

2,108

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL
HOSPITAL DE URGENCIAS DE GINECO-OBSTETRICIA # 2
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.

I N F O R M E

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN EN-
FERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA:

MARGARITA SERRATO VARGAS



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 está 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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS GENERALES	3
I. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE URGENCIAS DE GINECO-OBSTETRICIA NUM.2 DEL D.D.F ..	4
1.1 Reseña Histórica del Hospital.....	4
1.2 Ubicación del Hospital.....	8
1.3 Descripción de la planta física.....	9
1.4 Cuerpo de Gobierno.....	28
1.5 Tipo de Hospital.....	28
1.6 Filosofía de la Institución.....	28
1.6.1 Objetivos.....	29
1.7 Dependencia de la Institución.....	29
1.8 Programas de Trabajo que se desarrollan.....	29
1.9 Servicios con que cuenta.....	30
1.10 Esquema de Organización.....	31
1.11 Población que se atiende.....	32
1.12 Requisitos de Admisión.....	32
1.13 Cuotas de recuperación.....	32
1.14 Capacidad del Hospital.....	33
1.15 Promedio de estancia del paciente.....	33
1.16 Personal.....	33

	PAG.
II. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.....	34
2.1 Objetivos y Funciones generales.....	35
2.1.1 Objetivos generales.....	35
2.1.2 Funciones.....	36
2.2 Esquema de Organización.....	39
2.3 Programas de Trabajo.....	40
2.4 Areas del Hospital en que funciona.....	40
2.5 Recursos materiales para el trabajo.....	40
2.6 Turnos, horarios y sueldos de las diferentes categorías del personal de enfermería.....	41
2.7 Actividades Educativas y Docentes de los diferentes grupos de personal.....	42
2.8 Programas de adiestramiento en servicio.....	42
2.9 Métodos y Procedimientos de supervisión y evaluación al personal de Enfermería.....	42
III. ACTIVIDADES DE LA PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.....	44
3.1 Programa de adiestramiento.....	49
3.1.1 Acciones de Enfermería durante la Atención prenatal.....	49
3.1.2 Acciones de Enfermería durante el parto	66
3.1.3 Cuidados de Enfermería durante el puerperio.....	79
3.1.4 Cuidados de Enfermería Inmediatos al Recién Nacido.....	91
3.1.5 Cuidados de Enfermería en la preparación del área quirúrgica en una paciente programada para cirugía.....	97
3.1.6 Asepsia, Aplicación en el campo médico quirúrgico.....	107

	PAG.
4.1 Programa de PLáticas Educativas.....	123
4.1.1 Atención prenatal.....	123
4.1.2 Alimentación al seno materno y con biberón..	123
4.1.3 Higiene Personal.....	145
CONCLUSIONES.....	151
REFERENCIAS.....	154
BIBLIOGRAFIA.....	155
A N E X O S.....	158
1. PLAN DE ROTACION DE LA PASANTE POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HOSPITAL	159
2. RELACION DE ACTIVIDADES POR SERVICIO.....	160
3. CROQUIS DE LA INSTITUCION.....	172
GLOSARIO DE TERMINOS.....	174

I N T R O D U C C I O N .

El Servicio Social, como parte integradora en la formación del futuro profesionista, tratése éste de cualquier carrera profesional, es de suma importancia para su desarrollo integral ya que a través de él se adquiere una serie de experiencias que posteriormente le serán útiles en su vida profesional.

En la experiencia del Servicio Social se puede constatar que la labor que el pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia lleva a cabo en beneficio de la Sociedad y del Estado, no sólo le permiten llevar a la práctica los conocimientos profesionales adquiridos durante su formación académica, produciéndole con ello satisfacciones al proporcionar su servicio a la comunidad despertando así mismo un interés de superación personal y sobre todo en el aspecto profesional.

Por tal motivo considero importante el desarrollo del presente Informe de Servicio Social, que permitirá más adelante valorar mi actuación como pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, porque durante el Servicio Social se obtienen experiencias consideradas como un factor determinante en el ejercicio y desarrollo profesional.

El Servicio Social se debe realizar para acatar las disposiciones del:

- Art. V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Las del Reglamento de la Ley Reglamentaria del Art. V Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito y Territorios Federales.
- Las de la Ley General de Salud Título IV Art. III.
- Las del Reglamento General de Servicio Social de la U.N.A.M.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Conocer la organización y funcionamiento del Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal para:
2. Identificar la participación de Enfermería en los servicios de Urgencias Médico Quirúrgicas de Gineco Obstetricia del Departamento del Distrito Federal.
3. Participar en el Programa de Adiestramiento al personal de Enfermería de esta institución.
4. Colaborar con el equipo multidisciplinario para promover la salud.
5. Mejorar la calidad de la atención de Enfermería en Gineco Obstetricia así como la del Recién Nacido.

I. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE URGENCIAS DE GINECO-OBSTETRICIA No. 2 DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.

1.1 Reseña histórica del hospital.

El Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal, no existía como tal, ya que en un principio al ser construido en el año de 1946, estuvo designado a ser Hospital de la Policia y Bomberos de la ciudad de México recibiendo el nombre de Policlínica.

En el año de 1949, siendo Presidente de la República-- el C. Lic. Miguel Alemán Valdés (1949-1952), y Jefe del Departamento del Distrito Federal el C. Lic. Fernando Casas Alemán; se construyó esta institución. Obras que estuvieron a cargo de la Dirección General de Obras Públicas.

El 18 de mayo de 1949; se inauguró un hospital llamado Policlínica, fungiendo como Director del mismo el C. Médico-Coronel Roberto Nava y Rojas, desde su fundación hasta 22 años después, en este periodo se prestó servicio médico a los Policías y Bomberos de la ciudad de México. La Policlínica al comenzar sus actividades médicas estuvo instalada en la esquina que formaban las calles de Rayón y Callejón del Organo, -- hasta 1954, año en que se trasladó a la calle Prolongación Lucas Alamán No. 11 Colonia del Parque, ubicada entre las calles Sur 89 y Sur 91 hasta la fecha.

La Policlínica o Hospital de la Policia y Bomberos, --

posteriormente se unificó con el Servicio Médico del Departamento del Distrito Federal, transformándose en Sanatorio No.2 del Departamento del Distrito Federal.

En el año de 1968, en que los Policías y Bomberos por Decreto Presidencial, siendo presidente de la República el C. Lic. Gustavo Díaz Ordaz, pasan a recibir los servicios médicos del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.). A partir de éste acontecimiento, el Hospital dá servicio a los trabajadores a lista de raya del Departamento del Distrito Federal, siendo hasta entonces un Hospital General, deja de serlo el 31 de diciembre de 1971, fecha en que se jubiló el General C. Dr. Roberto Nava y Rojas.

Del 10. de enero de 1972 al 31 de junio de 1973, el C. Dr. Enrique Noriega García, fue Director durante este periodo en vista de que los trabajadores a lista de raya y los Policías y Bomberos reciben los servicios médicos del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado se declara el hospital como Hospital General, abierto a todo el público, incluyendo a los artesanos de la Ciudadela y a sus familiares; en este tiempo servía también en la aplicación de exámenes médicos de admisión a los trabajadores del Departamento del Distrito Federal.

Del 10. de julio de 1973 al 30 de junio de 1983, se nombra como Director al C. Dr. Gabriel Hagg Sabb, quien con el--

consentimiento del C. Dr. Antonio Taracena Cisneros, Jefe del Departamento del Distrito Federal transforma el Hospital General en un Hospital de Gineco-Obstetricia, dependiente de la-- Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del - Distrito Federal; ampliando la Unidad Toco-quirúrgica, la sala de Espera, los servicios de hospitalización como son: la-- sala de Maternidad, la sala de Cirugía, el Cunero, los Consul torios el comedor y la cocina y el Aula.

Del 10. de julio de 1983 al 30 de septiembre del mismo año, por renuncia a la Dirección del Hospital del Dr. Gabriel Hagg Saab, quedando a cargo de la misma el Ginecologo C. Dr.- Ramón Remolina Vetoretti, sin sufrir cambio alguno el hospi-- tal.

Del 10. de octubre de 1983 a la fecha, se hizo cargo de la Dirección del Hospital el C. Dr. Samuel Fuentes Aguirre,-- con la especialidad en Cirugía General, quien cambió el nom-- bre de la institución por el de Hospital de Urgencias de Gine co-Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal,-- quien ha pugnado hasta al fecha por mejorar la Consulta Prenatal así como la Cirugía Programada y de Urgencia." (1)

1/ Martínez, G. Lourdes. Monroy, M.A. Informe de Servicio Social, del análisis de la trabajadora social en los hospitales Materno Infantil Cuauhtepc y de Urgencias de Gineco-obstetricia No. 2 del D.D.F., pp. 25-28.

Actualmente dicha institución médica presta atención de 2o. Nivel. "Entendiéndose por nivel de atención la división funcional de los problemas de salud de los grupos humanos teniendo en cuenta básicamente: frecuencia y gravedad de padecimientos, orientación de los servicios, tipo de servicios (continuo y episódico, discontinuo) y accesibilidad del público a los servicios. Los niveles de atención son un conjunto de acciones realizadas por el equipo de salud en la comunidad. Estas acciones se orientan hacia la plena realización de la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

1. Las características del 2o. nivel son:

- 1.1 Consulta general a pacientes ambulatorios.
- 1.2 Atención domiciliaria
- 1.3 Atención de urgencias.
- 1.4 Atención de partos eutósicos.
- 1.5 Encamamiento transitorio.
- 1.6 Selección de pacientes para hospitalización.
- 1.7 Continuación de la atención posthospitalaria.
- 1.8 Servicios de apoyo indispensables.
- 1.9 Conservación de la salud.
 - 1.9.1 Investigación epidemiológica.
 - 1.9.2 Educación para la salud.
 - 1.9.3 Saneamiento ambiental.
 - 1.9.4 Inmunizaciones.

1.9.5 Promoción e instrucción nutricional.

1.10 Registros e información estadística.

1.11 Capacitación de personal. "2/

1.2 Ubicación del Hospital.

El hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia No.2-3 del Departamento del Distrito Federal, se encuentra ubicado en Calle Prolongación Lucas Alamán No. 11 Colonia del-Parque, Z.P. 8, Delegación Venustiano Carranza. Tel. 552-06-57.

2 / Gomezjara, Francisco y Cols., Teoría y técnicas de la-Salud Comunitaria. pp. 261-262.

1.3 Descripción de la planta física del hospital

El Hospital de Urgencias de Gineco-obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal, por su arquitectura es un hospital vertical, formado por dos plantas (planta baja y 1er piso) en las que se encuentran distribuidos los siguientes departamentos y servicios que a continuación se describen:

Planta baja. Al entrar por la puerta principal localizada en la calle Prolongación Lucas Alamán No. 11, Colonia del Parque, en su exterior cuenta con pequeño estacionamiento para las ambulancias y vehículos del personal que labora en esta institución, inmediatamente después de la entrada al hospital del lado izquierdo se encuentra la Farmacia Popular que como su nombre lo indica da servicio a todo el público que recibe atención médica en este hospital, del mismo lado se continúa con un pasillo en cuyo lado izquierdo se localizan las Oficinas de Gobierno como son: las oficinas del Jefe de Enseñanza, del Subdirector y Director médico y la del Administrador del hospital y al final se encuentran dos sanitarios para el personal, en el pasillo hay dos secretarías taquimecanógrafas con sus respectivos escritorios y máquinas de escribir -- que están a las órdenes de los directivos; al fondo de este pasillo está la Farmacia interna y el Almacén general que abastece al hospital. Del lado derecho del pasillo hay una puerta que da acceso al jardín interno del hospital entrando por esta puerta del lado izquierdo se localiza la sala de Anatomía Patológica la cual es de dimensiones pequeñas, y en segui-

da de la misma está el cuarto de máquinas en el extremo derecho del jardín se localizan la ropería y lavandería. Continuando con la descripción del interior de la planta baja, después de la Farmacia Popular y pasando el pasillo de las oficinas de Gobierno hay una rampa que dá acceso al 1er. piso y -- sirve para el ascenso y descenso de pacientes en camilla, silla de ruedas o que deambulan ya que no se cuenta con elevador. En la parte media del hospital se cuenta con una sala de espera para la Consulta Externa de Gineco-obstetricia, dental y laboratorio de Análisis Clínicos (este servicio cuenta con sesenta butacas), en la parte media de la sala de espera hay un módulo para Informes.

Del lado derecho del hospital, se encuentra ubicado el Control de Asistencia (checador), Oficina de Trabajo Social, el Aula del hospital, los vestidores de Enfermería, frente a la rampa pero del lado derecho hay una escalera interna que comunica al 1er. piso, posteriormente se continúa con los consultorios para la consulta gineco-obstétrica son cuatro cubículos equipados con el material y equipo necesario para dicha consulta, en la parte posterior de los cubículos hay un pasillo que los comunica entre sí lo mismo con el de dental que es el cubículo que les sigue equipado con una unidad dental completa, continuandose con el Laboratorio de Análisis Clínicos. Al fondo de la sala está el Archivo Clínico en la parte posterior del mismo se encuentra la cocina y el comedor, una oficina pequeña para el Departamento de Dietología y por último el Banco de Leches en esta parte se encuentra otra escale-

ra.

En el 1er. piso del hospital se localizan los siguientes departamentos y servicios: subiendo por la rampa y frente a la misma se localiza la oficina de la Jefatura de Enfermería, del lado izquierdo de la misma está la Oficina de las Damas Voluntarias, el cuarto de descanso de los médicos de base un pasillo donde se guardan las camillas para el transporte de pacientes. Del lado derecho de la rampa se encuentran: el vestidor de médicos, el cuarto de descanso de médicos residentes y de pregrado, la Central de Equipos y Esterilización que cuenta con dos autoclaves cuya capacidad es para Kg. de carga, una mesa de acero inoxidable de 2 m. X 80 cm. para la preparación de material y equipo, dos anaqueles de 2 m. X 80 cm. en los cuales se coloca el material y equipo estéril de uso diario, un lavabo de 1.30 m. X 60 cm.. Se dá servicio al personal en el canje de material y equipo por medio de una ventana a los servicios de admisión y hospitalización, por la parte posterior hay un pasillo que comunica con la Unidad Toquirúrgica.

Del lado derecho de la Oficina de la Jefatura de Enfermeras se continúa con el Servicio de Rayos X, la sala de hospitalización de Cirugía la cual cuenta con 16 camas censables y un cuarto de baño completo (tres regaderas, tres W.C., y tres lavavos), posteriormente se continua con la sala de Puerperio con catorce camas censables y su respectivo cuarto de baño y por último el Cunero con veintidos cunas censables y dos incubadoras.

"La obstetricia y la ginecología forman juntas una disciplina con amplia base que incluye una gran gama de fenómenos fisiológicos y patológicos.

La obstetricia es única respecto a que se hace cargo de dos pacientes : la madre y el feto. Con frecuencia el obstetra asiste al recién nacido, haciéndose cargo de esta función en la sala de partos. En algunos casos proporciona asistencia continua.

El objetivo de la obstetricia es conducir cada embarazo trabajo de parto y nacimiento hasta el resultado final: una madre y un niño normales y sanos.

El objetivo del ginecólogo es el de prevenir la enfermedad, así como el de proporcionar asistencia y consejo en todas las áreas, desde la infancia hasta la vejez pasando por la edad madura. Además, el ginecologo atiende enfermedades ginecológicas específicas, tanto en el consultorio como en la sala de operaciones." 3/

3/ Dielts, P.V. Ginecoobstetricia básica; 2a. pp. 1-2.

El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica y sanitaria completa y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar.

Los objetivos del hospital son:

1. Otorgar el más alto nivel de salud a quien requiera de sus servicios.
2. Integrar un equipo interdisciplinario de atención a la salud que participe en la prevención, curación, rehabilitación e investigación de las enfermedades.

Es muy importante la atención que reciben los pacientes que van a ser hospitalizados desde su admisión o recepción. La impresión que se forman el paciente y su familia al ponerse en contacto con el hospital, la clínica o con las enfermeras y doctores, bien sea en una institución o en la práctica privada influye considerablemente en la confianza que les pueda inspirar, tanto la institución en conjunto como las personas relacionadas con el paciente.

El paciente debe recibir la impresión de que se le espera o si se trata de un caso de urgencia, que el personal del hospital está bien dispuesto a darle el servicio que necesita. Al paciente medio le conforta y alienta la confianza, la facilidad y el sistema con que el hospital lleva a cabo su procedimiento de admisión y la mayoría de los pacientes responden al interés que se ponga en sus necesidades y problemas parti-

culares. Una situación desconocida provoca en el individuo una reacción de ansiedad y miedo. La confianza hacia los demás aumenta cuando existe una interrelación y se manifiesta por el bienestar físico, psíquico y social del individuo.

La Admisión de los pacientes

La admisión de los pacientes es el ingreso de un paciente a una institución sanitario asistencial.

Concepto: Ingreso del paciente es el conjunto de actividades técnico-administrativas realizadas en una institución hospitalaria para admitir al paciente.

Objetivos:

- Ofrecer atención al paciente de acuerdo a sus necesidades y/o problemas, mediante recursos adecuados y específicos.
- Favorecer la ubicación y aceptación del paciente y los familiares en el medio hospitalario.

Los servicios de hospitalización con que cuenta esta institución son: Cirugía, Puerperio y el Cunero.

Los servicios de hospitalización son las áreas de un hospital, donde se llevan a cabo las acciones médicas, de enfermería y del equipo multidisciplinario de salud en la atención asistencial, tratamiento, curación y rehabilitación de

los pacientes para posteriormente ayudarlos a reincorporarse a su núcleo familiar y a su comunidad.

Cuyo objetivo primordial es de proporcionar una eficiente atención médica y de enfermería a los pacientes hospitalizados, con el apoyo y coordinación del equipo multidisciplinario de salud.

El Servicio de Cirugía como se menciona anteriormente, cuenta con diez y seis camas censables con sus respectivos buros, dos bancos de altura, un banco giratorio, una mesa pasteur, un carro de curaciones que contiene soluciones antisépticas y material de curación, un escritorio, una silla, una vitrina para guardar los medicamentos y soluciones parenterales un tanico, un tanque de oxígeno con manómetro, dos tripies, -- una lámpara de chicote, ropa de cama y camizones limpios y suficientes para cada turno, un baño con tres regaderas, tres-- W.C. y tres labavos, una libreta para censar a los pacientes-- y otra que sirve como kardex donde se anotan las órdenes médicas de cada paciente, el material y equipo que se va a utilizar en cada turno se solicita por medio de un vale a la central de equipos y esterilización el material y equipo canjeable se regresa al final de cada turno (jeringas, agujas hipodermicas, equipo para registro de signos vitales, material de curación)etc.

Concepto: Se entiende por cirugía el manejo integral del enfermo que se somete a tratamiento por procedimientos manuales e instrumentales.

Objetivos:

- Proporcionar atención médica y de enfermería a los pacientes en el periodo pre y post operatorio.
- Evitar complicaciones post-operatorias, brindando cuidado integral a las pacientes.

No existe delimitación de funciones y actividades del personal de enfermería, el turno matutino es el que cuenta con más personal y el vespertino hay un Auxiliar de Enfermería por diez y seis pacientes misma que en un momento dado es apoyada por la Supervisora de Enfermería.

El Servicio de Puerperio con capacidad para catorce camas censables, se encuentra equipado con el material y equipo similiar al de Cirugía, asimismo un Auxiliar de Enfermería -- tiene que proporcionar atención integral a los pacientes.

Concepto: El puerperio es la etapa del proceso grávido puerperal, que se inicia al terminar la expulsión del producto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Se considera de seis a ocho semanas.

Objetivos:

- Brindar una eficiente atención médica y de enfermería a las pacientes puerperas, favoreciendo así una mejor y más-

rápida recuperación post-parto.

- Evitar complicaciones puerperales.

El Cunero. Este servicio cuenta con una pequeña antesa-
la equipada con un escritorio y una silla, aquí se realiza la
entrega del recién nacido a su egreso del servicio (alta hos-
pitalaria), para ello debe acudir la madre del recién nacido-
para que identifique a su hijo por medio de sus pulseras de
identificación se le hace hincapié a la madre en el sexo de--
su hijo y se le permite que realice una inspección general --
del niño revisando su integridad física, una vez realizado es
to se le egresa en la libreta de egresos para lo cual se le--
pide a la madre que firme de recibido su bebé, si no sabe fir-
mar se le pide su huella digital también la enfermera que ha-
ce el egreso firma como responsable del mismo; posteriormente
la trabajadora social continúa con los trámites respectivos.

Antes de entrar a la sala de cunero hay un labavo para-
que el personal que ingresa al servicio se lave --
las manos con un buen lavado médico, y unos ganchos para que-
se despojen de la bata de resguardo, en este servicio como en
la Unidad Toco-Quirúrgica se usa para trabajar el uniforme --
quirúrgico con bata de resguardo lo mismo el central de equi-
pos, se procura mantener siempre cerrada la puerta del cunero
El cunero cuenta con veintidos camas censables y dos incubado-
ras, una mesa pediátrica con infantómetro y una arteza, un t-
tripie, un baño maría, dos lámparas de chicote, una toma de -
oxígeno y aire empotrados, dos sillas, un bote para la basura

un taníco, ropa suficiente para cada turno. Los biberones se solicitan al banco de leches por medio de un vale se pide la cantidad suficiente para cada turno dejando el turno vespertino la dotación del turno nocturno.

