

110

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

MANUAL

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN AREA
TOCOQUIRURGICA DEL HOSPITAL GENERAL
DE ATIZAPAN**

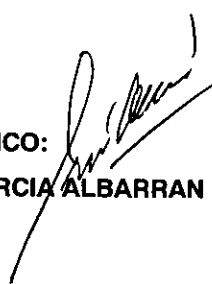
PRESENTA:

MA. DEL CARMEN PEREZ FLORES

Nº DE CUENTA: 8551124-0

ASESOR ACADEMICO:

LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN



236995

OCTUBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVO ESPECIFICO	5
I. MARCO REFERENCIAL	6
ASPECTOS GENERALES	7
FILOSOFIA DE LA INSTITUCION	7
BASES LEGALES	8
POLITICAS DE LA INSTITUCION	9
MISION	11
SERVICIOS	12
II. METODOLOGIA	13
MANUALES	18
REQUISITOS GENERALES DEL MANUAL	19
ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO DE LABOR Y EXPULSION	22
POLITICAS DEL SERVICIO	22
OBJETIVOS DEL SERVICIO	23
ORGANIGRAMA DE DEPTO. DE ENFERMERIA	24
UBICACIÓN DEL AREA FÍSICA	25
FLUXOGRAMA	26
III. PROCEDIMIENTOS	27
1.- EXPLORACION FÍSICA DEL APARATO GENITAL FEMENINO	28
VAGINA	28
VULVA	32
PISO PELVICO	36
2.- EXPLORACION DE LA PELVIS OSEA	40
PLANOS DE HODGE	41
DIMENSIONES EXTERNAS DE LA PELVIS	43
EXCAVACION PELVIANA	43

ESTRECHO MEDIO	44
ESTRECHO INFERIOR	44
3.- VALORACION DE ENFERMERIA EN LA IMPLICACIONES CLINICAS	48
DISTOCIAS	50
4.- VALORACION DE ENFERMERIA EN LOS CAMBIOS FISICOS DE LA EMBARAZADA	51
MANIFESTACIONES DE PRESUNCION	51
MANIFESTACIONES PROBABLES O SUBJETIVAS	53
5.- EXPLORACION FÍSICA DE ENFERMERIA EN LA EMBARAZADA	55
INDICACIONES BASICAS	55
PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD	59
SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD	59
TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD	59
CUARTA MANIOBRA D ELEOPOLD	59
6.- CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL Y FECHA DE CONFINAMIENTO	66
MANIFESTACIONES DEL EMBARAZO	68
DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO A TÉRMINO	70
CONSULTA INICIAL	71
7.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LAS PRUEBAS DE LABORATORIO	72
FARMACOS, TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO DURANTE EL EMBARAZO	73
OTROS MOTIVOS DE PREOCUPACION DURANTE EL EMBARAZO	73
PREPARACION PARA EL TRABAJO DE PARTO	74
8.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN EL PARTO NORMAL	75
DIAGNOSTICO	76
HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO	77
EXAMEN VAGINA	78
CURSO DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL	80
9.- PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL CONTROL Y ESTADO FETAL DURANTE EL PARTO	81
10.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO	82
TRATAMIENTO DEL 2º PERIODO	82
TRABAJO MATERNO DE EXPULSION	83
PREPARACION PARA EL PARTO	83

PARTO ESPONTANEO	84
PINZAMIENTO DEL CORDON	88
TERCER PERIODO	88
11.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE LA EXPULSION DE LA PLACENTA	90
12.- USO Y APLICACIÓN DEL FORCEPS	92
ANTECEDENTES HISTORICOS	92
INDICACIONES PARA EL USO DEL FORCEPS	93
TIPO DE PARTO CON FORCEPS	96
REGLAS FUNDAMENTALES PARA EL USO DE FORCEPS	96
CONCEPTOS MAS FRECUENTES CON EL USO DE FORCEPS	97
13.- CONOCIMIENTO DE ENFERMERIA EN EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA	99
14.- REVISION DEL CONDUCTO DE PARTO	102
15.- PUERPERIO	103
UTERO	104
CUARTO PERIODO	107
16.- ATENCION DE ENFERMERIA DESPUES DEL PARTO	107
COMPLICACIONES FRECUENTES POST PARTO	109
CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE EL PUERPERIO	110
17.- ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN UNA CESAREA	112
18.- PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL LEGRADO UTERINO	116
TECNICA QUIRURGICA	116
ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN EL AMEU	118
BIBLIOGRAFIA	121

INTRODUCCIÓN

El futuro de un individuo dependerá de muchos factores, es importante entre ellos, la salud física y psicológica de sus padres y la calidad de la asistencia recibida, la cual tiene una estrecha relación con la capacidad y conocimientos profesionales, mismos que han evolucionado a lo largo de los años.

Recientemente un número importante de técnicas y datos clínicos han hecho compleja, científica y mucho más segura la atención al momento del nacimiento, la cirugía, la asepsia y el desarrollo tecnológico, han permitido evolucionar los sistemas de atención.

En la mayoría de los países, las enfermeras constituyen el componente más importante y numeroso de los profesionales sanitarios. Es poco realista esperar que el sistema asistencial funcione óptimamente si no se aprovecha de manera eficaz y eficiente ese componente esencial del personal de salud.

Las enfermeras desempeñan una amplia variedad de tareas aunque todavía no se aprovecha plenamente el potencial que representa la enfermería, lo cual no podrá lograrse por supuesto sin la constante actualización de técnicas y procedimientos día con día.

JUSTIFICACION

Se considera de vital importancia elaborar el presente manual de procedimientos, el cual facilitará al personal de la unidad conocer las técnicas más comunes en el servicio, así; como su fundamentación. Esto no lleva a tener elementos que son básicos para el buen desempeño de las actividades inherentes al servicio.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al personal asignado y de nuevo ingreso, y mantenerlo actualizado en los procedimientos más frecuentes que se presentan en el servicio y así mejorar la calidad de atención del binomio madre-hijo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Inducir al personal de enfermería del servicio de labor a identificar y mejorar sus habilidades.
- Contribuir al desarrollo profesional del personal.
- Capacitar permanentemente al personal.
- Brindar un instrumento de apoyo tanto al personal del servicio como de nuevo ingreso.

I. MARCO REFERENCIAL

ASPECTOS GENERALES

INSTITUCION

ORGANIZACION GENERAL:

FILOSOFIA DE LA INSTITUCION

La preocupación dominante de esta institución ha sido la de proporcionar atención médica de alta calidad, atendiendo al paciente con pleno respeto a su individualidad. Creando un ambiente de amistosa colaboración entre el personal asignado de los diferentes departamentos que integran esta Institución.

BASES LEGALES

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 123, apartado "B" fracción VII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 43 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, en las disposiciones relativas del Plan Nacional de Desarrollo del Programa Nacional de Capacitación y Productividad, el Reglamento Interior y el Reglamento de Escalafón, de la Secretaría de Salud; el acuerdo presidencial (D.O. 19 de octubre de 1983) por el que se crean las comisiones (Inter.-Institucionales) para la formación de recursos humanos para la salud y la investigación de salud y los acuerdos secretariales N° 71 y 72 (D.O. 20 de abril y 13 de mayo de 1987).

POLITICAS DE LA INSTITUCIÓN

- Amparar en la totalidad de la población otorgándole los servicios y prestaciones contenidos en la ley de manera eficaz, oportuna y humana.
- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se considera al Hospital, como parte integrante de una organización social, cuya misión sanitaria completa, tanto preventiva como curativa y cuyos servicios externos irradian hacia el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de recursos humanos para la salud y de investigación bio-psico-social. Además ayuda a la profesión médica privada, y tendrá una dirección Técnico Administrativa capaz de realizar sus objetivos, utilizar racionalmente sus recursos y proyectar su influencia y beneficios a la comunidad.
- Dar atención médica que será responsable de las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud; atendiendo daños frecuentes y de mediana complejidad; los servicios que otorga, serán proporcionados a pacientes referidos del primer y tercer nivel, a los que se presenten espontáneamente como urgencias Médico Quirúrgica, en lo que respecta a las acciones sanitarias, se ejercerá control sanitario y de contaminación ambiental interno.
- Este nivel de atención médica deberá contar con un conjunto de recursos debidamente organizados para atender aproximadamente en un 10 - 15 % de las demandas y que no es posible resolver en el primer nivel de atención médica, por requerir de técnicas y servicios de mediana complejidad.
- La atención médica se proporciona a los usuarios , comprenderá las cuatro especialidades básicas: cirugía general, Gineco-obstétrica, oftalmología, traumatología y Ortopedia, Anestesiología, Anatomía Patológica, Patología

Clinica y Radiología; en este nivel la atención será fragmentada, ocasional, ambulatoria o con hospitalización, con servicio de urgencias y primordialmente curativa.

- Los responsables de las áreas y servicios del hospital deberán laborar, revisar y actualizar periódicamente los manuales, instructivos, circulares y documentación de diversos caracteres, que contribuyan a la mejor organización y funcionamiento de la unidad hospitalaria.
-
- La atención médica deberá impartirse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

MISION

Proporcionar con prontitud, eficacia y calidez, servicios de salud a la población abierta del Estado Mexicano, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como, al mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo social

SERVICIOS

En el Hospital General de Atizaban, se cuenta con cuatro secciones principales denominadas sección o alas A,B,C, y Edificio Principal o de Gobierno.

SECCION "A": Esta comprendida por el servicio de cirugía y medicina interna, residencia de internos, residentes, así como electrocardiograma.

SECCION "B": Conformada por piso de ginecología, pediatría, neonatología y clínica de lactancia materna. Así como jefatura de enfermería, residencias para asistentes.

SECCION "C": Consta de los servicios de terapia, urgencias C.E.Y.E., quirófanos, labor y expulsión y consultorio de traumatología y ortopedia.

PLANTA PRINCIAL: Consultorio de las diferentes especialidades, registro civil, archivo, caja, radiología, cuerpo directivo.

II METODOLOGIA

El manual de procedimientos del servicio de Labor y Expulsión, esta elaborado de manera ordenada y coordinada de acuerdo al fundamental conocimiento de este tema.

El primer paso para la exploración de la mujer embarazada es conocer la anatomía y fisiología de vagina, vulva, glándulas y piso pélvico; así como anatomía de la pelvis ósea, reconociendo los estrechos y planos de Hodge para poder identificar los diferentes tipos de pelvis.

Es importante conocer los cambios físicos de la mujer durante su embarazo, tanto las manifestaciones de presunción como las probables o subjetivas, de acuerdo a los trimestres por los cuales cursará la mujer en esta etapa.

De igual importancia es conocer la manera adecuada de realizar sus indicaciones básicas, como son:

- Interrogatorio
- Inspección
- Papación
- Auscultación.

Basada en la aplicación de las maniobras de Leopold, conociendo el polo fetal que se encuentra en el fondo uterino, identificando el dorso del producto y la situación del mismo, así se realiza el diagnóstico de ella presentación y se determina el tono uterino durante la contracción y fuera de la misma. Establecer la consulta subsecuente una vez cada 4 meses entre una consulta y la semana 32, 36 semanas, una vez cada 2 semanas.

- Se debe realizar un tacto vaginal; el anterior es de inestimable valor en un embarazo sin problema pero peligroso cuando se sospecha de una placenta previa.

- La auscultación es de suma importancia por ser un parámetro de valoración en el embarazo y del producto.
- Por otro lado debemos conocer y aplicar la fórmula para calcular la edad gestacional y fecha estimada del nacimiento; así como los parámetros clínicos de la edad gestacional.
- Con ello se nos facilita reconocer cuando el feto a terminado o llegado a una etapa de desarrollo que le permitirá las mejores posibilidades de sobrevivir fuera del útero, así como identificar signos de alarma o de muerte fetal. Los cuidados prenatales ayudan a garantizar un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano.
- Se deben recabar en la consulta inicial la Historia Clínica y ordenar pruebas de laboratorio, así como conocer si la paciente es farmacodependiente o tiene alguna adicción que repercuta en la salud del producto.
- Orientar a la futura madre sobre las señales de peligro o alarma. Verificar su nutrición durante su embarazo debiendo aumentar de 10 a 12 kg. y en mujeres obesas de 6 a 9 Kg. en este lapso de gestación.
- Conocer y entender los temores de la mujer embarazada; es lo idóneo para brindarle una atención con calidad y calidez a nuestra paciente; identificando las contracciones del parto real de las del parto falso.

El examen vaginal en el momento del trabajo de parto nos permite conocer el grado de borramiento y dilatación, así como conocer la posición del producto e identificar los períodos del trabajo de parto y llevar un control y estado fetal anotando las siguientes observaciones.

- Frecuencia
- Intensidad y
- Duración de las contracciones uterinas.

Se debe asistir a la mujer durante el parto proporcionándole el apoyo psicológico, valoración de analgesia, signos vitales maternos, evitar ingesta de alimentos o bebidas. En el momento del parto se debe colocar a la paciente en posición genecológica, teniendo un punto de apoyo para las piernas.

- Parto de la cabeza
- Parto de los hombros
- Parto del cuerpo y las extremidades inferiores.

El cordón se secciona entre dos pinzas a 4 o 5 cm. del abdomen fetal, inmediatamente después del nacimiento del niño, se determina la altura del fondo uterino y su consistencia, esperando que la placenta se separe del útero por sí sola para evitar una inversión.

Al inspeccionar la zona vaginal y perineal podemos detectar cualquier hemorragia. Cuando el descenso del producto no es favorable se aplican forceps para descender y rotar la cabeza por el canal del parto, llevándola a una nueva posición más idóneas para el descenso del producto; están indicados ya sea por indicación materna o fetal, resaltando que deben ser aplicados por personal altamente capacitado para el éxito de este procedimiento.

Al presentarse algunas indicaciones específicas tales como desproporción cefalopélvica, actividad uterina anormal, sufrimiento fetal, complicaciones maternas, etc. Se debe practicar una operación cesárea y los cuidados que ella conlleva.

Desafortunadamente las complicaciones en el embarazo se pueden presentar desde el primer trimestre provocando un aborto y con esto la necesidad de practicar un legrado intrauterino para retirar los restos placentarios, así evitamos complicaciones mayores; aunque este procedimiento al no ser aplicado por personal capacitado puede llevarnos a resultados no satisfactorios como: perforación uterina, laceraciones cervicales, pelviperitonitis o quizás la muerte.

En el recorrido de este manual podemos revisar una técnica que hasta hoy en el hospital no se conocía y nos podrá evitar las complicaciones antes mencionadas. El AMEU (Aspiración Manual Endouterina), en este procedimiento se maneja material flexible y evita la administración de analgesia, anestesia regional o general endovenosa; permitiendo la pronta integración de la paciente a su medio ambiente.

No podemos olvidar los cuidados en el puerperio en sus diferentes etapas (inmediato, mediato y tardío), observando cualquier signo de alarma que nos hable de alguna complicación en el post-parto.

Todos los temas antes mencionados en este manual son una base fundamental para el desarrollo óptimo de los cuidados que se brindan al paciente que ingresan a este servicio.

MANUALES

Es un documento que contiene en forma ordenada y sistemática la información e instrucciones sobre historia, organización, política y procedimientos de una empresa y que se consideran necesarios para la mejor ejecución del trabajo.

FUNCION: Orientar y unificar la conducta del personal

OBJETIVOS:

- Precisar funciones
- Unificar criterios
- Simplificar el trabajo
- Orientar la selección del personal
- Establecer rutinas de trabajo
- Permitir el mejor aprovechamiento de recursos
- Facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso
- Obrar como medio de comunicación
- Servir de instrumento de control.

CLASIFICACION:

Por área de aplicación; macroadministrativos y microadministrativos.

Por su contenido; de organización, de procedimiento y múltiples.

El tipo de manual que se realizará es de procedimientos en el área de labor y expulsión en el Hospital General de Atizapan.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: (Llamados de operación de práctica, instrucción, rutina de trabajo, etc.), señala el procedimiento preciso a seguir para lograr el trabajo.

Para su elaboración es necesario determinar los siguientes aspectos:

- Datos generales
- Contenido
- Introducción
- Procedimientos
 - Objetivo del procedimiento
 - Area de aplicación
 - Descripción
 - Gráficas.
- Bibliografías

REQUISITOS GENERALES DEL MANUAL

- Centrar la autoridad y responsabilidad de programas de elaboración de manuales en un comité.
- Escribir para el nivel del empleado que usará el manual.
- Conservar el manual en arreglo sencillo y presentar facilidad para intercambiar las hojas.
- Adoptar un índice de referencia
- Usar ayudas visuales, gráficas e ilustraciones.
- Mantenerlo actualizado.
- Hacer resaltar los cambios y revisiones. Cada hoja nueva debe tener la fecha en que se puso en vigor.
- Deberán ser breves y contener lo necesario.

VENTAJAS DEL MANUAL

- Es una guía autorizada de la organización de la empresa
- Es un instrumento útil para la administración
- Cada persona puede determinar cuáles son las responsabilidades de su puesto y su relación con los demás puestos.
- Se aclaran los grados de autoridad en los diferentes niveles.
- Es un auxiliar en la orientación e introducción al puesto en el adiestramiento de nuevos empleados y es un auxiliar de control de evaluación.
- Simplificar la determinación de responsabilidad por fallar o errores.
- Facilitar la selección de empleados
- Ayudar a coordinar el trabajo, evitando la duplicación.

GINECO - OBSTETRICIA

GINECOLOGIA: Gineco = mujer, rama de la medicina que estudia las enfermedades propias de la mujer.

OBSTETRICIA: Obsture= estar o permanecer, rama de la medicina que estudia el embarazo, parto y puerperio normal y anormal.

GINECO - OBSTETRICIA: Como rama de la medicina, tiene sus inicios desde el comienzo de la misma historia con la aparición del hombre. La atención del parto correspondía a comadronas y curanderas.

Con el avance de la ciencia como alternativa para evitar la mortalidad materna, a medida que avanza el tiempo, en los hospitales de Gineco-Obstetricia se destaca que no son justificados tantos nacimientos por césareas.

