



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESQUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL

PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS DE AUTOCUIDADO
EN LA ATENCION DEL PARTO FISIOLÓGICO,

"EN EL SANATORIO ROUGIER"

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
BERTHA MONDRAGON GUTIERREZ

No. DE CTA. 098612910

DIRECTOR DEL TRABAJO  AURORA GARCÍA PIÑA
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

MEXICO, D.F.,

MARZO DEL 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO SINCERAMENTE:

En primer lugar a Dios mi Padre, por su Amor Misericordioso, y compartir conmigo la misión de servir y cuidar sus bienes preciosos: La salud física y la vida humana.

A mis padres y hermanos: que siempre me han demostrado su cariño y comprensión en todo momento.

A mi Congregación: Especialmente a la Hna. Ma. de Jesús y a todas las superiores que Dios ha puesto en mi caminar de vida religiosa, por su constante apoyo humano y espiritual, el cual me impulsó a terminar esta profesión.

A mi asesora: La Lic. Aurora García por compartir sus conocimientos con paciencia y dedicación conmigo.

A la Enfermera Patricia Velázquez: a quien siempre he admirado por su gran desempeño profesional, por su apoyo incondicional y compartir conmigo su experiencia humana y ética religiosa.

A todos mis amigos Médicos: Especialmente aquellos que Dios me ha permitido colaborar en la recuperación de la salud del cuerpo enfermo, en sus pacientes; y a quienes siempre admiro por su presencia vigilante y solícita al lado del que sufre.

INDICE

	Pág.
Presentación	06
Justificación	07
Objetivo General	10
Objetivos específicos	
Capítulo I Actividades y procedimientos de enfermería obstétricos en consulta externa	
1.1 Introducción	11
1.2 Actividades del control prenatal según la Norma Oficial Mexicana	13
1.3 Elaboración de Historia Clínica	15
1.4 Identificación de signos de alarma	19
1.5 Valoración del crecimiento uterino y su importancia	20
1.6 Cálculo de la fecha probable de parto	24
1.7 Maniobras de Leopold	24
1.8 Auscultación del latido cardiaco fetal	28
1.9 Valoración Clínica de la Pelvis	31
1.10 Exploración vaginal	33
1.11 Autocuidado de la mujer embarazada	36
Capítulo II Atención de Parto Fisiológico de bajo riesgo	
2.1 Procedimientos que se realizan con mayor frecuencia en Hospitalización	40
2.1.1 Recepción de la paciente	41
2.1.2 Valoración Física	41
2.1.3 Asistencia de enfermería	41

2.2 Curso clínico del trabajo de parto	43
2.2.1 Concepto	43
2.2.2 Etapas	43
2.2.3 Asistencia de enfermería	44
2.2.4 Planeación	44
2.3 Ruptura artificial de membranas	45
2.4 Inducción del trabajo de parto	47
2.5 Atención del segundo periodo del parto fisiológico	52
2.5.1 Material, Instrumental y Medicamentos	52
2.5.2 Asistencia de la enfermera circulante	54
2.5.3 Asistencia del Obstetra (médico o enfermera)	54
2.6 Atención del tercer período de Parto	61
2.7 Episiotomía	62
2.8 Procedimientos de anestesia en Obstetricia más usados en esta Institución	64
2.8.1 Bloqueo Peridural	64
2.8.2 Bloqueo de nervios pudendos	67
2.8.3 Anestesia por infiltración local del periné	68
2.8.4 Técnica de pujo	70
2.9 Atención del recién nacido en sala de expulsión	71
2.9.1 Concepto y descripción	71
2.9.2 Evaluación del neonato	72
2.9.3 Flujo Libre de Oxígeno	75
2.9.4 Cuidados mediatos al recién nacido	78
2.9.5 Valoración de Silverman	79

2.9.6	Valoración de Apgar	80
Capítulo III Puerperio Fisiológico y lactancia materna		
3.1	Puerperio	81
3.1.1	Concepto, Importancia, Objetivos	81
3.1.2	Actividades en el puerperio del documento “Maternidad saludable y sin riesgos” de Pérez Palacios Gregorio, (Secretaría de Salud, Dirección General reproductiva, México 2000)	82
3.1.3	Valoración de enfermería	84
3.1.4	Enseñanza de Autocuidado en el puerperio	85
3.1.4.1	Baño	85
3.1.4.2	Cuidados de senos	86
3.1.4.3	Cuidados de perineo	86
3.1.4.4	Medidas sencillas para aliviar el dolor en perineo	87
3.1.4.5	Aplicación de anestésicos locales	89
3.1.4.6	Eliminación	89
3.1.4.7	Valoración de extremidades inferiores	90
3.1.4.8	Deambulaci3n	90
3.1.4.9	Estado nutricional	91
3.1.4.10	Ejercicios para el puerperio	91
3.1.5	Fomento de la salud	93
3.1.5.1	Signos de alarma	93
3.2	Lactancia materna	94
3.3	Enseñanza de autocuidado de los padres hacia su hijo	96
3.3.1	Instrucciones para el baño	96

3.3.2 Posiciones del niño	98
3.3.3 Limpieza nasal y bucal	100
3.3.4 Cuidado de uñas	100
3.3.5 Medición de la temperatura	100
3.3.6 Heces y micción	101
3.3.7 Pañales y rozaduras	101
3.3.8 Ropa	102
3.4 Signos de alarma del recién nacido	102
3.5 Planeación de alta de la madre y autocuidado	103
3.5.1 Puntos claves	103
3.5.1.1 Reposo y sueño	103
3.5.1.2 Higiene	104
3.5.1.3 Regreso al trabajo	104
3.5.1.4 Ejercicio y actividades diarias	104
3.5.1.5 Actividad sexual	104
3.6 Seguimiento	104
Anexos: Anexo no. 1	105
Anexo no. 2	107
Anexo no. 3	110
Anexo no. 4	114
Anexo no. 5	117
Glosario	125
Conclusión y sugerencias	133
Bibliografía	134

PRESENTACIÓN:

Una de las Políticas de la Institución “Sanatorio Rougier” es la de fomentar el espíritu creativo de sus trabajadores y la autosuficiencia y rentabilidad de sus acciones, para obtener el bienestar social equitativo y de alto crecimiento profesional.

Esto permite al personal desarrollar ampliamente sus funciones y tener oportunidades de producción para satisfacer sus objetivos.

Por esta razón se elaboró el siguiente manual de procedimientos en obstetricia como un Instrumento que guíe y apoye las funciones de enfermería en obstetricia, se ha desarrollado de acuerdo a las tres áreas principales que comprende el Sanatorio:

Consulta externa: Que comprende control prenatal y procedimientos ambulatorios

Hospitalización: Que comprende el área de la admisión e internamiento de las pacientes para la atención de parto, así como su estancia de recuperación de puerperio fisiológico.

Cuneros: Donde se realizan cuidados mediatos al recién nacido.

Area quirúrgica: Que comprende el área de labor y expulsión donde se realizan procedimientos en la atención de parto fisiológico.

JUSTIFICACIÓN

Siendo el “Sanatorio Rougier” una Institución de primer nivel donde se realizan procedimientos obstétricos como la atención de parto de bajo riesgo así como procedimientos quirúrgicos como Cesáreas entre otras; se hace necesario que el profesional de enfermería cuente con un Instrumento de Trabajo como apoyo técnico que guíe y oriente las acciones a realizar directa e indirectamente, permitiendo unificar criterios para el logro de sus objetivos.

Cabe hacer mención que las competencias realizadas por el personal de enfermería no solo se concretizan a los cuidados generales que se brindan a los pacientes, ya que en ocasiones realiza directamente procedimientos específicos en obstetricia, como las maniobras de Leopold, auscultación del latido cardiaco fetal, tacto vaginal, medición de fondo uterino, valoración puerperal, valoración del recién nacido y la enseñanza en el autocuidado de la salud durante el embarazo y puerperio, entre otros. Así mismo debido a la organización interna de la Congregación (Misioneras de la Caridad de María Inmaculada) en ocasiones (casas de misión y pastoral) se hace necesario atender directamente el evento del parto, por lo que justifica que la enfermera deba estar capacitada y actualizada, en cuanto a sus posibilidades lo permita de la atención de parto de bajo riesgo. El manual queda abierto para su corrección y actualización interna así como para que de él deriven programas como: La enseñanza del autocuidado, lactancia materna, planificación familiar, programa de vacunación entre otros.

Por tanto se ha estructurado en tres capítulos básicos de acuerdo a las áreas comprendidas en esta unidad clínica, siguiendo una secuencia que comprende:

Capítulo I el cual incluye: **Consulta externa** donde se realizan todas aquellas actividades de un control prenatal, fundamentado en la Norma Oficial Mexicana, los objetivos de enfermería en este período, algunas intervenciones específicas de enfermería en la **enseñanza del autocuidado** hacia la paciente así como la valoración e interpretación de sus cambios fisiológicos tanto de la madre como del hijo.

Capítulo II que incluye todo el proceso en la atención del parto fisiológico o de bajo riesgo, desde la recepción de la paciente, valoración física inicial, los objetivos de enfermería en este período y la asistencia de enfermería en sus diferentes etapas del trabajo de parto, así como su asistencia en los diferentes procedimientos que se realizan en sala de **labor - expulsión**, también incluye los cuidados inmediatos al recién nacido en sala de expulsión y la valoración de enfermería del neonato siguiendo las gráficas de **Silverman y Apgar**.

Capítulo III que incluye el servicio de **Hospitalización** en el que se expone la valoración del puerperio inmediato y mediato de la madre, los objetivos de enfermería en este período, las actividades específicas para la valoración física y sobre todo las medidas de **enseñanza de autocuidado** hacia la madre tanto para ella, como para su hijo, así como la identificación de los signos de alarma para ambos, la asistencia y autocuidado en la lactancia materna así como el fomento para la salud y la planeación de alta hospitalaria.

Esto se ha complementado con **18 esquemas** y **5 anexos** que nos hacen comprender mejor teóricamente nuestros procedimientos y términos de los mismos, los cuales incluyen:

Anexo no. 1.- Valoración clínica de la pelvis

Anexo no. 2.- Curso clínico del trabajo de parto

Anexo no. 3.- Mecanismos del trabajo de parto

Anexo no. 4.- Procedimientos médicos de anestesia más usados en esta Institución

Anexo no. 5.- Cambios fisiológicos en el puerperio.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Contar con un instrumento técnico de trabajo que contenga la información básica en la ejecución de procedimientos obstétricos de enfermería, que permita mejorar el servicio brindado a las mujeres embarazadas de bajo riesgo.

Objetivos específicos:

- ☞ Fomentar la unificación de criterios médico-enfermería que permita adelantar el proceso en la atención de pacientes obstétricas en sus diferentes etapas de evolución.
- ☞ Motivar al personal de enfermería a consultar la información contenida, fundamentando sus procedimientos específicos.
- ☞ Obtener la titulación en la Licenciatura de Enfermería
- ☞ Fomentar la misión de la enfermera de ser ante todo una “Promotora de Salud” con sus pacientes y sociedad.

CAPITULO I

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICAS REALIZADAS CON MAYOR FRECUENCIA EN CONSULTA EXTERNA.

1.1 INTRODUCCIÓN:

El cuidado materno infantil es la atención que proporciona la enfermera a la futura madre y a su familia, durante el embarazo, nacimiento y puerperio. La enfermera es la única que proporciona los cuidados a las dos personas, la madre embarazada y al hijo antes del nacimiento así como después del mismo.

Una mujer profesionalista que sirve a otra mujer, sobre todo en un proceso tan íntimo y de enorme valor para su existencia, como es el caso de la maternidad, debe hacerlo con actitud comprensiva de sus circunstancias individuales, con profundo respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales, pero también con especial reconocimiento de su esfuerzo por una vida plena que le permita disfrutar la existencia del nacimiento.

Para una enfermera obstetra, la mujer, su futura paciente, no es sólo un cuerpo con órganos para la reproducción, y con un producto en desarrollo, una mujer es tradición, historia, cultura, bendición donde se perpetua el mandato del Creador, “crecer y multiplicaos” Por tanto la generación de un nuevo ser humano , es pues “un acontecimiento profundamente humano y altamente religioso, en cuanto implica a los padres que forman una sola carne como colaboradores de Dios creador”. Las enfermeras cumplen con su servicio cuando ayudan a los padres a procrear con responsabilidad favoreciendo las condiciones removiendo las dificultades y tutelándola de un tecnicismo invasivo y no digno del procrear humano.

CONTROL PRENATAL

IMPORTANCIA:

La mejoría en el cuidado prenatal ha reducido de manera notable la mortalidad materno infantil. Al destacar los problemas potenciales en sus primeras etapas, la valoración y tratamiento tempranos mejoran enormemente el desenlace del embarazo. Debido a que en gran parte para alcanzar el bienestar depende de la responsabilidad tanto de la madre como de su familia es necesario se tomen medidas preventivas como una nutrición adecuada, ejercicio apropiado, valoración del embarazo y detección oportuna de los factores de riesgo.

Las causas de mortalidad materna en México incluyen en primer lugar la enfermedad hipertensiva del embarazo seguida por la hemorragia obstétrica, particularmente las que ocurren en el periodo postparto, el tercer y cuarto lugar lo ocupan la sepsis y complicaciones del puerperio y el aborto complicado .

En 1999 de acuerdo con la información preliminar de la Dirección General de Estadística e Informática de la SSA, el número de defunciones maternas fue de 1237 cifra aún alarmante ya que la mortalidad materna constituye una verdadera inequidad social y de género porque en la mayoría de sus causas son prevenibles.

OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL:

- Lograr un embarazo con mínimas molestias físicas y emocionales, y máxima satisfacción,
- Lograr un establecimiento de buenos hábitos de salud en beneficio de la madre y del hijo
- Lograr un parto en las circunstancias más deseables

- El establecimiento de relaciones positivas entre la madre y el hijo.

La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas interrecurrentes en el embarazo y período puerperal. Uno de los instrumentos que nos permite documentar y concentrar la evolución de la gestación y los acontecimientos obstétricos y del recién nacido desde sus etapas más tempranas es la Historia Clínica. Esta se realiza a través de las consultas y controles prenatales necesarios y oportunos para detectar factores de riesgo y en caso de encontrarlos brindar un manejo adecuado y oportuno así como la canalización a la Institución y al personal más competente para llevar a término el embarazo en las mejores condiciones de salud.

1.2 ACTIVIDADES QUE SE DEBEN REALIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL SEGÚN LA NORMA OFICIAL MEXICANA (En consulta Externa) NOM 007'SSA2' 1993 MÉXICO

- Elaboración de Historia Clínica
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cafealea, edema, sangrado, signos de infección de vías urinarias y vaginales, entre otras)
- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
- Medición y registro de peso y talla así como interpretación y valoración
- Valoración del riesgo obstétrico, maniobras de Leopold
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- Determinación de Biometría Hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta, en las subsecuentes dependiendo del riesgo)

- **Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo con sospecha de riesgo, determinar antígeno D y su variante débil Du)**
- **Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32, y 36**
- **Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir en casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.**
- **Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico**
- **Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica, se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo)**
- **Aplicación de al menos dos dosis del toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.**
- **Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de la mujer embarazada.**
- **Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar para integrar a la familia al control de la madre.**
- **Promoción y orientación sobre planificación familiar**
- **Promoción de la lactancia materna exclusiva**
- **Medidas de autocuidado de la salud**
- **Establecimiento del diagnóstico integral**

Con el apoyo de los datos anteriores mencionaremos los procedimientos más relevantes que en consulta externa la enfermera debe estar capacitada para apoyar y realizar un diagnóstico acertado que nos permita el logro de nuestros objetivos de control prenatal.

1.3 ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

IMPORTANCIA

Durante la primera consulta se hace un resumen del historial de salud, incluyendo un historial clínico y obstétrico para determinar el estado de salud actual. En primer lugar se obtienen los datos personales, incluyendo edad, estado civil, educación y ocupación. En segundo lugar se hace el historial clínico de la mujer y su familia, así como de su pareja para la detección de enfermedades que pudieran afectar el resultado del embarazo.

En tercer lugar se obtiene información sobre el historial obstétrico de la paciente, embarazos previos, peso al nacer de los hijos anteriores, duración de los partos, actitud hacia el último embarazo, fecha última de menstruación, fecha probable de parto, problemas anteriores en los embarazos, partos y puerperios.

En la exploración física se examina todos los sistemas del organismo de cabeza a los pies. En el examen médico se explora en cuanto sea posible la pelvis de la madre, (pélvimetría) para determinar los órganos reproductores y el canal vaginal. Las medidas pélvicas sirven para determinar si el producto podrá ser expulsado al momento del parto.

La historia clínica incluye 5 componentes:

Interrogatorio, a través del diálogo, utilizando técnicas de comunicación interpersonal que faciliten la intercomunicación con la paciente y brinde confianza para la apertura en sus respuestas. Se investigan los siguientes puntos

- Antecedentes patológicos familiares y personales
- Antecedentes obstétricos
- Características de hijos previos
- Grupo sanguíneo y Rh, isoinmunización
- Esquemas de vacunación
- Consumo de drogas, tabaco y alcohol
- Hospitalización en embarazos previos
- Exámenes previos de laboratorio
- Características y evolución actual.

Exploración física

- Peso corporal y talla
- Valoración del estado nutricional
- Examen por aparatos y sistemas
- Determinación y valoración de la presión arterial
- Medición del fondo uterino
- Examen odontológico
- Exploración clínica de mamas
- Valoración de las características de la pelvis
- Valoración de la pelvis materna

Solicitud de exámenes de laboratorio

- Examen general de orina
- Química sanguínea
- Examen VDRL, Biometría Hemática, Grupo sanguíneo y Rh

Prescripción de hierro y ácido fólico

Orientación y consejería en autocuidado

Toda unidad que brinda atención a la embarazada debe promover que reciba como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

Primera consulta en el transcurso de las primera 12 semanas

Segunda consulta entre las 22 – 24 semanas

Tercera consulta entre las 27 – 29 semanas

Cuarta consulta entre las 33 – 35 semanas

Quinta consulta entre las 38 – 40 semanas

En la primera consulta se realizará en cuanto sea posible todo lo referido anteriormente en la historia clínica.

En la segunda consulta mediante interrogatorio se evaluará el desarrollo del embarazo, se orientara de los signos y síntomas de alarma a la paciente para la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.

En la exploración física se dará énfasis a la determinación de la tensión arterial, altura del fondo uterino, reconocimiento mediante palpación de las partes fetales (maniobras de Leopold) y frecuencia cardíaca fetal así como ganancia del peso corporal en forma comparativa con el de las consultas anteriores.

Se valorará los resultados de exámenes de laboratorio y si es necesario se indicarán nuevamente, se continua con la ministración de hierro y ácido fólico fortaleciendo el estado nutricional.

En la tercera consulta en el Interrogatorio se valorará el desarrollo del embarazo, interpretación del laboratorio, evaluación de ganancia de peso corporal y la presión arterial investigando los síntomas de alarma.

Medición de altura del fondo uterino precisando mediante las maniobras de Leopold la presentación, situación, posición fetal y tono uterino. Frecuencia cardíaca fetal investigar ritmo frecuencia e intensidad.

Exámenes de laboratorio si es necesario, continuar con la ministración de hierro y ácido fólico, brindar orientación de autocuidado según los diagnósticos de enfermería.

En la cuarta consulta el interrogatorio como en las últimas consultas haciendo énfasis en aspectos obstétricos y posición del producto.

Búsqueda de signos y síntomas de alarma del embarazo, valorar la nutrición de la paciente, explicar a la paciente el proceso normal y las características del trabajo de parto y del patrón normal de la contractilidad, exámenes de laboratorio si es necesario.

En la quinta consulta y si hay una sexta consulta el Interrogatorio como en los anteriores, así como la interpretación de exámenes de laboratorio, examen físico con énfasis en los aspectos obstétricos, orientación sobre los pródomos del trabajo de parto, verificar el estado nutricional de la madre.

1.4 IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA:

En la primera consulta se debe instruir a la paciente acerca de ciertos síntomas que pueden ser peligrosos y cuya aparición debe comunicarse de inmediato al médico tratante para dar tempranamente un seguimiento de alto riesgo.

- Hemorragia vaginal de cualquier cantidad
- Ruptura espontánea de las membranas. Esta queda marcada por un repentino e incontrolable flujo de gran cantidad de líquido claro.
- Oliguria , una marcada reducción en la cantidad de orina eliminada; puede ser el primer síntoma de una fulminante preeclampsia.
- Cefalea, cualquier dolor de cabeza que no responda rápidamente a los remedios simples, ya que puede representar un dato de hipertensión inducida por el embarazo.
- Alteraciones visuales, vértigo, confusión mental, acúfenos y fosfenos (luces en la visión y ruidos en los oídos), podrían ser signos de preeclampsia.
- Edema, inflamación en los pies, extremidades inferiores y superiores así como de la cara, notado por la paciente debe ser comunicado de inmediato.
- Contracciones , dolores pélvicos recurrentes o calambres abdominales deben ser comunicados de inmediato ya que podría ser datos de contracciones y amenaza de aborto o parto prematuro.
- Fiebre podría ser dato de alguna infección por rotura prematura de membranas, o alguna patología de vías urinarias.

Al término de la exploración integral y de las exploraciones repetidas que se tienen que realizar durante el embarazo o el trabajo de parto, centrará su atención en la exploración

obstétrica. Los datos más importantes por obtener, mediante exploración abdominal, tanto en el producto como en la madre son:

En el producto:

Situación, posición, presentación, altura de la presentación y auscultación del latido fetal.

En la madre:

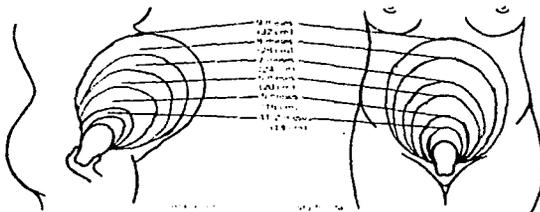
Altura del fondo uterino, tono muscular del útero, frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, cantidad de líquido amniótico, pelvis materna.