Concepto: El cunero es el servicio donde se le brinda atención médica y de enfermería al recién nacido sano que no presenta patología que ponga en peligro la vida del menor.

Objetivos:

- Otorgar al recién nacido una atención oportuna, eficiente y libre de riesgos para ayudarlo a una mejor adaptación a la vida extrauterina.

Central de Equipos y Esterilización

Concepto: La central de equipos y esterilización (C.E.Y.E.), es el servicio responsable de abastecer a todos los demás servicios de la institución del material y equipo necesario para las actividades médicas y de enfermería.

Objetivos:

- Asegurar continua y oportunamente, la distribución o entrega del material y equipo que los servicios demanden de acuerdo a sus necesidades.

- Proporcionar al material y equipo el procedimiento de esterilización dependiendo de su naturaleza.

Este servicio como se menciona anteriormente se encuentra ubicado cerca de la Unidad Toco-Quirúrgica, cuenta con dos Auxiliares de Enfermería en el turno vespertino, que a su vez atienden la sala de Labor. En el Quirófano hay una vitrina que contiene los equipos de cirugía estériles que se reciben y entregan en cada turno por medio de una libreta de inventario y en el pasillo cercano al mismo hay otra que contiene los bultos de ropa estériles para las cirugías que también se encuentran inventariados.

Material y Equipo de Central de Equipos y Esterilización

- Irrigadores	3
- Pinza Uterina	1
- Pinza de Huevo	1
- Pinza de Biopsia	1
- Cánula Novak	1
- Jeringas Asepto	5
- Forceps	13
- Espejos Vaginales	7
- Eq. de Curación	10
- Eq. de Aspiración	9
- Eq. de Parto	10

- Eq. de Bloqueo	10
- Rastrillos	7
- Eq. de Onfalocclisis	1
- Eq. de termometría	3
- Termómetros	20
- Cajas de plástico	3
- Tijeras de Puntos	2
- Cajas de Doyan	8
- Jeringas desechables	30
- Tubos de agujas	15
- Ambú	1
- Bolsa de agua caliente	1
- Bolsa de hielo	1
- Estetoscopio de Pinar	3
- Estetoscopio Biauricular	2
- Baumanómetros	4
- Cinta métrica	1
- Tijeras grandes	1
- Cojines de Kelly	6
- Amniotomo	2
- Basculas Pediátricas	2
- Lámparas de pie	4
- Eq. de Episiotomía	6

Material

- Paquetes de algodón	2
- Venopack	15
- Punzocats	10

- U. de Oxitocina	100
- Hojas de rasurar	5
- Hojas de bisturí	15
- Sutures Crónicas #1	8
- " " # 0	8
- " " # 00	8
- " " #000	10
- Tela adhesiva:	
de 5 cm. rollos	1
de 2.5 cm	2
- Paquetes de gasa chica	80
- " " " quirú	
gica..	12
- Apósitos	10
- Pares de guantes de	
quirófano	12
- Pares de guantes de	
C.E.Y.E.	20
- Guantes nones	50
✓ Galones de benzal	3
- Galones de jabón	1
- " " alcohol	1/2
- " " formol	1/4
- Pijamas	15
- Gorros	13
- Cubrebocas	13

Material y Equipos de Quirófano

- Separadores de Fincheto	2
- " " Divers	3
- " " Sullivan	1
- " " Harrinton	1
- " " Richardson	1
- Mango de lámpara	1
- Valvas abdominales	3
- Juego de dilatadores c/9	1
- " " " c/5	3
- Pinzas de Pedículo	2
- " " Clams	1
- Eq. de Revisión	1
- Eq. de Salpingoclasia	2
- Eq. de Legrado	4
- Cirugía de Cesárea	2
- Cirugía Abdominal	2
- " de Minilaparatomía	2
- Separador de Helpy	2
- Estileté	1
- Sonda Acanalada	1
- Budinera de acero inoxidable	1
- Matraces	3
- Cepillos quirúrgicos	7
- Pinzas de traslado	5
- Tijeras	6
- Llaves de la vitrina	1
- Laringoscopio c/2 hojas	1

- Costilla de agujas para sutura	3
- Histerolabo	1
- Caja de anestesia	2
- Baumanómetro de pie	1
- Tripie	1
- Mesas con charola de Mayo	4
- Perillas de aspiración	2
- Mangos de bisturí	1
- Pinzas de Anillos	2
- Cánula de Ruchs	1

Equipos de Ropa

- 10 Bultos de Cirugía	
- 16 " " Salpingoclasia	
- 10 " " Legrado	
- 10 " " Parto	
- 100 Batas "extras	
- 10 Compresas de esponjear	

La Unidad Tocoquirúrgica está integrada por las salas de Labor Expulsión y Quirófano.

Concepto: Las acciones de enfermería durante el trabajo de parto son aquellas que se le brindan a la paciente-embarazada tanto en admisión, labor como expulsión o quirófano.

Objetivos:

- Proporcionar una eficiente atención médica y de enfermería obstétrica a la mujer embarazada y a su producto durante el trabajo de parto, periodo expulsivo, alumbramiento y postparto.
- Brindar atención médica y de enfermería a la mujer embarazada que requiere de cirugía en los periodos pre, trans y postoperatorio así como los cuidados inmediatos al recién nacido.

La sala de labor cuenta con cuatro camas y es donde se brinda atención a las pacientes obstétricas desde su admisión hasta que la paciente pasa a la sala de Expulsión; cuando se aproxima el primer periodo del parto las contracciones uterinas se presentan cada dos o tres minutos y son fuertes. Al completarse el primer periodo del parto se lleva a la paciente a la sala de expulsión para la atención del parto.

La sala de Expulsión del hospital cuenta con una mesa-ginecoobstétrica, una mesa de riñón para el instrumental, una cubeta con porta cubeta, una mesa pediátrica, una artesa, una mesa pasteur con una báscula pesa bebé y el material y--equipo necesario para la atención del parto y el cuidado in--mediato al recién nacido. Se cuenta además con una sala para la atención de legrados destinada exclusivamente para ello.

Al terminar el tercer periodo del parto (alumbramiento), se pasa a la paciente a la sala de Puerperio para su--recuperación y atención postparto.

Equipo de la Sala de Expulsión.

- Mesa obstétrica.
- Cojín de Kelly
- Sábana.
- Cubeta de patada con Cubrecubeta.
- Mesa de Mayo.
- Mesa Pasteur.
- Banco giratorio.
- Banco de altura.
- Tripié.
- Aparato de anestesia.
- Bote de basura con tapa.
- Guantes estériles.
- Budinera de acero inoxidable con tapa contenien
do:
 - 2 tijeras de Mayo rectas en solución de cry.
 - 1 Tijera de botón.
- Jeringas.
- Aguja hipodérmica.
- Torundera de acero inoxidable.
- Botes de acero inoxidable: gasas estériles.
- Tela adhesiva.
- Pinzas de Bard- Parker.
- Matraces con alcohol, solución de benzal al
1x1000, merthiolate y jabón.

- Catgu atraumático 1/0 y 2/00 aguja T-12.
- Baumanómetro.
- Estetoscopio biauricular.

Equipo de ropa estéril.

- Compresa doble.
- 4 Compresas de campo.
- 2 Pierneras.
- 1 Sábana de pié.
- 1 Bata de cirujano.
- 1 Toalla de fricción.

Equipo de Aseo.

- 1 Riñón de acero inoxidable.
- 2 flaneras de vidrio.
- 1 Pinzas Foerster.

Equipo de Parto.

- 1 Charola de acero inoxidable.
- 1 Flanera de vidrio
- 1 Pinza de Forester larga.
- 2 Pinzas de Rochester curvas.
- 1 Tijera Onfalotomo
- 1 Porta agujas de Hegar.
- 1 Pinza de disección c/dientes.

- 1 Pinza de Disección s/dientes.
- 1 Tijera Mayo recta.

Equipo de Pediatría.

- 1 Mesa pediátrica equipada con:
 - Pesa bebé
 - Sábana
 - Gotas oftálmicas.
 - Estetoscopio biauricular.
 - Cojín para huellas.
 - Equipo de intubación con:
 - a) Laringoscopio.
 - b) Cánulas pediátricas.
 - c) Mascarilla Foregger.

Equipo estéril para Recién Nacido.

- Compresa doble.
- 2 compresas sencillas.
- 1 bata para cirujano.
- Sondas Nélaton Nos. 10 y 12.
- Cinta umbilical.
- Gasas estériles de 10 x 10.

Quirófano

Concepto: El quirófano, es una área física específicamente proyectada y construida con las medidas normadas de seguridad para el paciente y el personal, que ofrece una atención quirúrgica basada en la coordinación de recursos humanos, materiales y equipo especial que requiere dicha área.

Objetivos:

- Obtener aislamiento topográfico y microbiológico, para que haya limpieza y evitar infecciones.
- Realizar las intervenciones quirúrgicas aplicando las medidas de asépsia y las técnicas quirúrgicas que exige la cirugía las veinticuatro horas del día los trecientos sesenta y cinco días del año.

La sala de quirófanos cuenta con el mobiliario y equipo necesario para realizar dos cirugías a la vez si así lo requiere el caso, hay dos mesas de operaciones, dos mesas de riñón, dos mesas con sus charolas de Mayo, dos lámparas celestes, dos cubetas con portacubeta, dos cajas de anestesia, etc.

Durante el trabajo de parto pueden presentarse complicaciones que requieren procedimientos operatorios. Estas complicaciones pueden ser de origen materno o fetal. El tratamiento

empleado una vez que la complicación ha sido diagnósticada,-- depende de cuanto ha progresado la madre en el trabajo de parto y que tan seria es la complicación. Entre estas complicaciones se tienen: la desproporción cefalopélvica, sangrado -- previo al parto (como placenta previa ó desprendimiento previo de placenta, toxemia del embarazo, enfermedades crónicas-- como cardiopatías, tuberculosis o diabetes; inercia uterina-- cese de las contracciones uterinas sin que siga progresando la dilatación, rotura uterina o prolapso del cordón, etc.

Igual que en servicio de Expulsión, la paciente después de la cirugía y al recuperarse de la anestesia pasa a la sala de Cirugía directamente para su recuperación total y atención postoperatoria.

1.4 Cuerpo de gobierno.

1.4.1 Director: Dr. Samuel Fuentes Aguirre.

1.4.2 Subdirector: Dr. Ramón Remolina Vetoretti.

1.4.3 Jefe de Enfermeras:

Enf. Aurora Fernández E.

1.5 Tipo de hospital.

1.5.1. Por el servicio que presta: Especializado en Urgencias Quirúrgicas de Gineco Obstetricia.

1.5.2 Por su dependencia: Gubernamental.

1.5.3 Por su arquitectura: Vertical.

1.5.4 Por la organización de su cuerpo médico: Cerrado.

1.5.5 Por su cobertura Abierto.

1.6 Filosofía de la Institución.

El Hospital de Urgencias de Gineco Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal tiene como filosofía el mantener el buen funcionamiento de los servicios y proporcionar atención gineco-obstétrica y quirúrgica de calidad a los pacientes que la soliciten. (Si llega un paciente de cualquier índole se le atiende si se trata de una urgencia

y posteriormente se le canaliza y traslada a los hospitales Gregorio Salas, Rubén Leñero, Balbuena, etc., según lo requiera el caso.

1.6.1 Objetivos.

1. Brindar atención Obstétrica y de Urgencias Médico Quirúrgicas de Gineco-Obstetricia a la población del Distrito Federal y de sus alrededores-- en forma gratuita.
2. Proporcionar atención de calidad al binomio madre e hijo.

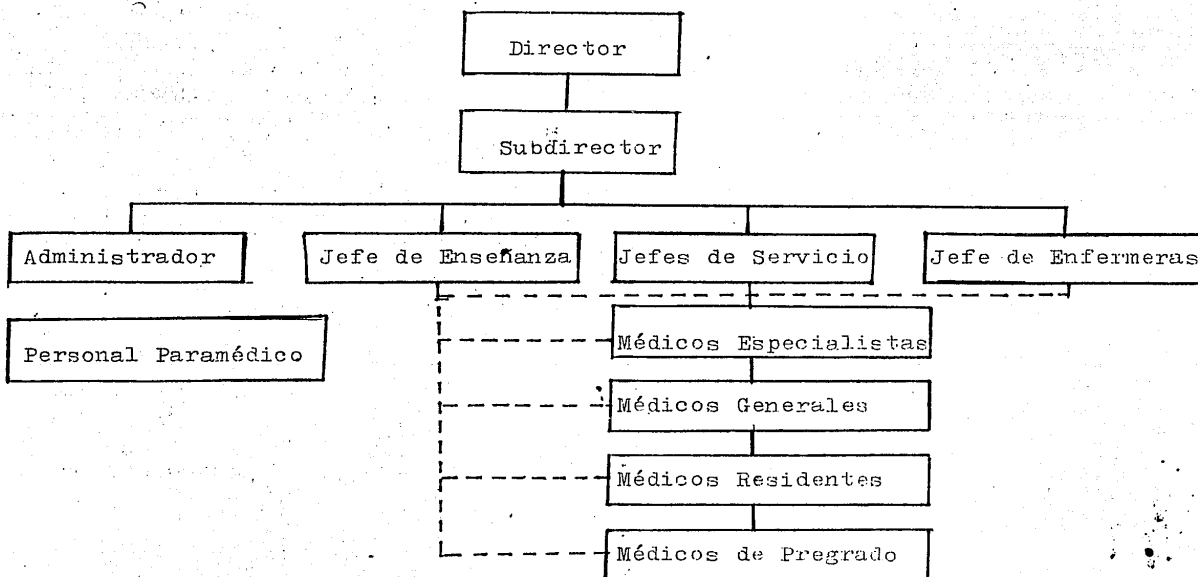
1.7 Dependencia de la Institución.

El Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal depende de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

1.8 Programas de trabajo que se desarrollan.

En este hospital se desarrollan los programas de Atención Médico Asistencial de Obstetricia, Planificación Familiar, -- Consulta Externa, Asistencia Obstétrica y Urgencias de Gineco Obstetricia.

HOSPITAL DE URGENCIAS DE GINECO-OBSTETRICIA No.2
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.



1.10 Esquema de Organización
Organigrama No.1

Fuente: Archivo del Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia
No.2 del Departamento del Distrito Federal.

1.12 Población que atiende.

La población que se atiende en el Hospital es del área de Netzahualcoyotl y de las colonias del sureste del Distrito Federal. Los veintinueve hospitales de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal tienen una coordinación de mutuo apoyo, en este hospital se apoyan el Hospital de la Delegación Venustiano Carranza, así como, el Gregorio Salas y Urgencias Balbuena.

1.13 Requisitos de admisión.

En cuanto a los requisitos de admisión lo único que se requiere es que sean pacientes gineco-obstétricas que soliciten la atención médica o internamiento si así lo requieren.

1.14 Cuotas de recuperación.

Las cuotas de recuperación no existen en este hospital únicamente se pide la donación de material de curación o medicamentos que varían el costo de los mismos entre dos mil y cinco mil pesos, según sean las posibilidades económicas de cada paciente y en algunas ocasiones siendo este servicio totalmente gratuito.

1.14 Capacidad del Hospital.

La capacidad del Hospital de Urgencias de Gineco Obstetricia No. 2 del Departamento de Distrito Federal es de treinta camas censables, veintidos cunas censables y cuatro cunas no censables.

1.15 Promedio de estancia del paciente.

El promedio de estancia en esta institución hospitalaria es variable siendo la mínima de veinticuatro a setenta y dos horas y ma máxima hasta de quince días dependiendo de la evolución del paciente y del criterio médico.

1.16 Personal.

1.16.1 Médico:

Médicos Generales	3
Médicos Especialistas	10
Residentes	4
Internos de Pregrado	20
Dentistas	2
Anestesiólogos	6

1.16.2 Enfermería:

Enfermeras tituladas	8
----------------------	---

Auxiliares de Enfermería 34

1.16.3 Administrativos:

Administrador	1
Secretarias	3

1.16.4 Servicios Generales:

Intendencia	13
Mantenimiento	7
Lavandería	4
Choferes	5
Cocina	2
Afanadoras	24

1.16.5 Técnico:

Técnico anestesiólogo	1
Rayos X	1
Laboratorio	4
Farmacia	2
Trabajo Social	8
Dietología	2

II. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

2.1 Objetivos y funciones generales.

Los objetivos y funciones generales del Departamento de Enfermería del Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia-- No. 2 del Departamento del Distrito Federal, están contenidos en el Manual de Enfermería de la institución y fueron elaborados de acuerdo a las políticas del Hospital y en coordinación con la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y son las siguientes:

2.1.1 Objetivos Generales.

1. Proporcionar cuidados de Enfermería mínimos en un cien por ciento.
2. Proporcionar cuidados de Enfermería especializados en un 10 %.
3. Favorecer la disminución de los índices de morbilidad.
4. Limitar accidentes.
5. Cumplir las órdenes médicas.
6. Cumplir íntegramente las obligaciones que fija la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal y la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento.

7. Lograr la coordinación y comunicación con los integrantes del equipo multidisciplinario para mejorar los servicios del hospital.
8. Aprovechar al máximo los recursos disponibles del hospital.
9. Mantener una coordinación con las Supervisoras a nivel central así como con la Coordinadora de Enseñanza.

2.1.2 Funciones

1. Funciones Administrativas y Docentes del personal profesional (Jefe de Enfermeras y Enfermeras Supervisoras).
 - a).- Presentación del Plan de Trabajo a las autoridades del Hospital y a la Supervisoras a nivel central.
 - b).- Adiestramiento en servicios, programados de acuerdo a necesidades detectadas en el personal de enfermería.
 - c).- Actualizar: el Programa de Introducción al Puesto, Manual y Rutinas de cada Servicio y los Reglamentos del Hospital.
 - d).- Revisar y actualizar los controles de Enfermería.
 - e).- Verificar el recuento mensual de Fopa.

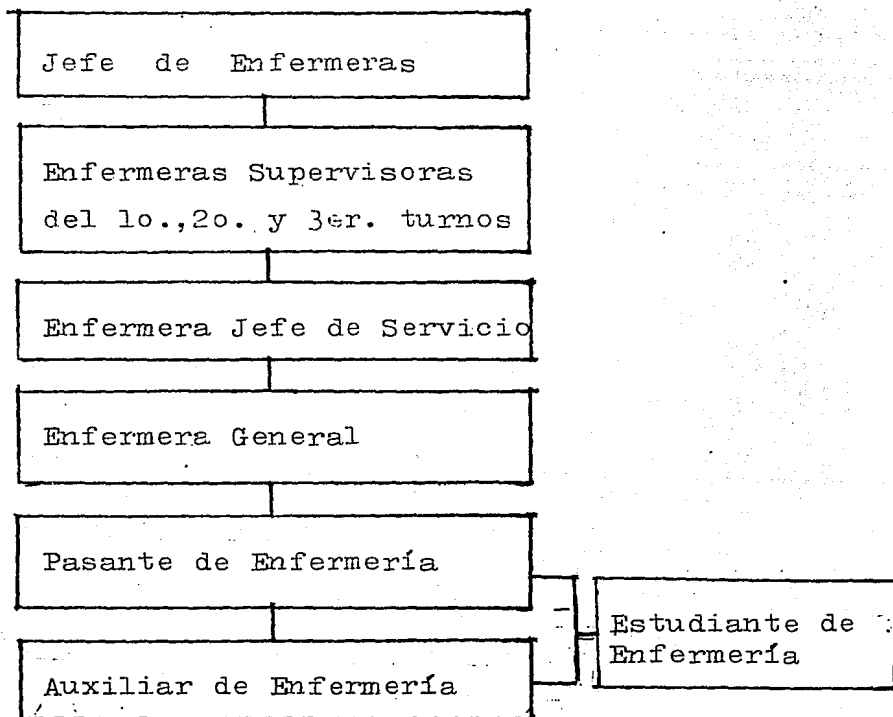
- f).- Enviar solicitudes a la Jefatura de Enfermería a Nivel-Central de recursos Humanos y Materiales.
- g).- Elaboración de roles del personal de Enfermería y Memorandums.
- h).- Elaboración de plantillas de personal manual.
- i).- Control de vales.
- j).- Revisión de inventario.
- k).- Distribución de actividades.
- l).- Evaluación del personal de Enfermería por medio de la Supervisión Directa e Indirecta.
- m).- Verificar se efectúe la identificación del recién nacido asimismo que la unidad del paciente cuente con los elementos necesarios para la atención del paciente.
- n).- Verificar diariamente que la cantidad de material y equipo que se procesa en la Central de Equipos y Esterilización sea el necesario para las veinticuatro horas del día.
- ñ).- Verificar se llene el reporte de Supervisión intrahospitalaria.

