

00921
99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN EL SERVICIO DE LABOR Y
EXPULSIÓN**

Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Presenta:
LARIOS (LÓPEZ) PATRICIA.
Nº CUENTA 081464223.

ASESOR DEL TRABAJO.


LIC. ROSA MARÍA LERMA JASSO.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

JULIO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

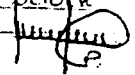
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

TESIS CCN
FALIA DE ORIGEN

Autorizó a la Dirección General de Estudios
UNAM a imprimir en formato electrónico
contenido de este Manual
NOMBRE: Patricia Larros López

FECHA: 15 de octubre 2003.

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS.

La elaboración de este trabajo significa un escalón más a lo largo de mi trayectoria como profesional sé que aún me falta mucho por hacer; sin embargo les doy las gracias a todos los profesores que me han ayudado a llegar a este momento, ya que sin ellos no habría sido posible lograrlo.

Gracias a Lic. Yolanda Valero Téllez, Coordinadora del S.U.A. del Hospital Juárez de México, por su forma tan especial de ser y su gran calidad humana.

De igual forma mi amplio reconocimiento a la Lic. Rosa Ma. Lerna Jasso, Directora en la elaboración de este Manual.

El más amplio reconocimiento a mi Madre por ser una gran mujer de quien recibí mis primeras enseñanzas y quien sin saber logro en mi el espíritu de superación y constancia.

Por último, y de quien nunca lo olvidare, gracias a mis hijos Sarahi y Julio Cesar que a pesar de ser tan pequeños supieron comprenderme.

Y mis mas inagotables gracias a mi esposo Efrén López, Gonzáles que me ayudo a cumplir este gran anhelo.

Gracias a todas Aquellas Personas que confiaron en mi para el logro de esta meta que parecía inalcanzable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Agradecimiento.	
Introducción	PAG. 1
1. Justificación	PAG. 4
2. Objetivo General	PAG. 5
2.1. Objetivos Específicos	PAG. 5
3. Marco Legal	PAG. 6
4. Marco Teórico	PAG. 11
4.1. Anatomía y Fisiología	PAG. 12
4.2. Formación y Desarrollo del Embrión	PAG. 14
4.3. Diagnostico del Embarazo	PAG. 17
4.4. Cambios Durante el Embarazo	PAG. 18
4.5. Atención del Parto Normal	PAG. 23
4.6. Manual	PAG. 30
5. Organización del Hospital	PAG. 32
5.1. Funcionamiento del Hospital	PAG. 34
5.2. Misión del Hospital	PAG. 35
5.3. Visión del Hospital	PAG. 35
5.4. Organigrama de la Dirección Medica	PAG. 36
6. Departamento de Enfermería	PAG. 37
6.1. Misión	PAG. 37
6.2. Visión	PAG. 37
6.3. Organigrama de la Jefatura de Enfermeras	PAG. 38

7. Descripción del Área Física del servicio de Labor y Expulsión	PAG. 39
7.1. Misión de Labor y Expulsión	PAG. 40
7.2. Visión de Labor y expulsión	PAG. 40
7.3. Normas del Servicio	PAG. 41
8. Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión	PAG. 42
8.1. Ingreso a la Sala de Labor	PAG. 42
8.2. Exploración Mamaria	PAG. 46
8.3. Maniobras de Leopold	PAG. 49
8.4. Localización del Corazón Fetal	PAG. 51
8.5. Descripción del Canal Vaginal	PAG. 54
8.6. Valoración de las Contracciones Uterinas	PAG. 57
8.7. Método Psicoprofilactico	PAG. 60
8.8. Inducción y Conducción del Trabajo de Parto	PAG. 64
8.9. Bloqueo Peridural	PAG. 69
8.10. Amniorrexis o Ruptura Artificial de las Membranas	PAG. 72
8.11. Participación de la Enfermera en Expulsión	PAG. 76
8.12. Atención del Recién Nacido en el Caso de No Haber Pediatra	PAG. 82
8.13. Identificación Correcta del Recién Nacido	PAG. 87
8.14. Tamiz Neonatal en la Sala de Expulsión	PAG. 90
8.15. Estado de Choque en Obstetricia	PAG. 93
8.16. Atonia Uterina	PAG. 97
8.17. Retención de Placenta	PAG. 102

9. Análisis	PAG. 105
10. Sugerencias	PAG. 106
11. Bibliografía	PAG. 107
12. Anexos	PAG. 109
12.1. Definiciones Principales	PAG. 109
12.2. Exámenes de Laboratorio de la Embarazada y Recién Nacido	PAG. 110

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

El 16 de diciembre de 1909 se publica en el periódico "El imparcial" El primer puesto de Socorro del D.F. Inaugurado por el Gobernador del D.F. Guillermo de Landa y Escandón, en la planta baja del edificio de la Sexta Comisaría. Es así como da inicio el primer puesto de Socorro del D.F. es importante mencionar que los **heridos eran transportados en carretas o calandrias tiradas por caballos.**

Por mas de noventa años de trascendencia en atención a una población desprotegida, lo que conocemos como toda una red de Servicios de Salud, actualmente lo integran, 8 Hospitales Generales, 11 Hospitales Pediátricos, 7 Materno Infantil, 220 Centros de Salud, 1 Escuela de Enfermería, 45 Unidades Medicas en Agencias del Ministerio Público, 6 Unidades Medicas en Reclusorios, 16 Jurisdicciones Sanitarias, 2 Centros Toxicológicos, 3 Centros de Control Canino, 1 Almacén General, y 1 Unidad de Radio Control.

Desde la Fundación de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal a estado sujeto a innumerables cambios que a lo largo de su trayectoria siempre han estado basados en la mejora de la Calidad de atención de los no Asalariados y actualmente el Hospital General Dr. Gregorio Salas cumple con dicha misión de servir a la población del D.F. y la de zonas aledañas.

En el año de 1962 en el centro de la ciudad de México existían trabajadores que se denominaban no asalariados, los cuales iniciaron algunas gestiones ante las autoridades del Departamento del D.F. a fin de que se les proporcionara un servicio medico propio ya que no contaban con el servicio por parte de ninguna institución del Sector Salud.

Y en 1968 cuando el entonces Presidente de la República Gustavo Díaz Ordaz quién dio inicio a la construcción y operación de una unidad hospitalaria con este fin. Y en el terreno de lo que era anteriormente el cine Goya del viejo barrio Universitario mismo que cubría la área más cercana de la mayoría de los no asalariados.

En 1969 el entonces regente de la Ciudad Alfonso Corona Del Rosal y el Director General de los servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal el Dr. Rodolfo Pérez de Tejada, quienes lograron el anhelo de los miles de trabajadores no asalariados de esa época, fue formalmente inaugurado el día 4 de septiembre de 1969 con el nombre de Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores" Adscrito a la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

Esta unidad lleva el nombre en memoria de ese insigne medico poblano, quién se distinguió por su gran sentido humanista y durante su honorable carrera como profesor de la Universidad y Director del tan conocido Hospital General de la Secretaría de Salud.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En el año de 1984 el hospital deja de ser para no asalariados y pasa a dar atención al público en general quedando solo como Materno Infantil sin embargo, no duro mucho ya que en 1988 lo consideran nuevamente como Hospital General integrándolo las siguientes Especialidades Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Nefrología, Pediatría, Cardiología Oftalmología, Ortopedia, Traumatología, Odontología Otorrinolaringología y servicios de apoyo como Cardiotocografía, Ultrasonografía, Electrocardiografía, Laboratorio, Rayos X, Trabajo Social a la fecha es considerado como Hospital General y brinda atención a los pobladores del D.F. con su renombrado programa de Gratuidad.

El departamento de Enfermería del Hospital General " Dr. Gregorio Salas Flores" de la Secretaria de Salud del gobierno del Distrito Federal da inicio a sus funciones el 16 de marzo de 1969 concentrándose al personal Auxiliar de Enfermería en los turnos matutino, vespertino, nocturno, con guardías A y B. Debido a que en ese momento no se atendían a pacientes, el personal se le daba capacitación por parte del personal supervisor y medico durante la jornada laboral. Y no es hasta el mes de septiembre cuando se inaugura oficialmente esta unidad hospitalaria.

La mayoría del personal era auxiliar de enfermería que habían concluido con un curso de auxiliares de Enfermería en diversos hospitales de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, Hospital de la Mujer y escuelas particulares.

La jornada laboral era de 8 horas en los turnos matutino y vespertino y contaban con solo descanso a la semana, los cuales se rolaban cada tres meses y las guardias nocturna eran de 11 horas y 40 minutos los cambios de servicio eran cada 3 o 6 meses.

Sin embargo en esta época existía un gran compañerismo y sentido humanitario ya que las mismas compañeras se desplazaban a las áreas de mayor carga de trabajo sin que nadie lo solicitara, la atención del paciente era dividida por actividades entre las enfermeras una registraba signos vitales otra tendía camas etc.,

Esta forma de trabajar se mantuvo por muchos años y en el año de 1986, se llevo acabo una contratación masiva de personal titulado incrementándose considerablemente el número de la plantilla en los tres turnos, lo cual favoreció ampliamente la atención y la forma de trabajo con los pacientes iniciándose así el cuidado integral y la mejora de calidad de atención en todos los servicios. Actualmente se cuenta con un 100% de personal titulado, enfermeras con Nivel Pos técnico y un pequeño porcentaje de Lic. en Enfermería, la atención es por cuidado integral, turnos fijos de 8 horas en el matutino, vespertino y el nocturno solo laboran 11 horas.

Actualmente los profesionales en Enfermería han analizado las diferencias entre el proceso administrativo y la gerencia de servicios de salud, así como múltiples reflexiones respecto al concepto del proceso gerencial.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Ahora se proponen modelos gerenciales que permiten determinar problemas y alternativas de solución. Indudablemente estamos dentro de un proceso de modernización que accede al desarrollo de nuestras direcciones logrando un mejor desempeño organizacional. En los servicios de enfermería, contamos con herramientas que nos permiten planear, analizar, decidir, cuestionar, evaluar, etc.

Y con relación al recurso humano su utilización y su productividad, se pueden definir en los Manuales de Procedimientos Administrativos y Operativos como: Manuales para el aprendizaje del trabajador; y la consulta actualizada.

La importancia de introducir el uso de Manuales en el Centro hospitalarios origina de que actualmente el administrador habla en términos de toma decisiones encaminadas a incrementar la productividad y la calidad en los servicios de enfermería

El presente Manual de Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión del Hospital General Gregorio Salas Flores, perteneciente a la Secretaría de Salud del Departamento del Distrito Federal, obedece a la carencia del mismo, no solo en esta unidad hospitalaria sino en todos los Hospitales de la red y aunque estos son un requisito de la Certificación de hospitales, no se a logrado la elaboración de todos ellos y de los ya existentes, su actualización. El presente Manual fue creado de la necesidad de contar con una guía de actuación organizada en los procedimientos que se llevan acabo en el servicio de labor y expulsión, sobre todo por la innovación técnico-administrativa imperante hoy en día, cumpliendo así con el fin de actualizar y difundir documentos técnico-administrativos que orienten y guíen el adecuado funcionamiento de los servicios de Enfermería.

Doy inicio al desarrollo del Manual con el marco legal el cual servirá como una asesor de apoyo en el conocimiento de las Normas Oficiales y leyes que nos rigen y nos comprometen como Profesionales de la Salud, no menos valioso el marco teórico que será de gran ayuda para resolver dudas respecto a conceptos importantes del desarrollo embrionario, desarrollo del embarazo, mecanismos del trabajo de parto, un apartado sobre manuales que reafirmara la importancia del mismo. Continuare con la descripción de la organización y funcionamiento de la Unidad Hospitalaria y del Departamento de Enfermería, la descripción del área física del servicio de Labor y Expulsión y las normas del mismo.

Los procedimientos iniciaran con un orden consecutivo desde el ingreso de la embarazada al área física hasta el egreso de la misma Los procedimientos son representados en forma clara utilizando fluxogramas que servirán como una guía practica, para el desarrollo de los mismos. Cabe hacer mención que este Manual es elaborado con la propósito de ser un documento didáctico.

Finalmente el análisis y las sugerencias respecto al desarrollo del trabajo y anexo de terminología utilizada para su debida comprensión.



I. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente en el servicio de Labor y expulsión del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores no existe un Manual de Procedimientos Específicos por lo que se justifica su elaboración como una necesidad primordial para el buen funcionamiento del mismo, además de que actualmente se requieren como parte importante en la certificación de Hospitales.

Es de suma importancia que todos los servicios de enfermería cuenten con instrumentos técnicos-administrativos de consulta que garanticen la calidad de atención brindada a los usuarios. Sin olvidar que estos son un instrumento técnico administrativo que guíe a la enfermera (o) en sus acciones de manera ordenadas y cronológica para la realización de su labor diaria.

El Manual del Servicio de Labor y Expulsión del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores de la Secretaria de Salud del Distrito Federal tiene como finalidad orientar e integrar al personal de nuevo ingreso al área, facilitando la incorporación del mismo para el mejor aprovechamiento de sus habilidades así como de los recursos materiales existentes, mediante la optimización del tiempo en cada una de sus actividades diarias en beneficio de la mejora de la calidad de atención al usuario

En conclusión la instauración del presente manual en el lugar y espacio adecuado los 365 días del año obedece a lo establecido en la normatividad de la utilización de Manuales como instrumentos de apoyo en los servicios de enfermería. Sin olvidar que estos instrumentos deberán ser revisados continuamente por profesionales debidamente autorizados, para que se mantengan actualizados.



2. OBJETIVO GENERAL.

Que el personal de enfermería cuente con un instrumento técnico-administrativo en el Servicio de Labor y Expulsión, que guíe sus actividades diarias, en mejora de la calidad de atención dada a todas las usuarias de este servicio.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Orientar e integrar al personal de Enfermería de nuevo ingreso al área facilitándole la incorporación al mismo
- ❖ Dar al personal de enfermería asignado a esta área una idea general de la organización y funcionamiento del servicio.
- ❖ Brindar al personal de enfermería una guía práctica y actualizada sobre procedimientos básicos en el Servicio de Labor y Expulsión.



3. MARCO LEGAL

Principales ordenamientos Jurídicos que sustentan las acciones en el Servicio de Labor y Expulsión.

S.S.A. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL D.F. 1990.¹

Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000

D.O. 31 – V – 1995

Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000

D.O. 11 – III – 1996

Guía Técnica para la Elaboración de Manuales Administrativos.

D.D.F. 28 – II – 1997

LA IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, adoptada y proclamada por la resolución de la Asamblea General 217 del 10 de diciembre de 1948, en París, Francia, dice en su Artículo 6º que “todo ser humano tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica”; así mismo, la **Convención de los Derechos de la Infancia**, en su Artículo 7º párrafo I, establece el derecho del niño a ser identificado para poder adquirir la ciudadanía.

Norma Oficial Mexicana NOM-05-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar.

Uniforma las bases de la prestación de estos servicios para la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos. Promoción, difusión, información, educación, consejería, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos e identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad. Establece la gratuidad de estos servicios.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

¹Manual de Organización de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del D.F. 2000



Define criterios para los prestadores de servicios y las unidades de atención médica para el cuidado y vigilancia del embarazo, parto, puerperio mediato e inmediato y atención del recién nacido en casos normales. Señala los datos que deben formar parte del expediente.

clínico y los criterios a seguir para la atención general del recién nacido y medidas de emergencia

LEY REGLAMENTARIA DEL ART. 4º CONSTITUCIONAL. PÁRRAFO III:²

LEY GENERAL DE SALUD.

Para efectos del Derecho a la Protección a la Salud se consideran Servicios Básicos de Salud:

1. Educación para la salud.
2. Prevención y control de enfermedades transmisibles y atención prioritaria a enfermedades transmisibles menos frecuentes y a los accidentes.
3. Atención médica.
4. Atención materno infantil.
5. Planificación familiar.
6. Salud mental.
7. Prevención y control de enfermedades buco dentales, disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.
8. Promoción del mejoramiento de la nutrición.
9. Asistencia social a grupos vulnerables.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIONES DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

1. Las Autoridades Sanitarias competentes y las propias Instituciones de Salud señalarán los procedimientos para que los usuarios presenten quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a la prestación de atención médica.
2. Los responsables del establecimiento donde se presta atención médica están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos para la disciplina para la salud, que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten.
3. El personal que preste sus servicios en los establecimientos de atención médica, deberán portar en lugar visible gafete de identificación.²

² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1999. Ley General de Salud



4. El responsable de los servicios de cuna estará obligado a fomentar la lactancia materna y solo estén facultados para indicar formulas artificiales para la alimentación del recién nacido los médicos pediatras responsables del área.
5. Cuando se presenten controversias entre los prestadores de servicios y usuarios intervendrá la Comisión Nacional de Arbitraje Medico como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdo o laudos, la cual fue creada por decreto el 31 de Mayo de 1996, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de Junio del mismo año.

LEY REGLAMENTARIA DEL ART. 5º CONSTITUCIONAL:³

LEY DE PROFESIONES.

El ejercicio de las profesiones, técnicas o de especialidad estarán sujetas a:

1. Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de Profesiones en el Distrito federal.
2. A las bases de coordinación que conforme a la ley se definirán entre las autoridades educativas y sanitarias.
3. A la disposición de la Ley General de Salud y demás normas Jurídicas aplicables.
4. A las Leyes que expidan los Estados con fundamento al Artículo 5º y 121º fracción V de la Constitución.
5. Comprende a la Secretaria de Salud, Gobierno de las Entidades Federativas en el ámbito de su respectiva competencia en coordinación con las autoridades educativas.
6. Vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos de la salud en la prestación de los servicios.
7. Promover y fomentar la constitución de colegios, asociaciones y organismos de profesionales de la salud y estimular su participación en el S.N.S., como instancia ética del ejercicio profesional, promotoras de la superación permanente de sus miembros así como consultoras de las autoridades sanitarias cuando éstas lo requieran.
8. Quienes ejerzan actividades profesionales para la salud en forma independiente deberán de poner a la vista del publico titulo y certificado que los acredita como tal.

³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1999. Ley de Profesiones



TESIS CON
FALDA DE ORIGEN



9. Todo profesionista de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y en su caso a sus familiares información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente.
10. Los profesionales, técnicos de las disciplinas de salud deberán participar en el desarrollo y promoción de programas de Educación para la Salud.
11. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea, recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales.
12. Los usuarios deberán sujetarse a las disposiciones de la Institución prestadora de atención médica en relación al uso y conservación del mobiliario, equipo médico y materiales que se pongan a su disposición.

OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL.

1. Dar todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente así como al desempeño del trabajo convenido.
2. Guardar estrictamente el secreto de los asuntos que le confieren sus clientes, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.
3. Los profesionales asalariados quedan sujetos a los preceptos de la ley Federal del Trabajo y la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del estado.
4. A pertenecer a las asociaciones de profesionales.

LEY REGLAMENTARIA DEL ART. 123º CONSTITUCIONAL APARTADO "A".⁴

Ley federal del Trabajo.
Fracción XXIX Ley del Seguro Social.

LEY REGLAMENTARIA DEL ART. 123º APARTADO "B":

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.
Fracción XI Ley del I.S.S.S.T.F.

⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1999. Ley Federal de trabajo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO.⁵

OBLIGACIONES EL TRABAJADOR

- ❖ Asistir puntualmente a sus labores.
- ❖ Evitar ejecución de actos que pongan en peligro su seguridad y la de sus compañeros.
- ❖ No hacer propaganda de ninguna clase dentro de los edificios o lugares de trabajo sin autorización expresa de sus jefes.
- ❖ Asistir a los cursos de capacitación para mejorar su preparación y eficiencia.
- ❖ Manejar apropiada y honestamente los documentos, valores que se le confíen con motivo de su trabajo.
- ❖ Tratar cortesía y diligencia al público.
- ❖ Los trabajadores están obligados al pago de los daños causados a los bienes al servicio del estado, cuando se compruebe debidamente que fueron intencionados.
- ❖ Cuidar y conservar en buen estado los muebles, maquinas y útiles que se le proporcionan para el desempeño de su trabajo, debiendo informar a sus superiores los desperfectos de inmediato.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵ Síndicato Único de trabajadores del Gobierno del Distrito Federal Condiciones Generales de Trabajo México D.F. Abril de 1998



4. MARCO TEÓRICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



4.1. Anatomía y Fisiología del Embarazo.

Mecanismo de Progresión Ovular Intratubaria.

Una vez efectuada la fecundación se inicia la activación del óvulo, el cual modifica su membrana y su núcleo, que recupera el número diploide de cromosomas y comienza su recorrido (migración) por la luz tubaria, gracias a los factores siguientes:⁶

- Repliegues o surcos de la mucosa tubaria.
- Movimientos ciliares de las células que recubren el epitelio tubario.
- Adherencia por la secreción mucosa de las células caliciformes.
- Movimientos peristálticos de la trompa que producen una presión negativa hacia el interior del útero.
- Quimiotactismo positivo.
- Contractilidad uterina que produce un mecanismo de succión.

Durante la migración, el óvulo fecundado (que recibe el nombre de huevo), inicia una serie de divisiones celulares, originando dos, cuatro, ocho, dieciséis o más células, las cuales llegan a formar un apilamiento celular que constituye la fase de mórula. hasta esta fase el óvulo conserva su mismo tamaño; cuando esta por llegar a la cavidad uterina el huevo inicia una segunda etapa de desarrollo en la que un líquido trasudado margina a un grupo de células y forma una capa llamada trofoblasto; el resto de las células se coloca excéntricamente y constituye el disco embrionario o germinativo. la cavidad llena de líquido recibe el nombre de blastocele. a esta etapa de desarrollo se le conoce como blástula o blastocisto; aquí el huevo cuenta con 109 blastomeros y se encuentra en posibilidad de tener contacto con la decidua y ejerce la actividad cito lítica de la que es capaz, sepultándose materialmente en su espesor. el ovario continua su actividad hormonal por el cuerpo lúteo.

Las células superficiales que integran el trofoblasto forman dos capas bien definidas; la mas superficial, con numerosos núcleos y células poco definidas, integra el sinciotrofoblasto; mientras que la interna formada por células independientes que conservan sus membranas, constituyen el citotrofoblasto.

El trofoblasto dará lugar a la placenta y sus membranas, y el disco embrionario, como su nombre lo indica el embrión.

Implantación.

