche al niño.
- Recordar a la madre que no debe olvidar etiquetar el recipiente donde depositar la leche.

ESQUEMA No. 18

MASAJES PARA FAVORECER LA EXTRACCION DE LA LECHE MATERNA



MASAJE EN FORMA CIRCULAR

ACARICIAR EN
FORMA
PROFUNDA

EXTRACCION DE LECHE MATERNA

FUENTE: COMITE DE LACTANCIA MATERNA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE. Lo que deben saber los padres sobre la lactancia materna. Ed. ISSSTE. México, 1997. p. 10.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Al finalizar el desarrollo de este manual, se pudo observar el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio, ya que en éste se presenta la información necesaria para formar parte del material didáctico de los alumnos que cursan el séptimo semestre, así como también proporciona la orientación sobre las habilidades que necesitarán adquirir para su posterior práctica clínica de octavo semestre.
- En relación con los objetivos específicos, se puede constatar que este manual se constituye como un estupendo instrumento de apoyo que permite orientar a los estudiantes del séptimo semestre sobre las habilidades de carácter obstétrico que Enfermería requiere durante su práctica clínica en el octavo semestre. Se espera entonces, que el estudiante pueda lograr amogenizar algunos elementos de carácter obstétrico y brindar la mejor atención a los pacientes.
- La fundamentación teórica que se presenta en cada procedimiento es muy importante, ya que en ella se describen los conocimientos básicos que deben tener los estudiantes para la realización de la técnica, por ejemplo: si se habla del procedimiento toma de la muestra para la citología exfoliativa, la fundamentación teórica explica qué es la vagina, su loca-

lización, su función, sus características, toda esta información básica para realizar correctamente la técnica de Enfermería.

- Así todos los procedimientos que se han desarrollado en este manual son complementos importantes para las prácticas clínicas obstétricas de los alumnos de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, ya que abarcan técnicas que se realizan desde la atención prenatal hasta las actividades a realizar en la mujer embarazada con trabajo de parto y después de su parto. También se describen técnicas de apoyo a la lactancia materna.
- Toda esta información conjuntamente con la proporcionada por los profesores en las aulas de clases, dan a los alumnos la fundamentación para realizar sus actividades durante su práctica clínica.
- Es de esperarse entonces, que este manual pueda ser revisado por los alumnos que realizan sus prácticas de obstetricia, así como también por aquel personal de Enfermería de los hospitales para que le sirva de guía en la atención que se brinda a todas las pacientes que cursan un evento obstétrico.

4.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que aquí se describen, son con el objeto de proporcionar a todas las personas que consulten este manual al

gunas ideas sobre la manera en que pueden aprovechar para su contenido:

PARA LOS ALUMNOS:

- Ampliar la información acerca de la fundamentación teórica, ya que ésta es la parte principal de cada técnica.
- Practicar la técnica descrita siempre que sea posible.
- Consultar en libros sobre las dudas del contenido de cada procedimiento.
- Adaptarse a las condiciones de cada hospital en cuanto al material y equipo a utilizar.
- Complementar cada técnica con el apoyo del personal que ha realizado alguna de éstas.
- Comentar las técnicas entre sus compañeros y profesores para mejorar y comprenderlas mejor.
- Apoyarse en el contenido de este manual al realizar sus actividades en la práctica clínica.

PARA LAS INSTITUCIONES:

- Proporcionar el manual de procedimientos clínicos en obstetricia a todo el personal de nuevo ingreso.
- Actualizar el manual si es posible cada año.

- Colocar el manual en lugares estratégicos en las áreas de trabajo.
- Dar curso de actualización en cuanto a las técnicas en obstetricia a su personal.
- Evaluar a su personal en relación a la forma de realizar las técnicas.
- Contrarrestar las técnicas propuestas contra las utilizadas en cada institución.

AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN GENERAL:

- Consultar el manual al inicio de sus labores
- Apoyarse en el manual por cada técnica que realicen.
- Verificar que el manual se encuentre en sus áreas de trabajo.
- Actualizar continuamente las técnicas, para beneficio de las pacientes.

