

329521

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN LA  
UNIDAD TOCOQUIRURGICA

T E S I S  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y  
O B S T E T R I C I A  
P R E S E N T A :  
D O M I N G A C A M P O S Z I R A

ASESORA: LIC. ENF. TOMASA JUAREZ CAPORAL

MEXICO, D. F.

GENERACION 1995-2000

2001





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

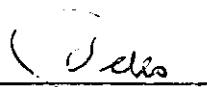
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

HOSPITAL DE JESUS

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL  
HOSPITAL DE JESUS  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

**A U T O R I Z A D O**



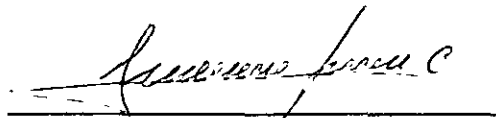
---

LICENCIADA EN ENFERMERIA  
MARINA BELLO PEREZ  
DIRECTORA

HOSPITAL DE JESUS

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL  
HOSPITAL DE JESUS  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

ASESORIA  
Y  
AUTORIZACION



---

LICENCIADA EN ENFERMERIA  
TOMASA JUAREZ CAPORAL  
SUBDIRECTORA

# DEDICATORIA

## A DIOS.

Gracias por conducirme  
Por caminos  
que ignoraba  
por los tropiezos,  
tristezas y alegrías.

## A MIS PADRES:

Que me dieron la vida,  
que me enseñaron  
a amar a Dios  
y al prójimo.

## A MIS HERMANAS:

A cada una de las hermanas  
de la congregación  
Hijas de la caridad de María  
Immaculada,  
que con su esfuerzo y apoyo,  
me impulsaron  
para culminar una etapa más  
en mi vida.

## A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS:

Gracias por haberme tendido la mano  
cuando lo necesité y por motivarme  
a seguir adelante,  
por su amistad y confianza  
que me brindaron.

## INDICE

	Págs.
Justificación .....	1
Antecedentes de Enfermería .....	2
Enfermería en México .....	4
Parteras y curadoras .....	6
Central de Equipos y Esterilización .....	8
Esterilizadores .....	10
Embarazo y Parto .....	16
Valoración Materna .....	18
Valoración Física durante el parto .....	19
Asistencia de enfermería durante el parto .....	20
Acciones Específicas durante el Parto .....	21
Ropa Quirúrgica .....	24
Lavado Quirúrgico de Manos .....	32
Colocación de la Bata Quirúrgica .....	37
Colocación de Guantes Estériles .....	40
Unidad Tocoquirúrgica .....	46
Tricotomía .....	49
Enema .....	51
Cateterización Vesical .....	54
Inducción del Trabajo de Parto .....	58
Anestesia en Obstetricia .....	59

Sala de Expulsión	71
Episiotomía	82
Desprendimiento de la Placenta	91
Extracción con Fórceps	93
Neonatología	96
Atención del Recién Nacido en la sala de Partos	97
Manejo del Recién Nacido	100
Mantenimiento de Calor	111
Incubadora	114
Calor Radiante	115
Operación Cesárea	118
Técnica de Antisepsia	122
Servicio de Recuperación	124
Puerperio	125
Cuidados de enfermería durante el puerperio	136
Medicamentos Empleados durante el Periodo Posparto	143
Alimentación del Recién Nacido	144
Bibliografía	148

## JUSTIFICACIÓN

Desde tiempos inmemorables las mujeres se han ayudado entre sí.

Los que se especializaban para este trabajo se llamaban comadronas pero muchas mujeres habían actuado como tales sin entrenamiento de ninguna clase.

Valorar la enfermería, desde el cuidado elemental proporcionado a un enfermo de la familia hasta la atención muy especializada que se brinda a un paciente en un hospital moderno, cubre cientos de años y debe realizarse con la historia económica y social del mundo.

Se han producido muchos cambios en la selección y educación de enfermeras en los últimos años. Constantemente se están vigilando y modificando las condiciones que deben llenar. Después de una enseñanza básica, las enfermeras se preparan para trabajar especialmente como: enseñanza, administración y se gradúan en las especialidades de medicina, cirugía y obstetricia.