2. Funciones Técnico-Administrativas de la Enfermera General

- a).- Verificar que la unidad del paciente esté en óptimas con diciones de higiene y seguridad.
- b).- Verificar que el carro de curaciones esté en óptimas com diciones, así como la vitrina de medicamentos.
- c).- Realizar la entrega y recibo de turno verificando que la hoja de Enfermería y el Kárdex o lista de medicamentos--
estén actualizados.
- d).- Orientación y supervisión sobre actividades de técnicas-
y procedimientos en el personal de nuevo ingreso y estu-
diantes de Enfermería.
- e).- Verificar que se efectúe la esterilización de los equiro pos quirúrgicos, así como el que esté completo y en orde n el equipo del carro rojo.
- f).- Verificar que se haga el recuento de gasas esteriliza--
das en el acto quirúrgico y antes de cerrar heridas qui rúrgicas.

2.2 Esquema de Organización
Organigrama No. 2.

HOSPITAL DE URGENCIAS DE GINECO-OBSTETRICIA No.2
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.



Fuente: misma del Organigrama No.1.

2.3 Programas de trabajo.

Esta institución cuenta con un Programa Anual de la Jefatura de Enfermeras en el cual se establecen las funciones y actividades a realizar durante el año, mismas que se establecen en base a las necesidades detectadas en el año anterior.

2.4 Areas del hospital en que funciona.

Este programa funciona en los diferentes servicios del hospital como son: Cirugía, Puerperio, Toco-Quirúrgica, Cuero y Admisión.

2.5 Recursos materiales para el trabajo.

2.5.1 Humanos.

2.5.2 Materiales.

Se cuenta con los que proporciona la Dirección General de Servicios Médicos y el propio hospital.

2.5.3 Técnicos.

Existe un Manual de Reglamentos y Rutinas de Enfermería en la institución.

2.6 Turnos, horarios y sueldos de las diferentes categorías del personal de Enfermería.

2.6.1 Turnos

Se cuenta con tres turnos que son: el matutino, vespertino y nocturno.

2.6.2 Horarios.

En el primero y segundo turnos con horarios de 6:30 Hs. y el 3er. turno con 13 Hs. con veladas terciadas y fijas. Se tiene establecida la hora de lactancia a las madres de familia cuyos hijos tienen una edad promedio de 0 a 9 años, por lo cual se les autoriza entrar una hora más tarde o salir una hora antes de que termine el turno.

Existen además, horarios especiales para el personal que así lo requiere por incompatibilidad de horarios con algún otro trabajo o con la escuela si se es estudiante.

2.6.3 Sueldo de las diferentes categorías del personal de Enfermería.

CATEGORIAS	SUELDO BASE MENSUAL
Jefe de Enfermeras	\$ 106,574.00
Enfermera Titulada	\$ 78,737.00
Auxiliar de Enfermería	\$ 64,365.00

2.7 Actividades educativas y docentes de los diferentes grupos de personal.

Son muy escasas dichas actividades, ya que se llevan a cabo sólo cuando a nivel central la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal imparte cursos como el de Administración se selecciona al personal de cada institución incluyendo al personal auxiliar de enfermería y se les manda a dichos cursos.

2.8 Programas de Adiestramiento en Servicio.

Los Programas de Adiestramiento en Servicio son llevados a cabo por el mismo personal auxiliar de enfermería, quien se encarga de enseñar y orientar al personal de nuevo ingreso.

2.9 Métodos y procedimientos de supervisión y evaluación al personal de Enfermería.

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D.D.F.

KARDEX DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AÑO _____

Unidad Hospitalaria _____ Clave _____

Nombre _____ Categoría _____ Cargo _____

Talla _____ Domicilio _____ Tel. _____ Horario _____

Edad _____ Reg.Fed.deC. _____ Ced.Prof. _____ Edo.Civil _____

Sexo _____ Nombre de Familiar _____ Tel. _____ Dirección _____

MES 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11... 13 CLAVE

Enero _____ C.S.L. c/g de sueldo.

Febrero _____ P.S. Pase de Salida.

Marzo _____ S.S.L. s/g Sueldo.

Abril _____ F. Falta.

Mayo _____ V. Incapacidad.

Junio _____ D/F Día Festivo.

Julio _____ D. Descanso.

Agosto _____ C.E.Comisión Especial.

Septiembre _____ S.Suspensión.

Octubre _____ A. Asistencia.

Noviembre _____

Diciembre _____

Fecha de Ingreso a S.M.D.D.F. _____ fecha de ingreso U.H. _____

Otro empleo Sí _____ No _____ Institución _____ Horario _____

Cargo _____ Observaciones _____

EVALUACION

PARAMETROS	Ene.Feb.Marz.Abr.May.Jun.Oct.Dic.	CLAVE
------------	-----------------------------------	-------

PUNTUALIDAD _____		E. ESCELENTE
-------------------	--	--------------

PRESENTACION _____		M.B. MUY BIEN
--------------------	--	---------------

COOPERACION _____		REGULAR
-------------------	--	---------

CONOCIMIENTO _____		
--------------------	--	--

INICIATIVA _____		
------------------	--	--

RELACIONES C/PERSONAL _____		D.DEFICIENTE
--------------------------------	--	--------------

RELACIONES C/FAMILIAR _____		
--------------------------------	--	--

RELACIONES C/PACIENTE _____		
--------------------------------	--	--

ACEPTA LA SUPERVISION _____		
--------------------------------	--	--

HABILIDAD _____		
-----------------	--	--

DESTREZA _____		
----------------	--	--

RESPONSABILIDAD _____		
-----------------------	--	--

ESTIMULOS _____	SANCIONES	_____
-----------------	-----------	-------

HABILIDAD EN _____		
--------------------	--	--

La evaluación del personal de Enfermería y de las actividades que realizan, se lleva a cabo por medio de la Supervisión directa o indirecta del Supervisor de turno y se evalúa por medio de un kardex del personal de enfermería.

III. ACTIVIDADES DE LA PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Las actividades de la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que se llevaron a cabo durante el Servicio Social, estuvieron enfocadas principalmente a proporcionar atención de la paciente obstétrica específicamente la atención del parto eutócico, sin embargo, por políticas institucionales se vieron limitadas dichas actividades, existiendo un desarrollo profesional en otras áreas con aportaciones para mejorar la prestación del servicio del personal de Enfermería de esta institución.

Se participó en un Programa de Adiestramiento al personal de Enfermería, cuyo contenido del mismo fue seleccionado y elaborado por la pasante de acuerdo a las necesidades detectadas en el personal de Enfermería de esta institución y los temas tratados fueron:

1. Acciones de Enfermería durante la atención prenatal.

2. Acciones de Enfermería durante el parto.
3. Cuidados de Enfermería durante el puerperio.
4. Asepsia, aplicación en el campo médico quirúrgico.
5. Cuidados de Enfermería en la preparación del área quirúrgica es una paciente programada para cirugía.
6. Cuidados de Enfermería inmediatos al recién nacido.

Se impartieron pláticas educativas a las pacientes tanto de hospitalización como de la consulta externa sobre:

1. Atención prenatal.
2. Alimentación al seno materno y con biberón.
3. Higiene personal.

III. ACTIVIDADES DE LA PASANTE DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

1. Justificación.

La realización de este programa tiene como finalidad el poder llevar a la práctica los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la formación académica en base a las necesidades detectadas en el personal de Enfermería de esta institución tomando en cuenta para ello que el personal en su mayoría está integrado por Auxiliares de Enfermería las cuales llevan a cabo funciones y actividades de Enfermera General, por lo tanto se considera necesario el ampliar sus conocimientos teóricos.

Este programa se lleva a cabo en coordinación con la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, que tiene instituido como un requisito en la aceptación de los pasantes de la carrera de Enfermería Nivel Técnico y Licenciatura el realizar durante el Servicio Social un Programa de Adiestramiento al personal de Enfermería trimestralmente.

2. Objetivos.

- a) Mejorar la calidad de la atención de los cuidados de enfermería en Gineco-Obstetricia así como la del recién nacido.
- b) Aprovechar al máximo los recursos disponibles del hospital.
- c) Aplicar los conocimientos adquiridos en la ejecución de las tareas encomendadas.

3. Organización.

Responsabilidad:

El responsable de la elaboración y ejecución de este Programa es el Pasante de la Carrera de Licenciatura en En--

fermería y Obstétrica con la asesoría y supervisión por parte del Supervisor del segundo turno.

Duración:

El adiestramiento tuvo una duración de 16 semanas de lunes a viernes, con horas de trabajo variables de acuerdo al trabajo existente (una hora diaria).

Sede:

La sede del Programa de Adiestramiento fue el Hospital de Urgencias de Gineco Obstetricia No. 2 del Departamento del Distrito Federal, en el aula A de esta institución.

Asistentes:

El grupo se integró por una Enfermera General Supervisora del turno vespertino y diecinueve auxiliares de Enfermería, de esta institución.

4. Recursos Materiales.

Se contó con un aula equipada con veinticinco pupitres para las clases teóricas, un escritorio, una silla, un pizarrón, un borrador, gises, carteles, rotafolios, hojas de papel y lapiceros.

5. Recursos Materiales.

Fueron aportados por la Pasante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

6. Procedimientos Didácticos.

En el desarrollo del curso de adiestramiento se utilizaron: la exposición de charlas con la utilización de auxiliares didácticos.

7. Contenido.

El contenido del Programa fue planeado en base a las necesidades detectadas por la Pasante en el personal de Enfermería de esta institución por medio de la observación directa del personal durante un mes en cuanto al desempeño de sus labores y a través de la coordinación con la Supervisora del turno vespertino de este hospital.

Al inicio del adiestramiento se aplicó un cuestionario de conocimientos relativos a los temas seleccionados en el programa, para valorar el nivel del grupo.

El desarrollo del programa fue con base a un calendario

de actividades. Llevándose el control de asistencia del personal docente y de las alumnas.

Al término del curso de adiestramiento se hizo una evaluación general del curso, por medio de un examen escrito en el cual en términos generales se pudo constatar el aprovechamiento del grupo.

3.1 Programa de Adiestramiento.

3.1.1 Acciones de Enfermería durante la atención prenatal.

Concepto: La atención prenatal en la vigilancia periódica, control médico y cuidados específicos en la mujer embarazada antes del nacimiento del niño.

Objetivos:

- Enseñar al personal de Enfermería como deben proporcionar la orientación física, emocional y social a las pacientes embarazadas.
- Una vez dado el tema el Auxiliar de Enfermería será capaz no solo de colaborar en funciones propias de Enfermería durante la consulta obstétrica sino además orientar a la embarazada sobre aspectos va-

rios tales como: consulta subsecuente, medicación, alimentación, vestido, etc.

Principios:

- El aparato reproductor femenino está constituido por: el útero, los ovarios, las trompas de falopio.
- Durante el primer trimestre del embarazo es cuando se lleva a cabo la organogénesis.
- La alimentación de la futura madre es de importancia especial porque debe proporcionar cantidades abundantes de proteínas, vitaminas y minerales para proteger su salud y construir los tejidos nuevos de su cuerpo y los del producto.

Desarrollo del Tema.

Atención médica: El objetivo de la supervisión médica durante la gestación, es mantener a la madre y al producto en la mejor condición física posible, lograr un feliz embarazo, un alumbramiento normal y a la vez, asegurarle el rápido restablecimiento postnatal. (Primera consulta)

1. Historia clínica completa.

La historia debe obtenerse sin prisas, en una sesión privada. No conviene que una paciente tenga que espe

rar demasiado para ser interrogada y examinada, pero es mucho peor para ella que lo sea, con prisas e indiferencia sin la debida valoración de las respuestas. Además es obligado, que todos los datos de importancia para la madre y el feto sean registrados en un cuestionario que pueda entenderse con claridad.

2. Historia del embarazo actual.

La historia del embarazo actual, incluye un cuidadoso revisión de todos los sistemas. Es importante precisar la fecha de la última menstruación y otras hemorragias vaginales y la época de comienzo de las señales de vida del feto, con el fin de establecer la duración del embarazo con la mayor precisión posible.

Tomando en cuenta el primer día de la última menstruación de la paciente, se calculará la fecha aproximada del parto.

3. Examen físico.

Además del examen obstétrico del abdomen y la pelvis hay que practicar un examen general completo. 4/

4/ Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Actualidades en Ginecología y Obstetricia, p.56

Este examen físico consiste en: evaluación de la nutrición y aspecto general de la paciente, peso, inspección de los dientes y encías, lectura de la presión sanguínea, examen del corazón y los pulmones, inspección de los senos y pezones, examen abdominal (palpando).

El examen obstétrico comprende: palpación y auscultación del útero y su contenido, examen visual y palpación del cuello uterino y vagina, valoración clínica de la pelvis ósea, palpación de la parte presentada si la gestación está avanzada y examen de la vulva, perineo, ano y recto.

5. Pruebas de laboratorio.

Se dará instrucciones específicas a la paciente sobre la solicitud de análisis básicos.

- a) Frotis de moco cervical para la citología de la prueba del cáncer (papanicolaou).
- b) Análisis de la orina, para la determinación de albúmina y glucosa.
- c) Exámenes de sangre, para hematocrito, hemoglobina.
- d) Pruebas serológicas para la sífilis.
- e) Rayos X de tórax.
- f) Algunas otras pruebas de laboratorio que se consideren necesarias.

6. Diagnóstico.

El diagnóstico se basa en ciertos síntomas subjetivos, ciertos signos observados en un examen físico cuidadoso y en procedimientos de laboratorio. Los signos y síntomas se clasifican por lo general en tres grupos: los signos positivos que casi siempre se detectan hasta el cuarto mes de embarazo; los signos probables que se aprecian antes y la evidencia presuntiva que acostumbra a ser subjetiva y se experimenta en períodos variables.

El diagnóstico integral debe contener datos obstétricos completos (paridad, gestación, edad del embarazo, y datos fetales) y juicio indicativo del estado actual del organismo materno.

Signos positivos del embarazo.

1. Oír y contar el latido cardíaco fetal por separado y distintamente del de la madre.
2. Los movimientos fetales percibidos por el médico.
3. El reconocimiento del feto, por procedimientos radiológicos o por examen ecográfico. 5/

Signos Probables del Embarazo.

1. Agrandamiento del abdomen.
2. Cambio en la forma, tamaño y consistencia del útero.
3. Cambios en el cuello uterino.
4. Detección de contracciones intermitentes del útero.
5. Peloteo.
6. Delimitación del feto.
7. Prueba hormonal positiva del embarazo.

Pruebas Presuntivas del Embarazo.

Las pruebas presuntivas del embarazo comprenden, en gran parte, los síntomas subjetivos y los signos apreciados por la propia paciente.

Signos:

1. Suspensión de la regla.
2. Cambios de las mamas.
3. Cambios de coloración de mucosa y piel de la vagina y vulva.
4. Pigmentación de la piel y estrias abdominales.

Signos Probables del Embarazo.

1. Agrandamiento del abdomen.
2. Cambio en la forma, tamaño y consistencia del útero.
3. Cambios en el cuello uterino.
4. Detección de contracciones intermitentes del útero.
5. Peloteo.
6. Delimitación del feto.
7. Prueba hormonal positiva del embarazo.

Pruebas Presuntivas del Embarazo.

Las pruebas presuntivas del embarazo comprenden, en gran parte, los síntomas subjetivos y los signos apreciados por la propia paciente.

Signos:

1. Suspensión de la regla.
2. Cambios de las mamas.
3. Cambios de coloración de mucosa y piel de la vagina y vulva.
4. Pigmentación de la piel y estrias abdominales.

Síntomas subjetivos:

- a) Náuseas y vómitos.
- b) Trastornos urinarios.
- c) Fatiga.
- d) Señales de vida fetal.

Signos:

1. Suspensión de las reglas. En una mujer sana que haya menstruado regularmente con anterioridad la suspensión brusca de la menstruación sugiere en gran manera un embarazo. No obstante, la ausencia de una menstruación no constituye un indicación segura de embarazo hasta diez o más días de la falta. Cuando falta el segundo período menstrual, la posibilidad es mayor, aunque la desaparición de la regla es una sospecha precoz y muy importante de embarazo, la gestación puede empezar sin menstruación anterior y la hemorragia uterina simulando la menstruación se observa a veces después de la concepción.
2. Cambios en la mamas. Durante el embarazo ocurren en la mamas cambios considerables, la mujer nota a menudo una mayor sensibilidad y hormigueo en las primeras semanas, después del segundo mes,

las mamas aumentan de tamaño, se hacen visibles venas delicadas debajo de la piel. Los cambios de los pezones aumentan pronto mucho de tamaño, se pigmentan intensamente y son más eréctiles.

Después de transcurridos unos meses se puede exprimir un líquido amarillento y espeso de los pezones.

En este período la aréola aumenta de amplitud y se hace más intensa su pigmentación, cuya intensidad varía según cual sea el color general de la embarazada.

Diseminados por la aréola existen un cierto número pequeño de elevaciones, llamadas glándulas (folículos) de Montgomery.

3. Cambio de la coloración mucosa y piel de la vagina y vulva. Bajo el influjo del embarazo, la mucosa vaginal aparece con frecuencia de un color azul oscuro rojo purpureo y congestionada por vascularidad acentuada.

El considerable aumento de la secreción vaginal está normalmente representada por una exudación blanca y espesa; su ph varía de 3.5 hasta 6 como resultado de la producción aumentada de ácido láctico a partir del glucógeno del epitelio vaginal.

4. Pigmentación de la piel y estrías abdominales.

En los últimos meses del embarazo se desarrollan a menudo estrías rojizas ligeramente deprimidas en la piel del abdomen; estas estrías gravídicas aparecen en la mitad aproximadamente de todos los embarazos.

Síntomas subjetivos.

a) Náuseas y vómitos.

El embarazo está con frecuencia caracterizado por trastornos del sistema digestivo, en particular náuseas y vómitos; la llamada enfermedad matinal del embarazo aparece por lo general en la primera parte del día y se desvanece en pocas horas, aún cuando en ocasiones persiste más tiempo o se presenta en otros momentos. Por lo regular sus manifestaciones son precoces después del final del primer mes y desaparecen en forma espontánea de 6 a 12 semanas más tarde.

b) Trastornos urinarios. En las primeras semanas del embarazo, al ejercer presión sobre la vejiga, el útero se agranda, causa a veces tenesmo vesical. Continúa durante los primeros meses y desaparece de manera gradual a medida que el

Útero asciende en el abdomen para reaparecer a finales del embarazo, cuando la cabeza desciende en la pelvis.

- c) Fatiga. Es una manifestación concomitante tan frecuente en los primeros tiempos del embarazo que proporciona una clave diagnóstica valiosa.
- d) Señales de vida fetal. A veces entre la semana 16 y 19 después del último período, la mujer embarazada percibe en general unos ligeros movimientos abdominales aleteantes que aumentan gradualmente de intensidad; se debe a la actividad fetal y su primer aparición recibe el nombre de avivamiento o percepción de vida. 6/

Señales de peligro durante el embarazo.

Las señales de peligro tienen que comunicarse de inmediato al médico y son las siguientes:

- a) Cualquier hemorragia vaginal.
- b) Tumefacción de la cara o de las manos.
- c) Cefalea intensa o continua.
- d) obscurecimiento de la visión o visión borrosa.
- e) Dolor abdominal.

- f) Vómitos persistentes.
- g) Escalofríos o fiebre.
- h) Disuria.
- i) Escape de líquido por la vagina.

La enfermera que participa en la atención prenatal es responsable de un tratamiento tranquilo; sin prisa y respetuoso de la paciente. Además de acciones y actitudes solícitas, ayuda considerablemente si el equipo de la sala de examen está completo. Además del equipo usual de la sala de exploración.

- Preparación emocional de las pacientes. La primera visita al consultorio del obstetra, cuando se sospecha un embarazo, generalmente va acompañada de tensión, ya que la paciente puede desear mucho tener confirmado el embarazo o, por lo contrario, puede considerarlo un suceso no planeado y por lo tanto no grato. Algunas mujeres sienten aprensión por las pruebas que se les van a realizar y mientras la paciente se desviste y se coloca sobre la mesa de exploración, la enfermera debe informarle sobre lo que se le va a realizar durante la exploración gineco-obstétrica y su colaboración en dicha exploración. 7/

7/ Ibidem, p. 53.

- Preparación física de las pacientes. Proporcionarles una bata e indicarles que se despojen de su ropa y darles una posición de ginecología; cubrirla con una sábana de tal forma, que solo quede descubierta la parte a explorar conservando así la individualidad de la paciente; igualmente se les explica la forma en que deben colaborar con el médico.

- Colaboración directa en la asistencia a la paciente.
- Colaboración indirecta: realizando las funciones propias de enfermería participando con el médico en la consulta.
- Manejo de expedientes (hoja de enfermería), signos vitales.
- Derivar a las pacientes a otros servicios.
- Orientación física, emocional y social tanto a la paciente como a sus familiares.
- Proporcionar educación para la salud tanto en forma individual como colectiva (por medio de charlas).
- Orientación a la paciente embarazada sobre varios aspectos como: consultas cobsecuentes, medicación, alimentación, estudios especiales, etc.
- Participación en la toma de productos para estudios especiales, etc.
- Cuidados posteriores al equipo utilizado durante la consulta.

Después de haber completado la historia clínica y la exploración física, se instruye a la paciente sobre la dieta, relajación y sueño, los hábitos intestinales, el ejercicio, los baños, el vestido, los cuidados generales, el fumar y la ingestión de farmacos.