5. GLOSARIO DE TERMINOS

ABDUCCION

Movimiento que aleja un miembro o un segmento de miembro del eje medio del cuerpo.

ACIDO

Sustancias hidrogenadas cuyo hidrógeno puede ser sustituido por radicales electropositivos para formar sales. Son de sabor agrio y enrojecen la tintura de tornasol.

ACIDOSIS

Estado de un organismo que contiene sustancias ácidas en exceso y que es incapaz de oxidarlas. Se manifiesta por la aparición en las orinas de cuerpos acetónicos anormales (ácido bo-xibutírico) y de cuerpos acetónicos normales en exceso (ácido acetilacético, acetona). Se observa en la diabetes.

ACTITUD

Postura del cuerpo. Relación que guardan entre sí en el interior del útero las diversas partes del cuerpo fetal.

ANESTESIA

Privación general o parcial de la sensibilidad, empleada en cirugía para evitar el dolor.

ANTISEPSIA

Método terapéutico basado en la destrucción de los gérmenes

infecciosos (microbios) por medio de agentes químicos variados.

ASEPSIA

Método terapéutico preventivo que tiene por objeto impedir la llegada de gérmenes infecciosos (microbios) a las heridas, utilizando objetos que hayan sufrido esterilización por el calor (autoclave, ebullición).

ASFIXIA

Palabra empleada antiguamente para designar la detención del corazón. En la actualidad es sinónimo de detención o falta de la respiración.

AUSCULTACION

Medio de diagnóstico que consiste en escuchar los ruidos normales y anormales de los órganos de los aparatos respiratorio y circulatorio, ya sea directamente por la aplicación del oído, o ya indirectamente por la interposición de un estetoscopio a nivel del órgano que se ha de examinar.

CAPILAR

Pequeño vaso que establece una comunicación entre el sistema arterial y el venoso.

CATETERISMO

Operación que consiste en introducir una sonda o un catéter en un conducto natural o anormal.

CIANOSIS

Coloración azul violácea de la piel, principalmente acentuada en las extremidades, característica de una hematosis insuficiente.

CIRCULARES

Término obstétrico que designa el enrollamiento del cordón um bilical alrededor de una parte del feto, y más generalmente alrededor del cuello. Cada vuelta constituye una circular.

CONTRACCION

Estrechamiento de las fibras musculares sobre sí mismo, bajo la influencia de la voluntad o de un acto reflejo.

CORDON UMBILICAL

Cordón que va desde el ombligo del feto a la placenta materna. Está formado por tejido mucoso, envainado por el amnios, contiene la vena y las dos arterias umbilicales nutricias del em brión.

DECUBITO

Actitud del cuerpo en estado de reposo extendido sobre un pla no horizontal. El decúbito puede ser dorsal, lateral, central.

DESARROLLO

Desenvolvimiento, evolución, crecimiento. Propiedad de los se res vivos de crecer hasta llegar a su perfecto estado.

DESPRENDIMIENTO

Estado de dos tejidos que normalmente unidos se separan de un modo accidental, fisiológico o patológico.

DISECCION

Operación que consiste en separar los diferentes órganos según su estructura anatómica, para estudiar su composición histológica, su sitio con relación a los otros órganos o hacer una ablación racional o una restauración en el curso de operaciones quirúrgicas.

ECTODERMO

Hoja externa del blastodermo, que ha de formar el revestimiento cutáneo, los órganos de los sentidos y el sistema nervioso.

EDAD GESTACIONAL

Es la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el suceso gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

EMBRION

Desarrollo de la célula fecundada durante los primeros meses de la vida uterina.

ENCAJAMIENTO

Posición que toma la parte del feto que se presenta, en el in-

terior de la pelvis durante el primer tiempo del parto.

ENDODERMO

Hoja interna del blastodermo que forma el epitelio y las glándulas del tubo digestivo, así como los pulmones.