1.5 VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO UTERINO (ALTURA DEL FONDO UTERINO)

La palpación progresiva a lo largo del embarazo de la altura del útero puede dar una fecha aproximada de la edad gestacional. Medir la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y el fondo uterino es un procedimiento clínico importante, ya que al relacionarlo con el tiempo transcurrido desde la última menstruación, permite valorar en forma indirecta si la evolución del embarazo es correcta y si corresponde el tamaño del producto con la edad del embarazo. (Ver Esquema no. 1, pag. 21)

En la 16 semana de gestación alcanza aproximadamente la mitad del camino entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical, y en la 20 semana alcanza esta última. En la semana 28 el fondo uterino se encuentra 3 traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical y, en las siguientes 4 semanas, aumenta otros 3 traveses de dedo. En la semana 36 el fondo uterino alcanza el reborde costal y permanece en esta situación hasta el momento del inicio del parto, en la múltipara, en la primigesta el fondo uterino desciende 2 traveses de dedo sobre su máxima altura en el momento del encajamiento.

ESQUEMA NO. 1 ALTURA DEL FONDO UTERINO MEDIDA EN CENTÍMETROS CON CINTA MÉTRICA



FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia básica ilustrada Ed. Trillas México. 1997 p 142

IMPORTANCIA

La medición del fondo uterino se realiza para:

- Correlacionar el tamaño del útero con el tiempo de amenorrea
- Calcular el tamaño y el peso del producto
- Sospechar la existencia de patología obstétrica (polihidramnios, gemelaridad, macrosomías, etc.)

CÁLCULO DE EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO:

Para calcular la edad gestacional probable, con base en la altura del fondo uterino, ALFEHLID ideó la siguiente fórmula.

$$\frac{\text{Altura del fondo uterino (en cm.)} + 4}{4} = \text{Número de meses de embarazo}$$

Esta regla se basa en que el útero es un órgano intrapélvico y que crece 4 cm. Por cada mes de embarazo. El objeto de sumar 4 al número de centímetros de la altura del fondo uterino es compensar el crecimiento correspondiente al primer mes.

Al dividir la suma entre 4 se sabe cuántos meses ha crecido el producto

Ejemplos:

Supóngase un fondo uterino de 16 cm.

Entonces: $\frac{16+4}{4} = \frac{20}{4} = 5$

Es decir la edad de embarazo corresponde a 5 meses

Al convertir los meses a semanas de embarazo debemos considerar que cada 2 meses equivalen a 9 semanas.

Ejemplo: 5 meses = $(9 \times 2) + 4 = 22$ semanas

CÁLCULO DE LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN LA MEDIDA DEL FONDO UTERINO

Altura (cm)	semanas de embarazo
25	26
26	28
28	30
30	32
31	34
32	36
33	38
34	40

FUENTE: MONDRAGÓN C. Hector, Obstetricia básica ilustrada, Ed. Trillas, 4ª ed México 1991 pp.142

Un útero con altura del fondo menor que la correspondiente puede deberse a:

- Desnutrición intrauterina del producto
- Muerte del producto

- Error en el momento de determinar la fecha de la última menstruación
- Oligoamnios

Cuando la altura del fondo uterino es mayor de la que correspondería por amenorrea, puede pensarse en las causas siguientes:

- Error al determinar el inicio del embarazo
- Embarazo múltiple
- Embarazo molar
- Polihidramnios
- Coincidencia con miomas o tumor pélvico

PESO APROXIMADO:

Para obtener una idea aproximada del peso del producto, se recomienda multiplicar por 100 el número de centímetros entre el pubis y el fondo uterino, por ejemplo si mide 25 cm. Pesa 2500 g aprox.

No solo es importante conocer la fecha probable de parto o calcular las semanas de gestación también es importante estimar el peso del feto para decidir si el nacimiento ocurrirá en forma normal o a través de cesárea, para verificar que no haya retardo o exceso en el crecimiento intrauterino.

La fórmula de **JOHNSON TOSHACH** se utiliza para estimar el peso fetal en las presentaciones de vértice y es la siguiente.

Fondo uterino – 12 (si el vértice se encuentra por arriba de las espinas isquiáticas, libre) x 155 = peso fetal (más – menos 300 grs.) $FU-12 \times 155 = + - 300 \text{ grs.}$

Fondo uterino – 11 (si el vértice se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas, encajado) x 155 = peso fetal (mas – menos 300 grs.) $FU-11 \times 155 = + - 300 \text{ grs.}$

1.6 CÁLCULO DE LA FECHA PROBABLE DE PARTO:

La gestación inicia con la fecundación, la duración del embarazo en seres humanos se considera en promedio de 268 días, desde la concepción (38 semanas) o 280 días (40 semanas), desde el comienzo de la última menstruación, en mujeres regulares de 28 días.

No existe un método adecuado para determinar con exactitud la fecha en que se iniciará el trabajo de parto, los siguientes métodos pueden proporcionarla:

Regla de **NAEGELE** se suman 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación, se substraen 3 meses y se suma un año. $FUM + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses} + 1 \text{ año}$.

Ejemplo $FUM 4 \text{ de Enero de } 2002 = FPP 11 \text{ de Octubre}$

Esta regla esta basada en un ciclo de 28 días, en la cual la ovulación tiene lugar el día 14 del ciclo.

1.7 REALIZACIÓN DE LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD:

IMPORTANCIA

Para la exploración por palpación del abdomen de la madre se realizan las maniobras de Leopold las cuales nos permiten identificar las partes fetales así como la posición del producto lo que nos hace tener un diagnóstico y pronóstico para la evolución del trabajo de parto. Aproximadamente en la mitad del embarazo el feto puede palparse a través de la pared anterior abdominal y de las paredes uterinas. Inmediatamente después de que el feto llega a ser palpable, su posición dentro del útero debe ser determinada después de cada visita prenatal. La posición fetal se descubre mediante la realización de 4 maniobras. Las 3 primeras se realizan mirando a la cara de la paciente y estando aún

lado de ella, mientras la paciente esta en decúbito supino sobre la mesa de exploración. La cuarta maniobra se realiza con el examinador mirando hacia los pies de la paciente. Cada maniobra esta diseñada para contestar mediante palpación, a una pregunta específica sobre la relación entre el cuerpo de la madre y el cuerpo del producto.

PRIMERA MANIOBRA.- Contesta a la siguiente pregunta ¿Qué parte fetal ocupa el fondo uterino? La enfermera palpa el fondo uterino y distingue entre partes irregulares y nodulares de las extremidades y una parte dura que corresponde a la cabeza fetal la cual es redonda, regular y resistente (R.R.R.) y se mueve independientemente del tronco. Las regiones glúteas se sienten más blandas y simétricas y tienen pequeñas prominencias óseas se mueven con el tronco. Nos permite precisar la altura del fondo uterino, la situación del producto la presentación del mismo y la altura de la presentación.

SEGUNDA MANIOBRA.- Contesta a la siguiente pregunta, ¿Sobre qué parte materna está el dorso fetal? Y se observa si está orientado hacia la derecha o hacia la izquierda del abdomen materno. Aún de frente a la madre, la enfermera palpa el abdomen con presión profunda pero suave, empleando las palmas, la mano derecha debe estar quieta en tanto se explora con la izquierda el lado derecho del útero.

Se repite a continuación la maniobra investigando con la mano derecha y sosteniendo el útero con la izquierda.

El dorso del feto debe sentirse firme y suave y conectar lo que se encontró en el fondo con un abultamiento en el estrecho pélvico superior.

Una vez localizado el dorso, la enfermera valida su observación palpando las extremidades fetales. (nudos, protusiones pequeñas) sobre la pared uterina. Esta maniobra nos permite precisar la posición del producto y corroborar la situación del mismo.

TERCERA MANIOBRA.- Contesta a la pregunta ¿Qué parte fetal descansa sobre el estrecho superior de la pelvis? La enfermera o el examinador debe identificar la parte fetal que se encuentra sobre el estrecho pélvico superior, sujetando con suavidad la porción inferior del abdomen, justamente por arriba de la sínfisis del pubis entre el pulgar y los dedos de la mano derecha. Esta maniobra descubre lo contrario a la obtenida en el fondo, confirmando la parte de presentación. Si es la cabeza y no se encuentra encajada podrá empujarse suavemente en vaivén. Nos permite conocer el polo inferior del producto o sea la presentación lo cual permite conocer actitud de la presentación y el grado de encajamiento.

CUARTA MANIOBRA.- Responde a la pregunta ¿ En qué lado está situada la prominencia cefálica? El examinador se colocará frente a los pies de la madre y procura localizar la prominencia frontal. La localización de este punto de referencia ayuda a valorar el descenso de la parte de presentación hacia la pelvis.

Se desplazan suavemente los dedos de ambas manos hacia abajo por los lados del útero en dirección al pubis, si la parte que se presenta está peloteando la maniobra no puede llevarse a cabo ya que se aplica únicamente cuando la cabeza está encajada.

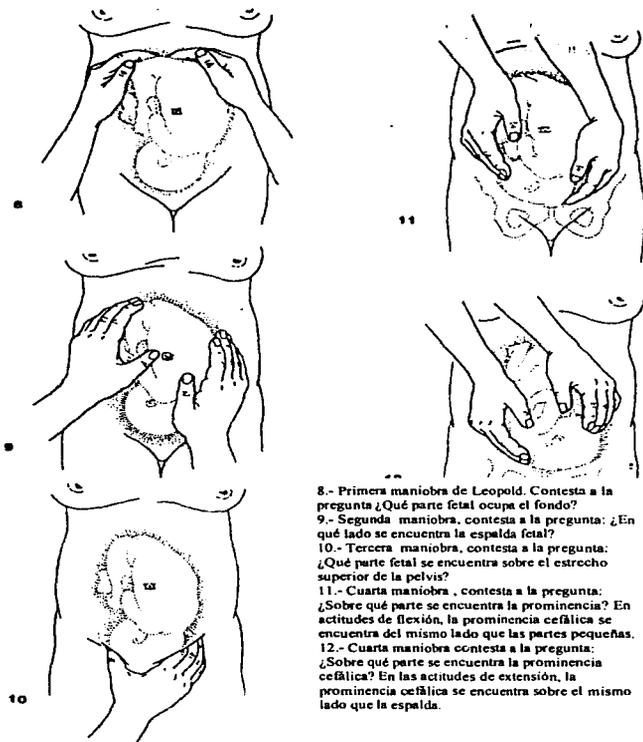
Cuando se ejerce presión en dirección al estrecho superior, una mano puede descender más que la otra, la parte del feto que impide el descenso de una de las manos es denominada prominencia cefálica.

Se encuentra sobre el lado opuesto de la cabeza fetal si esta experimenta flexión notable. Cuando esta extendida la cabeza fetal, el occipucio es la primera prominencia cefálica que se percibe y se encuentra en el mismo lado del dorso.

Por tanto si la primera prominencia cefálica palpada se encuentra del mismo lado que el dorso, la cabeza no estará en flexión. Si la primera prominencia se dirige hacia el otro

lado del dorso, la cabeza estará en buena flexión y podrá esperarse un trabajo de parto normal. (Ver esquema no. 2)

Esquema no 2 Maniobras de Leopold



- 8.- Primera maniobra de Leopold. Contesta a la pregunta ¿Qué parte fetal ocupa el fondo?
- 9.- Segunda maniobra, contesta a la pregunta: ¿En qué lado se encuentra la espalda fetal?
- 10.- Tercera maniobra, contesta a la pregunta: ¿Qué parte fetal se encuentra sobre el estrecho superior de la pelvis?
- 11.- Cuarta maniobra , contesta a la pregunta: ¿Sobre qué parte se encuentra la prominencia? En actitudes de flexión, la prominencia cefálica se encuentra del mismo lado que las partes pequeñas.
- 12.- Cuarta maniobra contesta a la pregunta: ¿Sobre qué parte se encuentra la prominencia cefálica? En las actitudes de extensión, la prominencia cefálica se encuentra sobre el mismo lado que la espalda.

1.8 AUSCULTACIÓN DEL LATIDO CARDIACO FETAL (fcf)

IMPORTANCIA

Este procedimiento exploratorio tiene como finalidad percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales. Pinard inventó un estetoscopio especial para oírlos, que se utiliza hasta nuestros días. Actualmente los aparatos con efecto de Doppler tienen un precio accesible y suplen con ventaja al estetoscopio de Pinard, ya que permiten escuchar el latido cardiaco fetal desde la semana 9 en pacientes delgadas a diferencia del estetoscopio convencional que se escucha desde la semana 15 a 18.

Características del latido cardiaco fetal:

El latido cardiaco fetal tiene un sonido como el tictac del reloj de bolsillo, consiste en un primer tono causado por la sístole ventricular, luego por una pausa corta, un segundo tono producido por el cierre de las válvulas semilunares y un silencio más largo.

En el latido cardiaco fetal se deben estudiar los siguientes caracteres:

Frecuencia, es el número de latidos cardiacos que se presentan por minuto (normal entre 120 y 160, promedio 140 por minuto)

Ritmo, es la periodicidad o sincronía con que se suceden dichos latidos (normal rítmico)

Intensidad es la fuerza o claridad con que se manifiestan las contracciones cardiacas (normal de buena intensidad, es decir que permite oír las claramente)

Factores que modifican los caracteres del latido cardiaco fetal.

La frecuencia puede modificarse debido a sufrimiento fetal agudo (primero taquicardia y luego bradicardia), fiebre de la paciente, hemorragias maternas, las contracciones uterinas, algunos fármacos.

El ritmo se modifica por el sufrimiento fetal agudo, por malformaciones cardíacas congénitas del producto y otras condiciones.

La intensidad difiere según la variedad de posición del producto, el grosor de la pared abdominal de la madre y la cantidad del líquido amniótico.

El latido cardíaco de un feto normal debe ser rítmico, regular y de buena intensidad con un frecuencia de 120 a 160 por minuto.

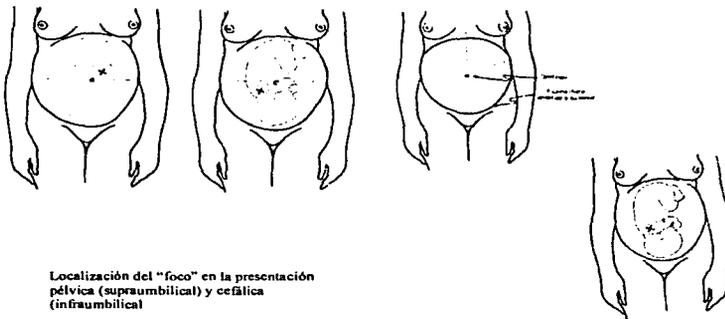
TÉCNICA DE AUSCULTACIÓN:

Con la paciente en decúbito dorsal respetando siempre su individualidad, se realizan las maniobras de Leopold para identificar el dorso del producto y el hombro anterior, una vez localizado se coloca el estetoscopio de Pinard sujetándolo únicamente por la presión que el clínico ejerce con su cabeza. La colocación del estetoscopio depende de la edad de gestación, en la primera mitad del embarazo el estetoscopio se sitúa en la línea media, entre el ombligo y el pubis, y se dirige hacia el ombligo buscando la zona de mayor intensidad. En la segunda mitad es conveniente auscultar el corazón fetal de acuerdo con el esquema de **AUBARD**, el sitio donde son audibles al máximo los latidos es el que se encuentra a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal y corresponde al hombro anterior, a este sitio se le conoce como foco. Se recomienda auscultar por un minuto completo el número de latidos por minuto. La auscultación no debe realizarse durante la contracción uterina porque varía la frecuencia en condiciones normales.

A medida que desciende la presentación cefálica en la excavación pélvica, el hombro anterior baja por lo que el foco fetal desciende también siguiendo la proyección de un abanico en el vientre (abanico de Aubard) (Ver esquema no. 3, pag. no. 30)

En la variedades de posición anteriores el foco se encuentra más cercano a la línea media que en las posteriores, en las presentaciones cefálicas se encuentra en los cuadrantes infraumbilicales, y en las pélvicas, en los cuadrantes supraumbilicales. Actualmente el uso de ultrasonido facilita la auscultación del corazón fetal.

Esquema no. 3 Localización del Foco fetal



Localización del "foco" en la presentación pélvica (supraumbilical) y cefálica (infraumbilical)

Descenso del "foco" fetal simultáneo con el descenso de la presentación

Fuente: MONDRAGÓN C Héctor. Obstetricia Básica ilustrada. Ed. Trillas México. 1997, pp. 149,150

1.9 VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PELVIS

(VER ANEXO NO. 1, PAG.105)

Constituye un procedimiento fundamental previo a la atención del parto, que se debe realizar en la valoración prenatal, ya que permite establecer un pronóstico en razón de la facilidad o dificultad que puede presentar el parto, así como en caso de duda si existe o no desproporción cefalopélvica, el obstetra podrá aplicar oportunamente los estudios necesarios para evitar un trabajo de parto prolongado e ineficaz.

La valoración de la morfología pélvica debe realizarse mediante tacto vaginal aproximadamente a las 38 semanas de gestación

Pasos de valoración pélvica:

- 1.- tratar de alcanzar la articulación lumbosacra (promontorio), midiendo el diámetro promonto-retropúbico. Si durante este intento se toca el promontorio hará sospechar la existencia de un desproporción cefalopélvica. (Ver esquema no. 4-a, pag. no. 32)
- 2.- Deslizando los dedos hacia ambos lados, recorrer las paredes pélvicas tratando de apreciar la forma que tiene el estrecho superior, con objeto de verificar si tiende a ser ginecoide o algún otro tipo de pelvis.
- 3.- Al descender los dedos, identificar las espinas ciáticas, valorando la morfología y el tamaño de las mismas. (Ver esquema no. 4-b, pag. no. 32)
- 4.- Al recorrer el dedo hacia atrás de la espina ciática, valorar la amplitud de la escotadura ciática, así mismo recorrer sobre la línea media de la parte posterior, la concavidad del sacro para confirmar su forma.
- 5.- Apreciar el grado de convergencia de las paredes pélvicas en la parte inferior, para descartar la existencia de una pelvis infundibuliforme.

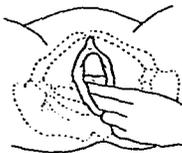
6.- Valorar el ángulo del arco subpúbico, tratando de apreciar si sus ramas están cerradas o abiertas.

7.- Valorar el diámetro bisquiático tratando de presionar las partes blandas con el puño de la mano. Si no pasa con facilidad, indica gran posibilidad de distocia en el estrecho inferior.

Esquema no. 4 Valoración de la pelvis



A.- Tacto vaginal en el que se intenta tocar el promontorio



B.- Identificación de las espinas ciáticas

**FUENTE: MONDRGÓN C. Héctor. Obstetricia
Básica Ilustrada.Ed. trillas, México. 1997. pp 159,**

Planos de la pelvis (Hodge):

Hodge describió cuatro planos imaginarios y paralelos entre sí, con objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto. Estos son los siguientes:

Primero, se extiende del promontorio al borde superior de la sínfisis púbica

Segundo, parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis púbica.

Tercero, plano imaginario a la altura de las espinas ciáticas

Cuarto, este es el que se encuentra a nivel del vértice del cóccix.

Ligamentos y músculos pélvicos:

Un conjunto de estructuras musculoaponeuróticas se inserta en las partes óseas de la pelvis, dando lugar a la formación de una diafragma de concavidad superior que constituye el piso pélvico, denominado periné. Esta estructura permite el paso de tres órganos que son, el recto, la vagina y la uretra. Los ligamentos pélvicos más importantes, desde el punto de vista obstétrico son, ligamento pubocervical, ligamento uterosacro, y el ligamento Mckenrodt, ligamento sacroiliaco, ligamento sacrociático, ligamento sacroisquiático.

1.10 EXPLORACIÓN VAGINAL:

Otro procedimiento que se debe tomar en cuenta para la propedéutica en obstetricia es la exploración vaginal y consta de *inspección, palpación y exploración*.

Inspección:

Durante esta inspección se pretende encontrar

- ☞ **Presencia de cicatrices**, episiotomías previas, desgarros perineales e intervenciones quirúrgicas que pueden condicionar fibrosis del periné y dificultar el parto.
- ☞ **Lesiones dermatológicas**, lesiones herpéticas o verrugosas pueden aparecer en periné. Los condilomas perineales pueden dificultar una episiotomía. El herpes puede constituir una contraindicación para el parto.
- ☞ **Lesiones quísticas en vulva**, la asociación del embarazo con bartholinitis aguda o crónica es poco frecuente pero puede dificultar el parto.
- ☞ **Presencia de várices vulvares**, la insuficiencia venosa de miembros inferiores puede extenderse hacia uno o ambos labios mayores, y puede ocasionar hemorragia si se seccionan durante el parto, o formar hematomas si hay ruptura interna.
- ☞ **Leucorrea**, la secreción vaginal consecutiva a infecciones por monilia o gérmenes patógenos y a infestación por tricomonas es frecuente en embarazadas con aseo personal deficiente. La leucorrea favorece la infección puerperal o sepsis en el recién nacido.
- ☞ **Sangrado** el sangrado es un signo de alarma en cualquier etapa del embarazo.
- ☞ **Tapón mucoso** la presencia del llamado tapón mucoso señala la cercanía del trabajo de parto.
- ☞ **Líquido amniótico**, la presencia de este líquido indica la ruptura prematura o precoz de las membranas ovulares sólo pone en alerta al obstetra pero si se acompaña de caracteres de infección (líquido turbio o fétido) indica la existencia de amnioitis, si se acompaña de sangrado se puede tratar de un desprendimiento de placentario y si tiene meconio indica sufrimiento fetal o presentación pélvica.

- ☞ **Prolapso de cordón umbilical** puede ocurrir el prolapso de cordón al exterior y diagnosticarse por la simple inspección.
- ☞ Prolapso de cérvix, puede hacer protusión al exterior de la vagina en pacientes con alteraciones de estática pelvigenital severas.

Inspección mediante espejo vaginal:

- ☞ Puede utilizarse el espejo vaginal en un embarazo cercano al término si se tiene alguna duda de la inspección y diagnóstico pero solo si es necesario ya que puede dar molestias a la paciente, se utiliza para poder observar pólipos, vaginitis.

Palpación o tacto:

- ☞ No se debe practicar en forma sistemática, cuando se requiera debe realizarse con suavidad para molestar lo menos posible a la paciente. con este procedimiento se pueden obtener los siguientes datos.

Características de la vagina

- ☞ Se identifica la consistencia y superficie vaginal y se aprecia la elasticidad potencial de la misma y configuración de los fondos de saco.