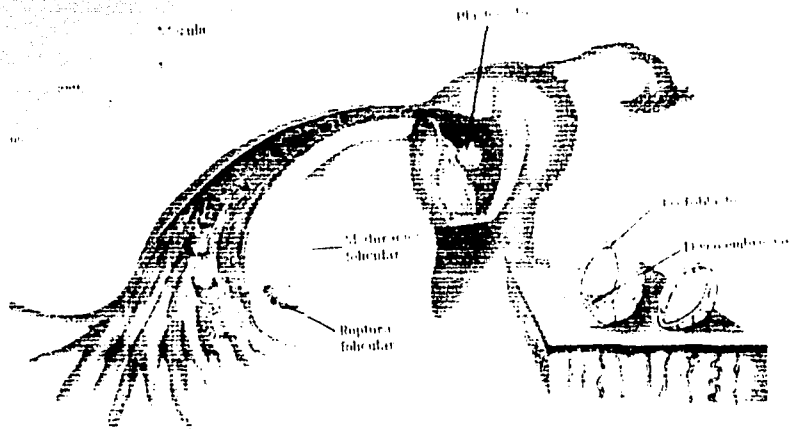
Es la etapa de la reproducción en la cual el huevo fecundado llega al interior de la cavidad uterina, se adhiere a su pared y es cubierto por una capa del endometrio que, por el estímulo hormonal previo, sufrió cambios y se transformo en tejido decidual. estos fenómenos ocurren el día 21 del ciclo menstrual, durante la fase progesteronica. el endometrio, es un

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

tejido sumamente vascularizado y rico en glucogeno, y por tanto, muy propicio para que el huevo se implante y nutra en sus etapas iniciales de desarrollo.⁷

La implantación del huevo se efectúa gracias a la acción estimulante de algunas sustancias como **estrógeno, prostanglandinas, histamina y carbohidratos.**⁸

Debido a la acción de los estrógenos en la fase proliferativa y a los efectos de la progesterona en la fase secretoria, el endometrio adquiere características propicias para la reproducción; cuando ocurre la fecundación y se forma el cuerpo amarillo aumentan las cifras de progesterona, con lo cual el endometrio adquiere ciertos rasgos especiales que lo transforman en decidua. el trofoblasto ejerce acción citolítica, y al ponerse en contacto con la decidua la destruye, produciendo lagos sanguíneos de los que se nutre mediante un mecanismo llamado **pinocitosis, parecido a la ósmosis.**



Es tan acentuada la penetración del blastocisto en la decidua que queda sepultado en este tejido; la parte residual en donde se implanto se denomina decidua basal y en ella se desarrollara la placenta, mientras que la porción decidual que recubre al blastocisto se designa decidua refleja y dará lugar a las membranas ovulares. como en la decidua basal se desarrollaran las vellosidades coriónicas, también se le da el nombre de corion frondoso, y al resto de la decidua refleja se le conoce como corion calvo o corion leve.

⁷ Benson c. Raph. **Manual de Obstetricia y Ginecología** México D.F. 1994.

⁸ www.ecomedic.com.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Cuando se retarda algún factor modifica el proceso de migración ovular descrito, ocurren complicaciones como los embarazos ovárico, tubario y abdominal, y cuando modifica la implantación en el fondo de la cavidad uterina ocurren casos de implantación baja de la placenta y embarazo cervical, todos ellos de graves consecuencias.

Las células centrales del blastocisto empiezan a agruparse y a desarrollarse por capas, constituyendo el disco germinal o nódulo embrionario, el cual habrá de originar el embrión.

El huevo se implanta por su polo embrionario por la acción citolítica del trofoblasto que destruye los vasos maternos, formando lagunas sanguíneas de las cuales se nutre así mismo.

En la porción correspondiente a la decidua basal, dichas vellosidades son mayores y penetran a través de todo el espesor de la misma, constituyendo las vellosidades llamadas garfío o gancho, las cuales sirven de soporte al huevo, en cada vellosidad se desarrollara un sistema arteriolar que guarda relación con el desarrollo del corazón embrionario.

El trofoblasto tiene una, en toda su superficie, una capa de células bien diferenciadas unas de otras llamadas citotrofoblasto o células del langhans; en dichas células se producen las gonadotropinas coriónicas, hormonas que ayudan al desarrollo embrionario.

El citotrofoblasto empieza a desaparecer a partir del cuarto mes, pero llega al final del embarazo.

En la parte del trofoblasto que toma contacto con la decidua, existe otra capa celular mas externa, constituida por células poco diferenciadas y que se denomina sincitiotrofoblasto; en ella se producen estrógenos, progesterona y otras hormonas, y constituyen una fase mitótica final.

Desde el inicio de la gestación el trofoblasto ejerce una acción hormonal muy importante; diez días después de la concepción ya hay aumento considerable de gonadotropinas coriónicas.

4.2. Formación y Desarrollo del Embrión.

A los ocho días de la concepción se desarrolla, a partir del nódulo embrionario, una primera capa celular llamada ectodermo o ectoblasto y, posteriormente, una segunda mas interna que hace contacto directo con el saco vitelino primitivo y se denomina endometrio o endoblasto. estas dos capas se encuentran separadas del amnios por un espacio llamado cavidad amniótica, que mas tarde será ocupado por el liquido amniótico.

Una capa de células adherida al citotrofoblasto constituye el amnioblasto, el cual dará origen a las membranas ovulares, a esta fase del desarrollo embrionario se le llama gástula.

Al continuar el desarrollo embrionario se observa una segmentación del mesodermo en dos hojas: la externa, que se encuentra en contacto con el ectodermo y se denomina somatopleura; la interna, se conoce como esplacnopleura.



Al disociarse el mesodermo queda entre sus capas una cavidad que recibe el nombre de celoma. el endodermo circunscribe una cavidad llena de líquido, llamada saco vitelino, que tiene la función de nutrir al huevo en la segunda semana del desarrollo.

Al crecer, el nódulo embrionario forma una saliente convexa y aparece un repliegue del ectodermo y esplancopleura que prolifera por encima del embrión y crece hasta envolverlo, este proceso delimita otra cavidad, la amniótica, que aumenta de tamaño y se llena de líquido hasta cubrir al embrión.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A la tercera semana, a partir del mesodermo se forma una banda longitudinal bilateral de tejido compacto que va experimentando una segmentación, a cada uno de estos segmentos se le llama somita, y dan origen a las diferentes partes del embrión.⁹

Alrededor de la quinta semana los somitas cambian su naturaleza histológica y el tejido epitelial se transforma en tejido laxo y polimorfo, llamado mesénquima, el cual da origen a diferentes tejidos en etapas sucesivas al desarrollo, los distintos órganos, aparatos y sistemas del feto.

Al término de la fase de gástrula, el ectodermo, el mesodermo y el endodermo se encuentran en su sitio; de cada uno de ellos se originan tejidos especializados que se agrupan en órganos, aparatos y sistemas. en este momento termina la fase de embriogénesis y se inician dos procesos simultáneos, pero independientes uno de otro: la morfogénesis, en la cual el embrión adquiere su forma y volumen normal convirtiéndose en feto, y la organogénesis, por medio del cual el embrión desarrolla sus principales órganos en el sitio correspondiente.

La etapa de embriogénesis, generalmente consume los dos primeros meses de gestación.

⁹ Henson, C. Ralph. Manual de Obstetricia y Ginecología. México D.F. 1994.

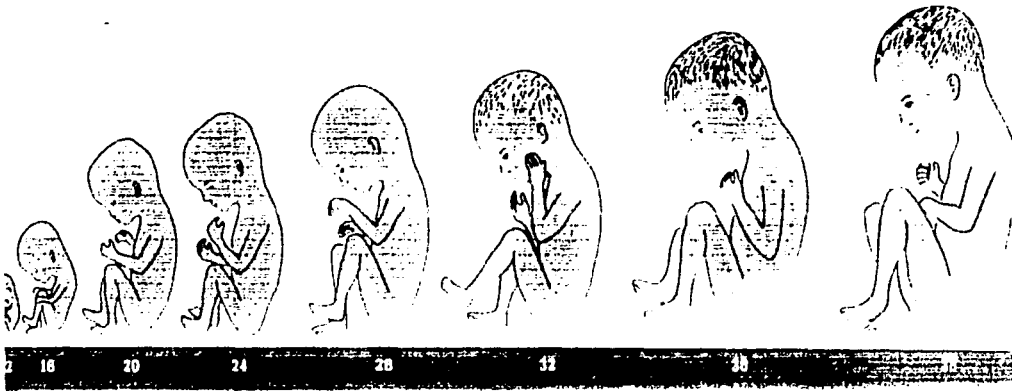


Desarrollo del feto

A medida que el embrión crece sus partes corporales se diferencian progresivamente, a las cinco semanas tiene un extremo caudal que desaparece tres semanas después, se empiezan a notar las extremidades y aparecen algunas estructuras en el polo cefálico: ojo y oído, entre otras.

En la octava semana el embrión alcanza 29 milímetros de longitud y se inicia la vida fetal.

Posterior a esto, se aprecian cambios que experimenta el feto en su desarrollo corporal: en la que la proporción entre el volumen cefálico respecto a la del cuerpo es mayor, disminuyendo esta en las diferentes etapas de su desarrollo, en el tercer mes el polo cefálico es mayor al segmento corporal, este hecho explica por que es más frecuente la presentación pélvica al inicio de la gestación, en el quinto mes el polo cefálico corresponde a la tercera parte de la longitud total y al término del embarazo únicamente a una cuarta parte, la longitud y el peso corporal del producto aumenta en forma progresiva durante la gestación.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



4.3. DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO

El diagnostico del embarazo se basa en la presencia de signos y síntomas siguientes:¹⁰

SOSPECHA	PROBABILIDAD	CERTEZA
<p>Son signos y síntomas vagos que en conjunto pueden orientar hacia la existencia de un embarazo.</p> <p>Durante el interrogatorio Amenorrea náuseas vómito sialorrea poliaquiuria nicturia astenia mareos irritabilidad perversión del gusto y el olfato Somnolencia y antojos.</p>	<p>A pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos, solo sirven de orientación al diagnóstico.</p> <p>Intensificación de los síntomas de sospecha y percepción de movimientos fetales.</p>	<p>Los signos que denotan con seguridad la existencia de un embarazo.</p>
<p>Durante la exploración física Aumento de tamaño, de consistencia y de sensibilidad mamaria hiperpigmentación y fácil erección de pezón Aparición de la areola secundaria (red venosa secundaria de Haller). Tubérculos de Montgomery. Presencia de calostro. Pigmentación cutánea en el abdomen, muslos y genitales externos.</p>	<p>Aumento de peso corporal. Coloración violácea en la vagina (signo de Chadwick) Aumento de pulso vaginal (signo de Ossiander). Cerviz o istmo reblandecido (signo de Hegar). Cuerpo uterino globoso y fondo de saco ocupado (signo de Noble y Budin). Irregularidad del fondo uterino (signo de Piskasek). Aumento del volumen de útero durante la amenorrea.</p>	<p>Auscultación de latidos cardíacos fetales, percepción de órganos fetales, por parte del médico, por medio de las maniobras de Leopold. Comprobación de movimientos fetales durante la exploración. Percepción de contracciones de Braxton Hicks.</p>
<p>Mediante métodos de gabinete</p>	<p>Pruebas de laboratorio positivas, presencia de células naviculares, Mediante el papanicolaou, falta de cristalización del moco cervical.</p>	<p>Electrocardiograma fetal positivo ruidos cardíacos, Esqueleto fetal a través de R.X. Latidos cardíacos audibles mediante Daptone, sonda fetal mediante U.S.G.</p>

¹⁰ Héctor Mondragón Castro, De la Niñez a la Senectud. Gineco-Obstetricia México D.F. 2001



4.4. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO



Cambios en los ovarios tales como:

- Supresión del desarrollo folicular y, por tanto, de la ovulación.
- Crecimiento del cuerpo amarillo (hasta las 10 o 12 semanas.) en uno de los ovarios.
- Aparición de la relaxina, producida por el cuerpo amarillo, la cual actúa en el tejido conjuntivo articular.
- Aparición de una reacción desidual importante en la superficie ovárica.
- Aumento del calibre de los vasos ováricos.

Cambios en las Trompas de Falopio.

- A) Escasa o nula hipertrofia. su epitelio se encuentra aplanado.
- B) Aumento de la vascularización.
- C) Disminución de la motilidad tubaria.



Cambios en la Vagina.

- A) Aumento de vascularización con coloración violácea o signo de Chadwick.
- B) Secreción abundante o leucorrea blanquecina, con p.H. de 3.5, y 6 por su alto contenido de ácido láctico, que sirve como protección contra la invasión de bacterias patógenas gracias al lactobacilo acidófilo.
- C) Aumento de grosor y elasticidad de la pared vaginal por el aumento de espesor de la mucosa, relajación del tejido conectivo e hipertrofia de fibras musculares lisas.

Cambios en Mamas.

Debido al efecto de los estrógenos y la progesterona.

- Aumento de sensibilidad.
- Incremento de tamaño.
- Presencia de nódulos palpables por hipertrofia alveolar.
- Congestión de venas superficiales (red venosa de Haller).
- Aparición de areola secundaria.
- Aparición de tubérculos de Montgomery por hipertrofia de las glándulas sebáceas areolares.
- Mayor excitabilidad del pezón.

Cambios en el peso Materno.

Una modificación importante durante el embarazo es el incremento de peso corporal, el cual obedece a los siguientes factores.¹¹

- Aumento progresivo del tamaño de la placenta.
- Elevación del líquido amniótico.
- Mayor retención de agua.
- Acumulación de grasas y proteínas.

¹¹ I.M.S.S. A.M.G.O. N° 3 Ginecología y Obstetricia México D.F. 1989.



- Aumento de volumen sanguíneo.
- Hipertrofia de otros órganos.
- Aumento de lípidos.

El aumento de peso de la madre es de 9 a 12 Kg. el aumento de peso promedio es de 225 gramos por semana. a partir del segundo trimestre es posible valorar si este incremento es adecuado multiplicándolo por el número de semanas por 225. Realizando la comparación respectiva y si este es mayor se considerará como retención hídrica. Un aumento ponderal súbito o excesivo debe alertar sobre la posibilidad de una toxemia del embarazo.

Cambios en la pared abdominal.

Cuando ocurre la distensión de la piel por el crecimiento uterino, se puede observar en la pared abdominal de la mujer embarazada, la presencia de estrías originadas por la ruptura de fibras elásticas de la capa reticular de la piel, estas lesiones son de color violáceo cuando se trata del primer embarazo y adquieren un color blanco nacarado, si la paciente es multigesta se les conoce como vírices.

Cambios Hematológicos.

El crecimiento del feto requiere del suministro constante de suministro de sustancias nutricionales y de la eliminación de residuos metabólicos, mismo que se efectúa a través de la sangre circulante en el espacio inter vellosos de la placenta, para que dicho proceso se lleve a cabo es necesario el incremento de la circulación uterina y ovárica.

El volumen sanguíneo aumenta para llenar el espacio intra vascular que origina el desarrollo de la placenta.

El aumento de volumen circulante es gradual al término del embarazo retiene un promedio de 6.8 litros de agua la retención excesiva de agua se traduce en edema y se manifiesta por el aumento súbito de peso corporal.

El aumento de eritrocitos esta en relación con el aumento de la demanda de oxígeno ya que estas células constituyen el transporte natural de este elemento, con base el la creciente demanda de oxígeno se acelera una producción de eritrocitos: en total aumentan el 20% durante el embarazo.

Las concentraciones de hemoglobina y hematocrito disminuyen aparentemente ya que el componente plasmático aumenta en mayor proporción, las cifras oscilan entre 12 g/ ml. y hematocrito entre 38 y 40.

Cuando en el organismo materno ocurre una hipoxia tisular se estimula un centro censor ubicado en el parénquima renal y aumenta la producción de eritropoyetina, la cual en presencia del eritropoyetogéno hepático, da como resultado la producción de eritrocitos maduros, no es recomendable atender a pacientes con cifras inferiores a 10 g de hemoglobina.



Corazón.

El peso de este órgano aumenta 25 g. modifica su posición y se ubica horizontalmente debido a la elevación del diafragma, lo cual ocasiona la desviación de su eje eléctrico. Existen modificación del gasto cardiaco aumenta paulatinamente, la gestante puede presentar soplos sistólicos ocasionales, extrasístoles o taquicardias.

Sistema Urinario.

Durante el embarazo, las vías urinarias se modifican por, la presión mecánica ejercida por el útero, las modificaciones hormonales, el aumento de volumen y de flujo sanguíneo.

El riñón aumenta de tamaño, pesa aproximadamente 50 grs. más por el incremento del flujo plasmático. los principales cambios ocurren en las pelvisillas, cálices y uréteres, las cuales se dilatan, especialmente en el lado derecho.

El crecimiento uterino comprime el trigono vesical y ocasiona alteraciones en la micción, tales como poliuria o nicturia, la compresión de las vías urinarias propicia éstasis de la orina y, por ende, infecciones; en ocasiones hidronefrosis e hidroureter. estos cambios desaparecen en forma espontánea y el riñón retorna a la normalidad 6 a 8 semanas después del parto.

En condiciones normales la glucosa se filtra a través del glomérulo renal y se resorbe en el tubulo; durante el embarazo baja la efectividad de resorción, por lo que aparece elevado porcentaje en las glucosurias.

Por otro lado, la orina se torna ligeramente alcalina dado la mayor excreción de bicarbonato; además, el volumen urinario aumenta 25%, la proteinuria aumenta de 150 a 300 mgs. en 24 horas.

Vías Digestivas.

Durante el embarazo ocurren los siguientes cambios:

- Nauseas y vómitos frecuentes durante el primer trimestre.
- Pirosis gástrica en el ultimo trimestre por disminución en la presión del esfínter esofágico.
- Mayor frecuencia de caries dental por modificación de la saliva.
- Encías hiperemias y edematosas que sangran con facilidad.
- Hipomotilidad e hipotonía gástrica que prolonga el tiempo de vaciamiento.
- Aumento en la resorción de hierro y calcio por el intestino delgado.
- Estreñimiento por disminución de la peristalsis intestinal y mayo resorción de agua en el intestino grueso.
- Aumento de viscosidad biliar.



- Aumento de la síntesis del fibrinógeno hepático.
- Aumento al doble o cuádruple de las cifras de fosfatasa alcalina por acción del hígado materno y placenta.
- Aumento del tamaño de la vesícula biliar
- Disminución de la pepsina y ácido clorhídrico libre, así como la de la acidez total del jugo gástrico.

Hígado. se observa discreta estasis biliar.

Piel. Pigmentación en zonas específicas de la cara, pezones, línea media del abdomen y genitales externos; este fenómeno es secundario a los cambios que ocurren en la melanina. Hay hiperactividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Aparición de eritema palmar.

Articulaciones. Hay relajamiento de las articulaciones pélvicas y cambios posturales a medida que avanza el embarazo.

Hipófisis. Aumento importante del volumen de esta glándula en el último mes, desarrollo notable de las llamadas células cromóforas del embarazo, descenso de la producción de hormona estimulante del folículo.

4.5. ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL.

Curso Clínico del Trabajo de Parto.

Quando el embarazo llega a su término se presentan algunos cambios en el organismo materno, los cuales indican que se acerca el momento del parto.¹²

Etapas clínicas del trabajo de parto.

Preparto. Etapa de formación del segmento uterino y maduración cervical.

Características:

Contracciones de braxton hicks.- estas son irregulares, indoloras, no siempre son perceptibles por la paciente, no se irradian a la región lumbosacra. encajan la presentación.

Propósito de las contracciones de braxton hicks.- favorecen la presentación cefálica, logran en el producto una actitud de flexión óptima, orientan la presentación hacia la excavación pélvica, no se modifican en breve plazo, expanden el segmento inferior.

En la primigesta el encajamiento se manifiesta por:

- Descenso del fondo uterino.
- Mejoría de la función respiratoria por descenso del diafragma.
- Aumento de molestias urinarias por compresión vesical.
- Aumento de edema en miembros inferiores por dificultad en el retorno venoso.
- Aumento de calambres en miembros inferiores por fenómenos radiculares.
- Estreñimiento.

Pródromos de Trabajo de Parto. Etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina, cuya duración es muy difícil de precisar y se manifiesta por:

- a) Contracciones uterinas irregulares que se vuelven cada vez más frecuentes, duraderas e intensas.
- b) Maduración de cérvix, fenómeno que propicia mayor reblandecimiento.

¹² Mondragón Castro Héctor De la Niñez a la Juventud. Gineco Obstetricia. México D.F. 2001.



- c) Acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación del cervix hacia el centro del eje de la vagina.
- d) Ocasionalmente, expulsión de tapón mucoso o rasgo de sangre.

Trabajo de Parto. Etapa en que la dinámica uterina es constante, regular y efectiva.

Para su estudio se divide en tres periodos:

- Borramiento y Dilatación Cervical.
- Expulsión.
- Alumbramiento.

Borramiento y Dilatación Cervical.

Comprende desde el inicio del trabajo de parto regular hasta la dilatación cervical completa. el primer periodo se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en abdomen, irradiadas hacia la región lumbosacra, y progresivas en frecuencia, intensidad y duración.

Un trabajo de parto bien establecido tiene tres contracciones uterinas en 10 minutos, con una duración de cada una de ellas de 30 a 60 segundos, las cuales se manifiestan en la paciente por dolor. tales contracciones son eficaces para modificar la cervix, ya que producen borramiento y dilatación.

En la primigesta primero ocurre el borramiento y después se inicia la dilatación; en la multigesta, en cambio, ocurren simultáneamente ambos fenómenos.

A medida que la cervix se va borrando, las fibras musculares que la forman se incorporan a un nivel mas 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, con lo cual progresa la dilatación. este hecho fue estudiado por Ferguson, quien además ideó una grafica al respecto.

Para fines prácticos, en nuestro medio se ha modificado esta grafica para que registre la evolución del trabajo de parto, correlacionado el numero de horas transcurridas con la dilatación cervical y el grado de descenso de la presentación en las exploraciones sucesivas.

Con el objeto de tener un pronóstico de la progresión del trabajo de parto, se ha ido ampliando la curva de dilatación cervical normal, calculando una desviación estándar a cada lado del trazo, si la evolución del trabajo de parto cae dentro de esa área en el registro, entonces se considera que esta dentro de los límites normales.



Si la dilatación cervical ocurre antes de la curva normal, traduce hipertonia, polisistolia o mayor facilidad de la cérvix para dilatarse, lo cual provoca un parto precipitado. Si sucede lo contrario, es decir, que la dilatación se mantenga estacionaria, saliendo de la zona de normalidad, o que no descienda la presentación de acuerdo con la curva normal, el obstetra puede prever que existe alguna dificultad para que ocurra un parto normal.

Ruptura de Membranas.

la ruptura de membranas puede ocurrir en el momento en que la dilatación cervical es mayor de 4 centímetros. dicha ruptura se produce por la presión de las contracciones uterinas (ruptura espontánea). en otras ocasiones, el obstetra produce la amniorexis o ruptura artificial de las membranas, pretendiendo así acelerar el trabajo de parto. Sin embargo, esta técnica no es recomendable cuando existen presentaciones muy altas y el trabajo de parto no es regular.¹³

Al ocurrir la ruptura de membranas ovulares se puede observar líquido amniótico, cuyas características e interpretación pueden ser las siguientes:

TIPO DE LIQUIDO	CARACTERÍSTICAS	INTERPRETACIÓN
Normal	Claro transparente cetrino color sui generis	Embarazo normal
Meconial	Color verdoso turbio espeso	Hipoxia fetal (sufimiento fetal) presentación pélvica
Hemático	Color rojo vino turbio	Patología placentaria (desprendimiento de placenta) ruptura uterina
Purulento	Blanquecino amarillento grumoso espeso fétido	Amnionitis

¹³ Mondragón Castro Héctor *Obstetricia Básica Ilustrada*. México D.F. 1982



Expulsión.

Al completarse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante en el parto: la presión abdominal, la cual, aunada 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.¹⁴



Es por lo anterior que en la actualidad se prefiere el bloqueo epidural o el parto normal a la sedación, ya que la paciente conserva el reflejo del pujo; con ese fin se han diseñado mesas obstétricas especiales.

Alumbramiento.

Este periodo comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.



¹⁴ www.embarazada.com.1999-2000.



Mecanismo del Trabajo de Parto.

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

1.- Encajamiento:

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

2.- Flexión.

Para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico, con el fin de 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 occipitoatlóidea, la cual actúa como palanca de primer grado.

3.- Orientación.

En el estrecho superior de la pelvis el producto conjuga su diámetro mayor (Occipitofrontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (Oblicuos).