ESPERMATOZOIDE

Célula sexual masculina. Está compuesta de cabeza, segmento intermedio y cola, que se termina por un filamento sumamente delgado.

ESTERILIDAD

Imposibilidad de procrear en la mujer o en el hombre, resultante ya sea de una deformidad congénita, o ya de un mal estado general que perturba las funciones fisiológicas de los órganos de la generación.

FARMACOLOGIA

Parte de la medicina que estudia los medicamentos en su composición, preparación, dosis, acción.

FECUNDACION

Resultado del encuentro y fusión de los elementos masculino y femenino (espermatozoide y óvulo) para reproducir un nuevo ser.

FIBRILACION

Trastorno de la contractibilidad de las fibras musculares que es tan superficial que queda sin efecto mecánico y prácticamente

te equivale a la parálisis. Este término se emplea sobre todo en los trastornos funcionales del corazón y entonces se caracteriza por la arritmia.

FLEXION

Movimiento de la cabeza fetal con el objeto de facilitar su encajamiento en el momento del parto.

FUSION

Licuación de un cuerpo por el calor. Adherencia anormal de partos adyacentes.

GESTACION

Estado funcional particular que presentan las hembras de los mamíferos, que, después de haber sido fecundadas, llevan y nutren el o los productos de la concepción.

GLUCOGENO

Materia de reserva acumulada en el hígado, suministrada por la detención en este órgano de los azúcares absorbidos. Tiene la propiedad de poderse transformar de nuevo en azúcar a medida que lo requieren las necesidades del organismo.

HIPERCAPNIA

Acumulación exagerada de óxido de carbono en la sangre, causa de asfixia por anoxemia.

HIPOTOMIA

Trastorno de la motilidad caracterizado por una disminución de la tensión, de la contracción normal de un músculo o de un grupo de músculos.

HORMONA

Producto de las secreciones internas de las glándulas vasculares sanguíneas (tiroideas, ovaria, testículo, hipófisis, suprarrenales, etc.) que tiene un papel excitante.

INSPECCION

Examen por la vista de las partes exteriores del cuerpo, que sirve para el diagnóstico de las enfermedades externas, así como también para el de las internas por medio del reconocimiento de ciertas deformaciones exteriores características de afecciones internas.

INVERSION

Alteración o trastorno del orden o situación de las cosas o de la disposición normal de los órganos.

LEUCORREA

Aumento de la secreción de las glándulas vulvovaginales caracterizado por un líquido claro y fluente en los casos normales, viscoso, blanquecino y abundante en los casos de inflamación ligera; flemoso y espeso, con flora bacteriana virulenta, en los casos de infección glandular.

METODO

Proceso seguido para alcanzar un objetivo y especialmente para descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.

NODULO

Lesión redondeada que se palpa debajo de la piel, recubierta por piel inflamada o normal.

OBJETIVO

Perteneiente al objeto que existe en forma real, independiente del sujeto que lo juzga.

PALPACION

Es el arte de explorar por el tacto las partes exteriores del cuerpo y las cavidades accesibles para apreciar las cualidades físicas de los tejidos y para orientarse sobre la consistencia, elasticidad, movilidad, vibraciones y temperatura, así como sobre la sensibilidad de los diversos órganos.

POLITICA

Arte o traza con que se conduce un asunto o se emplean los medios para alcanzar un fin determinado.

PROCEDIMIENTO

Conjuntos de formalidades para la realización de actos jurídicos procesales, administrativos y legislativos.

REDUCCION

Colocación en su situación normal de los fragmentos óseos de una fractura, de las superficies articulares luxadas, de órganos salidos de su cavidad natural.

REFLEJO

Excitación periférica (piel, ojo, tendón) transmitida al cereubro nervioso (médula o cerebro) por vía centripeta (sensitiva) y que vuelve a la periferia por vía centrifuga (motriz) bajo la forma de movimientos.