El personal de salud se va olvidando de la atención de parto y alimentación al seno materno, así en 1975 se recuperan estos aspectos trayendo beneficios con repercusión importante en la familia y el país.

LABOR Y EXPLULSION

Es un servicio creado para la atención de la mujer embarazada que lo cursa sin problemas o patológico; así como atención del parto, aborto, revisión de cavidad, etc., previniendo complicaciones.

El servicio de labor y expulsión se divide en tres áreas que son Admisión, Labor y Expulsión.

ADMISION: En esta área se valoran a las pacientes para su ingreso.

LABOR: Esta destinada para vigilar el trabajo de parto, observar volumen sanguíneo en pacientes de aborto incompleto o preparar a la paciente que requiera operación cesárea.

EXPULSION: Sirve para la atención de partos, realizar legrados uterinos y AMEU (Aspiración Manual Endouterina)

ASPECTOS GENERALES DEL SERVICIO DE LABOR Y EXPULSION

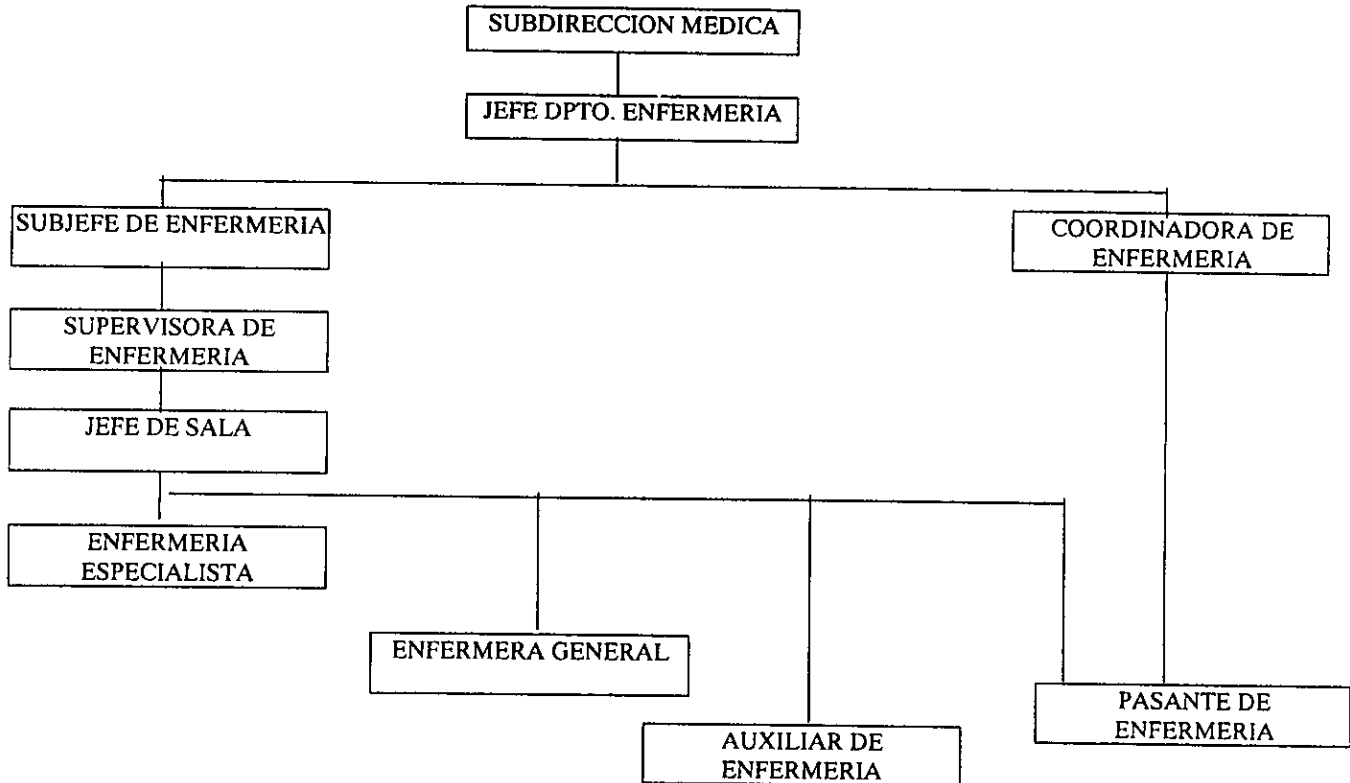
POLITICAS DEL SERVICIO

- Proporcionar a los pacientes que se encuentren en el servicio, atención sin distinción de nivel socioeconómico, credo y raza.
- El personal multidisciplinario otorgará a los pacientes adultos, pediátricos atención integral de calidad y con calidez.
- Promover en el personal la aplicación de las normas para el buen funcionamiento del servicio y una atención de mejor calidad a los pacientes.
- Promover la educación continua y actualización del personal del servicio de labor y expulsión.
- Aprovechar los recursos humanos y materiales del hospital para el buen funcionamiento del servicio.

OBJETIVOS DEL SERVICIO

- Participar en la formación de recursos humanos para la salud.
- Contribuir en programas de investigación básica clínica y socio-médica.
- Conocer las patologías más frecuentes en labor y expulsión con el fin de proporcionar orientación, información, cuidados específicos para un mejor control de salud.
- Brindar atención oportuna, eficiente e inmediata tanto médica como de enfermería al paciente de acuerdo a sus necesidades.
- Fomentar las buenas relaciones humanas del servicio así como de los departamentos de apoyo.

ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



UBICACION DEL AREA FISICA

El servicio de labor y expulsión se ubica en el módulo "C" y colinda con quirófano y recuperación.

DESCRIPCION DEL AREA FISICA

El servicio de labor y expulsión se divide en tres áreas, que son; admisión, labor y expulsión.

ADMISION: Cuenta con 2 mesas de exploración, cuarto de baño y escritorio con silla.

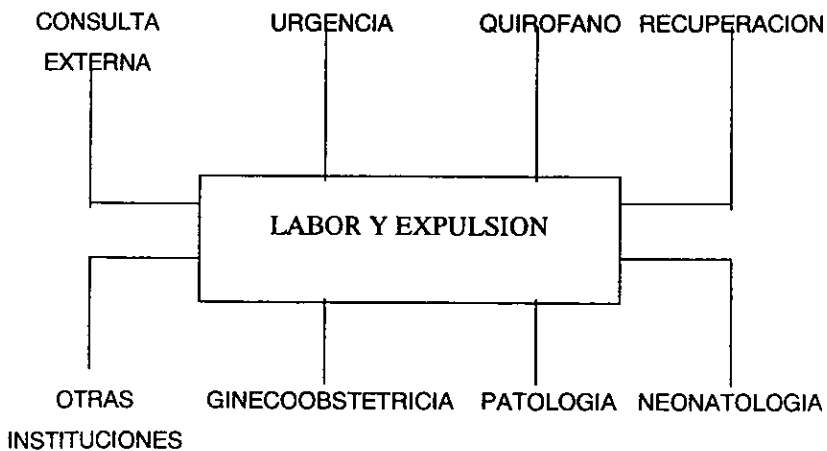
LABOR: Cuenta con 6 camas, carro rojo, control de enfermería séptico, cuarto para preparar soluciones y medicamentos, residencia de médicos y bodega.

EXPULSION: Cuenta con 2 salas de expulsión completamente equipadas.

CAPACIDAD INSTALADA

NUMERO DE CAMAS NO CENSABLES:	6 CAMAS 2 CAMILLAS
PROMEDIO OCUPACIONAL	50%
HORAS ESTANCIA	2.1
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo de término • Abortos • Huevo muerto retenido • Ruptura prematura de membranas • Preeclampsia y eclampsia • Infección de vías urinarias • Cérvico vaginitis.

FLUXOGRAMA



III. PROCEDIMIENTOS

1- EXPLORACIÓN FÍSICA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

VAGINA

La vagina es un canal muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cm., de largo y con un diámetro aproximadamente de 4 cm. Se extiende del introito al cérvix (cuello) del útero siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. Está cubierta por epitelio estratificado.

Su misión es muy importante en la vida generativa, es el órgano del coito femenino que sirve de "receptaculum seminis", forma el canal blando del parto, por donde pasara el feto y por último, si el óvulo no es fecundado, se expulsarán por ella las secreciones menstruales.

DIRECCIÓN: Se dirige siguiendo una línea oblicua hacia abajo y adelante, formando un ángulo aproximadamente de 90 con el eje del útero, esta inflexión corre paralela a la curvatura del sacro, del cóccix y a la porción terminal del recto, bordeada por el esfínter externo del ano.

FORMA: Los dos extremos de la vagina son cilíndricos, su parte media, cuando la vagina está vacía está aplanada en el sentido antero posterior, su cavidad vista en corte horizontal tiene forma de una hendidura transversal.

SITUACIÓN: La vagina atraviesa la parte inferior de la cavidad pélvica y el suelo peritoneal; de ahí la división de la vagina en dos partes:

Una parte intrapélvica que comprende de los tres cuartos superiores de este conducto, y una parte intraperineal.

RELACIÓN: La vagina presenta dos caras, dos bordes y dos extremos.

LAS CARAS ANTERIOR Y POSTERIOR: Están recorridas por pliegues o arrugas, denominándose estos pliegues "columna rugarum". Están formados por la mucosa vaginal, que tiene una mayor superficie que los tejidos sobre los que asienta, replegándose entonces sobre sí misma. Este sistema está concebido para soportar una gran distensión de las paredes vaginales, ya que los planos más profundos son muy elásticos y fácilmente se dejarán distender, mientras que el epitelio, al serlo menos, necesitará de dicho sistema para que no aparezcan desgarros vaginales en el coito y mucho más en el parto.

CARA ANTERIOR: Se halla en relación por arriba, con la vejiga y la porción terminal de los ureteros, abajo con la uretra. La vagina está separada de estos órganos por una capa de tejido conjuntivo laxo a nivel de la mitad superior de la base de la vejiga; densa, por el contrario a nivel de la mitad inferior de la base de la vejiga y principalmente a nivel de la uretra, en donde los dos órganos están íntimamente unidos por el tabique uretrovaginal.

CARA POSTERIOR: Corresponde al recto, del que está separada, por arriba, por el fondo de saco de Douglas. El peritoneo de la cara posterior del útero desciende por la cara posterior de la vagina en una extensión de 1.5 cm, por abajo, la proporción perineal de la vagina y el recto se separan, formando un triángulo rectovaginal ocupado por formaciones musculares y fibrosas del perineo.

BORDES LATERALES: Costeados como los del útero por un rico plexo venoso, de arriba abajo están en relación con:

1. La parte más inferior e interna de los ligamentos anchos.
2. Los ligamentos de Mackerodt
3. El tejido celulo-adiposo de la excavación pelviana
4. La aponeurosis perineal superior.
5. Los fascículos más externos del elevador del ano.

EXTREMO SUPERIOR: Por su extremo superior, la vagina rodea la porción intravaginal del cuello uterino, del que está separada por un fondo de saco circular, que se divide en fondo de saco anterior, posterior y laterales. La inserción de la vagina en el útero es más superior por detrás que por adelante; de ello resulta que el fondo de saco de Douglas es más profundo que el anterior.

EXTREMO INFERIOR: La vagina desemboca en el fondo del vestíbulo de la vulva, del que está separada en la mujer virgen por un repliegue de la mucosa vaginal, el himen, el cual limita el orificio vaginal. Tiene una forma variable: puede ser semilunar, anular, labiado. En el primer coito el himen se desgarran; los colgajos cicatrizados constituyen las carúnculas himenales. Después del parto los desgarramientos se hacen más profundos, las carúnculas himenales son reemplazadas entonces por verrugosidades denominadas carúnculas mirtiformes.

CONFIGURACIÓN INTERNA: En la parte inferior de la vagina, las paredes anteriores y posteriores presentan eminencias medianas plegadas verticalmente, las columnas de la vagina.

COLUMNA ANTERIOR: Termina por arriba bifurcándose. Las dos ramas de bifurcación limitan el triángulo de Pawlik, que corresponde al área del triángulo de Lieutaud. Por abajo, esta misma columna produce por delante del orificio de la vagina una eminencia muy notable, el tubérculo vaginal.

ESTRUCTURA: la pared vaginal esta constituida por tres tunicas que son:

1. La túnica externa fibrosa o conjuntiva: Está formada por fibras conjuntivas y elásticas que se encuentran atravesadas por un riquísimo plexo venoso.
2. La túnica media: Está muy desarrollada en la mujer pudiendo en algunos casos distinguirse 2 tipos de fibras siempre lisas:

- Longitudinales, proceden de los parámetros
- Circulares que provienen del cérvix

3. La túnica interna o mucosa: Es poliestratificada, parecida a la de la piel, en ella pueden distinguirse tres zonas:

a) La basal, integrada por una sola hilera de células pequeñas redondeadas, de núcleo grande, que se continúan en superficie con 3 o 4 hileras de células parabasales, de aspecto parecido, si bien el tamaño es más grande y el núcleo más pequeño.

b) Capa o estrato de Malpighio, también llamado espinoso, integrado por células poliédricas más grandes con núcleo más pequeño y citoplasma abundante. Entre estas células existen unas prolongaciones protoplasmáticas llamadas espinas encontrándose en todos los epitelios pavimentosos.

c) Capa superficial, formada por células parecidas a las anteriores, los núcleos son picnóticos, esta capa se encuentra sometida a una constante descamación, la cual vierte en la luz del conducto vaginal. Su estudio es importante para conocer el estado hormonal de la mujer, así como para detectar células malignas del aparato genital, dando lugar a la exploración conocida como "citología vaginal exfoliativa".

La vagina de la niña tiene un epitelio delgado y tenue.

La vagina de la mujer adulta el epitelio es más grueso.

En la menopausia se adelgaza de nuevo.

En la senilidad el epitelio se hace atrófico y las columnas rugosas desaparecen.

IRRIGACIONES: La vagina está irrigada por la arteria vaginal .rama hipogástrica y también por ramas que proceden de la uterina, de la vesical inferior y de la hemorroidal media y de pudenda interna.

INERVACIÓN: Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico.

VULVA

Se designa con el nombre de vulva los órganos externos de la mujer. Incluyen las siguientes formaciones; todas ellas visibles a la exploración externa: El monte de venus, labios mayores, labios menores, el clítoris, el vestíbulo y meato uretral, las glándulas de Bartholin (Glándulas Vulvovaginales), el Himen.

CONFIGURACION EXTERIOR: La vulva constituye el orificio de la desembocadura del canal genital de la mujer, este orificio es una amplia abertura que se encuentra en la región perineal, ocupando un lugar intermedio entre el monte de venus y el ano, tiene una forma oval.

La vulva tiene una forma de depresión limitada a cada lado por dos repliegues cutáneos: Los labios mayores y menores. En el fondo de esta depresión se abren la uretra y la vagina. A la vulva van anexas:

Un aparato eréctil, formado por el clítoris y los bulbos de la vagina.
Glándulas.

MONTE DE VENUS: Es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo, situado por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital, no es un órgano, tan solo es una región o punto de referencia, está cubierto de vello rígido y oscuro, que aparece en la pubertad. En el periodo de la vida reproductiva, el vello púbico es abundante, pero después d ella menopausia se vuelve escaso. En la mujer normal su

configuración es típica: forma un triángulo de base superior en contraste con el triángulo de base inferior, típico del hombre.

HISTOLOGÍA: La piel del monte de venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. La cantidad de tejido adiposo subcutáneo está condicionada por factores nutricionales y posiblemente hormonales.

LABIOS MAYORES: Son dos grandes repliegues cutáneos que miden de 8 a 9 cm de longitud y 1.5 a 2 cm., de altura, se distinguen en ellos:

- Una cara externa de apariencia mucosa.
- Un borde superior por el cual los labios mayores se continúan con las partes blandas que cubren las ramas izquiopúbicas.
- Un borde inferior libre.
- Un extremo anterior que se pierde en una eminencia media prepúbica cubierta de pelos, denominados Monte de Venus.
- Un extremo posterior que se continúa con los tegumentos del perineo o que se reúne en la línea media con el del lado opuesto, formando la comisura posterior de los labios mayores.

ESTRUCTURA: En un corte transversal de los labios mayores se encuentra, de la superficie a la profundidad:

1. La piel
2. Un dartos formado de fibras musculares lisas.
3. Una capa de tejido celular adiposo subcutáneo.
4. Una masa adiposa rodeada de una membrana fibroelástica

PEQUEÑOS LABIOS O NINFAS: Son dos repliegues cutáneos de apariencia mucosa situados por dentro de los labios mayores, tienen por término medio 3 cm., de longitud y 1 cm., de altura, igual que los labios mayores representan:

- Una cara externa y una interna rosada, desprovista de pelos.
- Un borde superior adherente
- Un borde inferior libre a menudo dentado
- Un extremo posterior, que se reúne al del lado opuesto, formando la comisura superior de los labios menores u horquilla.
- Un extremo anterior desdoblado en dos pliegues, uno de los cuales pasa por encima del clítoris y forma con el del lado opuesto el capuchón clitorideo, mientras que el otro se fija en el borde posterior inferior del clítoris y contribuye a formar el frenillo del clítoris.

CLÍTORIS: Es el homólogo del pene, está formado por dos cuerpos cavernosos, se insertan por detrás en las ramas isquiopúbicas, de aquí se extiende por delante, arriba y adentro, hasta debajo de la sifisis en donde se adosan en la línea media para formar el cuerpo del clítoris.

El cuerpo del clítoris se acoda formando la rodilla clitoridea y se dirige abajo y atrás, terminando por un extremo cónico, el glande del clítoris está abastecido abundantemente por terminaciones nerviosas sensoriales y el clítoris mide de 2 a 3 cm.

BULBOS DE LA VAGINA: Representa el cuerpo esponjoso de la uretra en el hombre, son dos órganos eréctiles, colocados a cada lado del orificio vaginal, frente a la base de los labios menores.