Al quedar orientado el diámetro antero posterior de la cabeza fetal con un diámetro oblicuo del estrecho superior de la pelvis, queda fija la cabeza del producto, por lo cual se relaciona el punto toconómico con el cuadrante específico de la pelvis.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



4.- Asinclitismo.

Cuando se encuentra en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo; este movimiento se conoce como asinclitismo.

5.- Descenso.

Gracias a la dinámica uterina el producto continua su descenso hacia la pelvis cuando el vértice de la presentación cefálica llega al piso muscular del periné, el cual forma un ángulo diedro, tiendo a orientar su diámetro mayor (Occipito-Frontal) quedando conjugado con el diámetro antero posterior de la pelvis.

El descenso del producto obedece a los siguientes factores:

- Presión intraamniótica.
- Presión del fondo uterino sobre el polo pélvico del feto
- Contracción de los músculos abdominales.
- Intento de extensión del cuerpo fetal.

6.- Rotación Interna.

Para lograr la rotación interna se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal dentro de la pelvis. Este giro es de 45 grados en las variedades anteriores, de 90 grados en las transversas y de 135 grados en las posteriores. el giro es en sentido contrario a las manecillas del reloj, en las variedades izquierdas, y en sentido horario en las variedades derechas.

Cuando en su descenso el polo cefálico alcanza el punto plano de hodge, el vértice de la presentación se hace presente a través del introito, durante la contracción uterina.

7.- Extensión.

Cuando la cabeza fetal se encuentra a la altura señalada, el occipucio se apoya en el arco púbico de la pelvis y la cabeza se extiende siguiendo la curva del saco, 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 se encuentra favorecido por:

- La contracción uterina, la cual favorece el descenso del producto.
- La resistencia del piso pélvico que impulsa hacia arriba la cabeza fetal.



8.- Restitución.

La restitución es el movimiento que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, con el fin de mantener su posición anatómica en relación con los hombros.

Para llevar a cabo todo lo anterior, la cabeza fetal debe realizar un giro de 45 grados en sentido inverso al que efectuó durante la rotación interna.¹⁴

9.- Rotación Externa.

Movimiento que ejerce la cabeza fetal, la cual ya se encuentra fuera de la pelvis en el momento en que descienden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y giran para acomodarse en el diámetro antero posterior de la parte baja de la pelvis, este giro es de 45 grados y se realiza en el mismo sentido que el de la restitución.

10.- Expulsión de los Hombros.

Al terminar la rotación externa, el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpubico de la pelvis. Este movimiento permite que el hombro posterior se deslice con facilidad por la cavidad sacra al ser impulsado por las contracciones uterinas, lo cual 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 en el sacro es el primero que sale, y ulteriormente, el hombro anterior.

11.- Expulsión del Resto del Cuerpo.

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.

¹⁴ C. Anderson Barbarac. Obstetricia para Enfermeras. Argentina 1970.



4.6. MANUAL

Manual

Es un documento que integra lo sustancial de un tema de estudio, de una visión íntegra y proporcionar información básica y concisa sobre la materia.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: Documento que detalla paso a paso y de forma secuencial y sistemática las acciones con un fin determinado.

Los procedimientos deben de estar integrados, por objetivo, normas de operación, descripción narrativa, diagramas de flujo, formatos y de más documentos que describan las actividades que se realizan para la ejecución de un trabajo determinado.

IMPORTANCIA DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS.

1. Orienta acerca de la manera de ejecutar un trabajo determinado.
2. Establece los lineamientos y mecanismos para la correcta ejecución de un trabajo determinado.
3. Contribuye a dar continuidad y coherencia a las actividades que describe.
4. Delimita responsabilidades y evita desviaciones arbitrarias o malos entendidos en la ejecución de un trabajo determinado.
5. Facilita la supervisión del trabajo y proporciona a los jefes los elementos necesarios para verificar el cumplimiento de las actividades de sus subordinados.
6. Sirve para lograr la agilización, simplificación, automatización o desconcentración de las actividades que se llevan a cabo en las dependencias.¹⁵

ELEMENTOS QUE DEBE CONTENER UN MANUAL

- Carátula o portada.
- Contenido
- Documentos de aprobación técnica y registro del manual.
- Documento de actualización.
- Introducción.
- Objetivo del manual.
- Carátula del procedimiento.
- Índice del procedimiento.
- Objetivo del procedimiento.
- Norma de operación.
- Descripción narrativa del procedimiento.

¹⁵ Universidad Autónoma de México. Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos 1993.



- Clasificación de los procedimientos. (Por su presentación: libreto y bloque, por su profundidad: generales, específicos y mixtos).
- Responsable
- Actividad.

Difusión del Manual.

El método de distribución del manual debe proporcionar la seguridad de que todos los usuarios tengan acceso apropiado al documento. La distribución puede ser facilitada mediante la codificación de copias.¹⁶

Incorporación de Cambios:

Se debe diseñar un método para proveer la propuesta, elaboración, revisión, control e incorporación de cambios en el manual. Al procesar cambios se debe aplicar el mismo proceso de revisión y aprobación utilizado al desarrollar el manual básico.

¹⁶ Rodríguez Valencia Joaquín, Como elaborar y usar Manuales Administrativos, México D.F.



5. ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

El Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, está ubicado en la calle del Carmen 42, entre las calles de Republica de Venezuela y Republica de Colombia en el centro Histórico perteneciente a la delegación Cuauhtémoc, y desde su inauguración del 4 de septiembre de 1969 a la fecha son 33 años de cumplir con su objetivo, brindar atención a personas de escasos recursos. Este fue construido originalmente en forma vertical en un terreno con una superficie de 1898.80 m² contando con cinco pisos y planta baja y los servicios con los que contaba estaban distribuidos de la siguiente manera:¹⁷

PLANTA BAJA.

En la entrada principal se encuentra el checador al fondo una área de estacionamiento y lavandería, por el área de hospitalización se encuentra de inmediato laboratorio la sala de espera y enfrente el servicio de urgencias de inmediato dos elevadores y las escaleras principales, al frente la cocina y el comedor, hay una puerta que da al estacionamiento y a la derecha esta patología.

El servicio de urgencias cuenta con un consultorio filtro mismo que es compartido para las suturas, el segundo consultorio cuenta con una camilla. Ahí mismo se encuentra el control de médicos y una oficina muy pequeña del área médica, el servicio en si cuenta con 5 camillas las cuales son separadas solo por cortinas mas una cubículo de exploración ginecológica, uno de los cubículos es utilizado para los pacientes aislados.

PRIMER PISO.

Consulta externa, cuenta con doce consultorios y las siguientes especialidades: Medicina Interna, Cirugía General, Oftalmología, Ginecología, Pediatría, Rehabilitación, Medicina Preventiva Odontología, Planificación Familiar Curaciones e Inyecciones, Trabajo social, Archivo, Caja y el Auditorio.

SEGUNDO PISO.

Área de Gobierno se encuentra la Dirección, Subdirección Medica Enseñanza e Investigación Medica, Subdirección Administrativa, Recursos Humanos, Inventarios, Jefatura de Enfermeras, Rayos X y Ultrasonido, Estadística, Coordinación de Mantenimiento e Intendencia, Vestidores de hombres y mujer, dos elevadores.

¹⁷ D.D.F. Diagnostico Situacional de la Jefatura de Enfermeras, del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores, México D.F. 2001



TERCER PISO.

Gineco-obstetricia con 20 camas censables, distribuidas cuatro camas por cubículo, un total de cinco cubículos mas un cubículo con una cama, una residencia de médicos adscritos un descanso para enfermeras, oficina de médicos, oficina de supervisión.

Cunero fisiológico con 20 canastillas para recién nacido y una área de baño. Mas una oficina de medico pediatra y jefe del servicio.

CUARTO PISO.

Medicina Interna y Cirugía General con 34 camas, distribuidas 4 camas en 6 cubículos. Y dos cubículos con dos camas para aislados y tres cubículos mas en el área de omega, actualmente se utiliza con pacientes infectocontagiosos.

QUINTO PISO.

La unidad de toco cirugía anteriormente contaba solo con C.E.Y.E. 2 quirófanos, labor con 2 camas, expulsión con una mesa ginecológica, no había recuperación. Una residencia de médicos hombres y otra para residentes mujeres, mas una aula.

En la actualidad cuenta con tres quirófanos una sala de recuperación continua, un vestidor para enfermeras con baño y un vestidor para médicos, una residencia para médicos internos y la central de equipos y esterilización, hacia el fondo se encuentra labor que cuenta con 4 camas y expulsión con dos mesas obstetricias en el mismo hay un baño para pacientes y un cuarto para guardar ropa ya fuera del ares se encuentra un sub almacén de insumos.

Al paso de los años esta unidad a tenido varias remodelaciones en cuanto a su estructura finalmente se puede generalizar en una ampliación del mismo, ya que anteriormente se tenia mucho espacio para las cuestiones administrativas, las cuales ahora se han logrado modificar para ampliar las áreas de hospitalización. Pese a ser un hospital pequeño actualmente la demanda se a incrementado al 100% gracias a los programas tan importantes con los que se cuenta actualmente.



5.1. FUNCIONAMIENTO.

En esta unidad actualmente se realiza Diagnostico Situacional de sus diferentes departamentos y finalmente se integra en uno solo el cual emana de la Dirección Medica definiendo un perfil de la población y de lo diferentes grupos en riesgo primeramente lo ocupan las Mujeres en edad reproductiva, consecutivamente el Adulto mayor, niños de la calle e indigentes. El usuario es atendido de una forma integral para su curación y rehabilitación.

Para ello se basa en programas sustantivos uno de ellos es el Programa de Atención Integral a la Mujer, dirigido al control clínico de las sexo servidoras, mismas que son atendidas en forma gratuita teniendo derecho a todos los servicios así como sus familiares directos.

Otro de los programas esta dirigido a los indigentes, la trascendencia del mismo radica en la atención medica hospitalaria de este grupo y lo más importante la localización de familiares y su integración a la misma en el que se ha tenido gran éxito. Actualmente se mantiene un programa de gratuidad para los habitantes del Distrito Federal el cual no incluye solo la atención medica hospitalaria sino también la gratuidad en medicamentos lo cual asegura el tratamiento farmacológico. Sin duda no podemos olvidar que es parte del programa para la tercera edad las Jornadas de Catarata en donde se da la cirugía propia de catarata y el gran beneficio del implante del lente intra ocular, que en el 100% de los pacientes es la reintegración a una vida independiente y sana.



5.2. MISIÓN DEL HOSPITAL

Los trabajadores de Salud que integran este hospital otorgamos nuestro mayor esfuerzo y dedicación, para dar una atención de calidad a todos los pacientes que hacen uso de nuestros servicios que son Consulta externa, Medicina Preventiva, Medicina General y Cirugía General, Ginecó Obstetricia y Urgencias.¹⁸

Además nos caracterizamos por dar atención preferente a los grupos socialmente vulnerables, con gran responsabilidad y un alto sentido humano para quienes lo reciben.

Estamos orgullosos de servirles y pertenecer a esta noble Institución.

5.3. VISIÓN DEL HOSPITAL

Nuestra visión es elevar el nivel de salud de nuestros usuarios.

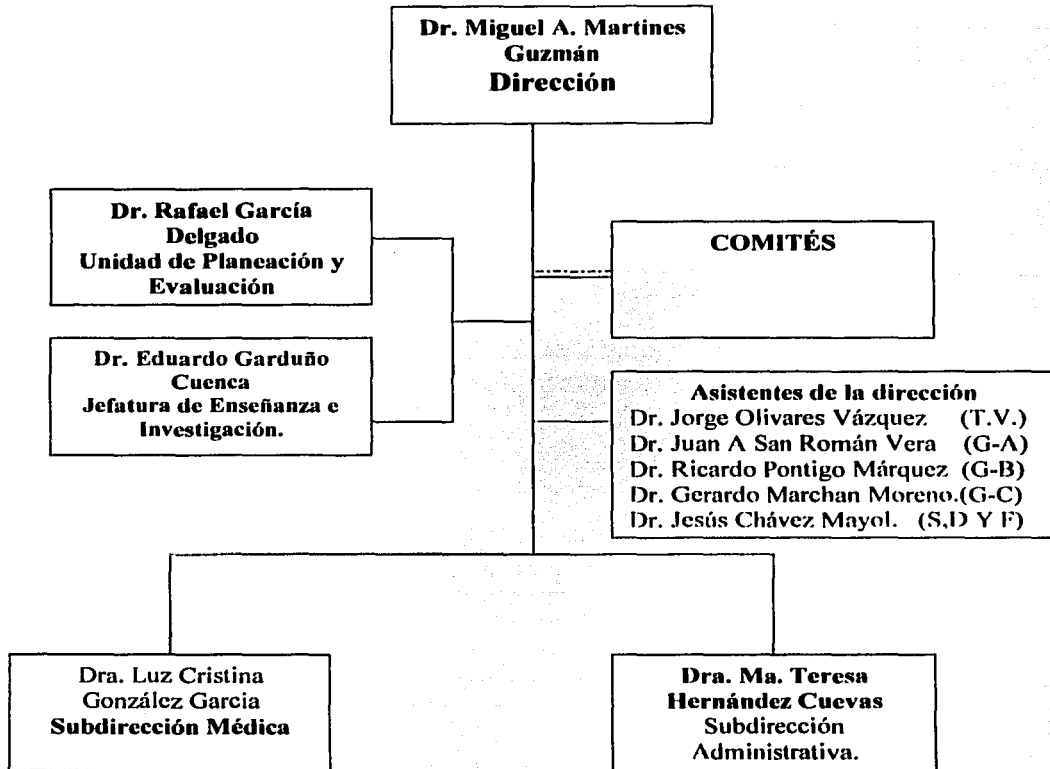
¹⁸ D.D.F. Diagnóstico Situacional de la Dirección, del Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores 2002.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



5.4. ORGANIGRAMA DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.¹⁹



¹⁹ D.D.F. Diagnóstico Situacional de la Dirección del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores." México D.F. 2003



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



6. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

6.1. MISIÓN

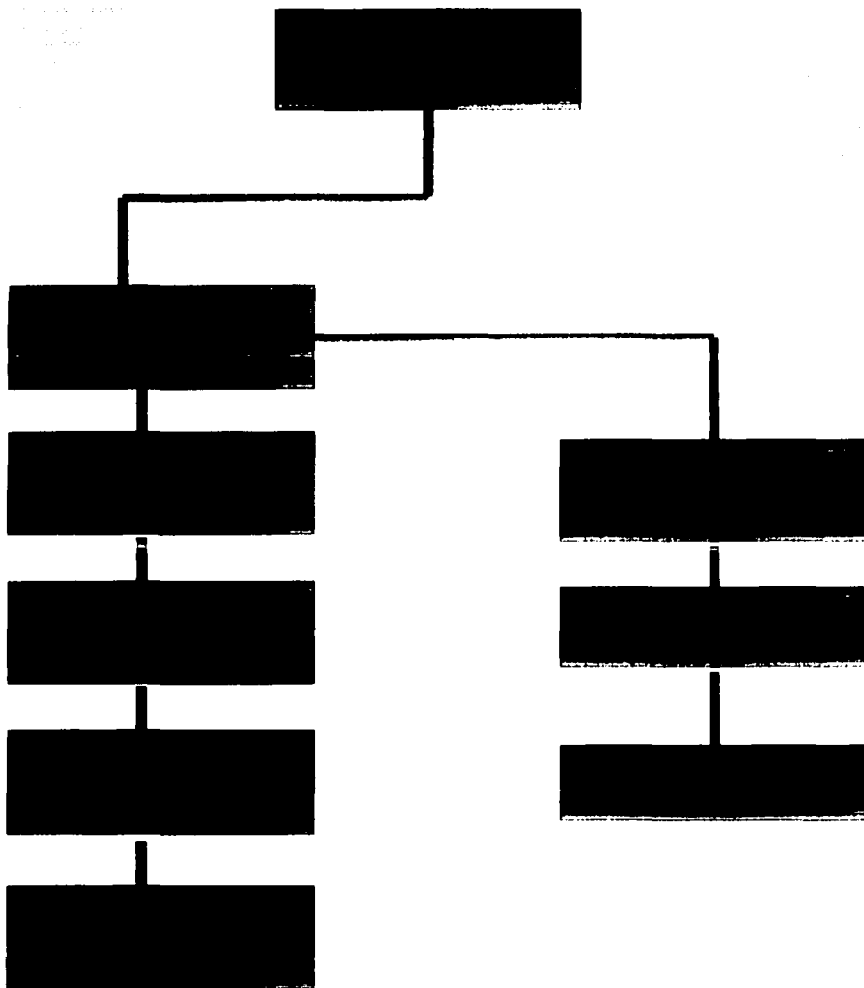
El Departamento de Enfermería del “Hospital General Dr. Gregorio Salas Flores” tiene como compromiso, el lograr estabilidad, permanencia y armonía del personal enfermero, para garantizar la calidad de la atención con el más alto sentido científico, ético y moral que permita el establecimiento de la mejora continua, con proyecciones a la excelencia para lograr la satisfacción total de los usuarios internos y externos.²⁰

6.2. VISIÓN

En cinco años **Ser el Departamento Líder** en la atención directa del paciente y contar en este nuevo siglo con un personal de enfermería comprometido y calificado íntegramente, para poder responder a las demandas de atención a la salud.

²⁰ Diagnóstico Situacional de la Jefatura de Enfermería del Hospital General “Dr. Gregorio Salas Flores”. México D.F. 2003.

6.3 ORGANIGRAMA DE LA JEFATURA DE ENFERMERÍA



7. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA FÍSICA DEL SERVICIO DE LABOR Y EXPULSIÓN.

a) Ubicación del servicio.

El servicio de Labor y Expulsión esta ubicado dentro del área de toco cirugía de la unidad en el quinto piso. Tiene una mala ubicación ya que debería de estar en planta baja como en la mayoría de los hospitales en donde se encuentra cerca del área de urgencias, y los servicios de laboratorio y rayos X, Y por lo que al estar en el quinto y ultimo piso de la unidad lo hace poco funcional.²¹

b) Porcentaje de Ocupación. 80%.

c) Morbimortalidad en el servicio.

- E.T.T.P.
- Amenaza de parto pre termino.
- Aborto incompleto
- Síndrome hipertensivo del embarazo.

d) Aspectos Físicos.

El servicio de labor y expulsión tiene forma rectangular ambos tienen un pasillo que los comunica ampliamente existe al centro un control de enfermeras, el cual tiene gran visibilidad de los dos servicios, cuenta con un séptico y un W.C. para el personal, así como un baño de regadera para pacientes, un lava manos a mitad de ambos servicios y en el pasillo que comunica a la sala de expulsión una tarja para el lavado quirúrgico de manos, con sus respectivas jaboneras.

e) Iluminación y ventilación.

La iluminación en el área de labor es muy buena ya que cuenta con ventanas que permiten la entrada de luz externa y en cuanto a expulsión es solo a base de luz artificial la considero regular ya que de no contar la luz artificial quedaría totalmente oscura. En cuanto a la ventilación labor tiene muy buena ventilación y expulsión un poco menos, no se cuenta con extractores de aire y algunas ocasiones como son la época de primavera a veces resulta incomodo.

²¹ D.D.F. Diagnóstico Situacional del Servicio de Toco cirugía del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", México D.F. 2002.



7.1. MISIÓN DE LABOR Y EXPULSIÓN.

Brindar atención de enfermería con un paso a la excelencia a toda mujer que ingrese al servicio.

7.2. VISIÓN DE LABOR Y EXPULSIÓN.

Dar una atención de enfermería de excelencia al binomio “ Madre he Hijo” las 24 horas del día y los 365 días del año.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



7.3. **NORMAS DEL SERVICIO DE LABOR Y EXPULSIÓN**

- Todo acto quirúrgico deberá ser informado a la usuaria antes de realizarlo.
- La Jefe de servicio será la responsable de dar orientación y bienvenida al personal de nuevo ingreso, estudiantes y pasantes de enfermería.
- La Jefe de servicio será la responsable de verificar que se cumplan las indicaciones Médicas y el tratamiento oportuno a las usuarias.
- Toda persona que circule en las áreas gris y blanca deberá portar el uniforme quirúrgico (pijama) gorro, botas y cubre bocas
- Las enfermeras asignadas al área deberán de presentarse puntualmente y con el uniforme ya mencionado.
- Considerar en todo momento al usuario como fin primordial de las actividades de esta área.
- El personal de enfermería deberá observar en todo momento una actitud comprensiva, atenta y respetuosa con el usuario.
- El personal de enfermería otorgara atención integral y personalizada al usuario.
- El personal medico y paramédico deberá presentarse por su nombre y apellido, además de portar una credencial de la institución.
- Todo el personal de nuevo ingreso al servicio esta obligado a leer los Manuales de procedimientos.²²
- Solo personal medico y paramédico podrá entrar a la sala de expulsión.
- No se permitirá introducir alimentos, ni bebidas al área blanca y gris.
- Queda estrictamente prohibido fumar en el área gris y blanca

²² Secretaría de Salud, **Diagnóstico Situacional del Servicio de Toco cirugía del Hospital "General de México"** D.F. 2002.



8. PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE LABOR Y EXPULSIÓN.
PROCEDIMIENTO Nº 1



8.1. INGRESO A LA SALA DE LABOR.

Concepto.

Son las actividades que realiza la enfermera encaminadas a brindar atención a la mujer que ingresa a la sala de labor, en donde la embarazada permanece de 4 a 12 horas.²³

Objetivo.

Realizar un control estricto y adecuado de las contracciones uterinas de la mujer en trabajo de parto, o con alguna complicación del embarazo..

²³ I.M.S.S. Manual de Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión de la Gineco-3 del I.M.S.S. 2002



Material y equipo.

- .Equipo de termometría
- Esfíngo baumanómetro y estetoscopio auricular
- Expediente clínico.
- Jeringas y agujas
- Guantes desechables.
- Jalea lubricante.
- Estetoscopio de Pinard.

PROCEDIMIENTO:

1. Recepción de la mujer.
2. Corroborar verbalmente que los datos de identificación portados en el brazalete sean los correctos. (Nombre, apellido, edad.)
3. Presentarse con nombre y apellido y la ubicación del servicio.
4. Valoración del estado general de la paciente en forma rápida.
5. Verificar que las indicaciones Médicas y procedimientos hayan sido cumplidos.
6. Verificar que el expediente clínico este completo (historia clínica obstetra, partograma , laboratorio etc.,)
7. Colocarla en cama en posición decúbito lateral izquierdo si esta con embarazo a término y sino en una posición cómoda.
8. Registro de signos vitales cada dos horas
9. Establecer una empatía con la embarazada



10. Se iniciara la exploración de la cabeza a los pies. Desde las características de las conjuntivas, hidratación de piel, mucosas, presencia de cloasma etc.
11. Mantén limpia y seca a la embarazada.
12. Tomar muestras de laboratorio si es necesario.
13. Realiza las anotaciones correspondientes.

PRECAUCIONES

La enfermera deberá de realizar por lo menos un aseó bulbo perineal por lo menos una vez en su turno.

La enfermera orientara a la embarazada sobre el momento de trabajo de parto en el que se encuentra.

