

33
Ley



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**"ATENCION DEL EMBARAZO Y PARTO DE
BAJO RIESGO"**

I N F O R M E

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MIRIAM PRUZZO CHAVARRIA

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
Objetivos del Informe.....	2
I. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCION EN DONDE SE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL.	
1.1. Datos Generales	3
1.2. Antecedentes Históricos.....	4
1.3. Organización y Funcionamiento.....	4
- Filosofías.....	5
- Políticas.....	5
- Objetivos.....	5
- Tipo de Hospital.....	5
- Situación de Salud de la Población Atendida	6
- Causas de Morbilidad Específica Según Servi	7
cio.....	
- Causas de Mortalidad Específica Según Servi	8
cio.....	
- Porcentaje de Ocupación de Camas por Servi	10
cio.....	
- Recursos Físicos.....	10
- Departamentación.....	11
- Distribución y Número de Camas.....	12
II. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.	
2.1. Políticas.....	13
2.2. Objetivos.....	13
2.3. Organigrama.....	14
2.4. Recursos Humanos de Enfermería.....	15

	Pág
2.5. Funciones y Actividades del Departamento de Enfermería.....	17
- Actividades de la jefa de Enfermeras.....	18
- Actividades de la Sub-Jefa de Enfermeras....	19
- Actividades de la Supervisora.....	20
- Actividades de la Coordinadora de Enseñanza.	22
- Actividades de la Jefa de Sala.....	23
- Actividades de la Enfermera Especialista....	24
- Actividades de la Enfermera General.....	26
- Actividades de la Auxiliar de Enfermería....	27
III. PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL.	
3.1. Objetivos.....	29
3.2. Actividades.....	30
3.3. Programa de Trabajo del Pasante en Servicio Social.....	31
- Justificación.....	31
- Objetivos.....	31
- Metas.....	32
- Límites.....	32
- Recursos Disponibles.....	33
- Parametros de Evaluación.....	37
IV. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.	
4.1. Descripción de las Actividades Realizadas por Servicios.....	38
4.2. Fundamentación Científica de las Actividades..	41
4.3. Informes Cualitativo y Cuantitativo de Actividades.....	96

V. INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADAS EN LA UNIDAD TOCO-QUIRURGICA.	
5.1. El aborto.....	103
5.2. La Toxemia Gravídica.....	120
5.3. Ruptura Prematura de Membranas.....	135
5.4. Parto Prematuro.....	146
CONCLUSIONES.....	160
SUGERENCIAS.....	161
ANEXOS	
BIBLIOGRAFIA	
GLOSARIO	

INTRODUCCION

El servicio social es una actividad importante dentro de cualquier carrera, ya que por medio del mismo se le permite al estudiante adquirir nuevos conocimientos y experiencias que serán de gran ayuda en su formación profesional.

El informe del servicio social en su primer apartado dará información en relación a la organización y funcionamiento de la institución médica en donde se realizó el servicio social; en el segundo abordaremos la organización y funcionamiento del departamento de enfermería; en el tercero se presenta el programa de trabajo, así como la fundamentación científica de la misma; en el quinto capítulo se desarrolla el marco teórico y la historia natural de las patologías más frecuentes de la unidad toco-quirúrgica. Y por último mencionaremos algunos problemas detectados así como sus posibles soluciones; las conclusiones, anexos y bibliografía consultada.

OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

- Dar a conocer por escrito las actividades realizadas en el servicio social.
- Tener un instrumento que sirva de apoyo para sustentar examen profesional.
- Realizar investigación bibliográfica para integrar un marco teórico que permita fundamentar y otorgar una mejor atención de enfermería.

I. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCION MEDICA
EN DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

1.1. Datos Generales.

Nombre:

HOSPITAL GENERAL " GENERAL JOSE VICENTE VILLADA "

Dependencia:

Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México; Jurisdicción Sanitaria de Cuautitlán, Estado de México.

Ubicación:

Alfonso Reyes esquina Venustiano Carranza, Cuautitlán Estado de México.

Personal Dirigente:

Director:

Dr. Jorge Galván Domínguez.

Sub-Director Administrativo:

C.P. Juan Manuel Galicia Ramírez.

Jefe de Enseñanza e Investigación:

Dr. Eduardo Vasquez Zea.

Jefe de Enfermeras:

Enf. Admva. Alicia Hernández Salinas.

Coordinador de Enseñanza:

Enf. Admva. Georgina Ramírez.

1.2. Antecedentes Históricos.

Este hospital fué creado conforme a la Ley General de Salud que se decretó en el Diario Oficial de la Nación en enero de 1984, en el que se consagra el derecho a la salud como garantía social. En 1983, se tomó como base para tal efecto que 38 millones de habitantes; los cuales representan 45% del total de la población del país, se encontraban desprotegidos de servicios de salud y sólo a 16 millones de estos, pudo dar atención la Secretaría de Salud.

Como respuesta a esta demanda de atención se crearon 6 hospitales generales con 144 camas cada uno y como resultado de los sismos de 1985 que afectaron gravemente la infraestructura del Sector Salud aumentando así la población desprotegida por los servicios de atención a la salud.

El 10. de julio de 1987, se inauguró la consulta externa y los servicios de hospitalización el 7 de septiembre del mismo año.

1.3. Organización y Funcionamiento.

Filosofías

- Proporcionar servicios médicos a la población con especial interés en el segundo nivel de atención, mejorando y homogenizando la calidad de los mismos.

- Promover la salud de la población disminuyendo la incidencia de sectores que la ponen en peligro; fomentando el automantenimiento de la salud particularmente a los sectores rurales y suburbanos con la marcada protección a los grupos más vulnerables.

- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del ambiente, procurando mantener el equilibrio de la triada ecológica en la población en general.

Política.

- Dar atención médica al área de influencia, considerando a los municipios cercanos a esta unidad.

Objetivos.

- Proporcionar atención médica de calidad a la población abierta que requiera los servicios de salud; mediante diagnóstico y tratamiento oportuno, así como promoción a la salud para disminuir los índices de morbi-mortalidad de la población mexicana.

- Proporcionar dicha atención con el mínimo de recursos posibles para elevar la esperanza de vida.

Tipo de Hospital.

Es un hospital de segundo nivel de atención, de tipo horizontal, que atiende a la población abierta; pero da prioridad a las personas de escasos recursos y que no cuentan con servicios sanitarios de atención a la salud. Su capacidad es de

144 camas con un tiempo de estancia promedio por servicios de 5 días en pediatría, 7 días en el servicio de medicina interna, 4 días en cirugía, 2 días en ginecología.

El hospital funciona con el sistema de referencia y contrareferencia o sea que los pacientes que son atendidos tuvieron que haber pasado a valoración a una consulta general en el primer nivel; el cual los refiere si es necesario al segundo nivel y éste a su vez los canaliza para su control subsecuente al primer nivel, dándose así la contrareferencia.

Tiene programado prestar atención a 530,248 habitantes de su zona de influencia integrada por 14 municipios: Tultepec, Cuautitlán, Izcalli, Melchor Ocampo, Tepozotlán, Coyotepec, Huehuetoca, Huipotztla, Nextloapan, Jultenco, Tequisquiác, Zumpango.

SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION ATENDIDA

Causas de morbilidad específica según servicio (1989)

Medicina Interna (morbilidad)

Diabétes Mellitus.	44 casos
Cirrosis Hepatica	27 casos
Alcohol, Nutricional	19 casos
Cardiopatías	19 casos

Neumonía.	17 casos
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	14 casos
Accidente Cerebro Vascular	10 casos

Cirugía (morbilidad).

Apendicectomía	85 casos
Colecistectomía.	57 casos
Insuficiencia Venosa	22 casos
Hernia Umbilical.	19 casos
Hernia Inguinal.	13 casos
Circuncisión	10 casos
Herida con Arma Blanca.	10 casos

Pediatría.

Enfermedad Parasitaria Gastrointestinal.	102 casos
Sarampión	74 casos
Bronquiolitis.	39 casos
Bronconeumonías.	36 casos
Asma Bronquial.	19 casos
Crisis Convulsivas.	13 casos

FUENTE: Departamento de archivo clínico.

Ginecología.

Abortos. 466 casos

Amenaza de parto

Prematuro. 199 casos

Ruptura Prematura

de Membranas. 130 casos

Causas de Mortalidad Específica según
Servicio (1989).

Medicina Interna.

Diabétes Mellitus. 9 casos

Cirrosis Hepática Alcohol

Nutricional. 6 casos

Accidente Cerebro Vascular. 4 casos

Enfermedad pulmonar

Obstruictiva Crónica. 3 casos

Cirugia.

Insuficiencia Cardíaca. 2 casos

Pediatría.

Bronconeumonía. 12 casos

**Enfermedad Parasitaria
Gastrointestinal. 8 casos**

Bronquiolitis. 3 casos

Ginecología.

Abortos. 4 casos

FUENTE: Departamento de Archivo Clínico.

Porcentaje de Ocupación de Camas por Servicio.

<u>Servicio</u>	<u>Porcentaje</u>
Medicina Interna	38.2 %
Cirugía.	37 %
Pediatría.	51 %
Gineco-Obstetricia.	77 %

FUENTE: Departamento de archivo clínico.

Recursos Físicos.

Estructura Física.

Cuerpo A. (2 plantas). Planta alta: Oficinas de gobierno, recursos humanos, informática, conmutador, archivo, control, consulta externa, 10 consultorios por especialidades.

Planta baja: Entrada principal, farmacia, medicina preventiva enseñanza e investigación, biblioteca, dos aulas, admisión hospitalaria, banco de sangre, laboratorio clínico, rayos X, trabajo social.

Cuerpo B: Urgencias, labor y expulsión, quirófano y anestesia, recuperación, C.E. y E.; U.C.I. e inhaloterapia, tres consultorios de urgencias, control, área de camilleros.

Cuerpo C: Medicina interna, cirugía general, Hospitalización.

Cuerpo D: Gineco-Obstetricia, cureros, pediatría, hospitalización.

Cuerpo E: Comedor, auditorio, almacén general, anatomía patológica, lavandería, banco de leche, dietología, cocina, vestidores generales de hombres y mujeres, control de asistencia, intendencia y transporte, cuarto de máquinas, mantenimiento y oficinas de servicios generales.

Departamentación.

Departamentos generales: Almacén general, bibliohemeroteca, contabilidad, archivo y correspondencia, intendencia, lavandería y ropería.

Departamentos intermedios: Anatomía patológica, anestesiología, banco de sangre, dietología, electrocardiografía, inhaloterapia, enfermería, farmacia, laboratorio de análisis clínicos, radiodiagnóstico, registros hospitalarios, admisión, trabajo social, orientación y quejas, central de equipos y esterilización, unidad toco-quirúrgica.

Departamentos finales: Urgencias, consulta externa, hospitalización, medicina preventiva, enseñanza e investigación.

Distribución y Número de Camas.

Censables.	144
No Censables.	77
T o t a l .	221

Distribución de Camas Censables.

Medicina Interna.	22
Cirugía General.	56
Gineco-Obstetricia.	38
Pediatría.	28
T o t a l .	144

Distribución de Camas no Censables.

Urgencias de Adultos.	8
Pediatría.	5
Recuperación.	10
Incubadoras.	8
Unidad de Cuidados Intensivos (Neonatos)	1
Cuneros.	33
Cunas Térmicas.	4
Unidad de Cuidados. Intensivos (Adultos).	4
Labor.	4
T o t a l .	77

II. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

2.1. Políticas:

- La utilización de los recursos materiales y suministros para el desarrollo de actividades de enfermería será con un máximo de eficiencia y economía sin descuidar la atención de calidad al paciente.
- Existirá una continua y armoniosa coordinación con el área médica, para el tratamiento adecuado, evitando así posibles yatrogenias o infecciones imputables a enfermería.
- En relación al personal de enfermería con el equipo multidisciplinario, pacientes, familias y comunidad en general deberán desarrollarse en un ambiente de cortesía y respeto.
- La descripción del personal en los servicios se determinará en función a las necesidades de atención a los pacientes y tomando en cuenta el grado de capacidad, habilidades y disposición del trabajo.

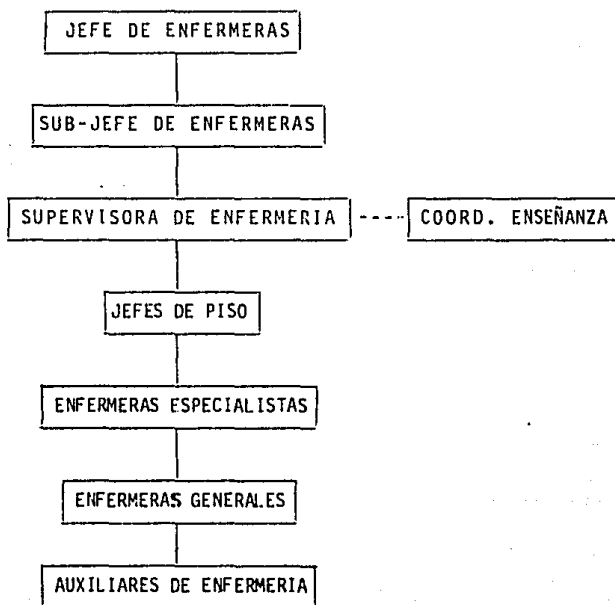
2.2. Objetivos:

- Proporcionar atención de la mejor calidad con el número de recursos disponibles y con el mayor beneficio y satisfacción para el paciente, familia y comunidad.
- Contribuir con los servicios médicos del

hospital en la atención integral de los pacientes mediante las acciones de enfermería.

- Colaborar en los programas de educación y orientación que permitan abatir los índices de morbilidad en los pacientes atendidos.

2.3. Departamento de Enfermería (organigrama)



2.4. Recursos Humanos de Enfermería.

- Relación de personal profesional y no profesional del Departamento de Enfermería de los turnos matutinos, vespertinos y nocturnos (guardias A y B).

<u>TURNO MATUTINO SERVICIO</u>	<u>PROFE SIONAL</u>	<u>PERSONAL NO PROFESIONAL</u>
Departamento Enfermería	6	-
Consulta Externa	1	4
Urgencias	4	4
U.C.I.	2	1
C.E. Y. E.	2	5
Qx. Recuperación	4	3
Labor y Expulsión	4	2
Gineco-Obstetricia	3	4
Pediatría	4	-
Cuneros	4	2
T o t a l .	34	25

<u>TURNO MATUTINO SERVICIO</u>	<u>PROFE SIONAL</u>	<u>PERSONAL NO PROFESIONAL</u>
Medicina Interna	3	2
Cirugía General	5	1
T o t a l .	42	28

<u>TURNO VESPERTINO SERVICIO</u>	<u>PROFE SIONAL</u>	<u>PERSONAL NO PROFESIONAL</u>
Departamento Enfermería	2	-
Urgencias	3	3
U. C. I.	1	2
C.E. Y. E.	-	4
Qx. Recuperación	3	2
Labor y Expulsión	2	4
Gineco-Obstetricia	2	3
Pediatría	2	3
Cunero	2	3
Medicina Interna	3	2
Cirugía General	3	1
T o t a l .	23	27

<u>TURNO NOCTURNO SERVICIO</u>	<u>PROFE SIONAL</u>	<u>PERSONAL NO PROFESIONAL</u>
Departamento Enfermería	1	-
Urgencias	2	2
C.E. Y. E.	-	1
U.C.I.	2	1
QX. Recuperación	1	1
Labor y Expulsión	2	3
Gineco-Obstetricia	1	2
Pediatría	2	2
Cuneros	2	2
Medicina Interna	1	1
Cirugía General	1	1
T o t a l .	15	15

Concentrados de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

<u>TURNO</u>	<u>PROFESIONAL</u>	<u>NO PROFESIONAL</u>
Matutino	42	28
Vespertino	23	27
Nocturno A.	15	15
Nocturno B.	15	15
Sub-totales	95	85
T o t a l .	180	

Horario de trabajo del personal de enfermería.

Turno Matutino de: 7:00 a 14:00 Hrs.
 Turno Vespertino: 14:30 a 20:00 Hrs.
 Turno Nocturno: 20:00 a 7:00 Hrs.

2.5. Funciones y Actividades del Departamento de Enfermería.

Funciones.

- Planear, implementar y controlar las funciones administrativas, técnicas y docentes del personal de enfermería para asegurar una atención suficiente y competente para el paciente.
- Investigar y jerarquizar las necesidades que

en aspectos de enfermería tiene la unidad, recursos humanos, materiales y equipo.

- Planear la distribución del personal de enfermería por número y tipo adecuado a las necesidades de los servicios.
- Mantener informada a la Dirección del Hospital de las actividades del Departamento de Enfermería y de programas específicos en relación con la atención de los pacientes.

JEFA DE ENFERMERAS

Actividades.

- Realizar la elaboración de las normas y reglamentos necesarios para el buen funcionamiento del departamento a su cargo.
- Vigilar que se pongan en práctica los programas de trabajo del departamento a su cargo.
- Realizar reuniones con las enfermeras, coordinadora y jefe de sala para coordinar las actividades; identificar y solucionar problemas y hacer los ajustes necesarios a los programas en desarrollo.
- Define y delimita las actividades correspondientes a cada uno de los elementos de enfermería.
- Investigar las necesidades de recursos materiales, equipo, instalaciones y suministros requere-

ridos para realizar las actividades que corresponden a enfermería.

- Elaborar y proponer sistemas de control y evaluación para el personal de enfermería.
- Efectuar un análisis y evaluación continua de la atención de enfermería que se proporcione.
- Realizar recorrido de supervisión para evaluar la atención proporcionada al paciente.
- Autorizar permisos, licencias y cambio de turno o servicio, así como vacaciones, descansos solicitados por el personal de enfermería.
- Informar por escrito al Departamento de Personal todo lo relacionado a cambios de horarios, inasistencia, descansos, vacaciones, incapacidades, abandono del empleo del personal de enfermería.

SUB-JEFA DE ENFERMERAS

Actividades.

- Asistir en representación de la jefa del departamento a reuniones y congresos profesionales.
- Suplir a la jefa del departamento de enfermería en sus ausencias temporales.
- Celebrar reuniones de coordinación con el personal supervisor de los servicios de enfermería.

- Participar en la elaboración de manuales de organización y procedimientos de enfermería.
- Revisar conjuntamente con la jefa del Departamento de Enfermería y personal del mismo los logros obtenidos en los programas generales y específicos de trabajo.
- Colaborar con la Coordinadora de Enseñanza en las actividades docentes.
- Colaborar en la elaboración del programa de trabajo.
- Fomentar el desarrollo personal y profesional de las enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios.
- Realizar y mantener actualizado el diagnóstico de la situación de enfermería en el hospital.
- Revisar y autorizar las solicitudes de los pedidos de almacén.
- Efectuar el cálculo de personal de enfermería necesario en los servicios a su cargo.

SUPERVISORA DE ENFERMERIA

Actividades.

- Planear las actividades conjuntamente con la jefa del servicio.

- Orientar al personal de enfermería sobre las normas de trabajo, uso de manual, rutinas, condicio nes generales de trabajo y reglamentos.
- Entrevistar al personal de enfermería para co nocer sus necesidades individuales y resolver las que estén a su alcance o proponer a la jefa de en-fermería posibles soluciones.
- Evaluar la calidad del servicio que se propor-ciona al paciente y asesorar de acuerdo a las nece-sidades encontradas, haciendo resaltar los aciertos y deficiencias.
- Verificar que se cuente con el equipo y sumi-nistro adecuado para los servicios y vigilar su uso.
- Proponer al personal para que asista a cursos, se le otorguen becas e incentivos por destacar en el ejercicio profesional.
- Verificar el cambio de turno.
- Suplir a la jefa o sub-jefa de enfermería du-rante su ausencia.
- Hacer un informe de sus actividades y repor-tar los acontecimientos presentados durante su tur-no de trabajo.
- Supervisar y evaluar el cuidado de enfermería que se proporciona a los pacientes y demás activida

des que se llevan a cabo en los servicios.