EXPLORACIÓN DE LA CÉRVIX:

- ☞ Es la parte más importante de esta exploración, permite identificar forma, posición, longitud, consistencia y dilatación de la cérvix, este procedimiento constituye la guía de momento del trabajo de parto en que se encuentra la paciente.
- ☞ **Integridad de membranas**, a través de la cérvix dilatada se puede apreciar la integridad de las membranas al rechazar suavemente la dilatación (peloteo)

- ☞ **Presentación del producto**, se ratifica la impresión de la exploración abdominal, al tocar el polo cefálico o pélvico a través de la cérvix.
- ☞ **Grado de encajamiento**, de acuerdo con los planos de Hodge se calcula el nivel del diámetro mayor de la presentación.
- ☞ **Flexión de la presentación**, para conocer el grado de flexión, se identifica el punto toconómico de la presentación
- ☞ **Variedad de posición**, las variedades de posición fetal más frecuentes son las anteriores izquierdas y las posteriores derechas.

(Ver esquema no. 1)

1.11 AUTOCUIDADO DE LA MUJER EMBARAZADA

IMPORTANCIA:

Parte importante del plan de cuidados de enfermería es enseñar a la mujer como efectuar su propio cuidado personal e informar de los cambios que puedan indicar problemas de salud se darán instrucciones claras y sencillas sobre:

Las necesidades de autocuidado en lo que se refiere a:

- Tomar baño diario en regadera con agua tibia, se recomienda utilizar jabones neutros y lubricantes para mantener saludable la piel ya que durante este periodo la sensibilidad aumenta produciendo zonas de irritación principalmente en abdomen. El baño en tina está contraindicado, así como las duchas vaginales. Debe cuidarse el aspecto personal, vestir prendas sueltas y cómodas de acuerdo a sus necesidades, no usar ligas, cinturones, fajas, etc. que constriñan o dificulten la circulación sanguínea y la digestión. Usar zapatos cómodos de tacón bajo para evitar accidentes y modificaciones acentuadas de la columna vertebral.

- Ejercicio, es recomendable practicar ejercicio moderado y metódico durante el embarazo, ya que mejora la circulación y favorece la digestión, caminar al aire libre es importante, se deben evitar ejercicios que ocasionen fatiga, pues predisponen a la hipoxia fetal.
- Descanso, se recomienda dormir un mínimo de 8 horas diarias durante el embarazo y reposo vespertino con los miembros inferiores elevados, es muy útil para la circulación.
- Trabajo, generalmente el embarazo es compatible con las actividades laborales usuales, pero hay que cuidar que no manejen sustancias tóxicas o se encuentren o se encuentren expuestas a radiaciones, que no realicen movimientos y esfuerzos abdominales violentos ni carguen objetos pesados. La ley federal de trabajo señala obligatoriedad a los patrones de otorgar incapacidad laboral 42 días antes y 42 días después del parto esto tiene por objeto proteger a la madre y a su hijo de posibles riesgos.
- Viajes, se recomienda no permanecer sentada durante mucho tiempo por el riesgo de estasis venosa y la posibilidad de tromboflebitis, la mujer que maneja se recomienda que lo haga en un máximo de 6 horas al día con paradas de por lo menos 10 minutos cada 2 horas para caminar. Los viajes en carretera durante jornadas largas condicionan congestión pélvica.
- Ingestión de bebidas alcohólicas, aunque el alcohol pasa la barrera placentaria, cuando se ingiere en forma ocasional y en cantidad moderada no produce alteraciones en la madre o el feto. Sin embargo las mujeres alcohólicas crónicas pueden tener productos subdesarrollados de bajo peso al nacer, este hecho se

manifiesta tanto durante el embarazo como en el desarrollo ulterior del niño, tanto somático como mental.

- Tabaquismo, el fumar cigarrillos no debe proibirse durante el embarazo, pero sí habrá que recomendar moderación a pacientes fumadoras crónicas. Se ha encontrado que existe relación directa entre el bajo peso de los productos y el tabaquismo.
- Medicación, desde el punto de vista teórico, todos los medicamentos cruzan la placenta y pueden ejercer efectos nocivos en el embrión o el feto. Por lo que se recomienda que cualquier medicamento debe ser prescrito solamente por el médico después de valorar la necesidad de su administración considerando siempre el efecto.
- Durante el embarazo está contraindicada la aplicación de productos biológicos elaborados con virus vivos atenuados, ya que pueden afectar al producto.
- Relaciones sexuales, cuando el embarazo evoluciona normalmente el coito puede realizarse hasta la trigésima sexta semana. A partir de esta fecha debe suspenderse por el peligro a estimular la actividad uterina por efectos mecánicos, o bien por acción de las prostaglandinas del líquido seminal. En pacientes con amenaza de aborto es recomendable proibirlo los primeros meses.
- Hábitos intestinales, el desplazamiento y la compresión extrínseca del intestino por el crecimiento progresivo del útero y las modificaciones en el peristaltismo, consecutivas a la relajación de la musculatura lisa, pueden modificar los hábitos intestinales. Se recomienda la ingestión de líquidos y laxantes suaves, así como el ejercicio moderado a fin de contrarrestar el estreñimiento.

- Tratamiento dental, se recomienda visitar por lo menos una vez durante el embarazo al dentista para que realice un diagnóstico y se de tratamiento oportuno de las piezas dentales ya que no representa riesgo.
- Alimentación, una dieta balanceada en cantidad y calidad constituye un factor indispensable para la evolución normal del embarazo, debe satisfacer necesidades del metabolismo normal materno, necesidades derivadas de la actividad materna y necesidades para el crecimiento del feto. Una mujer de 60 Kg. De peso en condiciones basales necesitará de un mínimo de 60 calorías por hora, si aumenta su actividad requiere de aumentar su aporte calórico; la dieta razonable es de 2000 a 2400 calorías al día hasta el quinto mes de embarazo y aumentar a 2800 hasta el término del embarazo, dependiendo del peso corporal. Proteínas, la ingestión de proteínas durante la gestación es fundamental porque los aminoácidos básicos que la integran no pueden ser sintetizados en el organismo. Estas sustancias son fundamentales para que el cerebro fetal logre un desarrollo adecuado. Se requiere de un mínimo de 70 a 85 gramos diarios en los últimos 6 meses de embarazo. Carbohidratos estos proporcionan energía y dan buen sabor a los alimentos, la ingestión de ellos no es indispensable necesariamente, debe limitarse a 150 g. Al día en el primer trimestre y 225 g. Al final de la gestación. Grasas estas proporcionan más del doble de energía que los carbohidratos y las proteínas, 9 cal. por gramo , sin embargo la necesidad diaria se reduce a una pequeña cantidad de ácido linoleico y linolénico por lo que 100 g. al día resultan suficientes. Líquidos, estos deben ingerirse en un mínimo de 2 a 3 litros diarios incluyendo leche para favorecer los procesos metabólicos, se calcula que cada caloría requiere de un mililitro de líquido para su metabolismo.

Minerales, una buena alimentación contiene todos los elementos necesarios, sin embargo conviene agregar minerales a la dieta, ya que las necesidades de estas son altas en el embarazo principalmente de hierro, fósforo y calcio. Se recomienda la cantidad de un mínimo de 1.5 g de calcio y 15 mg de hierro diario. Vitaminas, en la población con deficiencia nutricionales se recomienda administrar sulfato ferroso, ácido fólico y calcio además de vitaminas como la Vitamina "C" (Acido ascórbico) 70 mg. Vitamina "D" 10 ug, Vitamina B₁₂ 2.2ug, Yodo 175ug, Vitamina "A" 800ug

CAPITULO II ATENCIÓN DE PARTO FISIOLÓGICO DE BAJO RIESGO

2.1 PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN CON MAYOR FRECUENCIA EN HOSPITALIZACIÓN Y/O EN LABOR:

Comprende el área donde ingresan las pacientes en trabajo de parto, así como las programadas para cesárea, donde se les brindan cuidados generales y específicos durante la evolución.

OBJETIVO

El objetivo primordial de enfermería en este momento es asegurar los mejores resultados para la madre y el hijo, buscando establecer una relación significativa y abierta, alentando a la madre a ser autosuficiente y apoyar tanto a ésta como a su familia, a lo largo del proceso de trabajo de parto y nacimiento

2.1.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE:

Cuando la paciente llega al área de admisión, la valoración inicial toma la forma de una revisión rápida de puntos esenciales para investigar cualquier problema urgente, y de esta forma se establecen prioridades de asistencia y se necesita la siguiente información:

- Nombre, ¿Cuál es la fecha probable de parto? ¿Ha tenido problemas en el embarazo? sangrado, presión alta etc. ¿Se le han hecho pruebas especiales durante el embarazo? ultrasonido, exámenes de laboratorio etc. ¿Padece alguna alergia? Medicamentos, alimentos, etc. ¿Ha tenido problemas en embarazos anteriores? Sangrado, tipo de parto, estado de salud del hijo, etc. ¿Cuándo empezó el trabajo de parto? Frecuencia y duración de las contracciones, manchas de sangre etc. ¿Hubo salida de líquido ¿a qué hora fue? Color . ¿A qué hora comió alimentos por última vez? Nos proporciona información en caso de que se necesite cirugía de urgencia.

2.1.2 VALORACIÓN FÍSICA:

Se hará un breve resumen de los antecedentes y datos actuales (ginecoobstétricos y perinatales) ya sea que sean retomados del expediente clínico o por entrevista directa con la paciente.

2.1.3 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA:

- ⇒ Explicarle a la paciente la causa de su ingreso, y los avances del trabajo de parto (dilatación y borramiento) y el bienestar materno-fetal
- ⇒ Solicitar a la paciente retire su ropa y se ponga la bata hospitalaria
- ⇒ Llenar los documentos administrativos, con firma de la paciente
- ⇒ En la hoja de enfermería deberá registrarse la hora de su ingreso, identificación, diagnóstico de ingreso, características de las contracciones, frecuencia, duración

intensidad condiciones cervicales, procedimientos específicos como soluciones parenterales, medicamentos administrados, estudios de laboratorio si se tienen, alimentos ingeridos y hora en que los toma, alergias y medicamentos que la paciente ingiera como terapéutica de enfermedades agregadas al embarazo.

- ⇒ Retirar prótesis y pupilentes
- ⇒ Permeabilizar vena con el tipo de solución indicada
- ⇒ Tomar muestras de laboratorio (TP, TPT, Grupo y Rh, BH, QS, entre otros), si fuera necesario y bajo prescripción médica (en caso de realizarse procedimiento quirúrgico)
- ⇒ Realizar tricotomía en pacientes programadas para cirugía (cesárea) y en pacientes para la atención de parto solo cuando lo indique su médico tratante.
- ⇒ Aplicar enema evacuante solo por indicación médica
- ⇒ Determinar las prioridades de la paciente
- ⇒ Obtener las mediciones de signos vitales y vigilancia del curso del trabajo de parto así como la valoración del producto con la toma de frecuencia cardíaca fetal, maniobras de Lepold, tacto vaginal, estado de las membranas. (Procedimientos descritos en las paginas 24,28 y 31)
- ⇒ Detectar patologías de alto riesgo que exigen atención médica inmediata como una hipertensión en el embarazo, Diabetes gestacional, enfermedades cardíacas, hemorragias, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, sufrimiento fetal, infecciones, entre otros.
- ⇒ Mantener comunicación con la mujer y su acompañante así como con su médico tratante.

2.2 CURSO CLÍNICO DEL TRABAJO DE PARTO. (Ver anexo no. 2, pag. 107)

Trabajo de parto:

2.2.1 Concepto: Es un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto y sus anexos a partir de la semana 22 de gestación.

2.2.2 Etapas: (Ver esquema no. 5)

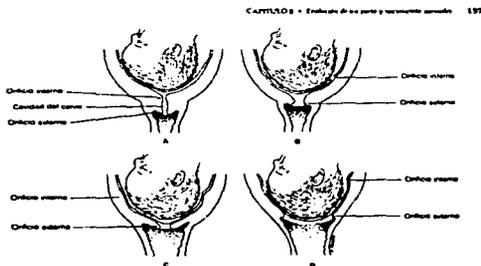
1.- Preparato, es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical

2.- Pródromos de trabajo de parto, es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina

3.- Trabajo de parto, etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva consta de

- Primer período o fase de borramiento y dilatación cervical
- Segundo periodo o fase de expulsión del feto
- Tercer periodo o etapa de alumbramiento.

Esquema no. 5: Borramiento y Dilatación



Borramiento y dilatación del cuello del útero. A) Antes del parto. B) Al inicio del borramiento. C) Borramiento completo (100%). D) dilatación completa.

FUENTE: BURROUGHS Arleac. Enfermería Materno Infantil, Ed Interamericana, ed. 7ª México 2000 p. 157

2.2.3 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN ESTE PERIODO:

- ⇒ Considerar los datos resumidos del expediente clínico y los datos del trabajo de parto
- ⇒ Considerar los factores de riesgo
- ⇒ Valorar la actitud de la usuaria (cooperativa, angustiada, fuera de control)
- ⇒ Explicarle de forma sencilla como se realiza la técnica de pujo (Ver pagina no. 61)
- ⇒ Valoración física con énfasis en la exploración abdominal (maniobras de Leopold) exploración pélvica para determinar el estado de los órganos reproductores y el canal vaginal así como tipo de pelvis. (Ver pagina no. 24)
- ⇒ Valorar signos vitales, estado general (hidratación, coloración)
- ⇒ Valorar el estado fetal, mediante la auscultación del latido cardiaco fetal (Ver pag. no. 28)
- ⇒ Valorar condiciones cervicales, dilatación, borramiento, altura de la presentación, estado de membranas, en caso de estar rotas valorar características del líquido amniótico; en primiparas la paciente pasará a la sala de expulsión cuanto cuente con borramiento y dilatación completa y la presentación fetal este entrando al 4 plano de Hodge. En múltiparas cuando haya un borramiento y dilatación completa y la presentación se encuentre en el tercer plano de Hodge.

2.2.4 Planeación:

- ⇒ Apoyar a la usuaria, orientándola sobre técnicas de respiración que le ayuden a controlar la necesidad de pujo. (Ver pagina no. 70)
- ⇒ Orientar a la paciente con referencia a la técnica de pujo (lo cual puede abordar desde el trabajo de parto) (Ver pagina no. 70)

- ⇒ Mantener vigilando constantemente la frecuencia cardiaca fetal y reportar cualquier cambio extremo al médico tratante.
- ⇒ Acompañar a la paciente al área de expulsión y entregar el expediente mencionando los datos más importantes de la evolución del trabajo de parto y las condiciones generales de la paciente y del producto así como todo medicamento que haya sido administrado en labor, al personal de expulsión.

2.3 RUPTURA DE MEMBRANAS (AMNIOCENTESIS):

IMPORTANCIA:

El amnios y el corion de fusionan hacia la semana 12 de gestación, estas membranas envuelven al líquido amniótico y sirven como barrera de protección del feto contra microorganismos de vagina y cérvix.

La ruptura de membranas puede ocurrir la mayoría de la veces de manera fisiológica durante el trabajo de parto, generalmente cuando la dilatación es mayor de 4 cm. a lo que se conoce como ruptura espontánea, la mujer experimenta un escurrimiento de líquido a través de sus piernas y genitales, en forma más o menos copiosa, según lo grande que haya sido la bolsa, pero si la paciente presenta un franco trabajo de parto y aún no se han roto las membranas de debe practicar la amniotomía o amniorrexis, a lo que se llama ruptura artificial.

Concepto: es la ruptura artificial de las membranas amnióticas

Objetivo: acelerar el trabajo de parto

Material: amniotomo, pinza de Hallis, solución jabonosa

Indicaciones:

En presentaciones cefálicas, abocada o encajada y en cérvix con el borramiento y dilatación suficientes para practicar la ruptura mayor de 4 cm., en trabajo de parto normal.

Contraindicaciones:

En presentaciones muy altas y cuando el trabajo de parto no es regular y en presentaciones no cefálicas.

Al ocurrir la ruptura de membranas ovulares se puede observar líquido amniótico cuyas

Características que se deben interpretar:

Tipo de líquido	características	interpretación
Normal	claro transparente Cetrino Olor sui generis	embarazo normal
Meconial (+) (++) (+++)	color verdoso, espeso	hipoxia fetal, sufrimiento fetal, Presentación pélvica
Hemático	color vino, turbio	patología placentaria, desprendimiento de placenta, ruptura uterina
Purulento	blanquecino amarillento Grumoso, espeso, fétido	amnioítis

Técnica y asistencia de enfermería:

- ☞ Informarle a la paciente el procedimiento
- ☞ Preparar la región, colocando el cómodo y en posición de litotomía a la paciente
- ☞ Realizar aseo de perineo y la vulva con jabón y solución
- ☞ Calzarse guantes y separar ampliamente los labios vulvares

- ☞ Introducir la rama dirigida por los dedos del explorador hasta ponerla en contacto con la bolsa y se hace presión rasgando con el pequeño diente de la punta, dejando salir el líquido lentamente y observando sus características.
- ☞ Si la presentación aún no está encajada se puede romper las membranas en el intervalo entre dos contracciones, no es conveniente romper la bolsa en el momento de la contracción porque la salida del líquido es brusca y puede arrastrar un asa del cordón umbilical el cual es un accidente importante y peligroso. Si la cabeza ya está encajada se puede romper las membranas en cualquier momento.
- ☞ Como método de precaución se debe monitorizar al feto así como tomar inmediatamente la frecuencia cardíaca fetal.

2.4 INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO:

Concepto: Es el procedimiento mediante el cual se provoca el inicio del trabajo de parto; (inicia, desencadena y principia el trabajo de parto)

Conducción , es el procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en una paciente que ya se encuentra en trabajo de parto; (guía, señala, regulariza y activa el trabajo de parto)

Indicaciones de la Inducción

No debe usarse en forma indiscriminada, sino siempre por indicación precisa, predispone a un trabajo de parto prolongado, y a una distocia de contracción si no se valoran adecuadamente las condiciones cervicales.

- Embarazo prolongado, muerte fetal in útero, ruptura prematura de membranas, toxemia gravídica, complicaciones médicas del embarazo (diabetes, cardiopatías, nefropatías, etc.), padecimientos obstétricos (isoimmunización)

Requisitos

- ☞ Deben reunirse ciertas condiciones antes de utilizar oxitocina en el tratamiento de un parto disfuncional.
- ☞ Debe existir evidencia clara de que el progreso del parto se está enlenteciendo, la administración de oxitocina para acelerar un parto que avanza normalmente es injustificada , antifisiológica y peligrosa .
- ☞ No debe existir impedimento mecánico identificable al progreso satisfactorio del parto
- ☞ La cabeza debe ser el polo de presentación, y debe estar bien aplicada al cérvix y segmento inferior del útero. La estimulación con oxitocina de un parto inerte en presentación podálica es ineficaz y puede ser peligrosa.
- ☞ La utilización de oxitocina en presentación transversa está rotundamente contraindicada.
- ☞ El feto debe estar buenas condiciones.
- ☞ El útero no debe tener cicatrices de un procedimiento quirúrgico previo.
- ☞ La mujer no debe ser una multípara (para superior a 6) ya que se corre el riesgo de un ruptura uterina.
- ☞ Cérvix madura, corta blanda y central
- ☞ Presentación cefálica, abocada o encajada
- ☞ Pelvis con diámetros adecuados al tamaño del producto
- ☞ Conocimiento absoluto del procedimiento

☞ Vigilancia estrecha del trabajo de parto

Contraindicaciones

- ☞ Cérvix desfavorable (larga, resistente y posterior)
- ☞ Presentación cefálica libre
- ☞ Presentación pélvica o situaciones anormales
- ☞ Actitudes viciosas del producto (presentaciones compuestas)
- ☞ Procúbito de cordón
- ☞ Sospecha o evidencia de desproporción fetopélvica
- ☞ Placenta previa
- ☞ Sufrimiento fetal

Métodos inductores

El método de elección para llevar a cabo esta técnica consiste en administrar una dilución de oxitocina por vía intravenosa en goteo controlado (dosis respuesta). La oxitocina nunca debe emplearse por otra vía que no sea intravenosa.

Hay métodos como el despegamiento de membranas y la aplicación de enema evacuante que en condiciones cervicales favorables, pueden estimular el inicio de trabajo de parto.

El uso de prostaglandinas en la actualidad abre nuevos horizontes en este campo.

Técnica de inductoconducción con oxitocina:

En condiciones óptimas, la oxitocina se administra de la siguiente forma:

- ⇒ Se ponen 5 UI de oxitocina en un litro de solución salina normal o con glucosa al 5%. de esta solución quedan 5 mU de oxitocina/ml de solución.
- ⇒ Debe comenzarse 2 mU/ minuto ó bien empezando por 8 gotas/minuto ya que de la solución preparada se obtiene 1 mU de oxitocina en 4 gotas.

- ⇒ Si no existe un incremento apreciable en la actividad uterina después de 15 minutos, se puede aumentar a 5 mU/minuto o 20 gotas /minuto.
- ⇒ Se ha demostrado que la incidencia y gravedad de la condición están relacionados tanto con la dosis como con el tiempo, siendo aquellas especialmente marcadas cuando se ha empleado dosis elevadas como 32 mU/ minuto durante periodos relativamente extensos, esto subraya el principio general de que la oxitocina se utiliza de forma óptima a una dosificación **no superior a 20 mU/minuto** y de que deben hacerse todos los esfuerzos por restringir el manejo completo de la inercia uterina secundaria al tiempo más breve posible generalmente **no más de 6 horas**.

La respuesta a la oxitocina siempre es individual. Los factores que modifican la dosis respuesta son:

1. Edad del embarazo, a menor edad mayor dosis de oxitocina debe administrarse
2. Patología agregada, como diabetes mellitus, es este caso se requiere de dosis mayores para obtener respuesta debido a que hay mayor liberación de oxitocinasa
3. Toxemia gravídica, es esta enfermedad la paciente responde fácilmente a pequeñas dosis de oxitocina, a causa de la hemoconcentración, o elevación de la serotonina.

VIGILANCIA Y ASISTENCIA DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE INDUCCIÓN:

- ☞ Explicarle a la paciente el procedimiento y la finalidad del mismo para lograr que coopere durante la administración de la solución, así como avisar cualquier cambio importante, como la salida de líquido espontáneo a través de vagina (amniótico), presencia de sangrado vaginal, aumento en la intensidad dolor y

frecuencia de las contracciones, hipersensibilidad a la palpación uterina entre las contracciones.