Son convexos por fuera, ensanchándose por detrás y terminando por delante por plexos venosos que hacen comunicar los extremos anteriores de los bulbos entre sí y con los cuerpos cavernosos del clítoris. A los órganos eréctiles, cuerpos cavernosos del clítoris y bulbos de la vagina anexos, al igual que en el hombre, músculos isquiocavernosos, bulbo cavernoso.

GLANDULAS DE LA VULVA: Existen a cada lado del orificio vulvovaginal, una glándula voluminosa denominada Glándula de Bartholin o Glándula Vulvovaginal, está situada por dentro del extremo posterior del bulbo y del músculo bulbo cavernoso que la cubre en gran parte, su conducto excretor se abre en el lado del orificio vaginal, en el canal que separa el himen del labio menor.

VESTÍBULO Y MEATO URETRAL: La zona triangular que se encuentra entre los labios menores hacia la parte anterior, en donde se abre la uretra es el vestíbulo vulvar, entrada o antesala de la vagina, en la que desemboca la uretra y las glándulas vestibulares.

Por detrás y por debajo del orificio uretral hay una membrana incompleta que tabica la entrada de la vagina, sin llegar a cerrarla, reciben el nombre de himen, es una membrana circular o falciforme, este tabique moderadamente elástico ocluye parcial o en raras ocasiones totalmente el canal vaginal, el himen está constituido por dos caras cubiertas de epitelio que encierran un tejido fibroso vascular intermedio.

Y no se encuentra más que en las mujeres vírgenes, desapareciendo parcialmente con la desfloración, y totalmente después del primer parto. En la mujer que a coitado, pero que no a parido, se encuentra todavía el himen, pero rasgado en múltiples puntos, formándose así las llamadas carúnculas mirtiformes por su semejanza con las hojas del mirto, pero al llegar el primer parto, la gran dilatación que ha de sufrir la vulva para dar salida a la cabeza del feto, hace que desaparezcan por completo todos los vestigios del himen, y que las carúnculas multiformes quedan reducidas a unas eminencias insignificantes.

Detrás de la comisura posterior se encuentra una región que separa la vulva del ano, que es lo que desde el punto de vista clínico constituye el periné.

PISO PÉLVICO

El piso pélvico consiste en músculos, ligamentos y aponeurosis dispuestas para:

1. Sostener las viseras pélvicas
2. Hacer el papel de esfínter para la uretra, la vagina y el recto y,
3. Para permitir la salida de un feto a término.

Esta Constituido por dos diafragmas pelvianos:

1. El llamado diafragma pelviano principal (superior) constituido por el músculo elevador al ano.
2. El diafragma urogenital (inferior) formados por distintos músculos que se disponen en torno a la desembocadura de la vagina y de la uretra y por los tabiques o septums vesico y recto vaginal, mismos que ponen en contacto a ambos diafragmas, al cuerpo perineal y al cóccix.

Si se disecciona esta región partiendo de los planos superficiales, encontraremos distintos planos musculares, son los siguientes:

1. Plano superficial
2. Plano medio
3. Plano profundo.

PLANO SUPERFICIAL: Comprende además de los músculos esfínter externo del ano, bulbo cavernoso, isquiocavernoso y transverso superficial, otra formación muscular, el constrictor de la vulva.

- a. Esfínter Externo del Ano: Está situado en el perineo posterior alrededor de la porción anal del recto, las fibras que lo constituyen formando arcos que circunscriben el conducto anal y se reúnen por delante y detrás de este conducto.

Las fibras se insertan:

1. Por detrás: en la punta del cóccix en el rafe anocoxigeo, en la cara profunda de la piel.
2. Por delante: en el rafe anobulbar o núcleo fibroso central de perineo y en la cara profunda de la piel situada delante del ano.

Considerablemente más potente que el constituido por los bulbocavernosos.

b. Bulbo cavernoso: Se inserta por detrás en el rafe anovulvares de aquí sus fibras se dirigen hacia delante describiendo una curva de concavidad interna, cubriendo la glándula de Bartholin y el bulbo de la vagina; termina:

1. En el extremo interior del bulbo.
2. En las caras laterales de los cuerpos cavernosos del clítoris. Es un elemento de mayor interés e importancia. Si desaparece o se rompe, puede ocasionar la pérdida de todas las relaciones anatómicas, así como el desfundamiento del suelo pelviano.

c. Isquiocavernoso: Se inserta en la rama isquípública, por dentro y por fuera de la zona de inserción de los cuerpos cavernosos. Las fibras se dirigen hacia delante y cubren la raíz de los cuerpos cavernosos, terminan en la vagina fibrosa de estos órganos.

d. Transverso Superficial: Este músculo aplanado de arriba abajo y dirigido transversalmente, se inserta por fuera de la cara interna del isquión, por encima del isquiocavernoso; termina dentro del núcleo fibroso central.

- e. **Constrictor de la vulva:** Este músculo se inserta:
Por detrás, en el rafe anovulvar, de aquí se dirige hacia delante, circunscribiendo con el lado opuesto, el orificio vaginal, y termina en el grueso tabique fibroso que reúne la uretra a la vagina.

Las fibras de este músculo se hallan en relación por dentro, por la pared vaginal. Por fuera con la glándula de Bartholin y el bulbo que lo separan del cuerpo cavernoso.

PLANO MEDIO: Entre los músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos y transverso superficial del perineo se forma un triángulo, al fondo del cual hay un plano músculo-aponeurótico. Este, constituye la segunda capa o segundo plano de los músculos perineales un poco más profundo que el anterior. Está formado por; los músculos transversos profundo del perineo y esfínter externo de la uretra.

- a. **El músculo elevador del ano:** Constituye el plano profundo del perineo. Se distinguen en este músculo dos capas, una superficial o esfínterina, otra profunda o elaborada.

Las fibras de la capa superior se insertan:

1. En la capa posterior del cuerpo del pubis.
2. En la profunda de la aponeurosis del obturador interno y, en particular, en un engrosamiento de esta aponeurosis, el arcustendineus levatoris ani, que se extiende del conducto subpúbico a la espina ciática.
3. En la espina ciática.

De esta línea de inserción las fibras convergen hacia las caras laterales del recto, que rodean de delante atrás, pero sin adherirse a ellos y terminan el rafe fibroso medio anocoxigeo y en la punta del cóccix.

Las fibras de la capa profunda se insertan en el pubis, inmediatamente por encima y por dentro de las fibras púbicas de la porción esfinteriana, de aquí se dirige hacia atrás.

El borde anterior de este músculo cruza sucesivamente de adelante hacia atrás; la uretra y las paredes de la vagina.

b) Isquicoccegea; cierra la pelvis en dirección posterior. Este músculo llena el espacio comprendido entre el borde superior del elevador del ano y al borde inferior piramidal.

Nace de la cara interna de la espina ciática y de la parte adyacente del ligamento sacrociático menor. Las fibras se dirigen oblicuamente hacia abajo y atrás y terminan en el borde lateral correspondiente del cóccix.

Diafragma Pélvico Principal. De la descripción de los músculos elevador del ano e isquicoccegeo, resulta que ambos músculos forman en su conjunto un diafragma de concavidad superior, el diafragma pélvico principal, este se inserta por su periferia en la pared interna de la excavación pélvica, tapizada como hemos dicho antes por los músculos obturador interno piramidal.

Delante del recto, este diafragma está separado por dos mitades simétricas por un espacio medio, alargado de delante atrás a través del cual penetra la uretra.

2. EXPLORACION DE LA PELVIS OSEA

La pelvis femenina esta constituida por la unión de tres huesos: el sacro y los dos iliacos o coxales, los últimos se articulan a los dos lados del sacro y por delante entre si. El sacro es la prolongación inferior de la columna vertebral, que recorre la presión de todo el cuerpo o tronco y la transmite a los huesos iliacos a su vez se encargan de transmitirla a los fémures.

Los huesos iliacos no son más que el producto de la soldadura de tres puntas de osificación independientes que son: el ilión, el isquiún y el pubis.

En comparación la pelvis femenina a la masculina, la femenina que es la que nos interesa desde el punto de vista obstétrico, es de menor altura y menos sólida, la inclinación de la pelvis sobre la horizontal es mayor, el plano del estrecho superior tiene inclinación de 60 a 70 grados sobre la horizontal y los estrechos son mayores.

EL ESTRECHO SUPERIOR.- Esta formado por líneas innominadas de ambos huesos iliacos, continuándose hacia atrás con el promotorio por la parte anterior de la sínfisis pubiana.- El diámetro anteroposterior del estrecho superior varía según el punto en que se considere; así desde el promontorio al borde superior de la sínfisis corre el llamado Conjugado Anatómico, que mide unos 11.5.- el verdadero diámetro que utiliza la cabeza fetal para su encajamiento y que a nosotros nos interesa es el que se encuentra entre el promontorio y la parte posterior de la sínfisis del pubis pues el verdadero estrecho superior, en el sentido clínico esta formado no por el borde superior de la sínfisis, sino por su cara posterior de la sínfisis, que se aproxima más al promontorio. Este el denominado Conjugado Obstétrico y mide 11 cm. Por último podemos considerar también la distancia que media entre el promontorio y la parte inferior de la sínfisis o Conjugado Diagonal que es el diámetro que nosotros percibimos en la pelvimetria interna y mide 12.5 cm.

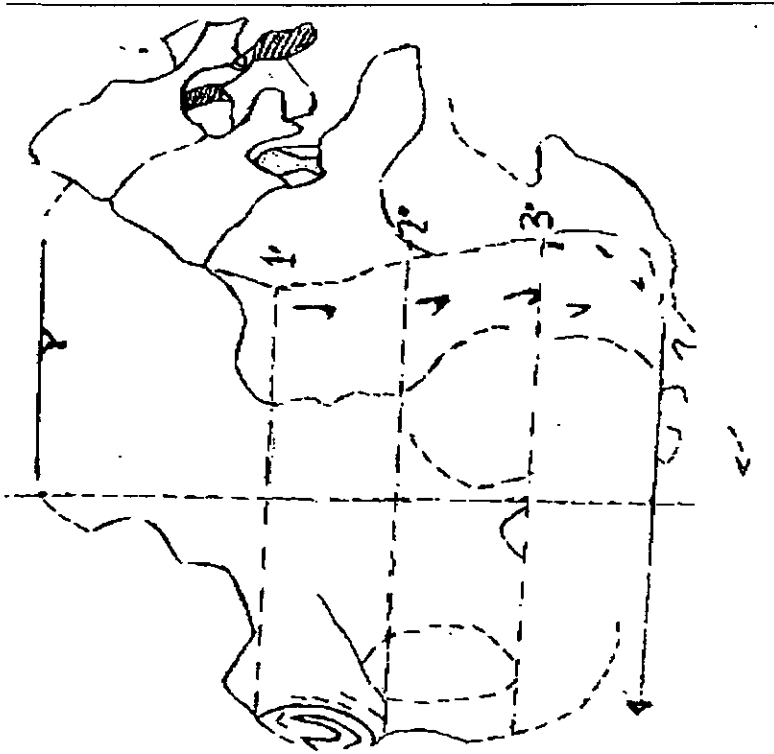
Otros diámetros del estrecho superior son el transverso y los oblicuos. El diámetro transverso es el que separa los dos puntos más lejanos entre sí de las líneas innominadas y que vienen a estar a mitad del recorrido de ésta desde la articulación sacroiliaca a la eminencia o tubérculo iliopubiano y son dos: derecho e izquierdo, miden 12 cm.

PLANOS DE HODGE

Otro sistema de planos de la pelvis, distinto de los estrechos de los que ya se ha hecho mención es el sistema de hodge que tiene gran importancia porque nos sirve para indicar a que altura se halla la cabeza fetal en un momento determinado del parto. Es como un sistema de coordenadas obstétricas. Estos planos son cuatro: el primero coincide con el plano del estrecho superior, el segundo es el paralelo a los dos anteriores y pasa por la espina ciática; y el cuarto es también paralelo a los anteriores y pasa por la punta del coxis.

Cuando se hable de la marcha del parto, se indica que el punto guía se encuentra en tal o cual plano.

PLANOS DE HODGE



DIMENSIONES EXTERNAS DE LA PELVIS

Los diámetros externos guardan una cierta relación con diámetros internos que son los calibres del canal óseo del parto, sin embargo, estos diámetros no son fácilmente medibles, es cambio, los externos sí, por lo cual gracias a éstos diámetros se puede hacer un juicio clínico, si no es exacto por lo menos es aproximado de cómo es la pelvis en su amplitud interior. Por lo tanto, es de gran interés conocerlos y medirlos siempre que se explora a una mujer embarazada.

1. Diámetro biespinoso 24 cm., bicrestal 26 cm., bisquiático 11 cm.
2. Diámetro bitrocantereo en el esqueleto 30 cm., contando las partes blandas en el vivo 32 cm.
3. Conjugado externo. Este diámetro tiene gran importancia desde el punto de vista clínico, pues sirve para medir indirectamente la cuantía del conjugado verdadero; ya que desde la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar a la sínfisis del pubis 20 cm.

EXCAVACIÓN PELVIANA

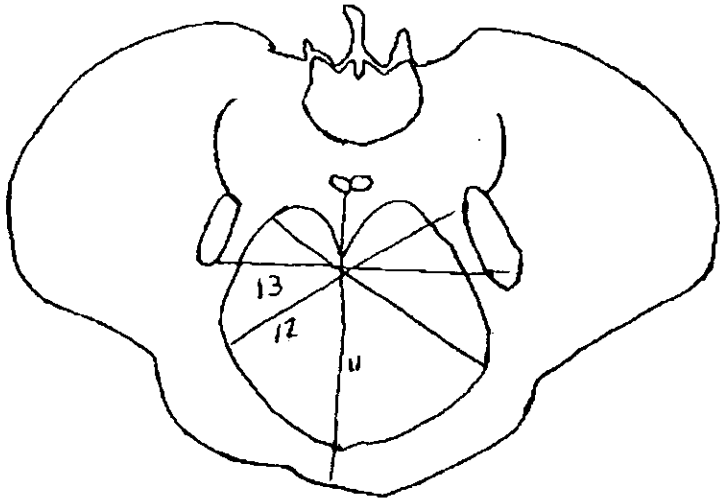
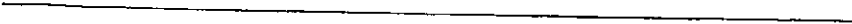
Se extiende desde el punto más inferior de la sínfisis pubiana hasta la parte más excavada de la cavidad sacra que suele corresponder a la tercera vértebra de éste nombre. Por los lados pasa a nivel de la cara interna de los acetábulos, la parte externa corresponde a las articulaciones coxatemporales; éste plano es el más amplio de la pelvis; los estrechos superiores e inferiores son los más angostos a nivel de la excavación, nunca se detiene la cabeza fetal en su progresión al exterior (únicamente en caso de pelvis deformada por anomalía congénita). Los diámetros de la excavación son de 12.5 cm., anteposterior y 12.5 cm., transverso.

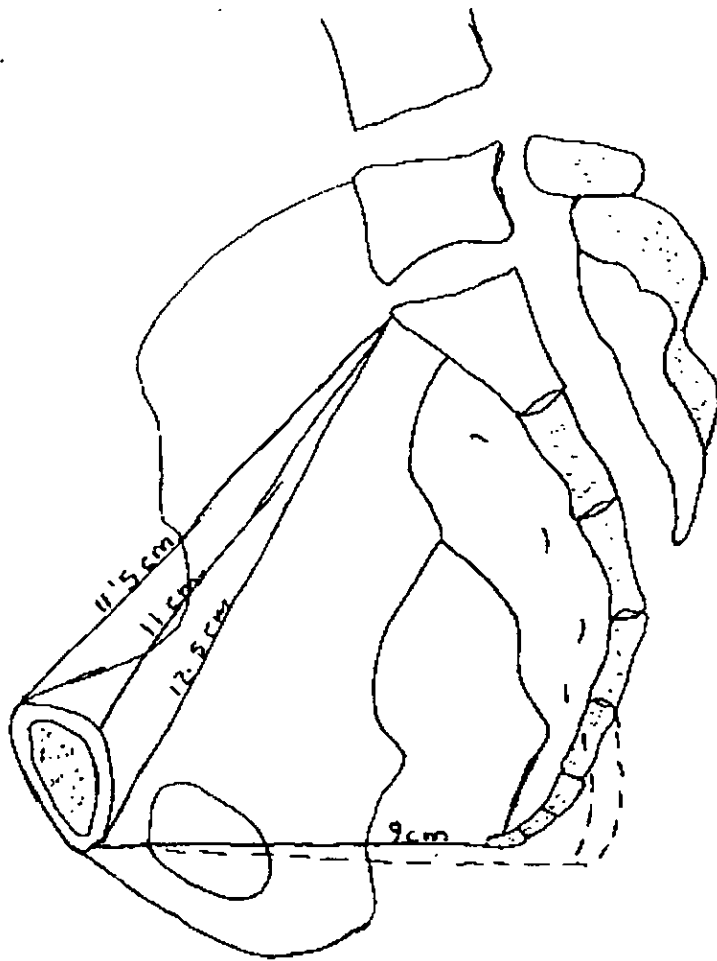
ESTRECHO MEDIO

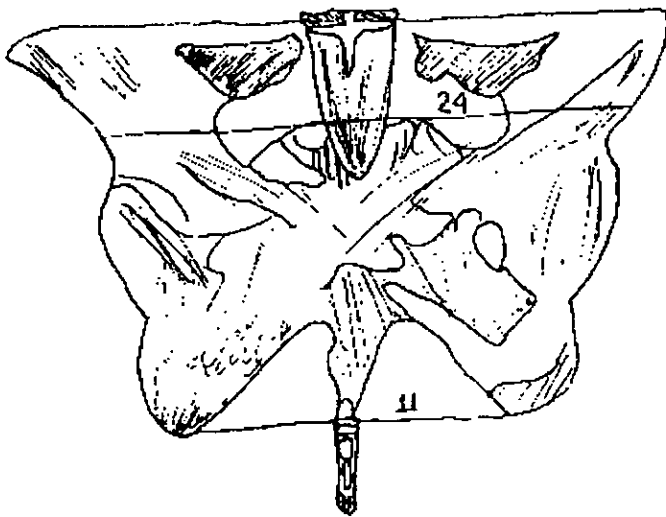
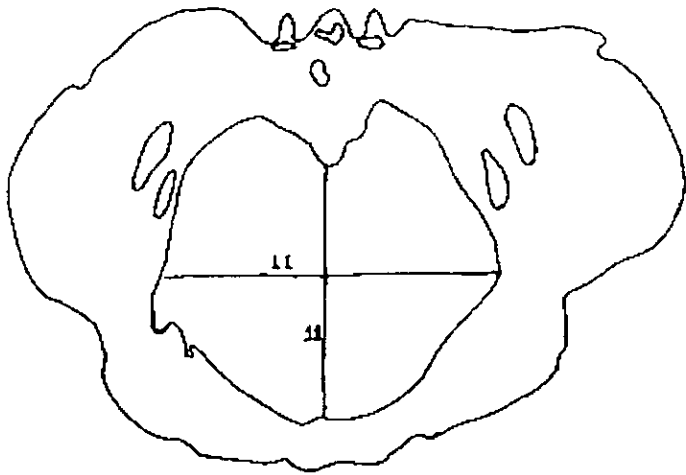
Tampoco es frecuente que se detenga la cabeza fetal a nivel del estrecho medio, sin embargo, se llegan a presentar en ocasiones, lo justifica el nombre del estrecho que se da en el tercer plano pelviano; está formado por un plano que pasando por la parte inferior de la sínfisis, coincide con las espinas ciáticas, las que cuando hacen cierta prominencia en lo que ha de ser el canal del parto pueden ocasionar una distosia, aunque es poco frecuente. Los diámetros del estrecho medio son 11.5 cm., anteroposterior por 11.5 cm., de diámetro transversal (biciático).