SECRECION

Producto del funcionamiento fisiológico de una glándula. Cuando la secreción elaborada es lanzada por un conducto excretor a otro órgano o al exterior, la secreción se llama externa, recibe la denominación de interna cuando el producto segregado es vertido en la circulación sanguínea o linfática.

SEGMENTO

Porción comprendida entre la periferia del cuerpo y la parte media.

SEMEN

Líquido blanquecino, espeso, secretado por los testículos, que contiene espermatozoides; esperma.

SONDA

Instrumento de metal, caucho, ebonita, etc. que sirve para la

exploración de un conducto o cavidad, o para la evacuación del contenido de un órgano.

SUSCEPTIBILIDAD

Posibilidad de que el hombre o los animales contraigan una enfermedad determinada: manifestación de un índice bajo de resistencia o inmunidad.

TAQUICARDIA

Aumento del número de los latidos cardíacos que, por su proximidad, dan al ritmo del corazón una cadencia rápida característica

TEORIA

Reunión de hechos sujetos a leyes generales, de los cuales se pueden deducir nuevos hechos. Colección de conocimientos, con independencia de su aplicación práctica.

VARICES

Dilatación permanente de las venas cuyas tónicas son afectadas de lesiones anatomopatológicas.

VERNIX CASEOSA

Unto graso formado por secreción sebácea y células epiteliales que recubre la piel del feto en el momento del nacimiento.

VESICULA

Elevación de la epidermis de forma acuminada como consecuencia del desarrollo de serosidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARIAS, Fernando. Administración de recursos humanos. Ed. Trillas. 4a. ed. México, 1989. 535 pp.

ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL IMSS, A.C. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez. México, 1995. 1029 pp.

BALDERAS, María de la Luz. Administración de los servicios de Enfermería. Ed. Interamericana. 3a. ed. México, 1985. 216 pp.

BALSEIRO A; Lasty. Principios de administración. Ed. Librería Acuario. México, 1989. 1961 pp.

BECK, Alfred. Práctica de obstetricia. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 8a. ed. México, 1980. 847 pp.

BENSON, Ralph. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. 5a. ed. México, 1989. 1190 pp.

CARDENAS, Enrique. Terminología médica. Ed. Interamericana. 2a. ed. México, 1983. 390 pp.

CASAVILLA, Florencia, Pedro Gu y Lielma. Manual de obstetricia Ed. El Ateneo. México, 1987. 847 pp.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL. Adminis

tracción de los servicios de la salud en Enfermería. Ed. OPS.

2a. ed. México, 1992. 560 pp.

CHOW, Marilyn y Bárbara Durand. Manual de Enfermería Pediátrica. Ed. Limusa. México, 1983. 1053 pp.

DANFORTH, David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Ed. Interamericana. 4a. ed. México, 1990. 1287 pp.

DIVINCENTI, Marie. Administración de los servicios de Enfermería. Ed. Limusa. México, 1989. 499 pp.

EDGE, Valerie y Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Ed. Doyma. México, 1995. 338 pp.

MAGDALENA, Fernando. Sistemas administrativos. Ed. Macchi. México, 1993. 166 pp.

GALLY, Esther. Manual práctico para parteras. Ed. Pax-México. México, 1977. 539 pp.

GOODRICH, Frederick. Maternidad sin dolor. Guía de preparación física y psíquica para el parto. Ed. Darmon. México, 1997. 256 pp.

HELSING, Elizabeth y Felity Savage. Guía práctica para una buena lactancia. Ed. Limusa. México, 1983. 278 pp.

INGALLS, Joy. Enfermería materno infantil y pediátrica. Ed. Limu

sa. México, 1991. 237 pp.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA. Pediatría médica. Ed. Trillas. México, 1994. 730 pp.

JEAN, Elizabeth, Silverman Bonnic. Enfermería materno-infantil. Ed. Mosby. España, 1995. 768 pp.

KILLIAM, Hans. Anestesia local, operatoria, diagnóstica y terapéutica. Ed. Salvat. 2a. ed. Barcelona, 1980. 797 pp.