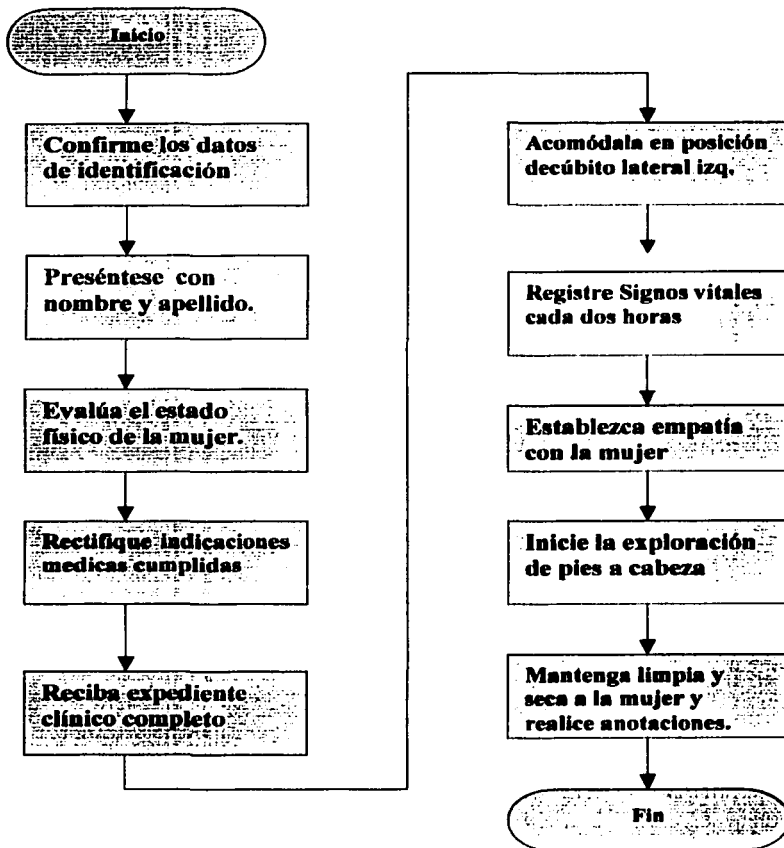
Iniciara sus acciones como promotora de la salud en el momento más oportuno.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**PROCEDIMIENTO N° 1
INGRESO A LA SALA DE LABOR**





PROCEDIMIENTO N° 2

8.2. EXPLORACIÓN MAMARIA.

Concepto.

Es la inspección ordenada de la región mamaria que puede ser simple en reposo, hasta la exploración dinámica con los brazos en extensión y los músculos contraídos; se efectúa de frente y de perfil.²⁴

La palpación es el método de elección, para no dejar ninguna región sin explorar, además permite apreciar cambios térmicos en la piel y la presencia de secreción al presionar el pezón.

Objetivo

Evaluar los aspectos importantes encontrados en ambas mamas.

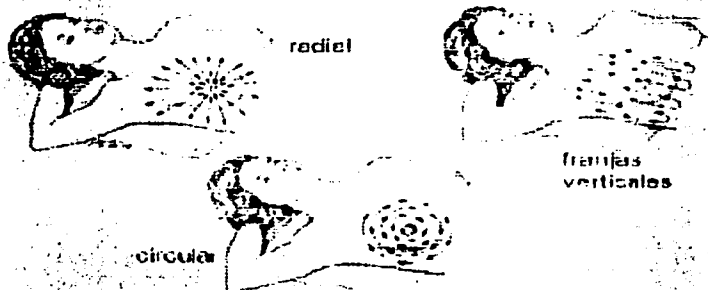
EXISTEN TRES TÉCNICAS

La primera es en forma de radio de rueda. Se exploran cuñas de tejido desde la periferia hacia el pezón, en forma radial como se muestra en la figura

La segunda es el método de círculos concéntricos, en donde las mamas se exploran en forma de círculos mayores o menores.

La tercera es en franjas verticales la cual es la más fácil ya que el explorador sabe que zonas ha explorado y queda incluido toda el areola del pezón y areola.

Técnicas de Palpación Mamaria



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁴ Anne Griffin Perry. Guía Clínica de Enfermería, Técnicas y Procedimientos, México D.F. 1998.



Material y equipo.

Ninguno en especial

Precauciones

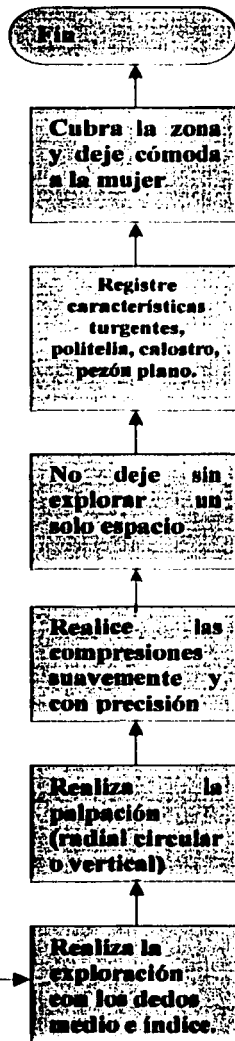
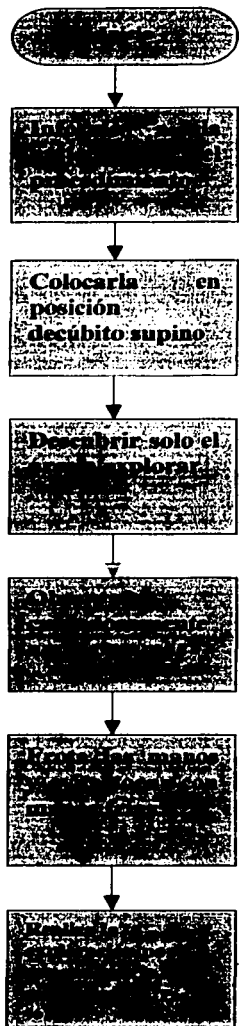
Se procederá cuidadosa y meticulosamente a la exploración mamaria utilizando la técnica específica para ello en este caso será simple en reposo, anotando las características encontradas como turgentes, pezón plano, semiplano, erecto, presencia de estrías, presencia de calostro, politelia, hipertrofia e hipoplasia mamaria, etc.

PROCEDIMIENTO

- 1) Se informara anticipadamente a la mujer sobre el procedimiento a realizar.
- 2) Colocar a la embarazada en posición decúbito supino con las manos por encima de la cabeza, en su cama (como se muestra en la figura Pág. 46)
- 3) Descubrir solo el área a explorar (ambas mamas)
- 4) Observar características ambas mamas como color, tamaño y simetría.
- 5) Frotar suavemente las manos del explorador para evitar el contacto con manos frías.
- 6) La zona de exploración se debe extender desde la clavícula, el esternón, y hasta la parte inferior de la mama
- 7) La exploración deberá realizar con los dedos medio e índice de ambas manos.
- 8) Utilice alguna de las técnicas (radial, circular, franjas verticales).
- 9) Las compresiones se realizaran en forma suave pero con mucha precisión, sin dejar libre algún espacio.
- 10) Termine el procedimiento y deje cómoda a la embarazada.²⁵

²⁵ Denegán W.L. Manual de Evaluación de la Mama. Canadá 1999.

**PROCEDIMIENTO N° 2
EXPLORACIÓN MAMARIA**



TESIS C N
FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTO N° 3

8.3. MANIOBRAS DE LEOPOLD

Concepto.

Son las maniobras aplicadas a la embarazada en la exploración abdominal.²⁶

Objetivo.

Explorar por palpación el útero y su contenido.

(a) Primera Maniobra.

El explorador se colocará de preferencia a la derecha de la embarazada y de frente a ella. Se colocan ambas manos en el fondo del útero como rebordeando el producto hasta llegar al polo inferior tratando de abarcarla con la cara palmar (de esta manera tocamos continente y contenido) todo ello con el fin de encontrar:

- 1.- Altura del fondo uterino.
- 2.- Situación del producto.
- 3.- Presentación del mismo.
- 4.- Altura de la presentación.

(b) Segunda Maniobra.

Se colocan las palmas de ambas manos en el abdomen, una a cada lado del útero, desliza sus manos hacia los flancos, tratando de localizar el dorso del producto. Esta maniobra nos permite:

- 1.- Precisa la posición del producto.
- 2.- Corroborar la situación del mismo.

(c) Tercera Maniobra.

El explorador ha cambiado de posición se encuentra viendo hacia los pies de la embarazada.

Coloca sus manos por encima del pubis, para localizar el polo inferior del producto, o sea la presentación, retirando la mano izquierda se procederá solo con la mano izquierda y colocándola en forma de pinza sobre el polo inferior (Maniobra de peloteo) ambas nos permitirán reconocer:

- 1.- Actitud de la presentación.
- 2.- Grado de encajamiento.

²⁶ Ginecología y Obstetricia A.M.H.G.O. No 3 I.M.S.S. M.D.F. 1979.



Maniobras de Leopold.



a)



b)



Material y equipo.

Ninguno en especial

PRECAUCIONES

Se realizara la exploración abdominal iniciando la observación cuidadosa del abdomen, en donde se notara la presencia de cicatrices por cirugías anteriores, presencia de estrías en promigestas o vívices en multigesta, presencia de línea negra, hernias umbilicales, etc



PROCEDIMIENTO N° 4

8.4. LOCALIZACIÓN DEL CORAZÓN FETAL.

Concepto.

Es un procedimiento exploratorio del corazón fetal, a través de la pared abdominal con un estetoscopio de Pinard.²⁷

Objetivo.

Es percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales.

Características del latido cardiaco fetal.

Frecuencia. Es el número de latidos cardiacos que se presentan por minuto (120- 140 X').

Ritmo. Sincronía con la que se escuchan dichos latidos.

Intensidad. Es la fuerza o claridad con la que se manifiestan dichos latidos.

TÉCNICA PARA LA AUSCULTACIÓN.

Una vez realizada las maniobras de Leopold donde ya se identifico la presentación del producto se procederá a realizar lo siguiente:

Se coloca el estetoscopio de Pinard en el abdomen de la madre sujetándolo únicamente por la presión que el clínico ejerce con su cabeza, como lo muestra la figura siguiente.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁷ Victoriano Llanca Rodríguez, Obstetricia Clínica, México D.F. 1998

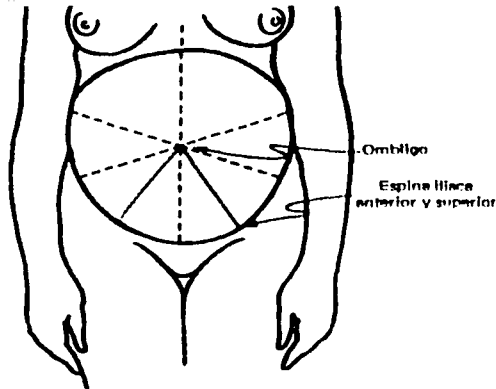


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

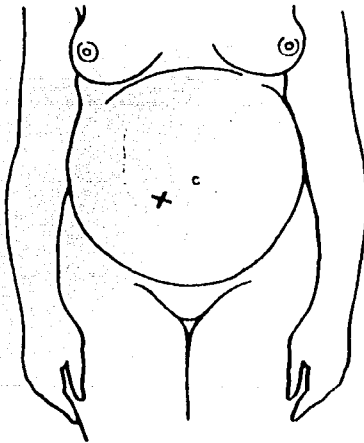


La colocación del estetoscopio depende de la edad gestacional ejemplo:²⁸

A) En la primera mitad del embarazo el estetoscopio se sitúa en la línea media, entre el ombligo y el pubis, y este se dirige hacia el ombligo.



B) En la segunda mitad del embarazo se colocara cercano a la cicatriz umbilical, en lo que correspondería al hombro anterior como se muestra en la figura.



²⁸ Mondragón Castro Héctor. De la Niñez a la Senectud, Gineco-Obstetricia México 2001



Precauciones

- ✓ Se recomienda auscultar de 60 segundos el latido cardíaco para evitar pasar por alto las arritmias en el feto.
- ✓ La auscultación no debe realizarse durante la contracción.
- ✓ Cuando no se tiene suficiente experiencia puede llegarse a confundir la F.C.F. con el pulso materno, por lo que se deberá tomar al mismo tiempo el pulso radial de la madre cerciorándose de que la frecuencia y el ritmo sean diferentes.
- ✓ Cuando se trata de un embarazo gemelar, la diferenciación acústica de ambos focos se dificulta, por lo que requiere de gran experiencia.



PROCEDIMIENTO Nº 5

8.5. DESCRIPCIÓN DEL CANAL VAGINAL.

Concepto

Es la inspección del canal vaginal mediante la observación cuidadosa del mismo.²⁹

Objetivo

Detectar anomalías en el canal de parto que pongan en riesgo al producto.

Material y Equipo

Guantes desechables

PROCEDIMIENTO

- 1) Orientar a la embarazada sobre el procedimiento a realizar
- 2) Deslizar la sabana por debajo del pubis.
- 3) Colocarse un guante en la mano a utilizar
- 4) Realizar una inspección del canal que nos permita obtener datos importantes sobre el estado actual del producto.
- 5) Se deberá observar cuidadosamente los genitales externo en busca de lo siguiente (cuadro de características.):
- 6) Retirarse el guante y desecharlo en el lugar correcto.
- 7) Realizar las anotaciones correspondientes a lo encontrado
- 8) Repetir el procedimiento durante la evolución del trabajo de parto.
- 9) En caso de encontrar alguna anomalía como las descritas avisar al médico de inmediato.

²⁹ C. Anderson Barbarac *Obstetricia para Enfermeras*, Argentina 1970.



OBSERVACIONES COMO:

1.- Presencia de cicatrices, episiotomías previas, desgarros perineales o intervenciones quirúrgicas.

2.- Lesiones dermatológicas como herpes o verrugas, que pueden aparecer en vulva o periné ya que actualmente ambas son contraindicación para un parto vaginal.

Lesiones quísticas en la vulva, es poco frecuente la presencia de una bartolinitis ya en el ultimo trimestre pero puede suceder.

Presencia de várices vulvares, aunque solo en los casos graves existen presencia de hematomas internos, los cuales pueden romperse durante el trabajo de parto.

Leucorrea La secreción vaginal consecutiva a infecciones por diferentes gérmenes patógenos, las mas frecuentes es la infección por tricomonas.
La leucorrea favorece la sepsis puerperal o sepsis en el recién nacido.

Presencia de sangrado. El sangrado en cualquier etapa del embarazo es un signo de alarma por lo que se tendrá que dar aviso inmediato.

Presencia de líquidos como: liquido meconial.³⁰

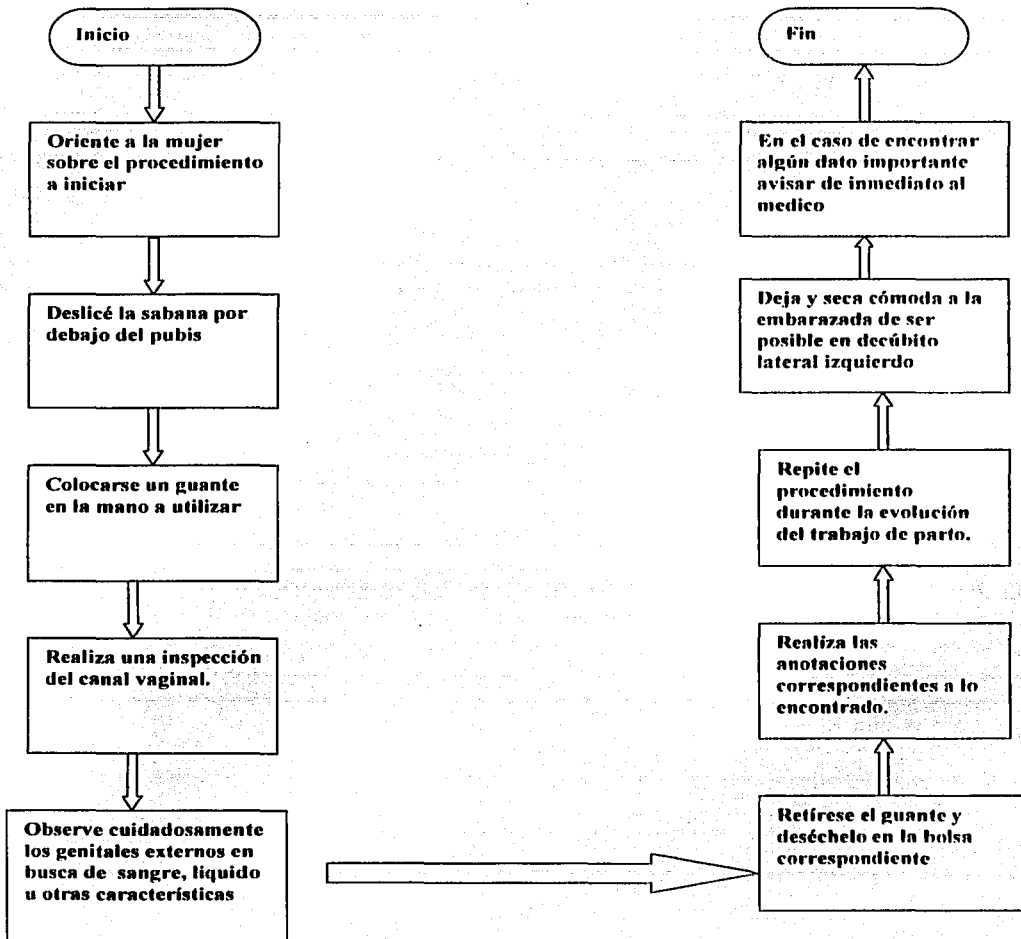
Precauciones

La enfermera deberá realizar los registros en la hoja de enfermería, sin olvidar anotar la fecha y hora en que realiza las observaciones anteriores.

³⁰ Enciclopedia Médica Británica De la Salud de la Mujer, Barcelona España 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO Nº 5





PROCEDIMIENTO N° 6

8.6 VALORACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS

Concepto

Es la evaluación de las contracciones uterinas a través de la palpación durante el trabajo de parto.³¹

Objetivo.

Llevar un control y registro de la actividad uterina en la embarazada.

Características clínicas de la Contracción Uterina.³²

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 la palpación abdominal y posteriormente por dolor abdominal o lumbosacro.

Útero entre
contracciones



Útero durante
contracciones



Características a valorar:

FRECUENCIA: La cual se considera como el número de contracciones que se presentan en 10 minutos.

³¹ F.B. Roberts, Perinatología, Cuidados Durante el Embarazo, Prensa Medica S.A. México, D.F. 1977.

³² www.embarazo.com.



INTENSIDAD: Presión máxima desarrollada en la cavidad uterina durante la contracción.

DURACIÓN: La cual se considera como el periodo comprendido entre el inicio y el término de la contracción.

TONO: La menor presión registrada entre dos contracciones y su valoración es en forma subjetiva y su registro se realiza en (+).

Material y equipo.

Reloj con segundero

Hoja de partograma

PROCEDIMIENTO

- 1) La enfermera deberá de permanecer aun costado de la embarazada informándole primeramente lo que pretende realizarle.
- 2) Descubrir el área del abdomen gestante.
- 3) Tocar suavemente el abdomen de la embarazada, colocar la palma de la mano en el fondo uterino, observando cuidadosamente durante 10 minutos evaluando frecuencia, intensidad, duración y tono.
- 4) Observe cuidadosamente y si presenta alguna anomalía como atonía uterina hipertonia uterina o polisistolía avisa de inmediato al medico ginecólogo.
- 5) Sino encontraste ningún signo de alarma da continuidad al procedimiento.
- 6) Cubrir nuevamente el abdomen gestante.
- 7) Realizar los registros correspondientes y repetir la acción cada hora o cada 30 min. según el periodo de trabajo de parto en la que se encuentre.
- 8) Solicitar valoración por el medico ginecólogo si se considera que esta en el segundo periodo de trabajo de parto.³³

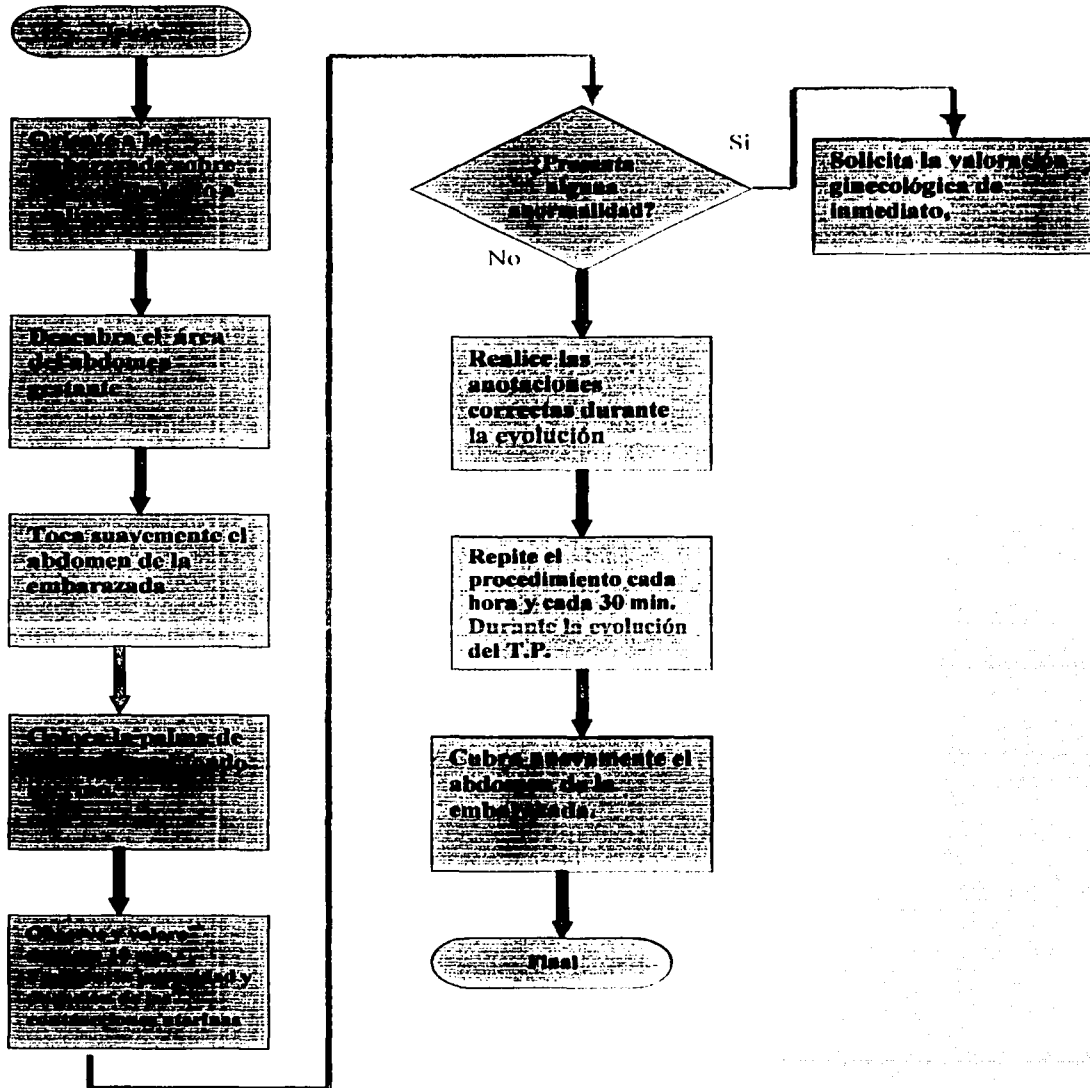
Precauciones

Realizar el procedimiento por lo menos cada hora o cada treinta minutos según en el periodo en que se encuentre

³³ I.M.S.S. Manual de Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión H.G.Z. N° 4 México D.F. 2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO Nº 6
VALORACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS





PROCEDIMIENTO N° 7

8.7. MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

Concepto.

Es una preparación psíquica para el embarazo y es una técnica psicológica conocida como ppm y es empleada en el parto, es de gran ayuda para las mujeres embarazadas, a base de ejercicios de relajamiento³⁴

Objetivo.