ESTRECHO INFERIOR

Por último, tenemos el estrecho inferior que después del superior es el que más importancia tiene y hay que tener en cuenta que las partes blandas tienen un papel muy importante. Desde el sacro hasta la espina ciática de cada lado se extienden los poderosos ligamentos sacrociáticos. Estos se continúan hacia abajo por una parte de la tuberosidad del isquión y por otra en el coxis constituyendo el músculo isquicoxigio.







3. VALORACION DE ENFERMERIA EN LAS IMPLICACIONES CLINICAS DE LOS TIPOS DE PELVIS

A. PELVIS GINECOIDE: El estrecho superior es redondeado, es decir, sus segmentos anteriores y posteriores son amplios. A no ser que la pelvis sea muy pequeña, es decir, generalmente reducida, o que el feto sea demasiado grande, es probable un parto normal.

1. **ANTEPARTO:** El encajamiento de vértice ocurre al término o al principio del trabajo de parto, en el diámetro transversal del estrecho superior en más de dos terceras partes de los casos.

2. **INTRAPARTO:** Normalmente, con un buen trabajo de parto, el descenso del vértice por el estrecho medio es rápido, y la rotación interna a una posición occipitoanterior tiene lugar cuando el diámetro biparturto cefálico está a la altura, o algo más bajo, de las espinas ciáticas. Si no existe un arco subpúbico estrecho, el sacro es prominente hacia delante, o el estrecho inferior está obstruido por otra anomalía, el progreso del descenso y la extensión de la cabeza debajo del pubis, se desarrollan sin contratiempo y el feto nace normalmente.

B. PELVIS ANDROIDE:

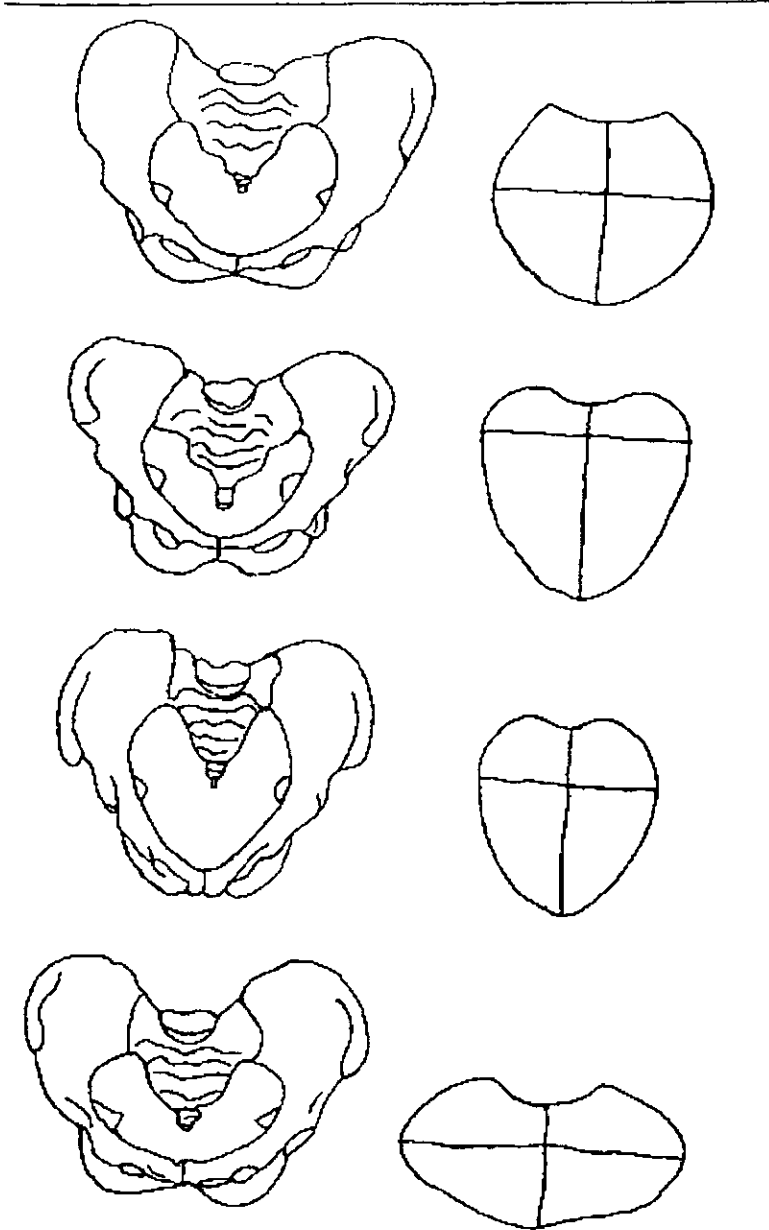
1. **ANTEPARTO:** El encajamiento se retrasa por la intromisión del promontorio sacro en el segmento posterior del estrecho superior, y por la estrechez del segmento anterior del estrecho superior. En casi tres cuartas partes de los casos se presenta una posición occipitotransversal.

2. **INTRAPARTO:** La convergencia de las paredes laterales pélvicas, la contracción de las escotaduras sarcociáticas y un ángulo subpúbico angosto, predisponen a una posición posterior, con la cual desciende el vértice prácticamente hasta el piso pélvico. La forma de

embudo de la excavación constriñe a la presentación y restringe su proceso: el obstáculo que ofrecen las espinas ciáticas prominentes y la reducción del estrecho pélvico inferior, agravan la distocia. El moldeamiento el occipucio conduce frecuentemente a la detención en el descenso, pues impide una fácil rotación. Puede ser necesario un fórceps con extracción en occipitoposterior por dificultad de rotación, además del posible riesgo de lesión a los tejidos blandos maternos.

DISTOCIAS

En el encajamiento el diámetro bipariental y el suboccipito bregmático, ligeramente mayor, son las mediciones fetales de la importancia. El diámetro bipariental tiene una gran significación preponderante para la "acomodación" en todos los niveles de la pelvis. El diámetro occipitofrontal constituye un buen índice de maduración.



4. VALORACION DE ENFERMERIA EN LOS CAMBIOS FISICOS DE LA EMBARAZADA

Las manifestaciones del embarazo se clasifican en tres grupos: presunción, probable y positivos.

MANIFESTACIÓN DE PRESUNCIÓN:

A. SÍNTOMAS:

1. **Amenorrea:** El cese de la menstruación en una mujer sana y eumenorreica con vida sexual activa debe hacernos sospechar de embarazo. La amenorrea es causada por incremento de las concentraciones de estrógenos y progesterona producidos por el cuerpo luteo.- Existen casos de amenorrea fisiológica como la de la lactancia, por el climaterio, el período perimenopáusico no excluye la posibilidad de embarazo, y en otras ocasiones la amenorrea puede ser consecutiva a enfermedad sistémica, a trastornos psíquicos, o deficiencia hormonales, a medicamentos opioides y dopaminérgicos, trastornos endocrinos y ciertos tumores genitourinarios.

2. **Gestosis:** Los cambios hormonales, como es la elevación de esteroides ováricos (estrógenos y progesterona) y probablemente la gonadotropina corionica son responsables de los síntomas subjetivos del embarazo como: somnolencia, astenia, adinamia, náusea o vómito, en ocasiones hiperemesis gravídica, antojos y salivación exagerada.

3. **Mamas:**

a) **Mastodinia:** o hipersensibilidad mamaria, varia entre hormigueo y dolor franco y la producen las respuestas hormonales de los conductos mamarios y el sistema alveolar. El aumento de la circulación provoca regurgitación mamaria y prominencia venosa.

b) Aumento de las glándulas sebáceas circunlacteas de la areola (tubérculos de montgomery): esto sucede entre las seis y ocho semanas de gestación, y la causa es la estimulación hormonal.

c) Secreción de calostro: A través del pezón drena una pequeña cantidad de secreción amarillenta, después de la décima sexta semana de gestación.

d) Mamas secundarias: Son más prominentes en tamaño y coloración, la hipertrofia del tejido mamario produce a menudo una tumoración sintomática en la axila.

4. Aparato urinario:

a) Irritabilidad vesical, polaquiuria y nicturia. Ocurre a causa de aumento de la circulación vesical y la presión producida por el útero que crece.

b) Signos:

Aumento de la temperatura de la temperatura corporal basal. La elevación persistente durante tres semanas.

c) Piel.

Cloasma. O mascara del embarazo, consiste en obscurecimiento de la piel sobre frente, puente nasal o pómulos. Después de la décimo sexta semana de gestación.

Línea negra. Obscurecimiento de la piel de la areola, pezones y la línea media inferior del abdomen desde el ombligo hasta el pubis. Estos cambios se deben a estimulación de los melanoforos al aumentar la concentración de hormona estimulante de los melanocitos.

Marcas de estiramiento: Estrías sobre mamas y abdomen, son producidas por separación del tejido de la colágena subyacente y

se manifiestan como cicatrices irregulares. Suelen aparecer durante la parte tardía del embarazo, cuando la piel se encuentra bajo mayor tensión.

Telangiectasias en araña. Lesiones cutáneas que resultan de las concentraciones elevadas de estrógenos circulantes.

MANIFESTACIONES PROBABLES O SUBJETIVAS:

A. Síntomas: Los mismos que en las manifestaciones de presunción.

1. ORGANOS PÉLVICOS:

- a) Signo DE Chadwick. La congestión de los vasos pélvicos produce una coloración azulosa o púrpura en la vagina y cuello uterino.
- b) Leucorrea. El aumento de la descarga vaginal, que consiste en células epiteliales y moco cervical, se debe a estimulación hormonal.

PRIMER TRIMESTRE.

A. Ruidos cardíacos fetales. Es posible escucharlos en una mujer delgada entre las semanas 17 y 18. La frecuencia cardíaca fetal normal es de 120 a 160 latidos por minuto. El efecto Doppler detecta los ruidos cardíacos fetales a la octava semana.

B. Palpación del feto. Después de la semana 22 se puede palpar el contorno del feto a través de la pared abdominal materna. Los movimientos fetales se perciben a la palpación después de la semana 18.

C. Examen ultrasónico del feto.

D. Pruebas de embarazo: Pruebas endocrinas; la eliminación coriónica de gonadotrofinas es el método más práctico y se puede utilizar desde los cuarenta y dos días de la última menstruación, otros signos dependen del:

- ·Crecimiento uterino.
- ·Contracciones, siguiendo la ley fisiológica que dice que todo útero ocupado se contrae.

Diagnóstico diferencial. Con trastornos menstruales en la fase perimenopáusica, crecimiento uterino por miomatosis, la pseudociesis o embarazo fantasma o imaginario, en el cual provoca cambios orgánicos semejantes al embarazo, pero hay ausencia de hormona coriónica.

5. EXPLORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERIA EN LA EMBARAZADA

De una buena exploración se puede derivar un buen diagnóstico, pero de una mala exploración, necesariamente se deriva un mal diagnóstico y consecuentemente un mal tratamiento.

El estudio de un paciente se divide en 4 partes:

- 1. INTERROGATORIO**
- 2. INSPECCION**
- 3. PALPACIÓN**
- 4. AUSCULTACIÓN.**

INTERROGATORIO: Es de vital importancia e inicia la relación MEDICO-PACIENTE.

INDICACIONES BASICAS

1. Dirigirse a la paciente con respecto, y con el pronombre de USTED.
2. Iniciando el interrogatorio preguntando el nombre, edad, profesión y/o actividad a que se dedica.
3. Se investigará el motivo de consulta, dejándose tribuna libre para que la paciente pueda explayarse colaborando en la confianza que debe hacer con el médico desde el primer momento.
4. El médico deberá orientar su interrogatorio para valorar o puntualizar el motivo de consulta, síntomas presentes.
5. Se complementará la historia obstétrica, investigando la menarca, el tipo menstrual, el inicio de vida sexual activa, gestas paridad y la última menstruación.
6. Se investigarán antecedentes personales y familiares de importancia como la diabetes, antecedentes quirúrgicos, alérgicos así como las toxicomanías.

7. Se termina el interrogatorio, investigando sobre terapéutica empleada en caso de haberla si fue por prescripción médica o por automedicación.

Quando la paciente consulta por problemas agudos; embarazo ectópico roto, sangrado por placenta previa, trabajo de parto, aborto, etc. Es permisible realizar el interrogatorio con la más elemental que nos permita llegar a un diagnóstico de presunción, dejando para un segundo tiempo, cuando ya se haya resuelto el problema el complemento. Estos momentos que obviamos con un interrogatorio breve pero bien dirigido, pueden ser decisivos en la salvación de la vida de una madre, de un niño o de ambos.

INSPECCION: En una paciente gestante diremos que primero es el habitus exterior, en el que analizaremos facias, marcha, dificultad o no de movimientos, volumen de extremidades, coloración de tegumentos, glándulas mamarias, abdomen y genitales.

En la glándula mamaria se analiza; forma, volumen, estado de la superficie, sensibilidad y secreciones.

La exploración del abdomen se realiza en dos posiciones:

- De pie; en caso de un vientre péndulo, en la exploración de una hernia umbilical.
- De cubito dorsal; es la posición más utilizada y la ideal con una almohada en la cabeza. El lugar debe estar abrigado para realizar una exploración con la paciente totalmente descubierta para apreciar la forma, el volumen, el estado de la superficie. La forma tiende a ser cilíndrica, en las situaciones transversas, elíptica y las formas asimétricas o anormales puede ser patología. El contorno uterino puede dibujarse en la pared abdominal si la paciente no es obesa, pero en caso contrario esto no es posible, lo que va haciendo más difícil el diagnóstico.

Si el volumen no se encuentra en relación a la edad gestacional y es mayor que esta, tenemos que pensar obligadamente en tres posibilidades; embarazo múltiple, polihidramnios y producto macrosómico. En caso contrario de volumen menor a la edad gestacional y constitución de la paciente, pensaremos en: oligoamnios, producto mal desarrollado, etc.

Es importante analizar la presencia de estrías que nos hablan de un aumento importante de volumen.

En la inspección de genitales en vulva se aprecia; coloración estado de la superficie y secreciones. Se introduce el espejo vaginal para visualizar vagina y cérvix y se aprecia; coloración, presencia o no de secreción, situación, tamaño y permeabilidad (o no) del cérvix.

PALPACIÓN: La subdividimos en:

1. Palpación de glándulas mamarias y abdomen.
2. Tacto vaginal y
3. Exploración mixta, combinada o abdomino-genital.

En la palpación de glándulas mamarias investigamos: turgencia, consistencia, sensibilidad, presencia de secreciones y procesos anormales (induraciones, nodulaciones, fijaciones del pezón y adenomegalias).

En la palpación del abdomen precisaremos primero; el crecimiento uterino; localizamos el fondo y lo medimos buscando la correlación de la edad gestacional; se mide la distancia en centímetros del borde superior de la sínfisis del pubis al fondo uterino y se multiplica por la constante $8/7$. El resultado corresponde a la edad gestacional expresada en semanas; las excepciones a esta regla lo constituyen el embarazo múltiple, polihidramnios y los productos macrosómicos.

Esta medición también nos sirve para calcular el peso del producto multiplicando el resultado en cm., por una constante de 100 el resultado expresa en gramos el peso aproximado del producto.

Además en la palpación del abdomen se trata de precisar su contenido y las características del mismo.

ACTITUD: Se define como la relación que guarda el producto entre sí, la actitud normal es la hiperflexión.

POSICIÓN: Es la relación que guarda el punto toconómico de la presentación con la mitad derecha e izquierda de la madre, el dorso del producto señala la orientación del punto toconómico. Su identificación facilita el mejor sitio de transmisión de latido cardíaco fetal que corresponde al hombro anterior fetal.

PRESENTACIÓN: Es la relación que guarda la parte fetal que se aboca al estrecho superior de la pelvis, esta definición sólo acepta dos tipos de presentación, cefálica y pélvica.

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

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

Para investigar el contenido realizamos las maniobras de Leopold:

PRIMERA MANIOBRA:

El explorador se colocará de preferencia a la derecha de la paciente y de frente a ella, colocando sus manos en el fondo uterino tratando de abarcarlo en la cara palmar y apoyadas en borde superior (cubital). Nos damos cuenta del tono basal uterino y/o de la contractilidad del mismo. Nos informamos del polo fetal que se encuentra en el fondo uterino.