- Planear en coordinación con el personal médico, actividades especiales que requieran algunos pacientes.

COORDINADORA DE ENSEÑANZA

Actividades.

- Elaborar las normas y lineamientos para la utilización de los servicios como campos clínicos de los estudiantes de enfermería y darlo a conocer a las autoridades correspondientes.
- Participar con las instructoras de enfermería en el estudio del campo clínico seleccionado como área de aprendizaje.
- Orientar al grupo de alumnos y personal de enfermería de nuevo ingreso sobre la administración, organización y funcionamiento del hospital y del Departamento de Enfermería.
- Participar en la evaluación de las prácticas de los alumnos de enfermería.
- Informar sobre el desarrollo de las actividades del personal docente, alumnos y pasantes de enfermería.
- Participar en juntas, cursos- seminarios, mesas redondas y otras actividades de enseñanza que

sean útiles para el desarrollo de la profesión.

- Impartir cursos de introducción al puesto para el personal de nuevo ingreso.
- Efectuar entrevistas con los alumnos para aclarar dudas y fomentar las buenas relaciones humanas.
- Elaborar el programa de trabajo de las pasantes de enfermería en servicio social.
- Colaborar en investigación para resolver problemas diarios del servicio de enfermería a fin de darles la mejor solución posible.

JEFA DE SALA

Actividades.

- Planea, organiza y controla las actividades del personal de enfermería a su cargo.
- Recibe y entrega turnos.
- Elabora y entrega el informe del movimiento diario de pacientes.
- Establece coordinación para la realización de acciones y actividades relacionadas con el paciente; que efectúen los departamentos paramédicos.
- Colaborar en la elaboración y actualización

de normas, instructivos, reglamentos y programas de trabajo necesarios para la buena marcha del servicio de enfermería.

- Elaborar los roles del personal de enfermería, programa días festivos y económicos cuando lo soliciten.
- Distribuye las actividades del personal a su cargo.
- Participa en la visita médica que se realiza diariamente con el equipo médico al paciente.
- Reporta al departamento de mantenimiento los problemas de funcionamiento de instalaciones físicas y equipo.
- Orienta al personal de nuevo ingreso asignado a su servicio.
- Asiste a reuniones promovidas por la jefa del Departamento de Enfermería.
- Comunica al personal médico la evolución, gravedad o mejoría de los pacientes.

ENFERMERA ESPECIALISTA

Actividades.

- Proporciona atención de enfermería especializada directamente o indirectamente a los pacientes

a su cargo.

- Proporciona a los pacientes y familiares orientación específica en relación a los cuidados que se requieran acerca de su padecimiento.
- Participa en el desarrollo de los programas de educación en servicio de su área de especialidad.
- Participa en trabajos de investigación de su especialidad que se lleven a cabo en la institución.
- Orienta a grupos de estudiantes durante su práctica clínica.
- Participa en las sesiones clínicas del hospital.
- Participa en la recepción y entrega de turno, verificando las condiciones de los pacientes, material y equipo del servicio.
- Participa en la visita médica de los pacientes a su cargo.
- Interviene en el manejo y control del equipo para la atención especializada de los pacientes.
- Participa en la actualización de manuales de normas y procedimientos.
- Colabora en los programas de educación en -

servicio en el área de su especialidad.

ENFERMERA GENERAL

Actividades.

- Proporciona atención de enfermería directa e indirectamente a los pacientes a su cargo y coordina la atención que otros le proporcionan durante el turno en el que se encuentra.
- Toma signos vitales.
- Suministra medicamentos y tratamientos y hace el registro en las hojas correspondientes.
- Colabora en los estudios de diagnósticos y tratamiento efectuados al paciente.
- Preparar o verificar la preparación de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- Orienta al personal auxiliar de enfermería sobre la rutina del servicio.
- Colabora en la elaboración de manuales de procedimientos.
- Participa en la recepción y entrega de turnos.
- Participa con la enfermera de sala en la visita médica.

- Colabora en la admisión de pacientes.
- Colabora con la enfermera jefa de sala en el control de expedientes clínicos y la documentación utilizada por enfermería.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Actividades.

- Colabora con la enfermera general en la planeación de los cuidados que se van a proporcionar a los pacientes.
- Proporciona al paciente atención directa e indirecta bajo la supervisión de la enfermera general.
- Efectuar el aseo de la unidad del paciente.
- Colabora en actividades relacionadas con la toma de muestras para exámenes de laboratorio.
- Preparar al paciente para la exploración física.
- Participa en la recepción y entrega de turno.
- Controla la dotación de ropa, material de curación, equipo e instrumental del área en que se encuentra asignada.

- Realiza trámites de egreso del paciente.
- Vigila la ingesta y excreta de líquidos y los reporta a la enfermera general.
- Observa los signos y síntomas del paciente y los reporta a la enfermera general.
- Contribuye a mantener las funciones fisiológicas del paciente.
- Participa en eventos científicos.

III. PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre del Programa.

" Atención del Embarazo y Parto de Bajo Riesgo "

Dependencia.

Instituto de Salud del Estado de México.

Unidad Disponible.

Hospital General José Vicente Villada.

Ubicación.

Alfonso Reyes esquina Venustiano Carranza, Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México.

Fecha de Inicio y Término del Programa.

Del 7 de Julio de 1989, al 7 de Enero de 1990.

Nombre y Cargo del Responsable.

Dr. Carlos Ramírez Olivero; Jefe de la División de Gineco-Obstetricia.

Horario.

Mixto.

3.1. Objetivo del Programa.

- El pasante proporcionará atención integral de obstetricia desde la perspectiva perinatal, de

tectando el embarazo de alto riesgo, atender el embarazo y parto de bajo riesgo.

3.2. Actividades.

- Participar en la consulta prenatal para detectar oportunamente los factores de riesgo del embarazo aplicando hoja de evolución.
- Ofrecer orientación y preparación formal para el parto.
- Siguiendo los lineamientos de la institución atender el trabajo de parto para detectar oportunamente circunstancias de riesgo y propiciar la eutocia.
- Atender el parto de bajo riesgo, según las técnicas señaladas en la institución.
- Ofrecer la asistencia de reanimación al neonato y la valoración clínica para reportar factores de riesgo en su caso.
- Dar atención clínica integral a la paciente en el puerperio inmediato y mediato, según lo señalado por el médico.
- Orientar sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos para favorecer la ampliación del intervalo intergenesico.

- Educar sobre la lactancia materna y manejo del recién nacido con el criterio de estimulación temprana para el desarrollo.

3.3. Programa de Trabajo del Pasante en Servicio Social.

Justificación.

El programa escogido " ATENCION DEL EMBARAZO Y PARTO DE BAJO RIESGO ", me permitirá cumplir - algunos de los objetivos trazados en el programa de gineco-obstetricia y utilizar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera para brindar una atención de enfermería de la más alta calidad posible, en beneficio del binomio madre-hijo.

Objetivos.

- Aplicar en la atención materno infantil los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la materia de Gineco-Obstetricia I y II.
- Adquirir habilidad y destreza en la atención del parto de bajo riesgo.

<u>Metas</u>	<u>%</u>
Actividades Administrativas.	5

Actividades Técnicas.

- Toma de signos vitales.	1
- Instalación de venoclisis.	1
- Tricotomía vulvar-abdominal.	1
- Cateterismo vesical.	1
- Administración de medicamentos.	1
- Valoración gineco-obstétrica.	30
- Atención del parto.	15
- Inducto-conducción.	10
- Utero-inhibición.	10
- Episiotomía-episiorrafia.	10
- Atención al recién nacido	5

Metas

%

Actividades Docentes.

- Orientación a la paciente en el parto	5
- Orientación al familiar del paciente.	5
T o t a l .	100

Límites.

Lugar: Unidad Toco-Quirúrgica.
 Tiempo: Del 7 de Julio de 1989, al 7 de Enero de 1990.

Universo: Personal médico, paramédico de la unidad toco quirúrgica y población abierta que solicite el servicio.

RECURSOS DISPONIBLES.

Físicos.

- La sala de espera, para pacientes y familiares de los pacientes.
- Una oficina de admisión o de entrevista para los asistentes.
- Un sanitario de pacientes.
- Un cubículo de exploración y preparación de las pacientes que ingresan.
- Una unidad de trabajo de parto o de labor, dividida en cinco cubículos.
- Una central de enfermeras.
- Un cuarto para almacenar sueros y material de curación.
- Un cuarto para ropería.
- Un cuarto para aseo.
- Dos áreas asépticas (para lavado quirúrgico)
- Una sala de recuperación.

- Una sala de descanso para médicos con baño.
- Una sala de descanso para enfermeras con baño.
- Una central de esterilización y equipo para todo el hospital.

Materiales.

Sala de espera, tres bancas, una para cada paciente.

Oficina de admisión, un escritorio, teléfono, dos sillas, un sillón, una máquina de escribir, un bote de basura y una báscula.

Sala de exploración.

- Dos mesas de exploración.
- Una lámpara de pie.
- Un baumanómetro.
- Un cojín de Kely.
- Dos vitrinas empotradas.
- Una mesa rectangular con lavabo.
- Un banco giratorio.
- Un dopthone.
- Un pinard.
- Un banco de altura.
- Un bote de basura.

Baño de pacientes.

- Un lavabo.
- Una taza.
- Un bote de basura.

Sala de labor.

- Cuatro camas.
- Un baumanómetro de pie con un estetoscopio.
- Dos equipos para aspiración empotrados.
- Dos tomas de oxígeno empotradas.
- Un equipo de exploración.
- Dos tripiés.
- Cuatro biombo.
- Dos bancos de alturas.
- Una mesa de pasteur.
- Una cubeta de acero con soporte.
- Dos mesas de mayo.
- Una cubeta de acero sin soporte.
- Dos botes de basura.

Central de enfermeras.

- Dos vitrinas empotradas.
- Un control (mostrador).
- Un carro de curaciones completo.
- Una mesa rectangular con lavabo.
- Una máquina de escribir.
- Un bote de basura.
- Un cuarto de soluciones.

- Un cuarto de ropería y medicamentos.
- Un cuarto séptico.

Salas de expulsión (dos)

- Dos mesas de expulsión, una en cada sala.
- Una mesa pediátrica en la sala dos.
- Una báscula pediátrica.
- Un aspirador empotrado.
- Una toma de oxígeno empotrado.
- Una lámpara de piso.
- Un baumanómetro de pie.
- Dos bancos giratorios.
- Dos lámparas fijas.
- Una lámpara de emergencia.
- Un cojín de Kely.
- Una mesa de mayo.
- Dos mesas de curaciones, una para cada sala.
- Un aparato de anestesia, en la sala uno.
- Una mesa rectangular.

Sala de recuperación.

- Cuatro camillas con barandal.
- Un equipo de aspiración.
- Una silla giratoria.
- Dos vitrinas empotradas.
- Una toma de oxígeno empotrado.
- Un escritorio.
- Una mesa de metal con lavabo.
- Un baumanómetro con estetoscopio.

Sala de descanso (dos).

- Dos sillones fijos en cada una.
- Un bote de basura en cada una.
- Una mesa de centro, en la sala de enfermería.
- Un teléfono en la sala de enfermería.
- Un vestidor con baño, regadera y loquers en cada sala.

RECURSOS HUMANOS.**(Unidad, tocoquirúrgica).**

- Una enfermera general.
- Una auxiliar de enfermería.
- Un pasante de enfermería a nivel técnico.
- Dos pasantes de enfermería a nivel licenciatura.
- Un médico gineco-obstetra de base.
- Un médico anestesiólogo de base.
- Un médico residente de gineco-obstetricia.
- Un médico auxiliar de investigación
- Un médico interno.

PARAMETROS DE EVALUACION.

- Anecdótico.
- Informe de actividades.
- Aplicación de conocimientos teóricos a la práctica.
- Ejecución de técnicas y procedimientos.

IV. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

(Que como licenciado de enfermería y obstetricia se realizan en los servicios de gineco-obstetricia).

4.1. Descripción de Actividades Realizadas por Servicio.

Unidad toco-quirúrgica.

Admisión

- Exploración física de la paciente obstétrica.
- Exploración física de la paciente ginecológica.
- Instalación de venoclisis y extracción de muestras para laboratorio.
- Preparación física y psicológica de la paciente que va a ingresar.
- Tricotomía vulvar-abdominal.
- Aplicación de enema evacuante.
- Toma de signos vitales.
- Medir y registrar fondo uterino con cinta métrica.
- Realizar interrogatorio directo y luego proceder a hacer la historia clínica o partograma según el caso.
- Realizar maniobras de leopold.
- Cuantificar y registrar la frecuencia cardíaca fetal.
- Calcular la edad gestacional por amenorrea.
- Calcular la fecha probable de parto.

Labor

- Informarse directamente de las condiciones de cada paciente que se encuentra en la sala
- Ofrecer a la paciente la orientación y preparación formal para el parto.
- Vigilar la actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal cada treinta minutos y hacer las anotaciones necesarias en el partograma.
- Explorar y valorar a las pacientes para determinar el momento que deben ser trasladadas a la sala de expulsión o cirugía, según el caso.
- Administrar medicamentos (antibióticos, oxitócicos).
- Realizar amniorrexis.
- Vigilancia y manejo de útero-inhibición.
- Vigilancia y manejo de inducto-conducción.
- Vigilancia y manejo de la evolución del aborto.
- Cateterismo vesical por razón necesaria.
- Asistencia al médico en el bloqueo epidural.
- Vigilancia y manejo de la paciente tóxicica.
- Estimación del progreso del trabajo de parto por medio de tactos vaginales en condiciones de estricta asepsia.

Expulsión

- Realizar asepsia y antisepsia de la región vulvo-perineal.
- Cateterismo vesical por razón necesaria.

- Atención del parto.
- Atención inmediata al recién nacido.
- Realización de episiotomía y episiorraffa.
- Identificar signos de desprendimiento placentario.
- Revisar placenta, membranas, cordón.
- Extracción manual de la placenta.
- Administración de oxitócicos.
- Dejar a la paciente limpia y cómoda.
- Anotar los datos del parto en el partograma.

Recuperación

- Toma y registro de signos vitales.
- Vigilar involución uterina.
- Vigilar sangrado trasvaginal.
- Vigilar diuresis.
- Administrar analgésicos por razón necesaria.
- Elaboración de las notas de evolución con indicaciones médicas.
- Valorar a la paciente para ser dada de alta y pasar al servicio de hospitalización.

Hospitalización

- Pasar visita con el médico.
- Evaluar el estado de las mamas, loquios, herida quirúrgica y episiotomía.
- Elaboración de formularios de alta y recetas médicas.
- Dar a las pacientes las recomendaciones nece-

sarias según el caso (puerperio fisiológico, post-cesarea, post-legrado)

4.2. Fundamentación Científica de las Actividades.

Preparación Psicológica de la Paciente:

El ingreso a la unidad de enfermería prepara a la paciente para la hospitalización, ya sea que el internamiento haya sido programado o sea secuela se cue la de la atención en el servicio de urgencias. Debido a que el procedimiento de admisión puede determinar la percepción del paciente respecto al ambiente hospitalario; tiene repercusiones importantes en el tratamiento ulterior; si en el momento de la hospitalización la enfermera actúa eficientemente y muestra interés apropiado por el paciente, ello mitigará la ansiedad de éste y lo incentiva a cooperar y aceptar el tratamiento; pero cuando el paciente se da cuenta de que quien lo recibe actúa de modo descuidado, ineficiente o excesivamente impersonal; puede aumentar su intranquilidad, disminuir su cooperación, inhibir su respuesta al tratamiento y hasta empeorar sus síntomas. (1)

Exploración Física:

La exploración física ayuda a determinar si el embarazo se llevará a cabo en forma normal o si el binomio presenta algún riesgo; ya que el hecho de que la paciente se encuentre embarazada no signifi

(1) Hamilton Klusek Helen, et.al. Procedimientos en Enfermería, p.s. (5).

ca que el médico solo centre su atención en el abdomen y aparato genital, sino que debe realizar una exploración integral por medio de la inspección, palpación, percusión, auscultación y medición.

Lo anterior obedece a que la presencia de embarazo no impide que la paciente sea portadora o adquiera alguna patología extragenital. Al término de la exploración integral, se realiza la exploración, tanto en el producto, como en el útero son: en el producto situación, posición, presentación, altura de la presentación, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (2)

SITUACION:

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

POSICION:

Relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad anterior o posterior de la madre.

(2) Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada, p.+
120.

PRESENTACION:

Parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, que es de tamaño suficiente para llenarla y que sigue un mecanismo de trabajo de parto bien definido.

ALTURA DE LA PRESENTACION:

Relación que existe entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho superior de la pelvis, siempre que se diagnostique por la exploración abdominal.

En el útero nos interesa la altura del fondo uterino, tono muscular, frecuencia intensidad y duración de las contracciones (3).

Valoración Ginecológica:

Es un procedimiento fundamental previo a la atención del parto; que permite precisar el estado de los órganos reproductores, el canal de parto y así dar un pronóstico de la facilidad o dificultad del mismo.

Forma de la Pelvis Normal.

1. El borde es redondeado y el promontorio no es prominente.
2. La cavidad es poco profunda y tiene paredes rectas no convergentes; el sacro es ligeramente curvado.
3. El estrecho inferior; las escotaduras -

ciáticas son anchas y poco profundas. El sacro no se proyecta hacia adelante; las espinas ciáticas no son prominentes; el arco púbico es ancho; el ángulo subpúbico es un ángulo recto; el diámetro bisquiático es ancho y permite el paso de cuatro nudillos de una mano de tamaño promedio (4).

(4) Strickat, Gordon; Manual Clínico de Ginecología y Obstetricia: p.92.

TRANSVERSA



LONGITUDINAL

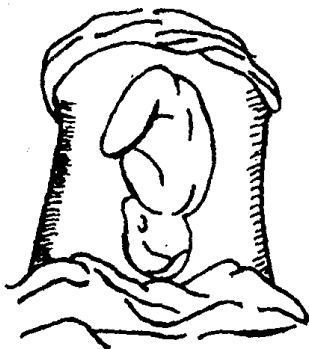
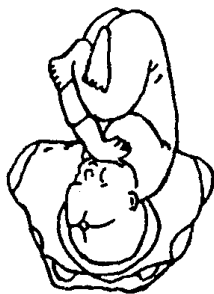
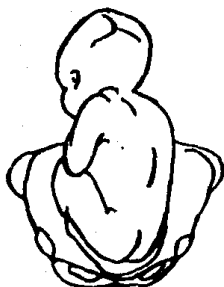


FIGURA # 2. "PRESENTACIONES"

CEFALICA

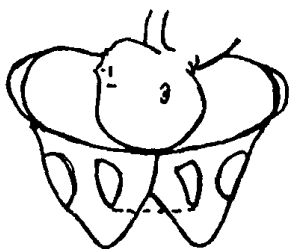


PELVICA

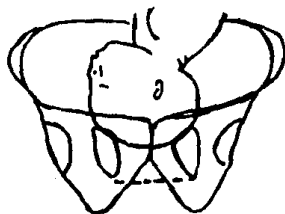


Fuente: Brunner Sholtis Lillian.
Manual de la Enfermera.