Resulta conveniente asegurar a la paciente que llevando a cabo las indicaciones médicas, es posible esperar un embarazo feliz y un parto sin complicaciones.

Dieta.

Generalmente se recomienda a la mujer embarazada mantenga una dieta de 1800 a 2300 calorías al día.

Se les recomienda que tomen poco dulce, comidas fritas, grasas, salsas y otros alimentos con muchas calorías para evitar subir de peso en exceso.

Se recomienda que desde el segundo trimestre, la dieta de la madre que espera, contenga 80 gr. de proteínas, 1.5 g. de calcio y 15 mg. de hierro. Debe tomar líquidos libremente. Por lo tanto se debe aconsejar mejore la calidad de su dieta sin aumentar la cantidad.

Para la mujer cuyo peso es normal antes del embarazo

una ganancia de 8 a 10 kilos parece estar asociado con el desenlace más favorable del parto.

Ejercicio.

La mujer embarazada debe de mantener su ritmo de vida cuidando que no se fatigue en exceso. Generalmente puede seguir trabajando hasta el sexto mes; se evitará cualquier ocupación que someta a la mujer embarazada a esfuerzos físicos graves, no tiene que levantar o mover objetos pesados. Caminar es uno de los mejores ejercicios durante la última parte del parto.

Baños.

Se aconseja tomar diario con agua tibia y el baño adecuado debe ser de regadera. Durante el último trimestre del embarazo, el útero por lo general altera el equilibrio de la mujer gestante y aumenta la probabilidad de sufrir un resbalón o una caída en la bañera, se aconseja mucha precaución.

Vestidos.

La ropa de maternidad, debe ser seleccionada con cuidado; cómoda que asiente bien sin ajustes al cuerpo, hay que evitar las ligas constrictivas por interferir el retorno venoso y agravar las varicosidades.

Fumar.

Las madres que fuman durante el embarazo dan a luz productos más pequeños, que las no fumadoras.

Relaciones conyugales.

En condiciones normales, generalmente no se considera dañina la relación sexual, al menos hasta el último mes del embarazo. Cuando hay tendencia al aborto, se recomienda que el coito se suspenda totalmente hasta el cuarto mes. Se recomienda abstinencia total si hay tendencia al trabajo de parto prematuro.

Cuidado dental.

La madre que espera debe hacerse un examen dental completo en los primeros meses del embarazo; ya que los alimentos que no están masticados adecuadamente, no pueden ser digeridos completamente y por lo tanto el feto no obtendrá los minerales necesarios para la formación de sus huesos, sin disminución de las reservas naturales de la madre, carece de fundamento que el embarazo agrava la caries dental.

Cuidado de mamas y abdomen.

A menudo se aconseja un cuidado especial de las mamas durante el embarazo, para incrementar la capacidad para alimenttar, para curtir los pezones y con ello reducir la inci

dencia de grietas y efectuar un agrandamiento de los mismos. Una secreción llamada calostro exuda de los senos y se debe lavar diariamente con agua y jabón.

Algunos médicos aconsejan a sus pacientes usar cremas y dar masaje para disminuir la incidencia de estrías en el abdomen.

Medicaciones.

Un cierto número de medicamentos de uso común puede ser nocivo para el embrión o feto, por lo cual están contraindicados los fármacos durante el embarazo. 8/

Atención médica (consultas subsecuentes).

1. Si el embarazo es de evolución fisiológica y la paciente disfruta de buena salud general, se les cita a consultas con intervalos de un mes durante los seis primeros meses, de dos semanas en los meses 7o., 8o. y 9o.

Si el embarazo cursa con alguna complicación trascendente, las consultas se harán con más frecuencia si se juzga ne cesario.

8/ Ibidem, p. 53.

3.1.2 Acciones de Enfermería durante el trabajo de parto.

Concepto:

- El parto es el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos, son expulados del organismo materno a través de la vía genital.
- Las acciones de Enfermería durante el trabajo de parto, son aquellas que se le proporcionan a la paciente tanto en admisión, como en labor y expulsión.

Objetivo:

- Brindar una atención de Enfermería obstétrica óptima a la madre y al recién nacido durante el período expulsivo, alumbramiento y postparto.

Principios:

- El parto puede presentarse en cualquier período del embarazo, pero las probabilidades de que ocurra aumentan con la proximidad del término.
- La piel íntegra y sana es la primera línea de defensa contra los microorganismos.

- La humedad favorece la proliferación de microorganismos.
- Una área limpia al contacto con una sucia se contamina.

Desarrollo del Tema:

Durante el último mes de embarazo, el médico enseña a la futura madre respecto a los signos del trabajo de parto. La mayoría de los médicos prefieren que se les llame cuando las contracciones hayan empezado a ser regulares, a intervalos de 10 a 15 minutos. Las instrucciones del médico dependen de que éste sea el primer hijo o no y de lo lejos del hospital que viva la madre. A veces, experimenta la paciente contracciones irregulares durante unas cuantas horas, que interpreta como (la iniciación del trabajo de parto, pero si las contracciones no se hacen más fuertes y regulares, se le llama a esto "falso trabajo de parto").

La expulsión del tapón es un signo (muy temprano de trabajo de parto y pone alerta a la paciente respecto a las contracciones, que pueden empezar durante las 24 horas siguientes. Si se rompen las membranas amnióticas se le indica a la paciente que vaya al hospital, independientemente, de si las contracciones hayan empezado o no. La razón de admitir a una

paciente con membranas rotas es prevenir complicaciones, como infecciones o prolapso del cordón umbilical a través de la vagina. También una vez que se han roto las membranas, pueden a menudo empezar las contracciones poco después.

Procedimientos de admisión.

Se insta a la mujer gestante que acuda al hospital al inicio del parto y no cuando el nacimiento sea ya inminente. Como parte rutinaria de un buen cuidado ante partum, tiene que haber sido ya informada sobre la secuencia de acontecimientos que ocurren durante la hospitalización para el parto y alumbramiento.

Al acudir la paciente al hospital se canaliza al departamento de Admisión, donde es valorada para ingresar a la sala de Trabajo de Parto. Los procedimientos de admisión de los hospitales pueden variar, pero las preguntas pertinentes que se hacen al admitir a una paciente son siempre las mismas.

Las preguntas de la enfermera de la Sala de Trabajo de Parto deben incluir la fecha de la última regla, la hora en que empezaron las contracciones, la frecuencia con que ocurren y cuánto duran y si las membranas se han roto o están

íntegras y si hay sangrado.

El médico determina el estado general de la madre y el feto, incluyendo la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como la cantidad de muestra sanguinolenta, si existe, el estado de las membranas y el carácter de los movimientos fetales. Son registrados la temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial maternas. Se averigua el tamaño aproximado, presentación y frecuencia cardíaca del feto mediante exploración abdominal.

Se examina una muestra de orina para determinar la posible presencia de glucosa y proteínas. Se controla el hematocrito o concentración de hemoglobina; al mismo tiempo se aspira muchas veces sangre coagulada a fin de utilizarla en el banco de sangre con objeto de comparar con la sangre de donadores, cuando esto sea necesario, se canaliza vena periférica para mantenerla permeable, etc.

En admisión se realizan trámites administrativos y médicos:

a) Administrativos:

Se le piden a la paciente datos personales para elaborar ficha de identificación.

b) Médicos:

Recibir a la paciente con su expediente y establecer un clima de seguridad y confianza.

Se le indica a la paciente que se despoje de su ropa y pertenencias personales (reloj, anillos, etc.), se le indica el lugar donde se debe despojar y se le proporciona un camizón, se le da una explicación de lo que se le va a realizar durante la exploración gineco-obstétrica.

Exploración Médica.

Después de encamar a la paciente, la examina el médico interno o el residente. La exploración incluye tomar presión arterial, auscultar ruidos pulmonares y cardíacos, palpación abdominal, tacto vaginal para determinar el borramiento y la dilatación del carvix.

Preparación de la vulva y periné.

El rasurado y lavado de la vulva y el periné tienen la finalidad de limpiar a fondo esta región sin contaminar la vagina. En primer lugar la paciente es colocada en una mesa de exploraciones adecuada con las piernas bien separadas. El vello rasurado. Mientras que se está lavando, la enferme-

ra mantiene una gasa estéril en el introito de la paciente para evitar que entre agua del lavado dentro de la vagina. Se lava desde arriba hacia abajo y fuera del introito. Durante la limpieza es necesario tener en cuenta los pliegues vulvares. Cuando la gasa pasa sobre la región anal tiene que ser desechada de inmediato. 9/

Tricotomía vulvo perineal.

Concepto: Es un conjunto de maniobras que se realizan para eliminar el vello de la región vulvo perineal, a fin de preparar a la paciente para el nacimiento.

Objetivos: a) Mantener la región libre del vello para permitir la visibilidad.
b) Preparar la región vulvo perineal para evitar posibles infecciones.

Principios: Un medio sucio favorece la proliferación de microorganismos.

La piel y las membranas mucosas íntegras son la primera línea de defensa del organismo contra los microorganismos.

De las muchas variedades de microorganismos, solo unas pocas son patógenas. Algunos protozoarios, virus, bacterias, levaduras, hongos y rickettsias son patógenas para el hombre.

Precauciones: Favorecer la individualidad de la paciente.

Usar una navaja nueva.

Agua tibia para facilitar la caída del vello.

Luz suficiente.

Equipo: Una charola conteniendo:

- 1 rastrillo con navaja.
- 1 pinzas de anillo de Forester en sol antiséptica.
- 1 matraz con sol. jabonosa.
- 1 matraz con sol. antiséptica. Benzal al 1X1000.
- Gasas.
- Guantes estériles.
- 1 cojín de Kelly (o un cómodo si ya se encuentra la paciente en la sala de labor).

Procedimiento: Explicación del procedimiento:

- Preparación física de la paciente colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Calzarse los guantes.

- Montar una gasa en la pinza.
- Humedecer la gasa en la jabonadura.
- Jabonar bien la región.
- Rasurar, con una torunda montada en la pinza se restira la piel y se rasura de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, separando los labios mayores se rasura la vulva y el periné.
- Enjuagar la región cuantas veces sea necesario.
- Aplicar solución antiséptica, secar la piel y cubrir a la paciente, retirar el equipo y avisar al médico que la paciente está lista.
- Darle los cuidados al equipo posteriores a su uso.

Acciones de Enfermería durante el parto.

1. Lavarse las manos.
2. Preparar el material y equipo.
3. Recibir a la paciente en la sala de expulsión.
4. Pasar a la paciente a la mesa obstétrica y darle una posición ginecológica (colocando los muslos en las piernas).
5. Elevar los miembros a la altura adecuada y fijarlos,

colocar además las muñecas de la paciente en la correas de la mesa (para que en el momento adecuado pueda asirse a ellos).

6. Retirar la parte inferior de la mesa de expulsión.
7. Realizar la asepsia de la región vulvo perineal (sin olvidarnos de darle preparación psicológica a la paciente).
8. Efectuar el cateterismo vesical.
9. Colocar los campos estériles, enmarcando la región dejando solamente expuestos el orificio vagina, el periné y el ano.
10. Aproximar la mesa de mayo (o mesa de abastos) con los instrumentos y material necesario.
11. Tomar la pinza de traslado para abrir los equipos es tériles.
12. Al entrar el médico a la sala de expulsión se le ayu dará a amarrarse la bata y se le proporcionarán los guantes estériles.
13. Adaptar la luz y pasar al médico un banquillo para que se siente.
14. Proporcionar el material y equipo necesario sin con-taminar el campo estéril.

Al comenzar cada contracción indicar a la paciente que aspire profundamente y expire lentamente el aire, aspire de nuevo que retenga el aire y lo expulso; debe asirse con fuerza a la manijas y pujar durante la contracción, indicar a la paciente se relaje cuando ha pasado la contracción.

Para evitar agotamiento, la paciente puede jadear durante algunas contracciones.

Tomar signos vitales y latidos fetales y avisar al médico.

Dar ánimo a la paciente, tomarla de la mano, enjugarle el rostro y decirle: "lo está haciendo muy bien".

Nacimiento del producto.

Se verifica la hora del nacimiento y se elabora el brazalete de identificación por duplicado, el cual contendrá los siguientes datos:

Nombre y apellidos de la madre.

Número de cédula.

Número de cama.

Sexo

Peso

Hora y fecha de nacimiento del producto.

Tipo de parto por medio del cual se obtiene al producto (autócico, distócico).

Cuidados Inmediatos.

- a) Aspiración de flemas con la perilla de caucho.
- b) Se puede colocar al recién nacido sobre el abdomen de la madre para pinzar y cortar el cordón umbilical.
- c) Recibir el producto con la compresa estéril y colocarlo en la mesa pediátrica para darle los cuidados inmediatos posteriores (aspiración de secreciones, ligadura de cordón umbilical).
- d) Comunicar a la madre si fue hombre o mujer (no usar el término ambiguo de niño) y mostrarle al recién nacido, descubriéndole y haciendo incapié en los genitales del mismo a la madre.
- e) Arrojar al recién nacido y pasarlo al cunero para su cuidado posterior.

Expulsión de la placenta y membranas.

Una vez terminada la expulsión, verificar la inserción del cordón y el número de vasos (normalmente una vena y dos arterias).

Verificar si no falta un fragmento de cotiledón.

Saco membranoso, tratar de restaurar el orificio de salida y feto y las dimensiones del mismo, para asegurarse de que estén completas. Estas acciones son llevadas a cabo por el médico que atendió el parto.

La paciente debe ser vigilada.

Verificar si está formado el globo de seguridad (fondo uterino por abajo de la cicatriz umbilical) y el sangrado.

Verificar signos vitales.

Ministrar medicamentos ordenados.

Revisión de genitales.

Si se practicó episiotomía dar ayuda al médico en relación con lo que necesite, de material y equipo.

Indicar a la paciente que terminó el parto.

Retirar campos y sábanas sucias.

Asear la región y colocar apósito estéril.

Subir la zona inferior de la mesa de expulsión y bajar

las extremidades inferiores de la paciente y colocarlos en la mesa (se debe hacer con cuidado y delicadeza).

Cambio de camizón, arroparla, pasarla a la camilla y llevarla a su cubículo y entregarla a la enfermera de la sala.

Ayudar al médico a quitarse la bata.

Hacer el registro en la hoja de la enfermera.

- Identificación del recién nacido y membrete de la madre.
- Médico que la atendió,
- Tipo de parto.
- Condiciones de la placenta y membranas.
- Si se practicó episiotomía.
- Incidentes y accidentes durante el parto tanto de la madre como del producto.
- Signos vitales de la paciente registrados.
- Medicamentos administrados.
- Sexo del producto y condiciones físicas generales.

Entregar al recién nacido a la sala de cuneros.

Entregar a la paciente a la sala de recuperación.

Dar los cuidados al equipo posteriores a su uso.

Dejar la sala de expulsión limpia y en orden para su uso posterior.

3.1.3 Cuidados de Enfermería a la paciente durante el puerperio.

Concepto: El puerperio es la etapa del proceso grávido puerperal, que se inicia al terminar la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Se considera de 6 a 8 semanas.

Objetivos: Una vez dado el tema el personal de Enfermería será capaz de proporcionar una eficiente atención de enfermería, favoreciendo así, en la mujer puerpera una mejor y más rápida recuperación postparto.

Evitar complicaciones puerperales.

Principios:

El aparato genital femenino está constituido por órganos genitales externos que son: monte de venus, labios mayores, labios menores, vestíbulo y glándulas de Bartholin y por órganos reproductores internos: ovarios, trompas de falopio, útero y vagina.

La piel íntegra y sana es la primera línea de de-

fensa contra los microorganismos.

El calor húmedo o seco aumenta la circulación y por lo tanto, favorece la circulaculación.

El sudor es una secreción del cuerpo cuya principal función es mantener constante la temperatura del cuerpo (y no es otra cosa que agua con sal), el mal olor se produce cuando el sudor se revuelve con las bacterias que se forman a los largo del cuerpo (este tipo de bacterias se desarrollan en los lugares húmedos y calientes del cuerpo, ta les como las axilas, las plantas de los pies y en las palmas de las manos, el mal olor entonces es consecuencia de la descomposición química de las bacterias.

El baño de limpieza con agua y jabón elimina el mal olor y el sudor así como las células de descamación de la piel, proporcionando bienestar y seguridad.

Desarrollo del tema:

El puerperio se extiende desde que se expulsa la placenta hasta que se establece la menstruación (generalmente la acción de la lactancia evita la ovulación hasta uno o dos

años mientras se aumenta); esta no es una regla general ya que no es necesario que menstrúe para que ovule. Suele haber ovulación sin menstruación, por lo que la mujer pudiera quedar embarazada si se practica la relación sexual sin tomar las precauciones necesarias aun sin menstruar.

El puerperio se puede en dos fases:

- 1a. Puerperio inmediato desde que se expulsa la placenta hasta las 24 hrs.
- 2a. Puerperio mediato desde las veinticuatro hrs. hasta cuarenta y cinco días en la mayoría de las mujeres; treinta días en la mayor parte y quince días en una minoría.

Cuidados inmediatos después del parto. Después de la expulsión de la placenta el útero tiene que ser duro y redondo, con su margen superior por debajo del ombligo. Mientras permanezca en estas condiciones no hay peligro de hemorragia postparto provocada por atonía uterina. Para asegurarse contra esta complicación, una vez concluido el tercer periodo en seguida hay que palpar el útero suavemente a través de la pared abdominal y esta maniobra se repite a intervalos frecuentes. Cuando su tamaño y consistencia no sufren modificación no conviene intervenir, pero si se destaca una relajación será necesario aplicar al útero un suave masaje a través de las

paredes abdominales hasta que quede contraído; al mismo tiempo se administrará un agente oxiótico si es que el médico lo prescribe.

Tratamiento de la vulva.

Poco después de haber terminado el tercer período del parto y la reparación perineal, se quitan los paños y sábanas sucias que están debajo de la paciente, siempre que no haya hemorragia excesiva u otra razón para mantener a la paciente en posición de litotomía. Se limpian entonces los genitales externos y nalgas con jabón y agua o una solución antiséptica suave. Se aplica a continuación una compresa estéril sobre los genitales, mantenida en su sitio y reemplazada por compresa limpia siempre que sea necesario. El número de compresas requeridas en 24 horas varía según la cantidad del derrame loquial y constituye un medio para estimar su volumen. Hay que limpiar los genitales externos después de cada defecación y antes de cualquier examen local.

Contracciones uterinas

Las contracciones son menos frecuentes en las primíparas que en las multíparas. Después del parto de una paciente es muchas veces necesario administrar codeína o aspirina a intervalos durante los primeros días del puerperio, si los do-

lores son intensos. Muchas veces las contracciones se acentúan al dar el pecho y provocan en este momento un aumento en la intensidad de los síntomas.

Deambulaci3n Precoz.

En la actualidad suele permitirse que las pacientes normales se levanten de la cama dentro de las primeras 24 horas que siguen al parto. Numerosos estudios bien controlados confirman las ventajas de la deambulaci3n precoz. Despu3s de ella, las pacientes declaran que se encuentran mejor y m3s fuertes. Las complicaciones vesicales y estreñimientos son menos frecuentes. La deambulaci3n precoz ha reducido materialmente la frecuencia de trombosis y embolismo durante el puerperio.

Dieta.

En otros tiempos era habitual restringir la dieta de la mujer pu3rpera, pero en la actualidad se recomienda una dieta liberal. Si despu3s de una hora del parto no hay complicaciones que pudieran hacer necesario un anest3sico, hay que darle algo de beber y, si tiene hambre, un poco de comida. El apetito suele ser normal durante el puerperio y la dieta tiene que ser bien equilibrada y agradable. El aporte de lí-

quidos no ha de ser restringido ni tampoco aumentado. La madre lactante requiere sin embargo, una dieta algo incrementada respecto a la dieta consumida durante el embarazo, sobre todo en calorías y proteínas. Por el contrario, si la madre no da el pecho al niño, sus necesidades dietéticas serán las mismas que las mujeres no grávidas.

Diurésis.

Hay que hacer todo lo posible para inducir a la paciente a orinar dentro de las 4 horas que siguen del parto. Normalmente ha de orinar por lo menos 100 cc. necesita ser cateterizada. El cateterismo vesical es preciso más pronto si se tiene la sospecha de que la vejiga urinaria está distendida. El cateterismo vesical tiene que continuarse cada 8 horas, a no ser que la paciente pueda orinar 100 cc o más de una vez; sólo en este caso puede suspenderse la cateterización.

Intestinos.

Debido a la lentitud del intestino durante el puerperio, hay que administrar un laxante suave en la tarde del segundo día, a no ser que haya ocurrido ya una defecación espontánea. Si no ha habido ninguna deposición para la mañana del tercer día, puede aplicarse una enema. Con la deambulacion precoz ha

perdido importancia el estreñimiento como problema del puerperio.

Higiene de los Pezones.

Los pezones requieren pocos cuidados durante el puerperio, aparte de la limpieza y atención a las fisuras. Es conveniente el lavado de las aureolas con agua y jabón antes de cada tetada, ya que la leche seca puede acumularse e irritar los pezones. Una molestia frecuente proviene de los pezones inflamados. El mejor tratamiento consiste en la aplicación de tintura de benzofina o de uno de los compuestos comerciales.