SEGUNDA MANIOBRA:

El explorador sigue colocando en la misma forma y desliza sus manos hacia los flancos tratando de identificar el dorso del producto y la situación del mismo.

TERCERA MANIOBRA:

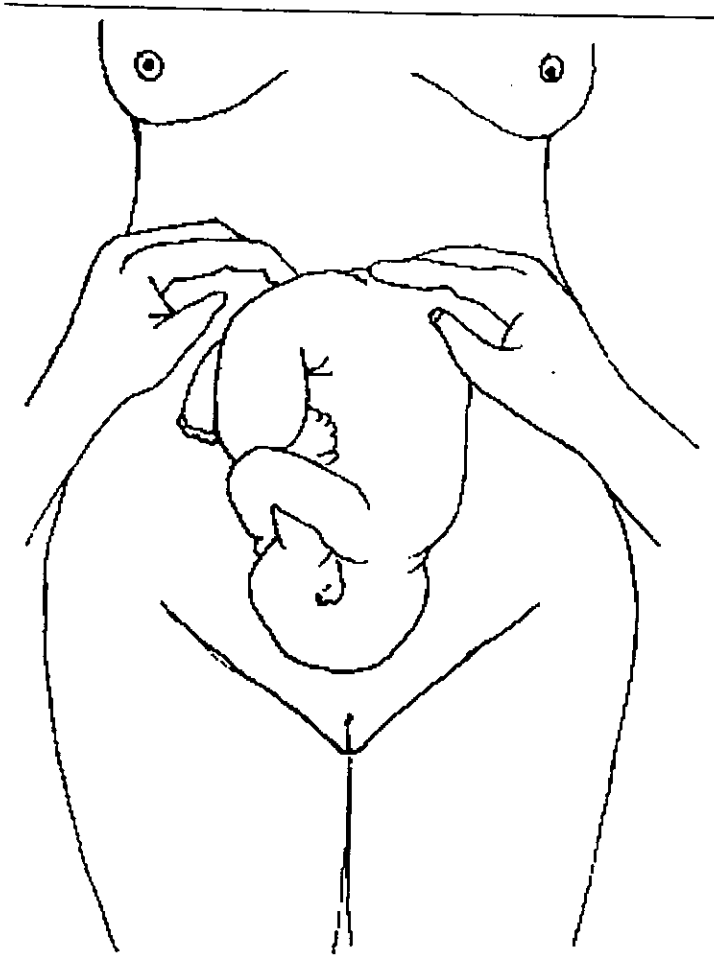
El explorador se encuentra viendo hacia los pies de la paciente, dándole la espalda y dirigiéndose al pubis, coloca sus manos por encima del mismo. Con esta maniobra se esta haciendo el diagnóstico de la presentación.

CUARTA MANIOBRA:

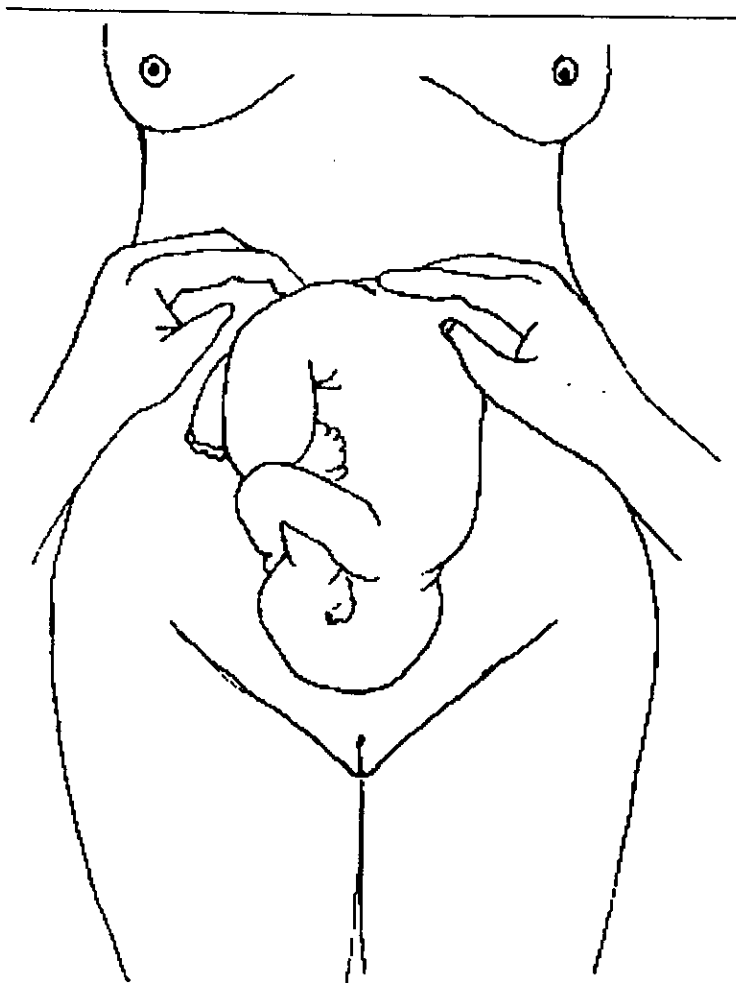
O maniobra del "peloteo cefálico", se toma el cefálico con una mano abierta como pinza, para poder abarcar la cabeza, sirve para el diagnóstico del grado de descanso y encajamiento de la presentación, lo que vamos a confirmar con la exploración combinada y el tacto.

Con la exploración abdominal también nos interesa investigar si hay o no contractilidad uterina precisando tipo, intensidad, duración y presencia de la misma y concomitante con ello determinar el tono uterino, durante la contracción y fuera de la misma.

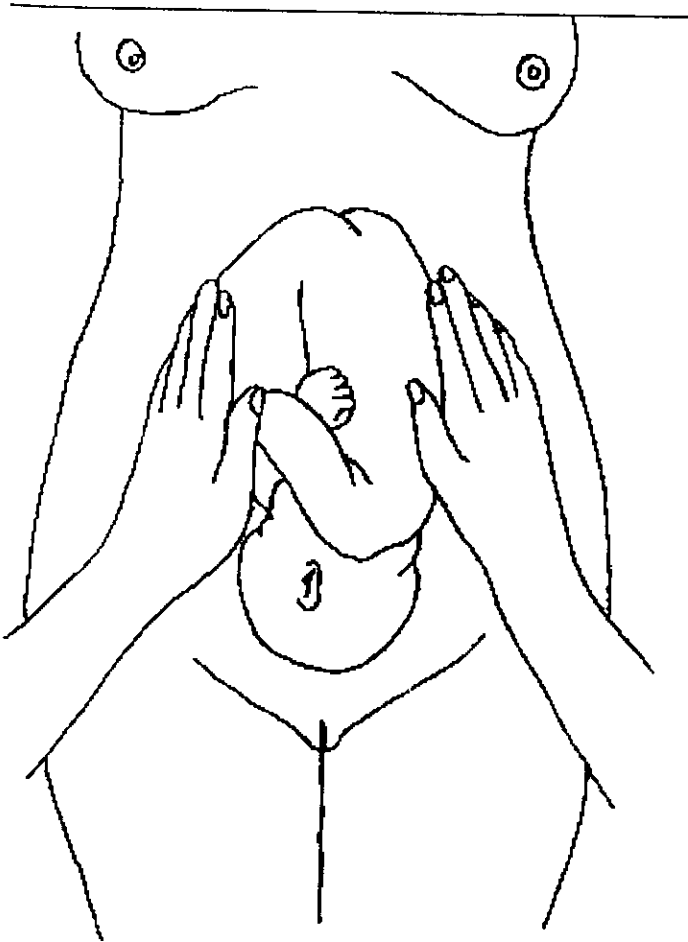
PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD



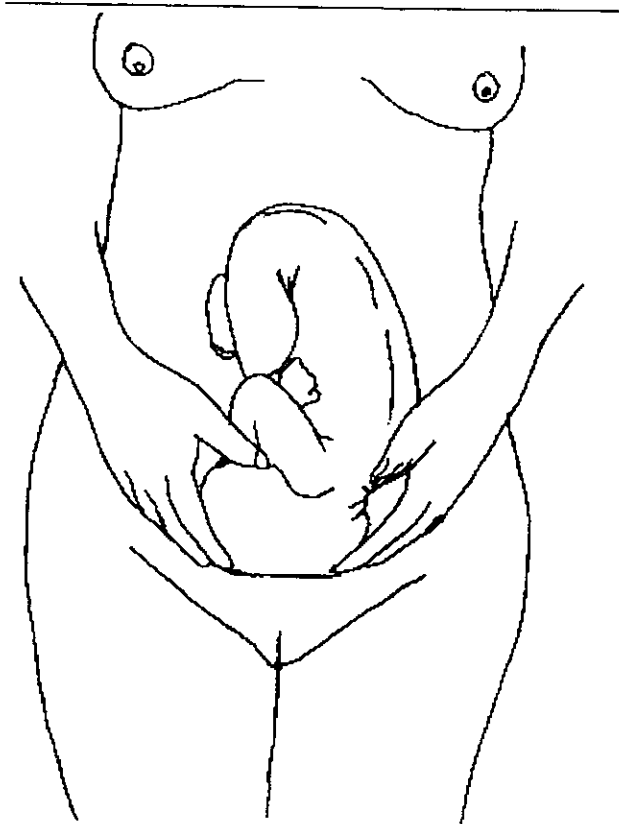
SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD



TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD



CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD



TACTO VAGINAL: Esta exploración , de inestimable valor e imprescindible en un embarazo sin problema y es peligroso cuando se sospecha de una placenta previa. Las limitaciones se encuentran en caso de: Ruptura prematura de membranas, en las vulvovaginitis. El tacto nos informa de dos hechos muy importantes en la valoración obstétrica: Condiciones cervicales y altura de la presentación. De las condiciones cervicales nos interesa situación, longitud, grado de la dilatación, consistencia y ángulo de unión en su base con el útero (ángulo cervico-uterino) nos da el grado de condicionalidad o no para trabajo de parto favorable o desfavorable a corto plazo. En relación a la altura de la presentación se denomina LIBRE, cuando el peloteo de la presentación es franco y ésta se encuentra por encima del pubis FIJA cuando este peloteo no es realizable ya, pero se permiten algunos movimientos en ella y parte de la presentación se encuentra detrás del pubis. ENCAJADA cuando la mayor parte de la presentación esta en la pelvis menor por detrás del pubis.

Para designar el grado de encajamiento utilizamos los paralelos de HODGE: El primer plano corresponde al plano de estrecho superior. El segundo plano, paralelo al interior pasa por el borde inferior de la sínfisis púbica alcanzando el sacro a nivel de su cuarta vértebra. El tercer plano se encuentra a la altura de las espinas ciáticas y alcanza al sacro a nivel de su cuarta vértebra y el cuarto plano pasa a nivel de la punta del cóccix siendo paralelo también a los anteriores.

Otra utilidad del tacto vaginal en la paciente gestante, es la pelvimetría interna, en la que nos interesa conocer: Si se alcanza o no el promontorio, la altura, altura e inclinación sacra, la movilidad de la articulación sacro-coccigea y la amplitud de los alerones del sacro.

Después de esta valoración conjuntamente con la hecha sobre tamaño y peso aproximado del producto, así como de las condiciones cervicales estamos en posibilidad de hacer un pronóstico correcto sobre las condiciones en que se va a realizar el parto.

AUSCULTACIÓN: La auscultación en obstetricia es de suma importancia por ser un parámetro de valoración en el embarazo, y de un producto. A pesar de los avances habidos en la auscultación fetal, el método más comúnmente empleado por lo sencillo es el uso del estetoscopio de Pinard, otro equipo sencillo es el estetoscopio habitual.

Para realizar una auscultación correcta debemos tener a la paciente cómoda, en un sitio no muy frío, en un cuarto aislado y de preferencia silente. En la auscultación de un producto de más de 28 semanas el foco se localiza en relación a la presentación, la posición y variedad de esta.

Al auscultar el foco fetal nos interesa señalar; frecuencia, intensidad y ritmo. La frecuencia se considera normal entre 120 y 160 x' siempre y cuando se mantenga constante, pues variaciones aún dentro de estos límites no pueden significar problema incipiente máxime cuando están relacionados muy íntimamente con la contractilidad uterina. La intensidad y el ritmo se encuentra en íntima dependencia con la frecuencia y sus variaciones tienen la misma significancia, pues el latido normal de un foco fetal en útero debe ser: RITMO, REGULAR e INTENSO.

El Dopthone es hoy por hoy el mejor método de auscultación, y que se puede utilizar en edad muy temprana del embarazo, además de ser un método menos individual, menos personal que permite ser escuchado por la paciente y sus familiares, proporcionándoles una mayor confianza en la Institución y/o el médico tratante, permitiéndole una mejor identificación e integración de grupo, la paciente a partir de este hecho tributará una colaboración absoluta para cualquier estudio complementario que se haga necesario o para la aceptación de una conducta terapéutica, sabiendo y pudiendo corroborar por si misma las variaciones en el foco fetal de su bebe que traducen su sufrimiento fetal.

6. CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL Y FECHA ESTIMADA DE CONFINAMIENTO.

Normalmente el embarazo humano dura 280 días o 40 semanas a partir del último período menstrual. Se puede calcular también con una duración de 266 días o 38 semanas a partir de la última ovulación en un ciclo normal de 8 días.

- **Parámetros clínicos de la edad gestacional:**
 - a) **Tamaño uterino;** el útero es palpable justamente a nivel de la sínfisis del pubis a las 8 semanas. A las 12 semanas, se vuelve un órgano abdominal y a las 15 semanas suele encontrarse a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo. A las 20 semanas el útero es palpable a nivel del ombligo. Después de la semana 36, la altura del fondo puede disminuir al descender la cabeza fetal hacia la pelvis.
 - b) **Avivamiento;** El primer movimiento fetal suele apreciarse entre las semanas 17 y 18.
 - c) **Ultrasonido:** Es en la actualidad la técnica más utilizadas para determinar la edad gestacional, mediante la medición del diámetro biparienta fetal, la longitud fetal entre coronilla y cóccix, la longitud del fémur y la circunferencia abdominal en proporción con el diámetro biparienta.
 - d) **Cálculo de Jonson del peso fetal:** Es importante estimar el peso fetal para decidir si se permitirá que prosiga el parto como acontecimiento natural, si inducirá el trabajo de parto, si empleará agentes tocolíticos o si efectuará operación cesárea. La fórmula de Jonson para estimar el peso fetal en las presentaciones de vértice es la siguiente:

Peso fetal (en gramos)=

af (en centímetros) – nx 155

n= 12 si el vértice se encuentra por arriba de las espinas isquiáticas.

N= 11 si el vértice se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas.

Af= altura del fondo (medida desde la sínfisis del pubis).

Ejemplo; af= 30 cm $(30 - 12) \times 155 = 2,790$ g.

MANIFESTACIONES DEL EMBARAZO

PRESUNCIÓN

A. SINTOMAS

1. Amenorrea
2. Náuseas y Vómito
3. Mamas
 - Mastodinea o hipersensibilidad
 - Aumento de las glándulas sebáceas circunlacteas de la areola (Tuberculos de Montgomery).
 - Secreción de calostro
 - Mamas secundarias
4. Avivamiento
5. Aparato Urinario
 - Irritabilidad vesical, micción frecuente y nicturia
 - Infección del aparato urinario.

B SIGNOS

1. Aumento de la temperatura corporal basal en un periodo de tres semanas.
2. Piel
 - Cloasma máscara del embarazo se presenta en la décima sexta semana.
 - Línea negra.
 - Marcas de estiramiento estrías sobre mamas y abdomen.
 - TELANGIECTASIAS (en araña).

PROBABLES

A SÍNTOMAS.

Los mismo en la presunción.

B SIGNOS.

1. Órganos Pélvicos.

- Signo de CHADWICH.
- Leucorrea.
- Signo de GOODELL.
- Signo de LADIN.
- Signo de LLEGAR.
- Signo de Mc. DONALD.
- Signo de VON FERNWALD.
- Huesos y ligamentos de la pelvis.

2. Aumento de tamaño de abdomen.

3. Contracciones uterinas.

4. Peloteo del útero.

5. Soplo uterino.

**MANIFESTACIONES
POSITIVAS**

- A RUIDOS CARDIACOS FETALES
- B PALPACIÓN DEL FETO
- C RX. DEL FETO
- D EXAMEN ULTRASONICO DEL FETO

PRUEBAS DEL EMBARAZO

- A PRUEBAS BIOLÓGICAS
- B PRUEBAS INMUNOLÓGICAS
- C RADIOINMUNOANALISIS PARA H C G
- D PRUEBA RADIORRECEPTORES
- E PRUEBAS EN EL HOGAR DE EMBARAZO

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO A TERMINO

El feto a termino a llegado a una etapa de desarrollo que le permitirá las mejores posibilidades de sobrevivir fuera del útero 37 – 42 semanas pesa más de 2,500 g.

DX. DE MUERTE FETAL

Ausencia de crecimiento uterino.

Ausencia de movimientos fetales.

Ausencia de ruidos cardiacos fetales.

CUIDADO PRENATAL

La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo.

FINALIDAD: Garantizar todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano.

CONSULTA INICIAL

HISTORIA

- A EMBARAZO ACTUAL.
- B EMBARAZOS PREVIOS.
- C HISTORIA MEDICA.

EXAMEN MEDICO

- A EXAMEN GENERAL.
- B EXAMEN PÉLVICO.

1. TEJIDOS BLANDOS PÉLVICOS.
2. pelvis ósea.
 - a. ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS.
 - b. PELVIS MEDICA.
 - c. ESTRECHO INFERIOR DE LA PELVIS.
 - d. $af =$ altura del fondo (medida desde la sínfisis del pubis). Ejemplo; $af = 30 \text{ cm } 830 - 12) \times 155 = 2,790 \text{ g.}$

7. ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LASPRUEBAS DE LABORATORIO

- HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO.
- EXAMEN GENERAL DE ORINA.
- UROCULTIVO.
- GRUPO SANGUÍNEO.
- DETERMINACIÓN R.H.
- PAPANICOLAO.
- CULTIVO CERVICAL.
- ANTIGENO DE LA HEPATITIS.