FIGURA # 3 " ALTURA DE LA PRESENTACION CEFALICA "



LIBRE



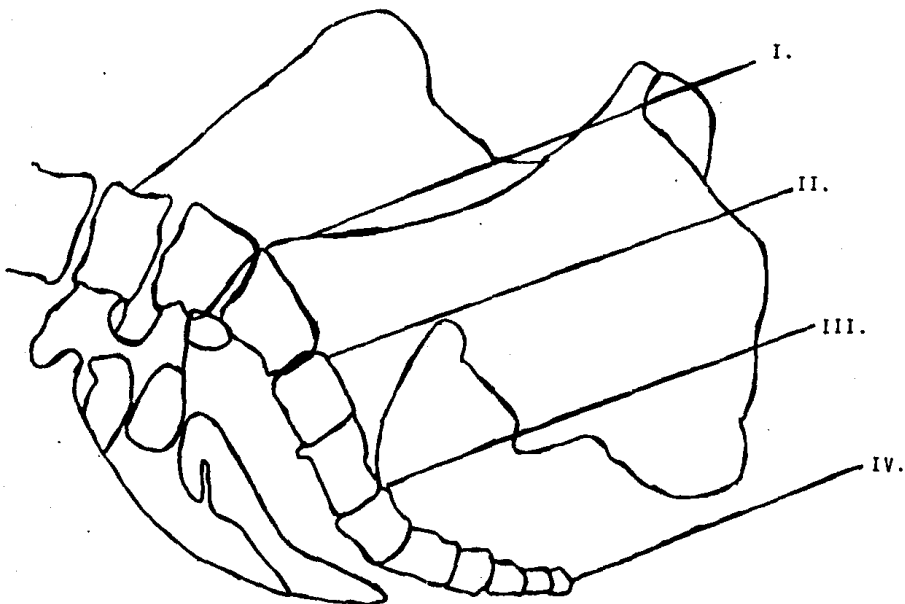
ABOCADA



ENCAJADA

Fuente: Sholtis Lillian. Manual de la Enfermera.

FIGURA # 4. " ALTURA DE LA PRESENTACION DE ACUERDO A LOS PLANOS DE HODGE "



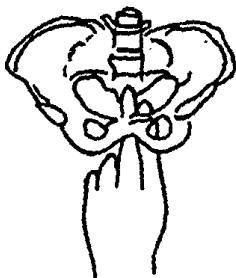
Los planos se originan con el fin de dividir la pelvis y así valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto y son según Hodge.

- I. Se extiende del promontorio al borde superior del pubis.
- II. Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis pública.
- III. Plano imaginario al nivel de las espinas ciáticas.
- IV. Se encuentra a nivel del borde del cócix.

La valoración ginecológica consta de los siguientes pasos:

10. Tratar de alcanzar la articulación lumbosacra (promontorio) mediante el diámetro promonto-retropúbico; si durante este intento se toca el promontorio hará sospechar la existencia de una desproporción cefalopélvica.

FIGURA # 5 " TACTO VAGINAL EN EL QUE SE INTENTA TOCAR EL PROMONTORIO "



2. Deslizando los dedos hacia ambos lados, recorrer las paredes pélvicas tratando de apreciar la forma que tiene el estrecho superior, con objeto de verificar si tiende a ser ginecoide o algún otro tipo de pelvis.

3. Al descender los dedos, identificar las espinas ciáticas valorando la morfología y tamaño de las mismas (5).

FIGURA # 6. "IDENTIFICACION DE LAS ESPINAS CIATICAS"



4. Al recorrer el dedo hacia atrás de la espina ciática, valorar la amplitud de la escotadura ciática; asimismo, recorres sobre la línea media de la parte posterior, la concavidad del sacro para confirmar su forma (6).



(5) Mondragón Castro Héctor op.cit., p. 141.

(6) Mondragón Castro Héctor op.cit., p. 142.

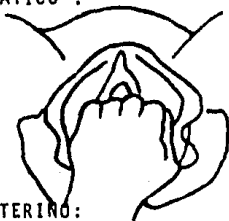
FIGURA # 7. "VALORACION DE LA ESCOTADURA CIATICA Y DE CONCAVIDAD SACRA".

5. Apreciar el grado de convergencias de las paredes pélvicas en la parte inferior, para descartar la existencia de una pelvis infundibuliforme.

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

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

FIGURA # 8. "VALORACION DE LA AMPLITUD DEL DIAMETRO BISQUIATICO".



MEDICION DEL FONDO UTERINO:

La medición del fondo uterino es útil para determinar el crecimiento y desarrollo del feto; las semanas de

gestación, el descenso del mismo. La altura del fondo uterino puede alertar al examinador de una historia menstrual incorrecta de un lactante pequeño o grande para la edad gestacional; gestación múltiple, hidragmnios entre otros (7).

Maniobras de Leopold:

Es el método a utilizar para la palpación abdominal de la mujer embarazada, por medio de estas el examinador puede conocer la presentación, posición, situación del feto, determinar el descenso fetal dentro de la pelvis; detectar en algunos casos gestación múltiple.

PRIMERA MANIOBRA:

De cara a la mujer, palpar la parte alta del abdomen con ambas manos. ¿Cuál es la forma, el tamaño, la consistencia y la movilidad observada?. La cabeza fetal es firme, dura y redonda y se mueve independientemente del tronco. Las regiones glúteas se sienten más blandas y simétricas y tienen pequeñas prominencias óseas; se mueven con el tronco.

SEGUNDA MANIOBRA:

Después de verificar si es la cabeza o son las nalgas lo que ocupa el fondo, la enfermera trata de determinar la colocación del dorso del feto y observar si está orientado hacia la derecha o hacia la izquierda del abdomen materno. Aún de frente a la futura madre, la enfermera palpa el abdomen con presión profunda pero suave, empleando las palmas.

(7) Butnarescu Fregia Glenda; et al; Enfermería Perinatal Riesgos de la Reproducción. p. 62.

la mano derecha debe estar quieta en tanto se explora con la izquierda el lado derecho del útero. Se repite a continuación la maniobra investigando con la mano derecha y sosteniendo el útero con la izquierda. El dorso del feto debe sentirse firme y suave y comprobar lo que se encontró en el fondo con un abultamiento en el estrecho pélvico superior.

TERCERA MANIOBRA:

A continuación la enfermera debe identificar la parte fetal que se encuentra sobre el estrecho pélvico y superior, sujetando con suavidad la porción inferior del abdomen justamente por arriba de la sínfisis del pubis entre el pulgar y los dedos de la mano. Esta maniobra descubre información contraria a la obtenida en el fondo y confirma

CUARTA MANIOBRA:

para esta parte de la exploración, la enfermera se coloca frente a los pies de la parturienta y procura localizar la prominencia frontal. La localización de este punto de referencia ayuda a valorar el descenso de la parte de presentación hacia la pelvis (8).

AUSCULTACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL:

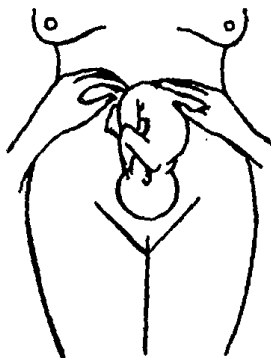
El propósito de la vigilancia fetal es descubrir cualquier cambio en la frecuencia

(8) Olds, Sally; et.al: Enfermería Materno Infantil, pp.500-501

MANIOBRAS DE LEOPOLD

FIGURA # 9.

" PRIMERA MANIOBRA "



Fuente: A.M.H.G.O. No. 3.
Ginecología y Obstetricia.

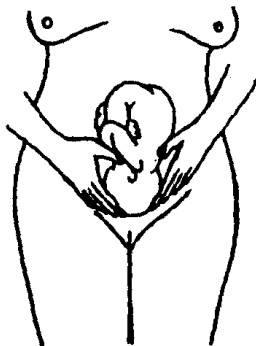
FIGURA # 10.

" SEGUNDA MANIOBRA "



MANIOBRAS DE LEOPOLD

FIGURA # 11. " TERCERA MANIOBRA "



Fuente: A.M.H.G.O. No. 3.

Ginecología y Obstetricia.

FIGURA # 12. " CUARTA MANIOBRA "



cardíaca fetal durante el trabajo de parto; que pudiese indicar una oxigenación inadecuada del feto de tal forma que se tomen medidas para prevenir el daño cerebral y la muerte.

La falta de oxigenación a nivel celular fetal puede deberse a la disminución del aporte a diferentes niveles.

- Fetal (anemia, bradicardia)
- Cordón umbilical (compresión)
- Placenta
(infartos, desprendimiento, edema, preeclampsia).
- Disminución de la perfusión uterina
(hipotensión, hipertensión).
- Anemia
- Insuficiencia cardíaca
- Esclerosis
- Circulación materna
- Espacio intervelloso, por alteraciones en la circulación.
(contractibilidad uterina, alteraciones vasculares de la preeclampsia, hipertensión, diabetes).

Al auscultar el foco fetal nos interesa señalar:

FRECUENCIA:

Número de latidos cardíacos que se presentan por minuto (normal 140/ minuto).

RITMO:

Periodicidad o sincronía con que suceden dichos latidos (normal: rítmicos).

INTENSIDAD:

Fuerza o claridad con que se manifiestan las contracciones cardiacas (normal: de buena intensidad, es decir que permite oír las claramente.

Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (9).

- TAQUICARDIA.
- BRADICARDIA.
- DIP TIPO I.
- DIP TIPO II.

La taquicardia es una de las primeras manifestaciones de hipoxia y su presencia requiere de una vigilancia estrecha durante el trabajo de parto, descartándose la posibilidad de que sea producida por la utilización de drogas como las betaestimulantes, o la fiebre materna.

Se consideran tres tipos de taquicardia:

- Leve, 151 a 160 latidos por minuto.

(9) Grupo de Estudios al Nacimiento A.C. Revista Gen: Manejo Integral de los Defectos al Nacimiento. pp. 99-101.

- Moderada, 161 a 180 latidos por minuto
- Severa, 181 ó más latidos por minuto.

La bradicardia se clasifica en dos tipos:

- Bradicardia moderada, 101 + 120 latidos por minuto.
- Bradicardia Severa, 100 ó menos latidos por minuto.

Será Dip Tipo I. cuando la frecuencia cardíaca fetal, baja o menos de 120 latidos por minuto; ya sea en presencia de una contracción inmediata, o disminución del flujo sangüíneo placentario, recuperándose inmediatamente que pasa dicho obstáculo.

Dip Tipo II. Se presenta cuando el feto no tiene capacidad adecuada para tolerar la hipoxia transitoria originada por las contracciones uterinas y en eneral la taquicardia se acompaña de bradicardia que se presenta tardíamente en relación con el acmé de la contracción.

Cálculo de la Fecha Probable de Parto:

Es posible calcular la fecha probable de parto por medio de la regla de Nagele: Se determina el primer día del último período menstrual normal; se suman siete días y se restan tres meses al total. La fecha así obtenida es la fecha probable de parto (10).

EJEMPLO:

La señora Pérez tuvo el primer día de su última regla el 6 de noviembre. Sumarle a esta fecha 7 días del calendario para saber el día probable de parto:

Día del mes:	Noviembre	6	-	7	-	8	-	9	-	10	-	11	-	12	-	13
Número de días:				1		2		3		4		5		6		7

Probablemente la fecha será el día 13; usando el procedimiento de retroceder (restar) tres meses hacia atrás a partir del 13 de noviembre.

Octubre	-	Septiembre	-	Agosto
1		2		3

La señora Pérez tendría su parto probablemente el día 13 de agosto.

EJEMPLO:

La señora Campos tuvo su primer día de la última menstruación el día 27 de julio. Para poder saber su día probable de parto sumarle al 27 de julio 7 días.

Día del mes: Julio 27 - 28 - 29 - 30-31 Agosto 1 - 2 - 3
 Número de días: 1 2 3 4 5 6 7
 retrocediendo (restando) tres meses a partir del 3 de -
 agosto.

Julio - Junio - Mayo

1 2 3 la señora tendrá su parto el 3 de
 mayo.

CALCULO DE LAS SEMANAS DE GESTACION:

El embarazo tiene una duración de nueve meses, 280 días, cuarenta semanas.

Para calcular las semanas de gestación se obtiene el dato de la última menstruación (días y mes); se cuentan los días que faltan para que se termine el mes de la última menstruación, a partir de este dato se anota el total de días que tiene cada mes hasta llegar a nueve meses, el total que se obtiene se divide entre 7 (que son los días que tiene una semana); el resultado que se obtiene son las semanas de gestación y el residuo los días (11).

EJEMPLO:

FUM el día 10. de Junio, los días que faltan para que termine el mes son 29 días (Junio tiene 30 días).

29	junio
31	julio
31	agosto
30	septiembre
31	octubre
30	noviembre
31	diciembre
31	enero
28	febrero
* 11	marzo

283 dividido entre siete; nos da igual a 40
semanas de gestación con tres días.

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

ALTURA DEL FONDO UTERINO (en cms) + 4 Número de meses de embarazo.

EJEMPLO: Un fondo uterino de 20 cms; entonces:

$$\frac{20 + 4}{4} = \frac{24}{4} = 6 \text{ meses de embarazo}^{(12)}$$

*(fecha en que se valora a la paciente).

(12) Mondragón Castro Héctor. op.cit., p. 128

INSTALACION DE VENOCLISIS:

Cuando hay un agotamiento importante de los nutrientes del cuerpo, suele ser necesario restituirlos, si la persona no puede ingerirlos se administra mediante venoclisís.

Por medio de la administración de venoclisís se pretende que la paciente reciba agua, electrólitos y nutrientes para satisfacer sus necesidades diarias reponer el agua perdida, corregir el déficit de electrólitos y disponer de un medio para la administración endovenosa de fármaco (13).

TRICOTOMIA VULVAR:

Uno de los pasos de la preparación de la madre para el trabajo de parto consiste en el afeitado de la zona vulvar; la finalidad es limpiar, desinfectar la zona inmediata a la vagina; ya que el personal que atiende el parto necesita tener visibilidad del área donde está trabajando; crear un ambiente más limpio para la cicatrización; evitar cualquier contaminación en el conducto del parto. Ya que en el vello se encuentran microorganismos que pueden ascender durante el parto y causar infección (14).

(13) Brunner Sholtis Lillian, et.al; Enfermería Médico Quirúrgica p. 125.

(14) Reeder, Sharon et.al; Enfermería Materno Infantil. p. 508.

ENEMA EVACUANTE:

Es necesaria para evitar la presencia de heces en el recto que pudieran interferir en el descenso de la parte que se presenta; asegurar que no habría expulsión de la misma, durante el parto lo cual causaría contaminación del campo estéril; también se pretende aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

No se debe administrar en caso de trabajo de parto prematuro, hemorragia vaginal, parturienta en trabajo de parto avanzado porque puede expulsarla sólo parcialmente antes de llevarla a la sala de expulsión y el resto al nacer el niño o éste puede nacer mientras la paciente aún está expulsando la enema; en ambos casos el producto puede infestarse por la exposición a la materia fecal (15).

SIGNOS VITALES:

En una de las formas en que el médico y la enfermera pueden determinar los cambios funcionales del cuerpo,

(15) Betea, Doris; et. al.; Enfermería Materno Infantil.p. 198.

reflejados en la temperatura, pulso respiración y presión arterial.

Los signos vitales se cuantifican para detectar cambios en las funciones normales del organismo; determinar la respuesta a un tratamiento; como parte del examen físico cuando se admite a un paciente en una unidad asistencial.

Los límites normales de la temperatura correspondiente al adulto son:

Temperatura corporal.

Por la boca: 37 C (98.6 F)

Por la axila: 36.4 C (97.6 F)

Por el recto: 37.5 C (99.5 F)

Se consideran dentro de los límites normales variaciones mayores o menores de 0.3 a 0.6 C (0.5 a 1 F) .
(16)

Las cifras normales para la frecuencia del pulso en adultos es de 50 a 100 latidos por minuto; la frecuencia respiratoria normal es de 16 a 20 respiraciones por minuto en los adultos. La presión arterial es de 120/80 mmHg; la presión diferencial es de 40 mmHg, con límites de 30 a 50 mmHg.

Historia Clínica:

La historia clínica nos sirve para identificar el potencial de riesgo de la reproducción; en ella se incluye información sobre antecedentes familiares, personales y obstétricos de la paciente. Los antecedentes familiares son

de importancia porque hay enfermedades hereditarias que afectan el curso y resultado del embarazo. Los antecedentes personales de salud de la madre brindan al médico información del estado de salud anterior al embarazo. Los antecedentes obstétricos dan información en relación al número de embarazos, pesos de los hijos anteriores al nacer, duración del parto en cada niño, y que problemas si los hubo se presentaron durante el embarazo, trabajo de parto, expulsión y puerperio. Esta información ayuda al médico para saber lo que puede esperar del presente embarazo (17).

ORIENTACION PARA EL PARTO:

El trabajo de parto y el parto mismo se han relacionado 100% con dolor, en base a una serie de creencias, en las que el dolor de parto es una estigma impuesta por la voluntad divina que la mujer debe sufrir. Unido a éstos sentimientos de angustia que incrementan el dolor fisiológico del parto; originando que el miedo al dolor y el dolor desencadenen de igual manera un aumento en el tono muscular del segmento uterino lo cual da origen a dificultades en el curso del parto.

De allí la importancia que se le enseñe a la mujer a substituir las reacciones de inquietud y miedo por

(17) Betes, Doris, op.cit, p. 73.

actividad más útil y así ella se sienta capaz de enfrentarse con actitud satisfactoria al trabajo de parto y nacimiento; logrando a su vez realizar su imagen, promover actitudes positivas hacia su esposo, niño y embarazo futuro⁽¹⁸⁾

Vigilancia de la Actividad Uterina:

Las contracciones uterinas periódicas e involuntarias caracterizan el trabajo de parto normal y causan borramiento y dilatación progresiva del cuello uterino y descenso del feto. La palpación del útero evalúa el progreso del trabajo de parto; al determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, además del lapso de relajación entre las mismas⁽¹⁹⁾

Se determina la frecuencia midiendo el tiempo transcurrido desde el principio de una contracción hasta el inicio de la siguiente, la duración se fija considerando el tiempo transcurrido desde su principio hasta su fin; la intensidad se investiga colocando una mano con el abdomen de la madre y percibiendo la firmeza del útero durante dicha contracción. Las contracciones pueden durar sólo de 15 a 25 segundos al principio del parto, pero se alargan conforme progres; al final del mismo puede durar 45 a 70 segundos⁽²⁰⁾

(18) Kaser Fracfort del M.O. et.al. Ginecología y Obstetricia. p.550.

(19) Hamilton Klusek; Helen, et.al. op.cit. p. 797.

(20) Betea, Doris et.al. op.cit. p. 173.

Examen Vaginal:

El examen vaginal periódico durante el trabajo de parto, que practica la enfermera, consiste en la palpación del cuello uterino, espaldas ciáticas de la madre y parte fetal que se presenta. Este procedimiento estéril vigila el progreso del trabajo de parto al determinar la dilatación, borramiento, presentación y posición del feto y estado de las membranas amnióticas (21).

Amniorrexia:

Lo practica un médico o enfermera obstétrica, es la inserción de una rama de pinza pozzi a través del orificio cervical para romper las membranas amnióticas y causar derrame de líquido amniótico que hará que se acorten las fibras del músculo uterino y aumente la intensidad, frecuencia, duración de las contracciones.

Se realiza para inducir el parto, permitir la inserción de un catéter y electrodo en espiral intrauterino para la vigilancia fetal directa. Al realizar el procedimiento se debe anotar antes y después de éste la frecuencia cardíaca fetal a intervalos frecuentes, debido a que el prolapso del cordón es una complicación inmediata; anote la existencia de meconio o sangre en el líquido amniótico el olor y la cantidad del mismo (22).

Cateterismo Vesical:

El sondeo vesical está indicado en la mujer en el trabajo de parto si la vejiga está llena y no puede ser

(21) Hamilton Klusek Helen et. al. op.cit., p.798.

(22) Idea p. 803.

vaciada por la paciente; ya que una vejiga llena puede inhibir las contracciones uterinas; obstruir el descenso del feto; producir infección.

En el caso de que la paciente embarazada sea sometida a cirugía, se efectúa el procedimiento con el fin de prevenir lesión de la vejiga durante la intervención quirúrgica; tensión sobre la herida pélvica o abdominal por la distensión de la vejiga (23).

La técnica de inducto-conducción:

Inducción:

Es el inicio intencional del parto por método físico o farmacológico en un embarazo antes de que éste se inicie de manera espontánea.