- ☞ De acuerdo con la actividad uterina lograda, se reduce, aumenta o suprime el goteo
- ☞ Vigilar la frecuencia cardiaca fetal cada 10 minutos para detectar tempranamente sufrimiento fetal a través de su auscultación (Ver pag. no.28.)
- ☞ Vigilar signos vitales, ya que la frecuencia cardiaca fetal se puede alterar así como el progreso del trabajo de parto
- ☞ Vigilar que el goteo de la solución sea constante y regular, evitando flexión del codo, acodadura de catéter, obstrucción etc.
- ☞ Los cambios posturales de la paciente modifican la actividad uterina, en decúbito lateral aumenta la frecuencia y disminuye la intensidad, en cambio en decúbito dorsal aumenta la intensidad y disminuye la frecuencia.
- ☞ Al realizar exploración vaginal mediante el tacto se observarán las características de la secreción en busca de presencia de meconio el cual es un indicador de sufrimiento fetal.
- *Nunca debe dejarse una paciente en inducción sin vigilancia estrecha, constante y personal del médico responsable.*

Complicaciones

Durante la inducción o conducción del trabajo de parto puede ocurrir una distocia dinámica (hipertonía, polisistolía, inversión de algún componente del triple gradiente descendente) que a su vez puede resultar las siguientes complicaciones:

- Sufrimiento materno en caso de trabajo de parto prolongado.
- Sufrimiento fetal o muerte fetal
- Desprendimiento prematuro de placenta

- Ruptura uterina o dehiscencia de cicatrices previas
- Atonía uterina posparto
- Embolia del líquido amniótico
- Aumento de las probabilidades de que se efectúe operación cesárea
- Contractilidad uterina excesiva
- Intoxicación acuosa
- Hiperbilirubinemia en el recién nacido.

Acciones a seguir en caso de complicaciones:

- Suspender de inmediato el goteo de la solución con oxitocina
- Administrar oxígeno a la paciente
- Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo
- Aplicar sedación o bloqueo peridural
- Vigilar la frecuencia cardíaca fetal cada 10 minutos
- Valorar la conducta obstétrica más adecuada a seguir y preparar psicológicamente a la paciente por si se requiere que se practique una cesárea.

2.5 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DE PARTO NORMAL:

Ver anexo no. 3 (Mecanismos del trabajo de parto, pag. no.110)

Para atender un parto en condiciones óptimas se debe contar con las instalaciones y equipo adecuados, como es el aparato de anestesia en caso de alguna complicación obstétrica, tomas de oxígeno, reloj, aparatos de succión, carro rojo con los medicamentos básicos en obstetricia y equipo necesario para dar reanimación, mesa de expulsión, mesa de mayo, mesa de riñón, pierneras, cubetas con bolsas protectoras, tarja para el lavado de manos quirúrgico, buena fuente de luz; mesa para recibir al recién nacido con fuente de calor , de luz y de oxígeno así como lo necesario para intubación y reanimación, como es el ambú pediátrico con reservorio , laringoscopio completo de RN. con hojas rectas de diferentes números 1,0,00, mascarillas, cánulas de Rouge 2.5, 3.0,3.5, y 4 así como sondas nélaton, jeringas, tijeras, gasas.

2.5.1 Material, instrumental y medicamentos

Ropa, uniforme quirúrgico, bata de cirujano estéril, gorro, cubrebocas, botas.

Equipo de parto el cual debe incluir:

Instrumental, 1 tijera de mayo recta, 2 ó 3 pinzas de Rochester curvas o rectas,

1 pinza de disección sin dientes, 1 portaguja de Hegar.

Ropa estéril : 1 compresa, 10 gasas, 2 piñeras, 2 ó 3 campos, la bata y toallita para el cirujano.

Equipo estéril para recibir al recién nacido

1 campo estéril, 1 bata de cirujano, 1 toallita, 1 compresa, 5 gasitas, perilla del no. 4, onfalotomo, guantes, pinza, cinta ó ligadura umbilical, según criterio del pediatra.

Equipo de aseó: el cual debe incluir, sonda nélaton para realizar cateterismo vesical no. 14 ó 16, 1 flanera con 10 torundas de gasa para realizar asepsia de la región, lubricante, guantes.

Solución jabonosa, solución de benzalconio, solución estéril o fisiológica.

Medicamentos necesarios en la atención de obstetricia en la sala de expulsión:

Oxitocinas
Bicarbonato de sodio
Ergonovinas
Agua inyectable
Adrenalina
Efedrinas
Ketamina
Sulfato de magnesio
Gluconato de calcio
Diacepam
Xilocainas con y sin epinefrinas

Equipo para revisión de cavidad en caso necesario:

- 2 pinzas de forester
- 2 valvas de Eastman
- 5 gasas

2.5.2 ASISTENCIA DE LA ENFERMERA CIRCULANTE:

- ☞ Ayudar en el traslado de la paciente, apoyando psicológicamente su angustia y miedo en caso de estarlo
- ☞ Vigilar que mantenga venoclisis permeable, identificando algún medicamento que contenga la solución
- ☞ Vigilar que los signos vitales de mantengan estables
- ☞ Corroborar: dilatación cervical (10 cm.), borramiento (100%), altura de la presentación 3° ó 4° plano de Hodge, estado de membranas, variedad de posición, frecuencia cardíaca fetal.
- ☞ Corroborar que se cuente con el material y equipo necesario
- ☞ Corroborar que se encuentre el personal indicado para la atención del parto así como del recién nacido
- ☞ Colocar a la paciente en posición ginecológica y colocar pierneras metálicas asegurándose que se encuentren fijas
- ☞ Abrir el bulto estéril del equipo material y ropa

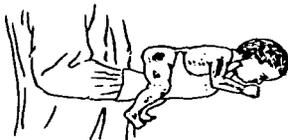
2.5.3 ASISTENCIA DEL OBSTETRA (ENFERMERA O MÉDICO):

- ☞ El obstetra deberá realizarse lavado de manos y vestido quirúrgico
- ☞ Realizar la asepsia vulvoperineal con soluciones antisépticas, generalmente se utiliza jabón y solución estéril, siguiendo los principios de enfermería: de lo más limpio a lo más sucio, de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Primero se limpiará la parte inferior del abdomen y el pubis, continuará con la cara interna de los muslos, la piel que se encuentra a los lados del orificio vaginal se limpiará de arriba hacia abajo evitando la contaminación por el recto utilizando

para cada lado diferente gasa; pasará a continuación el perinco transversalmente, y terminará con el aseo de la región anal evitando regresar a los lados que ya se limpió.

- ☞ Colocar los campos estériles
- ☞ Realizar infiltración local de anestesia, aplicándola inmediatamente por debajo de la horquilla, infiltrando de 5 a 10 cc de xylocaína al 1 % simple el cual equivale a 50-100mg de xylocaína, de preferencia con una aguja calibre 20, introduciéndola y llevándola a un punto situado a la mitad de distancia del ano y de la tuberosidad isquiática; antes de infiltrar realizar aspiración con el émbolo de la jeringa para corroborar que no se haya puncionado vena, la xylocaína se irá aplicando en pequeñas dosis al mismo tiempo que se va extrayendo la aguja y se repetirá en forma radiada.
- ☞ En el momento de la contracción, cuando abomba el perinó (que la corona se observe ya de 3-4 cm. por el introito) se efectuará la episiotomía media lateral profiláctica. (Ver esquema no. 7-a)
- ☞ En la expulsión (nacimiento) del feto se evitará el descenso rápido de la cabeza y se protegerá al periné de desgarros a través de la maniobra de **Olsahusen-Ritgen** modificada, la cual ayuda a la defeción de la cabeza fetal y consiste en: Rechazar el periné adaptando una de las manos a él generalmente la no dominante, al mismo tiempo que con la otra mano y con una gasa en ella se apoyará en el occipucio en el que se hace presión, en esta forma se aumenta la hiperflexión de la cabeza y se logra que el sub-occipucio se enganche en el subpubis y la defeción se hace más fácil. (Ver esquema no. 7-b)

- ☞ Habiendo salido la cara, se limpiará y se aspirarán las secreciones con la perilla teniendo el siguiente orden primero la boca y luego la nariz (ver esquema no. 7-c)
- ☞ En caso de haber circular de cordón al cuello, se podrán tener las siguientes opciones:
 - ☞ Si es laxa se podrá retirar al extraer completamente al producto del canal vaginal
 - ☞ Si está tenso y apretado se retirará en ese momento y se podrá hacer en forma manual o utilizando las pinzas de Rochester colocando una que quedará hacia la placenta y otra hacia el recién nacido cortando entre las dos pinzas con las tijeras
 - ☞ Girar la cabeza del neonato (rotación externa) 45° en dirección contraria a las manecillas del reloj en los casos que la variedad de posición haya sido OIA, después hacerla descender suavemente para favorecer el encajamiento del hombro anterior en el subpubis
 - ☞ Elevar ligeramente al neonato para lograr el desprendimiento del hombro posterior (Ver esquema no. 7-d,)
 - ☞ Extraer el resto del cuerpo, controlando su salida (Ver esquema no. 7-e,)
 - ☞ Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de secreciones bucofaringeas. (Ver esquema no. 6)



Esquema no. 6
 Forma correcta de tomar al recién nacido para evitar broncoaspiración.

FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Ttrillas, México. 1997. p. 230

- ☞ Mantener al neonato a la altura de la pelvis con la finalidad de evitar una descarga de sangre placentaria al neonato o viceversa
- ☞ Esperar de 20 a 30 segundos antes de pinzar el cordón umbilical, colocando una pinza aproximadamente 20 cm. de la pared abdominal del recién nacido y otra pinza a una distancia de 3-5 cm. de la primera (Ver esquema no. 7-f)
- ☞ Cuando la paciente mantiene sol. con oxitocina por la inducción previa generalmente se cierra momentos antes del nacimiento y se mantiene permeable la vena con sol. simple, y momentos después del alumbramiento de la placenta se procederá a continuar la oxitocina completando en total 20 unidades a goteo rápido en 500 de sol. gluc. al 5%.
- ☞ Entregar al recién nacido al personal correspondiente, pediatra o enfermera capacitada para brindar reanimación al recién nacido (Ver esquema no. 7-g)
- ☞ Atender el alumbramiento en forma bimanual, presionando con una mano la región suprapúbica, maniobra llamada de BRANDT-ANDREWS, (Ver esquema no.8 pag.60) y con la otra traccionar suavemente el extremo del cordón umbilical hasta observar las manifestaciones clínicas del desprendimiento placentario. Al irse desprendiendo rotarla en forma circular y de manera gentil traccionarla favoreciendo así su extracción completa a esta maniobra se le conoce como de DUBLIN.
- ☞ A su salida revisar las características, presentación de la placenta, integridad de los cotiledones y amnios.
- ☞ Llevar a cabo la revisión de cavidad de acuerdo al criterio del obstetra, previo cambio de guantes, con una gasa se enrollan los dedos medio e índice, la revisión se hará en forma gentil y sistematizada explicando a la madre el

procedimiento, introduciendo la mano hasta encontrar el fondo uterino y en dirección de manecillas del reloj se procede a raspar las paredes del útero y en caso de que la gasa muestre restos ovulares realizar nuevamente el procedimiento.

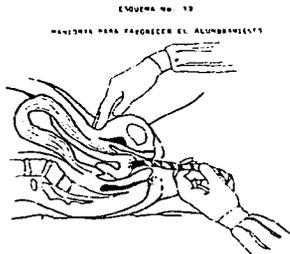
- ☞ Revisar la integridad del canal vaginal y del músculo elevador del ano procediendo así a la episiorrafia y en caso necesario suturar los desgarros así como la episiotomía
- ☞ Al terminar la episiorrafia retirar las gasas o sobrante de sutura que hayan quedado en el canal vaginal ó periné, se debe tener cuidado de no dejar material de esponjear como pueden ser gasas,
- ☞ Se recomienda ergnovina IV ó IM al finalizar el parto,
- ☞ De acuerdo al criterio del obstetra se agregará 20 unidades a la solución que este pasando por venoclisis no menos de 300 ml. a goteo rápido para evitar alzas tensionales bruscas, sobre todo en pacientes hipertensas ó toxémicas
- ☞ Retirar la ropa quirúrgica y asear la zona perineal, verificar la involución uterina y realizar masaje en las piernas para disminuir el riesgo a tromboembolias, dejando a la paciente limpia, cómoda y segura
- ☞ Se tomarán signos vitales para asegurarse de la estabilidad de la madre y observar las características de los loquios.
- ☞ Se trasladará a la paciente a su unidad explicándole el éxito del parto.
¡Felicidades Sra.!
- ☞ ¡Su hijo esta bien! Y en casos lamentables de mortinatos y óbitos se apoyará a la madre psicológicamente, en cuanto sea posible, con actitudes positivas.

Esquema no. 7 Atención del parto



FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia Básica
Ilustrada. Ed. Trillas, México. 1997. p. 216,217

Esquema no. 8 maniobra de alumbramiento Brandt Andrews



**FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia
Básica Ilustrada.Ed. Trillas, México. 1997. p. 221**

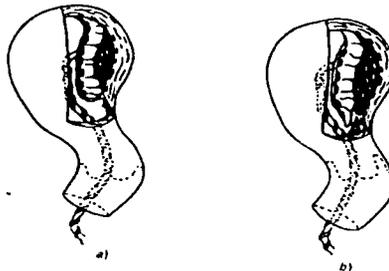
2.6 ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

Cosiste en la expulsión total de la placenta, y su duración es de aproximadamente 30 minutos y comprende tres etapas: Despegamiento, Descenso y Expulsión. Existen dos mecanismos por los cuales se puede llevar a cabo el despegamiento y expulsión de la placenta: ((Ver esquema no. 9)

- BAUDOLOQUE SHULZ, que es el más frecuente, en cual se forma un hematoma retroplacentario y la placenta es expulsada por su cara fetal.
- BAUDOLOQUE DUNCAN en el cual la placenta inicia su desprendimiento en uno de sus bordes por lo cual se va presentando sangrado trasvaginal y al desprenderse presenta su cara materna.

Esquema no.9

Mecanismos de desprendimiento placentario a) Baudeloque, Schultze y
b) Baudeloque Duncan



2.7 EPISIOTOMÍA:

Concepto

Es la incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con objeto de ampliar las partes blandas del canal de parto y facilitar la expulsión del producto

Ventajas

- Evita laceraciones vaginoperineales
- Acorta el segundo período del trabajo de parto
- Reduce trauma fetal
- Sirve como profilaxis de los problemas de estática pelvigenital (cistocele, rectocele)

Indicaciones

Pacientes primigestas
Multiparas con episiotomías previas
Aplicación de fórceps
Productos prematuros y macrosómicos

Tipos de episiotomías (Ver esquema no. 10, pag. no.64)

Media, con la tijera se practica una incisión que parte de la horquilla vulvar al ano, en esta forma se secciona solamente el rafe aponeurótico del periné, hasta llegar a la cercanía del esfínter anal respetando la integridad de este músculo, se recomienda este tipo de incisión solo cuando existe un periné amplio y la experiencia del obstetra lo permita.

Medialateral, es la incisión que se efectúa también partiendo de la horquilla vulvar, dirigiéndose hacia abajo y afuera en dirección al isquión. Puede efectuarse tanto del lado derecho como del izquierdo, este tipo de incisión se recomienda cuando se emplean fórceps, producto grande, periné poco amplio.

Técnica para los dos casos anteriores.

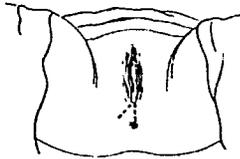
1. Con la tijera de Mayo recta, practicar en el periné la incisión más conveniente, media o lateral.
2. Después de atender el parto y previa identificación de los elementos anatómicos, suturar en la forma siguiente:
 - Surgete anclado con catgut crómico 00 y aguja atraumática en la mucosa vaginal, iniciando la sutura en el ángulo posterior de la vaginotomía y terminando en la horquilla vulvar.
 - Afrontar el plano muscular del periné con puntos separados en el mismo catcut anterior.
 - Con catgut 000 crómico y aguja atraumática se inicia un surgete continuo a partir del ángulo de la horquilla vulvar, tomando la aponeurosis superficial hasta el extremo del corte quirúrgico, con la misma sutura se realiza un surgete intradérmico en el cual se anuda en la horquilla vulvar.

Medidas generales

- ☞ Se debe tener cuidado de hacer coincidir piel y mucosa en los bordes de la horquilla vulvar, para lograr la simetría de la región
- ☞ Al emplear esta técnica se debe estar seguro de lograr una hemostasia correcta y no dejar espacio entre los planos quirúrgicos mencionados.
- ☞ Siempre se debe examinar el recto al concluir la sutura a fin de valorar la integridad del esfínter anal y cerciorarse de que la mucosa rectal está indemne

- ☞ En el postoperatorio inmediato se debe realizar asco vulvoperineal las veces que sean necesario, emplear si es necesario laxantes suaves, puede usarse alguna pomada local para aliviar el dolor si es necesario.

Esquema no. 10 Sitios de incisión en la episiotomía media y mediolateral



**FUENTE: MONDRGÓN C. Héctor. Obstetricia
Básica Ilustrada.Ed. trillas, México. 1997. pp 224**

2.8 PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA EN OBSTETRICIA MÁS USADOS EN ESTA INSTITUCIÓN.

(Ver anexo No. 4 pag. 114)

2.8.1 BLOQUEO PERIDURAL:

Concepto: Es el procedimiento de mayor elección para suprimir el dolor obstétrico, puede usarse durante el primero y segundo período de trabajo de parto. Consiste en introducir un agente anestésico local como lidocaína en el espacio peridural o epidural por vía lumbar, a fin de anestesiarse las raíces sensitivas del sitio de la punción.

Equipo para el procedimiento

- Flanera con 6 torundas de gasa

- Merthiolate
- Jeringas de cristal de 10 cm. 5cm. y de 20 cm.
- Aguja de Thouy
- Catéter epidural
- Pinza de Forester o Hallis
- Lidocaína al 2% o al 1% con y sin epinefrina
- Ampolleta de bicarbonato de sodio
- Agujas de diferentes calibres para infiltrar
- Guantes y bata para el anestesiólogo (la bata según norma de la Institución)
- Campo estéril hendido

La colocación del catéter de polietileno permite administrar dosis consecutivas y fraccionadas de anestesia.

Dosis

Durante el embarazo se recomienda aplicar dosis de 1 a 1.5 de anestésico por cada segmento medular y según el sitio en que se efectúe la punción vertebral, la cantidad de anestésico será de diferente grado de concentración de acuerdo al caso:

- En analgesia para el primer período de parto: soluciones del 0.5% al 1 %
- En período expulsivo y cirugía obstétrica vaginal soluciones al 1.5% al 2% con o sin epinefrina
- En cirugía obstétrica abdominal soluciones al 2% con o sin epinefrina.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

- Instalar una venoclisis antes de iniciar el bloqueo
- Informarle a la paciente del procedimiento
- Colocar en una mesa de curaciones o Pasteur el equipo de Bloqueo y abrirlo con técnica aséptica

- Colocar las agujas y el catéter epidural en el campo estéril abierto, y solución de merthiolate a la flanera de torundas, así como el par de guantes para el anestesiólogo.
- Preparar las tiras de tela adhesiva dos cortas de 10 cm. aproximadamente y una de 25 cm. para fijar el catéter epidural.
- Tener listas las xylocaínas y el amp. de Bicarbonato de Sodio
- Ayudar a la paciente a colocarse en posición fetal, decúbito dorsal con las rodillas flexionadas hacia el pecho y la barbilla pegada al pecho para aumentar los espacios intervertebrales.
- La enfermera asistirá, en cuanto sea posible junto a la madre para darle apoyo psicológico, evitando estimularla con ruidos
- Ayudar a colocar a la paciente en posición de decúbito dorsal evitando esfuerzo al cambiar de posición.
- Tomar signos vitales para diagnosticar tempranamente alguna complicación.

Precauciones

- Contar con un aparato de anestesia general
- Tener equipo necesario para entubación endotraqueal
- Contar con aparato de succión
- Tener los medicamentos necesarios para una anestesia general (relajantes musculares, anestésicos endovenosos y anticolinérgicos)

Contraindicaciones

- Estado de choque
- Anemia aguda
- Hipotensión arterial
- Estado de coma
- Discrasias sanguíneas
- Empleo de anticoagulantes
- Infección dérmica en el sitio de punción
- Septicemia

- Desequilibrio de líquidos y electrolitos
- Deformidades de columna vertebral
- Obesidad extrema
- Temor exagerado o falta de colaboración de la paciente

2.8.2 ANESTESIA POR BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS:

La sensibilidad del periné y de sus genitales externos depende principalmente de las ramas eferentes del plexo lumbar y del plexo sacro. El nervio pudendo interno es el más importante de los que dan inervación sensitiva a los genitales externos, ese nervio se deriva de S₃, S₄ y S₅ y sale de la pelvis a través de la porción inferior de la escotadura ciática, rodea al isquión y penetra nuevamente por la escotadura ciática menor, aplicándose a la cara interna del isquión. El bloqueo de este nervio produce anestesia de todo el periné, con el relajamiento del piso pélvico.

Técnica (Ver esquema no.11-A)

Existe la técnica trasvaginal y la transperineal, la primera es la más sencilla y de más uso. Por vía vaginal se identifican las espinas ciáticas, entre los dedos índice y medio se desliza una aguja de raquia conectada a la jeringa con el anestésico local (xilocaína al 1%) se introduce dirigiéndola a la cara posterior de la espina ciática infiltrando el ligamento sacro ciático menor y luego perforándolo; al introducir la aguja dos o tres centímetros, se aspira primero para tener la certeza de que no han puncionado los vasos pudendos. Se infiltran 10 ml. de lidocaína al 1% con adrenalina 1:200 000; se repite la maniobra en el lado contrario, no exceder más de 40 ml. del anestésico.

La técnica transperineal consiste en introducir la aguja a través del periné hasta llegar al sitio antes mencionado. Se debe cuidar de no lesionar el recto de la paciente.

Indicaciones

- Cuando no existe un médico anestesiólogo durante la atención del parto
- Cuando esté contraindicado el bloqueo peridural o no dé tiempo de aplicarlo
- Como complemento del parto psicoprofiláctico

2.8.3 ANESTESIA POR INFILTRACIÓN LOCAL DEL PERINÉ

La anestesia por infiltración local puede usarse en episiotomías, episiorrafias y sutura de pequeñas laceraciones, también se utiliza para eliminar los dolores en el parto en el área perineal sin trastornar los esfuerzos expulsivos naturales; no debe usarse si se encuentra infección en el sitio de infiltración.