Reaparición de la menstruación.

Si la mujer no da el pecho a su hijo, la menstruación se reanuda probablemente de 6 a 8 semanas después del parto. Sin embargo, la regla no suele presentarse mientras se está lactando. En este aspecto se observan muchas variaciones, ya que el período menstrual se presenta en mujeres lactantes a veces durante el segundo mes después del parto y en otras después de dieciocho meses; lo más común es que aparezca entre el tercero y cuarto mes.

Momento de Alta.

En estudios realizados sobre el alta precoz en hospitales, no se encontraron complicaciones para la madre o el hijo cuando las pacientes eran dadas de alta dentro de las 72 horas después del parto. Como las puerperas por lo general se movilizan y levantan poco después del nacimiento de sus hijos, por consiguiente, no ven ninguna razón para estar hospitalizadas. Por otra parte el incremento en el número de microorganismos resistentes a los antibióticos no aconseja mantener a los recién nacidos y a sus madres en instituciones hospitalarias.

Examen de Control.

La paciente normal, que no tropieza con dificultades durante el puerperio, necesita volver para su examen de control. Tres a seis semanas a más tardar después del parto. En este momento se controla su estado físico general, se mide su presión arterial, se investiga la presencia de albúmina en su orina, se observa el estado de sus paredes abdominales, se inspeccionan sus pechos y se lleva a cabo un examen pelviano completo. Una obligación muy importante del médico durante el examen postparto (puerperio) consiste en aconsejar

a las mujeres en las técnicas de planificación familiar.

Resumen.

Lo que se le va a observar a la paciente las primeras 24 horas es: el sangrado y la involución uterina, el cual está en relación con la edad de la paciente, el número de embarazos, tiempo de duración del trabajo de parto y tipo, quien lo atendió. El útero con menos embarazos se contrae más rápidamente y en una multipara será mayor el sangrado porque tarda más en involucionar.

El sangrado puede ser muy abundante hasta de una hemorragia en la primera hora y las causas de ella en el puerperio inmediato pueden ser:

- a) Atonía uterina
- b) Desgarros del canal del parto.
- c) Retención de restos placentarios y membranas.

Las tres causas son gravísimas y una de las causas no tan alarmantes y que generalmente se percibe, es la falta del vaciamiento vesical por lo que es necesario hacer todo lo posible para inducir a la paciente a orinar dentro de las 4 horas que siguen al parto, asimismo, vigilar los signos vi

tales y poner atención principalmente en la tensión arterial y el pulso ya que estos signos nos hablan del grado de sangrado tocando el útero que debe estar después de la expulsión de la placenta, duro y redondo con su margen superior por debajo del ombligo.

Los cuidados inmediatos después del parto son los que se le proporcionan a la paciente en la sala de recuperación y se continúan en la sala de puerperio. Los cuidados de enfermería que se le deben proporcionar a la paciente son:

- Recibir a la paciente con su expediente completo (con órdenes médicas) corroborando los datos de su brazalete con el mismo.
- Vigilar los signos vitales medición diaria.
- Vigilar su sangrado transvaginal (loquios que al principio son rojos, a partir del cuarto día la sangre es roja parduzca o roja obscura y del catorceavo día en adelante es de color amarillo pardo hasta el final ya que es de un color blanco). Lo que se le va a vigilar al sangrado es color, olor y cantidad, el olor normal es rancio; también se vigilará diariamente la involución uterina normal y su firmeza del útero.

- Se mide de la cicatriz umbilical hacia abajo calculándose en traveses de dedo, la reducción diario del fondo uterino mediante la palpación del útero suavemente a través de la pared abdominal y se observa que éste va reduciendo su tamaño al paso de los días.
- Realizar aseo perineal cuando sea necesario, enseñando a las pacientes la forma correcta de como colocar la toalla sanitaria, la cual se coloca de adelante hacia atrás y se retira de igual forma (la toalla sanitaria usada debe quitarse siempre de este modo) al terminar de retirarla se asea la región anal.
- El propósito del cuidado del periné es mantener el área perineal limpia y seca y evitar el mal olor. La reparación de la episiotomía se favorece manteniéndola libre de flujo.
- Si hay dolor en la región perineal se aplicará un guante con hielo para que disminuya, procurando no dejarlo por tiempo prolongado, ya que puede producir quemaduras.
- Proporcionar una dieta normal con abundantes líquidos.
- Baño diario.
- Favorecer la deambulaci3n en cuanto las pacientes se

encuentren en posibilidades de realizarla, ya que sue le permitirse que las pacientes normales se levanten de la cama desde las 24 horas después del parto. La deambulación precoz además favorece la peristalsis intestinal.

- Hay que hacer todo lo posible para inducir a la pa---ciente a orinar dentro de las 4 horas que siguen del parto, normalmente ha de orinar por lo menos 100 cc. si durante las ocho horas que siguen al parto la pa--ciente no orina, hay que avisar al médico.
- Preguntar a la paciente si ya evacuó, ya que debido a la lentitud del intestino durante el puerperio tal vez sea necesario la administración de un laxante en la tarde del segundo día y en caso de persistir el extrimiento avisar al médico, porque de lo contrario la paciente no podrá ser dada de alta hospitalaria si no ha evacuado.
- Ministración de analgésicos en caso de dolor según prescripciones médicas.
- Enseñar a la paciente la forma correcta de amamantar a su hijo, haciendo énfasis en la higiene de los pezones ya que es necesario el aseo de las mamas antes de cada tetada porque la leche seca puede acumularse e

irritar los pezones.

- Al ser dada de alta hospitalaria la paciente puérpera que no tropieze con dificultades durante el puerperio, se le recuerda que debe volver a consulta para realizarle un examen de control a las 3 ó 6 semanas a más tardar después del parto.

3.1.4 Cuidados de Enfermería inmediatos al Recién Nacido.

Concepto: Son los cuidados de Enfermería que se le proporcionan al recién nacido inmediatamente después del nacimiento.

Objetivos: Otorgar al recién nacido una atención oportuna, eficiente y libre de riesgos para ayudarlo a una mejor adaptación a la vida extrauterina.

Contribuir a la disminución de la morbilidad neonatal precoz.

Mantener libre las vías respiratorias del recién nacido.

Evitar hemorragias a través del cordón umbilical.

Prevenir la oftalmía neonatorum.

Evitar cambios bruscos de temperatura al recién nacido. Además de la pérdida de calor por evaporación.

Principios: El cuidado inmediato al recién nacido incluye delicadeza y prevención.

La temperatura del niño desciende en forma rápida inmediatamente después del nacimiento.

El recién nacido por naturaleza tiende a ser termolabil.

En el recién nacido las vías respiratorias libres favorecen su respiración.

La posición más inferior de la cabeza aspirar las flemas favorece el desagüe de fluidos de la nariz y de la faringe.

Desarrollo del tema.

Las horas más precarias de la infancia, son las inmediatas consecutivas al nacimiento. El recién nacido debe hallarse bajo observación constante, aplicando los principios científicos fundamentales en los que se basan las actividades de enfermería requeridas para su buena atención.

En la sala de expulsión, antes de llevar al recién nacido

do a la sala de cunas (neonatos), se realiza la asistencia inicial a ojos y cordón umbilical y se les ponen las bandas de identificación. Debe observarse al niño cuidadosamente para mantenerlo caliente y ver si su respiración es normal, su color adecuado y si no hay sangrado del cordón umbilical. Al nacer la piel del niño está cubierta por un material semejante al queso llamado vérmix, que actúa protegiendo su piel mientras está flotando en el útero materno. Sobre el cuerpo, especialmente sobre los hombros, puede haber vello suave llamado lanugo que desaparece en la primera semana después del nacimiento. 11/

Lo que primeramente debe hacerse para brindar una óptima atención de enfermería y en las mejores condiciones posibles es la preparación del ambiente físico, corroborando el buen funcionamiento de los aparatos y equipo. Los cuidados de enfermería inmediatos al recién nacido en la sala de expulsión y los mediatos en cuneros.

Cuidados inmediatos al Recién Nacido.

- Aspiración de secreciones.
- Ministración de oxígeno si es necesario.
- Ligadura del cordón umbilical.
- Profilaxis oftálmica (aplicación de antibióticos).

11/ Ibidem, p. 53.

(en algunas instituciones estas actividades las realiza el pediatra).

- Se le da baño de artesa (esto también varía de acuerdo a la institución ya que en algunas se lleva a cabo en la sala de cunero).
- Se le coloca al recién nacido el brazalete de identificación que debe llevar los mismos datos que el de la madre que son:
 - Nombre de la madre.
 - Sexo del producto (hombre o mujer)
 - Peso.
 - Fecha y hora de nacimiento.
 - Tipo de parto (autóxico, distócico, cesárea, etc.)
 - Número de producto.
 - Número de cama.
- Se efectúa la somatometría (peso, talla, perímetro cefálico, torácico y abdominal, pie, segmento, Inf. esta acción también varía de acuerdo a la institución ya que en algunas la realiza el médico pediatra y en otras la enfermera.
- Toma de la temperatura, es la única vez que se les toma rectal ya que con ello se corrobora la permeabilidad anal.

con una sabanita y su cobertor y se pasa a una cuna.

- Se le dá una posición de trendelembur, para que drenen las secreciones.
- Se deja en ayuno al recién nacido durante 6 horas y ya después de éstas se le inicia la V.O. con líquidos claros la primera vez y 3 tomas, ya después se le continúa con fórmula láctea.

Normas.

- a) En caso de que la tinta se borre el membrete, elaborar uno nuevo constatando los datos con el expediente.
- b) Aseo de las manos antes y después de manejar a cada recién nacido.
- c) Lavarse las manos al ingresar al servicio.
- d) Presentarse a recibir el servicio puntual y correctamente uniformada con:
 1. Uniforme quirúrgico (o chemis)
 2. Bata blanca de resguardo.
 3. Zapatos blancos.
 4. Gorro o turbante.

- Se les toma la huella plantar derecha y una vez que se ha realizado todo esto, se les pasa a mostrar a la madre descubriendo los genitales del recién nacido para hacerle incapié en que se fije en el sexo de su hijo si es hombre o mujer.

- Se cierra la hoja de enfermería y se pasa a cunero.

- En el cunero se le van a proporcionar los cuidados mediatos.

Objetivos: 1. Obervar al niño.

2. Detectar malformaciones.

3. Proporcionarle calor en caso necesario.

4. Satisfacer sus necesidades ffsicas y emo
cionales.

- Recibir al recién nacido con su hoja de enfermería, se corroboran los datos de la hoja de enfermería con los del brazalete del producto y se anota en la libre
ta de ingresos.

- Se pasa a la incubadora para normatermia.

- Se le aplica vitamina "K" l.m. dósis única y gotas oftálmicas.

- Después del baño se viste al recién nacido, se cubre

3.1.5 Atención de Enfermería en la preparación del área quirúrgica en una paciente programada para cirugía.

Concepto: Son las prácticas de asepsia quirúrgica que se llevan a cabo en el acto preoperatorio inmediato para destruir los microorganismos presentes en una zona mediante la desinfección mecánica del lavado y preparación de la piel sin menoscabo (perjudicar o dañar) de su integridad física y fisiológica del sitio por operar.

Objetivos: Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para cirugía.

Hacer hincapié en los principios de asepsia y antiséptica y su aplicación en la preparación local de la piel de la zona por operar.

Principios:

La piel no puede ser esterilizada pero usando antisépticos se disminuye el número de bacterias que contiene.

La humedad favorece la proliferación de microorganismos.

Una área limpia al contacto con una sucia se contamina.

Desarrollo del Tema:

A pesar de que el enfermo debe llegar debidamente dispuesto a la sala de operaciones, se requiere aún preparar la piel mediante una técnica que se denomina antisepsia porque en ella, se hace primero una remoción de grasas con detergente o con éter y enseguida se aplica antiséptico enérgico, habitualmente coloreado con una tintura que el cirujano sea consciente de la superficie que abarca. 12/

La finalidad del cuidado preoperatorio de la piel es hacer que quede, en lo posible, libre de microorganismos sin menoscabo de su integridad física y fisiológica.

Si el tiempo lo permite, por ejemplo, en cirugía que no es de urgencia, cabe que el médico sugiera que el enfermo emplee un jabón que contenga hexaclorofeno para limpiar el área cutánea, durante varios días antes de la cirugía para ayudar a disminuir el número de microorganismos en ella. Después del baño, el campo operatorio se limpia en particular

con agua y jabón. Se advierte al paciente acerca del procedimiento y rasurado, colocándolo en una posición cómoda y sin descubrirle indebidamente. Cualquier adhesivo o grasa pueden eliminarse fácilmente con una torunda empapada en benceno o éter, si el olor no es molesto para el paciente. Deberá rasurarse todo el pelo en la zona por operar (es muy penoso que el cirujano pida una rasuradora después que el paciente ha sido colocado en la mesa de operaciones). Se debe asegurar que la hoja de afeitar esté afilada y rasurar completamente el sitio de la operación y un buen margen alrededor de él para disminuir las fuentes de contaminación. Deberán evitarse los rasguños o abrasiones y hay que informar de cualquier erupción cutánea ya que son sitios potenciales de infección.

Algunos cirujanos no piden más, en cuanto a la preparación local, que la limpieza y el rasurado completo de la zona hasta que el enfermo llega al quirófano.

Hay que tomar en consideración ciertos factores al intentar dejar el campo operatorio tan limpio como sea posible para la cirugía propuesta y son los siguientes:

- 1) La piel humana por naturaleza posee flora bacteriana pasajera y habitual; algunos de esos microbios son patógenos.

- 2) La piel no puede esterilizarse sin destruir células dérmicas.
- 3) Ninguno de los antisépticos existentes produce desinfección cutánea instantánea.
- 4) Es inútil la práctica de aplicar antisépticos en la piel (en la sala de paciente) y cubrir la zona con apósitos y compresas estériles hasta la hora de incisión.
- 5) La eficacia del agente bactericida contra los microorganismos aumenta si se fricciona con gasa al aplicar el antiséptico.

Desinfección mecánica.- Cuando el médico o una enfermera "se lava", o prepara la piel del sitio por operar, lo hace para limpiar de modo mecánico las superficies cutáneas que pueden ser expuestas durante la operación, lo que significa eliminar la suciedad y la grasa de la superficie y los microorganismos que normalmente habitan en la piel, por lo regular ello se hace con agua caliente y jabón que produzca espuma abundante. Algunos cirujanos prefieren jabonarse con antisépticos, que parecen ser más eficaces para disminuir la fuente bacteriana de la superficie cutánea. Otros emplean detergentes con antisépticos para el mismo fin.^{13/}

^{13/} Sholtis, Brunner, L. y Cols. Enfermería Médico Quirúrgica. p. 1054.

Acciones de Enfermería:

La enfermera realiza la preparación local de la piel como son el rasurado y el lavado de la región para ello debe tener presentes los principios de asepsia y antisepsia, ya que con esto se contribuye en el éxito de la operación o en el fracaso de la misma, como miembro del equipo de salud.

Tricotomía de la región abdominal en una paciente programada para operación cesárea se debe rasurar desde debajo de las mamas hasta por debajo de la zona púbica. A los lados, el afeitado deberá extenderse hasta la línea axilar anterior. Hay que tener especial cuidado en la limpieza del ombligo y las ingles.

Tricotomía.

Concepto: Es el conjunto de maniobras que se llevan a cabo para eliminar el pelo de una región.

Objetivo de rasurar la piel:

- 1o. Limpiarla
- 2o. Eliminar las bacterias lo más que se pueda para evitar infecciones.

Principios:

- La piel íntegra y sana es la primera barrera contra los microorganismos.
- Un medio sucio favorece la proliferación de microorganismos.

Precauciones:

- Evitar cortar la piel del paciente.
- Favorecer la individualidad de la paciente.
- Usar una navaja nueva y agua tibia para favorecer la caída del pelo.

Material: Una charola conteniendo:

- Un rastrillo con navaja.
- Unas pinzas de anillos.
- Un matraz con sol. jabonosa.
- Un matraz con sol. fisiológico o agua.
- Un matraz con sol. antiséptico (benzal).
- Torundas de algodón.

Procedimientos:

1. Integrar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente (si es que se realiza en su cama).
2. Explicarle el procedimiento.

3. Preparación física, darle la posición de decúbito dorsal a la paciente descubriendo la zona por afeitar.
4. Aplicar Sol. jabonosa en la región (montando una torunda en la pinza de anillos).
5. Enjabonar la región y con la torunda montada en la pinza se restira la piel y se rasura de arriba hacia abajo.
6. Rasurar.
7. Enjuagar la región.

Si este procedimiento se lleva a cabo en el quirófano será sólo si es indicado por el cirujano, antes de que la paciente sea llevada al quirófano, la enfermera circulante revisará su expediente clínico, comprobando su identidad con la banda de identificación y por algunos minutos hablará con ella dándole preparación psicológica y explicándole el procedimiento. Si todo esto está en orden, ayudará al anestesista a llevarla al quirófano.

Una vez que la paciente ha sido trasladada a la sala de operaciones y es colocada en la mesa, la enfermera circulante iniciará el lavado quirúrgico cuando el médico anestesió-

logo le inicie la anestesia a la paciente, es entonces cuando le indica a la enfermera que inicie el lavado para realizarlo debe reunir primero su material y equipo necesario y si se encuentra sola para hacerlo en una mesa pasteur colocará y abrirá un equipo de aseo mecánico el cual contiene un riñón de acero inoxidable, dos flaneras, unas pinzas rochester y gasas; envuelto el equipo con doble compresa, abrirá el equipo auxiliándose de las pinzas de traslado para no contaminar, en una flanera verterá solución jabonosa, en la otra solución de benzal y en el riñón solución fisiológica, además se agrega una sonda de nelafón del # 14 para efectuar la cateterización vesical dejando conectada la sonda a derivación con un frasco recolector; ésta permanecerá instalada mientras dura el acto operatorio.

Para llevar a cabo dicho procedimiento, deberá tener presente antes de iniciar que es necesario proteger a la paciente a los lados con dos sábanas dobladas de tal forma que eviten hasta donde sea posible que los líquidos vertidos se acumulen en la mesa, ya que la humedad favorece la proliferación de microorganismos y esto una infección psotoperatoria de graves consecuencias.

Si es que lo realiza sola la enfermera circulante debe abrir sus paquetes de gasas, acercar las matraces con las

soluciones jabonosas, cloruro de benzalconio (benzal), sol. fisiológica, antes de enguantarse verterá las soluciones para iniciar el lavado se toman las gasas impregnadas con sol. jabonosa estéril y con movimientos largos y firmes, comenzan do por la parte distal y luego la proximal, dichos movimientos abarcan el área de la parte media sagital del abdomen como son: hipocondrio, flanco e hipocondrio izquierdo así co mo la parte media del epigastrio e hipogastrio, finalizando con la cicatriz umbilical en esta última con movimientos cir culares y se desechan las gasas, se repite el procedimiento posteriormente se hace lo mismo con el lado proximal, como segundo paso se enjuaga la región vertiendo la sol. fisiológica contenida en el riñón de acero inoxidable, se vierte con cuidado sin contaminar a una distancia de 10 cm. de reti rado de la piel. Por último se seca la región con una gasa restirada y sostenida con los dedos índice y pulgar de ambas manos.

Una vez que hallamos terminado de secar se separan las piernas de la paciente y se le coloca una gasa estéril en el introito vaginal y se hace la asepsia de la región vulvogeni tal separando los labios mayores de los menores (esto lo hacemos con la mano izquierda) y con la mano derecha lavamos haciendo hincapié en el aseo del meato urinario, después de lavar se aplica sol. antiséptica, se pinza la sonda nelatón

y se hace la cateterización vesical. Se conecta la sonda a derivación, se le bajan las piernas a la paciente dejándola en posición de decúbito dorsal, se retiran las sábanas de los lados de la paciente teniendo cuidado de no contaminar la región.

El lavado abarcará una región desde por debajo de las mamas hasta la parte superior del púbis. Se retira el material y equipo utilizado y se le dan los cuidados posteriores a su uso.

Precauciones:

- Que la solución antiséptica se encuentre a la concentración adecuada.
- No mojar demasiado la ropa de la mesa.
- No contaminar la mano enguantada mientras se realiza el procedimiento.
- Lavar a conciencia la región..
- Verter el líquido estéril siempre desde una altura mínima de 10 cm.
- Por donde pasa la gasa una vez, no se debe regresar, se desechan las gasas y se repite el procedimiento cuantas veces sea necesario.

Terminada la antisepsia de la piel, el cuerpo de la paciente y las regiones circundantes a la zona donde se operará deben ser cubiertas con ropa estéril, acción a la que se llama colocar el campo estéril. La ejecutan el ayudante y el cirujano (una vez que el ayudante ha realizado la técnica de aplicación de la antiséptico), quienes deben vigilar estrictamente sus movimientos para no tocar ningún objeto.

3.1.6 Asepsia, aplicación en el campo médico quirúrgico.

Conceptos:

- La palabra asepsia se refiere a la ausencia de todo germen patógeno.
- La asepsia médica, comprende las prácticas para excluir microorganismos de una zona limitada.
- La asepsia quirúrgica, se refiere a la práctica de destruir todos los microorganismos presentes en una zona.