Conducción:

Se da cuando ya existiendo contractibilidad uterina, ésta se maneja regulando su intensidad, frecuencia hasta lograr la terminación del trabajo de parto. La finalidad es lograr una dinámica uterina normal para obtener la expulsión del producto de la concepción (24).

(23) Lewis Wolff; Lu verne. op cit., p. 223.

(24) Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia. p. 249.

Indicaciones:

- Cuando el riesgo intrauterino para el feto sea tal que deba parirlo la madre cuanto antes.
- Cuando el riesgo de la salud de la madre por la continuación del embarazo sobrepase el riesgo del feto por el parto.
- Embarazo prolongado; después de 41 semanas de gestación la mortalidad perinatal aumenta.
- Condición hipertensiva del embarazo.
- Ruptura prematura de membranas.
- Muerte fetal intrauterina.
- Isoinmunización al RH.

Contraindicaciones:

- La situación fetal no sea longitudinal.
- Hay antecedentes de cesárea previa.
- ✦ Placenta previa.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Gran multiparidad.
- Cirugía reconstructiva del canal del parto.
- Distocias de origen fetal (presentación de cara).

Peligros de la Inducción del Trabajo de Parto (25),

- Prematurez Iatrogénica.
- Infección intrauterina.
- Inercia uterina y parto prolongado.
- Ictericia neonatal.
- Hemorragia postparto.
- Ruptura uterina por sobre estimulación.
- El parto inducido expone al producto a los pe-
libros de la premadurez si la fecha probable de parto ha si-
do calculada en forma inexacta.
- Al trabajo de parto violento o algún trauma--
tismo durante el mismo.
- Asfisia fetal intrauterina debido a hipercon--
tractibilidad prolongada.

Técnica:

Iniciar el goteo de exitocina a 2 milIunidades por minuto en embarazos de término; continuar dicho goteo o aumentarlo si es necesario, doblando la dosis cada media hora hasta obtener respuesta uterina y contractibilidad normal.

En casos de embarazos de menor edad, iniciar go-
teo con dosis mayores y continuar según lo anotado en el in-
ciso anterior.

Valorar respuesta según modificaciones cervica--
les y evolución dinámica del mecanismo del trabajo de parto.

Vigilancia estrecha y constante del estado de la madre y del feto registrando con carácter obligatorio, la

contractilidad uterina, la dosis de oxitocina en administración y la evolución del trabajo de parto, en la hoja de inducto-conducción.

Si la inducto conducción no surte los efectos deseados, o resulte lesiva para la madre o para el feto, debe interrumpirse el procedimiento y practicar operación cesárea⁽²⁶⁾

La Técnica de Utero-Inhibición:

Es el procedimiento por medio del cual se inhibe un trabajo de parto prematuro.

La inhibición del parto está indicada si: el embarazo tiene una edad gestacional de 20 a 35 semanas de gestación con un peso fetal calculado en 500 a 2000 gramos; si están las membranas intactas y una dilatación no mayor de 4 cms.

Contraindicaciones:

- Ruptura Prematura de membranas.
- Dilatación cervical mayor de 4 centímetros y

Trabajo de Parto Franco.

- Feto Muerto.
- Sufrimiento Fetal Crónico.

(26) Instituto Nacional de Perinatología. op.cit. p. 251.

- Hemorragia del Tercer Trimestre.
- Inmunización Anti-RH.
- Malformaciones Fetales Graves o Incompatibles con la vida.
- Preeclampsia.

Medidas Terapéuticas.

Reposo en cama y placebo. con el reposo en cama se consigue disminuir las fuerzas hidrostáticas que operan sobre el cuello uterino, hay un aumento en el riesgo sanguíneo uterino a consecuencia de la disminución de la actividad del miometrio. La administración de suero glucosado como placebo inhibe la secreción de hormona antidiuretica y posiblemente la de la oxitocina.

Farmacos Beta-Adenergicos. Estos fármacos son relajantes del músculo liso y actúan directamente sobre los receptores beta de las fibras musculares del útero y de los vasos sanguíneos. Entre los que se incluyen Isoxuprina, Orciprenalina, Salbutanol, Terbutalina, Ritodrina⁽²⁷⁾

(27) Niebyl, Jennifer. et al. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, p. 114.

Atención del Parto Normal:

El calificativo de "normal" se aplica al parto en el que los fenómenos locales, activos y pasivos, los cambios anatómicos, los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto, los anexos ovulares y la pérdida sanguínea, ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración comúnmente aceptadas como naturales, sin interferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica para evitar riesgos maternos-fetales (28).

Teorías que tratan de Explican el Inicio del Trabajo de Parto.

LIMITE DE LA DISTENSION UTERINA:

Según esta teoría el útero tiene una capacidad de distensión limitada y cuando el volumen de su contenido lo sobrepasa se inicia el trabajo de parto, como ocurre en productos a término, productos prematuros, casos de polihi-drgamnios, embarazos múltiples y otros.

DISMINUCION DE LOS NIVELES DE ESTROGENOS Y PROGESTERONAS:

Este fenómeno propicia:

- a). Mayor liberación de oxitocina por la adenohipófisis.
- b). Aumento de la sensibilidad de la fibra uterina a la acción de la oxitocina.
- c). Disminución de la capacidad de la progesterona para bloquear la contractibilidad del miometrio (29).

(28) Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. pp. 38-39.

(29) Mondragón Castro Héctor. op.cit., pp. 153-154.

El Parto Comprende Tres Períodos:

- Primer período o de dilatación, que se inicia con la regularización de la contractilidad, la que modifica al cérvix en su posición, consistencia y longitud y que termina con la dilatación completa del mismo.

Segundo período o período expulsivo, que se inicia con la dilatación completa y termina con la salida del producto.

Tercer período, placentario o de alumbramiento, que se inicia con la salida del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares.

Mecanismos del Trabajo de Parto:

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

- a) ENCAJAMIENTO
 - Flexión.
 - Orientación
 - Asirclitismo.

- b). DESCENSO
- Rotación interna.
- c). EXPULSION O DESPRENDIMIENTO
- Extensión.
- Restitución.
- Rotación externa.
- Desprendimiento de los hombros.
- Nacimiento del resto del producto.

ENCAJAMIENTO: Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra - en la excavación pélvica.

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

ASINCLITISMO: Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo, en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal a otro.

ROTACION INTERNA: La cabeza fetal generalmente penetra a la pelvis en posición transversa, la rotación interna se da cuando la cabeza cambia de esta posición a la anterior, y el occipucio gira hacia adelante por enfrente de la pelvis de la madre.

EXTENSION: Después de la rotación interna el occipucio se apoya en el arco púbico de la pelvis y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma; en esta forma primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón.

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

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

DESPRENDIMIENTOS DE LOS HOMBROS: Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual le permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra al ser impulsado por las contracciones uterinas; esto se logra con el esfuerzo de los músculos abdominales y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza fetal.

NACIMIENTO DEL RESTO DEL PRODUCTO: Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que en condiciones normales el abdomen, la pel-

vis y los miembros inferiores, gracias al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles a reducción, no ofrecen dificultades para su expulsión⁽³⁰⁾

La atención del parto normal, requiere de actividades específicas para cada uno de los tres periodos.

Primer periodo (admisión, salas de trabajo de parto).

- Ayuno desde que se defina el principio del trabajo de parto.
- Rasurado de las regiones vulvoperineal, púbica y suprapúbica.
- Evacuación del ampulla rectal con enema si la presentación no ha descendido y la dilatación no está muy avanzada.

- Permeabilizar vena con solución parenteral.
- Vigilancia estrecha de temperatura, pulso, respiración, tensión arterial, repleción vesical, hemorragia genital. Debe verificarse la contractilidad uterina y los latidos fetales a intervalos no mayores de 30 minutos.
- Estimación del progreso del parto mediante tactos vaginales; en condiciones de estricta asepsia.

(30) Mondragón Castro Héctor. op.cit., pp. 159-164.

Segundo período (sala de expulsión).

- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Nuevo aseo de la región vulvoperineal, suprapúbica, glúteos, muslos y en toda la extensión del campo obstétrico.
- Cateterismo vesical si es necesario.
- Episiotomía profiláctica.
- Controlar el desprendimiento de la cabeza del producto, permitiendo su deflexión progresiva.
- Aspiración de nariz, boca y faringe del producto al salir la cabeza, efectuar la restitución, favorecer el desprendimiento del hombro anterior con movimientos delicados de descenso de la cabeza y el desprendimiento de hombro posterior con movimientos de ascenso; frenar la expulsión del tronco y los miembros. En caso de circular de cordón umbilical, procurar su deslizamiento sobre el hombro o sobre la cabeza y si el cordón está tenso, pinzarlo y seccionarlo.
- Terminada la expulsión se coloca al producto en posición horizontal o levemente inclinado con la cabeza hacia abajo y en un plano inferior al del abdomen materno.
- Entregar al recién nacido al personal encargado de su atención.

Tercer período (sala de expulsión).

- Al presentarse los signos de desprendimiento

placentarios; se conduce la expulsión de la placenta con sus membranas.

- Revisión inmediata de la placenta, membranas, cordón.
- Revisión de cavidad uterina.
- Sutura de episiotomía y laceraciones.
- Pasar a la paciente a recuperación postparto.
- Trasladar a la paciente a piso cuando haya la seguridad de que no existe hemorragia anormal y sus signos vitales estén estables ⁽³¹⁾

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

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

FIGURA # 13. " COMIENZO DEL TRABAJO DE PARTO " (descenso)



FIGURA # 14. " FLEXION DE LA CABEZA "



Fuente: Taylor Stewart. Obstetricia de Beck.

FIGURA # 15. " ROTACION INTERNA DE LA CABEZA "

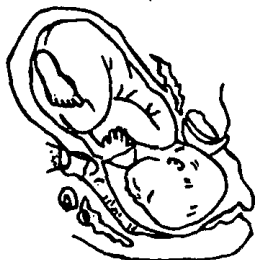
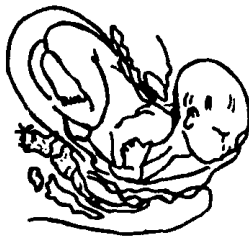


FIGURA # 16. " EXTENSION DE LA CABEZA "



Fuente: Taylor, Stewart. Obstetricia de Beck.

FIGURA # 17. " RESTITUCION DE LA CABEZA "

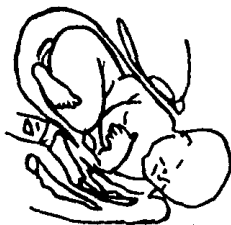
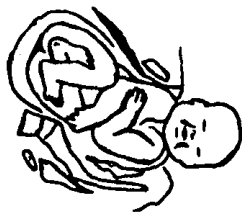


FIGURA # 18. " ROTACION EXTERNA "



Fuente: Taylor, Stewart. Obstetricia de Beck.

FIGURA # 19. " NACIMIENTO DEL HOMBRO ANTERIOR "



FIGURA # 20. " NACIMIENTO DEL HOMBRO POSTERIOR "



Fuente: Taylor, Stewart. Obstetricia de Beck.

Atención Inmediata del Recién Nacido:

Un recién nacido normal es capaz de lograr una adaptación de su ambiente acuático al exterior; si se le proporciona una buena atención durante el parto, así como los cuidados inmediatos que se mencionan a continuación:

1. Permeabilización de las vías aéreas: Consiste en limpiar los orificios nasales y la boca del moco y del líquido amniótico, para establecer una vía respiratoria permeable; lo cual se lleva a cabo con una perilla de caucho o una sonda melatón con aspiración mecánica. Al niño se le coloca en posición Rosier o sea hiperextensión de cuello.

Se le proporciona oxígeno con una mascarilla, con el fin de que su oxigenación sea completa y su adaptación al nuevo estado no provoque ningún trastorno en el organismo.

2. Ligadura del cordón: Al ligar el cordón la enfermera debe revisar este e identificar las dos arterias y una vena, ya que la ausencia de una arteria se asocia con otras malformaciones congénitas. Se deben hacer dos ligaduras dobles dejando dos centímetros entre ambas.

3. Valoración de apgar: Consiste en evaluar en el primer minuto del nacimiento y posteriormente a los cinco minutos los siguientes parámetros:

- Frecuencia Cardíaca.
- Esfuerzo Respiratorio.
- Tono Muscular.
- Reflejos.
- Coloración de la Piel.

Una puntuación de 7 a 10 indica que el recién nacido está en buen estado; 4 a 6 corresponde a estado regular; 0 a 3 indican mal estado y la criatura necesita atención y tratamientos inmediatos; además de observación cuidadosa en la sala de cuidados intensivos⁽³²⁾

Los reflejos principales del recién nacido son:

- Succión.
- Deglución.
- Prensión.
- Moro.
- Babinsky.
- Marcha.

SUCCION: Se observa cuando el recién nacido comienza a hacer movimientos de succión cuando el dedo o el pezón tocan su boca.

DEGLUCION: Se puede observar cuando el recién nacido deglute al ofrecerle alimento.

PRENSION: Se puede observar cuando se coloca un objeto en las manos del recién nacido e inmediatamente lo

(32) Broadribb, Violet et.al.: Enfermería Pediátrica. p. 27.

aprisiona con fuerza.

MORO: Cualquier ruido súbito de gran intensidad luz o falta de apoyo desencadena este reflejo; que consiste en la abducción y la extensión de los brazos.

BABINSKY: Se observa al estimular la zona externa de la planta de los pies, hace que el niño separe los dedos de los pies.

MARCHA: Se observa cuando el recién nacido, suspendido por las axilas, inicia movimientos semejantes a los de marcha al apoyarse en un plano firme⁽³³⁾

4. Somatometría Es el procedimiento en el cual se pesa y se mide al niño; se mide con una cinta métrica, la longitud, del recién nacido, la circunferencia de la cabeza, tórax, abdomen.

La longitud se mide con el niño acostado con las piernas en extensión y se toma la distancia que hay dede la coronilla hasta la planta de los pies; el recién nacido normal mide de 45-55 centímetros.

(33) Broadribb, Violet. op.cit. pp. 35-37.

La circunferencia de la cabeza fetal es de 33-35 Cms. Para que la medición sea precisa, se coloca la cinta métrica sobre la parte más prominente del occipucio y se rodea con ella la cabeza hasta llegar por arriba de la ceja.

La circunferencia promedio del tórax al nacer es de 32 Cms., la medición debe tomarse sobre el borde inferior de los omóplatos y para efectuarla se rodea con la cinta el tórax hacia adelante directamente sobre la línea de los pezones.

La circunferencia abdominal se mide colocando la cinta alrededor del abdomen del neonato al nivel del ombligo, con el borde de abajo de la misma sobre el borde superior de la cicatriz umbilical (34).

5. Identificación: Es esencial hacer la identificación del neonato; se identifican con tres bandas (una para la madre y dos para el niño) que se colocan en una muñeca y en un tobillo. Estas deben estar escritas a máquina o con letra muy clara, conteniendo; nombre de la madre, sexo, hora de nacimiento, peso y fecha. En algunas instituciones se utiliza el colocar las huellas digitales.

Se le debe mostrar a la madre su hijo, diciéndole el sexo y el peso del bebé.

6. Prevenir la pérdida de calor corporal: Al nacer el producto abandona un medio físico que constantemente es calentado por el organismo materno y llega a la temperatura más fría del mundo exterior. El producto pierde rápidamente calor y necesita protección colocándolo en un medio más caliente que la temperatura ambiente. Esto puede lograrse -

con frazadas calientes, incubadora⁽³⁵⁾

Episiotomía: es la incisión perineal para ampliar el orificio vulvar y permitir la salida del producto con más facilidad, acortar el segundo período del trabajo de parto, reducir el traumatismo fetal⁽³⁶⁾

Indicaciones.

- Deberá practicarse en toda primigesta y en las multíparas cuando la elasticidad del periné o el orificio vulvar sea un obstáculo para la expulsión del producto.
- Cuando se va a aplicar fórceps.
- Para facilitar el parto de un producto prematuro.

Tipos de Episiotomías.

Media. Con la tijera se realiza una incisión que parte de la horquilla vulvar al ano; en esta forma se secciona solamente el rafé aponeurótico del periné, hasta llegar a la cercanía del esfínter anal.

Mediolateral. La incisión se efectúa también partiendo de la horquilla vulvar, dirigiéndose hacia abajo y fuera, en dirección al isquion.

(35) Maechter Eugenia; et.al.; Enfermería Pediátrica. p. 131.

(36) Instituto NACIONAL DE Perinatología. op.cit.; p.253-254.

La reparación debe hacerse por planos previa hemostasia satisfactoria pueden usarse puntos separados para afrontar músculo y facias perineales y sutura continua para mucosa vaginal.

Signos de Desprendimiento Placentario.

Los signos de desprendimiento placentario son:

- Evaluación del fondo del útero cerca del nivel del ombligo.
- Chorro brusco de sangre que sale por la vagina.
- Descenso del cordón umbilical por la vulva.

Es de suma importancia verificarlos, debido a que un intento por extraer la placenta antes de la separación puede causar inversión uterina.

Revisión de Cavidad Uterina:

Es el procedimiento indispensable que se debe efectuar en toda paciente en el postparto descubrir cualquier lesión del cérvix, fondo de saco, paredes vaginales vulva y periné.

Indicaciones:

Estas maniobras deben realizarse en forma obligada después de: aplicación fórceps, parto pélvico, parto con antecedente de operación cesárea previa y extracción manual de placenta.

Se practicará en forma selectiva cuando por cualquier motivo se sospeche una lesión del conducto del parto.

Extracción Manual de la Placenta.

Es el procedimiento obstétrico mediante el cual se realiza el despegamiento manual y la extracción de la placenta.

Indicaciones.

Se procede a la extracción manual de la placenta.

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

Contraindicaciones.

- Acretismo placentario.

Técnica Para la Extracción Manual.

- Se introduce en la vagina la mano más hábil con los dedos juntos.
- La mano contraria inmovilizada y cerrada el fondo uterino por vía abdominal.
- Utiliza como guía el cordón umbilical a través del cérvix.
- Identificar la cara fetal de la placenta y borde placentario mediante exploración digital cuidadosa.
- Con presión suave en el plano que está entre la zona basal y esponjosa se procura el despegamiento y si

no es posible hallarlo en el polo inferior de la placenta, explorar sus caras superior y lateral.

- Una vez que se encuentra el plano de despegamiento se coloca el borde cubital entre la placenta y la pared uterina.

- A continuación con el dorso de la mano en contacto con el útero se despega la placenta de sus puntos de adherencias mediante un movimiento similar al que se emplea para separar las hojas de un libro, utilizando la mano como si fuera un cortapapel; en la forma más suave posible.

- Cuando se reconoce que toda la placenta está desprendida se toma con la mano, se espera una contracción uterina firme y entonces se retira la mano en forma gradual extrayendo suavemente la placenta para que también se desprendan las membranas con un mínimo de desgarro.

- Una vez que se ha extraído la placenta, la exploración con una gasa que envuelva los dedos índice y medio, con movimientos de frotación en el interior del útero, permitirá retirar cualquier resto placentario retenido.

- Si la placenta no se separa espontáneamente y no se identifica el plano de despegamiento entre sus zonas basal y esponjosa, habrá que sospechar la posibilidad de una placenta acreta y abandonar temporalmente todo intento de extraer la placenta, ya que si se insiste sólo se conseguirá arrancar el miometrio con peligro obvio de perforación o inversión del útero si se intenta su extracción (37).

Verificación del Fondo Uterino.

Después del parto, el útero disminuye de tamaño en forma gradual y desciende hacia la pelvis a la posición

que ocupaba antes del embarazo, proceso que se llama involución. La palpación del fondo uterino evalúa este proceso mediante la determinación del tamaño uterino, grado de firmeza y ritmo de descenso, que se mide en dedos por arriba o por debajo del ombligo.