La enfermera que lleva al cabo una buena asistencia obstétrica complementa el trabajo del médico ayudando a la paciente a seguir sus consejos, interpretando para él la situación de la paciente y tomando las medidas de asistencia necesaria con destreza y técnicas adecuadas.

La finalidad de la enfermería es favorecer la salud y prevenir la enfermedad. Las enfermeras se responsabilizan cada vez más en ayudar a las personas a lograr su bienestar.

El favorecimiento del estado de salud de la persona contribuye a la prevención o a la reducción en la ocurrencia de enfermedades. Las enfermeras se hacen cargo del paciente, proporcionándole asesoramiento, comodidad, apoyo, alimentación y protección.



## ANTECEDENTES DE ENFERMERIA

### GENERALIDADES DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA DESDE LA EPOCA MODERNA

La enfermería moderna se inicio desde el año 1836 gracias a un joven pastor protestante de la ciudad de Kaiserwert, Alemania llamado Teodoro Fliedner quien asociado con su esposa, Federico Munster, fundaron la primera Escuela laica para enfermeras. Para evitar la errónea interpretación que en aquel entonces se le daba a la palabra Enfermería; estaba muy subestimado el término, los esposos Fliedner las llamaron diaconisas.

La enseñanza consistía en adiestrar a las alumnas en cuidados generales de Enfermería, así como la manera de preparar las dietas de los enfermos y dedicando un tiempo al estudio de la Biblia. Esta enseñanza era impartida durante un año. El trabajo de la Institución creció con rapidez y diez años después de fundado se habían graduado 100 diaconisas. En el año 1864 existían 32 Instituciones para formar diaconisas y ya se habían graduado 1600 para entonces.

Por otra parte en el país de Inglaterra ya existía una notable inglesa, Florence Nightigale quien gracias a su constante trabajo, esfuerzo e impulso vio sus sueños realizados al ser inaugurada la primera Escuela de Enfermería en 1860 en el Hospital de Santo Tomás en Londres.

Florence Nightingale con su clara percepción, hizo notar que para obtener buenos frutos, era necesario incrementar la preparación básica y científica de la Enfermera e introdujo un sistema educativo que elevó de un simple oficio de incompetencia y mala reputación a una profesión de honor y alta estima, colocando a la Enfermería en manos mujeres preparadas, competentes e íntegras para dar un servicio de calidad a los enfermos y a los necesitados.

Los puntos en los que se basaba este sistema y que mucho se parecen a los actuales, fueron:

Las enfermeras debían ser preparadas en Hospitales organizados para este fin

Las estudiantes debían vivir en residencias hogares especialmente adaptados para ayudar a la formación moral y disciplinada de su vida.

Debería de existir la presencia de una Enfermera Instructora por grupo de clases.

Muchos otros aspectos fueron valorados por Florence Nightingale podemos resumir que gracias a ella, la profesión de Enfermería fue colocada sobre bases firmes de valores fundados en ideales, tradicionales, discernimiento espiritual, experiencias humanas y los patrones y prácticas de Enfermería que habían evolucionado de la experiencia del pasado logrando llegar a ser relevantes en el presente.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bookmiller M. Mae, Enfermería Obstétrica. 1994. Pp. 18-19

## *ENFERMERIA EN MEXICO*

La enfermería como toda profesión es la respuesta organizada a la necesidad social pues hay que reconocer que tiene una relación estrecha con las situaciones socio-económicas, los movimientos políticos y la aplicación de descubrimientos científicos de la época.

En el México Prehispánico el cuidado de la salud fue uno de los rasgos más sobresalientes, basado en la creencia mágico religiosa en donde la mujer jugaba un papel importante dentro de la atención materno-infantil con conocimientos empíricos que sólo se transmitían de generación en generación, denominada por los Aztecas .