Objetivos:

- El auxiliar de Enfermería, aplicará los principios científicos en que se basa la asepsia en los campos médico y quirúrgico hasta donde sea posible una vez visto el tema.

- Conocerá los principios de asepsia quirúrgica en el área clínica en donde ésta técnica se practica en su sentido más completo.
- Enunciará los términos empleados en la asepsia médica y quirúrgica.

Principios Químicos en que se basa la asepsia.

- La piel no puede ser esterilizada pero usando antisépticos se disminuye el número de bacterias que contiene la piel. Ejem. Benzal, ganophen, alcohol (al 70%), merthiolate, isodine, cry, etc.
- El sudor es un líquido claro, con reacción ligeramente ácida. La fricción con alcohol fija la albúmina de la piel y así endurece el tejido de la misma y lo hace más resistente a la presión.
- El uso excesivo de jabón puede dañar la piel, ya que es alcalino y quita los aceites protectores de la misma.
- El fenol es utilizado para desinfectar el esputo y las excretas. El empleo de lysol, agua oxigenada y otros germicidas disminuye el peligro de diseminación de enfermedades transmisibles.

- Los microorganismos patógenos pueden destruirse por calentamiento suficiente o por agentes químicos.

Principios Microbiológicos.

- El lavado médico de manos es el método más importante para la protección del paciente y la enfermera, la técnica aséptica quirúrgica requiere que todos los materiales y equipo empleados en los métodos quirúrgicos estén estériles.
- Los microorganismos patógenos son diseminados tanto por métodos directos como por indirectos.
- La piel íntegra y sana es la primera defensa contra los microorganismos que producen enfermedades.
- Los microorganismos son oportunistas que existen siempre en el ambiente. En condiciones adecuadas, estos oportunistas causan infección.

Principios de Anatomía y Fisiología.

- Epidermis es el término empleado para designar la capa más externa o superficial de la piel.
- La dermis es la segunda capa o piel verdadera.

Antiséptico: Es aquel que destruye o inhibe las bacterias. Sustancia que cuando se aplica a los microorganismos de índole patógena, los destruye o los hace inocuos evitando o destruyendo su crecimiento.

Agente: Germen o sustancia que produce la enfermedad. Poder, principios o sustancia capaz de actuar sobre el organismo. Agente patógeno. Sustancia capaz de producir o causar enfermedad sobre el organismo.

Autoclave: Aparato esterilizador construido para trabajar con vapor a presión. Va provisto de una llave.

Aislamiento: Separación de una persona, material u objeto y un manómetro para regular la presión y, por consiguiente, la temperatura a la que se desea someter los gérmenes.

Astringentes: Medicamentos que, debido a la preci-

- Los microorganismos patógenos entran al cuerpo por alguna de varias rutas. El conducto respiratorio, el conducto gastrointestinal y excoriaciones de la piel o de las membranas mucosas son las puertas de entrada.

Principios Farmacológicos.

- Los medicamentos que actúan sobre la piel se clasifican en emolientes, demulcentes, astringentes, antisépticos y desinfectantes.

Vocabulario: Asepsia: Liberarse de la infección, esto es, de gérmenes patógenos. Ausencia de materia séptica, estado libre de infección, método de prevenir infecciones por la destrucción o evitando los agentes infecciosos, en especial por medios físicos.

Antisepsia:

Prevención de la infección inhibiendo el crecimiento de gérmenes. Conjunto de procedimientos y prácticas destinadas a alejar o a destruir los gérmenes patógenos, en especial por medios químicos.

pitación de la albúmina, producen en las capas celulares superficiales un arrugamiento y desecación de los tejidos, con lo que se forma una especie de capa protectora contra los estímulos inflamatorios químicos, bacterianos y mecánicos. Tiene acción secante y anti-exudativa superficial. La sequedad de los tejidos es producida por una disminución en la actividad secretora de las glándulas. La superficie así "curtida" ofrece un mal terreno nutritivo para los gérmenes infecciosos, con lo que la acción antiséptica es fortalecida esencialmente.

Los principales astringentes son: nitrato de plata, ácidos tánico y gálico, acetato de plomo, sulfato de zinc, alumbre, ácidos, minerales diluidos, sales de bismuto, etc.

Desinfección: Destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias o partes en que pueden ser no

civos por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos contrarios a su vida o desarrollo.

Desinfección

Terminal: Medidas tomadas para destruir bacterias en una área abandonada por un paciente que sufría una infección.

Desinfectante:

Que destruye o neutraliza la infección. Agente o sustancia que posee esta acción. Completo. El que destruye o neutraliza no sólo los microorganismos, sino también sus formas vegetativas o esporas.

Demulcente: (acariciar, halagar). Adj. y sinónimo de emoliente.

Detergente: Agente que purifica o limpia.

Emoliente: (ablandar). Que relaja y ablanda las partes inflamadas.

Estéril: Ausencia de todo microorganismo, inclusive gérmenes, esporas, de hongos y virus.

Esterilización: El proceso o acto de inactividad o de matar todas las formas de vida microbiana; proceso por medio del cual los instrumentos, la ropa y otros objetos se convierten en estériles.

La esterilización en cirugía significa la destrucción de todos los microorganismos, incluidas las esporas. Y la desinfección es el acto de destruir todos los microorganismos patógenos que forman esporas, esto es aquellos de los que dependen las enfermedades contagiosas. Este método sería para desinfectar ropa de cama, ropas personales, orinales y otros artículos.

Desinfección mecánica.- Cuando el médico o la enfermera "se lava" o prepara la piel del sitio para operar, lo hace para limpiar de modo mecánico las superficies cutáneas que pueden ser expuestas durante la operación, lo que significa eliminar la suciedad y la grasa de la superficie así como los microorganismos que generalmente habitan en la piel.

Los germicidas o bactericidas son agentes que destruyen los microorganismos, Fenoles.- Se trata en este caso de germicidas de moderada actividad, pero no matan las esporas.

Son bactericidas para la mayor parte de las formas vegetativas, así como para el bacilo tuberculoso. Pueden ser empleados para desinfectar las heces intestinales, los pisos y las paredes. Los derivados del fenol comprenden los cresoles, el lisol y el hexaclorofeno.

El formaldehído (formalina), es altamente dañino para los tejidos y no puede ser empleado como antiséptico, ya que es un gas fuerte, irritante y fumigante. La solución es conocida con el nombre de formalina y es excelente desinfectante y esporicida.

El yodo puede ser usado como desinfectante y como antiséptico. La solución de yodo al 0.5 al 1.0 por 100 en alcohol etílico al 70% es el agente de elección para la desinfección de los termómetros clínicos. El yodo al 2.% puede ser esporicida. 14/

Desarrollo del Tema:

La palabra asepsia se refiere a la ausencia de todo germen patógeno.

La asepsia médica comprende las prácticas para eliminar

microorganismos de una zona limitada. Por ejemplo, si un paciente está afectado de tuberculosis activa, tanto él como todos los artículos con los que se ha puesto en contacto se consideran contaminados por *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que pueden propagar la infección. En la práctica de la asepsia médica los microorganismos se encuentran en una zona bien definida y todo artículo o material que sale de la misma se libera inmediatamente de bacterias, de modo que ya no pueda transmitir infecciones. El lavado de las manos de la enfermera con agua y jabón y con la posterior aplicación de solución antiséptica elimina bacterias peligrosas. Asimismo, el empleo de lysol, agua oxigenada, fenol y otros germicidas disminuyen el peligro de diseminación de enfermedades transmisibles.

El lavado de manos es una medida importante para evitar la diseminación de microorganismos. La buena técnica aséptica implica limitar en la medida posible la transferencia de microorganismos de una persona a otra.

Al lavarse las manos después del contacto con un paciente, la enfermera pone un obstáculo a la diseminación bacteriana, en especial de un paciente a otro. En el lavado de manos intervienen medios mecánicos y químicos destructores de microorganismos. El agua corriente elimina en forma mecánica

los elementos microscópicos, en tanto el jabón emulsiona las bacterias extrañas y reduce la tensión superficial, lo que facilita la eliminación de aceites, grasas y suciedad.

En la asepsia quirúrgica, el lavado de manos se hace antes de manipular el equipo esterilizado, con el fin de que las manos estén tan libres de bacterias como sea posible.

La asepsia quirúrgica se refiere a la práctica de destruir los microorganismos presentes en una zona.

La diferencia está pues, en que la asepsia quirúrgica es el lugar el que se libera de bacterias. Por ejemplo la herida operatoria de un paciente se conserva aséptica.

Principios de Asepsia y Aplicaciones.

- a) Principio: Un material quirúrgico es estéril en tanto no se contamine.
- b) Consecuencias: Un bulto con lencería estéril en un anaquel seguirá siendo estéril a menos que pasen a él microorganismos.

c) Puntos de Orientación: Si se maneja con todo cuidado el material estéril comercial y se conserva en una zona seca y limpia, libre de insectos polvo u otras fuentes de contaminación, puede considerarse estéril por tiempo indefinido. Los artículos esterilizados en el hospital y no incluidos en cubierta de plástico son considerados estériles sólo cuatro semanas.

a) Principio: Una zona o campo estéril puede contaminarse:

1. Al humedecerse con una zona subyacente ya no es estéril.
2. Al caer un objeto no estéril en un campo estéril.

b) Consecuencias:

1. Una sábana quirúrgica estéril sobre una mesa puede humedecerse por agua o líquido que le caiga de un recipiente de catgut quirúrgico.
2. El polvo que cae de las manos quirúrgicamente limpias antes colocarse los guantes estériles.

Un brazo no estéril que cruce por un campo estéril.

- c) Puntos de Orientación.
1. Los bultos estériles desechables contienen una hoja de polivinilo para recubrir la mesita, totalmente impermeable, al igual que sábanas quirúrgicas de tejido blando resistente al humedecimiento.
Si se emplean sábanas de tela, se colocará una hoja de polivinilo sobre la mesita antes de abrir el bulto.
Si se han humedecido en solución germicida materiales ampolletas o citoscopio, se permitirá que escurra el exceso de solución y después se colocará en una bandeja metálica estéril cubierta con una toalla para absorber la humedad y evitar daño en los artículos.
 2. Se evitará aplicar talco en las manos sobre el campo estéril o cerca del mismo. Se empleará una mesa independiente para las ropas y guantes.

Se evitará que el brazo cruce un campo estéril:

- a) Para dejar un objeto estéril.
- b) Para vaciar soluciones.
- c) Para ajustar tubos de aspiración, cauterio o drenaje.
- d) Para colocar y ajustar la iluminación.

a) Principios: 3. Por materiales infecciosos o sucios de herida, que son fuente potencial de infección.

4. Por bacterias llevadas por el aire, pues las corrientes de aire pueden transportar sustancias contaminantes.

b) Consecuencias: E. Coli y otros microorganismos se encuentran en vías gastrointestinales.

Microorganismos patógenos se encuentran en cualquier abceso.

Fuentes posibles de microorganismos infeciosos son polvo, aire espirado de la nariz y la faringe y esponjas sucias arrojadas en el campo estéril.

c) Puntos de Orientación: 3. Se limitará el campo contaminado a una zona lo más pequeña que convenga a la práctica. Después del método lencería, sábanas de campo, instrumentos, apósitos y guantes deben ser manejados con mucho cuidado.

4. Toda persona con una infección respiratoria no debe trabajar en el quirófano.

La nariz y la boca deben ser cubiertas con una mascarilla eficaz; toser o estornudar, en caso de ser necesario, se hará con la cabeza hacia un lado lejos del campo estéril.

La conversación innecesaria debe ser llevada al mínimo.

Se prohíbe el tránsito excesivo por el quirófano.

Todas las personas excepto el personal quirúrgico, deben portar vestidos especiales antes de entrar a la zona quirúrgica, como miembros del departata

mento de radiología, médicos consultores y otros.

El piso debe ser limpiado con técnica húmeda con germicida detergente eficaz, entre una y otra operación. Los detergentes son eficaces como agentes desinfectantes.

- a) Principio: Una zona estéril (campo) sigue siendo estéril incluso después de adicionar materiales estériles en ella.
- b) Consecuencias: Puede moverse un artículo estéril a otra zona estéril por:

4.1 Programa de Pláticas Educativas

4.1.1 Atención prenatal

Concepto: La atención prenatal es la vigilancia periódica, control médico y cuidados específicos en la mujer embarazada antes del nacimiento del niño.

Objetivo:

- Orientar a la mujer embarazada sobre los signos y síntomas del embarazo, control médico y cuidados específicos que requiere antes del nacimiento del niño.

Principios:

- El aparato reproductor femenino está constituido por el útero, los ovarios y las trompas de falopio.
- La alimentación de la futura madre es de importancia especial porque debe proporcionar cantidades abundantes de proteínas, vitaminas, minerales para proteger su salud y construir los tejidos nuevos de su cuerpo y del producto.
- Durante el primer trimestre del embarazo es cuando se lleva a cabo la organogénesis.

Desarrollo del tema:

La atención prenatal correcta constituye un aspecto de gran importancia en la Medicina Preventiva. Tener un hijo es un proceso fisiológico natural para las mujeres, con cuidados y preparación adecuada durante el embarazo, es una experiencia que ofrece seguridad y satisfacción. 15'

El embarazo tiene que considerarse al principio (a prioridad como normal). Por desgracia, la gran variedad y complejidad de los cambios funcionales y anatómicos inducidos por la gestación tienden a estigmatizar (marcar, imprimir) el embarazo como un estado anormal, cuando no inducen a considerarlo como una verdadera enfermedad. Los infinitos cambios en el organismo materno durante el embarazo hacen que a veces, no pueda ser muy precisa la demarcación entre la salud y la enfermedad. Por consiguiente, es necesario observar a las mujeres atentamente durante todo el embarazo a fin de poder reconocer, lo antes posible, cualquier problema de salud que amenace el bienestar de la madre y de su hijo.

El objetivo de los cuidados prenatales consiste en asegurar en lo posible que todo embarazo culmine en una madre y un hijo sanos.

El examen antes del embarazo es sin duda muy beneficio

so para la salud física y emocional de la futura madre y, a su vez de su futuro hijo. En condiciones ideales, la asistencia prenatal debería ser una continuación de un plan de vigilancia médica de la salud establecido de antemano para la mujer. Como consecuencia de este programa, las enfermedades adquiridas y las anormalidades del desarrollo serían reconocidas en su mayor parte, antes del embarazo y se tomarían las medidas adecuadas para erradicarlas o por lo menos para hacer mínimos sus efectos perjudiciales. En cualquier caso la madre debería ser examinada lo antes posible en su embarazo y después por lo menos mensualmente hasta el séptimo mes; en adelante deberá visitar a su médico (obstetra) al menos cada dos semanas hasta el último mes; durante este tiene que ser vista todas las semanas. Si se detectan signos y síntomas molestos, tales como edema de las extremidades o la cara, hemorragia, estreñimiento y cefalea, las visitas subsecuentes serán concertadas según la gravedad de la situación.

Pese a que la ausencia de menstruación es un signo de que la persona puede estar embarazada, solo el médico puede diagnosticarlo con certeza. Si éste comprueba que está embarazada, la examinará periódicamente, asegurándole así la mejor atención posible para ella y su futuro hijo.

Sensaciones:

Los cambios ocasionados por el embarazo son no solo físicos, sino también emocionales. No será raro que la embarazada se sienta angustiada por diversos motivos. Conviene conversar sobre estas angustias con alguna persona de su confianza como su esposo, amiga íntima o su médico. Exponiendo estas preocupaciones, le servirá para reconocer que no son tan alarmantes, como ella supone.

Cambios físicos:

El embarazo no es una enfermedad. Las molestias que puedan existir por lo general, no son serias. El más común es el estado nauseoso que aparece después que se levanta de la cama por la mañana. En este caso, lo mejor es comer liviano, alimentos secos como pueden ser tostadas en el desayuno y descansar hasta que esa molestia desaparezca. Esa sensación nauseosa, por lo general desaparece después del tercer mes del embarazo.

Al crecer su abdomen, todos los músculos que sustentan al cuerpo son estirados en direcciones opuestas. Por ello, ciertas embarazadas tienen dolores de cintura; esto puede atenuarse calzando zapatos de tacón bajo para darle a la mujer embarazada mejor equilibrio. Además, el médico puede juzgar que un soporte abdominal o una faja, puede aliviarla.

Al cuarto mes del embarazo, puede notar que de los pezones sale un líquido claro, acuoso; ello es normal. Los pechos deben limpiarse diariamente. Debe usarse un buen corpiño, que los soporte sin comprimirlos.

En los primeros seis meses del embarazo, visitará al médico una vez por mes. En esas consultas la embarazada puede discutir los problemas que la preocupan.

Dieta:

Durante el embarazo, debe tener especial cuidado de alimentarse con una dieta bien equilibrada. Si su dieta habitual consistía en carne, pescado, vegetales, leche y fruta, no existe necesidad de cambiar el régimen alimenticio. Por supuesto conviene no excederse en las comidas y disminuir los alimentos que hacen aumentar de peso rápidamente. (Es de suma importancia que nosotras como enfermeras enseñemos a las embarazadas a adecuar su presupuesto económico para que asimismo pueda consumir los nutrientes necesarios y al mínimo costo, por ejemplo: para consumir proteínas no necesariamente debe consumir carne de primera sino que puede sustituir comprando vísceras de pollo, o el pescado puede comprar retaso. En cuanto a la verdura debe ver cual se encuentra en el mercado a un precio módico y consumirla.

Hábitos Intestinales.

Durante el embarazo los hábitos intestinales tienden a hacerse más irregulares a causa de la relajación generalizada de la musculatura lisa y de la compresión al principio del embarazo del colon por el útero en crecimiento por la parte fetal que se presenta en los últimos tiempos de gestación. Además del malestar causado por la expulsión de heces duras, pueden desarrollarse fisuras sagrantes y dolorosas en la mucosa rectal edematosa e hiperémica. Existe también una mayor frecuencia de hemorroides y, mucho menos a menudo, se da el prolapso de la mucosa recta.

Las mujeres cuyos hábitos intestinales son razonablemente normales en estado no grávido, están en condiciones de prevenir el estreñimiento durante el embarazo con tal de prestar la necesaria atención a la evacuación intestinal, tomando cantidades suficientes de líquidos, realizando ejercicios diarios y, en caso necesario, ayudándose con laxantes suaves como mermelada de ciruela.

Cuidados de las mamas y el abdomen.

A menudo se aconseja un cuidado especial a las mamas durante el embarazo para incrementar la capacidad para alimentar, para curtir los pezones y con ello reducir la incidencia de grietas y efectuar un agrandamiento y eversión de los mismos. Los datos disponibles sugieren que las pomadas,

el masaje y la tracción de los pezones no siempre mejoran estas funciones, pero suelen ser inocuos. Los masajes y las unturas no alteran de modo significativo la incidencia de las estrías en las mamas y el abdomen. En general la extensión de la estriación es proporcional al aumento de peso de la paciente.

Cuidado de los dientes.

Es muy importante mantener la dentadura en óptimas condiciones durante el embarazo, puesto que infecciones pueden originarse de dientes en malas condiciones. Es aconsejable visitar al dentista lo antes posible.

En general el embarazo no contraindica el tratamiento dental requerido. Carece de fundamento la creencia de que el embarazo agrava la caries.

Baños.

La transpiración ocurre libremente durante el embarazo y es aconsejable tomar un baño diario. El agua debe estar tibia pero no caliente. El baño de regadera es adecuado, pero la madre que espera debe ser cuidadosa para evitar resbalar al entrar o salir de la regadera.

Vestido:

El aspecto más importante durante el embarazo es que los vestidos deben ser cómodos. Pueden ser holgados y a la vez elegantes. Probablemente no necesitará vestidos especiales para embarazadas hasta el cuarto o quinto mes.

No deberán usarse ligas o toda prenda que sea suficientemente ajustada como para impedir la circulación de la sangre.

Ejercicios:

El embarazo es una época de moderación, aún el ejercicio. Es conveniente que durante el día la embarazada camine breve trechos y tome aire fresco. Estará en condiciones de continuar con sus quehaceres domésticos, excepto los trabajos pesados y agotadores. En lo posible, debe tratar de descansar varias veces durante el día, evitando así de fatigarse en exceso.

Coito:

El coito debe evitarse cuando existe amenaza de aborto o parto prematuro. De otra manera, se está generalmente de acuerdo en el coito, no suele causar ningún daño a las mujeres embarazadas sanas antes de las últimas 4 a 6 semanas del embarazo. 16/

Señales de aviso:

Se debe instruir a la paciente durante una de sus primeras visitas prenatales, sin causar una alarma indebida, que exponga sin tardanza los siguientes síntomas a su médico:

- 1.- Sangrado vaginal. (cualquier hemorragia vaginal)
- 2.- Inflamación de manos o piernas, especialmente al levantarse. (Tumefacción de la cara o de los dedos).
- 3.- Frecuentes dolores de cabeza.
- 4.- Obscurecimiento de la vista o visión borrosa.
- 5.- Dolor abdominal.
- 6.- Vómitos persistentes.
- 7.- Escalofríos o fiebre.
- 8.- Disuria.
- 9.- No sentir el movimiento del niño durante un período prolongado.
- 10.- Escape repentino de líquido por la vagina.