La evolución por lo regular comienza inmediatamente después del nacimiento en que el útero contraído con firmeza se encuentra a la mitad entre el ombligo y la sínfisis del pubis.

TECNICA PARA EXTRAER MANUALMENTE LA PLACENTA

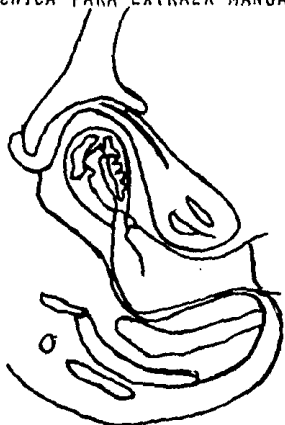


FIGURA # 21. " INTRODUCCION DE LA MANO "

Fuente: Taylor, Stewart. Obstetricia de Beck

FIGURA # 22. " DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO "



Pronto el útero se eleva al ombligo o a un nivel superior; después del segundo postparto, el útero inicia su descenso hacia la pelvis a ritmo de un dedo por día, o ligeramente menos para la paciente que se ha sometido a cesárea, para el décimo día postparto, el útero se encuentra en la región profunda de la pelvis, a nivel de la sínfisis del pubis o por debajo, y no puede palparse.

Cuando el útero no se contrae ni permanece firme durante la involución, puede ocurrir hemorragia uterina. El masaje del fondo uterino, la administración de oxitócicos - sintéticos o la liberación de oxitócicos naturales durante la alimentación al seno materno ayudan a estimular las contracciones (38).

Vigilancia del Sangrado Trasvaginal Postparto:

El sangrado vaginal después del parto se llama loquios y contiene sangre de la superficie placentaria, partículas de decidua y moco. Durante las primeras horas del puerperio los loquios son sanguinolentos y con pequeños coágulos; la hemorragia será normal si incluye coágulos de más de 1 Cms. de diámetro y el material satura más de cuatro compresas.

Al tercer o cuarto día después del parto los loquios inicialmente sanguinolentos son más serosos y en menor cantidad. En el noveno o décimo día son de color blanco y suelen persistir durante seis semanas.

Los loquios con frecuencia emanan un olor semejante al del flujo menstrual normal; sin embargo la presencia de sangre en los loquios después de cuatro o cinco días;

(38) Hamilton Klusek; Helen. et.al. op.cit. p.308.

loquios persistentes de color pardo, fétidos indican una subinvolución uterina, retención de restos placentarios o la existencia de coágulos en descomposición.

Vigilancia de la Diuresis:

una de las responsabilidades de la enfermera es vigilar que la puerpera restablezca su función vesical; ya que la retención de orina es común en el puerperio y depende de varios factores. A veces proviene de la disminución del tono uretral o vesical por distensión excesiva o lesión durante el parto, aumento de la capacidad vesical cuando desaparece la presión del útero grávido, inflamación de la vulva y periné. Resulta peligroso permitir que la vejiga se llene o quede distendida porque puede causar retención urinaria por hipotonía vesical y dar más oportunidad de infección

4.3. Informes Cualitativos y Cuantitativos de Actividades.

Cuadro No. 1.

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL HOSPITAL GENERAL " JOSE VICENTE VILLADA " EN EL PERIODO DEL 7 DE JULIO AL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1989.

ACTIVIDADES TECNICAS	Fo.	%
Toma de Signos Vitales	5	3
Instalación de Venoclisis	5	3
Tricotomía Vulvar y Abdominal	5	3
Cateterismo Vesical	5	3
Administración de Medicamentos	5	3
Valoración Gineco-Obstétrica	49	30
Atención del Parto Normal	30	18
Inducto-Conducción	8	5
Utero-Inhibición	2	1
Episiotomía-Episorrafía	8	5
Atención al Recién Nacido	10	6
Revisión de Cavidad Uterina	30	18
Colaboración en Legrado Uterino Instrumental	2	1
Pasar Visitas Médicas a Piso de Ginecología	1	1
T o t a l .	165	100

FUENTE: Anecdotario personal de la pasante en servicio social.

Análisis:

La actividad que más se realizó fué la valoración ginecológica en un 30%; debido a que es un procedimiento básico en el examen físico de la paciente embarazada o con problemas ginecológicos. Las actividades que menos se realizaron fueron la colaboración con el médico en legrado uterino instrumental y pasar visita médica al piso de ginecología; ambas en un 1%, lo cual fué porque estas actividades son fundamentales para el aprendizaje de los médicos residentes e internos y le compete a ellos.

Cuadro No. 2.

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL HOSPITAL GENERAL " JOSE VICENTE VILLADA " EN EL PERIODO DEL 7 DE SEPTIEMBRE AL 7 DE NOVIEMBRE DE 1989.

ACTIVIDADES TECNICAS	Fo.	%
Toma de Signos Vitales	10	6
Instalación de Venoclisis	5	3
Tricotomía Vulvar y Abdominal	5	3
Cateterismo Vesical	3	2
Administración de Medicamentos	10	6
Valoración Gineco-Obstétrica	39	24
Atención del Parto Normal	26	16
Inducto-Conducción	8	5
Utero-Inhibición	5	3
Episiotomía-Espistorrafía	15	9
Atención al Recién Nacido	5	3
Revisión de Cavidad Uterina	33	20
T o t a l .	164	100

FUENTE: Misma del cuadro número 1.

Análisis:

La actividad que más se realizó fué la valoración gineco-obstétrica en un 24%; debido a que es un procedimiento de rutina en el servicio.

La actividad que menos se realizó fué el cateterismo vesical en un 2% a causa de que no se presentaron muchas oportunidades en este período.

Cuadro No. 3.

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL HOSPITAL GENERAL " JOSE VICENTE VILLADA " EN EL PERIODO DEL 7 DE NOVIEMBRE DE 1989 AL 7 DE ENERO DE 1990.

ACTIVIDADES TECNICAS	Fo.	%
Toma de Signos Vitales	5	3
Instalación de Venoclisis	5	3
Tricotomía Vulvar y Abdominal	5	3
Cateterismo Vesical	5	3
Administración de Medicamentos	5	3
Valoración Gineco-Obstétrica	35	21
Atención del Parto Normal	31	19
Inducto-Conducción	18	10
Utero-Inhibición	2	1
Episiotomía-Episiorraffa	20	12
Atención al Recién Nacido	10	6
Revisión de Cavidad Uterina	26	16
T o t a l .	167	100

FUENTE: Misma del cuadro número 1.

Análisis:

La actividad que más se realizó fué la valoración gineco-obstétrica en un 21%; lo cual fué originado porque a falta de personal médico de base de ginecoobstetricia y anestesiólogo; la mayoría de las pacientes eran valoradas y canalizadas a otras instituciones hospitalarias.

La actividad que menos se realizó fué la utero-inhibición en un 1% debido a que por las razones expuestas en el párrafo anterior la oportunidad sólo se presentó en dos ocasiones.

Cuadro No. 4.

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL HOSPITAL GENERAL " JOSE VICENTE VILLADA " EN EL PERIODO DEL 7 DE JULIO DE 1989 AL 7 DE ENERO DE 1990.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	Fo.	%
Elaboración de Historia Clínica	10	10
Elaboración de Partograma	87	90
T o t a l	97	100

FUENTE: Misma del cuadro número 1.

Análisis:

La actividad que más se realizó fué la elaboración de partograma en un 90%; debido a que es un procedimiento de rutina para todo paciente que ingresa en trabajo de parto.

La actividad que menos se realizó fué la elaboración de la historia clínica; ya que es un procedimiento básico en la formación de los médicos residentes o internos.

Cuadro No. 5.

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL HOSPITAL GENERAL " JOSE VICENTE VILLADA " EN EL PERIODO DEL 7 DE JULIO DE 1989 AL 7 DE ENERO DE 1990.

ACTIVIDADES DOCENTES	Fo.	%
Proporcionar Orientación a la Paciente en el Trabajo de Parto	100	65
Participar en la Enseñanza Clínica de Estudiantes de Enfermería a Nivel Técnico	25	16
Dar Enseñanza Clínica de la Auxiliar de Enfermería	30	19
T o t a l .	155	100

FUENTE: Misma del cuadro número 1.

Análisis:

La actividad que más se realizó fué la orientación a la paciente en trabajo de parto en un 65%; debido a que es un procedimiento que ayuda a la paciente a liberar sus temores a la vez que adquiere confianza y tranquilidad, lo cual facilita el trabajo de parto.

La actividad que menos se realizó fué la enseñanza clínica de estudiantes de enfermería a nivel técnico en un 16%; debido a que en ocasiones no contabamos con el tiempo suficiente para dar una adecuada enseñanza clínica.

V. INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA DE LAS PATOLOGIAS MAS FRECUENTES ENCONTRADAS EN LA UNIDAD TOCO-QUIRURGICA.

Aborto. Concepto.

" Es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad (20 semanas de gestación o 499 gramos de peso ") (39).

Etiología.

Las causas del aborto pueden reunirse en tres grupos: ovulares y fetales, maternas y paternas.

El 60% de los abortos son causados por defectos ovulares originados por alteraciones patológicas del huevo incompatible con su desarrollo.

Un 35% son ocasionados por factores maternos entre los cuales sobresalen; enfermedades e infecciones maternas como la toxemia, deficiencia hormonal, toxoplasmosis, sífilis, malformaciones uterinas, diabetes. Únicamente el 2% de los abortos se atribuyen a causas paternas - como alteraciones en su fórmula cromosómica (40).

Recursos Auxiliares de Diagnóstico.

A menudo el clínico está impedido de predecir si un episodio de hemorragia uterina en un embarazo progresará hasta un aborto. Pero algunas pruebas de las que se disponen actualmente pueden ayudar al médico a diferenciar entre un pronóstico favorable y uno desfavorable.

GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA:

Se consigue con ella valorar la hormona en la sangre materna aproximadamente de seis a nueve días después de la concepción. La presencia de un nivel hormonal bajo o declinante identifica generalmente a aquellos embarazos -

(39) Mondragón Castro Héctor Obstetricia Básica Ilustrada p. 243.

(40) Idem. p. 245.

que están destinados a terminar en aborto.

GONADOTROPINA PRUEBA CUALITATIVA.

La reacción de Friedman que se mantiene negativa (es especial si fué positiva anteriormente) nos indica la posible muerte del huevo.

GONADOTROPINAS PRUEBAS CUANTITATIVAS.

Hay que recordar que 2,000 a 6,000 UBH es la concentración por litro en el embarazo normal; una cifra de 700 hace sospechar la muerte del huevo. Por otra parte, los títulos bajos que decrecen nos llevan a suponer la escasa o nula vitalidad del tejido coriónico.

ULTRASONOGRAFIA.

Si se demuestra la presencia de un saco gestacional normal, intacto, conteniendo un feto el pronóstico es favorable.

DOSIFICACION SIMULTANEA DE GONADOTROPINAS Y PREGNANDIOL⁽⁴¹⁾

a). Gonadotrofinuria;	2,000 UBH	Huevo en buenas condiciones.
Preganadioluria:	10 mg.	
b). Gonadotrofinuria:	2,000 UBH	Huevo sano
Pregnandioloria:	7 mg.	
c). Gonadotrofinuria:	1,000 UBH	Huevo frágil
Pregandioloria:	7 mg.	
d). Gonadotrofinuria:	0 a 700 UBH	Huevo muerto
Pregnandioloria:	menos de 5 mg.	

ESTROGENOS.

Durante el embarazo la fuente mayor de estrógenos es el trofoblasto niveles bajos o en descenso de los estrógenos maternos, en especial el estradiol, indican una amenaza de aborto.

DETERMINACION DEL PREGNANDIOL URINARIO.

Con excreción diaria superior a 5 mg. el 80% de las grávidas conservan el embarazo; con cifras inferiores a 5 mg., casi el 100% abortan.

Formas Clínicas del Aborto.

- Amenaza de aborto.
- Aborto en evolución.

(41) Casaville, Florencio, et. al; Manual de Obstetricia. p. 274.

- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto fallido
- Aborto habitual
- Aborto terapéutico
- Aborto criminal o séptico

La amenaza de aborto se caracteriza por la aparición durante las primeras 20 semanas de gestación de hemorragia escasa proveniente de la cavidad uterina, sin modificaciones cervicales. El cuadro clínico incluye dolor abdominal similar a los cólicos menstruales con irradiación a la parte lumbar; hemorragia escasa que puede consistir en sangre roja brillante o de color marrón; cévix sin modificaciones; fondo de saco elástico o indoloros (42).

El tratamiento es conservador basado en: explicar a la paciente su problema; restricción de la actividad física y sexual mientras persista el cuadro; sedación uterina para eliminar la irritabilidad y limitar el sangrado; hormonas administradas en forma intensiva, precoz y preventiva.

Es conveniente realizar el tratamiento combinado con progesterona endovenosa o intramuscular, por ejemplo: 20 mg por vía endovenosa cada seis horas hasta el cese de la hemorragia, simultáneamente se aplica 250-500 mg. de progesterona de acción prolongada por vía intramuscular a fin de mantener niveles sanguíneos constantes.

(42) Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, p.55.

El aborto en evolución es aquel que como a consecuencia de la actividad uterina se producen modificaciones cervicales irreversibles. Su cuadro clínico va acompañado de borramiento y dilatación a nivel del orificio cervical interno; desaparición del ángulo cervice uterino, - sangrado trasvaginal abundante, dolor abdominal intenso y progresivo; membranas ovulares íntegras.

El tratamiento consiste en realizar legrado uterino en embarazos menores de 12 semanas de gestación; en embarazos de 12 a 20 semanas de gestación si la hemorragia es escasa, aplicar solución con oxitocina para acelerar la expulsión. Si hay hemorragia abundante y la dilatación cervical aún es pequeña; practicar la extracción del huevo por fragmentación.

En el aborto inevitable lo característico es que en ausencia de modificaciones cervicales visibles; se produce la ruptura de las membranas ovulares o hay hemorragias abundantes; circunstancias que hacen imposible la prosecución del embarazo. El cuadro clínico va precedido de progreso borramiento y dilatación del cuello uterino; sangrado trasvaginal aumentado; membranas salientes a través de la cérvix (43).

El tratamiento va dirigido a reducir la pérdida de sangre, calmar el dolor y evitar la infección. La paciente debe ser internada para extraer los restos mediante vaciamiento por aspiración o por curetaje instrumental.

En el aborto incompleto una parte del producto de la concepción (el feto) es expulsado y la otra (pla-

centa y membranas) son retenidas en la cavidad uterina. La paciente experimenta dolores severos y la cantidad de sangre perdida puede ser lo suficientemente importante como para producir anemia y choque; la hemorragia uterina persiste hasta que los tejidos remanentes sean extraídos o expulsados espontáneamente.

El primer tratamiento en el aborto incompleto es la evacuación del útero para prevenir posteriores hemorragias e infección. Se tendrá sangre clasificada para transfundir a la paciente de ser necesario. Es importante evaluar macroscópicamente y microscópicamente todo el material eliminado para diferenciar un aborto de un embarazo ectópico enfermedad trofoblástica o la eliminación de tejido decidual solo.

El término aborto completo implica que el útero ha expulsado todo el huevo (embrión, cordón, placenta y membranas, ocurre con gran frecuencia antes de la sexta y después de la decimo cuarta semana de gestación. Clínicamente el aborto es sugerido por el útero de menor tamaño para el tiempo de amenorrea; sangrado trasvaginal escaso o nulo; el dolor abdominal desaparece.

El tratamiento consiste en explorar el útero - para verificar si no hay restos retenidos; se puede reali

zar ultrasonografía, ya que si ésta demuestra cavidad uterina vacía éste ayudará a evitar procedimientos innecesarios (44).

Es recomendable considerar a todos los abortos como incompletos hasta que se haya realizado el raspado, ya que la necrosis de los restos del huevo y la decidua residual son causas comunes en hemorragia e infección.

Se puede considerar un aborto fallido cuando muere el producto de la concepción no es expulsado y queda retenido en el útero durante 8 semanas o más. En el cuadro clínico la amenorrea persiste, o puede haber una pérdida vaginal ligera fétida, los síntomas subjetivos del embarazo desaparecen y la paciente puede perder peso, el útero deja de crecer y puede hacerse más pequeño por la absorción del líquido amniótico o maceración del feto; cesa la percepción de los movimientos fetales.

El diagnóstico se base en la ultrasonografía que revela el diámetro diparietal disminuido; cráneo deformado, falta de movimientos cardíacos, el líquido amniótico disminuido o de color marrón o vino; las pruebas biológicas son repetidamente negativas.

El tratamiento en el útero de tamaño correspondiente a 12 semanas de gestación o menos consiste en aspiración o curetaje. en útero mayor de 12 semanas de gestación administré primero prostaglandinas E2 vaginal y luego inicié infusión de oxitocina.

El aborto habitual es aquel que ha sucedido en forma espontánea en tres ocasiones consecutivas o más.

En el tratamiento es esencial determinar la etiología; ésta orientará el tratamiento se hará entonces:

1). Hipoplasia uterina. Estrogen terapia y diatermia u onda corta.

2). Desgarros cervicales profundos. Plástica cervical.

3). Incompetencia del orificio interno del cullo. Tratamiento quirúrgico, preferentemente después de los tres meses del último aborto.

4). Disfunción hormonal. Este defecto se trata induciendo la ovulación con clomifén y estimulando la fertilización inmediata. Luego el embarazo se apoya con la administración de progestina hasta que se efectúa la implantación.

El aborto terapéutico es el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre (45).

Puede realizarse el aborto terapéutico por las indicaciones médicas siguientes:

1. Cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente a su salud.

(45) Pritchard Jack A. et.al.: Williams Obstetricia. p. 463.

2. Cuando el ambarazo ha sido a consecuencia de violación o incesto.

3. Cuando la continuación del embarazo se crea que va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves o con retraso mental.

Se considera un aborto infecta o séptico cuando se superponen a cualquiera de las formas clínicas una infección genital con diseminación endouterina⁽⁴⁶⁾

Generalmente existe un problema de retención de tejidos ovulares. El cuadro clínico consiste en fiebre, dolor en hipogastrio y fosas ilíacas, exudado vaginal hematopurulento fétido; presencia de masas anexiales y fluctuantes en el fondo de saco de Douglas.

El tratamiento consiste en administrar penicilina g sódica cristalina 5 millones intravenosos cada cuatro horas; combinados con aminoglicosidos. En los casos en que el volumen uterino sea menor del que corresponde a una gestación de 12 semanas se practicará legrado uterino aproximadamente después de 8 horas de iniciado el tratamiento o antes si la hemorragia lo amerita. Cuando el volumen uterino es mayor de 12 semanas de gestación y las condiciones del cérvix permiten la evacuación fácil; suave y rápida del

(46) Instituto Mexicano del Seguro Social. op.cit., p.54

contenido uterino, practicar extracción digito instrumental del mismo.

Si las condiciones del cérvix no lo permiten debe intentarse inducir y estimular el trabajo de aborto mediante la aplicación de oxcitocina; al producirse la expulsión practicar legrado uterino y revisión de cavidad.

Para la prevención y tratamiento del choque séptico es necesario mejorar las condiciones maternas antes de efectuar cualquier manipulación intrauterina.

Cuadro No. 4.

ETIOLOGIA DEL ABORTO

I. Causas directas que actúan sobre el huevo, la caduca y el útero.

1. GENETICAS: 40% DEL TOTAL. { Interviene el factor paterno, espermatozoides portadores de factores letales, así como la incompatibilidad de las gametas.
2. CADUCA. { Endometritis (especialmente decidual por gonococica).
Insuficiencia del cuerpo lúteo.
Déficit estrógeno (para otros hiperfolliculinemia)
Hiposuprarrenalismo.
Hipopituitarismo.
- Atrofia del endometrio { Tumores.
Raspados iterativos.
Tuberculosis.
- Hipoplasia { Útero didelfo.
Anomalías congénitas { Útero tabicado.
- Retrodesviaciones (encarcelamiento del útero grávido)
- Neoplasias { Tumores uterinos. { Benignos.
Tumores parauterinos. { Malignos.
3. UTERO. { Sinequias intrauterinas
- Infecciones parauterinas { Anexitis.
Parametritis.
Pelvipерitonitis.
- Desgarros cervicales profundos.
Aumento de la contractibilidad normal. { Polihidrogamios
Excesiva distensión de la fibra del útero. { Embarazo gemelar
Desprendimiento prematuro de placenta.