FÁRMACOS, TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO DURANTE EL EMBARAZO

FÁRMACOS: Marihuana, heroína, matadona.

TABAQUISMO: Bajo peso al nacer, riesgo de muerte o lesión del feto dentro del útero, desprendimiento de placenta.

SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN MORTAL.

Bebidas alcohólicas, retraso de crecimiento, dismorfología (microftalmia); Deficiencia del S.N.C.

OTROS MOTIVOS DE PREOCUPACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

Coito, Baño, duchas vaginales, cuidados dentales, ropas, ejercicio, trabajo, viajes.

CONSULTAS SUBSECUENTES

1 vez cada 4 meses entre 1 consulta y la semana 32, 36 semanas.

1 vez cada 2 semanas.

Registrar peso

FC Fetal

T.A.

ALTURA

FONDO UTERINO

EXAMEN DE ORINA

PREPARACIÓN PARA EL TRABAJO DE PARTO

SEÑALES DE PELIGRO.

1. Ruptura de las membranas.
2. Hemorragia vaginal.
3. Pruebas de preclampsia.
4. Escalofrío o fiebre.
5. Dolor abdominal o dorsal grave o poco común.
6. Cualquier otro problema médico grave.

NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO

La nutrición de la madre desde el momento de la concepción es un factor importante para el desarrollo de las vías metabólicas del lactante y de su futuro bienestar debe ingerir una dieta equilibrada y estar al tanto de sus necesidades especiales de hierro, ácido fólico, calcio y zinc. Aproximado 300 KCAL/Día embarazo, 500 KCAL/Día lactando.

AUMENTO DE PESO	10 – 12 KG.
MUJERES-OBESAS	06 – 09 KG.

FETO. Equivale a la tercera parte del peso aumentado.

PESO: Placenta líquido amniótico y el útero 650 – 900 g.
Líquido intestinal y volumen sanguíneo 1,200 a 1,220

8. ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN EL PARTO NORMAL

TEMORES DE LA MUJER EMBARAZADA

Será normal mi bebe?

Será doloroso el parto?

Resulta un parto fácil porque la madre está tranquila o por el contrario, la tranquilidad de la madre se debe a que el parto es fácil?

El miedo en cierto modo el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal.

El miedo puede ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación cervical.

Los médicos, enfermeras y estudiantes deben tener presente que la moral de una mujer durante un parto puede decrecer por acciones u observaciones que se hagan, la madre puede oír y mal interpretar los comentarios.

Ventajas del parto normal o parto fisiológico.

Supone toda una educación destinada a eliminar el miedo.

Incluye ejercicios de relajación, control muscular y respiración.

Tratamiento eficaz durante todo el parto.

Atendida en todo momento por una enfermera o médico.

DIAGNOSTICO

Debe realizarse un diagnóstico diferencial entre el parto real y falso.

DIAGNOSTICO DEL PARTO

Aunque el diagnóstico diferencial entre el parto real y falso es a veces difícil, suele poder establecer con arreglo a la siguientes características:

CONTRACCIONES DEL PARTO REAL:

- Se produce a intervalos regulares
- Los intervalos se acortan gradualmente
- La intensidad aumenta asimismo de forma gradual
- Se manifiesta en el abdomen y la espalda
- Se dilata el cuello uterino
- No se eliminan con sedación.

CONTRACCIONES DE FALSO PARTO:

- Se producen a intervalos irregulares.
- Los intervalos son prolongados
- Se mantiene la intensidad
- El dolor se manifiesta principalmente en el bajo abdomen
- El cuello no se dilata
- Suelen desaparecer con sedación.

HISTORIA CLINICA Y EXAMEN FISICO

- ·Determinar rápidamente el estado general de la madre y el feto.
- ·Se le pregunta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.
- ·Cuando empezaron a ser dolorosas.
- ·Observar el grado de dolor que presenta la madre.
- ·Presentación y tamaño fetal.
- ·Evaluar el ritmo cardiaco fetal al final de una contracción para identificar bradicardia fetal patológica.
- ·Se le preguntará sobre el estado de las membranas, si se ha producido un derrame de líquido por vagina, la hora, si es afirmativa.
- ·Explicar a la madre la posibilidad de una salida de líquido para que lo informe rápidamente por tres razones:
 - Si la presentación no esta encajada en la pelvis aumenta la posibilidad de un prolapso y compresión del cordón.
 - Probabilidad que se inicie rápidamente el parto.
 - Si el feto permanece en el útero durante 24 hrs., o más después de la ruptura de membranas existe un peligro real de infección intrauterina.
- PH secreción vaginal es de 4.5 a 5.5. PH líquido amniótico 7 a 7.5.

EXAMEN VAGINAL

Es esencial observar la mayor información posible y minimizar la contaminación bacteriana por exámenes múltiples.

Líquido amniótico buscar líquido en el fondo del saco vaginal posterior y verificar características.

Cuello uterino blandura y grado de borramiento y dilatación 1 cm = 50%.

Presentación.

- Encajamiento grado de descenso de la presentación.
- Arquitectura pélvica, espinas isquiáticas, paredes pélvicas, determinar conjugado suficiente diagonal.
- Vagina y Perineo- Se valoran la distensibilidad vaginal y la firmeza del perineo.
- Presentación a nivel de las espinas isquiáticas plano 0 a nivel de la entrada pélvica 3.
- Entrada pélvica y espinas isquiáticas plano 2.
- Si ha avanzado dos terceras partes de la distancia entre la entrada y las espinas está en plano 1.

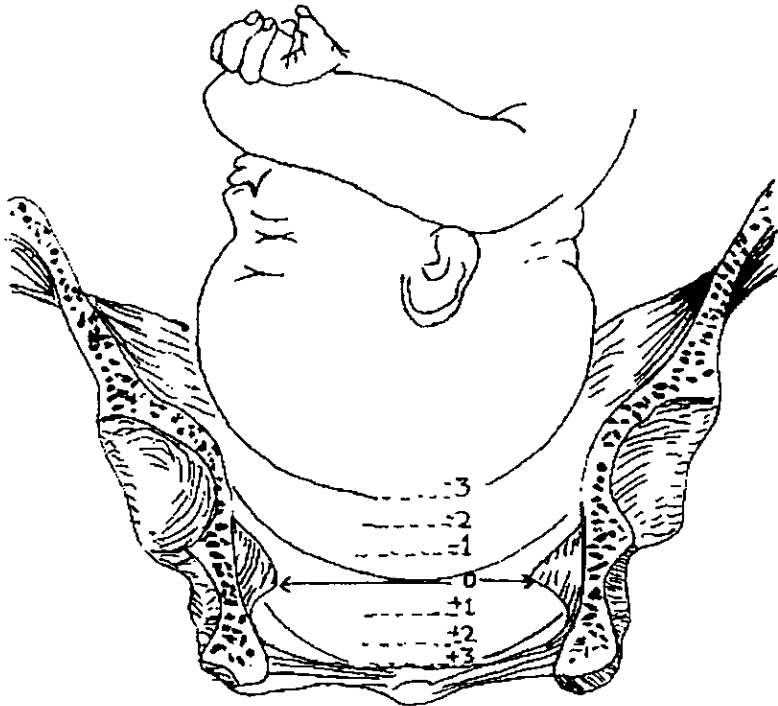
NOTA: Una dilatación progresiva sin cambios en el plano que ocupa la presentación, sugiere una desproporción fetopélvica.

Registrar:

- Temperatura
- Pulso
- Frecuencia respiratoria para evitar posibles complicaciones
- Preparación vulva y perineo tricotomía.

- Examen vaginal y rectal (tacto) es importante no retirar los dedos de la vagina hasta concluir el examen.
- Enema- Para reducir la contaminación subsiguiente por heces especialmente durante el expulsivo no son para estimular el parto.
- Laboratorio – hemoglobina.

ESTACIONES DE LA CABEZA FETAL



CURSO DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL.

PERIODO EN EL TRABAJO DE PARTO.

1er período desde la iniciación del trabajo de parto a la dilatación completa cerviz.

2° Desde la dilatación completa cervical a la expulsión del feto.

3° Desde el parto fetal a la expulsión de la placenta (alumbramiento).

El comienzo del primer período esta marcado por una dilatación y borramiento progresivo de la cérvix, es difícil determinar con exactitud el principio ya que la cérvix puede modificarse muy lentamente o con demasiada rapidez, solo es posible una estimación aproximada de la hora de la iniciación.

Se debe aprovechar toda la información obtenida durante el período de anteparto, e informarle a la madre de que todo va bien aunque la duración media del primer período del parto en las primigravidas puede esperar las 8 hrs., en las multiparas suele ser de unas 5 hrs.

En general es desaconsejable manifestar a la madre la posible duración, a menudo fallan y provoca un nerviosismo innecesario en la madre y la familia.

9. PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL CONTROL Y ESTADO FETAL DURANTE EL PARTO

Establecer un programa que proporcione vigilancia cuidadosa sobre el bienestar de la madre y el feto.

Anotar todas las observaciones.

- Ø Frecuencia
- Ø Intensidad y
- Ø Duración de las contracciones uterinas.

Momento de inicio de la contracción con la palma de la mano, ligeramente apoyada en el útero, y a partir del grado de firmeza que alcanza éste, se mide la intensidad de la misma.

Esta serie se repite para indicar la frecuencia y duración, si son buenas .

Ritmo cardiaco 120 a 160 c/Estetoscopio o Doppler, inmediatamente después de una contracción al menos c/15 minutos.

Evitar la confusión entre los ritmos maternos y fetal.

10. ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO

- Proporcionar apoyo psicológico y observar anomalías fetales y maternas.
- Valoración de analgesia.
- Exámenes vaginales subsiguientes.
- Signos vitales maternos.
- Amniotomía.
- Ingestión oral, prohibir toma de alimentos y bebidas.
- Función vesical, evitar la distensión vesical puede producir hipotonía e infección.

TRATAMIENTO DEL 2º PERIODO

Dilatación completa y el inicio del segundo período de parto, empieza a pujar y con el descenso de la presentación siente necesidad de defecar.

Las contracciones duran de 1 ½ min. Y recurren después de un período miométrial de descanso no superior a 1 min.

Duración. La dilatación completa del cuello es de 50 min., en las multíparas y 20 min. multíparas pero puede variar.

F.C. fetal es esencial c/5 min. Si tras las contracciones, pueden presentarse con presión de la cabeza.

TRABAJO MATERNO DE EXPULSIÓN

Se indica a la madre que aspire profundamente tan pronto empiece la contracción uterina y que, manteniendo el aliento, ejerza una presión hacia abajo exactamente igual que durante la defecación.

A medida que avanza el descenso de la cabeza, el perinéo empieza a abultarse y la piel se observa tensa y brillante.

En este punto puede detectarse el cráneo del feto, es el momento en que la madre y el feto están formalmente preparados para el nacimiento.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

- Posición decúbito supino.
- Es una mesa de parto con punto de apoyo para las piernas.
- Tricotomía.
- Enema.

PARTO ESPONTÁNEO

El parto espontáneo del feto en presentación de vértice consta de 3 fases.

1. Parto de la cabeza
2. Parto de los hombros
3. Parto del cuerpo y las extremidades inferiores.

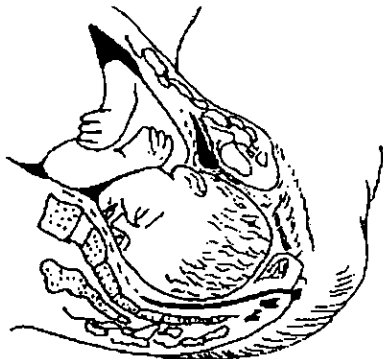
Cuando el cuello alcanza la dilatación completa, la inminencia del parto demanda condiciones de alerta.

Las preparaciones finales para la atención del parto se deben completar en el momento de la llegada de la presentación al piso pélvico, o antes si el progreso ha sido muy rápido.

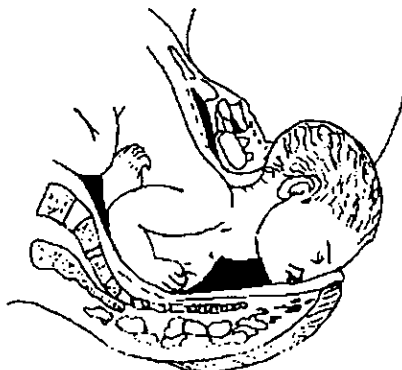
- El obstetra debe estar lavado, c/mascarilla, bata, guantes.
- Asistencia (bloqueo) de ocurrir contaminación cambiarse.
- Instrumental estéril
- Asepsia del perineo
- Colocación de los campos estériles.

- Episiotomía en el momento en que la cabeza principia.

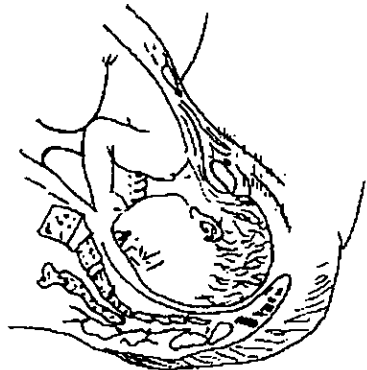
POSICION OIA



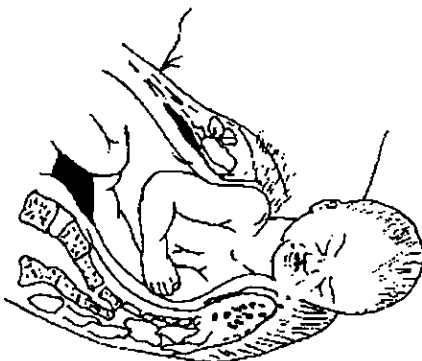
EXTENSION DE LA CABEZA



ROTACION ANTERIOR DE LA CABEZA



ROTACION EXTERNA DE CABEZA





45

Maniobra de RIGTEN. Cuando la cabeza distiende el perineo durante una contracción hasta un diámetro de 5 cm. Es aconsejable aplicar una toalla sobre una mano para protegerla del ano y ejercer presión hacia arriba sobre la barbilla del feto a través del perineo. Permite controlar el desprendimiento de la cabeza.

Desprendimiento del torax.

Después de su desprendimiento la cabeza cae hacia abajo y casi en contacto con el ano, el occipucio gira con mucha rapidez hacia uno de los muslos maternos.

Los movimientos sucesivos de rotación externa indican que el diámetro (transverso de torax), ha girado dentro del diámetro ante lo posterior de la pelvis.

En la mayor parte de los casos los hombros aparecen en la vulva justo después de la rotación externa y se desprenden espontáneamente.

Extraer primero el hombro anterior y después el posterior.

El resto del cuerpo suele seguir a los hombros sin dificultad, pero si se produce un retraso prolongado puede acelerarse su expulsión con una moderada tracción sobre la cabeza y presión sobre el fondo uterino.

Nunca deben cogerse las axilas con los dedos ya que podrán lesionarse los nervios de la extremidad superior, y causar una parálisis transitoria o incluso permanente.

Además la presión de ejercerse solo una dirección del eje vertical del niño, ya que podrán lesionarse se dobla el cuello en forma oblicua.

PINZAMIENTO DEL CORDÓN.

El cordón se secciona entre dos pinzas generalmente de Pean colocados a 4 o 5 cm., del abdomen fetal.

A 1, 2 o 3 cm., del abdomen se aplica una pinza del cordón formal. Si tras la expulsión se mantiene el feto colocado al mismo nivel que el introito vaginal o inferior, y no se interrumpe inmediatamente la circulación fetal fetoplacentaria, ligando el cordón puede pasar hasta 100 ml de sangre.

3er PERIODO

El tercer período del parto o alumbramiento comprende el lapso entre el nacimiento del producto y la salida de la placenta más la hora siguiente denominada cuarto período del parto.

Inmediatamente después del nacimiento del niño, se determina la altura del fondo uterino y su consistencia.

Si el útero permanece firme y no hay hemorragia, la práctica general consiste en esperar hasta que la placenta se separa.

No se practica masaje, simplemente se apoya la mano sobre el fondo con cierta frecuencia para asegurarse de que el órgano no se vuelve atónico.

Signos de desprendimiento de la placenta:

- El útero se vuelve globoso y más firme.
- Suele presentarse una fuga repentina de sangre.
- El útero se eleva en el abdomen, ya que la placenta desciende por el segmento uterino.
- Superior y vaginal donde su volumen empuja el útero hacia arriba.

- Sale más el cordón umbilical de la vagina, lo que indica que la placenta ha descendido.

Estos signos pueden aparecer un minuto después del nacimiento del niño y generalmente dentro de los primeros 5 minutos.

11. ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE LA EXPULSIÓN DE LA PLACENTA.

No debe forzarse la expulsión, antes del desprendimiento de esta para que el útero no se invierta.

No tirar el cordón.

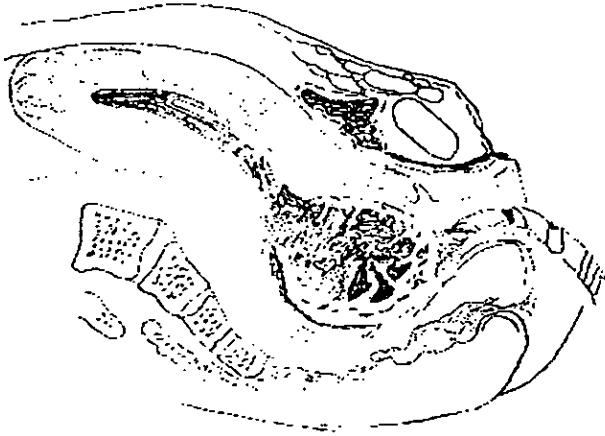
Examinar con atención la placenta y comprobar que ha sido expulsada de la cavidad uterina en su totalidad, membranas y el cordón, que estén completos y no presenten anomalías.