KNOR, Emily. Decisiones en Enfermería obstétrica. Ed. Doyma. España, 1990. 280 pp.

KOZIER, Bárbara y Glenora Erb. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana. México, 1994. 964 pp.

LACERVA, Víctor. Lactancia materna: Un manual para profesionales de la salud. Ed. El Manual Moderno. México, 1983. 183 pp.

MARRINER, Ann. Manual para administración de Enfermería. Ed. Interamericana. 4a. ed. México, 1980. 494 pp.

MAY, Ina. Tu bebé en tu pecho: una liga de amor. Ed. Pax-México. México, 1990. 249 pp.

MERENTEIN, Gerarid. Manual de Pediatría. Ed. El Manual Moderno México, 1997. 959 pp.

MONDRAGON, Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas.

4a. ed. México, 1991. 822 pp.

MONDRAGON, Héctor. Ginecoobstetricia para enfermeras. Ed. Trillas. México, 1991. 510 pp.

OLDS, Sally, Marcia London. Enfermería materno-infantil: Un concepto integral familiar. Ed. Interamericana. 2a. ed. México, 1990. 1283 pp.

PERNOLL, Martín. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Ed. El Manual Moderno. 6a. ed. México, 1995. 1944 pp.

PRITCHARD, Jack. Paul Macdonald. Williams Obstetricia. Ed. Salvat. 3a. ed. México, 1986. 900 pp.

REEDER, Sharon, Luigi Mastroianni. Enfermería materno-infantil. Ed. Harla. 15a. ed. México, 1988. 1157 pp.

REYES, Agustín. Administración de empresas: Teoría y práctica. Ed. Limusa. México, 1990. 189 pp.

SASTRE, S. Maternidad responsable: Preparación para el parto y recuperación post-parto. Ed. Jims. Barcelona, 1984. 213 pp.

SEGURANYES, Gloria. Enfermería maternal. Ed. Científicas y Técnicas Ediciones. 10a. ed. Barcelona, 1987. 378 pp.

STANLEY, Clayton. Manual de obstetricia y ginecología. Ed. El Manual Moderno. México, 1991. 320 pp.

- TERRY, George. Principios de administración. Ed. Continental. 6a. ed. México, 1982. 699 pp.
- TORTORA, Gerard. Principios de anatomía y fisiología. Ed. Har-la. 5a. ed. México, 1989. 1394 pp.
- UNICEF. Alimentación al pecho: El mejor comienzo para la vida. Ed. Pax-México. México, 1987. 263 pp.
- VALENZUELA, Rogelio, Javier Luengas. Manual de pediatría. Ed. Interamericana. 10a. ed. México, 1987. 846 pp.
- VEGA, Leopoldo. Temas cotidianos sobre la alimentación y nutrición en la infancia. Ed. Méndez Ediciones. México, 1990. 360 pp.
- WRIGHT, Erna. Parto psicoprofiláctico. Ed. Pax-México. México, 1980. 231 pp.



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y
OPCIONES TERMINALES DE TITULACIÓN



AUTORIZACIÓN DE TRABAJO RECEPCIONAL

LIC. CAROLINA SOLIS GUZMAN
COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL Y
OPCIONES TERMINALES DE TITULACIÓN
P R E S E N T E .

En mi carácter de Director(a) de trabajo recepcional Manual de Procedimientos
Titulado: Clinicos utilizados con mayor frecuencia en Obstetricia

Elaborado por: Edith Castañeda López
del nivel Licenciatura del sistema Escolarizado

manifiesto a usted, que después de haber realizado los ajustes necesarios de acuerdo con las observaciones emitidas por los miembros del jurado examinador, el trabajo satisface los requisitos académicos y metodológicos para ser considerado como opción de titulación.

México, D.F. a 10 de Octubre de 1998

ATENTAMENTE


DIRECTOR(A) DE TRABAJO

Vo.Bo.


COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y
OPCIONES TERMINALES DE TITULACION