4. TRAUMATISMOS. {
 Coito (violento y repetido).
 Quirúrgicos (operaciones abdominales).
 Accidental { Caídas.
 Viajes.
 Psíquico (emociones)
 Radiografías y radiaciones.
5. DISFUNCION DE LAS VELLOSIDADES CORIALES. {
 Bloqueo de la nutrición.
 Insuficiencia de gonadotrofinas (que impide un buen desarrollo del cuerpo amarillo).

II. Causas indirectas.

1. INTOXICACIONES. {
 Endógenas { Diabétes
 Gestosis
 Nefritis
 Exógenas { Por metales.
 Alcoholismo.
 Tabaquismo
 Anfetaminas { Plomo.
 Fósforo.
 Mercurio.
 Plata.
2. INFECCIONES. {
 Agudas { Tifoidea.
 Escarlatina
 Difteria.
 Gripe, toxoplasmosis, kisteriosis,
 enfermedad de inclusión citomegálica.
 Crónicas { Tuberculosis
 Sífilis.
 Paludismo

3. Hipovitaminosis: deficiencia de vitaminas A, E, K y B.
 4. Crisis dolorosas reflejas: cólico hepático, renal, entre otros.
 5. Anidación distópica.

6. Mola.
7. Afecciones extragenitales
8. Incompatibilidad A, B y O.

{ Cardiopatías descompensadas.
 Nefropatías pregravídicas.
 Hipertensión pregravídica.

FUENTE: Casaville, Florencio.

Manual de Obstetricia. pp. 268-269.

HISTORIA NATURAL DEL ABORTO

Concepto: Es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad (20 semanas o peso de 499 gramos).

PERIODO PRE-PATOGENICO.

Factores del Agente: - ovulares
 - maternos
 - paternos

Ovulares: - Mala calidad de los gametos.
 - Plasma germinativo deficiente por procesos infecciosos.
 - Actividad trofoblástica disminuida.
 - Actividad trofoblástica exagerada.

Maternos: a). Locales. Hipoplasias uterinas.
 Distopias uterinas.
 Miomas.
 Desgarros cervicales profundos.

Coito repetido.
Incompetencia del orificio interno.

- b). Generales. Alteraciones hormonales.
Incompatibilidad sanguínea.
Infecciones.
Alergia.
Estados carenciales.
Traumatismos.
Intoxicaciones.

Pateros: Alteraciones en su fórmula cromosómica; existencia de genes letales que no modifican el cariotipo.

Huesped: Es más frecuente en mujeres embarazadas adolescentes o entre 35-4- años.

Medio Ambiente: Se presenta en cualquier nivel socioeconómico y cultural; pero es más frecuente en el -bajo.

Estímulo Desencadenante: Interacción de los factores del agente, huésped, medio ambiente desencadenan la etiología.

PERIODO PATOGENICO.

Reacción Celular o Tisular: Los sinusoides en la región del sitio placentario experimentan trombosis, necrosis y hemorragia hacia la decidua; posteriormente

el huevo se desprende parcialmente o por completo y es expulsado.

Signos y Síntomas Inespecíficos.

- Adinamia.
- Cefalea.
- Dolor pélvico.
- Secreción vaginal.
- Dorsalgia.
- Malestar general.

Signos y Síntomas Específicos.

- Hemorragia escasa o abundante.
- Modificaciones cervicales.
- Dolor abdominal intenso y progresivo.
- Utero de menor tamaño.
- Exudado vaginal hematopurulento fétido.
- Presencia de masas anexiales fluctuantes en fondo del saco de Douglas.

Complicaciones.

- Perforación uterina.
- Coagulación intravascular dise minada.
- Insuficiencia renal.

Secuelas.

- Impotencia cervical.
- Trabajo de parto prematuro.
- Esterilidad.
- Adherencias uterinas en caso de legrado enérgico.

Muerte.

- Por choque hipovolémico.
- Por choque endotóxico.

NIVELES DE PREVENCIÓN.**Prevención Primaria.****PROMOCION DE LA SALUD:**

- Orientación higiénico-dietética.
- Orientación sobre recursos de salud existentes en la comunidad; mejoramiento de las condiciones ambientales.
- Educación sexual y consejo premarital.

PROTECCION ESPECIFICA:

- Información del padecimiento a la población femenina en edad reproductiva.
- Protección contra los accidentes; peligros del trabajo.
- Ingerir una dieta balanceada.
- Detección temprana de procesos infecciosos.
- Adecuado control prenatal.
- Control de la fertilidad.

Prevención Secundaria.**DIAGNOSTICO PRECOZ:**

- Historia clínica completa.
- Exploración física adecuada.
- Exámenes de laboratorio (Biometría hemática completa, titulación de gonadotropina, prueba inmunológica del embarazo, tiempo de protombina y tipaje).

- RX. simple de abdomen.
- Ultrasonografía.
- Colpocitología.
- Urocitograma.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

- Reposo.
- Sedación uterina.
- Hormonas (progesterona 20 mg. IV cada seis horas), hasta cesar la hemorragia.
- Oxitócicos.
- Profilaxis antibiótica.
- Transfusiones sanguíneas.
- Legrado uterino.
- Cirugía específica (Cerclaje) en incompetencia cervical.

LIMITACION DEL DAÑO:

- Atención obstétrica temprana con la terapéutica adecuada.
- Tratamiento oportuno de las complicaciones.
- Control médico subsecuente para evaluar la respuesta a tratamiento indicado.

Prevención Terciaria.

REHABILITACION:

- Orientar a la pareja sobre importancia de prevenir un embarazo precoz.
- Orientar a la pareja sobre importancia del control médico postaborto.
- Consejo Genético a la pareja.
- Psicoterapia.
- Explicación al paciente y familiar de las complicaciones del padecimiento.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- Orientar a la paciente en relación a los procedimientos a realizarle.
- Permeabilizar vena.
- Extraer muestras para examen de laboratorio.
- Toma de registro de signos vitales.
- Vigilar sangrado trasvaginal y actividad uterina.
- Observar a la paciente por signos de choque (hipotensión, pulso débil y rápido, piel húmeda, inquietud).
- Transfundir sangre si es necesario.
- Administrar oxitócicos y antibióticos previa orden médica.
- Vigilar expulsión del producto y anexos ovulares.
- Preparar a la paciente física y psicológicamente para el legrado uterino instrumental.
- En el puerperio post-aborto vigilar (signos vitales, sangrado trasvaginal, involución uterina, diuresis).
- Aplicar a las pacientes Rh-negativas Rhogam previa orden médica.
- Orientar a la paciente en relación a la importancia de evitar un embarazo precoz y de asistir al control post-aborto

5.2. Toxemia Gravídica (Preecampsia - Eclampsia).

Concepto: Es un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada, complicando el embarazo, parto y

puerperio inmediato.

Etiología.

La causa de preeclampsia-eclampsia permanece desconocida. Campos importantes de sospecha han sido los trastornos metabólicos de las proteínas, lo que de la actividad o metabolismo normales por la placenta en desarrollo, manifestaciones idiosincráticas de reacción vascular y deficiencias nutricionales (incluyendo proteínas, calorías, minerales, sodio y vitaminas). En la actualidad goza de aceptación la teoría que considera que los productos de la degeneración placentaria o decidual llegan a la circulación materna y causan la cadena de signos y síntomas (47).

Diagnóstico.

El diagnóstico de la preeclampsia se basa en la manifestación de hipertensión con proteinuria o edema generalizado y evidente y suele ser directo; la presión arterial es de 140/90 o superior, o bien se ha producido un aumento por encima de los valores basales de 30mmHg en la presión sistólica ó 15mmHg en la diastólica al menos en dos ocasiones con seis o más horas de intervalo.

La proteinuria se define como la presencia de 300 mg o más de proteínas en la orina en 24 horas o una concentración de proteínas de 1g/l o más al menos en dos muestras de orina tomadas en seis horas o más de intervalo (48).

El edema puede ser intracelular o sólo extracelular, es decir en los conductos vasculares o espacios

(47) Benson Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico, p. 739.

(48) Pritchard Jack A. op.cit; p. 512.

intersticiales. Para fines terapéuticos, el edema puede ser considerado principalmente como resultado de retención anormal de sodio y agua.

Clasificación.

Preeclampsia Leve: Caracterizada por presión arterial sistólica 120 - 140 mmHg y diastólica 80 - 90 mmHg; proteinuria hasta 1.5 gramos y edema leve.

Preeclampsia Moderada: Caracterizada por presión arterial sistólica de 140 - 160 mmHg y diastólica de 90 - 110 mmHg; con proteinuria de 1.5 a 3.0 gramos y edema moderado.

Preeclampsia Severa: Puede presentarse en forma no complicada en cuyo caso la presión arterial sistólica varía de 160 - 180 mmHg y la diastólica es de 110 - 120 mmHg con 3 a 5 gramos de proteinuria. La preeclampsia severa complicada cursa en general con hipertensión de cifras mayores de 180 - 120 mmHg y la proteinuria mayor de 5 gramos; cefalea, vómito, color epigástrico, fosfenos, acufenos, excitabilidad, hiperreflexia, convulsiones⁽⁴⁹⁾

Enfermedad Vascul ar Hipertensiva Asociada al Embarazo: Encontramos exarcebación en la segunda mitad del

(49) Instituto Mexicano del Seguro Social op. cit. P. 107

embarazo de una hipertensión ya existente. La hipertensión se debe haber comprobado antes del embarazo o haberse descubierto durante el mismo antes de la vigésima semana de gestación.

Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento son:

- 1). Terminación del embarazo con el menor trauma posible para la mujer y el feto.
- 2). Nacimiento de un niño que pueda desarrollarse normalmente con posterioridad.
- 3). Restablecimiento completo de la salud de la madre ⁽⁵⁰⁾

La paciente con preeclampsia leve se la puede tratar ambulatoriamente con recomendaciones como: reposo relativo, dieta hiposódica e hiperproteica, sedantes, diuréticos exámenes de laboratorio cada semana con su respectiva consulta prenatal. Es indispensable que tanto la paciente como sus familiares estén instruidos en relación a signos y síntomas que indiquen complicaciones (aumento de edema, alteraciones visuales, dolor epigástrico, disminución de gasto urinario).

(50) Pritchard Jack A. op.cit. p. 927.

En la preeclampsia moderada y severa no complicada el tratamiento consiste en reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, ambiente tranquilo, signos vitales cada 60 minutos; solución glucosa 5% 1000cc. para 24 horas, sonda Foley, control de diuresis horaria o por turno; instalaciones de cateter para PVC, endovenoso periferico, - sulfato de magnesio 4 gramos en dosis única y posteriormente 2 gramos intravenosos cada dos horas previa evaluación médica; examen clínico cada 3-4 días para valorar el curso de la hipertensión, grado de proteinuria, estado fetal, condición obstétrica y pensar en la interrupción del embarazo entre 36-40 semanas de gestación.

En la preeclampsia severa complicada se establecen las medidas usadas en la preeclampsia severa no complicada además de solución glucosada 5% 1000 cc. según PVC, FC, Hipertensión, Diuresis; proteinuria cada turno, general de orina cada 24 horas, perfil de coagulación, protefmas plasmáticas, EKG, examen clínico integral cada seis horas para evaluar terapéutica e identificar complicaciones (crisis hipertensiva convulsiones, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal) (51).

Como paso inicial a la interrupción del embarazo se debe propiciar la mejoría; compensación o estabilización de la paciente. Se debe escoger el método menos traumático para el parto; se puede usar Forcéps bajo para acortar la tensión de la segunda etapa del parto sobre el sistema vascular y el sistema nervioso central.

La operación cesárea se debe usar en las siguientes circunstancias: Si la exploración vaginal revela condiciones totalmente desfavorables para la inducción del tra-

bajo de parto; si el trabajo de parto no comienza inmediatamente después de intentarse la inducción; o si el recién nacido pretérmino sobrevive.

Cuadro No. 7.

GRADOS CLINICOS DEL CUADRO TOXEMICO DEL EMBARAZO

GRADOS DE TOXEMIA	TENSION ARTERIAL mmHg.	PROTEINURIA	EDEMA
I. Leve	$\frac{120 - 140}{80 - 90}$	hasta 1.5	hasta 1 +
II. Moderada	$\frac{140 - 160}{90 - 110}$	1.5 a 3.0	2 +
III. Severa	$\frac{160}{110}$	3.0	3 ó nada
IV. Convulsiva.	Cualquier grado previo más convulsiones tónico-clónicas generalizadas.		
V. Comatosa.	Cualquier grado previo más estado de coma; pero sin datos de crisis convulsivas generalizadas.		

FUENTE: Lopez, Llera; Mario.

La Toxemia del Embarazo Lecciones Básicas. pp. 360.

HISTORIA NATURAL DE LA PREECLAMPSIA.

Concepto:

Es un trastorno específico de la gestación, que se presenta durante el último trimestre o al principio del puerperio y que se caracteriza por vasoespasmo generalizado, retención excesiva de sodio y agua, así como alteraciones renales.

PERIODO PRE-PATOGENICO.

Agente: Desconocido.

Huésped: Mujeres en período de gestación y puerperio.

Factor del Huesped:

- Primigesta menor de 17 años o añosa mayor de 35 años.
- Embarazos Múltiples.
- Mujeres con enfermedad trofoblástica molar.
- Dieta inadecuada (régimen hipersódico y/o hipoproteico).
- Presencia de enfermedades preexistentes (nefropatías, hipertensión, diabetes).
- Obesidad.
- Antecedentes heredo-familiares

Medio Ambiente: Es universal, pero aumenta en el medio socioeconómico bajo.

Estímulo Desencadenante; Al interactuar los factores del huésped, medio ambiente.

PERIODO PATOGENICO.

Implantación: Organos y sistemas maternos (corazón, cerebro, riñón, hígado, placenta).

Reacción Celular o Tisular:

Riñón.

Ocurre inflamación de las células endoteliales y el depósito de material amorfo en su citoplasma produce crecimiento e hinchazón de los capilares glomerulares.

Higado.

La lesión hepática frecuente es la necrosis hemorrágica periportal lobular; la cual puede extenderse hacia el centro del lobulillo hepático.

Corazón.

Las hemorragias subendoteliales cambian el color del corazón; se ven trombos de fibrina, necrosis focal y hemorragia en el miocardio.

Placenta.

Se desarrolla degeneración sincitial, depósito hialino paravilloso; degeneración y trombosis de las arteriolas espirales en la decidua que producen necrosis de la misma y hemorragia en el tejido periyacente.

Encéfalo.

Pequeñas hemorragias cerebrales afectan la protuberancia -

anular, los ganglios basales y áreas subcorticales.

Signos y Síntomas Inespecíficos.

- Vértigo.
- Náuseas.
- Adinamia.
- Cambios en el Sedimento Urinario.
- Malestar General.

Signos y Síntomas Específicos.

- Cefalea Frontal, Occipital.
- Dolor Epigástrico en Barra.
- Fosfenos.
- Acufenos.
- Hipertensión Arterial.
- Edema.
- Proteinuria.
- Visión Borrosa.
- Excitabilidad.

Complicaciones.

- Hemorragia Cerebral.
- Ruptura Hepática.
- Coagulación Intravascular Diseminada.
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.
- Insuficiencia Renal Aguda.
- Insuficiencia Cardíaca.

Secuelas.

- Hipertensión Arterial.
- Glomerulonefritis Aguda.

Muerte.

- La madre y el producto pueden morir si progresa la enfermedad a estados más graves (eclampsia)

NIVELES DE PREVENCIÓN.Prevención Primaria.

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Orientación al individuo, familia y comunidad en relación a:

- Hábitos higiénicos-dietéticos.
- Recursos de salud existentes en la comunidad.
- Mejoramiento de las condiciones ambientales.
- Importancia del control médico periódico.
- Edad oportuna de reproducción.
- Paternidad responsable.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

- Atención prenatal temprana y constante.
- Control de peso durante el embarazo.
- Realizarse exámenes prenatales para control.
- Ingerir nutrientes esenciales, en cantidad y calidad.
- Evitar situaciones de crisis.

Prevención Secundaria.

DIAGNÓSTICO PRECOZ:

- Historia clínica.
- Exámenes de laboratorios: biometría hemática completa, examen general de orina, tipaje y RH, química sanguínea, tiempo de tromboplastina, tiempo de protombina, depuración de creatinina en 24 horas.

- Ultrasonografía cada trimestre.
- Electrocardiograma.
- Trazo tococardiográfico.
- Examen de fondo de ojo.

TRATAMIENTO OPORTUNO:**Preeclampsia Leve.**

- Reposo relativo.
- Dieta hiposódica e hiperproteica.
- Consulta médica semanal para evaluar el curso del cuadro hipertensivo, el grado de proteinuria, la curva ponderal y la condición obstétrica y fetal.

- Medicamentos:**
- Fenobarbital de acción prolongada 64 mg cada 12 horas vía oral.
 - Fumarato ferroso 200 mg. cada 12 horas vía oral.
 - Valorar la interrupción del embarazo en la semana 38-40.

Preeclampsia Severa.

- Ayuno.
- Solución glucosada 5% 1000cc. para pasar en 24 horas.
- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.

- Registro y control de signos vitales cada 30 ó 60 minutos.
- Sonda foley por diuresis horaria.
- Balance hidrífico estricto.
- Aplicación de Sulfato de Magnesio 4 gramos en 250 cc de solución glucosada durante 20 minutos. (dosis única) y posteriormente 2 gramos cada 2 horas previa evaluación médica.
- Valoración cada 6 - 8 horas para mantener o modificar la terapéutica.

LIMITACIÓN DEL DAÑO:

- Administrar medicamentos ordenados y vigilados por efectos tóxicos.
- Proteger a la paciente de las lesiones físicas en caso de convulsión.
- En caso de requerir la paciente asistencia adicional canalizarla a la institución adecuada.
- Precisar vía y tiempo óptimo para el nacimiento del producto.
- Aplicar Hidrocortisona para inducir la liberación de sustancias tensoactivas pulmonares del producto.

Prevención Terciaria.

REHABILITACIÓN:

Orientación al paciente y familiar sobre:

- Tratamiento de las secuelas (hipertensión, pielonefritis).

- Control médico subsecuente.
- Control de la fertilidad temporal o definitivo.
- Importancia de que participen en la convalecencia de la paciente.
- Estimulación temprana y constante al producto para favorecer su desarrollo.
- Vigilancia perinatal.
- Apoyo psicológico a la paciente que perdió al producto.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- A la paciente ambulatoria se le orientará en relación a su autocuidado, afección actual, evolución del embarazo.
- A la paciente hospitalizada se le explicará todo procedimiento que se le realice.
- Permeabilizar vena.
- Extraer muestras para exámenes de laboratorio.
- Instalar sonda foley.
- Control estricto de líquidos.
- Tomar y registrar signos vitales cada hora o cada tres horas según orden médica.
- Proporcionar a la paciente un ambiente tranquilo con luz tenue.