El anestésico que con mayor frecuencia se utiliza es la xilocaina al 1% a dosis de 10 ml.

Técnica (Ver esquema no. 11- B)

Explicarle a la paciente el procedimiento a realizar

Colocarla en posición de litomía, generalmente se realiza en el tercer periodo de trabajo de parto cuando ya alumbró la placenta y es para reparar la episiorrafia.

Infiltrar inmediatamente debajo de la horquilla una pequeña cantidad previa aspiración

Mover la jeringa en sentido de abanico aspirar e infiltrar cantidades pequeñas de xilocaina para lograr anestésiar el periné.

La infiltración también se puede realizar antes de la expulsión del producto cuando este coronando la parte cefálica del producto y se abombe el periné, para realizar la episiotomía.

Esquema no.11

- A) Técnica de bloqueo de nervios pudendos
- B) Infiltración de anestésico local para realizar una episiotomía

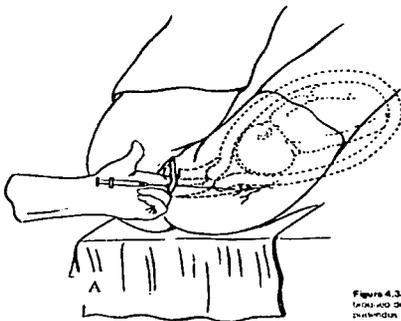


Figura 4.33. Técnica de bloqueo de nervios pudendos.

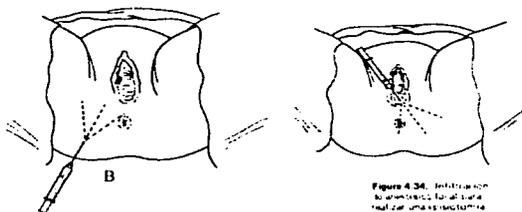


Figura 4.34. Infiltración con anestésico local para realizar una episiotomía.

FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia Básica
Ilustrada. Ed. Trillas, México. 1997. p. 203

2.8.4 TECNICA DE PUJO:

Concepto: Son aquellas maniobras que facilitan la pronta expulsión del producto durante el segundo periodo del trabajo del parto.

El pujo debe tener tres características principales: **Fuerte, Dirigido, y Fraccionado**

Si el pujo es correcto se debe observar descenso del útero, abultamiento de la vulva y salida de líquido por la vagina.

Técnica:

Una vez iniciada la contracción recordarle a la paciente que haga 2 respiraciones profundas o de limpieza, que inhale profundamente y mantenga el aire en los pulmones al mismo tiempo que puje dirigiendo el esfuerzo hacia abajo como si quisiera obrar, evitando hacer ruido gutural ya que esto puede lesionar la faringe.

El pujo deberá durar lo más que se pueda, pudiendo cambiar el aire como si apagara una vela iniciando nuevamente el pujo, y así sucesivamente hasta que el útero se relaje.

Durante el pujo se puede ayudar a la paciente a incorporar un poco para ejercer más presión sobre el diafragma y al mismo tiempo hacia el útero.

Cuando ya no sea necesario pujar, recordarle a la paciente que ya no puje y que respire soplando para facilitar la salida del producto evitando que ésta sea brusca.

2.9 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE EXPULSIÓN (CUIDADOS INMEDIATOS)

2.9.1 Concepto

Se refiere a la atención inmediata al recién nacido llamada también reanimación neonatal.

Al momento del parto mantenerlo por abajo del nivel placentario, a fin de que reciba mayor cantidad de sangre

Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de secreciones bucofaringeas

Aspirar de inmediato: primero la faringe y luego las fosas nasales, para evitar que se estimule el reflejo de aspiración

Pinzar y seccionar el cordón umbilical

Dar al recién nacido al personal capacitado pediatra o enfermería para brindar los cuidados

Colocarlo en la mesa pediátrica en posición de Rosier (decúbito dorsal con cabeza en hiperextensión) para facilitar la aereación pulmonar. Se pondrá con la cabeza hacia el explorador bajo una fuente de calor radiante para evitar pérdida de calorías.

Hacer la valoración al minuto de APGAR

Limpiar y secar suave pero energicamente la piel del bebé, ya que la hipotermia aumenta el consumo de oxígeno y favorece la aparición de acidosis e hipoglicemia. Esto permite a la vez estimular al recién nacido favoreciendo la respiración. Además evita pérdida calórica por evaporación

De acuerdo a los patrones del ABC de la reanimación neonatal se brindará la siguiente atención:

A Establecer vía aérea permeable.- posición del niño, aspirar boca, nariz y traquea en algunos casos, si es necesario introducir tubo endotraqueal

B Iniciar respiración.- usar estímulos táctiles, emplear O₂ libre con tubo ó mascarilla, con presión (bolsa de Ambú), con sonda endotraqueal

C Mantener circulación.- estimular y mantener la circulación en caso necesario dar masaje cardíaco y medicación.

Todo esto se realiza en 20 segundos, evaluando la condición del paciente, observando la respiración, la frecuencia cardíaca y el color, esto nos dará las pautas a seguir.

Explorar la permeabilidad esofágica, aspirar y medir el contenido gástrico para evitar broncoaspiración

Comprobar la permeabilidad anorrectal

Valorar de acuerdo con el método de APGAR a los 5 minutos (Criterio pronóstico)

Ligar el cordón umbilical con doble ligadura a 5 cm. de la pared abdominal del recién nacido.

2.9.2 Evaluación del neonato:

Posición, aspiración y estimulación son acciones necesarias en todos los recién nacidos y se llevará a cabo para limpiar la vía aérea y poder iniciar la respiración. El próximo paso dependerá de su evaluación el cual se enfocará a tres signos vitales: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color. (controlar y evaluar estos signos dará información sobre las medidas a seguir en una reanimación neonatal)

Pasos en la evaluación

Controlar y evaluar al niño generalmente requiere los siguientes pasos

Observe y evalúe las respiraciones del neonato. Si es normal continúe con el siguiente paso, si no es normal comience con ventilación a presión positiva

Controle la frecuencia cardiaca del neonato si es mayor de 100 por minuto continúe con el siguiente paso, si no, inicie ventilación

Si el recién nacido está respirando y la frecuencia cardiaca es mayor de 100, evalúe el color del bebé

Si presenta cianosis central administre oxígeno

Esfuerzo respiratorio:

El primer ítem a ser evaluado es el esfuerzo respiratorio del niño, la adecuada oxigenación del niño (que resulta de una oxigenación suficiente del corazón, tejidos y buen color) primariamente depende de una adecuada respiración. El ritmo y la profundidad de la respiración debería incrementarse en los primeros segundos después de la primera palmada de las plantas de los pies o frote de la espalda pues provee la necesaria estimulación. No se debería estimular al bebé más de dos veces. Luego de la estimulación del niño la principal pregunta que la enfermera debe hacerse es: ¿Muestra el niño algún esfuerzo respiratorio?

Está respirando.- Si hay respiraciones espontáneas y adecuadas puede continuar con el próximo paso que es comprobar la frecuencia cardíaca.

Apneico/Boqueando.- Si el niño no muestra una respuesta respiratoria con la estimulación, se le debe administrar ventilación presión positiva usando bolsa y máscara. Continuar con la estimulación táctil en un niño que no responde solamente aumenta la hipoxia y retarda el inicio de la respiración (ventilación a presión positiva debe ser instaurada con bolsa y máscara o bolsa y tubo endotraqueal)

Frecuencia cardiaca Inmediatamente después de haber evaluado el esfuerzo respiratorio (y de haberse tomado las acciones apropiadas) es importante controlar la frecuencia cardiaca del bebé. No de por sentado que la presencia de respiraciones

significa que el neonato tiene una buena frecuencia cardíaca. La respiración puede estar presente pero puede no proveer suficiente oxigenación para mantener una frecuencia cardíaca mayor a 100 por minuto. Debería preguntarse ¿es la frecuencia cardíaca mayor de 100?. Si la frecuencia es mayor de 100 latidos por minuto y el neonato tiene respiraciones espontáneas puede continuar y evaluar el siguiente signo que es el color.

En cualquier momento en que la frecuencia cardíaca sea menor de 100 latidos por minuto está indicada ventilación con presión positiva aunque el bebé tenga respiraciones espontáneas.

Es importante controlar la frecuencia cardíaca en un recién nacido porque a menudo va a determinar la extensión de la reanimación. Por la frecuencia cardíaca se puede determinar que está indicado, si ventilación con presión positiva o masaje cardíaco y/o la administración de medicamentos, si la frecuencia cardíaca es mayor de 100 latidos por minuto y se mantiene, el próximo paso a evaluar es el color

Color

Cuando la respiración del recién nacido y la frecuencia cardíaca mejoran significativamente, la piel deberá volverse rosada. El mejoramiento del color se debe al aumento del oxígeno que entra en la sangre.

En algunas circunstancias, aunque las respiraciones del neonato son adecuadas y la frecuencia cardíaca es mayor a 100 lpm el bebé puede aún estar cianótico (cianosis central) en este caso hay suficiente oxígeno ingresando por los pulmones y entrando en la corriente sanguínea para mantener la frecuencia cardíaca, pero no lo suficientemente para oxigenar completamente al bebé, bajo estas circunstancias se le debe administrar oxígeno.

¿Está presente la cianosis? Si la cianosis central está presente en un niño con respiraciones espontáneas y una adecuada frecuencia cardíaca se le debe administrar

2.9.3 Flujo libre de oxígeno

Importancia:

El oxígeno no es necesario para niños que tiene solamente extremidades azules (cianosis periférica o acrocianosis) una condición que está presente en los niños normales en los primeros minutos del nacimiento. La cianosis periférica es causada por la combinación de una sala de partos fría y una circulación lenta. No se debe a una falta de oxígeno.

El proceso entero hasta este punto incluido el del neonato, la limpieza de la vía aérea y la estimulación inicial, no deberá tomar más de 20 segundos. Si el bebé no respira a cuya frecuencia cardíaca es menor de 100 lpm. es esencial establecer la respiración con ventilación a presión positiva de manera que se asegure una adecuada oxigenación.

Administrar flujo libre de oxígeno o continuar con estímulos táctiles en un niño que no respira o cuya frecuencia cardíaca es menor de 100 lpm. es de muy poco o ningún valor y sólo se retarda el manejo adecuado y temprano apropiado.

Uso de flujo libre de oxígeno:

Al nacer muchos recién nacidos tienen cierto grado de cianosis. La oxigenación mejora cuando se establece la respiración de manera que en 60-90 segundos muchos recién nacidos comienzan a estar rosados, aunque pueden presentar cianosis periférica.

Otras veces en cambio el bebé ha establecido una respiración regular, la frecuencia es mayor de 100 lpm. pero la cianosis central persiste, en esos casos la respiración puede ser adecuada para suministrar el suficiente oxígeno y mantener la frecuencia cardíaca mayor de 100, pero no adecuada para oxigenar totalmente al niño. La cianosis persistente puede también deberse a un defecto congénito que interfiere con la función

pulmonar, hernias diafragmáticas, o cardiopatías congénitas. Para disminuir la cianosis en un niño que tiene respiraciones normales y un frecuencia cardíaca mayor de 100 lpm. la ventilación con presión positiva no está indicada en cambio se debe suministrar el oxígeno a flujo libre para mejorar el color.

Principios para manejar el oxígeno libre:

- **Inicialmente:** un bebé recién nacido tiene cianosis central, luego de que ha establecido una respiración normal y un frecuencia cardíaca mayor a 100 lpm. debería recibir inicialmente una alta concentración de oxígeno por lo menos a 80%
- **Cuando se halla rosado:** una vez que el niño se vuelve rosado, el oxígeno debería ser retirado gradualmente hasta que el niño permanezca rosado mientras respira normalmente en aire de ambiente.
- **Cuando la cianosis persiste:** cuando se vuelve cianótico al retirarle el oxígeno debe continuar recibiendo el oxígeno necesario para permanecer rosado y no más.

Concepto: es la administración de oxígeno sobre la nariz del niño de manera que respire un aire enriquecido con oxígeno. Por un tiempo breve, esto se puede realizar teniendo

1. Un tubo de oxígeno cerca de la nariz
2. Con una máscara de oxígeno sobre boca y nariz
3. Con bolsa de anestesia y máscara

Concentración real de oxígeno

Su fuente de oxígeno portátil o central envía oxígeno al 100% a través del tubo, mientras fluye se mezcla con el aire de la habitación. La concentración de oxígeno que llega a la nariz del bebé está determinado por el oxígeno al 100% que fluye por el tubo

(cuantificado en litros por minuto) y la cantidad de aire de la habitación. El aire de la habitación contiene 21% de oxígeno, de manera que cuando el 100% de oxígeno es mezclado con aire ambiental la concentración de oxígeno que llega al niño es menor a 100%.

Tubo

En esta circunstancia cuando es necesario una concentración específica de oxígeno debe hacerse la combinación correcta de:

Flujo por litros y distancia desde la punta del tubo de oxígeno a la nariz del niño

La concentración puede ser controlada con un flujo de 5 litros por minuto. Cuanto más cerca está el tubo de la nariz mayor concentración enviará. El niño recibe la máxima concentración de oxígeno aproximadamente 80% cuando el tubo está a ½ pulgada de la nariz. Retirando el tubo 1 o 2 pulgadas, la concentración de oxígeno rápidamente cae.

El tubo debe estar dirigido directamente hacia las narinas. Moviendo la salida del tubo hacia atrás o hacia delante la concentración de oxígeno decrece considerablemente.

Máscara

Si está usando un tubo conectado a una máscara con flujo de oxígeno de 5 litros por minuto se puede enviar una alta concentración de oxígeno si la mantiene firmemente sobre la cara del bebé.

Precaución en el uso de oxígeno:

Se debe proveer solamente el oxígeno suficiente para que el bebé se torne rosado. Después de la reanimación aguda, si el niño está recibiendo oxígeno se debe trasladar inmediatamente a un área donde el control de la concentración de oxígeno se puede basar en los valores de gases en sangre.

Para prevenir pérdidas de calor y secado de la mucosa respiratoria el oxígeno dado a los neonatos debe ser calentado y humidificado. Sin embargo durante una emergencia se puede usar oxígeno seco por un periodo breve para estabilizar la condición del niño. Si hay que continuar con oxígeno por más de unos pocos minutos éste debe ser calentado y humidificado. Si éste oxígeno está húmedo y caliente será mejor que se administre a través de un tubo de calibre ancho.

2.9.4 Cuidados mediatos al recién nacido en cuencos

Continuar con la valoración de color, esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca, reportar cualquier eventualidad.

Ligar el cordón umbilical a 2 ó 3 cm. de la pared abdominal, realizando doble nudo, si es con cinta; en caso de ser con pinza umbilical asegurarse de su correcta instalación, y si es con liga umbilical poner 2 ligas en cordones delgados para evitar que se desplace de su lugar.

Aplicar Vitamina K, intramuscular (dosis única) ya que previene de hemorragias por hipoprotrombinemia de origen fisiológico en el recién nacido; está contraindicada en caso de hiperbilirrubinemia y hemorragia cerebral.

Aplicar una gota de cloranfenicol oftálmico al 1% en cada ojo (dosis única) para prevenir infecciones oculares.

Realizar valoración de APGAR el cual es una escala útil que sirve para valorar en forma rápida la temperatura y el ajuste cardiorespiratorio del recién nacido. Generalmente el APGAR se realiza en la sala donde se dieron los cuidados inmediatos.

Realizar valoración SILVERMAN, la cual es una escala útil que sirve para valorar el ajuste respiratorio del recién nacido. La valoración se realiza a los 10 minutos posteriores al nacimiento tomando como base gráfica correspondiente:

2.9.5 Valoración SILVERMAN:

Calificación	movimientos Toracoabdominales	tiro intercostal	retracción xifoidea	alceo nasal	quejido espontáneo
0	rítmicos y regulares	no	no	no	no
1	tórax inmóvil abdomen en movimiento	discreto	discreta	discreta	leve e inconstante
2	tórax y abdomen "sube y baja"	acentuado y constante	muy marcada	muy acentuado	constante y acentuado

De acuerdo a la puntuación el recién se manejará de la siguiente manera:

0-2 Estado excelente, alta con la madre

3-4 Levemente deprimido, vigilancia estrecha en cunero y referencia inmediata

5-10 Muy deprimido, referencia inmediata en las mejores condiciones a centros especializados para el manejo.

Por lo tanto el niño con puntuación más alta es el más grave al contrario del APGAR.

2.9.6 Valoración APGAR

La doctora Virginia Apgar ideó el siguiente método para valorar el estado del recién nacido, gracias a su sencillez del mismo es el más utilizado por la mayoría de las Instituciones de salud; la valoración debe realizarse en el primer minuto del nacimiento y el resultado que se obtenga sirve de parámetro para establecer un criterio de reanimación; esta misma valoración debe repetirse a los 5 minutos y la calificación que se obtenga será útil para establecer un criterio pronóstico del recién nacido.

Valoración APGAR:

Calificación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	no hay	menos de 100	más de 100
Esfuerzo respiratorio	no hay	llanto débil	llanto fuerte
Tono muscular	flácido	flexión discreta de extremidades	movimientos activos
Respuesta a estímulos	no hay	llanto	llanto vigoroso
Coloración de tegumentos	pálido o cianótico	acrocianosis	sonrosado

1 minuto			calificador APGAR	5 minutos		
0	1	2	color	0	1	2
0	1	2	frecuencia cardíaca	0	1	2
0	1	2	respiración	0	1	2
0	1	1	tono muscular	0	1	2
0	1	2	respuesta	0	1	2
calificación						

De acuerdo a la puntuación del recién nacido se manejará de la siguiente manera:

- 0-2 Estado excelente, alta con la madre
- 3-4 Levemente deprimido, vigilancia estrecha en cunero y referencia inmediata
- 5-10 Muy deprimido, referencia inmediata en las mejores condiciones

Realizar somatometría al recién nacido, peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, perímetro braquial, segmento inferior, pie, temperatura.

Cuando el bebé este estable se procede a realizar su baño

Iniciar lactancia materna tempranamente según las condiciones de la madre

Iniciar vía oral con fórmula preparada según la Institución.

Toma de muestra para prueba de Tamiz neonatal

CAPITULO III PUERPERIO FISIOLÓGICO Y LACTANCIA MATERNA

3.1 PUERPERIO

3.1.1 Concepto:

El puerperio es el período comprendido desde la expulsión de la placenta hasta el retorno del organismo de la mujer a su estado normal, similar a como era antes del embarazo y comprende tres periodos cronológicos:

- Inmediato.- inicia al finalizar el alumbramiento hasta las primeras 24 horas
- Mediato.- inicia después de las 24 hrs hasta los 7 días
- Tardío.- inicia al finalizar el período anterior hasta los 42 días

IMPORTANCIA

En virtud que se trata de un período crítico, durante las primeras 1 a 2 horas del puerperio, la paciente debe ser observada y valorada cuidadosamente para evitar los riesgos de hemorragia y choque hipovolémico. Cuando su estado se estabiliza es trasladada a su unidad correspondiente donde permanecerá 24 hrs por lo menos para su valoración. Una vez superados los riesgos iniciales de hemorragia y choque el principal peligro es el de infección. La cavidad uterina es fácilmente accesible a los microorganismos del exterior. Asimismo, el sitio donde estaba adherida la placenta (decidua basalis) es como una herida abierta y se infecta con facilidad.

Objetivos:

- Ayudar a la paciente y apoyarla para que recupere su estado previo al embarazo

- Valorar e identificar las desviaciones de la norma y enseñarle a atenderse a sí misma y atender al recién nacido

3.1.2 El documento “Maternidad Saludable y sin riesgos” de Pérez Palacios, Gregorio (Secretaría de Salud, Dirección General de Salud reproductiva, México 2000)

Nos puntualiza concretamente las actividades que se llevarán a cabo en este período:

“En toda unidad que proporcione atención obstétrica, los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato deben incluir”:

- Inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, dentro de los treinta minutos de vida del recién nacido mediante el apego inmediato, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan
- Alimentación al pecho materno a libre demanda
- Valorar durante las primeras dos horas y, posteriormente a intervalos de ocho horas, el comportamiento del pulso, tensión arterial, temperatura, tono uterino, el reinicio de la micción espontánea y el sangrado vaginal para prevenir algunas complicaciones y en caso que se presenten se tratarán tempranamente.
- En las primeras ocho horas favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n de la paciente
- Informar a la paciente para que identifique oportunamente signos y sntomas de alarma
- En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de sangrado o hematoma, a las dos horas postparto y antes del egreso institucional

- Revisar la herida quirúrgica valorando si no existe la presencia de datos de infección antes del egreso
- Administrar globulina inmune anti RH en las primeras 72 horas después del parto a las madres Rh negativas con hijos de grupo sanguíneo Rh positivo, para prevenir complicaciones en embarazos posteriores
- Orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido y la práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida del recién nacido
- En atención al puerperio mediato y tardío se deberá:
- Proporcionar a la paciente dos consultas, al término de la primera semana y al término del primer mes postparto
- Vigilar la involución uterina, loquios, presión arterial, pulso y la temperatura en este período
- Fortalecer la orientación a la madre sobre cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que pueden ocurrir durante este periodo.

En base a este documento podemos mencionar medidas de asistencia que la enfermera deberá tener en cuenta durante este período, no obstante por ser muy corta la estancia en el Hospital de la paciente, se le dará mayor importancia a la **enseñanza** y al **autocuidado** que la madre deberá adquirir antes del egreso para involucrarla en su recuperación y atención al recién nacido.