Romper el ciclo de miedo, tensión, dolor, durante el trabajo de parto.

Existen 2 métodos de preparación, los cuales son:

Método Psicofísico: Se desarrolla a partir del movimiento natural en los años cuarenta y se basa en la obra de Dick-Read; y es orientado a romper el ciclo miedo-tensión-dolor, los padres son preparados y se da en las últimas semanas de embarazo y al inicio del parto.

Método Psicoprofiláctico: Conocido como método Camaze, es un enfoque rígido y dogmático, hoy día se usa con menos rigidez, la mujer debe someterse a un periodo de entrenamiento disciplinado para introducir nuevas respuestas al estímulo de las contracciones del parto.

En estos métodos se incorpora lo que se llama analgesia **no farmacología**.

VENTAJAS DEL MÉTODO:

Reducción del tiempo en el trabajo de parto.
Sangrado leve.
Dolor más tolerable.

Técnica de Respiraciones

Al sentir que viene la contracción siempre se hace lo mismo: se adopta la postura elegida y se sigue la siguiente pauta de respiración:

³⁴ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM. *Obstetricia I Antología*, México DF 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Técnica de Pujo.

Respiración de al inicio de la contracción (es como un suspiro profundo para prepararte). Cuando se inicia una contracción fuerte, deberá de realizar dos inspiraciones por la nariz, profundas y cortas y mientras dura la contracción se hace una inspiración profunda, reteniendo la respiración contando hasta diez, (contrayendo los músculos abdominales), empujando con toda la fuerza sobre el fondo uterino. Cundo no se puede mantener mas el aire se espira jadeando y así hasta la nueva contracción.³⁵

Respiración abdominal lenta y profunda en las contracciones suaves ayudan a oxigenar al niño y relajarse.

Respiración acelerada, rápida superficial, en las contracciones más fuertes, éstas hacen que pase más rápido la contracción y al aumentar el CO₂, en el ámbito cerebral, actúa como analgésico natural.

Respiración de limpieza al final de la contracción (otro suspiro profundo de alivio y relajación)

Las respiraciones de limpieza son muy importantes porque marcan el principio y el final de cada contracción. Tienen doble carácter fisiológico, gracias al aporte extra de oxígeno (para el niño y la madre) y psicológico porque permite marcar el tiempo de contracción y separarlo del resto de los períodos del parto en los que no existe molestia alguna.

Material y Equipo
Ninguno en especial



Nota: la ignorancia engendra miedo y el miedo engendra tensión y la tensión provoca dolor.

³⁵ Enciclopedia Salvat. **Nacer y Crecer, El Mundo de tu Hijo Paso a Paso**, Barcelona España, 2002.



PROCEDIMIENTO

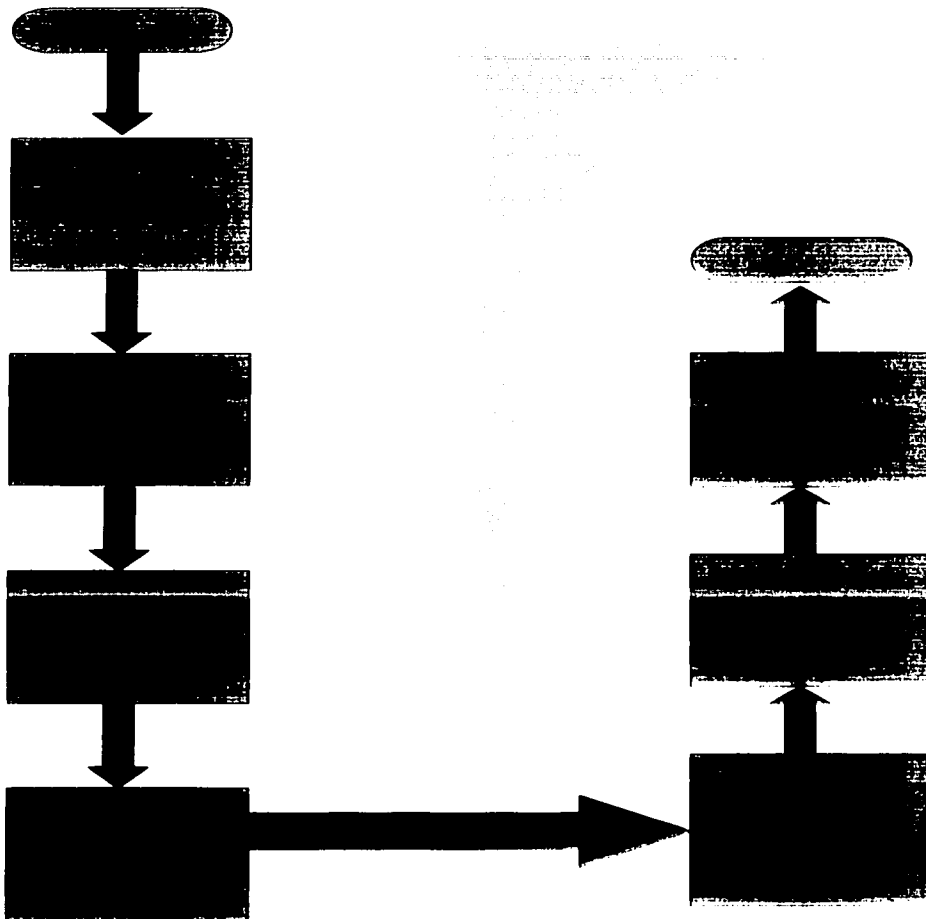
1. Orientara a la embarazada sobre el desarrollo del trabajo de parto.
2. La enfermera orientara a la embarazada de cómo respirar durante el trabajo de parto con la técnica ya mencionada.(iniciar en el servicio de labor, **respiración lenta y profunda**, en el segundo periodo de trabajo de parto **respiración rápida y superficial**, en el periodo expulsivo será **la técnica de pujo**.)
3. Interpretara La enfermera la forma en que se llevara acabo las respiraciones para su mejor comprensión.
4. No olvidar mencionar el beneficio en la oxigenación del producto.
5. La enfermera permanecerá cerca para apoyar a la parturienta en los momentos próximos al nacimiento del neonato.
6. Realizar las anotaciones correspondientes a la respuesta de la aplicación de la técnica utilizada.

Precauciones

La enfermera deberá de acompañar en todo su trabajo de parto a la parturienta brindándole seguridad y apoyo en los momentos más difíciles del trabajo de parto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO Nº 7
MÉTODO PSICOPROFESIONAL





PROCEDIMIENTO N° 8

8.8. INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

Concepto.

Inducción es todo procedimiento físico farmacológico que desencadene el trabajo de parto, mediante la aparición de las contracciones uterinas y similares a estas.³⁶

Concepto.

Conducción es al que permite regularizar la dinámica uterina en la mujer que ya se encuentra en trabajo de parto.

Indicaciones, como las siguientes:

La inducción no se debe de usar en forma indiscriminada, solo cuando sea por indicación precisa

- Embarazo prolongado.
- Muerte fetal in útero.
- Ruptura prematura de membranas.
- Toxemia gravídica.
- Complicaciones medicas del embarazo como diabetes, nefropatías, cardiopatías, etc.,
- Padecimientos obstétricos. (Isoinmunización)
- Retardo del crecimiento Fetal.
- Embarazo postérmino.

Requisitos para la inducción.

- a) Abocada Cérvix madura: corta blanda y central.
- b) Presentación cefálica o encajada.
- c) Pelvis con diámetros adecuados al producto.
- d) Conocimiento absoluto del procedimiento.
- e) Vigilancia estrecha del trabajo de parto.

³⁶ Victoriano Llaça Rodríguez, *Obstetricia Clínica*, México D.F. 1998.



Contraindicaciones.

- a) Cérnix desfavorable: larga, resistente, posterior.
- b) Presentación cefálica libre.
- c) Presentación pélvica o situaciones anormales.
- d) Actitudes viciosas del producto como: presentación compuesta.
- e) Procúbito de cordón.
- f) Sospecha o evidencia de desproporción fetopélvica.
- g) Placenta previa.
- h) Cicatrices uterina previas.
- i) Sufrimiento fetal.

Técnica para la inductoconducción con oxitocina.

Método de preparación:

1.- En 500 ml. de sol. Glucosada al 5% se agregan 2 unidades de oxitocina, con la cual se obtiene una solución de 4mu, donde una mili unidad es la dilución que se logra colocando una unidad en 1000 ml. de solución.³⁷

2.- La administración se inicia con 12 gotas por minuto es decir un ml/min. Y se duplica la dosis cada 20 minutos hasta obtener respuesta, que consiste en tres contracciones en 10 min.

3.- Las dosis mayores de oxitocina puede producir hipertonia y taquisistolia con una consiguiente hipoxia fetal. La respuesta a la oxitocina siempre es individual.

4.- La vigilancia del procedimiento deberá de ser de acuerdo a la actividad uterina lograda, se reduce o se aumenta o suprime el goteo.

³⁷ Mondragón Castro Héctor. De la Niñez a la Senectud. Gineco- Obstetricia, México D.F. 2001.



PROCEDIMIENTO

- 1) Prepare la solución según la indicación médica
- 2) Anotar en el membrete de la solución dosis y la hora de inicio
- 3) Inicie la infusión cuidadosamente
- 4) Realice las anotaciones correspondientes en su hoja de enfermería
- 5) Se deberá controlar estrechamente los signos vitales, la frecuencia cardíaca fetal y el progreso del trabajo de parto.
- 6) Cuidar que el paso de la solución se constante (evitar la flexión del codo acodadura de catéter, obstrucción del mismo, etc.)
- 7) Evitar el paso rápido de la infusión.
- 8) Movilizar continuamente el frasco de la infusión.
- 9) La enfermera deberá de tener en cuenta los cambios posturales ya que estos modifican la actividad uterina.(Cuadro número 1)³⁸

POSICIÓN	FRECUENCIA	INTENSIDAD.
DECÚBITO LATERAL	++	---
DECÚBITO DORSAL	---	++

Complicaciones:

Durante la inducción o conducción del trabajo de parto puede ocurrir una distocia dinámica como la hipertoniá polisistolía.

1. Sufrimiento materno en caso de trabajo de parto prolongado.
2. Sufrimiento y/o muerte fetal.
3. Desprendimiento prematuro de placenta.
4. Atonía uterina posparto.
5. Embolía de líquido amniótico.
6. Aumento de las probabilidades de que se efectúe operación cesárea.

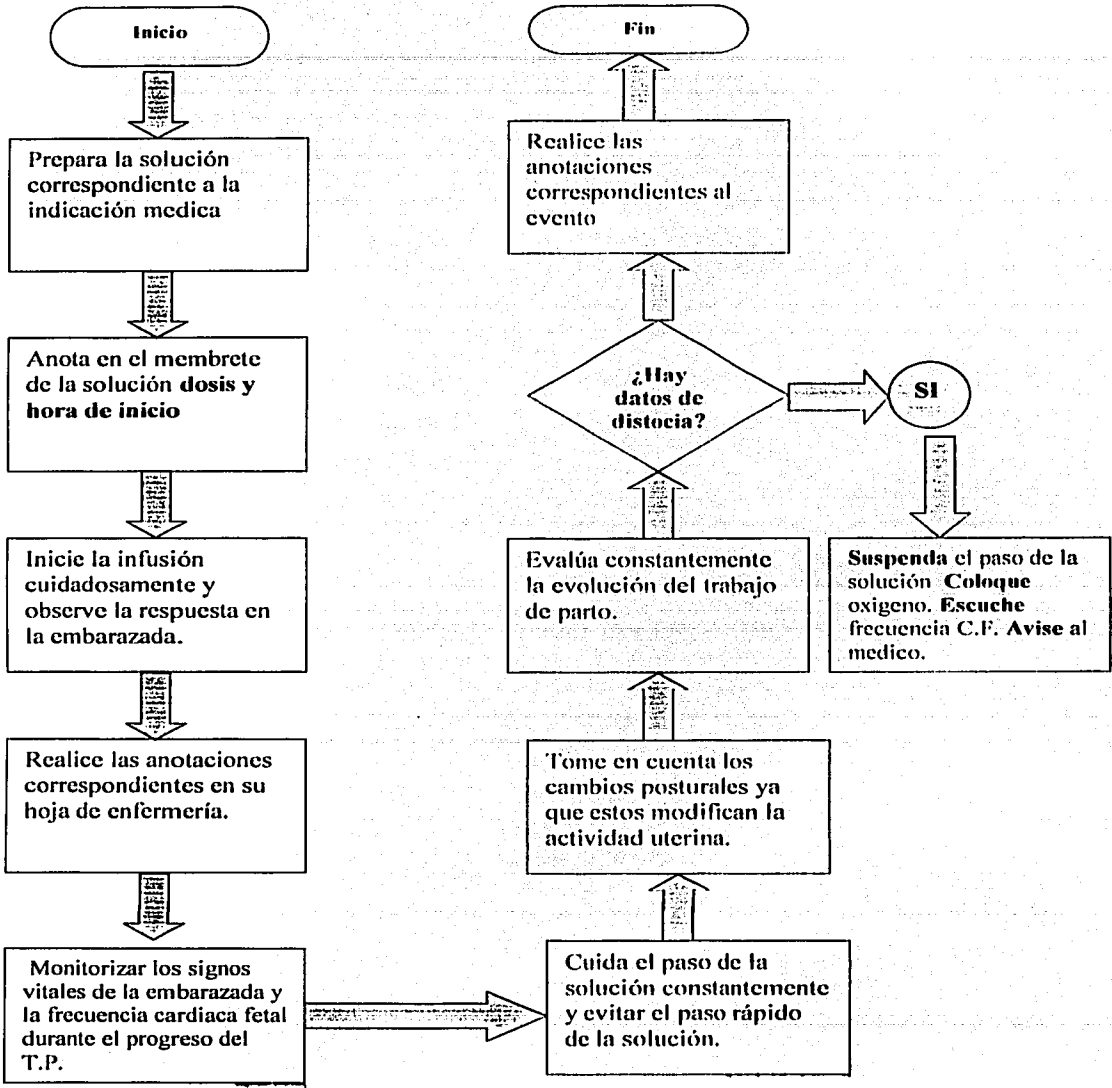
³⁸ S.S.A. Manual de Procedimientos del servicio de Toco cirugía del Hospital de la Mujer, México D.F. 1998.



En el caso de que la enfermera observe alguna complicación durante la inducto-conducción deberá realizar la siguiente:

- Suspender de inmediato el goteo de la solución con oxitocina.
- Administrar oxígeno.
- Colocar a la paciente en decúbito lateral.
- Avisar al médico tratante.
- Vigila estrechamente la frecuencia cardíaca fetal.
- Dar palabras de aliento a la paciente en caso de que requiera de cirugía cesárea.

PROCEDIMIENTO N° 8
INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO





PROCEDIMIENTO N° 9

8.9. BLOQUEO PERIDURAL.

Concepto.

Es el procedimiento de elección para suprimir el dolor obstétrico, ya que no afecta la función motriz, conserva conciente a la paciente, es económica y es de fácil aplicación.³⁹

Este se puede usar en el primer y segundo periodo, mismo que no interfiere en la actividad uterina.

El procedimiento consiste en introducir un agente anestésico local como lidocaina en el espacio peridural o epidural por vía lumbar.⁴⁰



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Material y Equipo.

- Mesa Pasteur.
- Equipo de bloqueo estéril.
- Frasco con tintura de merthiolate.
- Tela adhesiva.
- Ampolleta con agua bidestilada
- Catéter epidural.
- Lidocaina inyectable al 1% y al 2% sin epinefrina. 1 frasco de cada uno.

³⁹ F.B. Roberts Perinatología, Cuidados durante el Embarazo. Prensa Médica, S.A. México, D.F. 1977.

⁴⁰ www.intersalud.com.



PROCEDIMIENTO

1. Instalar una venoclisis antes de iniciar el procedimiento.
2. Explicar a la paciente lo que se le va a realizar.
3. Colocar a la paciente en decúbito lateral forzada con los músculos sobre el abdomen, cabeza sobre tronco, para aumentar con esta posición los espacios intervertebrales.
4. Proporcionar las soluciones antisépticas para que el anestesiólogo realice una rigurosa de asepsia y antisepsia en región lumbar.
5. Recibir el material que ya se utilizó.
6. Abrir el catéter con técnica estéril y dárselo al anestesiólogo.
7. Ofrecer la lidocaína al 1% y al 2% y agua bidestilada.
8. –Colaborar con el anestesiólogo en la fijación del catéter.
9. Retirar el material y equipo utilizado.
10. Monitorizar las constantes vitales y en especial la presión arterial.⁴¹

Contraindicaciones.

- Estado de choque.
- Anemia aguda.
- Hipotensión arterial.
- Estado de coma.
- Empleo de anticoagulantes.
- Infección dérmica en el estado de punción.
- Septicemia.
- Desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Deformidades de la columna vertebral.
- Obesidad extrema.

Precauciones.

1. Aparato de anestesia.
2. Equipo necesario para intubación endotraqueal.
3. Aparato de succión.

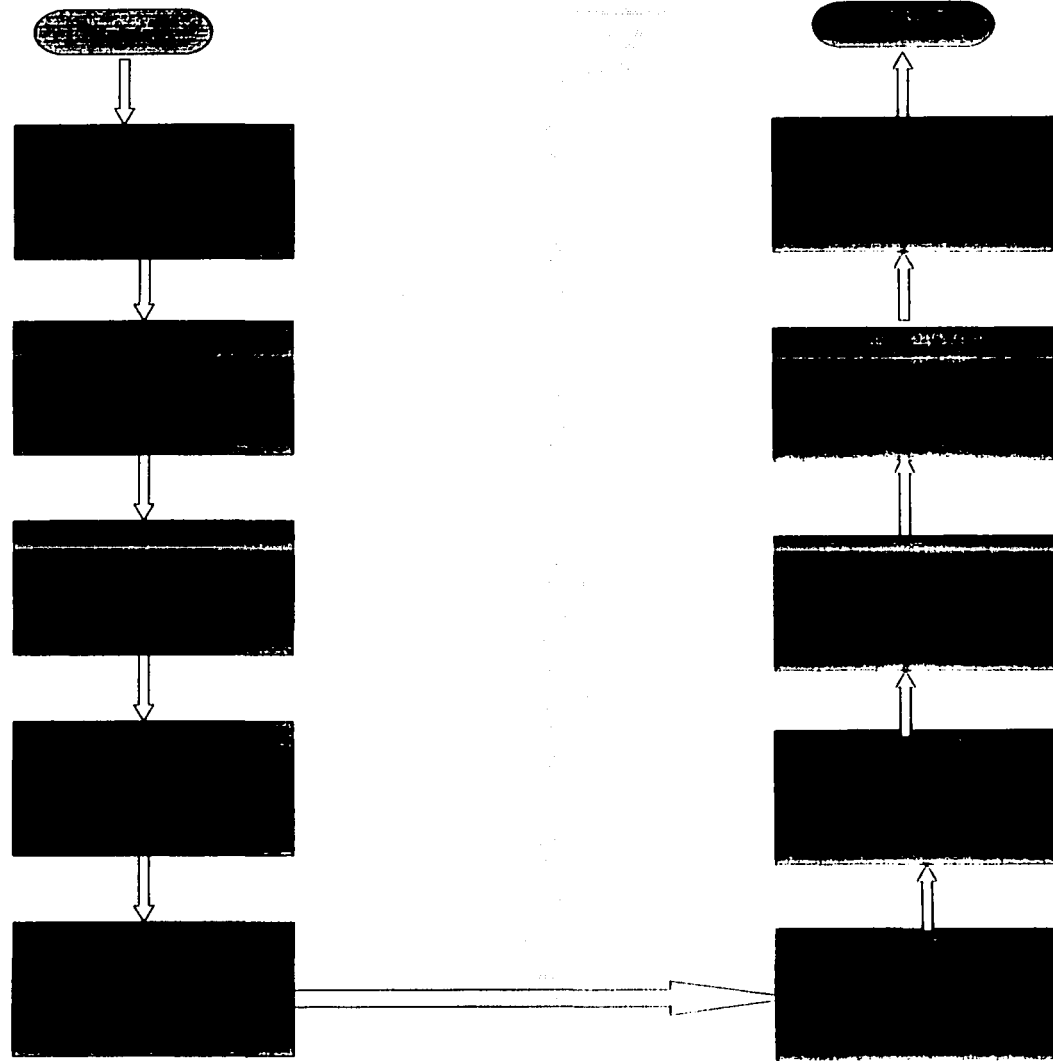
Complicaciones.

Ruptura de la dura madre.

⁴¹ I.M.S.S. Manual de Procedimientos Del Servicio de Labor y Expulsión del D.G.Z. N.º México D.F. 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO Nº 9
BLOQUEO PERIDURAL.





PROCEDIMIENTO N° 10

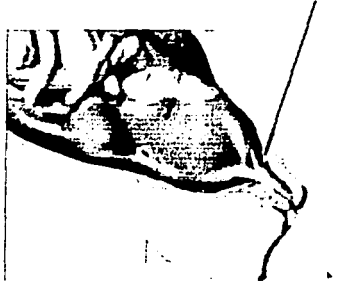
8.10. AMNIORREXIS O RUPTURA ARTIFICIAL DE LAS MEMBRANAS.

Normalmente la ruptura fisiológica de las membranas, en el trabajo, ocurre durante el periodo de dilatación, la mujer experimenta un escurrimiento de líquido a través de sus genitales, en forma mas o menos copiosa, en el caso de que en franco trabajo de parto no se hayan roto las membranas se debe practicar **amniorrexis**.⁴²

Tapón mucoso



Bolsa amniótica rota



Condiciones para practicar amniorrexis.

1. Presentación cefálica abocada.
2. Cervix con borramiento y dilatación suficientes para poder llevar a cabo la rotura, en un trabajo de parto normal se lleva a cabo con mas de 4cm. de dilatación y en las pruebas de trabajo de parto con dilatación de 3 cm.⁴³

⁴² Anne Griffin Perry, *Guía Clínica para Enfermeras y Técnicas y Procedimientos Básicos*, México DF 1998.

⁴³ www.embarazo.com.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



MATERIAL Y EQUIPO

- Amniotomo.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Compresas ginecológicas.
- Recipiente recolector.
- Camilla o cama



PROCEDIMIENTO

1. Preparación de la paciente
2. . Informe correctamente a la paciente sobre el procedimiento a realizar haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo.
3. Colocarla en posición ginecológica (litotomía).
4. Tener el material dispuesto a utilizarse.
5. Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
6. Colocarse los guantes estériles para evitar infecciones.
7. Realiza la siguiente técnica.⁴⁴
8. Observa las características del líquido amniótico.

⁴⁴ w.w. goggle.com.amniorrexis.



9. Retira el material utilizado.
10. Deja comoda y seca a la embarazada.
11. Realiza las anotaciones correspondientes al evento.
12. Avisa al Medico en el caso de liquido meconial verdoso.