En dos terceras partes de las embarazadas cuando menos, la placenta se exterioriza presentando su superficie brillante fetal.

Esta presentación corresponde al llamado mecanismo de SCHULTZE, que en un tiempo se creyó consecutivo a un sangrado retroplacentario, que desencadena la rapidez de la separación.

Mecanismo Duncan la salida de la placenta corresponde a la presentación de la superficie placentaria materna, también se explica notoriamente por un desprendimiento marginal retrasado y se asocia con un sangrado mayor.

Actualmente se reconoce que los hematomas son raros y que la placenta abandona el útero, de acuerdo con la posición de inserción en su pared y que se voltea para salir por su parte materna o fetal.



ALUMBRAMIENTO O EXPULSION DE PLACENTA (SCHULTZE)



ALUMBRAMIENTO O EXPULSION DE PLACENTA (DUNCAN)

12. USO Y APLICACIÓN DE FORCEPS

DEFINICIÓN DE FORCEPS: Es un instrumento de apoyo para facilitar la expulsión del producto a través del canal del parto por medio de maniobras mecánicas como la tracción y compresión.

OBJETIVO: Completar el descenso de la cabeza y rotarla por el canal del parto para llevarla a la posición más favorable para el descenso del producto.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Existen pruebas de instrumentos de este tipo alrededor de 1500 A.C. Los escritos egipcios, griegos, romanos y árabes ya que hacen referencia al forcéps, aunque se supone que lo utilizaban para la extracción del feto muerto solamente.

El crédito de la utilización del fórceps en niños vivos corresponde a Peter Chamberlein 1600 años D.C. en Inglaterra. Durante siglos el concepto de este instrumento fue el de una herramienta complicada que solía utilizarse en casos desesperados y como último recurso, esto fue antes del uso de antibióticos, medicamentos intravenosos, transfusión de sangre y anestesia segura por lo que una cesárea implicaba un tremendo riesgo materno.

INDICACIONES PARA EL USO DE FORCEPS

Se dividen en maternas y fetales

- Maternas:
- Agotamiento
 - Falta de progreso en el trabajo de parto
 - Hemorragia
- Fetales :
- Sufrimiento fetal
 - Inadecuada posición
 - Período de expulsión prolongado.

REQUISITOS PARA EL USO DE FORCEPS

- La cabeza fetal debe estar encajada
- El cuello debe estar dilatado y retraído
- Determinar la posición exacta de la cabeza
- Identificar el tipo de pelvis.

CLASIFICACION DE LOS FORCEPS

Se divide en dos: Clásicos y especiales.

Clásicos: Elliot y simpson

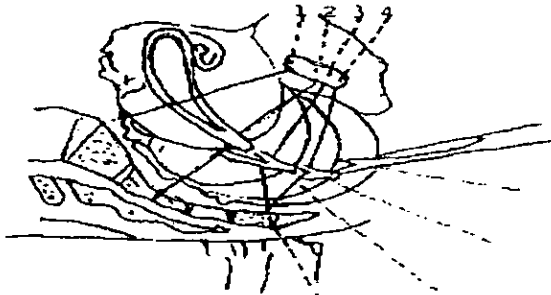
Especiales: Kielland, barton y piper

CLASIFICACION AL USO DE LOS FORCEPS

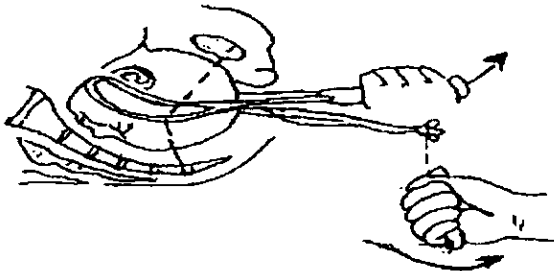
En 1952 Dennen propuso una clasificación que relacionaba la altura de la cabeza (diámetro bipariental) con los cuatro planos obstétricos de la pelvis siendo estos los siguientes:

1. Plano del estrecho superior de la pelvis, limitado por el promontorio sacro y el borde superior interno de la sínfisis.

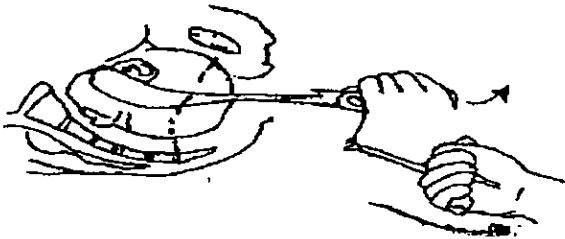
2. Plano de mayores dimensiones pélvicas . Se extiende entre la mitad del borde interno de la sínfisis y la unión de la segunda y terceras vértebras sacras, habiendo cruzado el agujero obturador.
3. Plano de menores dimensiones pélvicas. Está limitado anteroposteriormente por el borde interno más bajo de la sínfisis y la articulación sacrococcigea y a los lados por las espinas ciáticas.
4. Plano de salida. Tiene forma de cuadrilátero, limitado por la unión sacrococcigea por detrás, a los lados las tuberosidades del isquión y por delante el borde inferior de la sínfisis.



TRACCION



TRACCION AXIL INSTRUMENTL (Inring)



DN AXIL INSTRUMENTL (HOJAS SALIDAS DE

TIPO DE PARTO CON FORCEPS

Cuando el diámetro bipariental se sitúa en cualquiera de los 4 planos obstétricos de la pelvis se establecen 4 alturas precisas que determinan el tipo de parto con fórceps.

PARTO CON FORCEPS ALTO

El D.B. se encuentra en el plano del estrecho superior de la pelvis, el punto óseo guía esta en las espinas ciáticas o justo arriba de ellas.

PARTO CON FORCEPS MEDIO

El D.B. se encuentra en el plano de mayores dimensiones pélvicas, el óseo guía en las espinas o abajo el hueco del sacro no esta lleno.

PARTO CON FORCEPS BAJO

El D.B. se encuentra en el plano de mayores dimensiones pélvicas, el óseo guía este abajo de la altura +2, el hueco del sacro esta lleno.

PARTO CON FORCEPS DE SALIDA

El D.B. se encuentra en el plano de la salida, el punto óseo guía esta en la altura +4 o más abajo.

REGLAS FUNDAMENTALES PARA EL USO DEL FORCEPS

Debe considerarse un proceso quirúrgico bajo anestesia.

Debe elegirse el fórceps que se ajuste al caso en lugar de tratar que todos los casos se ajusten a un tipo de fórceps.

Se debe contar con un equipo entrenado para realizar el procedimiento.

El obstetra deberá conocer ventajas, uso, manejo y desventajas de los diferentes tipos de fórceps y la técnica de uso para tener seguridad y éxito.

CONCEPTOS MAS FRECUENTES CON EL USO DE LOS FORCEPS

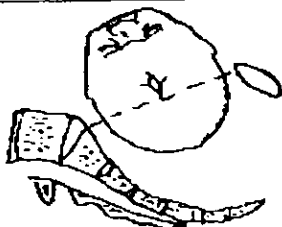
- Maternas:**
- Traumatismos de tejidos blandos
 - Desgarros uterinos, cervicales y vaginales.
 - Hematomas, lesiones de vejiga y uretra
 - Episiotomías extensas.
- Fetales:**
- Marcas faciales de fórceps
 - Desgarros y cefalohematomas
 - Lesiones del nervio facial
 - Fx. del cráneo y hemorragias.
 - Traumatismos neurológicos.

CONTRAINDICACIONES DEL USO DE FORCEPS

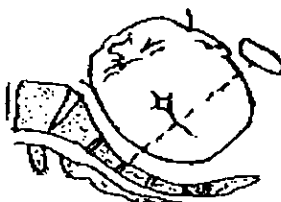
- Desproporción cefalopélvica
- Cabeza fetal no encajada
- Cuello no dilatado totalmente
- Pelvis no valorada

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Todas las realizadas por enfermería como circulante
- Cuidados inmediatos al R.N.



1.- ALTA



2.- MEDIA

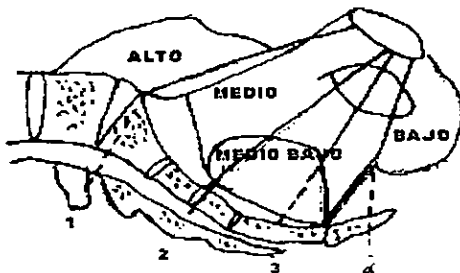


3.- MEDIA BAJA



4.- BAJA

CLASIFICACION DE LOS FORCEPS



LA CUATRO ALTURAS DE LA CABEZA

- 1.- PLANO DEL ESTRECHO SUPERIOR
- 2.- PLANO DE MAYORES DIMENSIONES PELVICAS
- 3.- PLANO DE MENORES DIMENSIONES PELVICAS
- 4.- PLANO DE LA SALIDA

13. CONOCIMIENTO DE ENFERMERIA EN EXTRACCION MANUAL DE LA PLACENTA

DEFINICION:

Procedimiento obstétrico mediante el cual se realiza el desprendimiento manual y la extracción de la placenta.

INDICACIONES:

Se procede a la extracción manual de la placenta:

- Si después de treinta minutos del nacimiento del producto la placenta no se ha desprendido.
- Si existe sangrado intenso después del nacimiento del producto.

CONTRAINDICACIONES:

- Acretismo placentario.

REQUISITOS:

- Paciente anestesiada
- Vejiga y recto vacíos
- Asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal y vaginal
- Posición obstétrica de la paciente
- El cirujano debe observar todas las reglas de la asepsia y antisepsia: lavado de manos, cambio de bata, cambio de guantes, colocación de campos estériles.

TECNICA PARA LA EXTRACCION MANUAL

- El cirujano se dispone como si fuera a realizar una intervención quirúrgica.
- Se introduce en la vagina la mano más hábil con los dedos juntos.
- La mano contraria inmoviliza y acerca el fondo uterino por vía abdominal.
- Utiliza como guía el cordón umbilical a través del cervix.
- Identifica la cara fetal de la placenta y borde placentario mediante exploración digital cuidadosa.
- Con presión suave en el plano que esta entre la zona basal y la esponjosa se procura el despegamiento y si no es posible hallarlo en el polo inferior de la placenta, explorar su caras superior y lateral.
- Una vez que se encuentra el plano de despegamiento se coloca el borde cubital de la mano entre la placenta y la pared uterina.
- A continuación con el dorso de la mano en contacto con el útero, se despega la placenta de sus puntos de adherencia mediante un movimiento similar al que se emplea para separar las hojas de un libro, utilizando la mano como si fuera un corta papel; en la forma más suave posible.
- Cuando se reconoce que toda la placenta esta desprendida se toma con la mano, se espera una contracción uterina firme y entonces se retira la mano en forma gradual extrayéndola placenta suavemente para que también se desprendan las membranas con un mínimo de desgarro.
- Una vez que ha extraído la placenta, la exploración con una gasa que envuelva los dedos índice y medio, con movimientos de frotación en el interior del útero, permitirá restirar cualquier resto placentario.
- Si la placenta no se separa espontáneamente y no se identifica el plano se despegamiento entre sus zonas basal y esponjosa, habrá que sospechar la posibilidad de una placenta acreta y abandonar temporalmente todo intento de extraer la placenta ya que si se insiste solo se conseguir arrancar el miometrio con peligro obvio de perforación o inversión del útero si se intenta su extracción.
- Evitar revisiones múltiples, que retrasen la decisión quirúrgica.

COMPLICACIONES

La extracción manual de la placenta ejecutada con todas las técnicas de asepsia y antisepsia no conlleva una mayor morbimortalidad infecciosa, sin embargo, toda placenta retenida originalmente puede ocasionar hemorragia en el puerperio inmediato o en una etapa ulterior del mismo.

PRONOSTICO:

En general es bueno si se actúa oportunamente.

CRITERIO DE DERIVACIÓN:

Este procedimiento se debe de practicar en hospitales generales de subzona, de zona o de especialidades.

14. REVISION DEL CONDUCTO DEL PARTO

Es el procedimiento indispensable que se debe efectuar en toda paciente en el post parto inmediatamente para descubrir cualquier lesión del cervix, fondo de saco, paredes vaginales, vulva y periné que se hubiera ocasionado durante el transparto.

Debe practicarse sistemáticamente después de cualquier parto eutócico una revisión de perine de paredes y fondos de saco vaginales, así como el labio anterior, posterior y coisuras del cervix. Para esto se requiere examen directo del perine; aplicación de valvas vaginales y pinza de anillos para el cervix.

En caso de parto distocico o cuando hay antecedentes de cicatrices uterinas, además de lo anotado en el punto anterior y previa asepsia cuidadosa de la vagina, con guantes estériles se introduce una mano en la cavidad hacia el segmento, para corroborar la integridad de su superficie.

Con objeto de que no pasen desapercibidas las laceraciones transversales del segmento, la mano en el abdomen debe rechazar el útero hacia arriba desplegando el segmento uterino.

INDICACIONES

Estas maniobras deben realizarse en forma obligada después de: Aplicación de fórceps, parto pélvico, partos con antecedentes de operación cesárea previa y de extracción manual de placenta. Se practica en forma selectiva cuando por cualquier motivo se sospecha una lesión del conducto del parto.

PRONOSTICO: Dependerá de los hallazgos.

MEDIDAS PREVENTIVAS: Atención del parto adecuado con episiotomía y vaginotomía amplias con revisión de la placenta.

CRITERIO DE DERIVACIÓN: Este procedimiento debe practicarse en el lugar donde se atiende el parto.

15. PUERPERIO

Periodo de 6 a 8 semanas después del parto, durante el cual los cambios físicos y fisiológicos producidos por el embarazo se revierten. Se inicia al término de la expulsión del feto y anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales.

El puerperio se divide en:

PUERPERIO INMEDIATO: Se inicia desde el alumbramiento hasta 24 horas después.

PUERPERIO MEDIATO: De las 24 horas hasta los 40 días.

PUERPERIO TARDIO: De los 9 días hasta los 40 días.

A través de las diferentes fases ocurren cambios locales y generales en el organismo.

LOCALES: Útero, cuello, ovarios, vagina y mamas.

GENERALES: S.V; Peso, Ap. urinario, S, endocrino.

ÚTERO

El útero que al término pesa alrededor de 1.000 gr. regresa a su peso anterior de 60 a 80 gr. (involución).

El útero pesa casi 500 gr. al final de la primera semana y 350 gr. al término de la segunda semana.

Durante la involución, el número de células musculares no cambia, sino que el tamaño de cada célula individual disminuye casi un 90%, después el segmento inferior recupera su tono durante las primeras horas, después del parto la superficie superior del fondo se puede palpar debajo del ombligo.

El tamaño del útero disminuye en forma rápida de manera que al 10° o 12° día esta a nivel del borde superior del pubis, y en la 6ª semana por lo general ha vuelto a su tamaño normal. El sitio de la inserción de la placenta se reduce a casi la mitad de su tamaño anterior al parto al contraerse el útero después de expulsar la placenta; se hace progresivamente más pequeño, midiendo sólo 3 x 4 cms. Al final de la segunda semana, se obtiene un control inmediato de la hemorragia de los senos coriodescuidales abiertos mediante compresión y torsión de los vasos sanguíneos que llegan a los mismos, lo que es seguido por la formación de coágulos en los vasos abiertos.

El resto del tejido residual y trofoblástico en el sitio de inserción placentaria, los senos coriodescuidales y los vasos sanguíneos trombosados y una capa superficial del miometrio bajo el sitio placentario, son infiltrados por leucocitos; y la necrosis tisular se inicia al segundo día.

Finalmente, la costra compuesta de decidua, vasos trombosados, glándulas endometriales y endometrio, se separa de la parte uterina normal, lo que permite la curación sin cicatrización importante al flujo uterino compuesto por sangre de los vasos del sitio placentario y desechos de la necrosis decidual

se le llama loquío. El flujo de sangre pura a partir de los vasos abiertos, pronto cambia a loquios rojos, que están formados por desidua necrótica y sangre se hace menos rojo en forma gradual.

Los loquios serosanguinolentos que son de color pardo, contienen menos sangre y finalmente cambian a loquios blancos serosos. La cavidad endometrial es estéril de 6 a 24 hrs. después del parto normal pero luego se puede contaminar por la migración hacia arriba de bacterias vaginales.

CUELLO: Inmediatamente después del parto, el cuello esta relajado y flojo, recupera su tono en pocos días, al final de los días 10 a 14 ya esta bien formado y angosto.

OVARIOS: El tiempo requerido para el regreso de la función ovárica normal, esta determinada por la rapidez con que se recupera la actividad hipotalámica-hipofisiaria y respuesta ovárica, lo que depende principalmente que la madre amamante a su hijo.

VAGINA: La vagina nunca recupera en forma completa su estado pregravídico, y algunas veces puede haber algo de relajación.

MAMAS: El tejido glandular de las mamas secreta calostro, un líquido delgado amarillo y alcalino, durante el embarazo tardío y los primeros días después del parto. El calostro contiene más proteína y menos grasa y carbohidratos que la leche. El 3° ó 4° día después del parto, las mamas están injurgitadas y distendidas, firmes sensibles y calientes. La distensión se debe principalmente a la injurgitación de los vasos sanguíneos y linfáticos y no a la acumulación de leche. La actividad del niño que succiona estimula la secreción de prolactina e inicia un estímulo a partir del lóbulos posterior de la hipófisis.

SIGNOS VITALES: No debe haber gran cambio en la temperatura corporal durante el puerperio, con frecuencia el pulso es lento pues uno rápido puede

significar hemorragia, anemia o infección. La presión sanguínea se modifica en forma ligera, un aumento puede sugerir toxemia gravídica, nefropatía, etc., una disminución puede sugerir lipovolemia, estado de choque, deshidratación, etc.

PESO CORPORAL: Se presenta una pérdida de peso inmediato de 4.8 a 5.8 Kg. durante los primeros días después del puerperio el peso disminuye 1.9 a 2.0 Kg. al eliminarse el exceso de líquido.