Es importante conocer los cambios fisiológicos del puerperio (ver anexo no. 5, pag. no. 117)

3.1.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PUERPERIO Y MEDIDAS DE AUTOCUIDADO HACIA LA PACIENTE:

Valoración puerperal:

Se valorarán	Se registrará
Signos vitales:	Temperatura, pulso, respiración y presión arterial
Senos y pezones	Signos de ingurgitación, dolor y lactancia
Utero	Altura, localización y consistencia del fondo uterino
Loquios	Cantidad, color, olor, presencia de coágulos
Perineo	Edema, hematoma, indicios de resolución de la Episiotomía , laceración signos de inflamación y Sangrado.
Extremidades inferiores	Edema, enrojecimiento, dolor, calor y signo de Homan positivo
Micción	Cantidad, frecuencia y molestias presentes
Evacuación	Si la paciente ha evacuado o no, cuando fue Molestias presentes al hacerlo
Estado general	Color de la piel e hidratación de membranas mucosas
Hidratación	Cantidad de líquidos ingeridos
Deambulación	Si la paciente presenta mareo o desvanecimiento al levantarse o caminar, frecuencia de las caminatas

Dolor	Localización, grado de dolor
Estado psicológico	Actitud general, sentido de satisfacción nivel de Fatiga
Crianza	Actitud hacia el hijo, disponibilidad para la Lactancia

3.1.4 ENSEÑANZA DE AUTOCUIDADO EN EL PUERPERIO :

3.1.4.1 Baño:

El baño posterior del parto difiere del baño de rutina debido a que hay dos áreas del cuerpo de la mujer que corren mayor riesgo de infectarse, los senos y perineo. Si la madre ha sido sometida a cesárea, la incisión abdominal es otra área susceptible de infección. Por tanto, si es posible, la enfermera debe permanecer con la paciente durante el primer baño y tomar medidas adicionales si tuvo un parto prolongado, pérdida significativa de sangre ó signos vitales inestables.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Si la madre está amamantando se le indica que empiece el baño lavándose los senos primero con agua para disminuir la resequedad de la piel y reducir el riesgo de formación de grietas en los pezones. Al terminar el baño se aconseja dejar expuestos los senos al aire libre en su unidad por unos minutos, evitando zonas húmedas que favorezcan infección.

Para reducir el riesgo de infección se induce a la paciente a lavarse perineo frotando del frente hacia atrás, de la uretra hacia recto. Se le aconseja que no frote vigorosamente las extremidades inferiores porque existe el peligro de formación de émbolos. Es

importante que tenga el timbre a la mano, para recibir ayuda inmediata en caso de no ser asistida por la enfermera o algún familiar.

3.1.4.2 Cuidado de senos:

Debe valorarse la presencia de dolor, enrojecimiento, calor, dureza o consistencia, secreción, presencia de leche. El primer día de puerperio se segrega calostro rico en anticuerpos y grasa el cual tiene acción laxante sobre el niño, al segundo día aumenta la secreción de leche la cual es acuosa y aumenta progresivamente su consistencia, adquiriendo un color blanco amarillento y se eleva la cantidad de la misma esto hace que los senos se ingurgiten, se sientan duros y haya presencia de dolor, puede elevarse la temperatura corporal, al palparlos generalmente se sienten nodosos; también debe valorarse el tamaño y forma de los pezones y examinar su capacidad eréctil, o si están invertidos agrietados o tienen fisuras, se palpan para determinar si hay dolor localizado., además la enfermera revisará y alentará el auto examen mensual de los senos.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Para soportar el tejido mamario y prevenir la flacidez, todas las mujeres deben usar sostenes de soporte durante el puerperio. Se aconseja que lo utilicen aún cuando estén en cama durante el período en que los senos están ingurgitados. Si amamantan debe usarse agua limpia para asearse tanto los senos como los pezones, se recomiendan jabones neutros que no contengan químicos, perfumes etc. para evitar irritación local.

3.1.4.3 Valoración del perineo:

La enfermera se calzará guantes antes de examinar perineo para evitar infectarse, se valora tipo, cantidad de flujo, tumefacción inusual, decoloración, resolución de tejidos y molestias en general. Si se efectuó episiotomía se valorará el estado de remisión observando la presencia de enrojecimiento, edema, equimosis, secreción y

aproximación de la lesión, se detectará indicios de infección descartándolo ante signos de dolor y calor; ante la presencia de hemorroides se valora tamaño, número y dolor.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Se advierte a la madre sobre la importancia de las buenas prácticas de higiene en el aseo de perineo. Primero debe lavarse las manos antes de asearlo, segundo debe estar al tanto de la importancia de frotar el perineo del frente (sínfisis púbica) hacia atrás (recto) cuando se lave. La flora normal del recto puede contaminar la episiotomía, uretra y vagina por lo que se tendrá cuidado de autocontaminarse. El apósito también debe colocarse del frente hacia atrás, los dedos deben tocar la orilla del apósito nunca el centro. Debe aplicarse medidas sencillas para aliviar el dolor como hielo y anestésicos tópicos en caso necesario y bajo prescripción médica. Para el aseo se le enseña a la madre a usar solo jabón y agua usando toallas de preferencia desechables después de cada evacuación. Como medidas para aliviar el dolor se puede hacer dos o tres veces al día.

3.1.4.4 Medidas sencillas ante molestias de perineo:

Hay remedios sencillos que reducen las molestias relacionadas con el traumatismo del perineo y hemorroides, se debe animar a la paciente a recostarse sobre un costado siempre que sea posible y utilizar un cojín para sentarse, la aplicación de compresas de hielo o de calor seco ó húmedo, aplicaciones tópicas (con receta médica) aseo con botella oprimible, baños de asiento.

*** Aplicación de frío:**

Con frecuencia las primeras 24 hrs son de gran ayuda la aplicación de hielo en periné para reducir el edema y evitar sangrado de la episiotomía, se puede hacer una bolsa de hielo poco costosa con un guante de latex desechable protegiendo siempre la bolsa con

una toalla pequeña para evitar que se exponga directamente el hielo sobre la piel evitando quemaduras con frío.

* **Enseñanza de autocuidado:**

La enfermera indicará a la paciente el objetivo de las compresas de hielo y como prepararlos en casa en caso de ser necesario, se le aconseja que nunca ponga directo el hielo en la región; esto se hará dos o tres veces al día por 10 a 15 minutos.

* **Baño de asiento:**

Los baños de asiento constituyen un método efectivo para aplicar calor húmedo al perineo sobre todo es de gran utilidad en pacientes con hemorroides, favorecen la resolución y reducen la incidencia de infección. Generalmente se realizan en un recipiente de plástico desechable que se coloca en el WC este ya viene ajustado de tal manera que contiene tubos conectados a una bolsa que se llena de agua tibia o fresca según lo prefiera la paciente; esta agua fluye al recipiente o dispositivo además tiene una abertura que permite el agua fluya hacia el WC para evitar que se derrame el agua. Se puede improvisar con un recipiente redondo que se ajuste al WC y ponerle el agua a gusto de la paciente, sin embargo a veces resulta más cómodo que se bañe en la regadera de la cintura hacia abajo con agua templada y secarse con toallitas suaves,

* **Enseñanza de autocuidado:**

La enfermera enseña a la paciente a lavar la tina portátil del baño de asiento antes de usarla y después de hacerlo, se le indicará como ponerle el agua al recipiente o al dispositivo en la bolsa que conecta al mismo. Se le indicará que el agua no debe estar muy caliente mayor de 40°C y lo baños de asiento solo deben durar de 15 a 20 minutos dos o tres veces al día , si es directamente en regadera podrá ser 3 veces al día por 5 a 10

minutos. Es importante hacerle notar a la paciente que se deberá desinfectar el recipiente con cloro.

3.1.4.5 Aplicación de anestésicos locales:

Estos solo se pondrán con prescripción médica, la enfermera deberá tener siempre en cuenta como precaución universal usar guantes y lavarse las manos rigurosamente después de la aplicación.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Se aconseja a la madre la aplicación tópica de los medicamentos después del baño o aseo del perineo, o baño de asiento, se advierte a la madre que espere 2 o 3 minutos antes de colocarse el apósito para no ser absorbido por el mismo dejando actuar así el medicamento.

3.1.4.6 Eliminación:

La enfermera observará el estado de la vejiga de la paciente. El útero desplazado o la vejiga palpable son indicios de distensión urinaria y se requiere de intervenciones de enfermería. Se registra frecuencia y cantidad de orina así como la incapacidad para vaciar la vejiga; se obtendrá también información sobre la evacuación intestinal de la paciente y sus inquietudes al respecto. Con frecuencia las mujeres temen la primera evacuación por el miedo a presentar dolor y dañe las suturas de la episiorrafia, suele recetarse laxantes suaves bajo prescripción médica, y solo por razón necesaria, así como dieta rica en fibra.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Se alienta a la madre a tomar suficientes líquidos y a caminar con frecuencia así como ejercicios para restablecer sus hábitos de evacuación.

3.1.4.7 Valoración de las extremidades inferiores:

Las extremidades inferiores (piernas, pies, y muslos) deben valorarse con regularidad para detectar tempranamente datos de calor, dolor o signo de Homan positivo en el cual no debe presentarse molestias al hacer dorsiflexión aguda del pie. En caso de presentar dolor el signo de Homan será positivo, y en este caso se avisará de inmediato al médico tratante. Dicho dolor es causado por inflamación de los vasos sanguíneos que indican la posibilidad de tromboflebitis. También es importante registrar la presencia de temperatura en la piel y presencia de edema en las piernas.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Durante el puerperio se insta a la madre a caminar con frecuencia para favorecer la circulación y reducir el riesgo de infección o trombosis, se hará por periodos cortos, pero varias veces al día si no estuviera contraindicado, aumentando estos periodos en el puerperio tardío.

3.1.4.8 Deambulación:

Es esencial la deambulación temprana y frecuente para reducir el riesgo de una complicación como la trombosis, se reduce la posibilidad de que se desarrollen problemas respiratorios, circulatorios y urinarios, previene el problema de estreñimiento. Se advierte a la madre que avise cuando se levante de la cama sobre todo la primera vez con el fin de tomar medidas en caso de presentar mareo o desvanecimiento. En mujeres que perdieron mucha sangre es más frecuente el desmayo por la disminución súbita de volumen sanguíneo.

*** Enseñanza de autocuidado:**

Se aconseja a la madre que si se siente desfallecer solicite ayuda con algún familiar o con el timbre de inmediato, debe enseñarse a la madre a sentarse en un silla y bajar la

cabeza a las rodillas, o bien si lo puede hacer, deberá acostarse nuevamente en la cama e ir progresivamente levantando la cabecera hasta quedar completamente sentada por un tiempo, después intentar sentarse en una silla y posteriormente intentar caminar. Se le debe advertir que al levantarse es común que haya escurrimiento repentino o secreción vaginal (loquios) cuyo color debe observarse si son rojos oscuros se considera normal, si son rojo brillante se deberá avisar y se dará un pequeño masaje al útero así como se instara a la madre a que miccione ya que la vejiga llena puede desplazar el útero y alterar la involución uterina.

3.1.4.9 Estado nutricional:

La madre necesita tres comidas balanceadas al día y si está amamantando, ingerir cantidades adecuadas de calcio y fósforo. Se recomienda una dieta con alto contenido de fibra para reducir el estreñimiento. Mientras esta amamantando se aconseja ingerir 500 calorías adicionales más que antes del embarazo. Tomar por lo menos 2 litros de agua al día, pues se eleva la producción de leche.

3.1.4.10 Ejercicios después del parto:

Los efectos hormonales en el tejido conectivo no se revierten sino unas seis semanas más tarde, hasta entonces el riesgo de lesión sigue presente. Cuando el parto no presentó problemas puede iniciarse ejercicios al primero o segundo día del puerperio iniciando con respiraciones profundas, ejercicio de Kegel y elevaciones de la cadera entre otros. La caminata es un ejercicio ideal pero al principio debe hacerse con moderación.

* **Enseñanza de autocuidado:**

* **Tensión de glúteos**, se enseña a la paciente a tensar los glúteos antes de sentarse para aminorar la molestia y evitar trauma directo al perineo.

* **Ejercicio de Kegel**, se recomienda tanto para el período prenatal como para el puerperal. Se insta a contraer el perineo para reforzar los músculos del suelo pélvico, estos ejercicios disminuyen la incontinencia por estrés, aceleran la recuperación y favorecen la respuesta sexual. También hacen recuperar el tono de los músculos circunsvaginales por la debilidad que sufren después del parto. Además también dan firmeza a los músculos del suelo pélvico. Se le enseña a la madre a contraer el suelo pélvico como si intentara succionar agua con la vagina imaginariamente, después se relaja como para sacar el agua, al hacerlo esto también se ejercita los músculos abdominales, se siente al mismo tiempo la contracción de los músculos que rodean al esfínter anal, vaginal y uretral. Esto favorece la resolución de los tejidos perineales, aumenta la fuerza muscular y se incrementa el control urinario.

* **Elevación de la cadera:**

Es conveniente para una buena postura y para aliviar la tensión de la parte inferior de la espalda, puede hacerse sentado o de pie. Con los brazos extendidos al frente, se contraen los músculos abdominales y lo de los glúteos se arquea la espalda y después se aplana contra la pared o contra el respaldo de la silla. Este ejercicio refuerza los músculos de la espalda y reduce las molestias de ésta.

* **Ejercicio para la diastasis de los rectos abdominales:**

La diastasis de los rectos del abdomen se presenta cuando los músculos longitudinales del abdomen se separan durante el embarazo.

Este ejercicio se hace acostada de preferencia sobre una superficie dura, se le enseña a la madre a inhalar aire y sostener firmemente las paredes abdominales

con las manos por unos segundos y después exhalar en este momento la mujer levanta la cabeza y junta los músculos abdominales al mismo tiempo.

3.1.5 FOMENTO DE LA SALUD:

El fomento de la salud incluye actividades para el puerperio como prevención de infecciones, promoción del bienestar y ejercicio. La mayoría de las pacientes se recuperan sin ningún problema durante el puerperio, pero algunas podrían presentar complicaciones, de cualquier manera a todas se les debe dar a conocer los signos de alarma y ante la duda avisar de inmediato o acudir a la institución hospitalaria para una valoración más profunda.

3.1.5.1 Signos de alarma en el puerperio

- ☞ Cefalea acúfenos, fosfenos (zumbido en los oídos, luces en la vista)
- ☞ Fiebre repentina, persistente o intermitente
- ☞ Cambios en la secreción vaginal, aumento en la cantidad, cambio en el color y mal olor.
- ☞ Dolor, enrojecimiento o inflamación en un área localizada de los senos.
- ☞ Dolor o sensibilidad en el abdomen o área localizada.
- ☞ Dolor , enrojecimiento, inflamación o calor en un área localizada de las piernas (pantorrillas)
- ☞ Dolor perineal persistente
- ☞ Micción frecuente, urgente
- ☞ Depresión posparto persistente.

3.2 LACTANCIA MATERNA:

Concepto: es la alimentación del recién nacido al seno materno

Importancia:

La lactancia materna, es una práctica universal tradicionalmente aceptada, es crucial para la supervivencia y bienestar de los niños principalmente en los países subdesarrollados. El mejor alimento para el recién nacido lo constituye la leche materna la cual tiene grandes

Ventajas:

- ☞ Es específico para el recién nacido
- ☞ No requiere preparación y siempre está disponible
- ☞ Siempre esta a buena temperatura y libre de gérmenes y bacteria
- ☞ Tiene nosotros adecuados y balanceados, excepto vitamina D, fluoruro y hierro
- ☞ Transmite factores inmunológicos al niño, el cual constituye defensas naturales contra infecciones respiratorias y gastrointestinales entre otras.
- ☞ Constituye un acto de vinculación entre la madre y el hijo esto desencadena una aceptación psicológica de la madre hacia su hijo, y a éste un fuerte lazo afectivo con la madre por la satisfacción bucal máxima.
- ☞ Al tomarla el niño tiene menos cólicos, vómitos y reacciones alérgicas que aquellos niños alimentados artificialmente.
- ☞ Al evacuar el niño se observa la presencia de colibacilos en contraste con aquellos que con alimentados con biberón, quienes tienen gérmenes coliformes.

Desventajas

- ☞ No se sabe de ninguna desventaja, excepto la molestia física que representa la succión para la madre.

Enseñanza de autocuidado:

- * Se le indicará a la madre sobre la importancia de higiene, se insta a lavarse los pezones con agua y algodón cada vez que vaya a ofrecer el seno materno, así como sus manos porque estarán en contacto con la boca del niño.
- * Se le enseñará como colocarse ella y al niño, la madre deberá estar sentada relajada, tranquila, limpia y su hijo tendrá que ser revisado, si no ha evacuado u orinado, si es así tendrá que cambiarlo siempre antes de ofrecer el seno materno. El recién nacido lo colocará inclinado sobre su abdomen y piernas. Se le explicará a la madre la existencia del reflejo de búsqueda del pezón pasando este por la boca del niño.
- * Se orientará a la madre acerca de la técnica para mejorar el flujo lácteo, tomando el borde areolar entre los dedos pulgar e índice. A fin de alargar el pezón y exprimir posteriormente el pecho para ayudar a que salga leche. La madre ofrecerá al lactante en cada ocasión ambos senos, primero el menos lleno durante 5 minutos el primer día, para estimular las células alveolares y la producción de leche, posteriormente se le ofrecerá el más ingurgitado para que no se canse el niño y debilite su capacidad de succión.
- * Se le orientará como interrumpir la succión sin que se lesione el pezón al retirarlo, colocando el dedo anular en la boca del niño y retirarlo del pezón.

- * Explicar la forma de recargar al niño en posición vertical sobre el hombro materno después de cada alimento, dándole palmadas ligeras y firmes en la espalda, a fin de que expulse el aire que deglutió durante el amamantamiento.
- * Un lactante que se alimenta casi exclusivamente de leche necesita aproximadamente una cantidad equivalente a la quinta parte de su peso corporal al día, se le debe fraccionar en 6 a 10 tomas al día.
- * Se le recomendará a la madre ingerir por lo menos 6 vasos de agua diariamente durante la lactancia y que su dieta sea suficiente y balanceada.

3.3 ENSEÑANZA Y AUTOCUIDADO DE LOS PADRES HACIA SU HIJO

De manera ideal, la enfermera demostrará como abrazar al bebé, las posiciones para alimentarlo y la forma de bañarlo, observando como lo hace la madre sola ó con el padre, esto se puede realizar cuando la madre visita cuneros para dar seno materno a su hijo, es un buen momento para dar instrucciones, y enseñarla si no lo sabe hacer. Se puede utilizar folletos, juntar a varias mamás y apoyarse en videos si se tiene el recurso.

3.3.1 Instrucciones para el baño:

Se le indicará a la madre que el baño se realice a la hora más cómoda para la familia y el niño de preferencia cuando la temperatura ambiental sea la más adecuada que podría ser antes del medio día.

Preparación del baño:

Se le indicará a la madre que es importante juntar y prever todo lo necesario para el baño como, el recipiente para el agua tibia, toallitas faciales, hisopos, toalla de baño para secar al niño, cojín de esponja para colocarlo al fondo de la tina, jabón de preferencia neutro el cual no irrita la piel del bebé ni cambia su Ph, tener la ropa limpia

del cambio, tener pañales limpios, cesto de basura, el baño se realizará en una habitación libre de corrientes de aire, se le indicara también que lo bañará en un lugar seguro, nunca debe dejar al niño solo, si es necesario salir de la habitación lleve también al pequeño si no hubiere algún familiar que lo pueda vigilar.

Antes de iniciar el baño se le enseña a la madre como probar el agua introduciendo el codo a la tina y templar el agua poniendo agua fría o caliente según se requiera. Se le indica que el baño se realizará siguiendo algunos principios de salud, que va de la parte más limpia a las más sucias del cuerpo, es decir de los ojos, cara y pelo al tronco y extremidades y por último el área del pañal.

La madre revisará al pequeño antes de iniciar su baño, quitando el pañal sucio y limpiando el exceso de la evacuación. Se lavará las manos antes de iniciar el baño.

Sujetará el cuerpo del niño cuando se lave la cabeza, se puede cubrir con su sábana para no exponerlo por mucho tiempo el cuerpo del bebé y secar la cara con toallitas faciales secas o con un extremo de la toalla. No debe olvidarse lavar detrás de los pabellones auriculares donde se acumula la leche regurgitada, la nariz se limpia también con una toallita facial o bien con la esquina limpia de la toalla de baño.

Una vez lavada la cabeza del pequeño introducirlo a la tina la cual no debe estar más arriba de 10 cm. de agua. Es más cómodo ponerle jabón al cuerpo y después enjuagarlo dentro de la tina. Para lavar los pliegues del cuello se ponen las manos bajo los hombros del niño y se levanta ligeramente, esto facilita el procedimiento.

Se lavarán las extremidades, manos y piernas del niño terminando con sus partes genitales las cuales se realizarán con movimientos suaves en las mujeres del frente hacia atrás para evitar la contaminación de la vagina o de la uretra con materia fecal. En los

varones limpiar suavemente el pene sin forzar el prepucio, es importante limpiar bajo el escroto y en sus pliegues inguinales.

Se secará al bebé con la toalla de baño, secando con torudas de algodón el muñón umbilical teniendo cuidado de no frotar enérgicamente. Se puede utilizar un hisopo para limpiar exclusivamente la región donde se une la piel con la base del cordón, de preferencia no poner ninguna solución antiséptica ya que si se tiene cuidado de mantener seca la región no se infectará; se puede limpiar esta región dos o tres veces al día solo con agua. El pañal se colocará por debajo del nivel del cordón durante la primera semana que es cuando desprende el muñón, se indicará a la madre que se desprenderá solo no se tiene que forzar.

Debe lubricarse el cuerpo del bebé con aceite de preferencia, no usar cremas perfumadas porque podría irritar la piel del niño.

El bebé podría asustarse y llorar la primera vez que se le mete en agua, para ayudarlo a adaptarse a esta nueva experiencia hay que sujetarlo con firmeza y hablarle con voz suave o poner fondo musical agradable.

3.3 2 Posiciones del niño: (Ver esquema no. 12 pag. no.99)

Debe enseñarse a los padres que el recién nacido tiene muy poco control de su cabeza y por tanto al colocarlo sobre la espalda, el niño apenas puede levantar la cabeza y solo por un instante, por lo tanto se les debe enseñar a colocar al bebé sobre un colchón firme y si se le deja solo, no debe colocarse boca abajo, pues en una de las causas de muerte súbita neonatal. Siempre que se levante al niño para abrazarlo debe sostenérsele la cabeza, pues representa gran peso y el cuello aún no tiene mucha fuerza, hay tres formas básicas de abrazar al niño, al alimentarlo se usa con más frecuencia el abrazo de arrullo: la cabeza del niño se acomoda en el hueco del codo doblado, esta forma de

abrazarlo permite mirarle a los ojos, proporciona una sensación de cercanía y calidez y deja las manos libres para alcanzar objetos como el biberón. La posición vertical es la forma de tomar al niño y sentir un apoyo seguro en la baza, dorso superior y glúteos, es una posición ideal para hacerlo eructar. En el abrazo de balón, casi la mitad del cuerpo del niño es apoyado por antebrazo de quien lo abraza y cabeza y cuello quedan sobre la palma de la mano, forma de abrazarlo es ideal para enjabonarle el pelo o darle seno materno, sin embargo deja un tanto desprotegida la cabeza del niño.