Técnica

Pasos de la técnica:

- Asepsia genital.
- Introducción de los dedos índice y medio de la mano derecha dentro del cuello, buscando la protrusión de las membranas.
- Con la mano izquierda se introduce, guiada por los dedos de la mano derecha, el amniotomo, con la punta hacia arriba.
- Con un movimiento de rascado se desgarran las membranas.
- La maniobra puede ayudarse con una moderada compresión en el fondo uterino.
- Los dedos no se retiran hasta que se comprueba que salen aguas y que no se ha producido prolapso funicular.
- Observar color, cantidad y olor del L.A.
- La salida de las aguas debe ser lenta y no tumultuosa, para evitar prolapso de cordón.
- Es una buena técnica efectuar la amniorrexis bajo visión amnioscópica, especialmente si se teme que exista un vasa previo, un prolapso de cordón o una corioamnionitis.⁴⁵

Sugerencias

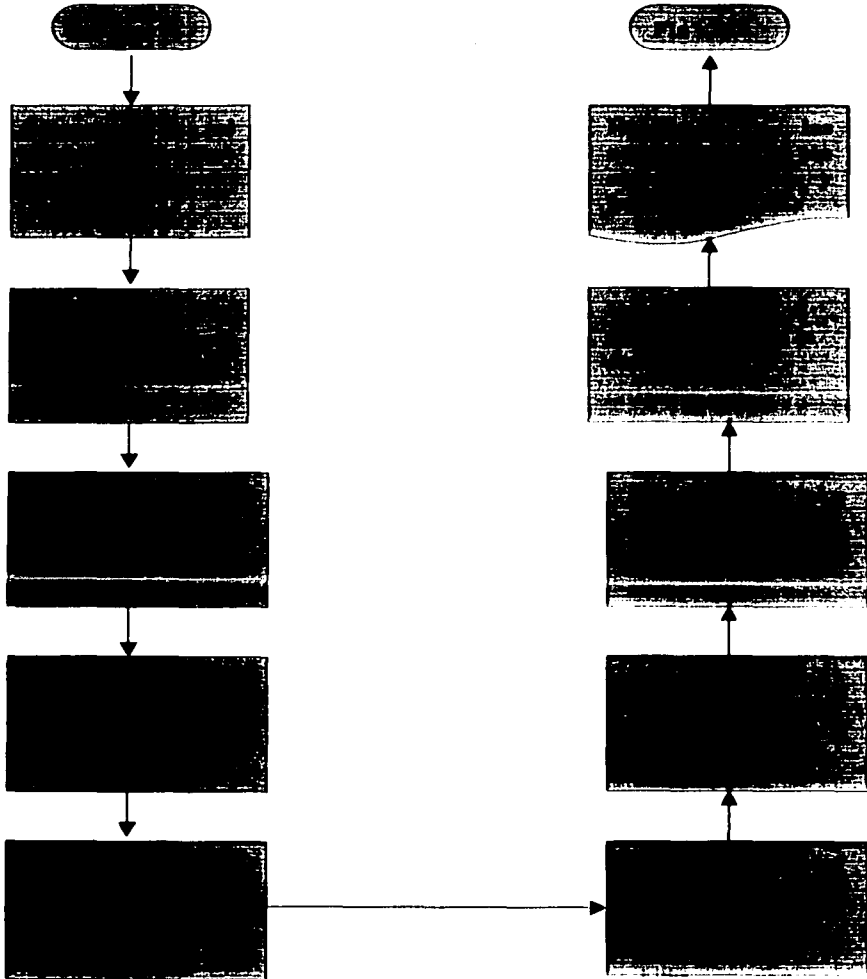
Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables. Tras la amniorrexis, la parturienta debe permanecer en cama, para evitar posibles incidencias de cordón.

En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados.

⁴⁵ Anne Griffin Perry. Guía Clínica para Enfermeras, Técnicas y Procedimientos Básicos. México, D.F. 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO N°10
AMNIORREXIS





PROCEDIMIENTO N° 11

8.11. PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EXPULSIÓN

Concepto.

Es la atención de enfermería que se le brinda a la embarazada durante la atención del parto, alumbramiento y recién nacido.⁴⁶

Objetivo.

Ofrecer atención de enfermería oportuna, adecuada y eficaz al binomio madre- hijo

Asistir y guiar a la paciente durante el trabajo de parto y alumbramiento, así como la de mantener al recién nacido en estado optimo.

Material y Equipo.

PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

Tela adhesiva
Guantes latex
Gasas
Solución Jabonosa.
Agua estéril..
Suturas (catgut crómico 2/o)
Sonda Para cateterismo vesical (nelatón # 22.24.26.)
Jeringas desechables de diferente calibre

PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Guantes desechables
Sonda para alimentación
Perilla de caucho.
Jeringas desechables de 1cm.
Cintas umbilicales
Torundas con merthiolate y alcoholadas
Cinta métrica.

⁴⁶ S.S.D.D.F. Manual de Técnicas y Procedimientos del Servicio de Ginecología del Hospital General " Dr. Gregorio Salas Flores." México D.F. 2002.



BULTO DE ROPA DE PEDIATRÍA

Bulto de ropa para pediatra
2 campos sencillos de 100X100
1 bata de cirujano.

BULTO DE ROPA PARA EL PARTO

1 Sabana hendida.
4 campos sencillos de 100x100.
1 bata para cirujano.

Ambos bultos deberán de ir con cubierta sencilla y doble.

EQUIPO DE PARTO

2 Pinzas Rochester.
1 Pinza de disección sin dientes.
1 Porta agujas.
1 Pinza de anillos.
1 Onfalotomo.
1 Tijera de mayo curva.
1 Tijera de mayo recta.

MEDICAMENTOS.

Vitamina K inyectable.
Oxitocina inyectable.
Xilocaina al 2% con y sin epinefrina.
Ergonovina inyectable.
Sol. glucosada al 5% y cloruro de sodio al 0.9%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO

1. La Enfermera deberá prepara la sala con anticipación, con el material y equipo necesario para la atención del parto.⁴⁷



2. Dar la orientación a la paciente sobre el periodo de trabajo de parto en el que se encuentra.
3. Explicar que son los momentos más difíciles y dolorosos.
4. Insistir sobre el manejo del patrón de respiración que debe mantener durante esta etapa. (Técnica ya mencionada.)
5. Colocar a la embarazada en la mesa ginecológica.
6. Explicar el procedimiento a seguir, como es el lavado del perine y la colocación de campos.
7. Asistir al medico ginecólogo en los procedimientos y técnicas a realizar..
8. Seguir orientando a la embarazada sobre la técnica de pujo durante las contracciones hasta lograr la expulsión del producto.
9. Administración de los medicamentos indicados por el medico.
10. Registre la presión arterial continuamente.
11. Vigile la frecuencia cardiaca fetal continuamente.

⁴⁷ I.N.P.E.R. Manual de Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión del Instituto Nacional De Perinatología. México, D.F. 2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



12. Una vez que ha nacido el recién nacido. Asista al médico pediatra para la atención del mismo
13. Elabore los registros de enfermería respecto al parto y anote la hora de nacimiento del recién nacido y el sexo.
14. Observe y tome el tiempo en el que se lleve a cabo el alumbramiento y las consideraciones más importantes de dicho evento.
15. Permanezca al lado de la mujer explicándole el procedimiento en el que se encuentra y sobre todo en el momento en el que el médico realiza la limpieza del útero.
16. Recuerde a la mujer la técnica para la limpieza (técnica ya mencionada Pág. 61.)
17. Registre nuevamente los signos vitales y administre los medicamentos indicados
18. Proceda a la identificación del recién nacido.
19. **Muestre al recién nacido** a la madre haciendo hincapié en el sexo del mismo.
20. Coloque la pulsera de identificación de ambos.
21. Empiece el contacto piel a piel con su madre e iniciar la lactancia materna.
22. Promover el vínculo afectivo madre-recién nacido y mantener un ambiente térmico
23. Dar continuidad a las indicaciones médicas.
24. Realizar registros correspondientes al evento
25. Retirar la posición ginecológica a la madre dando un masaje en miembros pélvicos para reestablecer la circulación adecuada.
26. Dejar cómoda y seca a la puérpera para que sea llevada a su cama correspondiente.



27. Orientarla sobre lactancia materna exclusiva..

PRECAUCIONES.

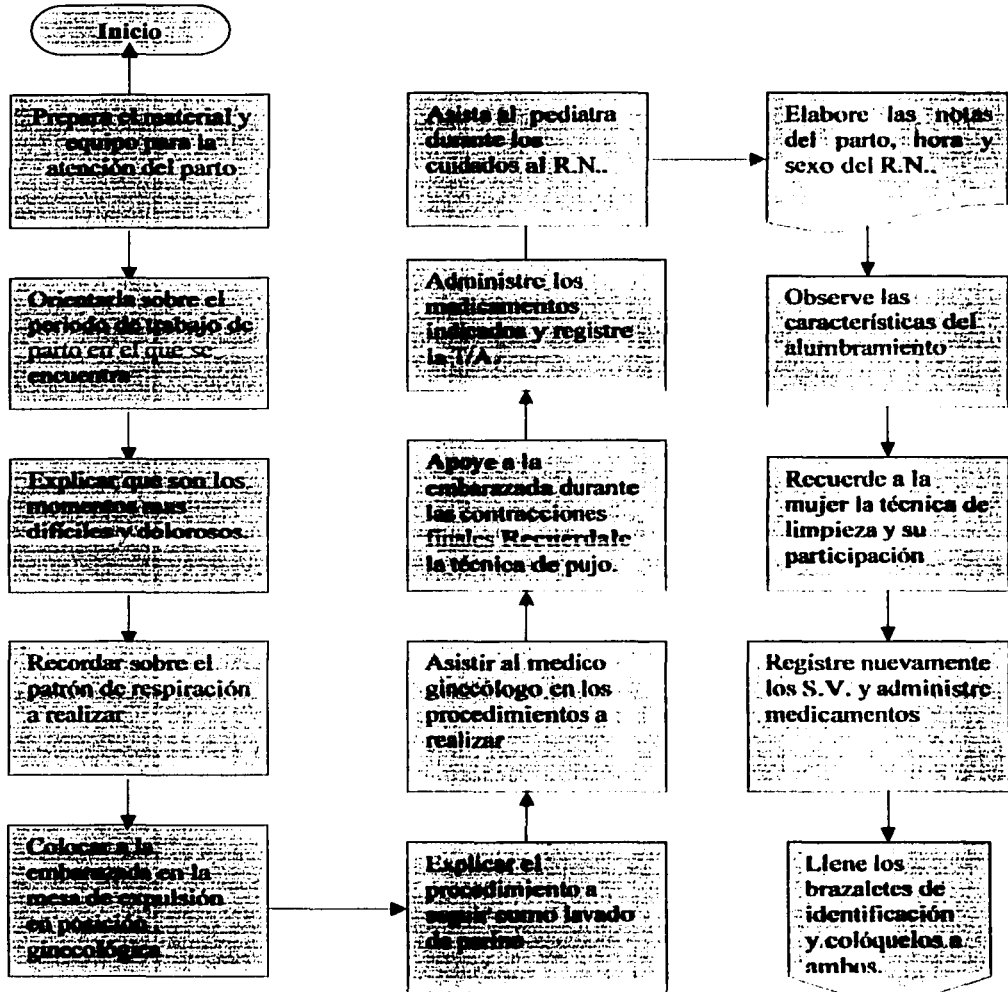
Estos procedimientos son recomendados en el caso de que el pediatra este presente y en el caso de no ser así la enfermera o enfermero deberá de dar la atención al recién nacido de la siguiente manera.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTOS N° 11 PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA PULSIÓN





TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTO N° 12

8.12. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN EL CASO DE NO HABER PEDIATRA.

A partir del momento del nacimiento del recién nacido la enfermera realizara los siguientes procedimientos.⁴⁸

- 1) Preparación del material y equipo ya mencionado para la atención del recién nacido.
- 2) Verificar el funcionamiento de los aparatos electromédicos como son tomas de aire y oxígeno, mesa radiante.
- 3) Verificar que este completo el equipo de reanimación neonatal existente en el servicio.
- 4) Recibir al recién nacido con la técnica adecuada utilizando guantes, cubre bocas y bata de cirujano.
- 5) Secado con una campo precalentada



- 6) Retira los paños húmedos
- 7) Posición de la cabeza ligeramente en extensión.
- 8) Aspirar secreciones solo si hay presencia de líquido meconial primero boca y luego fosas nasales.
- 9) Si no respira espontáneamente o la ventilación es inadecuada, realizar estimulación táctil frotando el dorso del tórax o palmoteando los talones.
- 10) Coloración del recién nacido es rosa o ligeramente cianótico es normal.

⁴⁸ www.elbebe.com.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 11) Ligar con pinza elástica o con cinta umbilical estéril de 1 a 3 cm. de la piel cortando el excedente con una tijera estéril
- 12) Aplique merthiolate o alcohol en la parte seccionada y envuélvalo con una gasa estéril.
- 13) Explore al recién nacido descartando alguna malformación genética.
- 14) Evalúe nuevamente datos de dificultad respiratoria.
- 15) Dar calificación apgar.
- 16) Realizar limpieza corporal con aceite indicado.
- 17) Profilaxis del R.N. aplique solución de nitrato de plata 1% o gotas oftálmicas de algún antibiótico.
- 18) Aplicación de Vit. K. 1 miligramo I.M. D.U.
- 19) Elabore y coloque las identificaciones al R.N.
- 20) Registro de peso y perímetros del recién nacido
- 21) Toma de Huellas pulgar y plantar.
- 22) Muestre el recién nacido a la madre e inicie lactancia materna.





**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



PRECAUCIONES

Si no tiene signos de alarma, debe pasar inmediatamente con su madre, adecuadamente abrigado y asegurándose de que el ambiente no este frío

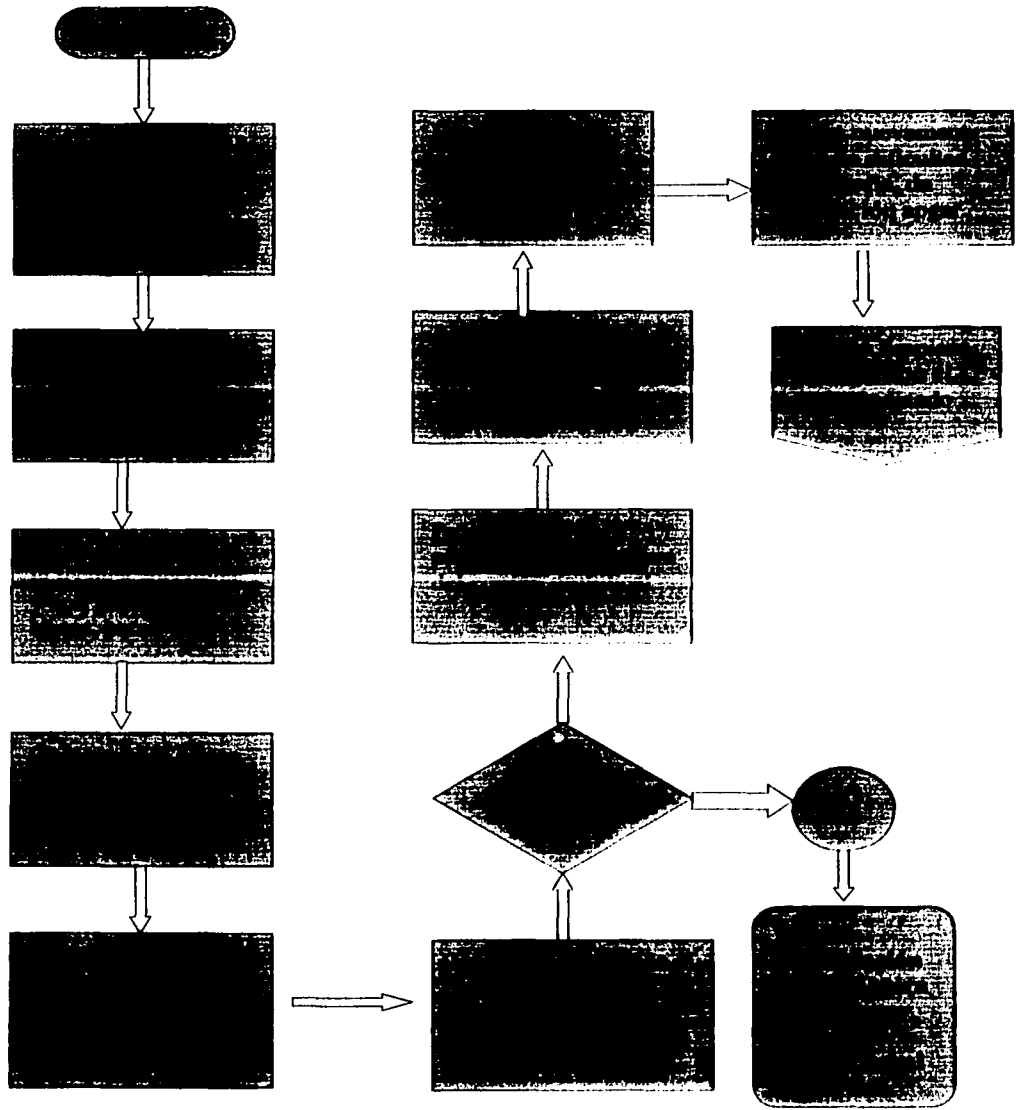
El personal de salud puede iniciar orientación sobre lactancia materna exclusiva.

Solo se bañara al recién nacido si se contamina con heces maternas.

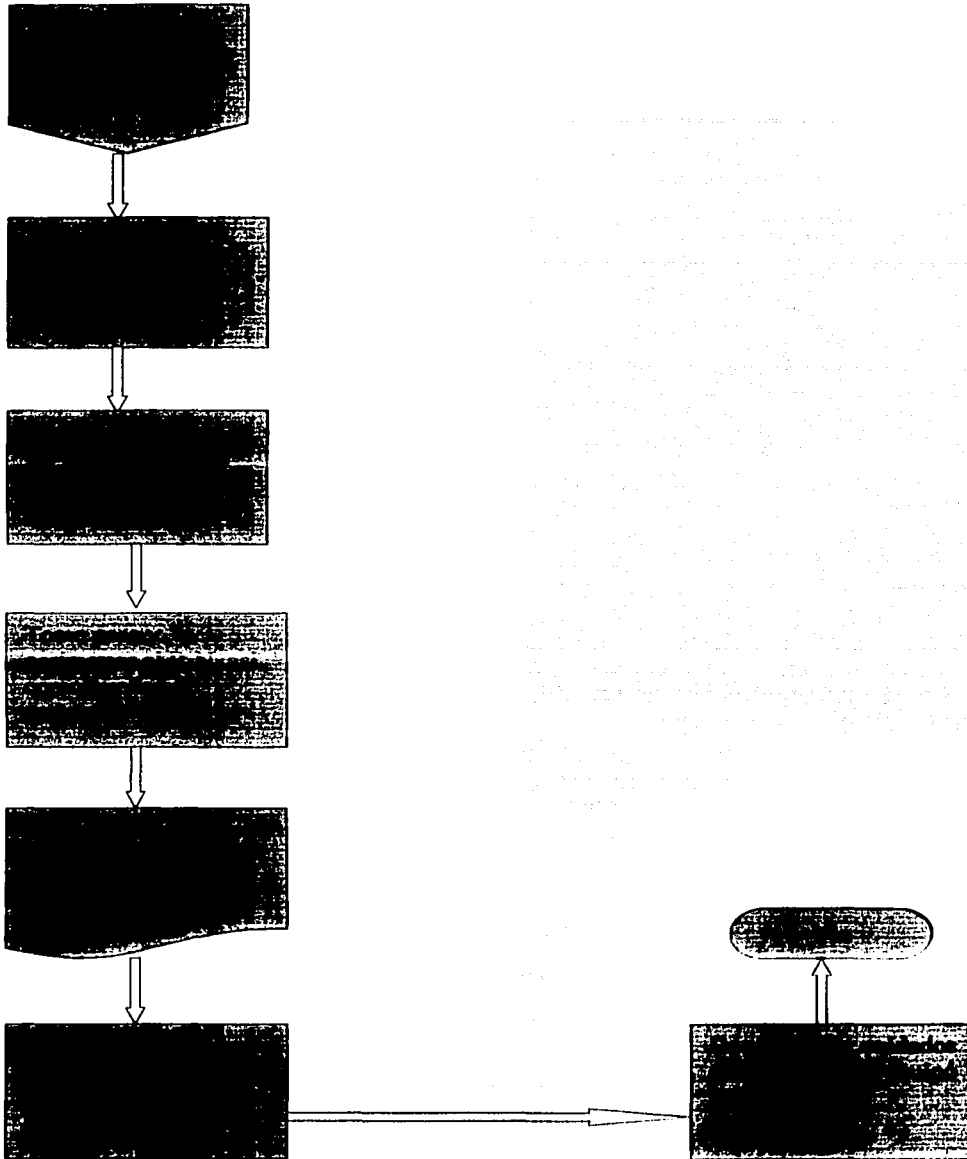
Controle que la temperatura axilar del recién nacido este entre 36.5 y 37

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

PROCEDIMIENTO N° 12
PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN DEL RECÉN NACIDO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTO N° 13

8.13. IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL RECIÉN NACIDO.

Concepto.

Es el registro correcto de los datos de identificación personalizada del neonato en los primeros minutos posteriores al nacimiento.⁴⁹

Objetivo

Obtener datos fiables del recién nacido evitándose posibles errores de identificación.

Material y Equipo

Bolgrafo de tinta negra.

Brazaletes 3

Expediente de la madre y del R.N.

PROCEDIMIENTO

1. Ya que ha nacido el neonato identificar características propias de su sexo, aspecto físico e integridad física.



2. No perder de vista al neonato
3. Ya que se le han dado los cuidados inmediatos al recién nacido deberá mostrársele a la madre, sobre todo haciendo hincapié al sexo.
4. Proceder a verificar los datos de la madre corroborando con el expediente.
5. Elabora la documentación correspondiente al recién nacido.
6. Cundo ya se tienen los registros de peso y talla.

⁴⁹ Persis Mary Hamilton. *Asistencia Materno-Infantil de Enfermería. Cuidados al Recién Nacido*. México, D.F. 1978

TESIS CON FALTA DE ORIGEN



7. Se elaboraran los brazaletes de identificación con los siguientes datos.

APELLIDO PATERNO MATERNO R.N.	FECHA DE NACIMIENTO
PESO	HORA DE NACIMIENTO
SEXO MASCULINO O FEMENINO.	APGAR
TALLA	PARTO O CESAREA.

8.-Se elaboraran tres brazaletes con letra legible y tinta negra, los cuales se colocaran de la siguiente forma.⁵⁰



9.- Los dos primeros se colocaran en el brazo y pie del recién nacido izquierdo o derecho.

10.- El tercero se colocara en la muñeca derecha de la madre, como se muestra en la figura correspondiente.