4.2.1 Alimentación al seno materno y con biberón.

Concepto:

- La alimentación al seno materno, es el mejor medio para iniciar al recién nacido en la vida. Si la madre se encuentra en buen estado general lo puede alimentar, por el contrario si no lo puede alimentar se iniciará una alimentación artificial que asegure el crecimiento y desarrollo del niño.

Objetivos:

- Dar a conocer a las madres la importancia de dar el seno materno al recién nacido si no existe ninguna contraindicación para ello.
- Enseñar la técnica de alimentación al seno materno y con biberón, haciendo énfasis en las ventajas de la alimentación materna y marcando las desventajas tanto de un tipo de alimentación como de otra.

Introducción.

Dar el pecho al niño es una práctica tan antigua como la vida y tan moderna como el presente. Se ha reconocido desde hace tiempo que es el mejor medio para iniciarlo en

la vida.

La alimentación al seno materno, es indiscutible el valor que ella tiene para los niños dentro de los primeros meses de edad, ya que es el alimento biológico ideal, homólogo de la misma especie, estéril, completo, que mejor puede ofrecérsele al niño, se ha comprobado que los niños alimentados de ésta forma presentan mayor resistencia a algunos padecimientos infecciosos por conferirle anticuerpos, en la primera leche segregada que se denomina calostro, que como es sabido aparece en los últimos días del embarazo y aumenta notablemente durante los primeros días que siguen al parto, leche temprana segregada durante las primeras semanas, intermedia o madura segregada durante los 2 a 6 meses de edad del pequeño, leche tardía de los 7 meses y se prolonga hasta los 10 ó 12. 17/

Desarrollo del Tema:

1. Dar el pecho al niño es la forma que la naturaleza dicta para alimentarlo y algo que le proporciona a la madre una gran satisfacción. Algunas madres se muestran renuentes a amamantar a su pequeño por

creer que ello arruinará su figura; otras piensan que limitará sus actividades y tendrán que quedarse en casa; esto no es así. Otras más temen no saber si el bebé está recibiendo suficiente leche esto tampoco es problema. En realidad la leche materna no solo es un alimento ideal que ayuda a su pequeño a crecer fuerte y saludable, sino que además al dar el pecho hace que su útero recobre su posición y tamaño normal con rapidez (ya que cuando se amamanta se producen contracciones del mismo) ayudándole a recuperar su figura.

2. La preparación para la lactancia debe iniciarse tres meses antes de que nazca su bebé. Al bañarse, lávese cuidadosamente los pezones sin jabón, porque reseca la piel y puede ser causa de que se le agrieten; en los últimos meses del embarazo dé masaje circular hacia adelante y con firmeza varias veces al día, a continuación suavícelos con lanolina (cold cream) o aceite para bebé. Esto le tomará sólo un par de minutos y evitará que se lastime cuando inicie la lactancia.
3. El bebé recibe por primera vez el pecho regularmente a las primeras 12 horas después de nacido. Desde la primera ocasión póngase cómoda y relájese pues la ten

sión puede afectar la producción de leche. Después del parto se requieren unos cuantos días para que se produzca leche materna madura: entre tanto su bebé será alimentado por un fluido delgado amarillento secretado por los pechos denominado calostro. No se preocupe si no tiene el aspecto de leche; es excelente para el recién nacido mientras no se establezca bien su producción de leche, es posible que tenga que ofrecer los 2 pechos, lo cual es muy conveniente sirve para satisfacer mejor a su bebé y estimular una buena producción de leche.

4. Se debe establecer un horario para alimentar al bebé deben ser tetadas a lapsos regulares, nunca durante la noche y cada una en menos de veinte minutos, para evitar aerofagia exagerada (que el niño trague o introduzca demasiado aire). Esto es muy importante tanto para la madre como para el niño de no caer en el error de proporcionarle el pecho cuando no tiene hambre, o cada vez que llora o se inquieta por otros motivos o aún durante las horas de sueño que deben dedicarse al sueño y al reposo digestivo. Se puede establecer un horario, en los primeros meses será cada tres horas, posteriormente cada cuatro. Por ejemplo: iniciar a las 6 am. sería 6,9,12,15,18,21,1, hs. por

un lapso de 10 a 15 minutos (7 minutos en un pecho y 7 en el otro), esto será de acuerdo a la abundancia de la leche de la madre y la capacidad digestiva de cada niño.

5. Una vez que su médico le ha indicado el método de alimentación ¿cómo podrá saber si su bebé recibe suficiente leche?, si lo alimenta cuando tiene hambre y parece satisfecho significa que el alimento es suficiente. Además de que puede pesarlo de tiempo en tiempo y se considera satisfactorio un aumento de peso de alrededor de medio kilogramo por mes. Si el bebé no parece satisfecho consulte a su médico.

Ventajas de la leche materna.

- a) Es el alimento más completo e ideal, es estéril y no cuesta nada únicamente necesita la madre alimentarse adecuadamente para poder producir la cantidad suficiente y de buena calidad.
- b) Está libre de bacterias y se le dá al niño la cantidad adecuada y a temperatura constante.
- c) Es un agente profiláctico (es decir previene) contra

ciertas enfermedades, debido a los anticuerpos que contiene.

- d) La alimentación al pecho también ahorra el tiempo que se emplearía en preparar la leche artificial.
- e) La ventaja más grande de la alimentación al pecho es la relación emocional entre madre e hijo. Las madres que amamantan obtienen de ello una sensación de logro que otras no obtienen, acelera la involución uterina.

Desventajas de la alimentación al seno.

- a) Para la madre: la lactancia regular obliga a restricciones y puede desarrollar mastitis.
- b) Para el infante: ninguna, si la madre está sana y bien dispuesta y la producción láctea es suficiente.
- c) Cuando existen enfermedades infecciosas graves agudas como la fiebre tifoidea, tuberculosis pulmonar (ya que al toser la madre puede contagiar al bebé con las gotitas de saliva, neumonía, meningitis, etc. y otras enfermedades crónicas como la brucelosis o

fiebre de malta, enfermedades cardíacas Cardiopatías descompensadas o evolutivas, nefropatías con insuficiencia renal, deabetes, bocio, etc.

Otras causas son debilidad o desnutrición, anemia graves de la madre.

Causas locales: cuando hay deformación de los pezones que pueden estar umbilicados, muy pequeños o obstruidos (cerrados), o cuando existen grietas o mastitis.

Para amamantar al niño se deben seguir los siguientes pasos:

1. Lavarse las manos.
2. Cambiar pañales si es necesario y lavarse de nuevo las manos.
3. La madre debe adoptar una posición cómoda al cargar al niño para amamantarlo:
 - a). Si la madre está acostada, debe ponerse en decúbito lateral, con el brazo del mismo lado elevado al nivel del hombro y la cabeza sostenida en forma cómoda. El niño debe quedar acostado de lado, extendido sobre la cama o sostenido con almohadas.

- b). Si la madre se sienta para amamantar al niño, debe usar una silla cómoda, y si es necesario, puede emplearse una almohada para sostener su brazo o colocarla debajo del niño.
4. Debe poner la madre al niño al seno y asegurarse de que:
- a). El niño esté despierto.
 - b). La boca del niño tome todo el pezón y la aréola.
 - c). El pezón esté sobre la lengua.
 - d). La madre sabe como retraer el tejido del seno -- por encima de la nariz del niño de modo que este no tenga después dificultad para respirar.
5. Dejar mamar al niño:
- a). Tres minutos el primer día
 - b). Cinco minutos el segundo día
 - c). Siete minutos el tercer día
 - d). Diez a 15 minutos los días subsiguientes.
6. Revisar periódicamente para ver si el niño continúa mamando.
7. Hacer que el niño eructe (repita), para lo cual existen dos métodos y son los siguientes:

- a) Sentar al niño, sostener el pecho con una mano y dar palmadas ligeras con la otra. Colocar una toalla o pañal limpio bajo la barbilla del niño.
 - b) Colocar al niño sobre el hombro y dar ligeras palmadas en su espalda. Colocar la toalla o pañal limpio sobre el hombro, bajo la barbilla del niño (este último se hace con la finalidad de proteger tanto la ropa del niño con la madre en caso de -- que regurgitara).
8. Al terminar el período de lactancia, retirar al niño del seno. Si tiene todavía el pezón en su boca, hacer presión en ambas mejillas al mismo tiempo y retirarlo con delicadeza del seno.
 9. Por último al depositarlo en su cuna para que duerma -- después de amamantar al bebé, se debe tener cuidado de que su cabeza quede un poco más elevada que el resto del cuerpo y con la cara ligeramente lateralizada para evitar que cuando no lo vemos si llegara a vomitar o -- simplemente a regurgitar pueda broncoaspirar.

Alimentación Artificial.

La madre que ha decidido alimentar a su bebé con biberón puede hacerlo y proporcionarle de todos modos una alimentación segura y adecuada desde el punto de vista nutritivo. Crecimiento y Desarrollo del niño no se afectan por la alimentación artificial. Y sosteniéndolo en forma segura y delicada en sus brazos cerca de su cuerpo mientras lo alimenta con biberón, la madre puede impartir mucho de la sensación de amor y seguridad que le daría alimentándolo al seno.

La lecha que se emplea en la preparación del alimento del niño puede ser evaporada, embotellada, o en polvo. Algunas requieren que se agregue azúcar, que puede ser en forma de jarabe de maíz (miel karo), o azúcar de mesa blanca y gramulada. Las fórmulas se preparan según las órdenes del médico. Corrientemente se disuelven las fórmulas en una parte igual de agua, dando una concentración de 1:1, lo cual proporciona 20 calorías por onza (29.57 ml.). La fórmulas en -- polvo se diluyen una cucharada de polvo para dos onzas (59.14 ml) de agua, y proporciona también 20 calorías por onza.

Se aplica el mismo procedimiento para alimentar al niño con botella o al pecho. Se debe tener cuidado con el manejo de la botella las cuales se deben preparar teniendo cuidi

dado con el manejo de la botella las cuales se deben preparar teniendo cuidado de lavarse las manos con agua y jabón, lavar perfectamente las botellas por dentro y por fuera con un escobetillón y separar las roscas y los pezones artificiales para su lavado y se esterilizarán en la casa por medio de la ebullición, es conveniente tener destinada para ello una olla o hervidor de biberones, la cual debe ser lo suficientemente profunda para que la parte superior de las botellas no toquen la tapa, las botellas no deben descansar directamente sobre el fondo, sino sobre un bastidor, pueden colocarse los pezones artificiales dentro de un morralito hecho de tela de algodón y dejar que hiervan junto con los otros artículos, sacándolos después de tres minutos para evitar que se deterioren.

- Sacar artículos del hervidor con pinzas y colocarlos sobre una superficie limpia cubierta con una toalla limpia o trozo de tela.
- Hervir agua durante tres minutos y dejarla que se enfríe hasta que esté tibia. Medir la cantidad que se requiere.
- Lavar la lata que contiene la fórmula y enjuagarla con agua caliente.

- Agregar la cantidad prescrita de la fórmula a la cantidad de agua ya medida en una jarra especial para ello y mezclar con un tenedor o cuchara.
- Verter la fórmula ya mezclada en los biberones.
- Cerrarlos con pezones artificiales y tapas y almacenar en refrigerador hasta que llegue el momento de usarlos. Esto se hará cuando se preparen varios biberones a la vez.
- Cuando se preparan los biberones hasta el momento de dar de comer al bebé, después de hervidos cuando ya se pueden sacar del hervidor se escurren perfectamente y se les coloca los pezones artificiales y las roscas y así permanecen cerrados hasta el momento de utilizarlos.
- Es conveniente enjuagar biberones y pezones artificiales con agua fría inmediatamente después de utilizarlos.
- Para dar de comer el bebé se debe tener cuidado de no tocar los pezones artificiales, dejar caer un poco de fórmula sobre la muñeca para averiguar la temperatura y comprobar la cantidad de lecha que fluye a través del pezón artificial.
No debe salir en forma demasiado rápida ni demasiado lenta, sino en goteo constante y regular.

- Colocar una toalla o pañal limpio bajo la barbilla del niño y enseñar a la madre a colocar el pezón artificial sobre la lengua del niño, sosteniendo el biberón en un ángulo tal que la leche llene el cuello del mismo todo el tiempo para evitar que el niño trague aire. Debe hacerse que el niño eructe a la mitad y al final de su alimento, según el procedimiento descrito para el niño alimentado al pecho. 18/

Ventajas de la alimentación artificial.

- Desde el punto de vista nutricional la leche artificial presenta tantas ventajas que la asemejan a la leche natural.
- Puede suplir en un momento dado al seno materno cuando no es posible darlo por algun problema de salud u ocupacional.

Desventajas de la alimentación artificial.

- Es cara y más difícil de conseguir.

- Desde el punto de vista bacteriológica cuando no se maneja con todas las reglas de higiene, resulta un alimento peligroso ya que al contaminarse constituye una fuente de infección.
- Es un alimento peligroso para el lactante si no se hierve bien en el caso de la leche de vaca puede causar diferentes enfermedades (tuberculosis, brucelosis, etc) e incluso la muerte.
- Las malas reglas de higiene en la madre al prepararla propicia las constantes infecciones intestinales.

4.3.1. Higiene personal.

Concepto:

- La higiene personal es una de las formas más sencillas de conservar la salud y proporcionar bienestar.

Objetivos:

- Incrementar la promoción de la salud y prevención específica de las enfermedades por medio de charlas educativas (higiene personal).

Introducción.

La educación higiénica es el conjunto de acciones en caminadas a provocar cambios en los conocimientos, los hábitos y en la conducta, favorables para la salud del individuo y de la comunidad.^{19/}

El conservar buenos hábitos higiénicos, no sólo proporciona a la persona bienestar sino que además favorece la conservación de la salud, una personal limpia y bien aliñada causa buena impresión ante los demás ayudándole a tener una mejor aceptación de los que la rodean.

No es necesario poseer mucho dinero para conservar - buenos hábitos de higiene personal como son: el baño, el descanso, el sueño, la alimentación, etc. lo que se requiere es predisposición de la persona para hacer las cosas que forman parte de su vida diaria.

Desarrollo del tema:

- Las manos se ensucian con mayor facilidad porque están más en contacto con el ambiente, y al manejar alimentos

^{19/} Ibidem. p.8.

- Promover las medidas higiénicas en las pacientes que --
asisten a este hospital a recibir atención médica.

Principios.

- La enseñanza de medidas sanitarias e higiénica personal ayudan a prevenir la diseminación de las enfermedades --
transmisibles.
- Los hábitos regulares de higiene personal como el bañarse, descansar, dormir y alimentarse adecuadamente con --
alimentos protectores y con los que ayudan al crecimiento y reparación de las células, fortalecen la resistencia del cuerpo y disminuyen el peligro de la infección y de la enfermedad.
- Los buenos hábitos de higiene personal son superiores a los buenos modales; son un deber hacia nuestra familia y nuestra comunidad.
- El baño de limpieza con agua y jabón quita la suciedad --
de la piel, el sudor desecado y los productos de descamación de la piel restos de la capa epidérmica superficial.

O llevarlos a la boca se introducen microbios que enferman al organismo, sobre todo si se tienen las uñas largas y sucias.

- Para evitar lo anterior hay que recortarse las uñas y lavarse las manos antes de comer, después de defecar y -- siempre que estén sucias, esta es una medida de higiene muy importante para mantener la salud y evitar infecciones intestinales.
- El baño no sólo da limpieza y aceptación social sino que permite la correcta transpiración del cuerpo. El baño de limpieza con agua y jabón, limpia, refresca, estimula la circulación, provee de ejercicio moderado y ayuda en la eliminación por medio de la limpieza de la piel.
- Para mantener limpia la piel de todo el cuerpo es necesario bañarse lo más frecuente posible con agua y jabón mu dándose a la vez de ropa limpia.
- El cabello debe lavarse frecuentemente, con agua y jabón secarlo vigorosamente con toalla limpia, cepillarlo y -- peinarlo para tener buena apariencia y evitar parásitos.
- Las orejas deben lsearse con agua y jabón. No deben in

Introducirse objetos extraños para limpiar los oídos, porque se corre el peligro de romper el tímpano o provocar una infección.

- Pertenece a la higiene de persona el cuidado de la vista para lo cual se recomienda: leer con buena luz que venga desde arriba y de lado. Cuando se lee o se fija la vista por largo tiempo, debe hacerse descansar los ojos cerrándolos por unos segundos, o mirando hacia el punto más distante del lector.
- Cuando se introduce un cuerpo extraño en los ojos o se irritan, es conveniente consultar al médico y no recetarse uno mismo.
- El aseo de la boca es importante para evitar caries, mal aliento, enfermedades en las encías y otros padecimientos del cuerpo originados por el paso de los microbios de las caries a la sangre. Los dulces y refrescos azucarados facilitan la producción de caries dentales, por lo que se debe evitar su consumo fuera de las comidas.
- En forma sencilla de prevenir la caries y el mal aliento, es cepillar los dientes después de cada comida. Es recomendable consultar al dentista una vez al año para

prevenir enfermedades de la boca y tratar oportunamente las que se descubran.

- Para completar la limpieza del cuerpo debe usarse ropa limpia y así se evitan piojos, pulgas y microbios que causan enfermedad.

- Debe usarse ropa adecuada a la temperatura ambiente y a las actividades que se realizan. No hay que confundir ropa elegante con ropa simplemente limpia.

CONCLUSIONES

El Hospital de Urgencias de Gineco-Obstetricia No. 2 - del Departamento del Distrito Federal, se encuentra ubicado en el primer plano de la ciudad de México y está enmarcado entre importantes avenidas como son: al norte Fray Servando Teresa de Mier, al sur 24 de Abril, al este Francisco del Paso y Troncoso, al oeste Francisco Morazan; por lo que cuenta con suficientes medios de comunicación y transporte que facilitan la llegada al mismo entre ellos se cuenta con: autobuses de la Ruta 100, colectivos de la Ruta 1, línea 5 -- del metro.

Abarca un sector muy importante de la población del -- Distrito Federal como son el área de Netzahualcoyotl y las colonias del sureste, ésta unidad constituye un importante recurso del Sector Salud para la población que carece de -- los beneficios de la Seguridad Social, dotado de los recursos humanos, físicos y materiales suficientes para proporcionar atención eficiente a pacientes obstétricos de embarazo normal o con patología agregada o propia del embarazo.

Es una Unidad pequeña, cuenta con los recursos necesarios para brindar atención de calidad, trabaja en coordinación con los demás hospitales del Departamento del Distrito Federal a los que canaliza o le canalizan casos que competen a cada especialidad. Actualmente presta atención de 2o. nivel y tiene como objetivo principal al prestar atención óptima al binomio madre e hijo a la paciente que lo solicite, contribuyendo así a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

En lo referente al personal Médico y de Enfermería que laboran en ésta Institución se considera suficiente, cuenta con médicos especialistas en Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiólogos, Residentes y de Pregrado. El personal de Enfermería está integrado en su mayoría por Auxiliares de Enfermería las cuales desempeñan funciones y actividades propias así como de Enfermera General en el cuidado integral de las pacientes asignadas, en general podría decirse que el personal demuestra un gran sentido de responsabilidad y bastante habilidad y destreza en el desempeño de las actividades.

Como campo clínico para el pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se considera idónea la Institución por ser especializada en Gineco-Obstetricia. Las políticas institucionales de ésta Unidad se limitan la actividad de la atención de la paciente obstétrica específicamente de los partos eutócicos. También permitió desarrollo profesional en otras áreas con aportaciones para mejorar la prestación del servicio del personal de Enfermería de ésta Institución. Para lograrlo se desarrollaron los programas de Adiestramiento al personal de Enfermería y de pláticas educativas con base en los problemas detectados y las necesidades evidentes por lo que enfocaron a los siguientes puntos:

- Colaboración con institución por medio de la detección oportuna de necesidades en cuanto a nivel de conocimientos del personal de Enfermería que labora en la misma.
- Elaboración de un Programa de Adiestramiento al personal de enfermería, cuyo contenido fue elaborado, desarrollado tomando en cuenta el nivel de conocimientos y la calidad de la atención de Enfermería brindada a la población que asiste a dicha Institución.

Con esto se logró:

- Elevar el nivel de conocimientos en el personal de Enfermería, logrando con ello el que puedan proporcionar una eficiente atención de Enfermería a los pacientes - gineco obstétricos y al recién nacido.

- Disminuir los riesgos iatrogénicos causados por falta de conocimientos científicos en el personal de Enfermería al realizar la atención a los pacientes, asimismo, las ~~t~~tasas de morbi-mortalidad perinatal.