Esquema no. 16 Diversas formas de abrazar a un recién nacido A) Abrazo de arrullo, B) Abrazo vertical y C) Abrazo en forma de balón



FUENTE: DANFORTH David N. Tratado de Obstetricia y Ginecología Ed. Interamericana, México. Ed. 4ª, 1987 p. 282

3.3.3 Limpieza nasal y bucal:

Durante los primeros días de vida, el recién nacido produce una cantidad de mucosidad y podría ser necesario aspirarla suavemente con un perilla de succión. La enfermera enseñará a la madre el uso de la perilla para eliminar las secreciones de boca y nariz, y les solicitará repitan lo que se les ha enseñado antes del alta para confirmar que entendieron el procedimiento, se les enseñara a lavar la perilla perfectamente después de usarla.

3.3.4 Cuidado de uñas:

En el Hospital no se cortan las uñas del recién nacido, no obstante se enseñará a la madre como hacerlo en casa, si el niño tiene las uñas largas y se araña, es necesario recortarlas. Debe hacerse un corte recto y con tijeras de punta roma, se aconseja que se recorte las uñas mientras el niño está quieto o dormido para evitar que se le pueda lastimar por un movimiento brusco.

3.3.5 Medición de la temperatura:

La enfermera hará una demostración de la forma de tomar la temperatura axilar y rectal para los padres, a quienes se les pedirá que repitan el procedimiento, para confirmar que lo hayan comprendido; se le enseñará a leer y cuidar el termómetro. La temperatura axilar se tomará colocando el termómetro bajo uno de los brazos del niño, asegurándose que quede en la axila por lo menos durante 3 minutos, se sugiere se tome solo cuando haya sospecha de fiebre, la temperatura axilar mayor de 38°C o inferior a 36°C debe ser informado a su pediatra o avisar a la institución. En la temperatura rectal se tendrá que lubricar de preferencia el termómetro con vaselina, introduciendo con suavidad a no más de 1.5 cm y se sostiene en su lugar durante 3

minutos. El niño se coloca en posición supina, se levantan las piernas con una mano y se expone el recto. No debe dejarse al niño solo durante el procedimiento.

3.3.6 Heces y micción:

Los pequeños orinan de 6 a 8 veces al día, si lo hacen menos de 5 veces podría ser necesario darle más líquidos, los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces, las primeras heces son verde oscuro lo que podría alarmar a los padres. Alrededor del tercero o cuarto día podrían estar más formadas y tomar un color verde amarillento, se le conoce como heces de transición (de meconio a leche). Las heces de los niños alimentados con fórmula son muy firmes y bien formadas (color pardo amarillento), mientras que los niños alimentados del seno materno tienen heces más suaves y frecuentes (amarillo mostaza). Los niños alimentados con seno materno orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida. Nunca debe presentarse un “círculo de agua” esto nos indicaría signo de alarma ante una posible diarrea. Los niños pueden deshidratarse muy rápido por la pérdida de líquidos, si esto ocurre debe avisar de inmediato.

3.3.7 Pañales y rozaduras:

Los niños orinan y defecan con frecuencia y deben cambiarse los pañales cuando estén húmedos o sucios. Para limpiar el área perineal es suficiente usar agua limpia o toallitas húmedas. Si el área del pañal no se limpia bien se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación, para evitarlo es necesario que se mantenga siempre seco al niño y cambiarlo cuando se sospeche de haberse orinado o evacuado, no esperar hasta la próxima comida del bebé para revisar su pañal. Se deberá tener cuidado de que el plástico del pañal no quede directamente en contacto con la piel del bebé.

3.3.8 Ropa

Debe aconsejarse a los padres que vistan al niño de manera cómoda y adecuada al clima. En general el recién nacido deberá usar una camiseta sin cintas ni botones, pañal y mameluco ligero o mediano, la ropa no debe ser muy caliente o abrigadora en tiempo cálido, ni muy ligera en tiempo de frío; no debe sujetarse muy forzado con las sábanas al niño es mejor cubrirlo de forma que el mueva sus extremidades. Cuando se le exponga al sol debe protegerse la cara y la cabeza con un gorro o sombrero de tela. La ropa del bebé debe lavarse con jabón sin perfumes ni detergente, y debe ser enjuagada perfectamente eliminando los residuos del jabón.

3.4 SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO EN QUE LA MADRE AVISARÁ DE INMEDIATO O ACUDIRÁ CON EL PEDIATRÁ.

- ⇒ Temperatura axilar superior de 37.5°C o rectal superior a 38°C; o temperatura axilar inferior a 36°C y rectal inferior a 36.5°C
- ⇒ Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante más de 15 segundos
- ⇒ Cambios en el color de la piel: si el niño se ve “cenizo” si muestra una coloración azulada alrededor de los labios o si la esclerótica de los ojos (lo blanco) se observa amarillenta.
- ⇒ Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor en el ombligo.
- ⇒ Enrojecimiento o inflamación en los ojos, o secreción persistente en los ojos.
- ⇒ Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.
- ⇒ Rechazo de alimento en dos o más ocasiones.

- ⇒ Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si las heces son duras y evacua en más de 24 hrs.
- ⇒ Si no orina en los pañales durante más de 18 hrs. o hay menos de 4 micciones en un día.
- ⇒ Si el recién nacido está inconsolable, y ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o tiene llanto con timbre agudo.

3.5 PLANEACIÓN DE ALTA :

La planeación de alta es especialmente importante debido a la tendencia actual en el que la estancia en el hospital es breve 24 hrs. posparto, y 72 hrs. postcesarea. Lo más importante para la mujer que es dada de alta, es estar preparada para cuidado de sí misma (autocuidado) y de su hijo. La madre debe saber como prevenir la propagación de infecciones en el útero, episiotomía o herida quirúrgica en proceso de resolución. Debe estar consciente de las señales de peligro, antes del alta pasará la enfermera con la paciente para darle instrucciones precisas y aclararle sus dudas de último minuto.

3.5.1 PUNTOS CLAVE DE LAS INSTRUCCIONES PARA LA MADRE AL SER DADA DE ALTA:

3.5.1.1 Reposo y sueño:

Planear por lo menos un período de reposo al día, descansar cuando el bebé duerme, si se tienen niños pequeños en casa, analizar la posibilidad de algún miembro de la familia la releve por un momento, tratar de dormir bien por las noches, aunque es difícil si esta amamantando pero lo puede hacer también durante el día ya que el seno materno es a libre demanda del recién nacido.

3.5.1.2 Higiene:

Tomar baños de tina o duchas. Recordar seguir aseando el perineo del frente hacia atrás, si se efectuó episiotomía, los puntos se reabsorberán solos.

3.5.1.3 Regreso al trabajo:

Sobre las tareas domésticas evitar levantar objetos pesados por lo menos durante las tres semanas posteriores al parto, se aconseja no volver al trabajo fuera de casa por lo menos en tres semanas (aunque es mejor en seis), no solo por salud, sino para disfrutar del pequeño los primeros días es muy importante estar continuamente con él.

3.5.1.4 Ejercicio y actividades diarias:

Limitar el número de escaleras a un tramo al día en la primera semana, si puede tenga al bebé en planta baja, evitando subir y bajar constantemente, en la segunda semana se pueden ampliar las actividades domésticas ligeras. Continuar con los ejercicios para reforzar los músculos.

3.5.1.5 Actividad sexual:

La actividad sexual es segura tan pronto como la secreción vaginal se ha vuelto blanca, y en caso de episiotomía que ésta haya sanado (unas tres semanas después de haber dado a luz)

3.6 Seguimiento:

Se le indicará que no descuide sus consultas prenatales y acuda a revisión con su médico Ginecólogo y cuando sea dada de alta no debe descuidar visitar por lo menos dos veces al año a su médico para una valoración completa, deberá regresar para la valoración de su puerperio y de la episiorrafia a la primera semana, llevar a consulta con el pediatra a su hijo e iniciar cuanto antes el esquema de vacunación cuando no sea posible iniciarlo en esta Institución.

ANEXOS:

ANEXO NO. 1

VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PELVIS

Anatomía

La pelvis está constituida por cuatro huesos, sacro, cóccix y dos iliacos, que a su vez se hallan formados por tres partes: pubis, isquión e iliaco propiamente dicho. En la parte posterior los iliacos articulan con el sacro (articulación sacroiliaca) y en la parte anterior articulan lo dos pubis entre sí (sínfisis púbica), formando un verdadero aro (estrecho superior) que divide a la pelvis en dos partes. una superior o pelvis mayor y otra inferior o pelvis menor.

Estrecho superior:

El estrecho superior de la pelvis se encuentra constituido por los elementos, promontorio, Alerón del sacro, articulación sacro ilíaca, línea innominada, eminencia iliopectínea, borde superior de rama del pubis y por el borde superior de la sínfisis púbica.

Diámetros pélvicos del estrecho superior:

Estos diámetros son: **Promonto retropúbico**, se dirige del promontorio a la cara posterior de la sínfisis púbica y mide 11 cm. **Transverso máximo** el cual se encuentra comprendido entre las dos eminencias iliopectíneas, constituye el diámetro mayor del estrecho superior y mide 13 cm. **Oblicuos** los cuales parten de la articulación sacroiliaca al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del pubis y mide 12 cm.

Morfología de la pelvis en el estrecho superior: La pelvis puede presentar cualquiera de cuatro distintas formas características que son: Ginecoide, Androide, Antropoide y Platipeloide. La diferencia lo constituye la forma del estrecho superior:

Ginecoide, en esta pelvis el diámetro anterior es sensiblemente igual que el transversal, y ambos se cruzan en la parte media.

Androide, en esta pelvis el diámetro anteroposterior es más amplio que el transversal, tiende a presentar una forma triangular.

Antropoide, en esta pelvis el diámetro anteroposterior es excesivamente alargado en tanto que el diámetro transversal es reducido.

Platipeloide en este tipo de pelvis el diámetro transversal es excesivamente alargado y el anteroposterior reducido. Algunas características de estas pelvis tipo generalmente se combinan y dan lugar a pelvis ginecoandroides, ginecoplatipeloides, etc.

Estrecho medio:

El estrecho medio tiene como referencia anatómica las espinas ciáticas, todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales, y su medida es el diámetro biciático aprox. 10 cm.

Estrecho inferior:

El estrecho inferior de la pelvis es la porción anatómica ubicada por abajo de las espinas ciáticas; en esta parte es importante considerar el diámetro bisquiático y la morfología del arco subpúbico.

Diámetro bisquiático es la distancia entre la parte media de ambos isquiones, suele medir 10 cm.

Arco subpúbico es el ángulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquión de ambos lados, el ángulo normal es de 90°

Curva de carus, desde el punto de vista obstétrico la pelvis presenta una curvatura que tiene que seguir el producto para que ocurra el nacimiento, y que se conoce con el nombre de curva de Carus o curva del parto.

ANEXO NO 2:

CURSO CLÍNICO DEL TRABAJO DE PARTO:

Preparto, es el período que antecede al trabajo de parto se designa como preparto o fase de maduración cervical. Durante este período ocurren con más frecuencia las contracciones de Braxton Hicks y se caracterizan por: se presentan de manera irregular, son indoloras, no siempre se perciben por la paciente, no se irradian a la región lumbosacra, no se modifican en breve plazo.

Las contracciones de Braxton Hicks tienen la finalidad de:

Favorecer que ocurra la presentación cefálica, lograr en el producto una actitud de flexión óptima, orientar la presentación hacia la excavación pélvica, expandir el segmento inferior del útero, encajar la presentación en las primigestas y abocarla en las multigestas, acortar la cervix.

☞ Pródromos de trabajo de parto

Es un período de transición entre el preparto y el trabajo de parto regular, es muy difícil de precisar su duración y se manifiesta por:

Contracciones uterinas que de irregulares se convierten en más frecuentes, duraderas e intensas, maduración de la cervix, fenómeno que a su vez propicia: mayor resblandecimiento, acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación de la cervix hacia el centro del eje de la vagina, y expulsión del tapón mucoso o rasgo de sangre.

Características de las contracciones uterinas:

Durante el trabajo de parto la contracción uterina se manifiesta primero por la sensación de dureza que aprecia la embarazada, el médico o la enfermera a través de palpación abdominal y posteriormente por dolor abdominal o lumbosacro. Esto se debe a que en la fase de contracción el dolor aparece hasta que se alcanza una intensidad de 15 a 20 mmHg., en la fase de relajación uterina ocurre lo contrario primero desaparece el dolor y más tarde la onda contráctil desaparece por completo. Entre las características a valorar se encuentran:

Frecuencia, la cual se considera como el número de contracciones que se presentan en 10 minutos.

Duración, la cual se considera como el período comprendido entre el inicio y el término de la contracción.

El tono, es la capacidad de estiramiento que posee este órgano el cual suele aumentar en el transcurso del trabajo de parto por consecuencia de las contracciones uterinas, si durante la valoración de estas no se percibe el endurecimiento clásico abdominal puede significar que las contracciones son ineficaces lo cual puede provocar un trabajo de parto prolongado, al contrario si el útero no alcanza períodos de relajamiento entre las contracciones también puede complicarse con un hipertonia el cual es un factor de distocia en el trabajo de parto. La valoración del tono uterino es subjetivo y se mide en (+) (++) (+++)

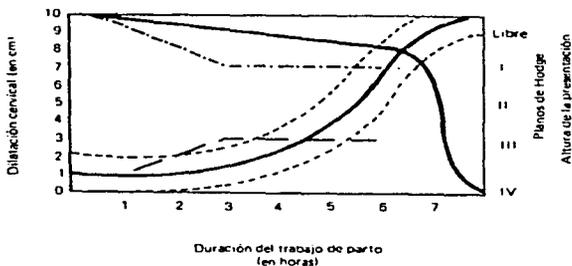
El trabajo de parto para su estudio se divide en tres períodos:

☞ Primer período del trabajo de parto:

Este comprende del inicio de la trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa. Se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en abdomen,

irradiadas hacia la región lumbosacra, y progresivas en frecuencia, intensidad y duración. Un período de parto bien establecido tiene 3 contracciones en 10 minutos con una duración de 30 a 60 segundos cada una, dolorosas, estas son tan eficaces para producir dilatación y borramiento. En la primigesta primero ocurre el borramiento y después la dilatación, en las multigestas ocurre de manera simultáneo. A medida que la cervice se va borrando las fibras musculares que la forman se incorporan a un nivel más alto del útero, dando lugar a la ampliación del segmento inferior del útero. A medida que la presentación se apoya la actividad uterina es más intensa por lo cual progresa la dilatación. Con objeto de tener un pronóstico de la progresión del trabajo de parto se ha ampliado la curva de dilatación cervical normal, calculando una desviación estándar a cada lado del trazo por lo que su desviación fuera de estos parámetros se considera anormal. (Ver esquema no. 13)

Esquema no. 13 Registro gráfico del avance de la dilatación cervical y del descenso de la presentación.



FUENTE: MONDRAGÓN Héctor C. Obstetricia Básica Ilustrada Ed. Trillas México 1997, p. 178

☞ Segundo periodo del trabajo de parto

Al completarse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante en el parto: la presión abdominal que unido a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación así como la expulsión del producto.

☞ Tercer periodo del trabajo de parto

Este periodo comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas o anexos. Su duración varia pero se considera en primíparas de 1 a 2 horas, y en múltíparas aproximadamente 30 minutos. La frecuencia de las contracciones es de 5 en 10 minutos y su duración de 50 a 60 segundos.

ANEXO NO. 3 MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO:

El mecanismo de trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto, las etapas de que consta en una presentación cefálica, de vértice son las siguientes:

1.- Encajamiento

- Flexión
- Orientación
- asinclitismo

2.- Descenso

- Rotación interna

3.- Expulsión o desprendimiento

- Extensión
- Restitución
- Rotación externa
- Desprendimiento de los hombros
- Nacimiento del resto del producto

Encajamiento

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

Flexión: para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico para ofrecer sus diámetros menores. La presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral, y hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatloidea, la cual actúa como palanca de primer grado.

Orientación

En el estrecho superior de la pelvis el producto conjuga su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos): Orientación.

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

Asinclitismo

Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo, ofreciendo mayor superficie de una parietal que de otro, a esto se le conoce como asinclitismo.

Descenso

Gracias a la dinámica uterina el producto continúa su descenso hacia la pelvis, al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné que forma un ángulo

diedro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) en ese ángulo quedando conjugado con el diámetro anteroposterior de la pelvis. En ese momento el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático.

Rotación interna

Para lograr lo anterior se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pelvis, movimiento que se llama rotación interna. Este giro es de 45° en las variedades anteriores, 90° en las transversas y de 135° en las posteriores, este giro es antihorario en las variedades izquierdas y en sentido horario en las variedades derechas.

Con objeto de evaluar mediante tacto vaginal el grado de descenso de la presentación dentro de la excavación pélvica se correlaciona el diámetro mayor de la presentación con los cuatro planos imaginarios paralelos y equidistantes entre sí llamado de Hodge. Cuando el polo cefálico en su descenso alcanza el cuarto plano el vértice de la presentación se hace evidente a través del introito, durante la contracción uterina

Expulsión o desprendimiento

Extensión

Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura señalada en el cuarto plano de Hodge, el occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro lo cual facilita el nacimiento de la misma, en esta forma primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón, este movimiento de la presentación se llama extensión

Restitución

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

anterior la cabeza fetal debe realizar un giro de 45° en sentido inverso al que se efectuó durante la rotación interna.

Rotación externa

Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que descienden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro anteroposterior de la parte baja de la pelvis, este giro es de 45° y se realiza en el mismo sentido que el de la restitución

Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra, al ser impulsado por las contracciones uterinas; esto se logra con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal. El hombro posterior o sea el que se desliza sobre el sacro es el primero que sale y posteriormente el hombro anterior.

Expulsión del resto del cuerpo fetal

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

ANEXO NO. 4

PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA EN OBSTETRICIA MÁS USADOS EN ESTA INSTITUCIÓN.

ANESTESIA POR INHALACIÓN:

Por la rapidez de su acción, es un buen recurso en las urgencias obstétricas, el grado de anestesia puede ser controlado y el efecto depresor sobre el producto se disipa rápidamente, este tipo de anestesia puede producir relajación del músculo uterino cuando esto se requiere, es un procedimiento valioso en paciente con hipovolemia acentuada.

Técnica médica:

- ☞ Explicarle a la paciente el procedimiento
- ☞ Oxigenar durante dos o tres minutos a la paciente
- ☞ Introducir anestesia con thiopental a dosis de 4 mg/ Kg, y succinilcolina a dosis de 2mg/Kg
- ☞ Entubar a la traquea con una sonda endotraqueal
- ☞ Administrar el gas de elección por el anestesiólogo Halotano, Forane, Etrane, etc.
- ☞ Después de la extracción del producto se puede usar narcóticos y profundizar más la anestesia
- ☞ Extubar a la paciente con precaución para evitar que ocurra broncoaspiración
- ☞ Oxigenar al recién nacido al 100%

Desventajas

- ☞ Eleva la posibilidad de que ocurra vómito con el riesgo consecuente de broncoaspiración

- ☞ Ocasiona depresión respiratorio del neonato, quien generalmente requiere de maniobras de reanimación.

BLOQUEO PERIDURAL:

Concepto: Es el procedimiento de mayor elección para suprimir el dolor obstétrico, puede usarse durante el primero y segundo período de trabajo de parto. Consiste en introducir un agente anestésico local como lidocaína en el espacio peridural o epidural por vía lumbar, a fin de anestesiar las raíces sensitivas del sitio de la punción.

El espacio peridural está limitado en la parte superior por el foramen magnum, y en la parte inferior por el ligamento sacrococcígeo. Es un espacio virtual que rodea el saco dural, contiene tejido conjuntivo y grasa, raíces nerviosas, arterias y un rico plexo venoso y linfático. En la parte posterior es fácilmente distensible; en la anterior está muy adherido a los cuerpos vertebrales. Para llegar al espacio epidural hay que atravesar el tejido celular subcutáneo y los ligamentos supraespinoso, interespinoso y amarillo.

La colocación del catéter de polietileno permite administrar dosis consecutivas y fraccionadas de anestesia.

Dosis

Durante el embarazo se recomienda aplicar dosis de 1 a 1.5 de anestésico por cada segmento medular y según el sitio en que se efectúe la punción vertebral, la cantidad de anestésico será de diferente grado de concentración de acuerdo al caso:

- En analgesia para el primer período de parto: soluciones del 0.5% al 1 %
- En período expulsivo y cirugía obstétrica vaginal soluciones al 1.5% al 2% con o sin epinefrina
- En cirugía obstétrica abdominal soluciones al 2% con o sin epinefrina.

TÉCNICA MÉDICA:

- Realizar por el anestesiólogo técnicas rigurosas de asepsia y antisepsia en región lumbar
- Seleccionar y preparar la solución anestésica
- Seleccionar el espacio que ha de puncionarse (L₁ o L₂) como referencia recuérdese que la línea media bicrestal pasa entre L₄ y L₅.
- Infiltrar planos superficiales y profundos con anestésico local (lidocaina 1%) usar aguja # 25 y jeringa de 3 cm., infiltrar planos profundos con aguja #20 de 2 a 4 cm.
- Introducir la aguja epidural (thouy) en el espacio interespinoso o interlaminar
- Retirar el mandril de la aguja y colocar una gota de sol. En el pabellón de aquella, para comprobar que penetra en el espacio peridural si ocurre aspiración de la misma (técnica de Gutiérrez)
- Introducir la aguja hasta que su extremo se encuentre en el espacio peridural
- Comprobar que no se puncionó la duramadre, es decir no debe haber salida del líquido cefalorraquídeo
- Introducir una dosis de prueba
- Introducir el catéter
- Retirar la aguja y fijar el catéter con tela adhesiva
- Conectar en el extremo del catéter una jeringa que contenga el anestésico local, para administrarlo en dosis fraccionadas, según la evolución del caso.