11.-Finalmente tomar la huella plantar de recién nacido y la del dedo índice materno, que quedaran impresos en la historia clínica del R.N. (Ambas forma parte importante de la identificación)

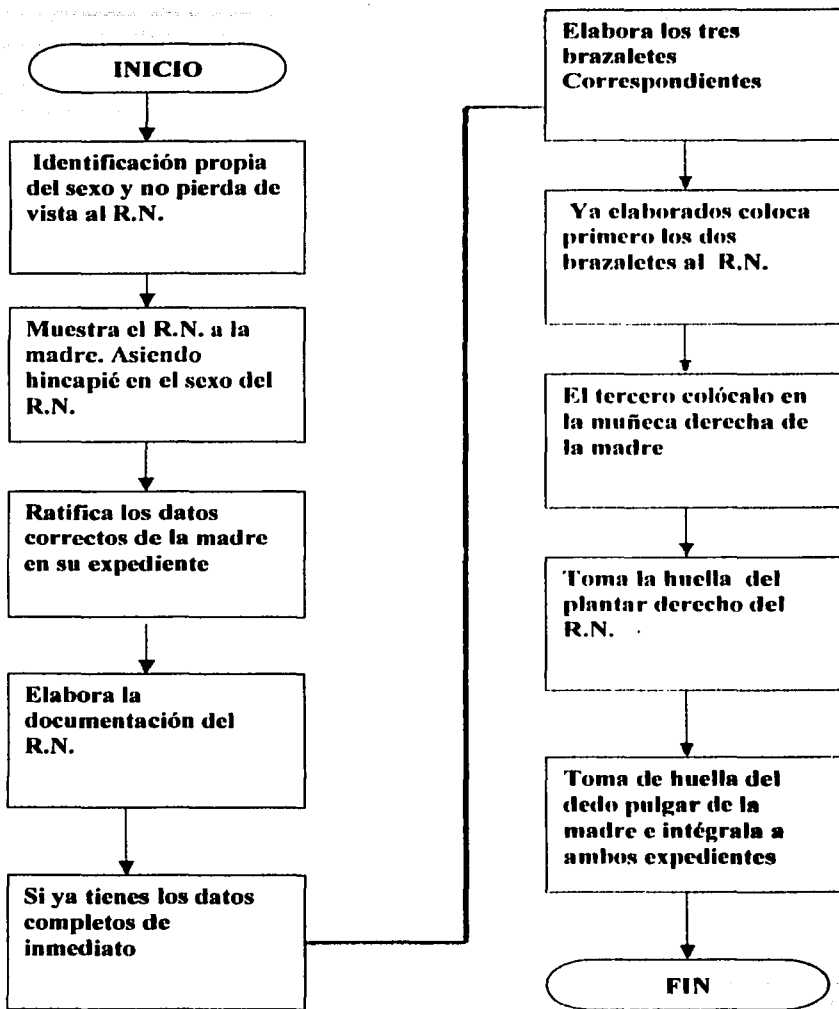
PRECAUCIONES

Es importante aclarar que las letras marcadas en negro son los datos universalmente utilizados.

Aunque ya existen otras formas innovadoras de identificación para el recién nacido.

⁵⁰ www.identificacion.com.mx

PROCEDIMIENTO N° 13
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL RECIÉN NACIDO





PROCEDIMIENTO N° 14

8.14. TAMIZ NEONATAL EN LA SALA DE EXPULSIÓN

Concepto.

Es un estudio de sangre que se realiza a los recién nacidos para detectar enfermedades congénitas (que no se manifiestan en el nacimiento, sino tardíamente) durante la primer media hora de vida y antes de que tenga dos meses de vida.⁵¹

Objetivo

Descubrir a los recién nacidos afectados, para iniciar un tratamiento oportuno

Es un estudio útil para la detección de enfermedades congénitas como:

- A. Fenilcetonuria
- B. Hipotiroidismo congénito.

Material y equipo

Jeringa hipodérmica de 1. cm.

Guantes desechables.

Papel filtro para la recolección de muestra de sangre.

PROCEDIMIENTO

1. Toda muestra debe ser tomada dentro de la primera media hora de vida a través de punción de la vena del cordón umbilical sin interrumpir los cuidados inmediatos al recién nacido.⁵²
2. Recibir al recién nacido con pinza rochester perfectamente cerrada.
3. Realizar los pasos de reanimación neonatal por orden de importancia y ligue o pinze el cordón umbilical.
4. Con el cordón restante forme un anillo, pinzando cerca de la ligadura más próxima al abdomen del recién nacido.
5. Corte el anillo formado y colóquelo sobre la superficie limpia y seca.
6. Identifique en el anillo la vena umbilical. Punciónelo con una jeringa hasta obtener .5 ml. de sangre.
7. Retire la aguja del pivote formando una gota de sangre lo suficientemente gruesa para llenar cada uno de los círculos del papel filtro.

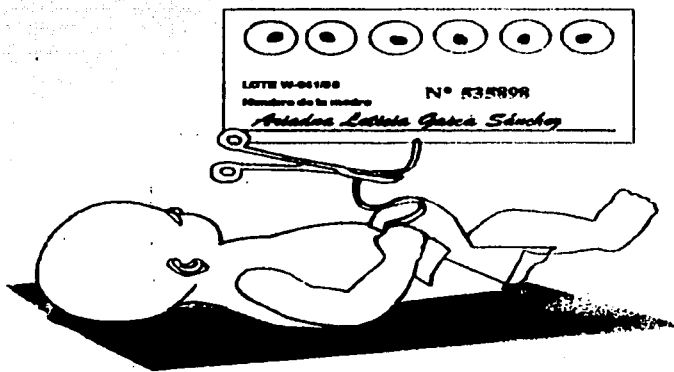
⁵¹ Norma Oficial Mexicana NOM.007-SSA2.1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.

⁵² Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM. Obstetricia I. México, D.F. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Cuide de no tocar con el pivote los círculos.
9. Anote los datos correctos de identificación de la madre.
10. Especifique que es sangre del cordón.
11. Realice las anotaciones correspondientes al procedimiento en la hoja del recién nacido.

Papel filtro

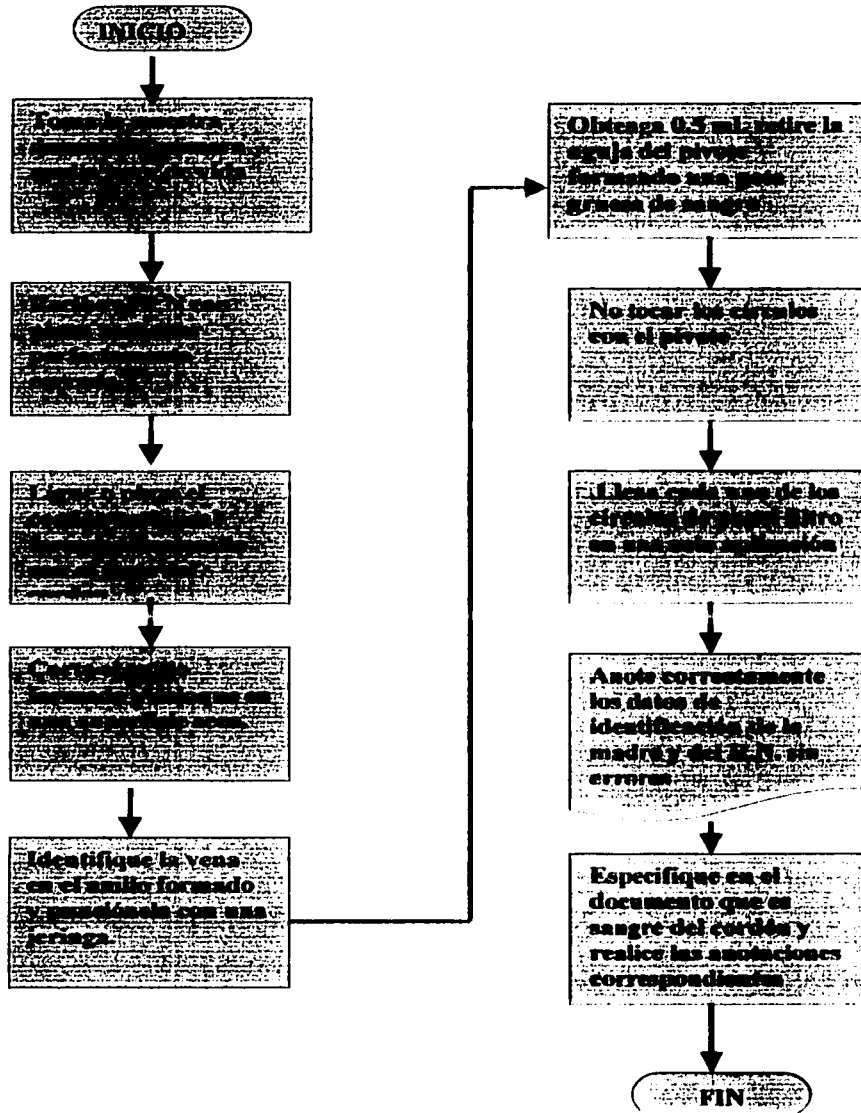


PRECAUCIONES

Actualmente el tamiz neonatal debe realizarse por ley a todos los niños que nazcan en territorio mexicano antes de que la enfermedad se manifieste.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTO Nº 14
TOMA DEL TAMIZ NEONATAL U





TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



PROCEDIMIENTO N° 15

8.15. ESTADO DE CHOQUE EN OBSTETRICIA.

Concepto.

Se le llama así a la deficiencia circulatoria que impide la llegada de oxígeno y materiales nutritivos en cantidades suficientes a los tejidos del cuerpo, produciendo hipoxia y utilizando vías del metabolismo anaerobio y acidosis.⁵³

Objetivo

Es diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones obstétricas, que condicionen sangrados profusos, como placenta previa, desprendimiento de placenta y traumatismos del canal del parto.



CLASIFICACIÓN DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO OBSTÉTRICO.

Primer grado Si la pérdida es 15% del volumen circulante.

Segundo grado cuando la pérdida es del 15 y 30 %.

⁵³ Mondragón Castro, Hector. *Ginecoobstetricia, De la Niñez a la Senectud*. México, D.F. 2002



Tercer grado es cuando la pérdida es del 30 y 40 %.

La hemorragia puede ser producida por:

Anormalidades placentarias.

Placenta previa.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Acetismo.

Alteraciones del tono y contracción uterina

Atonía.

Rupturas.

Desgarros cervicales de grados diversos.

Signos

Colapso vascular periférico.

Piel fría.

Diaforesis.

Taquicardia.

Llenado capilar lento.

Cifras bajas de hemoglobina y hematocrito.

Síntomas.

Marco.

Ansiedad.

Obnubilación

Palidez de mucosas conjuntivas y tegumentos.

Oliguria.

Anuria.

Hipotensión arterial.

Sangrado transvaginal (puede o no haber presencia del mismo)

Material y equipo.

- ✓ Baumanometro
- ✓ Termómetro axilar.
- ✓ Torundas con alcohol.
- ✓ Estetoscopio auricular.
- ✓ Jeringas, agujas hipodérmicas desechables.
- ✓ Guantes desechables.
- ✓ Catéter de polietileno diferentes calibres.
- ✓ Vendas elásticas diferentes medidas.
- ✓ Catéter de oxígeno.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



- ✓ Equipos para transfusión sanguínea.
- ✓ Microgoteros y macrogoteros.
- ✓ Sondas foley diferentes calibres.
- ✓ Bolsas recolectoras.
- ✓ Catéter largos y cortos.
- ✓ Soluciones cristaloides, coloides, expansores de plasma.
- ✓ Tubos para toma de muestras para laboratorio.

PROCEDIMIENTO.

1. Detección temprana de la sintomatología ya mencionada.
2. Dar aviso al medico ginecólogo.
3. Registre los signos vitales inmediatamente. Pulso, respiración, temperatura, presión arterial.
4. Colocar a la puérpera en posición de trendelenburg.
5. Aplicar oxígeno por medio de catéter nasal.
6. Verificar que exista una vía periférica permeable y canalizar otra.
7. Tomar muestras de laboratorio como son B.H., G.S., Electrolitos, Grupo y Rh., T.P. y T.P.T.
8. Conectar monitor para l control de Signos vitales y Electrocardiograma.
9. Administración inmediata de soluciones cristaloides, coloides y expansores de plasma y en su oportunidad concentrados eritrocitarios.
10. Iniciar un control estricto de liquido
11. Realizar la exploración física adecuada en búsqueda de la causa del origen del estado actual de la puérpera.
12. Cohibir de inmediato la hemorragia mediante la técnica más adecuada en cada caso.
13. Prepara Física inmediata a la puérpera en caso de requiera de intervención quirúrgica.
14. Realizar los registros correspondientes al evento sin omitir fecha hora en que inicio y finalizo el evento.⁵⁴

Complicaciones.

Acidosis metabólica
Coagulación intrvascular diseminada.
Muerte.

Sugerencias.

Evitar procedimientos que provoquen traumas directos o indirectos a la embarazada. (aplicación de Kristell).

Atender el alumbramiento con la técnica adecuada.

Llevar un control cuidadoso durante el trabajo de parto.

Diagnosticar y tratar de inmediato, cualquier traumatismo durante el trabajo de parto.

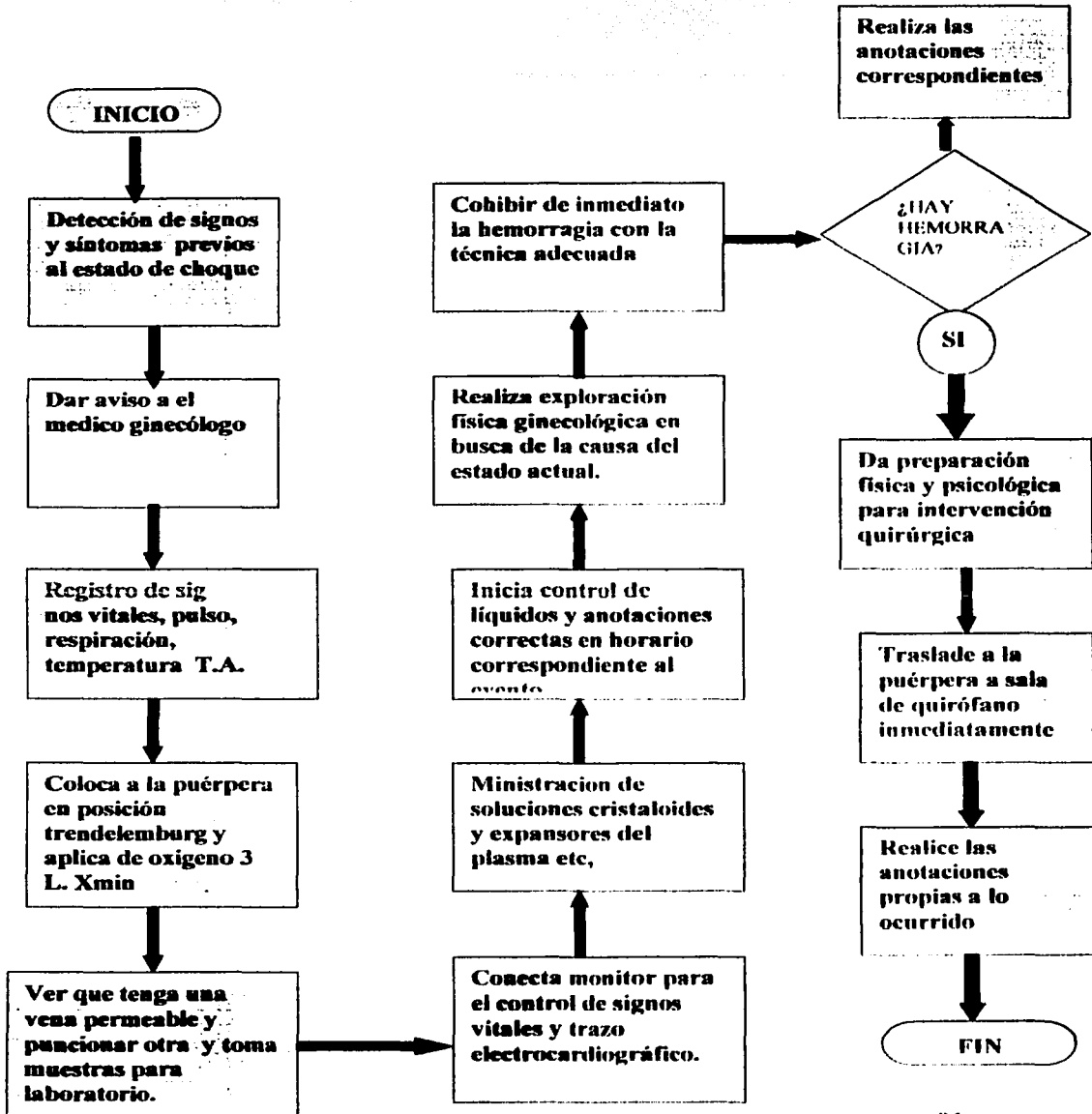
⁵⁴ Sholtis Brunner, Lilian. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica México DF 2000



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN



PROCEDIMIENTO Nº 15
ESTADO DE CHOQUE EN OBSTETRICIA





PROCEDIMIENTO N° 16

8.16. ATONÍA UTERINA.

Concepto

Es la falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después de un parto, o de una operación cesárea, lo cual impide que haya una hemostasia fisiológica.⁵⁵

Objetivo

Valoración oportunamente el sangrado vaginal anormal.

Factores predisponentes.

- a) Placenta previa.
- b) Aumento excesivo de tamaño uterino.
- c) Trabajo de parto prolongado
- d) Situaciones anormales (transversas)
- e) Uso inadecuado de sustancias oxitoxicas.
- f) Fibromatosis uterina.
- g) Gran multiparidad.
- h) Desnutrición en la embarazada.
- i) Maniobras de kristeller.
- j) Tironamiento brusco del cordón.
- k) Toxemia gravídica.
- l) Cicatriz de cesárea anterior.

Signos y síntomas

- Sangrado importante por vía vaginal (sangre roja rutilante con o sin coágulos)
- Disminución de la consistencia del útero a la palpación.
- Presencia súbita del estado de choque hipovolemico.
- Anemia diagnosticada clínicamente y mediante laboratorio.
- Exploración vaginal para descartar otras patologías.

PROCEDIMIENTO.

Durante el puerperio inmediato la enfermera deberá de mantener una vigilancia estrecha en lo siguiente, sobre todo cuando haya observado alguno de los factores de riesgo ya mencionados.⁵⁶

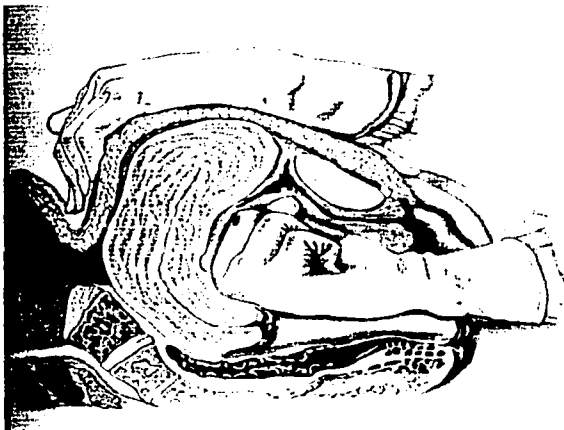
⁵⁵ Benson Manual Moderno, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. México, D.F. 1986

⁵⁶ C. Anderson, Barbanc. Obstetricia para Enfermeras. Argentina. 1970.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



- 1) Registro continuo de signos vitales.
- 2) Revisión continuamente de toalla sanitaria cada 30 minutos durante las primeras 4 horas
- 3) Observación meticulosa de las características de los loquios (cantidad, olor color.)
- 4) Valorar estado de conciencia.
- 5) Verificar que exista un control de hemoglobina post parto.
- 6) De no encontrarse solicitarlo de inmediato.
- 7) En el caso de pacientes posquirúrgicas revisión de la herida quirúrgica.
- 8) Verifique la existencia de diuresis posparto.
- 9) Explore e identifique el fondo uterino y realice presión sostenida hacia abajo, lo cual le permitirá observar la presencia de coágulos.
- 10) Avise al medico en caso de presentar un sangrado importante.
- 11) Mantenga un acceso venoso. i
- 12) Registre nuevamente signos vitales completos.
- 13) Colabore con el medico en el tratamiento.
- 14) Informe a la puérpera sobre el procedimiento.
- 15) Administre una solución de glucosa al 5% mas 20 unidades de oxitocina y una ampolleta de ergonovina. (Esto ayudará a contraer el útero y disminuir el sangrado en un minuto.
- 16) Puede aplicarse un masaje por compresión uterina combinada, colocando una mano en el fondo del útero y comprimiendo el cervix con la otra (como se muestra en la figura siguiente).



- 17) El taponamiento uterino se considera peligroso, pero en caso de no ceder el sangrado se realizara evitando así una histerectomía.
- 18) Si con los procedimientos anteriores no se cobihe el sangrado se prepara a la puérpera para una histerectomía.



19) Realícelas anotaciones correspondientes al evento.

Complicaciones.

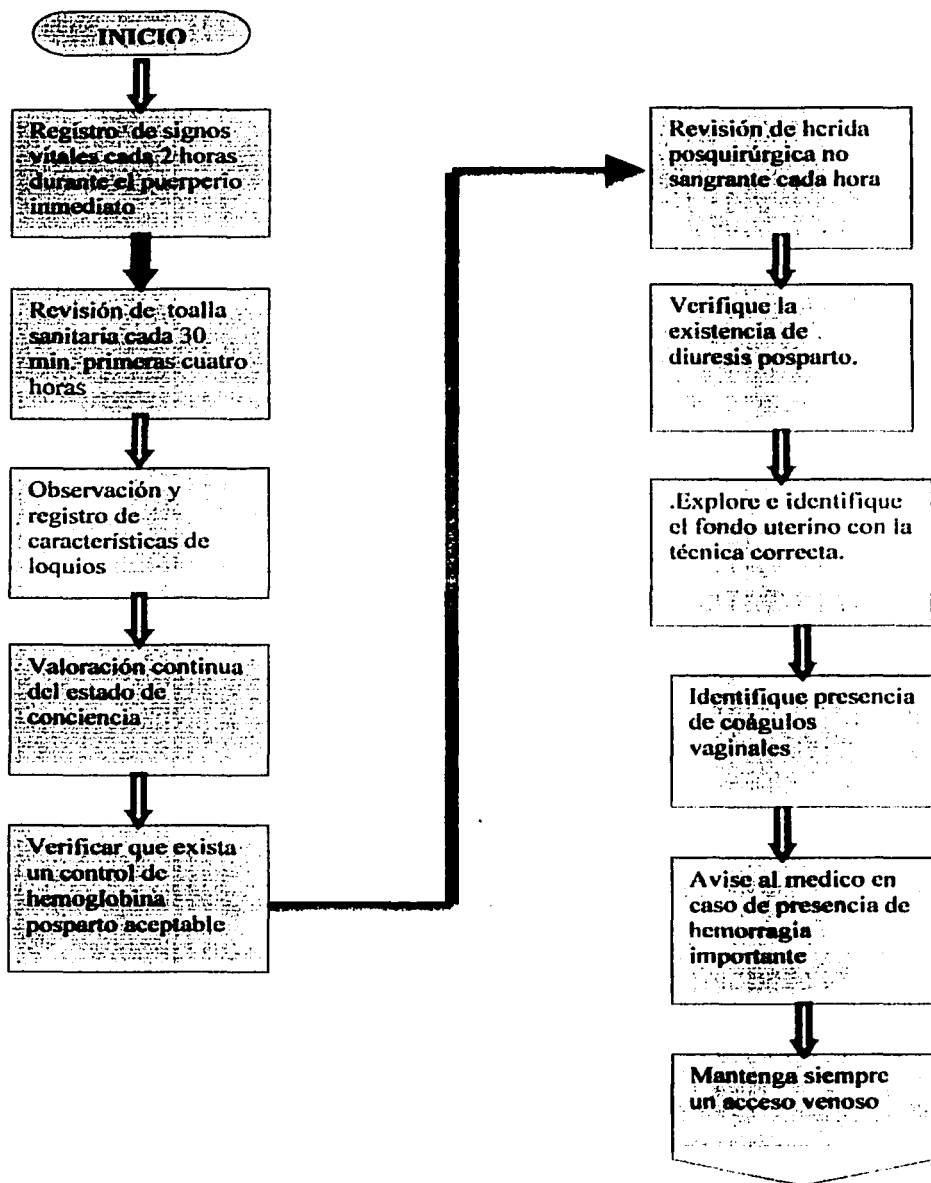
- ✓ Estado de choque.
- ✓ Histerectomía
- ✓ Muerte.