- Planear cuidados de enfermería con mínimas molestias para la paciente.
- Verificar el funcionamiento renal por medio de la cuantificación de la diuresis.
- Administrar previa orden médica sedantes, diuréticos, anti hipertensivos, antimicrobianos, corticoides.
- Al administrar el sulfato de magnesio previa orden médica, evaluar efectos tóxicos (reflejos osteotendinosos disminuidos, gasto urinario menos de 30 mililitros por hora; frecuencia respiratoria menos de 12 por minuto, enrojecimiento facial, sensación de calor).
- Tener cerca de la paciente gluconato de calcio para ser usado como antídoto del sulfato de magnesio.
- Vigilar a la paciente por aparición de síntomas que indiquen la aparición de convulsiones (cefales, epigastralgia, fosfenos, acufenos).
- Proteger a la paciente de lesiones físicas durante las convulsiones (uso de barandales, tener a mano el abate - lenguas para evitar lesiones de la lengua).
- Vigilar inducto-conducción si está indicada.
- Preparar a la paciente física y psicológicamente para cesárea de ser necesario.

5.3. Ruptura Prematura de Membranas.

Concepto.

" Es la salida de líquido amniótico en forma continua y espontánea de las membranas ovulares; por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto y en embarazos de más de 20 semanas (52).

Etiología.

No se ha determinado la etiología de la ruptura prematura de membranas, aunque se han postulado muchos factores predisponentes, habitualmente no se identifica la causa real en un caso dado. La lista de posibles factores incluye incompetencia del orificio cervical, cervicitis, amnionitis, placenta previa, anomalías genéticas, malas presentaciones fetales, hidragmnios, aumento de la tensión intrauterina con embarazo múltiple, traumatismo, aborto previo inducido, abrupcio placentario e infecciones de la vagina - (53).

Clasificación de la Ruptura Prematura de Membranas.

Según el momento en el cual se da la ruptura.

- A). Tespestativa: Es aquella que ocurre fisiológicamente, las membranas se rompen cuando existe dilatación completa de la cervice.
- B). Intempestiva: La cual se subdivide en.

(52) Instituto Mexicano del Seguro Social op. cit.; p. 94.

(53) Kaminetzky Harold, op. cit. p. 1050

- B.1. Ruptura Precoz. Sucede después de iniciadas -- las contracciones uterinas, pero antes de que exista la dilatación completa de la cérvix.
- B.2. Ruptura prematura. Se desgarran las membranas durante el embarazo antes de iniciado el trabajo de parto.
- B.3. Ruptura Tardía. Es la que se produce después - de que la dilatación sea completa⁽⁵⁴⁾

Cuadro Clínico.

El cuadro clínico se manifiesta por el relato de la paciente de salida brusca y espontánea de líquido por los genitales, que persiste en forma continua, acentuándose con los movimientos o con el esfuerzo.

Durante la exploración se puede encontrar:

- vagina húmeda.
- Salida de líquido a través de la cérvix.
- Acumulación de líquido en el fondo de saco posterior.

(54) Casaville Florencio, op.cit: p. 450.

Salida evidente del líquido por los genitales al presionar el fondo uterino, hacer esfuerzo la paciente o rechazar la presentación ligeramente (55).

Diagnóstico.

El diagnóstico apropiado habitualmente puede hacerse por medio de un único examen de espéculo, sin tacto del cuello ni tacto rectal. Este examen debe llevarse a cabo en condiciones asépticas. La visualización directa de líquido amniótico saliendo del orificio cervical es el método más confiable. En caso de duda, a menudo puede obtenerse una pequeña cantidad de líquido amniótico por manipulación del fondo uterino (56).

Procedimientos de Diagnóstico.

Prueba de Nitracina: Se pretende determinar la ruptura de membranas mediante el análisis de las secreciones vaginales mezcladas con líquido amniótico.

Significado: El líquido amniótico es alcalino por naturaleza, mientras que las secreciones vaginales durante el embarazo y la orina son ácidas. la tira de nitracina al exponerse al líquido vaginal se torna azul marino si la sustancia es alcalina, amarilla si la sustancia -

(55) Mondragón Castro Héctor op.cit. p. 397

(56) Kaminetzky Harold; op.cit. p. 1051

es ácida; las determinaciones de alcalinidad en las secreciones puede indicar ruptura de membranas.

Cristalografía: Consiste en detectar la presencia de líquido amniótico mediante la propiedad que éste tiene de cristalizarse.

Significado: El líquido amniótico toma una forma de helecho cuando se seca sobre un porta-objeto y se examina el microscopio.

Prueba de Azúl de Nilo: Los frotis vaginales pueden teñirse con Sulfato de Azúl de Nilo y examinarse microscópicamente.

Significado: Los resultados positivos muestran racimos de células fetales anucleares conteniendo glóbulos de grasa de color anaranjado brillante.

Prueba de Tarnier: Consiste en observar la salida de líquido amniótico; si éste se acentúa cuando con una mano se levanta la presentación, mientras que con la otra se presiona el fondo del útero, nos indica que hay ruptura de membranas (57).

Tratamiento.

Una vez confirmado el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, es imperativo evaluar la edad gestacional del feto. El conocimiento de una fecha probable de parto exacto y un registro prenatal cuidadoso son de gran valor para documentar la duración de la gestación. La ultrasonografía es útil para obtener una estimación de la edad gestacional y para identificar la parte de presentación.

El plan de tratamiento implica dos enfoques bastantes opuestos y debe basarse en una evaluación de los riesgos potenciales para la madre y el feto. En la conducta activa el obstetra interviene induciendo el trabajo de parto o efectuando una cesárea si no se logra el trabajo de parto en un lapso relativamente corto. En el manejo expectante, el obstetra no hace nada para acelerar el comienzo del trabajo de parto e interviene sólo en caso de amnionitis (58).

Ante signos de infección amniótica (taquicardia, fiebre, líquido fétido, hipertemia vaginal), iniciar el tratamiento antimicrobiano con Penicilina sódica en dosis de 5'000,000 U cada cuatro horas por vía intravenosa asociado en Gentamicina 80mg. cada ocho horas por vía intramuscular (59).

(58) Kaminetzky Harold, op.cit.p.1052

(59) Instituto Mexicano del Seguro Social.op.cit.p.96

HISTORIA NATURAL DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Concepto.

Es la salida de líquido amniótico en forma continua y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto y en embarazos de más de 20 semanas.

PERIODO PRE-PATOGENICO.

Agente. Específico no hay sin embargo existen múltiples factores.

Factores Desencadenantes:

- Contracciones de Braxton Hicks intensas.
- Movilidad brusca de miembros en las presentaciones pélvicas y situaciones trasversas.
- Versión por maniobras externas.
- Exploración manual vagino cervical brusca.
- Coito traumático.

Huésped. Mujeres embarazadas en cualquier etapa del embarazo.

Factores del Huésped:

- Multiparidad.
- Deficiente condiciones higiénico-dietéticas.

Medio Ambiente: Es universal pero ocurre con mayor frecuencia en el socio-económico bajo.

Estímulo Desencadenante: Interacción de la tríada ecológica.

PERIDO PATOGENICO.

Implantación: Membranas fetales.

Reacción Celular o Tisular:

Al romperse las membranas fetales el amnios y corion; ocurre espontáneamente la salida del líquido amniótico. Al mismo tiempo el producto pierde la protección que le brinda el líquido amniótico y las membranas fetales; quedando al medio exterior que lo rodea.

Signos y Síntomas Inespecíficos.

- Malestar general.
- Salida de secreción a través de la vagina.
- Sensibilidad uterina..
- Debilidad.

Signos y Síntomas Específicos.

- Vagina húmeda.
- Acumulación de líquido en el saco posterior.
- Fiebre materna.
- Encajamiento de la cabeza fetal.
- Secreción cervical fétida.
- Taquicardia materna y fetal.

Complicaciones.

- Corioamnionitis.
- Prolapso del cordón umbilical.

- Hemorragia cerebral por deficiente protección del polo cefálico.
- Infección neonatal.
- En el recién nacido (neumonía, gastroenteritis, piodermitis).

Escuelas.

- Endometritis puerperal.
- Infecciones abdominales (anexitis y parametritis).

Muerte.

- Choque séptico.

NIVELES DE PREVENCIÓN.

Prevención Primaria.

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Orientación en relación a:

- Alimentación y estado nutricional adecuados a la fase de crecimiento y del individuo y a otros estados fisiológicos.
- Condiciones adecuadas para un óptimo desarrollo de la personalidad.
- Vivienda adecuada, recreación y condiciones agradables en el hogar y en el trabajo.
- Educación sexual y consejo premarital.

- Exámenes de salud periódicos a grupos aparentemente sanos.

PROTECCION ESPECIFICA:

- Evitar traumatismos directos en el abdomen.
- Ingerir una dieta balanceada.
- Tratamiento oportuno de las infecciones vaginales.
- Disminuir la actividad sexual en el 7o. y 8o. mes de embarazo y evitarlas en el 9o.
- Evitar la versión por maniobras externas.
- Tratar oportunamente la incompetencia istmica cervical.
- Evitar las irrigaciones vaginales.

Prevención Secundaria.

DIAGNOSTICO PRECOZ:

- Historia clínica.
- Examen físico.
- Exámenes de laboratorios: biometría hemática completa, examen general de orina, química sanguínea, tipo y RH; cultivo de secreciones vaginales.
- Cristalografía.
- Coloración de AzÚl de Nilo.
- Prueba de Nitracina.
- Prueba de Tarnier.
- Ultrasonografía.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

- Hospitalización.
- Antibioterapia profiláctica a la madre y el recién nacido.
- Inducto-conducción.
- Cesárea.
- Histerectomía en bloque.

LIMITACION DEL DAÑO:

- Realizar cirugía en el momento necesario.
- Tratamiento conservador para el feto (si no presenta signos de amnionitis).
- Notificar al médico en caso de aparecer signos de infección (taquicardia materna-fetal, fiebre, líquido amniótico fétido, hipertermia vaginal).
- Limitar los tactos vaginales

Prevención Terciaria.**REHABILITACION:**

- Fomentar la relación madre-hijo.
- Psicoterapia individual y/o familiar en caso de pérdida del producto o de haberse practicado histerectomía.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Orientar a la paciente en relación a los procedimientos a realizarle.
- Observar las características del líquido amniótico (meconio, sangre, purulento, fétido) que hagan sospechar de una corioamnioitís y/o sufrimiento fetal.
- Limitar los tactos vaginales.
- Toma y registro de signos vitales cada cuatro horas.
- Vigilar frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos.
- Vigilar inducto-conducción.
- Administrar antibióticos previa orden médica.
- Administrar previa orden médica dexametasona a la paciente, para inducir la maduración pulmonar fetal.
- Preparar a la paciente para cesárea en caso de inducción fallida.

5.4. Parto Prematuro.

Concepto.

" Parto prematuro es aquel que se produce entre la 28 y la 37 semanas de gestación, calculada desde el primer día del último período menstrual.

Etiología.

Se desconoce la etiología exacta, y aunque parecen contribuir varios factores maternos-fetales, no se conocen de forma concluyente los mecanismos a través de los cuales éstos, influyen sobre la contractibilidad del músculo uterino. Entre los factores más frecuentes se encuentran:

- a). Ruptura prematura de membranas.
- b). Desprendimiento prematuro de placenta.
- c). Traumatismos.
- d). Polihidramnios.
- e). Gestación múltiple.
- f). Anomalías estructurales del útero.
- g). Infecciones cervico-vaginales y/o urinarias.
- h). Corioamnionitis.
- i). Anomalías fetales.
- j). Malnutrición.
- k). Toxoplasmosis.
- l). Herpes virus tipo II.
- m). Toxemia.
- n). Pielonefritis.
- ñ). Toxicomanías.
- o). Isoinmunización a Rh.
- p). Cardiopatías.
- q). Diabetes.

Cuadro Clínico.

Estos incluyen a los del período prodrómico que comunemente anteceden al parto normal pero que por ser cambios sutiles en ocasiones pueden pasar inadvertidos por la mujer embarazada como son: Aligeramiento o descenso uterino, polaquiuria, dolor en el abdomen inferior y/o en región lumbar, calambres y/o parestesis en miembros inferiores, contracciones dolorosas cada vez más fuertes, involuntarias, espontáneas e intermitentes, secreción mucosanguinolenta por vagina, escurrimiento de líquido amniótico por vagina (60).

Diagnóstico.

La identificación del parto prematuro depende de la evaluación exacta de la edad gestacional y del conocimiento preciso del mecanismo de las contracciones uterinas que originan borramiento y dilatación del cuello uterino. Clínicamente se postula que existe parto prematuro cuando se presentan;

- 1) Contracciones uterinas involuntarias, dolorosas, espontáneas e intermitentes con duración de 20 a 90 segundos, frecuencia progresiva de 1 a cada 10 minutos.
- 2). Cuando exista borramiento y/o dilatación parcial o total del cuello uterino.

(60) Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 3, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginecología y Obstetricia pp.523-527.

- 3). Cuando la edad gestacional es mayor de 28 semanas y menor de 37.
- 4). Expulsión del tapón mucoso y ruptura prematura de membranas.

Tratamiento.

Debe ser en lo posible preventivo y consistente en atenuar las causas etiológicas que provocan el parto prematuro:

- a). Proporcionar una dieta adecuada.
- b). Evitar inducciones y cesáreas electivas con fetos inmaduros.
- c). Prevenir la isoimmunización.
- d). Diagnosticar precozmente los embarazos múltiples.
- e). Diagnosticar y tratar las bacteriurias.
- f). Diagnosticar, hospitalizar y tratar a las toxémicas.
- g). Tratar la insuficiencia ístmico cervical.
- h). Reposo físico y psíquico en un medio hospitalario que tenga la infraestructura necesaria para atender al recién nacido.

Tratamiento simultáneo con útero-inhibidores, aceleradores de la maduración pulmonar.

El objetivo del tratamiento útero-inhibidor tiene tres aspectos fundamentales que son:

- 1). Que el producto alcance mayor grado de madurez pulmonar y un peso que exceda los 2500 gramos o la combinación de ambos.
- 2). La ampliación de inductores de madurez fetal, hasta las 24 horas antes del nacimiento cuando estén indicados.
- 3). Disminuir la contractibilidad y aumentar la perfusión placentaria, con el fin de mejorar la hipoxia y las condiciones fetales en el caso de sufrimiento fetal agudo por polistolia u/o hipersistolia (61).

Los fármacos que son utilizados en la terapéutica tocolítica son:

a). Sulfato de Terburalina (Bricanyl), medicamento con especificidad de acción en receptores beta-2 del músculo liso uterino y pulmonar, con efecto cardiovascular mínimo. Dosis: 5 mg. en 500 mililitros de solución glucosada al 5% o solución salina isotónica vía intravenosa, a un ritmo de 10 a 20 gotas, pudiendo aumentar o disminuir la dosis según la respuesta que se obtenga y de los efectos secundarios que se presenten; manteniéndose durante 1-3 horas y continuarse por vía oral con 5 miligramos cada 6-8 horas, hasta el final de la gestación. Los efectos secundarios que pueden presentarse son: taquicardia e hiperglicemia materna-fetal, color sub-esternal, angustia, palpitaciones rudicundez y edema pulmonar.

(61) Krachmer, Samuel, Normas y Procedimientos de Obstetricia, pp. 369-370.

b) Clorhidrato de isoxuprina (Vadosilan), fármaco semejante al Isoproterenol con una acción comparable al estimular receptores beta, con mayores efectos colaterales que la turbutalina, administrando 80 miligramos en 500 mililitros de solución glucosa al 5% con dosis inicial de 0.25 a 0.50 miligramos por minuto, incrementando hasta un máximo de 1.0 gramos hasta obtener respuesta, después de 2 horas, administrar por vía intramuscular 10 miligramos cada 6 horas, por 24 horas y posteriormente 10 a 20 miligramos por vía oral cada 4-6 horas. Los efectos secundarios son: Taquicardia e hipotensión materna-fetal

c) Orciprenalina (Alupent), droga beta ad-energica con mayor efecto útero-inhibidor durante el tiempo de su aplicación, con acción indirecta sobre los receptores beta-2 a través de la adrenalina y la norepinefrina endógena, dosis de 50 miligramos en 250 mililitros de solución glucosada al 5% intravenosamente, iniciándose con una infusión de 20 gotas por minuto, al obtenerse respuesta deseada, continuar con comprimidos de 20 miligramos cada 6-8 horas vía oral.

Efectos colaterales: hipotensión, taquicardia materna-fetal insomnio, palpitaciones y angustia.

d) Ritodrina (Yutopar), fármaco agonista beta-2 con acción semejantes a la isoxuprina y a la terbutalina; dosis de 0.3 miligramos por minuto, en solución salina intravenosa y se aumenta a razón de .05 miligramos cada 10 minutos, hasta desaparecer las contracciones uterinas o hasta que aparezcan efectos indeseables tales como; Taquicardia mayor de 140 por minuto, hipotensión, palpitaciones. Por vía no es eficaz por lo que se sugiere tratamiento de sostén con terbutalina.

HISTORIA NATURAL DEL PARTO PREMATURO.

Concepto.

Parto prematuro es aquel que da lugar al nacimiento de un producto viable o previsible, cuando el embarazo no alcanza el término.

PERIODO PRE-PATOGENICO.

Factor del Agente.

- Biológicos: Ruptura prematura de membranas, infecciones cervico-vaginal, urinarias e intrauterinas, anomalías de la placenta, preeclampsia, insuficiencia ístmica-cervical, gestación múltiple, polihidramnios.

- Físicos: Dispositivos intrauterinos, accidentes laborales.

- Psicológicos: Embarazo no deseado, relaciones sexuales prematrimoniales, strees, crisis emocionales.

Factor del Huésped.

- Herencia: Malformaciones congénitas estructurales del útero.

- Edad y sexo: Femenino, es más frecuente en las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años.

- Hábitos y costumbres: Deficiente higiene y alimentación ma. balanceada, tabaquismo y alcoholismo.

- Medio Ambiente: es más frecuente en un nivel socioeconómico y cultural bajo.

- Estímulo Desencadenante: Contracciones uterinas en embarazo mayor de 28 y menor de 37 semanas de gestación.

PERIODO PATOGENICO.

- Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos locales: Disminución de los niveles de progesterona y aumento en la liberación de oxitocina materno-fetal que conllevan a la inhibición de la troponina e interacción de actina y miosina; desesterificación del ácido araquidónico por labilización de lisosomas en los tejidos óvulo-placentario; aumento y distensión del útero y por lo tanto hipoxia lisosomal, aumento en la producción de cortisol fetal, por lo que se inhibe la progesterona.

- Cambios anatomofisiológicos y bioquímicos funcionales: Despolarización de la membrana, con interacción actina-miosina, provocando contractibilidad de las miofibrinas del músculo liso uterino; encajamiento y descenso de la presentación; borramiento y dilatación del cuello uterino; distensión del segmento inferior, ruptura de membranas y rotación interna.

Signos y Síntomas Inespecíficos.

- Disuria.
- Dolor lumbar.

- Fiebre.
- Salida de secreción vaginal.

Signos y Síntomas Específicos.

- Aligeramiento o descenso uterino.
- Dolor tipo cólico en bajo vientre.
- Deseos de defecar.
- Contracciones uterinas involuntarias, dolorosas con duración entre 20-90 segundos y frecuencia progresiva de 1-4 contracciones cada 10 minutos.
- Expulsión del tapón mucoso.
- Salida de líquido amniótico.
- Borramiento mayor del 50%.
- Dilatación cervical mayor de 3 centímetros.

Complicaciones.

- Parto pretérmino.
- Recién nacido prematuro, con asfixia neonatal leve, moderada o severa.
- Recién nacido con síndrome de membrana hialina.
- Corionioitis si hubo ruptura prematura de membranas.

Secuelas.

- Enterocolitis.
- Asfixia neonatal.
- Hemorragia cerebral.

- Muerte.

NIVELES DE PREVENCIÓN.

Prevención Primaria.

PROMOCION DE LA SALUD:

Orientación al individuo, familia y comunidad en relación a:

- Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo.
- Justificación de los cuidados prenatales tempranos y regulares.
- Signos y síntomas del trabajo de parto.
- Hábitos higiénicos-dietéticos adecuados.
- Cuidados del recién nacido.
- Mejoramiento de las condiciones ambientales.
- Planificación familiar.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA:

- Ingerir nutrientes esenciales en calidad y cantidad.
- Vigilancia médica prenatal especializada.
- Detección y tratamiento de las bacteriurias asintomáticas.
- Prolongar el período intergenésico entre cada embarazo.