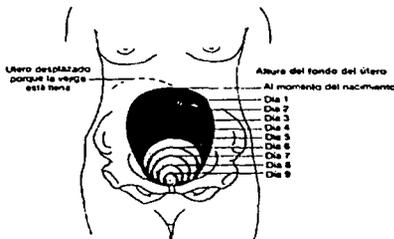
Esta técnica permite una anestesia desde la región de la punción extendiéndose a los miembros inferiores

Anexo No. 5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO:

Involución del útero:

La involución del útero es la reducción rápida de tamaño y el retorno del mismo al estado previo al embarazo. inmediatamente después del nacimiento, el sitio placentario se contrae a menos de la mitad de su diámetro original. La altura del fondo del útero se mide en dedos o centímetros, respecto al ombligo, para valorar la velocidad de la involución. Normalmente, el descenso uterino es de un centímetro por día. Después del nacimiento y en especial si se ha administrado oxitocina después del alumbramiento el fondo uterino es firme y se ubica 2 cm. por encima del ombligo, se contrae al tamaño de una toronja grande. Casi siempre, hacia el décimo día el útero ya no se palpa en cavidad abdominal. Cuando el útero está mas alto de lo esperado o se sitúa a un lado se sospecha que hay vejiga llena.(Ver esquema no. 14)

Esquema no. 14. Involución del útero, la altura del fondo uterino se reduce aproximadamente 1 cm por día



FUENTE: BURROUGHS Arlene. Enfermería Materno Infantil, Ed Interamericana, ed. 7 , México 2000 p. 316

Contracciones uterinas:

Las contracciones uterinas o “entuetos” se presentan durante los primeros dos o tres días del puerperio. La oxitocina, hormona liberada por la hipófisis posterior, refuerza las contracciones del útero comprimiendo los vasos sanguíneos y evitando la pérdida excesiva de sangre. La lactancia temprana estimula la liberación de oxitocina, de modo que la madre experimenta entuetos al amamantar.

Loquios

Son las secreciones vaginales posteriores al parto, contienen sangre del sitio placentario, partículas de la decidua necrótica y moco. El olor normal de los loquios es semejante al flujo menstrual. Se caracterizan por su olor, color, cantidad y duración, conforme la evolución de la paciente. La cantidad disminuye con rapidez y se vuelve moderada y luego escasa. Los loquios son más abundantes durante las primeras 2 hrs. posteriores al alumbramiento.

Se clasifican según sus características en:

Tipo de loquios	Período	Loquios normales	Loquios anormales
Rojos	del día 1 al 3	rojos brillantes, Consistencia sanguínea Olor a flujo menstrual Aumento temporal al Levantarse y al amamantar	Numerosos, coágulos grandes, mal olor, el apósito se impregna con facilidad.
Serosos	del día 4 al 9	Color pardo rosado, de Consistencia serosanguínea o amarillo	Mal olor, se impregna el apósito con facilidad
Blancos	del día 10 Hasta aprox. 3 semanas	Color blancos, transpa- rentes, cremosos	Mal olor, color rojos ó rosados por más de 3 semanas.

Según su cantidad en una hora se dividen en:

Escasos : menos de 2.5 cm. en una toalla sanitaria

Ligeros: menos de 10 cm. en una toalla sanitaria

Moderados: menos de 12-13 cm. en una toalla sanitaria

Abundantes: mas de 13 cm. impregna la toalla rápidamente

Vagina y perineo:

La vagina se ve edematosa, la abertura se separa cuando aumenta la presión intraabdominal, como al toser. A la tercera semana la vagina retoma su apariencia previa al embarazo, aunque con cierta relajación de los tejidos, ya que los músculos del suelo pélvico se distiende en exceso y se debilitan.

Músculos y articulaciones:

Durante los primeros días, los niveles de la hormona relaxina decrecen y los ligamentos y cartílagos de la pelvis empiezan a recuperar su estado previo al embarazo. Con el alumbramiento desaparece la influencia de la progesterona sobre el tono muscular, el cual empieza a restablecerse en todo el cuerpo, sobre todo en los músculos abdominales incluso el recto del abdomen se separan de manera que se presenta diástasis de los rectos.

Extremidades inferiores:

Durante la última etapa del embarazo, la estasis venosa contribuye al riesgo de formación de coágulos (trombosis). Así mismo si las piernas fueron colocadas en la piñerera metálicas durante el parto, los vasos sanguíneos podrían haberse lesionado.

Cambios en el sistema circulatorio:

Los dramáticos cambios que sufre la madre durante el puerperio incluye el sistema cardiovascular, durante el embarazo hay un incremento aproximado del 50% en el volumen de sangre en circulación (hipervolemia) lo que permite tolerar la considerable pérdida de sangre y casi el doble en una cesárea. Los reajustes en la vasculatura de la madre después del nacimiento son rápidos. Durante la adaptación puerperal hay cambios impresionantes: a) La reducción rápida del tamaño del útero pone más sangre en circulación. b) La eliminación de la placenta desvía de 500 a 750 ml. de flujo sanguíneo a la circulación de la madre. c) El flujo sanguíneo aumenta en la vena cava al desaparecer la presión ejercida por el útero grávido. d) Se movilizan los líquidos corporales acumulados durante el embarazo, por lo que una mujer con trastornos cardíacos puede presentar problemas.

Valores sanguíneos:

La pérdida rápida de líquidos de sangre produce hemoconcentración temporal con aumento relativo en los niveles de hematocrito, las concentraciones normales se alcanzan en unas dos semanas. El exceso de líquidos corporales es eliminado por los riñones presentándose un notable incremento en la micción diaria. Inmediatamente después de nacimiento se produce una leucocitosis o incremento en el recuento de glóbulos blancos o leucocitos de 15 000 sin que haya infección.

Coagulación de la sangre:

Los factores de coagulación se elevan durante el embarazo manteniéndose elevados al principio del puerperio. Esta condición aunada a trauma, inmovilidad o infección predisponen a la madre al desarrollo de tromboembolia (una de las principales causas de muerte materna). Normalmente las venas varicosas que se desarrollan durante el

embarazo disminuyen en el puerperio ya que se reduce la estasis venosa producida por la compresión del útero grávido, además hay un descenso en el nivel de progesterona la cual en cierta medida causa la disminución del tono muscular liso en el embarazo.

Diaforesis puerperal:

La diaforesis o transpiración excesiva es la eliminación del excedente de líquidos a través de la piel (pérdidas insensibles) suele presentarse por lo general por la noche, también puede ser causado por la fiebre normal en las primeras horas del puerperio.

Signos vitales:

Temperatura, puede elevarse durante las primeras 24 horas del puerperio a 38°C como resultado del agotamiento y deshidratación del parto, pero después de este período no debe presentarse fiebre ya que cualquier temperatura mayor de 38°C puede sugerir un cuadro de infección. También puede elevarse la temperatura corporal por ingurgitación severa del tejido mamario sobre todo si no ha iniciado lactancia materna tempranamente.

Pulso, durante la primera semana del puerperio la frecuencia cardíaca suele bajar hasta 50 lpm. (bradicardia) porque disminuye el gasto cardíaco. Al contrario un frecuencia elevada podría ser dato de hemorragia, hipovolemia, infección, ansiedad extrema por dolor entre otras.

Cambios en el aparato urinario:

La vejiga de la mujer en el puerperio tiene mayor capacidad y pierde parte del tono muscular, además durante el parto puede producir edema y trauma en la uretra, vejiga y meato urinario, por la presión ejercida en el momento del pujo durante el parto y la presión del polo cefálico en el canal del parto. La anestesia de conducción también

podría impedir la micción. Con la distensión de la vejiga el útero suele desplazarse a menudo de un lado lo que reduce la capacidad de contraerse y ocasiona que los vasos sanguíneos sangren. Con frecuencia la sensibilidad en el ángulo costovertebral, la fiebre, la retención urinaria o la disuria indican la posibilidad de infección urinaria por lo que se tiene que descartar y valorar ante alguno de éstos signos. Puede presentarse acetonuria a causa de la deshidratación que se presenta en el trabajo de parto o durante un parto prolongado.

Cambios gastrointestinales:

Es usual que la madre tenga sed y hambre después del nacimiento del niño debido a la energía gastada en el parto y también como resultado del período de ayuno. La disminución del peristaltismo producido por los efectos residuales de la progesterona, la falta de alimentos sólidos, la ingestión limitada de líquidos, la incapacidad o la falta de ejercicio y el estrés que se produjo durante el parto, así como el dolor en la episiotomía podrían convivir para provocar estreñimiento problema común en el puerperio inmediato.

Cambios endocrinos:

Después de la expulsión de la placenta bajan los niveles de estrógenos y progesterona, el retorno de estas hormonas hasta antes del embarazo es más lento en mujeres que amamantan. La lactancia se inicia al aumentar los niveles de prolactina. La reducción drástica de las hormonas (estrógenos y progesterona) permite: a) la secreción de leche que se estimula con la succión del recién nacido y b) vuelve a funcionar el ciclo menstrual.

Lactancia:

La secreción de leche es el resultado final de varios factores: después del nacimiento los agentes inhibidores de prolactina (estrógenos, progesterona y lactógeno placentario humano) disminuyen rápidamente y provocan un incremento brusco en la secreción de prolactina. Una vez establecida la lactancia el estímulo más importante para mantener la producción de leche es la succión. La prolactina humana liberada de la hipófisis anterior promueve la producción de leche al estimular las células alveolares de las mamas. La oxitocina liberada de la hipófisis posterior desencadena la secreción de leche conforme el recién nacido succiona además estimula las contracciones uterinas en el puerperio inmediato y mediato que favorece la involución uterina. Hacia el tercer día de puerperio el efecto de la prolactina es evidente en el tejido mamario ya que produce ingurgitación de los senos que es producida por la tumefacción de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Reanudación de la ovulación y la menstruación

Las mujeres que no lactan reanudan su menstruación entre siete y nueve semanas después del parto, el lapso del retraso depende del tiempo que se amamanta y de la frecuencia con que se dé el seno materno, muchas mujeres lactantes vuelven a menstruar al cabo de tres meses.

Pérdida de peso:

Inmediatamente después del parto el peso de la madre baja de 4.5 y 6 kilos debido a la expulsión del producto, la placenta y líquido amniótico. Durante el puerperio mediato se pierden otros 2 o 3 kilos como resultado de la diuresis y diaforesis excesiva..

Durante el embarazo se almacena de 2 a 3 kilos de grasa necesaria para compensar la lactancia, la madre que amamanta la consumirá gradualmente en los siguientes 6 meses.

Cambios en el sistema tegumentario:

Como resultado de la elevación de las hormonas durante el embarazo se presentan cambios en el cutis, los niveles de la hormona estimulante del melanocito que produce la hiperpigmentación en el embarazo bajan rápidamente después del alumbramiento lo que produce el desvanecimiento de la “máscara del embarazo” (cloasma) y la línea negra.

GLOSARIO:

Situación es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre, puede ser longitudinal, transversa y oblicua.

Punto toconómico es el punto de referencia del feto que varía de acuerdo con las diversas presentaciones, en la presentación cefálica el punto toconómico puede ser el occipucio (occipito), los huesos propios de la nariz (naso) o el mentón (mento), **(ver esquema no. 18)** según el grado de flexión del polo cefálico; y en la presentación pélvica, el punto toconómico es el sacro (sacro).

Posición es la relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o derecha de la madre. Su localización facilita la auscultación del corazón fetal

Variedad de posición, es la relación que guarda el punto toconómico del producto con la mitad anterior o posterior de la pelvis materna, este dato clínico es fundamental para vigilar la evolución del trabajo de parto. **(ver esquema no. 15)**

Presentación, es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, que es de tamaño suficiente para llenarla y que sigue un mecanismo de trabajo de parto bien definido. Solo existen dos presentaciones, presentación cefálica y presentación pélvica. **(ver esquema no. 16, b)**

Actualmente no se acepta la situación transversa como modalidad de presentación, ya que no reúne los requisitos de la definición.

Altura de la presentación, es la relación que existe entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho superior de la pelvis, siempre que se diagnostique por la exploración abdominal. **(ver esquema no. 17)**

Actitud, es la relación que guardan las distintas partes del feto entre sí, la actitud normal del feto es en flexión

Flexión cabeza sobre tronco, flexión pierna sobre muslo, flexión muslo sobre abdomen flexión antebrazo sobre brazo y flexión brazo sobre tórax.

Flexión cabeza sobre tronco, flexión pierna sobre muslo, flexión muslo sobre abdomen flexión antebrazo sobre brazo y flexión brazo sobre tórax.

Los cambios de actitud repercuten en forma importante en la resolución obstétrica. El cambio de actitud de la cabeza fetal propicia cambios en la presentación que dificultan el parto.

Cuando la cabeza fetal está bien flexionada el punto toconómico es el occipucio.

Cuando está parcialmente flexionada (posición indiferente), se toca el hueso propio de la nariz y se denomina presentación de frente. **Cuando la cabeza está completamente extendida** (deflexionada), se toca el mentón y se conoce como presentación de cara. También son importantes los cambios de actitud de las extremidades inferiores, cuando se abocan a la pelvis uno o ambos miembros inferiores del producto, se denomina presentación pélvica completa; en cambio cuando los dos miembros inferiores están extendidos, sólo se presenta la pelvis del producto y se denomina pélvica incompleta. En ambas presentaciones el punto toconómico es el sacro.

Hay cuadros clínicos en los que el producto adopta una actitud característica como ocurre en el óbito fetal (actitud indiferente) y en el hidrops fetal (actitud de Buda).

Alumbramiento, es la expulsión o extracción de la placenta y sus anexos

Atención prenatal, es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la

evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio y manejo del recién nacido.

Calidad de la atención, es el grado en que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para pacientes, considerando los recursos con que se cuenta y los valores sociales imperantes

Calidez en la atención, es aquella atención cordial y agradable entre el equipo de salud y los pacientes.

Cesárea, es la intervención quirúrgica que tiene como objeto extraer al producto de la concepción vivo o muerto de 28 semanas o más, así como a sus anexos ovulares, a través de una incisión de la pared uterina.

Comunicación, es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos, o a utilizar los servicios de salud.

Distocia, es la anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Edad gestacional, es el tiempo transcurrido desde la fecundación hasta el nacimiento, para fines prácticos se calcula desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio; se expresa en semanas y días completos.

Embarazo de alto riesgo, es aquel en el cual se tiene la posibilidad o la certeza de presentar estados patológicos o condiciones anormales, concomitantes con la gestación y el nacimiento, que aumentan los peligros para la salud de la madre, la del producto o recién nacido.

Embarazo, es el período comprendido desde la concepción (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba

positiva de embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Eutocia, se refiere a un parto normal cuando el producto se presenta de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto de la concepción.

Lactancia materna, es la alimentación del seno materno

Muerte fetal, es la muerte de un producto de la concepción, de 22 semanas o más antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre.

Nacimiento, es la expulsión completa o extracción del organismo materno, de un producto de 22 semanas o más de gestación, tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

Parto, es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción de 22 semanas o más de la placenta y sus anexos.

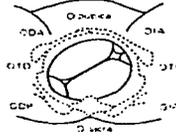
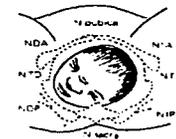
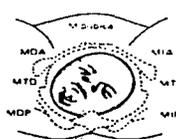
Puerperio normal, es el período que sigue al alumbramiento, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación. Tiene una duración de seis semanas o 42 días.

Recién nacido, es la niña o el niño desde el nacimiento hasta los 28 días completos de edad.

Recién nacido vivo, es todo feto proveniente de un embarazo de 22 o más semanas de gestación y con peso de 500 gramos o más semanas, que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún signo de vida.

Recién nacido muerto, es todo feto proveniente de un embarazo de 22 semanas o más de gestación y con peso de 500 gramos o más, que después de concluir su separación del organismo materno no manifiesta algún signo de vida.

Esquema no. 15 Variedades de posición existentes

Cuadro 3.6. Variedades de posición existentes				
Presentación	Variedad	Punto toconómico	Designación	Variedades posibles
Cefálica	Vértice	Occipucio	Occipito	
Cefálica	Fr ente	Huesos planos de la nariz	Nazo	
Cefálica	Car a	Vértice del mentón	Mento	

FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor Obstetricia Básica ilustrada
Ed.Trillas, México 1997 p. 157

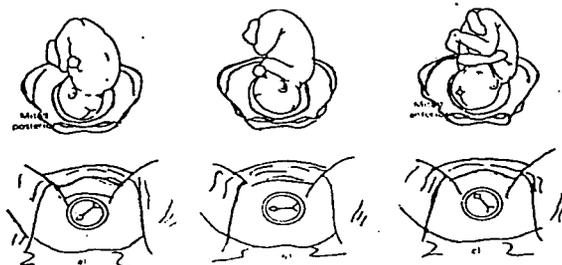
CONTINUACIÓN

Cuadro 3.6. (Continuación)

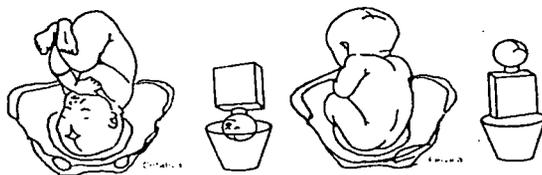
Presentación	Variedad	Punto tococondrítico	Designación	Variedades posibles
Pélvica	Completa o incompleta	Vértice del sacro	Sacro	
Claves	O = Occipito N = Naso M = Mento	S = Sacro D = Derecha I = Izquierda	T = Transversa A = Anterior P = Posterior	

FUENTE: MONDRAGÓN. Héctor C Obstetricia Básica Ilustrada, Ed Trillas. México 1997 pp158

Esquema no. 16 Variedades de posición



A.- Variedades de Posición: a) Occipitoizquierda posterior, b) occipitotransversa izquierda y, c) occipitoizquierda anterior.



B.- Diferentes tipos de presentación a) Cefálica b) Pélvica

Fuente: MONDRAGÓN Héctor C. Obstetricia Básica Ilustrada, Ed. Trilhas México 1997 pp 138

Esquema no. 17 Altura de la presentación

a) Libre, b) abocada, y c) encajada

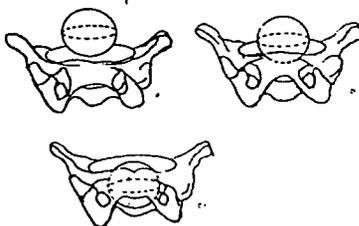
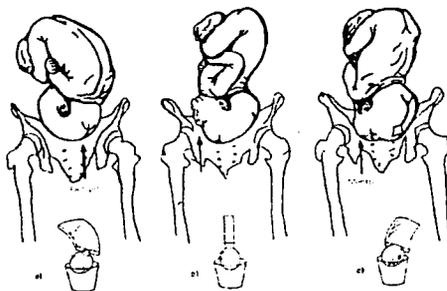


Figura 3.31. Altura de la presentación fetal en el canal del parto.



Esquema no. 18

Puntos toconómicos en la presentación cefálica a) presentación de vértice (occipucio), b) de frente (nariz) y, c) de cara (mentón)

FUENTE: MONDRAGÓN C. Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas. México, 1997 pp. 139,140

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS:

Al término de este manual, he visto como se han ido logrando los objetivos que me propuse al inicio de su elaboración, al fundamentar más, el papel que desempeño dentro de una sociedad como enfermera, y me invita a elevar la calidad de la atención que brindo a mis pacientes, pues al evaluar los objetivos que se van planteando en cada una de las etapas en la atención a la mujer embarazada, me he dado cuenta que ha quedado un gran espacio que no he tocado: **La enseñanza del Autocuidado.**

Muchas veces lo justificamos con el “tiempo” pero mal organizado, otras por la falta de preparación, esto me hace interesarme por consultar bibliografía; otras veces nos desempeñamos solo con “rutinas y técnicas establecidas y muchas de ellas obsoletas por Instituciones sin dejar que salga el potencial y la creatividad que se puede realizar con nuestras pacientes. Para esto es muy importante la comunicación y el diálogo que debe existir en nuestra atención, tanto con los pacientes como con todo el equipo de salud, brindando una atención personalizada.

Sabemos que la falta de información y preparación de las pacientes puede desencadenar graves complicaciones, por tanto invito a todos los que consulten este manual a enriquecerlo más con la lectura de bibliografía sobre el tema, pero sobre todo a no dejar pasar la oportunidad de ejercer nuestro papel de “**promotoras de la salud**” cultivando en nuestros pacientes la semilla del Autocuidado de la salud.

Este trabajo se realizó gracias al acceso de la tecnología por medio de la “Computación”, el cual es un instrumento valioso en la actualidad para el desempeño de las funciones administrativas y/o docentes.

Queda el reto de realizar un manual de procedimientos con enfoque de alto riesgo del embarazo.

BIBLIOGRAFIA

UNAM. ENEO. SUA Obstetricia I ed. 3ª México 20001. 515 pp.

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

BURROUGHS, Arlene. Enfermería Materno-infantil. Ed. Interamericana, ed. 7ª México 2000. 613 pp.

MONDRAGÓN, C. Héctor. Obstetricia Básica ilustrada Ed. Trillas, ed 4ª México 1991. 822 pp.

OLDS, Londosn, Ladewig. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana, ed. 2ª México 1987. 1283 pp.

WOLFF, Loverne, Barbara Kuhn. Fundamentos de enfermería, Ed. Harla ed. 4ª México 1992. 1108 pp.

IMSS. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, ed. 1ª México 1998. 324 pp.

CEIB. Carta a los Agentes de Salud, Ed. Centro de estudios e Investigación de Bioética ed 1ª México 1998. 138 pp.

ANTHONY, Thibudeu. Anatomía y Fisiología, Ed. Interamericana ed. 4ª México 1984. 724 pp.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD, Manual de Reanimación Neonatal Ed. AHA/AAP Neonatal, México 1990 (American Heart Association). 320 pp.

SMITH, Jean. T. Young, Johnson. Guía de Procedimientos para Enfermeras Ed. Panamericana, ed. 2ª Argentina 2000. 752 pp.

PERNOLL, Martín. Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos, Ed. El manual Moderno, ed. 6ª, México 1995. 1944 pp.

SILVA, Fabian. Manual de Organización. Sanatorio Moisés Lira, México 2000. 63 pp.

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