R E F E R E N C I A S

B I B L I O G R A F I A

- ARCHUNDIA, García, Abel y Cols. Técnicas y Educación Quirúrgica, Manual de Prácticas. Facultad de Medicina, Departamento de Educación Quirúrgica, UNAM. México, 1971, pp. 223
- ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Actualidades en Ginecología y Obsetricia. Ed.I.M.S.S., México 1975, pp. 166
- BAENA PAZ, Guillermina. Instrumentos de Investigación. 2a.ed. Editores Unidos. México 1980, pp. 190
- BENZON, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. 8a.ed. Editorial Interamericana, México, 1977, pp. 600.
- BLEIR J.I. Enfermería Materno Infantil. 3a.ed. Editorial Interamericana, México, 1975, pp. 228
- CASCAJARES, I.L., Chacerol, E. Compendio de Anatomía y Fisiología e Higiene. Editorial Elal sa, México, 1974, pp.396

- CASTELAZO, Ayala, L. Obstetricia. 4a.ed. Editorial Méndez Oteo, Tomo I, México, 1978, pp. 597
- DABOUT E. Diccionario de Medicina. Editorial Nacional, México 1972, pp. 815.
- DIELTS, P.V. Gineco-Obstetricia Básica. 2a. ed. Nueva Editorial Interamericana, México 1980, pp. 320.
- GANONG, William F. Manual de Fisiología Medica. 5a. ed. Editorial El Manual Moderno, México, 1976, pp. 690
- GOMEZJARA, F. y Cols. Teoría y Técnicas de Salud Comunitaria. Ediciones Nueva Sociología, México, 1983, pp. 689.
- MARTINEZ G. Lourdes, Monroy Ma. Análisis de la Trabajadora Social en los Hospitales Materno Infantil Cuauhtepc y H.G.O. # 2 Del D.D.F., S.E.P. Dirección General de Educación Tecnológica Industrial No.5, México, 1986. pp. 200

- MOMMSEN, H. Diccionario Médico Labor para-
la familia. 4a.ed. Editorial
Labor, México, 1972, pp. 815
- NOVAT, Edmund R. y Cols. Tratado de Ginecología. 9a.ed.
Editorial Interamericana, Méxi-
co, 1977, pp. 794
- PARDINAS, Felipe Metodología de la Investigación
de las Ciencias Sociales. Edi-
torial Siglo XXI. México, 1980
pp. 212.
- SHOLTIS BRUNNER, Lilian y Cols. Enfermería Médico Quirúrgica.
2a.ed. Editorial Interamericana
México, 1971, pp. 1105
- SMITH BERMAIN. Enfermería Médico Quirúrgica.
2a.ed. Editorial Interamericana
México, 1973, pp. 1105
- TITUS NORMARK, Madelyn. Principios Científicos Aplica-
dos a la Enfermería. Editorial
La Prensa Médica Mexicana, Mé-
xico, 1978, pp. 295
- VALENZUELA J., Luengas, L. Manual de Pediatría. Editorial
Interamericana, México, 1981,
pp. 825

A N E X O S

2.- Relación de actividades por servicio.

Actividades en la consulta externa de gineco-obstetricia.

- Recibir a la paciente.
- Pasar a la paciente al consultorio.
- Chequeo de los signos vitales.
- Realizar historia clínica gineco-obstetricia.
- Preguntar síntomas importantes de su estado grávido.
- Exploración física.
- Ayudarla a subir a la mesa de exploración.
- Realizar maniobras de Leopold, para determinar situación, presentación y posición del producto.
- Realizar exámen vaginal para determinar:
 - a) Estado y dilatación del cuello uterino
 - b) Presentación del feto.
 - c) Estado de las membranas.
 - d) Altura del producto.
 - e) Valoración de la utilidad de la pelvis.
- Manejo de papelería y expediente de la paciente.
- Ingresar a la paciente a la sala de labor.

Actividades en la admisión de pacientes en la sala de labor.

Concepto: La admisión es la actividad que permite el ingreso del paciente que ha cumplido con los requisitos fijados por la institución.

Objetivos:

- 1.- Dar atención al enfermo en forma inmediata y oportuna.
- 2.- Establecer buenas relaciones entre el personal, paciente y familiares.
- 3.- Familiarizar al enfermo con los reglamentos del hospital.

Actividades:

- Recibir al paciente en la sala de labor, junto con su expediente clínico.
- Checar su nombre completo y revisar lleve pulsera de identificación.
- Pedir a la paciente que vacíe su vejiga.
- Pedirle a la paciente que se desvista y se ponga la ropa del hospital.

- Realizar la toma de signos vitales.
- Colocar su ropa en una bolsa desechable, sellándola y poniéndole una tira de identificación con todos -- los datos de la paciente, para entregarla al servi-- cio de trabajo social.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica para realizarle aseo vulvar.
- Realizar tricotomía vulvo-perineal.
- Revisar indicaciones médicas.
- Realizar exploración física.
- Checar que la paciente lleve las uñas despintadas.
- Instalar venoclisis, para la aplicación de solucio-- nes parenterales.
- Tomar muestra de sangre para laboratorio.
- Realizar evaluación de las contracciones uterinas - cada quince minutos.
- Checar cada quince minutos el foco fetal, para detectar posible sufrimiento fetal.
- Trasladar a la paciente a la sala de expulsión.

Actividades desarrolladas en la Sala de Expulsión.

- Conocer perfectamente la sala, asegurándose de que todo el material y equipo, medicamentos, etc., se en---cuentren disponibles para la atención del parto y la atención inmediata del recién nacido estén en ópti---mas condiciones.
- Recibir a la paciente.
- Proporcionarle apoyo psicológico.
- Ayudarle a la paciente a pasarse a la mesa ginecológica y colocarle las piernas en los estribos.
- Explicarle las maniobras de asepsia y antisepsia de la región vulvo-perineal.
- Proporcionar al médico bata y guantes estériles.
- Asistir al médico en el amarre de las cintas de la bata.
- Proporcionarle campos estériles y equipo de parto preparado evitando contaminarlo.

- Checar la presión arterial de la paciente cada diez minutos.
- Vigilar el goteo de las soluciones parenterales.
- Preparar analgesia en caso de que el médico lo solicite cuando ya haya nacido el niño.
- Registrar en la hoja de enfermería, la hora del nacimiento del niño, estado general de la paciente, el curso del parto, etc.
- En caso necesario proporcionar al médico material de sutura para que suture la episiotomía.
- Dar cuidados inmediatos al recién nacido y asistirlo mientras termina el tercer período del parto.
- Mostrar a la madre el recién nacido para tranquilizarla.
- Realizar aseo vulvar terminado el trabajo de parto.
- Proporcionar a la paciente comodidad y limpieza.

- Se vuelve a checar la presión arterial y se entrega a la paciente al servicio de puerperio.
- Se recoge el equipo utilizado y se le dan los cuidados posteriores.
- Realizar aseo y preparación de la sala para el siguiente parto.

Actividades desarrolladas en la Sala de Quirófano.

Actividades de circulante:

- Recibir el material y equipo del servicio.
- Mantener en orden la sala de operaciones.
- Revisar el material y equipo necesario para la cirugía.
- Revisar que los bultos de ropa estéril sean suficientes.
- Recibir a la paciente que va a ser intervenida:
 - a) Identificarla.
 - b) Revisar que no lleve prótesis dentales, uñas pintadas, ni alhajas.

- c) Revisar que los estudios de laboratorio estén completos y que la hoja de autorización esté firmada.
 - d) Proporcionar a la paciente apoyo psicológico.
 - e) Verificar que lleve pulsera de identificación.
 - f) Revisar que su expediente clínico esté completo y tenga la hoja de anestesia.
- Pasar a la paciente y prepararla en la mesa de operaciones.
 - Avisar a los médicos cuando esté listo.
 - Asistir a la instrumentista cuando se vista quirúrgicamente.
 - Ayudar a abrir los bultos estériles.
 - Tener preparado el aparato de succión (corroborando que esté en perfectas condiciones para cuando se requiera).
 - Realizar el conteo de las gasas antes del cierre de la cavidad.
 - Calcular el sangrado transoperatorio.
 - Checar signos vitales y avisar al médico si están estables.

- Pasar a la paciente a la camilla y entregarla a la sala de recuperación.
- Revisar el material utilizado, que esté completo.
- Avisar a la persona de la limpieza para que limpie la sala, lavar el material e instrumental utilizado y dejar el aparato de succión limpio.
- Dejar la sala en orden.

Actividades desarrolladas en la Sala de Puerperio.

- Identificar a cada paciente.
- Revisar expediente clínico y tomar en cuenta los diagnósticos.
- Checar signos vitales.
- Revisar indicaciones médicas.
- Ordenar y hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
- Revisar grado y características del sangrado transvaginal.
- Palpar el fondo uterino (globo de seguridad).
- Realizar aseo vulvar.

- Proporcionar a las pacientes toallas sanitarias para que se cambien cuantas veces sea necesario.
- Revisar que las venoclisis estén permeables y funcionando bien, para evitar posibles flebitis.
- Vigilar signos de deshidratación e infecciones.
- Vigilar baño diario y deambulación precoz en las pacientes.
- Preparación y administración de medicamentos.
- Toma de temperatura cada seis horas.

Actividades desarrolladas en la Sala de Cirugía.

- Recepción de las pacientes en el servicio, mediante los procedimientos establecidos por la institución.
- Identificar a cada paciente.
- Checar signos vitales.
- Mantener la unidad de las pacientes bajo condiciones de comodidad e higiene.
- Revisar indicaciones médicas.
- Ordenar y hacer las anotaciones en la hoja de enfermería.

- Revisar las condiciones físicas de las pacientes (edo. de conciencia, fondo uterino, sangrado transvaginal y de herida quirúrgica, etc.).
- Realizar aseo vulvar y cambio de apósitos de heridas quirúrgicas cuantas veces sea necesario.
- Colaborar con los médicos en la visita diaria, proporcionando los datos clínicos observados durante el turno.
- Orientación a las madres sobre los cuidados al recién nacido.
- Aplicación de tratamientos médicos y quirúrgicos que requieran las pacientes.
- Preparación y administración de medicamentos.
- Vigilar que se lleven a cabo los exámenes y estudios especiales a la pacientes que los tengan indicados.
- Vigilar la higiene personal y alimentación de las pacientes.
- Elaborar plan de cuidados especiales a pacientes que lo ameriten. Ejemplo pacientes embarazadas de alto riesgo.
- Seleccionar pacientes para el servicio de planifica--

ción familiar, derivándolas oportunamente.

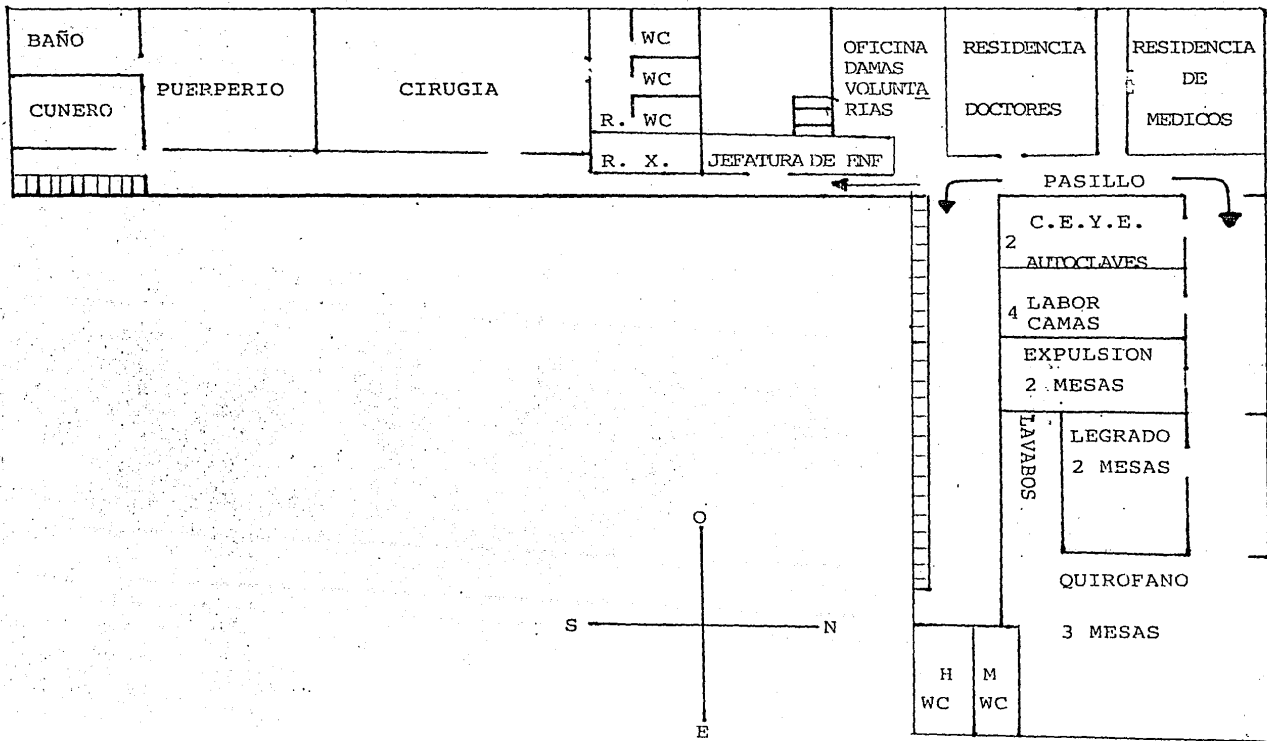
- Atención ulterior al material y equipo utilizado durante el turno.

Actividades realizadas en la Sala de Cuneros.

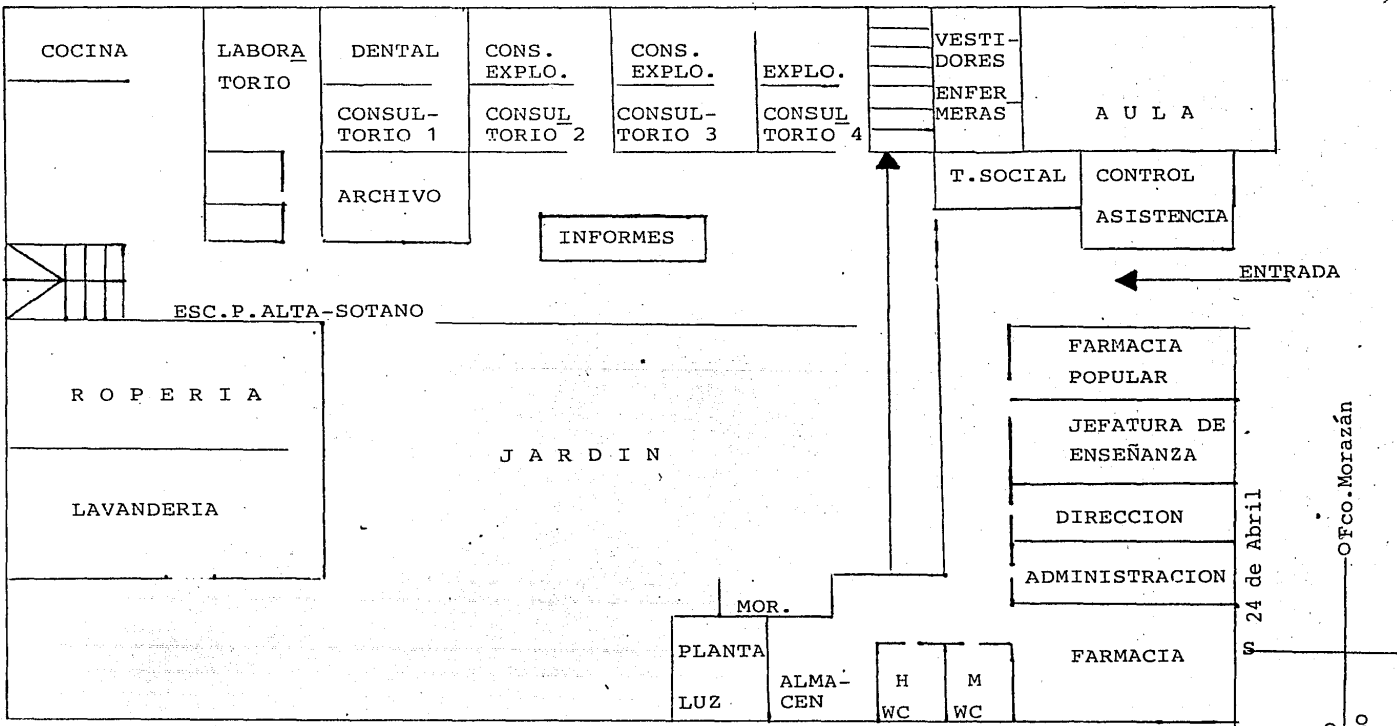
- Identificar a los niños.
- Revisar expedientes, órdenes médicas y hoja de enfermería.
- Checar temperaturas.
- Acondicionar el medio ambiente.
- Realizar la limpieza de la cuna o incubadora.
- Revisar venoclisis.
- Realizar curación diaria de la cicatriz umbilical.
- Colocar los biberones en la baño maría, cercando cada biberón, para poder identificar cual pertenece a cada niño.
- Proporcionar alimentación con biberón al niño o alimentación forzada con sonda según sea el caso.
- Vigilar características de evacuaciones y llevar un registro de ellas en la hoja de enfermería.
- Realizar cuantas veces sea necesario el cambio de ropa de cuna o de pañal .
- Proporcionar terapia afectiva al niño.
- Tomar en cuenta el tiempo de sueño en cada pequeño.

- Observar la respuesta a los reflejos.
- Avisar de inmediato al Pediatra de cualquier anormali
dad observada en el niño.

"HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA" PLANTA ALTA JEFATURA DE ENFERMERIA. 1977



HOSPITAL DE GINECO-HOBSTETRICIA PLANTA BAJA JEFATURA DE ENFERMERAS. 1977



DIRECCION: PROLONGACION LUCAS ALAMAN No.11 COL.DEL PARQUE, Z.P. 8

G L O S A R I O

- Albuminuria. Presencia de albúmina, una proteína en la orina.
- Analgesia. Falta de sensibilidad al dolor.
- Anestesia. Ausencia de sensación con o sin pérdida de la conciencia.
- Aureola. Anillo pigmentado que rodea el pezón.
- Atonía. Falta de tono muscular normal.
- Calostro. Líquido acuoso amarillento, secretado por los senos durante el embarazo y los primeros tres o cuatro días después del nacimiento, hasta que aparece la leche verdadera.
- Conjuntivitis. Inflamación de la membrana que reviste los párpados y cubre la superficie externa del globo del ojo.
- Endometrio. Membrana mucosa que reviste el interior del útero.
- Entuertos. Contracciones dolorosas irregulares del útero, después del nacimiento del niño,

que pueden durar de tres a cuatro días y se presentan sólo en pacientes multipárras.

Episiotomía.

Incisión de la pared de la vagina durante la expulsión para facilitar el nacimiento del niño y evitar desgarros del perineo.

Feto.

El vástago no nacido, contenido dentro del útero de la madre durante los últimos siete meses del embarazo.

Fondo.

Parte superior del útero.

Gestación.

Embarazo, hecho de llevar un feto dentro del cuerpo.

Grávida.

Mujer embarazada ; primigrávida durante su primer embarazo y multigrávida durante el segundo y los subsiguientes.

Hemorragia postparto.

Pérdida sanguínea de 500 ml. o más.

Infección puerperal. Infección caracterizada por temperatura de 38° C ó más, registrada durante uno de dos períodos de 24 horas sucesivas del puerperio (excluidas las primeras 24 hs.) o elevación de temperatura durante

	más de 24 horas.
Involución.	Regreso del útero a su tamaño normal después del nacimiento.
Lactancia.	Secreción de leche.
Líquido amniótico.	Líquido secretado por la capa interna de la bolsa de las aguas y contenido dentro de la misma.
Loquios.	Flujo vaginal que sigue al nacimiento y dura tres a cinco semanas.
Meconio.	Primeras evacuaciones negroverdosas del recién nacido.
Método de Credé.	Colocar una gota de solución de nitrato de plata al 1% en cada ojo del recién nacido como medida profiláctica contra ceguera causada por gonorrea.
Morbilidad.	Estado de Enfermedad; frecuencia de casos de enfermedad.
Múltipara.	Mujer que ha dado a luz dos o más niños en período de viabilidad.
Neonatal.	Perteneciente al recién nacido.

Oftalmía neonatorum.	Conjuntivitis purulenta del recién nacido.
Palpación.	Examen llevado a cabo tocando y explorando con las manos.
Parto.	Nacimiento del niño.
Pelvimetría.	Hecho de medir la pelvis.
Perineo.	Espacio entre vagina y recto.
Peristaltismo.	Progresión en forma de onda de contracción y relajación muscular que conduce los contenidos de un órgano tubular por el mismo.
Placenta.	Estructura vascular dentro del útero grávido que está conectada al feto por el cordón umbilical para nutrirlo y darle oxígeno.
Prenatal.	Que ocurre antes del nacimiento.
Primeros movimientos Fetales.	Primeros movimientos del feto dentro del útero, que se presentan de cuatro y medio a cinco meses de gestación.

Primigrávida.	Mujer que está embarazada por primera vez.
Primípara.	Mujer que ha dado a luz a su primer hijo.
Proteinuria.	Excreción de proteínas en la orina.
Puerperio.	Período de seis semanas que sigue al nacimiento del niño, durante el que tomar lugar la involución de los órganos pélvicos.
Trompa de Falopio.	Conducto largo y delgado que se extiende de cada porción lateral superior del útero hacia el ovario del mismo lado.
Utero.	Matriz.
Vagina.	Vía del parto.
Vermix.	Substancia con aspecto de queso que cubre el cuerpo de el feto dentro del útero.
Viabilidad.	Capacidad para vivir fuera del útero.
Vulva.	Organos genitales externos de la hembra.