- Reconocer los signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- Evitar el uso de tabaco, alcohol y drogas.
- Adecuada higiene personal.

PROTECCION ESPECIFICA:

- Valoración adecuada de la edad gestacional del producto al practicar una interrupción electiva de la gestación.

Prevención Secundaria.

DIAGNOSTICO PRECOZ:

- Historia Clínica.
- Exámenes de laboratorio: Biometría hemática completa, examen general de orina, tipo je y RH, química sanguínea, tiempo de tromboplastina, tiempo de protombina.
- Ultrasonografía.
- Amniocentesis.
- Valoración de las contracciones uterinas por palpación abdominal o con traductores abdominales.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

- Reposo en cama en decúbito lateral izquierdo.

- Administración de útero-inhibidores.
- Vigilancia estrecha de signos vitales de la madre y el producto.
- Administrar inductores de madurez fetal (dexametasona).

LIMITACIÓN DEL DAÑO:

- Parto vaginal con episiotomía amplia.
- Ampliación de fórceps profiláctico.
- Manejo especializado en los casos de toxemia, cardiopatía, nefropatía y diabetes, con el objetivo de mejorar las condiciones de la paciente y posponer al máximo la interrupción de la gestación.
- Valorar recursos humanos y materiales disponibles para la atención del recién nacido prematuro o traslado al tercer nivel de ser necesario.
- Administración antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas.
- Interrumpir el embarazo por vía abdominal de ser necesario.

Prevención Terciaria.

REHABILITACION:

- Psicoterapia individual y/o familiar para aceptar la muerte del producto.

- Educación a la comunidad para aceptar al producto con incapacidad parcial o total.
- Control de la fertilidad temporal o definitivo.
- Estimulación temprana y constante del producto para favorecer su desarrollo.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- Orientar a la paciente sobre la importancia de que esté en reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Preparación física y psicológica de la paciente.
- Brindarle compañía.
- Administrar útero-inhibidores previa orden médica.
- Vigilar efectos secundarios de los útero-inhibidores por medio de la observación directa, toma, registro y valoración de signos vitales y frecuencia cardíaca fetal (ésta última en períodos largos entre cada registro, de 4-6 horas).
- Administrar antibióticos previa orden médica.
- Vigilar el trabajo de parto (contracciones uterinas, frecuencia cardíaca fetal, borramiento, dilatación cervical).
- Atención del parto.

- Vigilar evolución del alumbramiento.
- Valorar evolución del puerperio.

CONCLUSIONES

- El servicio social brinda la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y experiencias, así como favorecer la aplicación de la teoría a la práctica; lo cual favorece la integración de los conocimientos adquiridos.

- Los objetivos que al inicio del servicio social se plantearon fueron logrados en un 100%.

- A pesar de lo heterogéneo del personal que labora en la unidad toco-quirúrgica; se pudieron realizar las actividades planeadas, ya que nos dieron toda clase de facilidades.

- Considero que el campo clínico es apto para el estudiante de enfermería que desee su superación profesional, en especial en el área de gineco-obstetricia.

- Se le permite al estudiante colaborar como miembro del equipo interdisciplinario en la atención y manejo del embarazo, parto de alto y bajo riesgo.

- El principal obstáculo que tuve para la elaboración del informe, consistió en que el Departamento de Enfermería no proporcionó ninguna información, con respecto al estudio del campo clínico, ya que argumentaban que enfermería no era la encargada de coordinar nuestras funciones como pasante de la licenciatura, sino el Departamento Médico.

PROBLEMAS Y SUGERENCIAS

1. Falta de personal médico, paramédico y de intendencia principalmente los fines de semana.

SUGERENCIA: El personal encargado de hacer los turnos debe tratar de cubrir las guardias de los fines de semana; proporcionándole de ser necesario algún incentivo al personal que labora en esos turnos.

2. Deficiente equipo y material de trabajo.

SUGERENCIA: Que se organice el personal del servicio y presionen a las autoridades directivas para que estos faltantes sean surtidos.

3. En la Unidad de UTG, dejan el material de trabajo (doptone, partogramas) bajo llaves los fines de semana.

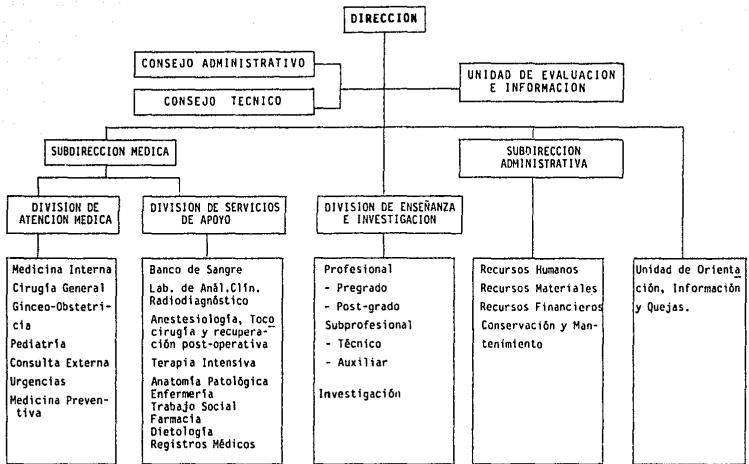
SUGERENCIA: Dejar con las supervisoras de los diferentes turnos las llaves de donde se guarda dicho material; para en casos de urgencias poderlos utilizar.

4. El personal de enfermería (pasantes nivel técnico, licenciatura, enfermeras, auxiliares) en ocasiones cuentan con conocimientos mínimos o nulos en relación a los padecimientos más frecuentes del servicio.

SUGERENCIA: Que el pasante de enfermería a nivel licenciatura en período de formación se encargue cada mes de dar educación en servicio con relación a las patologías más frecuentes en gineco-obstetricia.

ANEXOS

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA.





**INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE MEXICO**

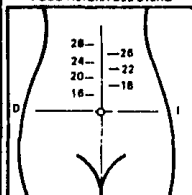
VIGILANCIA Y ATENCION DEL PARTO

NOMBRE _____
_____ No. EXP. _____
UNIDAD _____
SERVICIO _____

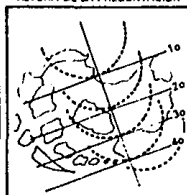
FECHA _____ HORA _____ EDAD _____ F.U.M. _____
GESTACIONES _____ PARTOS _____ CESAREAS _____ ABORTOS _____
T/A _____ PULSO _____ TEMP _____ RESP _____ TALLA _____ PESO _____

EDEMA _____ SANGRADO _____ CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO _____
CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS _____ TONO UTERINO _____
OTROS DATOS _____
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS _____

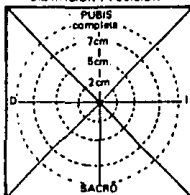
FOCO ALTURA DEL UTERO



ALTURA DE LA PRESENTACION



DILATACION Y POSICION



BOLEA:

INTEGRA _____ ROTA _____
A LAS _____ HRS
ASPECTO LIQUIDO AMNIOTICO _____

LATIDOS POR MINUTO _____ CUELLO UTERINO _____
INTENSIDAD RITMO _____
IMPRESION DIAGNOSTICA _____

INDICACIONES _____

PASA A _____

FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE: _____ No. EXP. _____ CAMA: _____

EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

FECHA	HORA	T _a	P	T.A.	CONTRACCIONES		LATIDOS FETALES	POSICION Y VARIEDAD	ALTURA PRESENT	CUELLO		OBSERVACIONES
					n 10'	TONO				BORR	DIL. CMS	

TRATAMIENTO _____

MEDICO

FECHA	HORA	T _a	P	T.A.	CONTRACCIONES		LATIDOS FETALES	POSICION Y VARIEDAD	ALTURA PRESENT	CUELLO		OBSERVACIONES
					n 10'	TONO				BORR	DIL. CMS	

TRATAMIENTO _____

MEDICO

FECHA	HORA	T _a	P	T.A.	CONTRACCIONES		LATIDOS FETALES	POSICION Y VARIEDAD	ALTURA PRESENT	CUELLO		OBSERVACIONES
					n 10'	TONO				BORR	DIL. CMS	

TRATAMIENTO _____

MEDICO

FECHA	HORA	T _a	P	T.A.	CONTRACCIONES		LATIDOS FETALES	POSICION Y VARIEDAD	ALTURA PRESENT	CUELLO		OBSERVACIONES
					n 10'	TONO				BORR	DIL. CMS	

TRATAMIENTO _____

MEDICO

FECHA	HORA	T _a	P	T.A.	CONTRACCIONES		LATIDOS FETALES	POSICION Y VARIEDAD	ALTURA PRESENT	CUELLO		OBSERVACIONES
					n 10'	TONO				BORR	DIL. CMS	

TRATAMIENTO _____

MEDICO

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA PACIENTE OBSTETRICA-EMBARAZO A TERMINO

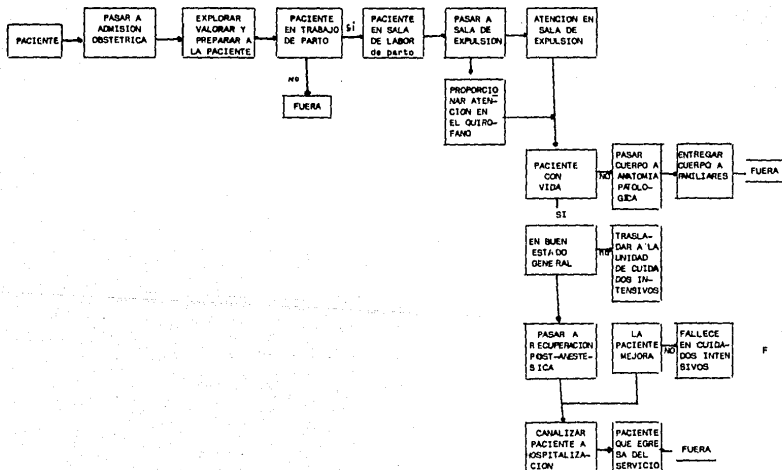


DIAGRAMA DE FLUJO DE PREPARACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE

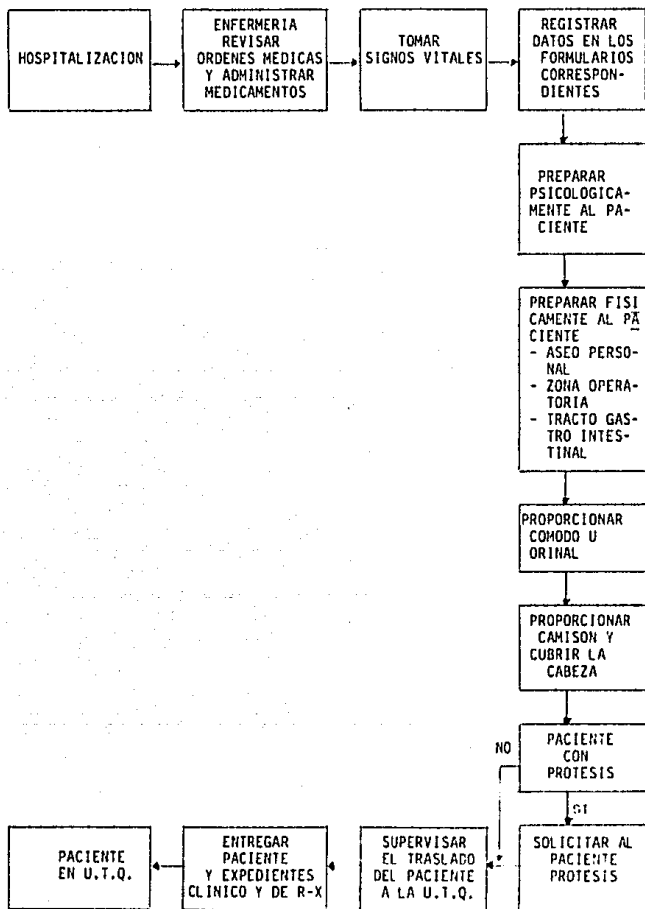
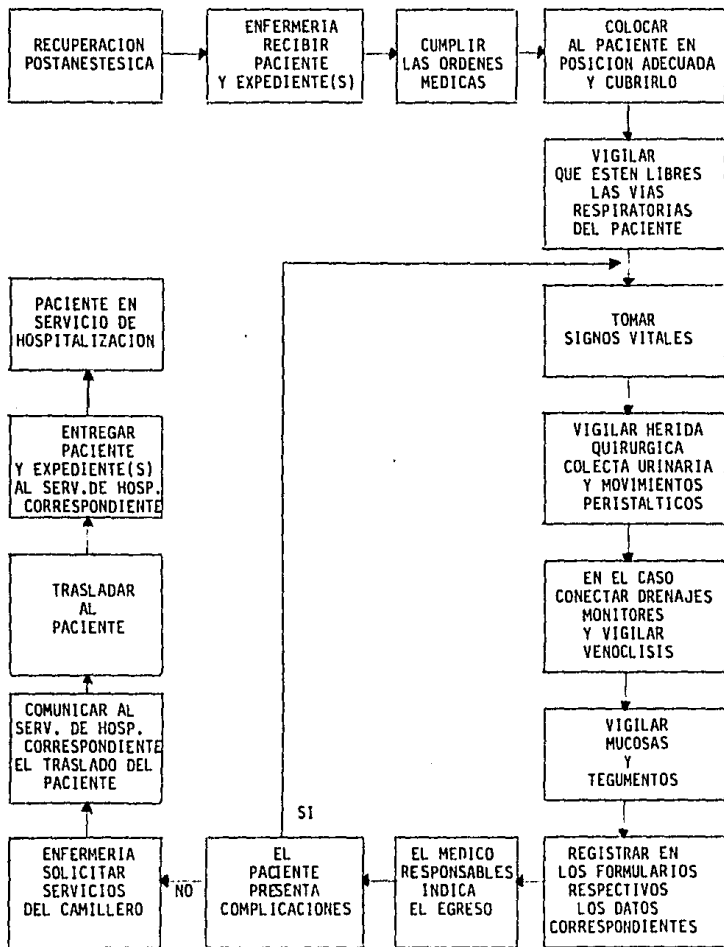


DIAGRAMA DE FLUJO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS



BIBLIOGRAFIA

- Asociación de Médicos del - Ginecología y Obstetricia.
Hospital de Ginecología y 2a. ed. México 1979.
Obstetricia, Número Tres del
Instituto Mexicano del Seguro
Social.
- Betea, Doris. Enfermería Materno Infantil.
Ed. Interamericana, 3a. ed.
México 1986.
- Benson, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gi-
neco-Obstétricos. Ed. El Ma--
nual Moderno, 4a. ed. México
1986.
- Brunner, Sholtis Lillian,
et. al. Enfermería Médico-Quirúrgica.
Ed. Interamericana, 6a. ed.
México. 1939.
- Brunner, Sholtis Lillian,
et. al. Manual de la Enfermera. Ed.
Interamericana, Vol. 3; 1a. ed.
México 1981.
- Broadribb, Violet, et.al. Enfermería Pediátrica. Ed.
Harla 3a. ed. México 1985.
- Butnarescu, Fregia, Glenda,
et. al. Enfermería Perinatal Riesgos
de la Reproducción. Ed. Limusa,
Vol. 2; 1a. ed. México 1983.

- Casaville, Florencio, et. al. Manual de Obstetricia. Ed. El Ateneo, Argentina 1987.
- Friesner, Arline et, al. Enfermería Materno Infantil. Ed. El Manual Moderno, 1a. ed. México 1984.
- Hamilton, Klusek Helen et, al. Procedimientos en Enfermería. Ed. Interamericana, 1a. ed. México 1986.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, México 1986.
- Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia. México 1987.
- Kaminetzky, Harol. Obstetricia y Perinatología. Ed. Panamericana, Vol. 1; Argentina 1985.
- Kaser, Francfort et, al. Ginecología y Obstetricia. Ed. Salvat 2a. reimpresión. España 1979.
- Lewis, Wolff Luverne. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla, 2a. ed. México 1983.
- Lopez Llera Mario. La Toxemia del Embarazo Lecciones Básicas. Ed. Limusa, 2a. ed. México 1985.

- Mondragon, Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas, 2a. ed. México 1987.
- Niebyl, Jannifer et, al. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana, México 1980.
- Olds, Sally et; al. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana, 2a. ed. - México 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. - Manual para la Atención de la Madre y el Niño. Ed. Limusa; 1a. ed. México 1989.
- Pritchard, Jack et; al. Willians Obstetricia. Ed. Salvat 3a. ed. México 1986.
- Reeder, Sharon et; al. Enfermería Materno Infantil. Ed. Harla, 15a. ed. México 1988.
- Stirrat, Gordon. Manual Clínico de Ginecología y Obstetricia. Ed. Mcgraw-Hill. 1a. ed. México 1986.
- Vargas, García Carlos et; al. Revista Gen: Manejo Integral de los Defectos al Nacimiento. México 1986.

Waechter, Eugenia et; al.

Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana; 9a. ed. México 1979.

Rojas, Sorino Raúl.

Gua para Realizar Investigaciones Sociales. 8a. ed. México 1985.

Taylor, Stewart.

Obstetricia de Beck. 10a. ed. México 1979.

GLOSARIO

ACÚFENOS.

Zumbidos o repiqueteo en los oídos.

ABDUCCIÓN.

Mover una extremidad, alejándola de la línea media.

ALBUMINURIA.

La presencia de proteínas o albúmina en la orina.

AMENORREA.

Ausencia de secreción menstrual.

AMNIOCENTESIS.

Extracción de líquido que rodea al feto introduciendo una -
aguja estéril por la pared abdominal y uterina hasta el saco
amniótico.

AMNIONITIS.

Líquido amniótico infectado.

ANTIBIÓTICO.

Sustancia que destruye o inhibe la proliferación de microorga-
nismos.

AUSCULTACIÓN.

Método en que se escuchan en forma directa o indirecta los so-
nidos del interior del cuerpo.

BORRAMIENTO.

Adelgazamiento y acortamiento del cuello uterino.

CESÁREA.

Procedimiento quirúrgico para extraer el feto por una incisión a través de la pared abdominal y útero.

DIAGNÓSTICO.

Determinación de la naturaleza de una enfermedad.

DISURIA.

Micción difícil o dolorosa.

DIURÉTICO.

Medicamento usado para provocar diuresis.

EDEMA.

Presencia de cantidad excesiva de líquido en los espacios extracelulares.

ELECTROCARDIOGRAMA.

Registro gráfico de la corriente eléctrica producida por las contracciones cardíacas.

ETIOLOGÍA.

Estudio de las causas de una enfermedad.

HIPOXIA.

Cantidad reducida de oxígeno.

HISTERECTOMÍA.

Extirpación quirúrgica del útero.

INSPECCIÓN.

Observación directa e intencionada.

OXITOCINA.

Hormona secretada por el lóbulo posterior de la hipófisis es estimula la contracción del útero.

OXITÓCICO.

Agente que estimula al útero para contraerlo.

PALPACIÓN.

Ligera presión de la punta de los dedos.

PERCUSIÓN.

Producción de sonidos o vibraciones golpeando ligeramente el cuerpo.

POLIURIA.

Producción y excreción excesiva de la orina.

REHABILITACIÓN.

Restablecimiento de una función del enfermo y/o el lesionado a su capacidad total o aprovechar su capacidad residual de la mejor forma posible.

SIGNO.

Manifestación objetiva de una enfermedad que puede ser observada por varias personas.

SÍNTOMA.

Manifestación subjetiva de enfermedad, que percibe y describe el paciente.

TAPÓN MUCOSO.

Secreción de moco teñido de sangre, expulsado de la vagina - antes o durante el parto.