APARATO URINARIO: En las primeras 12 hrs. de pues del parto, se inicia una diuresis marcada en las mujeres normales. Es el mecanismo por el cual se elimina el exceso de líquido tisular, naturalmente es más pronunciada en las que presentaron edema que las que tuvieron retención a líquido normal.

SISTEMA ENDOCRINO: Ocurre disminución brusca de los niveles de estrógenos: progesterona y gonadotropinas. Hay elevación de la prolactina.

CUARTO PERIODO

La hora que sigue al alumbramiento es un periodo crítico al que algunos obstetras han denominado el cuarto periodo del parto.

En este momento son más probables las hemorragias puerperales por hipotonía uterina, aún cuando se hallan administrado oxitocina.

Es imprescindible que se valore con frecuencia el estado del útero a lo largo de este periodo colocando una mano sobre el fondo y dando un mensaje al menor signo de relajación.

Inspeccionar frecuentemente la zona vaginal y perineal para poder detectar cualquier hemorragia.

16. ATENCIÓN DE ENFERMERIA DESPUÉS DEL PARTO

La paciente debe permanecer en recuperación por lo menos unas horas durante las cuales se deberá realizar o revisar la presión sanguíneas y pulso cada 15 minutos hasta su normalidad, y posteriormente los S.V. cada media hora, vigilar la involución uterina, sangrado transvaginal, coloración e hidratación.

Posteriormente se trasladará a su cama, después de lo cual se dará un baño rápido en cuanto se sienta lo bastante fuerte. La dieta en general es como la paciente lo desee, si amamanta deberá agregarse por lo menos medio litro de leche adicional para sustituir proteínas, calcio y otros ingredientes secretados en la leche materna.

Se deberá estimular a las madres para amamantar a sus hijos. Es bien conocido que los niños amamantados desarrollan inmunidad pasiva contra

ciertas infecciones gracias a los anticuerpos maternos que cruzan la placenta y están presentes en el calostro y la leche. La injurgitación es temporal y los síntomas agudos durante sólo 1 ó 2 días.

ATENCIÓN A LA VEJIGA: Durante el puerperio temprano la diuresis aumenta, pero la paciente puede tener dificultad para orinar debido a dolor perineal o edema local por traumatismo, habrá que revisar que la vejiga no está distendida, palpando el abdomen con frecuencia.

INTESTINO: Si presenta estreñimiento se puede establecer una función intestinal normal mediante el uso de ablandadores de heces, supositorios o laxantes ligeros.

CUIDADO DEL PERINEO: La paciente misma se puede limpiar con agua , jabón y papel suave de adelante hacia atrás, no son necesarios los antisépticos. Por lo general la hipersensibilidad en la epistomía se debe a edema por exceso de material de sutura o suturas muy apretadas. El malestar se puede aliviar mediante calor seco, o algún analgésico, se pueden tomar baños de asiento calientes.

ENTUERTOS: Con frecuencia las multíparas presentan contracciones uterinas dolorosas durante las primeras horas después del parto que por lo general son más intensas cuando el niño está lactando.

EJERCICIOS: Los debe iniciar la paciente cuando ésta los practique con comodidad.

ANTICONCEPTIVOS: La mayoría de las mujeres habrá tenido coito antes del primer examen post parto y algunas de las que no usan anticonceptivos estarán embarazadas, por lo que se debe comentar con la paciente el esparcimiento de embarazo y un método anticonceptivo confiable y adecuado antes que deje el hospital.

COMPARTIR LA HABITACIÓN: La paciente es capaz de asumir la responsabilidad de atención de su hijo. En forma ideal, no se debe separar al niño de su madre. El momento más importante durante el mal se establece la unión EFECTIVA, parece ser las primeras horas de vida, por lo tanto siempre que sea posible el recién nacido deberá permanecer con su madre.

ALTA HOSPITALARIA: Antes de dar de alta a la paciente, se deben de inspeccionar y palpar las mamas, el abdomen, el perineo y el útero, se debe asegurar que la paciente presenta micciones normales, que sus S. V. estén estables.

COMPLICACIONES FRECUENTES POST PARTO

HEMORRAGIA: La hemorragia anormal se puede presentar en cualquier etapa del puerperio.

HEMORROIDES: Por lo general, las hemorroides disminuyen de tamaño en forma rápida y causan poca molestia. La aplicación local de compresas o hielo, reduce la distensión y alivia el malestar.

DOLOR DE ESPALDA: Se presenta con frecuencia y es causado por la actividad poco común necesaria para el cuidado del R.N.

SEPARACIÓN PUBLICA: La sínfisis puede estar muy móvil, y puede haber bastante separación de los huesos púbicos, lo que causa dolor intenso cuando el paciente intenta caminar. El único tratamiento es el vendaje y descanso en cama.

SUBINVOLUCION: Se puede retardar la involución uterina por endometritis, drenaje urinario inadecuado, retención de fragmentos de placenta, fibromas uterinos y otros, con mayor frecuencia en multíparas.

El útero esta creciendo blando, pastoso y se puede retrodesplazar los oxitócicos influyen sobre la evolución de la involución sólo en forma ligera. Si el útero no ha alcanzado el tamaño normal y todavía existe flujo sanguinolento 6 semanas después del parto, se puede diagnosticar subinvolución.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PUERPERIO

OBJETIVOS: Asistir a la restauración materna del estado fisiológico y psicológico.

SIGNOS VITALES: C/15 minutos hasta su recuperación posteriormente cada media hora.

INVOLUCION UTERINA

- Se debe instruir a la madre a relajar sus músculos abdominales durante la palpación del fondo, a fin de disminuir las posibles molestias durante la maniobra.
- Antes de palpar el fondo, se debe observar si la vejiga urinaria está llena (hace promontorio por arriba del pubis). Se debe vaciar la vejiga antes de palpar o dar masaje al fondo del útero. La distensión vesical, inhibe la involución y puede empujar el fondo hacia un lado del abdomen.
- El útero se palpa colocando el borde de una mano en la parte superior del útero, rodeándolo ligeramente y la otra mano en el fondo, por encima del pubis, ejerciendo presión suave para proporcionar sostén. El fondo de la multípara siempre será más grande y elevado que el de la primípara.
- El primer día del post parto el fondo debe estar a nivel o por abajo del ombligo, en la línea media abdominal. El fondo continua su descenso diario hasta que ya no se puede palpar (por lo general en el décimo día), en las multíparas la involución será más lenta.

LOQUIOS:

- Se debe verificar el color, olor y cantidad, los loquios deben de ir de rojo brillante a color blanquecino.
- Se pueden presentar dolores, especialmente a multíparas, si se forman coágulos sanguíneos.
- Suelen desaparecer en el transcurso de 48 hrs.
- El útero se contrae cuando la madre ve o escucha a su niño y después que se aplican medicamentos oxotócicos.

INTERVENCION DE ENFERMERÍA:

- Si se presenta relajación de da masaje al útero para que recobre su estado de buena contracción.
- El masaje debe ser cuidadoso y se exprimen todos los coágulos existentes (presión con una mano al fondo, y a la base por encima de la sínfisis del pubis).
- Si el fondo esta blando, se le da un masaje suave con movimientos circulares.
- Se debe evitar la sobre estimulación del útero, ya que puede llevar a fatiga muscular y relajación uterina.
- Se administran oxitócicos para favorecer la involución.
- La alimentación al seno materno favorece la involución.
- Se administran analgésicos para los dolores post parto.
- Evitar la distensión vesical.

ESCALOFRIOS POST PARTO:

- Se puede presentar inmediatamente después del parto por una reacción nerviosa combinada con agotamiento y desequilibrio entre las temperaturas interna y externa, causada por:
 - a) Sudación durante el trabajo del parto.

- b) Pérdida de los líquidos corporales.
- c) Cambio de presión intraabdominal.
- La enfermera deberá mantener a la paciente con una temperatura elevada.

17. ASISTENCIA DE ENFERMERA EN UNA CESAREA

Es la cirugía que se realiza por incisiones del abdomen y útero para el nacimiento del feto.

Indicaciones: La cesárea se usa:

- Para resolver una desproporción cefalopélvica o actividad uterina anormal.
- Para concluir el parto cuando hay sufrimiento fetal, y complicaciones maternas.
- Para disminuir el posible riesgo de traumatismo fetal, o evitar un parto difícil que no le ofrezca al feto las mejores condiciones para nacer y lograr sobrevivir con un desarrollo normal.
- Para disminuir los riesgos maternos.

INCISIONES ABDOMINALES

Línea Media Infraumbilical

Esta es relativamente rápida y sencilla. Brinda fácil acceso, la hemorragia es mínima, se puede repetir con facilidad y es la más indicada cuando hay infección y es necesario volver a practicar cesárea.

Desventajas

No está en una situación anatómica, provoca más incomodidad post-operatoria, y su frecuencia de dehiscencias es 8 veces más que la incisión transversa.

INCISION TRANSVERSA DE PFANNENSTIEL

Esta incisión más estética, más difícil que se presenten dehiscencias, menos dolorosas y brinda mayor movilidad post-operatoria a la paciente.

Desventajas

Técnicamente es más difícil para la persona sin experiencia, sobre todo cuando es repetida en una misma paciente, está en zona vascularizada y es más difícil el acceso, aunque es más adecuada para el médico experimentado.

Preparación Preoperatoria

Asegurarse de que la paciente, su pareja o un familiar cercano, conozcan la razón de la cirugía y se les brinde tiempo para preguntas. Obtener autorización firmada.

- Revisar la historia clínica y antecedentes obstétricos de la paciente.
- Preparación física (tricotomía abdomino-genital)
- Vendaje de miembros inferiores
- Instalación de sonda foley
- Preparación para quirófano.

Pasos para la Cesárea

- Una vez abierto el abdomen, revisar la rotación del útero. Identificar y coger el peritoneo; debajo del segmento inferior y abrirlo en forma transversal. Separar el peritoneo del segmento inferior y colocar el retractor de Doyen

para mantenerlo separado y rechazar la vejiga, pues de lo contrario se puede presentar hemorragia venosa.

- Hacer una incisión transversa en el segmento inferior de 2 a 3 cm., hasta que se identifiquen la cavidad amniótica o las membranas. Extender la incisión lateralmente, con los dedos, hasta lograr un tamaño adecuado para que salga el feto. Es frecuente la hemorragia cuando se incide el segmento inferior y es necesario tener precauciones para no lesionar al feto.
- Se introduce al útero una mano hasta alcanzar por debajo la cabeza del feto. Una vez logrado esto, se escucha un silbido característico indicando que se ha perdido el vacío, y la cabeza fetal se puede sacar con facilidad del útero y el abdomen. Esto se facilita presionando el fondo uterino. Una vez que la cabeza esta afuera se limpian las vías respiratorias, dando tiempo para sacar los hombros con tranquilidad, para evitar que la incisión se alargue hacia los lados o ángulos laterales. Se pinza y corta el cordón; se desprende la placenta manualmente; se revisa la cavidad uterina para asegurarse que se encuentra vacía.
- Identificar los ángulos laterales y hacer hemostasia de los vasos sangrantes. Localizar el borde inferior de la incisión uterina. Asegurar los ángulos por separado y cerrar la herida uterina en dos tiempos con sutura continua. Una vez que se logra la hemostasia, se cierra el peritoneo con sutura continua. Retirar la sangre fresca y coágulos que se encuentren en la cavidad abdominal y revisar trompas y ovarios antes de cerrar la cavidad abdominal y la herida por tiempos.
- Cubrir herida con apósito estéril.

Cuidados Postoperatorias.

- Vigilar el estado de conciencia, respiración, pulso, presión arterial y estado general de la paciente, a intervalos regulares (15 min). Estos signos vitales son muy importantes en pacientes con hipertensión grave producida por embarazo o eclampsia.
- Observar la altura del fondo uterino, cualquier hemorragia de la herida y la cantidad de loquios. Esto es muy importante en pacientes que presentaron hemorragia preparto.
- Llevar un registro de volumen urinario.
- Mantener a la paciente tranquila con analgesia adecuada.
- Medir su temperatura de manera adecuada.
- Se recomienda fisioterapia y ambulación temprana si no hay contraindicaciones.

18. PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL LEGRADO UTERINO

Concepto:

Es la limpieza de las paredes de la cavidad uterina, con objeto de extraer o evacuar el útero a través del cérvix, los restos de un embarazo, un tejido anormal, decidua o una muestra de endometrio.

Clasificación:

- Legrado evacuador
- Legrado hemostático
- Legrado biopsia.

Indicaciones:

- Aborto incompleto con o sin infección.
- Embarazo molar
- En el puerperio post-aborto, post-parto o post-cesárea por retención de restos placentarios.
- Hemorragia uterina anormal.
- Estudio de carcinoma del endometrio o carcinoma cervicouterino.
- Estudio de esterilidad (proporciona información de la fase endometrial del ciclo menstrual y de una posible patología del endometrio).

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- Posición ginecológica
- Anestesia o analgesia adecuada
- Asepsia y antisepsia
- Sondeo vesical, exploración ginecológica
- Histerometría directa o indirecta

- Toma de labio anterior con pinza de pozzy o pinza de Foster (o labio posterior en cesáreas).
- Si el caso lo amerita, efectuar una dilatación progresiva cervical con dilatadores o bujías de Hegar hasta el número ocho.
- Extracción de los restos o material con pinza de Foster o cucharilla fenestrada.
- Limpieza de la cavidad, ella fondo y las regiones cornéales en sentido radical.
- En caso de enfermedad trofoblástica (mola) o infección, de ser posible se sugiere la extracción de los restos por aspiración.
- Se envía el producto del legrado a estudio histopatológico.
- Una vez terminado el procedimiento se vigila estrechamente a la paciente en lo que se refiere a hemorragia y signos vitales.
- La paciente puede ser egresada siguiendo los lineamientos del programa de cirugía ambulatoria.

Complicaciones.

- Perforación uterina
- Laceraciones cervicales
- En caso de legrado enérgico pueden ocurrir adherencia uterinas, síndrome de Asherman.
- Prviperitonitis.

Pronóstico:

- Estera de acuerdo a la patología de fondo.

Criterio de derivación:

Si es posible en los casos de aborto séptico con infección severa, o de enfermedad trofoblástica, envíese a la paciente a hospital de especialidad.

19. ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN EL AMEU

Es la aspiración manual endouterina, técnica moderna, versátil y eficaz utilizada en la toma de biopsias de endometrio y evacuación endouterina.

Indicaciones:

Obtención de muestras para biopsia de endometrio:

- Esterilidad primaria o secundaria.
- Infertilidad.
- Sangrados uterinos anormales
- Amenorrea
- Sospecha de hiperplasia
- Detección de cáncer en endometrio
- Infecciones crónicas de endometrio
- Supervisión en terapia de reemplazo hormonal
- Neoplasias uterinas.

Evacuaciones endouterinas.

- Aborto incompleto
- Aborto en evolución o inminente
- Aborto inevitable
- Aborto infectado
- Aborto diferido (huevo muerto y retenido)
- Embarazo anembriónico
- Mola hidatidiforme
- Retención de restos placentarios (Postparto, postcesárea y postaborto).

TECNICA

Preparación de la jeringa.

- Seleccionar varios tamaños de las cánulas basándose en el tamaño del útero hasta 12 semanas después de la fecha de la última menstruación (FUM). Y adaptadores para las cánulas.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica
- Exploración manual
- Se coloca especulo vaginal
- Infiltración de lidocaina al 1 o 2% pericervical
- Introduzca la cánula suavemente a través del cérvix sujetándola firmemente. Empuje la cánula lentamente en la cavidad uterina hasta que toque el fondo. Mida la profundidad del útero para los puntos visibles de la cánula.
- Conecte la cánula a la jeringa, asegurándose de que la cánula no se mueva hacia el útero.
- Abra los botones de la válvula para empezar la aspiración y mueva la cánula hacia atrás y hacia adelante mientras rota la cánula para aspirar todas las paredes del útero.
- Cuando el procedimiento haya sido completado, saque la cánula del útero y desconecte la jeringa. Con la válvula abierta, empuje el émbolo para expulsar el tejido aspirado dentro de un recipiente con fijador.

Advertencias

- No extraiga las aberturas de la cánula más allá del orificio cervical externo porque esto conlleva a la pérdida de vacío.
- Nunca sujete la jeringa por el émbolo después de que haya creado el vacío.

BIBLIOGRAFIA

BOTELLA Llusia, J. y J. Clavero Núñez.

"La Pelvis Femenina" en op. cit. pp. 393 - 403.

BOTELLA Llusia, J. y J. Clavero Núñez.

"Anatomía del Aparato Genital Femenino" en el Tratado de Ginecología. Tomo I, PP. 31-44.

FRIESNER, Arline y Beverly Raft.

"Cuidados de Enfermería Durante el Puerperio" en Enfermería Materno-Infantil, ed. El Manual Moderno PP. 227 - 239.

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL.

Extracción Manual de la Placenta Legrado Uterino en op. cit. pp. 285 - 287, 305 - 308.

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL..

Operación Cesárea en Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, pp. 291 - 300

INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL.

"Aplicación de Forceps", en Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. pp. 255 - 259.

KASE, Francfort del Método para Facilitar el Parto;

Ginecología y Obstetricia, Vol. II,

Embarazo y Parto, ed. Salvat España.

MONDRAGON, Castro, Héctor.

"Trabajo de Parto", en Obstetricia Básica Ilustrada. 4ª Edición Ed. Trillas

PP. 144 - 184.

PRITCHARD, Jack A. y Paul C. Mc. Donald.

"La Pelvis Normal" en Williams Obstetricia

Ed. Salvat, pp. 218 - 235

WILLSON, Robert Y Elsie Carrington.

"Puerperio" en, Gineco-Obstetricia,

Ed. El Manual Moderno, México, 1991. pp. 631 - 640.

IPAS, Medical Dimegar S.A de C.V.

Video y Artículo de IPAS

Manual de Administración en el Servicio de Enfermería.

ADM. S.D.N, - Emaden.