Sugerencias

Estudios recientes recomiendan el uso de prostaglandinas I:2 en supositorios vaginales para cohibir el sangrado.

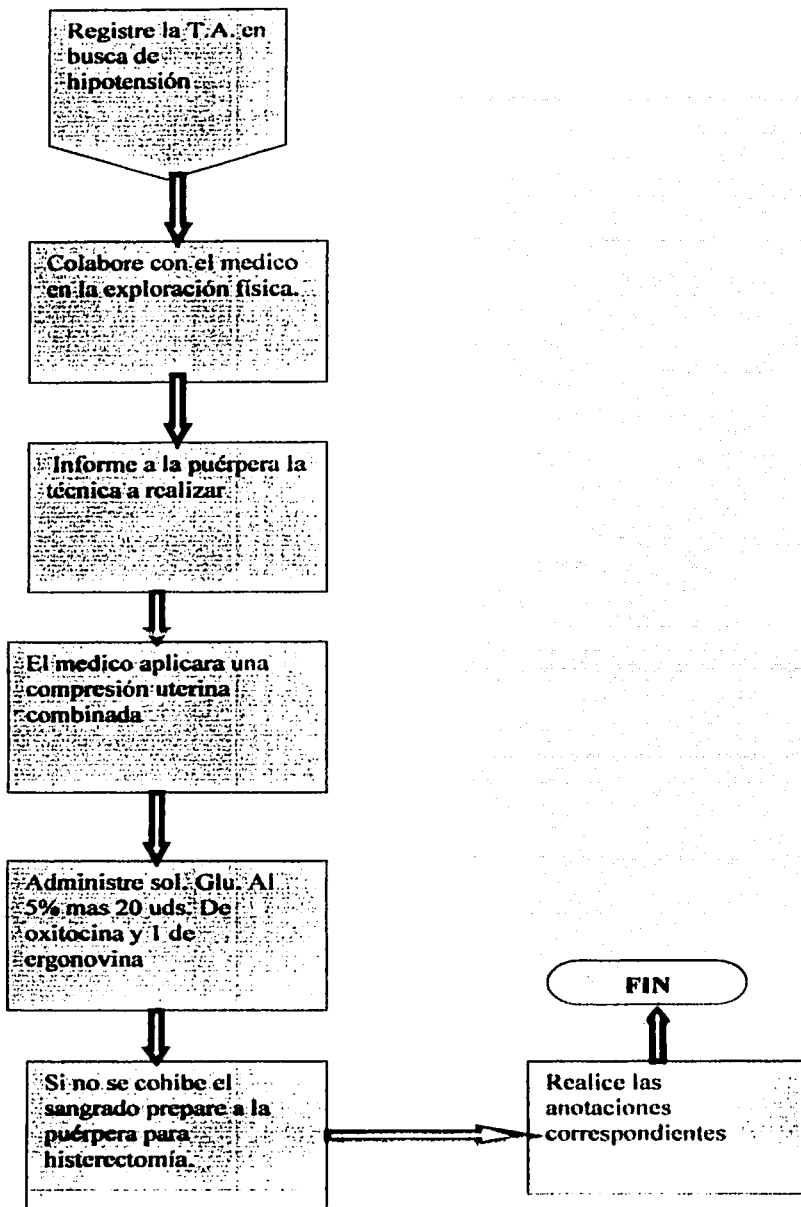
Deberá de sospecharse de lesiones orgánicas cuando el útero se encuentre bien contraído. La enfermera deberá de actuar con cautela y siempre trabajara con ordenes medicas preescritas.

PROCEDIMIENTO N° 16
ATONIA UTERINA





TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





PROCEDIMIENTO N° 17

8.17. RETENCIÓN DE PLACENTA

Concepto.

Es cuando la placenta permanece en su totalidad después del parto o solo en forma parcial (retención parcial o de restos placentarios)⁵⁷

Objetivo.

Analizar las características de la placenta durante el proceso de su expulsión.

Retención total

Se hace evidente cuando transcurren más de 15 min. Después de la expulsión del producto.

Retención parcial.

Es cuando existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua.

PROCEDIMIENTO

- 1) La enfermera deberá de anotar la hora de la expulsión del producto.
- 2) A partir de ese momento contar el tiempo que dura el alumbramiento.
- 3) Si la placenta no ha sido expulsada en su totalidad avisar al médico sobre el tiempo que lleva este proceso.
- 4) Dar un ligero masaje sobre el útero de la paciente para que este ayude de al desprendimiento gentil de la misma.
- 5) Evitar que haya tracción en la misma.
- 6) Una vez expulsada contar el número de cotiledones.
- 7) Si falta algún cotiledón se debe de realizar una exploración vaginal metódica hasta extraer el faltante (puede ser bajo anestesia)
- 8) Informar a la puérpera sobre el problema existente y explicar la técnica a realizar.
- 9) La enfermera deberá de permanecer cerca de la paciente como apoyo a dicho evento.⁵⁸

Se realizara la siguiente técnica.

- ✓ Introducir la mano derecha en vagina y cervix seguir el trayecto del cordón umbilical hasta localizar el borde placentario.
- ✓ Con el borde cubital y la palma de la mano despegar con suavidad la placenta enseguida girar la mano en toda su extensión hasta lograr el desprendimiento total.

⁵⁷ Hodpking, Johns. *Ginecología y Obstetricia*. México, D.F. 2001.

⁵⁸ Anne Gryffin Perry. *Guía Clínica de Enfermería, Técnicas y Procedimientos*. México, D.F. 1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



- ✓ Al sentir el peso de la placenta extraerla totalmente.
- ✓ Revisar cuidadosamente que la placenta y las membranas se encuentren integra.



- ✓ Certifica que la cavidad uterina se encuentre íntegra y limpia

PRECAUCIONES.

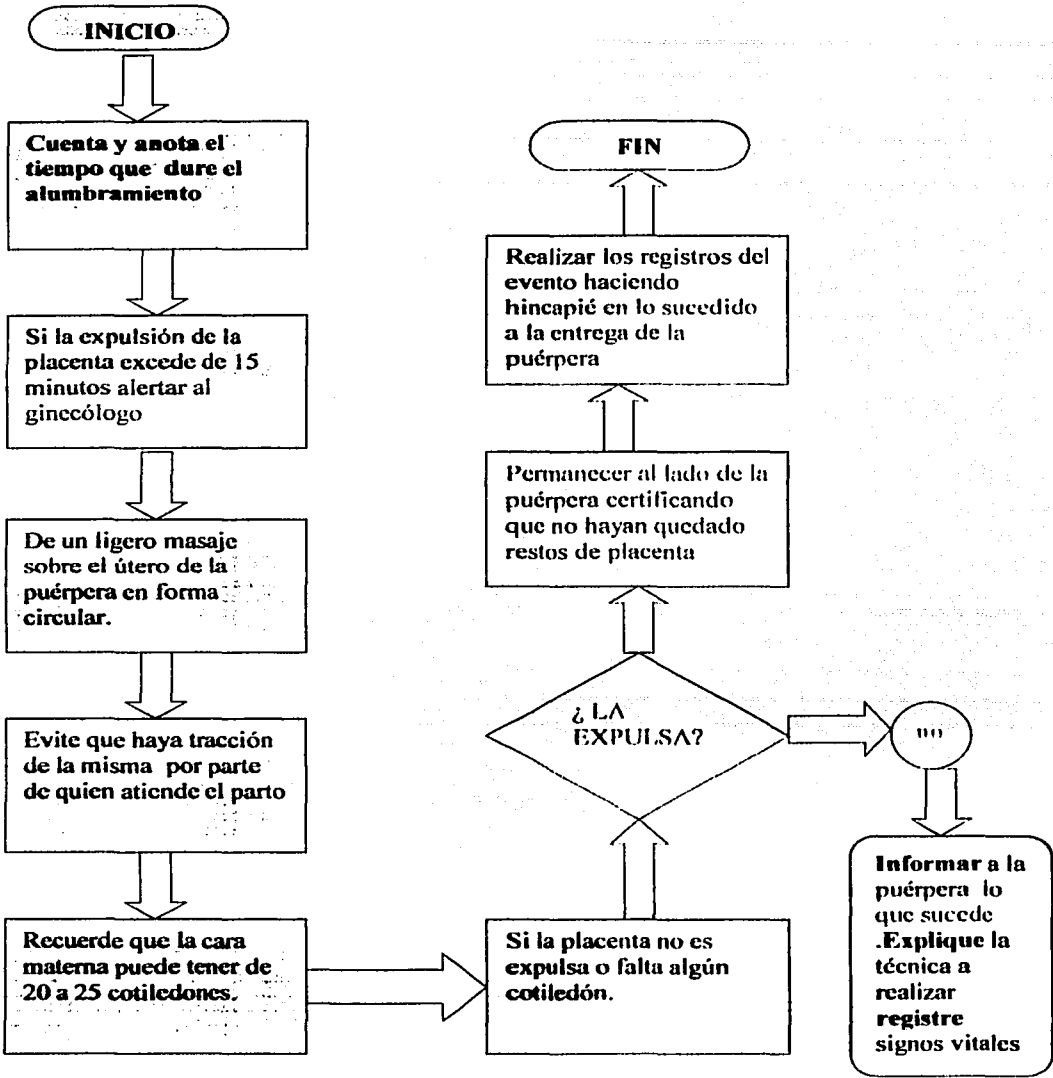
Contar con anestesia adecuada
Cruzar sangre compatible y tenerla disponible
Aplicación de sustancias oxitóxicas.
Seguir siempre las reglas de asepsia y antisepsia.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**PROCEDIMIENTO Nº 17
RETENCIÓN DE PLACENTA**





TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



9. ANÁLISIS

La elaboración de manuales actualmente es un proceso incompleto dado que existen unidades hospitalarias donde aun nos falta mucho por hacer sobre todo en los procedimientos de enfermería.

Durante la elaboración de este manual visité algunas unidades hospitalarias de diferentes niveles de atención y diferentes sectores, mismo que resulto asombroso descubrir que si bien los Manuales son parte importante en el proceso de Certificación de Hospitales actualmente existen muchas carencias de los mismos en los servicios como es el Manual de Procedimientos de Labor y Expulsión en su mayoría solo se encontraba el de la unidad Toco quirúrgica y no solo eso si no que también existe un rezago en la actualización de los mismos además las grandes discrepancias en los tecnicismos utilizados por enfermería tal parece que cada institución trabajara con diferentes conceptos.

Este trabajo me permitió conocer diferentes formas de organizaciones y procedimientos del personal de enfermería lo cual me consintió elegir lo mejor y lo mas actualizado de los procedimientos que se realizan en los servicios de Labor y Expulsión. Indudablemente fue un gran trabajo de investigación, por lo que me permití la elaboración de este manual con fotografías, revistas, libros, posters que enriquecen y lo hacen más didáctico y atractivo, ya que los manuales que fueron consultados carecen de estos elementos.

En la actualidad la competencia profesional es un proceso dinámico y es por eso que es importante la preparación de Licenciados en Enfermería sobre todo en las áreas de labor y expulsión seria muy conveniente que en todos los hospitales, sin importar el nivel de atención, quedaran a cargo de Licenciados en Enfermería y Obstetricia ya que estos tienen los debidos conocimientos para poder actuar con la competencia profesional que se requiere en este tipo de servicios, en donde están importante la toma de decisiones **en pro del binomio madre e hijo.**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



10. SUGERENCIAS

En la actualidad los Lic. en Enfermería tenemos un compromiso especial en la participación dentro de los grupos u equipos de trabajo dado que nos encontramos en el momento propicio de originar un cambio, un cambio no solo en nuestro desarrollo profesional sino también en que se nos reconozca como una profesión y por ende una mejor remuneración a nuestros salarios, sin embargo hoy solo tengo el compromiso de cumplir la parte que me toca que es la mas difícil, ser un ejemplo de superación para mis compañeras de trabajo y demostrar que sí se puede aún con todo el esfuerzo que esto representa, la superación de nosotras mismas como gremio, asociándonos compartiendo nuestras experiencias, escribiendo, investigando, no quedándonos ahí como parte de los muebles fijos de las unidades hospitalarias.

La sugerencia más importante es que este Manual y el todas las unidades sean actualizados, cada dos o tres años por personal que tenga la competencia profesional para realizarlo cumpliendo así con la normatividad de la elaboración de los mismos

También el de seguir fomentando esta forma de titulaciones para los profesionales que no podemos estar de tiempo completo en una aula, pero que desarrollamos un sentido de responsabilidad y compromiso con nosotros mismos y con las Unidades donde trabajamos.

Le doy las gracias una vez mas a la Universidad Autónoma de México, por haberme dado esta oportunidad de sentirme como uno mas de sus hijos y gracias a todos los profesores que participaron dentro de mi desarrollo profesional.



11. BIBLIOGRAFÍA.



S.S.A. Evaluación de la Calidad Documentos Técnicos Normativos de la Secretaría de Salud México D.F. 1990.

Norma Oficial Mexicana, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica. 1993.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2001.

Sindicato Único de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal. Condiciones Generales de Trabajo, México D.F. Abril de 1998.

I.M.S.S, A.M.H.G.O.No. 3, Ginecología y Obstetricia, México D.F: 1974.

Mondragón Castro, Héctor, Gineco Obstetricia de la Niñez a la Juventud, Editorial Trillas México D.F. 2001.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, Obstetricia I, Antología, México D.F. 2002.

D.D.F., Diagnóstico Situacional de la Jefatura de Enfermería del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", México D.F. 2001.

D.D.F., Diagnóstico Situacional de la Dirección del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", México D.F. 2003.

D.D.F., Diagnóstico Situacional del Servicio de Toco-Cirugía del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", México D.F. 2003.

S.S.A., Diagnóstico Situacional del Servicio de Toco-Cirugía del Hospital General de México, México D.F. 2002.

I.N.PER., Manual de Procedimientos del Servicio de Toco-Cirugía del Instituto Nacional de Perinatología, México D.F. 2002.

Anne Griffin Perry, Guía Clínica de Enfermería, Técnicas y Procedimientos Editorial México D.F. 1998.

Denegan W. L., Manual de Evaluación de la Mamá, Canadá, 1999.

Mondragón Castro, Héctor, Ginecología Básica Ilustrada, Editorial Trillas, México D.F. 1998.

Llaca Rodríguez, Victoriano, Obstetricia Clínica, Editorial MacGraw-Hill Interamericana México D.F. 1998.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



C. Anderson Barbarac, Obstetricia para Enfermeras, Editorial Troquel, Argentina, 1970.

Enciclopedia Medica Británica de la Salud de la Mujer, Barcelona España.

F. B. Roberts, Perinatología "Cuidados durante el Embarazo", Prensa Medica, S.A., México D.F. 1977.

I.M.S.S., Manual de Procedimientos del Servicio de Labor y Expulsión, Hospital General de Zona No. 4, México D.F. 2002.

Enciclopedia.Nacer y Crecer "El Mundo de Tu Hijo Paso a Paso", Editorial Salvat Barcelona, España, 2002.

Revista Padres e Hijos, Año XXIV, No. 5, Mayo 2003.

S.S.A., Manual de Procedimientos del Servicio de Toco-Cirugía del Hospital de la Mujer, México D.F. 1998.

D.D.F., Manual de Técnicas y Procedimientos de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores", México D.F. 2002.

Benson..Diagnostico y Tratamiento Gineco-Obstetricos. Manual Moderno, México D.F. 1986.

Danforth Scott, Tratado de Obstetricia, Editorial Interamericana México D.F. 1994.

Hodpking Johns, Ginecología y Obstetricia, México D.F. 2001.

U.N.A.M., Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos, E.N.E.P. Iztacala, México D.F. 1993.

PAGINAS WEB:

www.elbebe.com

www.mamis.com

www.embarazo.com

www.embarazo.parto.com

www.igsap.map.es/cia/dispo/constitu/htm

www.amniorrexis.com

www.geocities.com/or4521/ddhh.htm



12. ANEXOS.

12.1. DEFINICIONES PRINCIPALES.

SITUACIÓN.

Relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

PUNTO TOCONOMICO.

Punto de referencia del feto, el cual varía de acuerdo con las diversas presentaciones; en la presentación cefálica el punto toco nómico puede ser el occipucio los huesos propios de la nariz (naso), en la presentación pélvica, el punto toco nómico es el sacro etc.

POSICIÓN.

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.

Relación que guarda el punto toconómico del producto con la mitad anterior o posterior de la pelvis materna

PRESENTACIÓN.

Parte del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis materna y que precede a un mecanismo de trabajo de paro bien definido y de la cual solo existen dos presentaciones: la cefálica y la pélvica.

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN.

Relación que existe entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho superior de la pelvis. La presentación es considerada como libre cuando el diámetro mayor, se encuentra por encima del estrecho superior de la pelvis, será abocada cuando coincidan ambos diámetros, y encajada cuando su diámetro mayor rebasa el diámetro del estrecho superior pelviano.

ACTITUD.

Se define como actitud a la relación que guardan las distintas partes del feto entre sí, existen 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)



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



12.2. EXÁMENES DE LABORATORIO DE LA EMBARAZADA Y DEL RECIÉN NACIDO

TIPO DE ESTUDIO EN LA MUJER GESTANTE.	VALORES NORMALES	VALORES ENCONTRADOS EN LA MUJER GESTANTE
BIOMETRIA HEMÁTICA:		
Leucocitos	6,000 - 10,000	
Monocitos	2 - 10 %	
Linfocitos	20 - 55 %	
Eosinofilos	1 - 4 %	
Basofilos	0 - 2 %	
Neutrofilos	35 - 75 %	
Mielocitos	0	
Meta mielocitos	0	
Bandas	2 - 7 %	
Segmentados	33 - 68 %	
Eritrocitos	4 - 6 x 10 ⁶ (6)	
Hematocrito(Hto)	36 - 50 %	
Hemoglobina (Hb)	12 - 17 g/ 100 ml	
Plaquetas	150,000 - 400,000	
Reticulocitos	mm ³ .5 - 1.5 %	
QUIMICA SANGUÍNEA:		
Glucosa	60 - 110 mg / 100 ml	
Urea	8 - 20 mg / 100 ml	
Creatinina	0.7 - 1.5 mg / 100 ml	
Ácido urico	3 - 7.5 mg / 100 ml	
Triglicéridos	< 165 mg / 100 ml	
GRUPO SANGUINEO	A, B, AB, O	
RH	POSITIVO, NEGATIVO	
V.D.R.L	NEGATIVO	
V.I.H	NEGATIVO	
PROTEÍNAS EN SANGRE.		
Albumina	3.5 - 5.5 g / 100 ml.	
Globulinas	1.5 - 3 g / 100 ml	
Fibrinógeno	0.2 - 0.4 g / 100 ml	
Totales	6 - 8 g / 100 ml	
TAMIZ PRENATAL: (en el 1er. trimestre). Gonadotropina coriónica	2,500 - 50,000 U.I	



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



<p>humana Hipoactividad del trofoblasto. Hipoactividad placentaria Hiperactividad placentaria</p> <p>Alfafeto proteína</p> <p>Residuos de estrógenos. (estriol)</p>	<p>< 2,500 U.I De 2,500 - 7,500 U.I > 7,500 U.I sospecha de emb. molar o múltiple. >75 ng/ ml en concentraciones séricas 2 mg/24 hrs. aumenta 1mg. cada dos semanas</p>	
<p>EXÁMEN DE Color</p> <p>GENERAL ORINA:</p> <p>Olor Aspecto Ph Densidad Depuración de la úrea</p> <p>Creatina Creatinina Glucosa Bilirrubina Leucocitos Células epiteliales Cristales de oxalato de calcio Eritrocitos Bacterias Sedimentos en 24 hrs. Proteínas Cilindros hialinos</p>	<p>ambar sui generis claro ácido 6 1,003 - 1,030 40-65 ml/min. máxima de 60-100 ml/min o 75-120% promedio de la filtración normal. negativa 1-1.6 gr en 24 hrs. negativo negativa 0-3 por campo negativas o escasas negativos o escasas negativos negativas o escasas</p> <p>64 mg (< 3 gr x litro) 0 - 20,000</p>	
<p>D.O.C (PAPANICOLAOU)</p> <p>Indice de maduración: Cèl. Basales</p>	<p>Negativo a elementos neoplasicos malignos. (Clase I). Sin alteraciones citologicas</p>	



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



<p>Cél. Parabasales Cél. Intermedias Impresión Hormonal</p>	<p>-10% (si hay más = Sufr. fet.) -5 % (+ del 10% mal pronostico fetal) 100% naviculares -50 %. En embarazo.</p>	
<p>PRUEBAS DE COAGULACIÓN Tiempo de sangrado Tiempo de coagulación Sangrado capilar Tiempo de Protrombina. T.P Tiempo Parcial de Tromboplastina.T.PT Tiempo de Trombina. T.T Retracción del coágulo. Resistencia capilar.</p>	<p>1-4 min.(Duke). 1- 4 min (Tuy) 10-18 min. (Lee - White) < 5 minutos. Hasta 2 segundos mayor que el control. Hasta 5 segundos mayor que el control. Hasta 5 segundos mayor que el control. Comienza en la segunda hora y termina a las 18 horas. 10 patequias.</p>	
<p>TIPO DE ESTUDIO EN EL RECIÉN NACIDO</p>	<p>VALORES NORMALES</p>	<p>VALORES ENCONTRADOS EN EL RECIÉN NACIDO</p>
<p>BIOMETRIA HEMATICA: Leucocitos Monocitos Linfocitos Eosinofilos Basofilos Neutrofilos Mielocitos Meta mielocitos Bandas Segmentados Eritrocitos Hematocrito(Hto) Hemoglobina (Hb) Plaquetas Reticulocitos</p>	<p>18,000 - 35,000 2 - 10 % 35 - 45 % 2 % 0 - 2 % 40 - 65 % 0 0 0 - 5 % 33 - 68 % 4 - 6 x 10 (6) 45 - 65% 15 - 18 g/ 100 ml 150,000 - 250,000 mm³ .5 - 1.5 %</p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

QUIMICA SANGUINEA: Glucosa Glucosa	40 - 120 mg / 100 ml RN. TÉRMINO 30 mg / 100 ml RN. PRETÉRMINO	
GRUPO SANGUINEO RH	A , B , AB, O POSITIVO, NEGATIVO	
V.D.R.L	NEGATIVO	
V.I.H	NEGATIVO	
TAMIZ NEONATAL:	NEGATIVO	
EXÁMEN GENERAL DE		
ORINA:	amarillo	
Color	sui generis, lig.	
Olor	aromático.	
Aspecto	transparente	
Ph	4.5 - 8.0	
Densidad	1,001 - 1,036	
Volumen	1 - 5 ml./kg/hora	
Glucosa	menor de 1.4	
Leucocitos	mg/kg/24 hrs.	
Células epiteliales	0 -5 por campo	
Cristales de oxalato de calcio	negativas	
Sangre	negativos	
Bacterias	Trazas o +	
Proteínas	negativas	
Sodio	Trazas o +	
Urea	0-0.2 g/24 hrs.	
Urobilinógeno	0.15-0.2 g / 24 hrs 0.5 - 4.0 mg / 24 hrs.	

BILIRRUBINAS (suero):		
Directa	0.1 -0.4 mg / 100	
Indirecta	ml	
Totales	0.2 - 0.7 mg / 100	
	ml	
HIPERBILIRRUBINEMIA	0.3 - 11 mg / 100	
De B.I en sangre de cordón	ml	
De B.I en las primeras 12 hrs. de vida.		
De B.I en las primeras 24 hrs de vida.	más de 4 mg % más de 6 mg %	