Después de la conquista la Tlamaqueticitl que se dedicaba a los aspectos obstétricos y con un papel muy importante dentro de su sociedad, pasó a formar parte de un segundo plano donde se le consideró de poca validez por su influencia mágico-religiosa en la atención a la salud de aquella época.

A partir de esta aculturación nace la Partera empírica, la cual mostraba una amalgama de procedimientos judeocristianos y negros, donde la magia, la religión y la herbolaria se mezclaron, para dar forma a un nuevo elemento que integraría el sistema de salud de aquella época sin olvidar que ésta tenía bien delimitado su campo de trabajo, la obstetricia.

En 1833 dado que el gremio de médicos calificaba a la obstetricia como denigrante y con poca relevancia, la Universidad Nacional de México crea la carrera de partos para las mujeres con primaria, que acreditan un examen preparatorio y tener conocimientos del idioma francés

Durante la época de reforma y por la fuerte disputa entre la iglesia y el estado, originó que fueran expulsadas del país las órdenes religiosas que brindaban la atención a

los enfermos en los hospitales. Esto propició que la atención de los enfermos quedara en manos de las mujeres sin ninguna preparación a quienes por sólo cuidar enfermos se les denominó: enfermeras, aunado a esta actividad también tenían que hacer la limpieza, cocinar, lavar todo aquello que el enfermo utilizara; denominados en ocasiones enfermera lavandera, cocinera, etcétera.

Al empezar el siglo XX el grupo médico se vio obligado a formar personal capaz de atender a esos enfermos que estaban en manos de aquellas mujeres sin preparación alguna.

El día 9 de Febrero de 1907 se inaugura la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México, para iniciar estudios que durarían 3 años. Años más tarde (1911), la escuela se traslada a la Universidad Nacional de México, bajo la dependencia de la escuela de medicina con un plan de 4 años 2 para enfermería y 2 para partos. En 1935 se establece la secundaria como requisito de ingreso a la carrera y en 1945 se independiza de la escuela de medicina para así organizar la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, pero ahora solo para la formación de enfermeras y ya no la de partos; en sólo 3 años. Pero los avances continuaron y el 6 de septiembre de 1970 se pone en marcha un nuevo plan de estudios que con bachillerato como requisito de ingreso para estudiar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se pide actualmente en algunos Estados de la República Mexicana ya se ofrece la Maestría en Enfermería; y aunque en otras áreas también se puede obtener el grado de Doctorado.

## PARTERAS Y CURADORAS

*La función de las mujeres como prestadoras de servicios médicos es anterior a la historia escrita. Graham cita un discurso pronunciado por un médico prominente del siglo pasado ante la Sociedad Obstétrica Norteamericana en relación con el tema de las parteras:*

Si consideramos que los médicos o las parteras son “nuevos”, creo que la historia nos indica rotundamente que las segundas precedieron, con mucho, a los primeros. De hecho, cabría decir que las parteras iniciaron su trabajo nueve meses después de que hubo dos mujeres y un hombre en el planeta.

Las mujeres dedicadas a prestar cuidados médicos con frecuencia eran las únicas personas que aportaban servicios de este tipo a la gente pobre y a otras mujeres. Los Estados Unidos de Norteamérica, recién independizado, era un país con todos los problemas de las pequeñas colonias, mal preparado para la difícil vida en un nuevo continente, y acechado por las enfermedades, los lugares del clima, y en el enorme esfuerzo por sobrevivir, las mujeres proporcionaron atención médica en la misma forma que lo habían hecho en los siglos anteriores<sup>2</sup>.

La asociación entre la brujería y las artes médicas tampoco fue exclusiva de los estados norteamericanos. De tal suerte, fue una vieja tradición que los nuevos asentamientos en estas tierras, al igual que entre los indígenas de las mismas, se acompañaran del surgimiento de brujas prestadoras de servicios médicos. Estas últimas “con frecuencia eran las únicas que prestaban servicios médicos generales para las personas que carecían de facultativos y hospitales, y padecían pobreza y enfermedades. En forma específica, la simultaneidad de las funciones.” Las mujeres eran las únicas que

---

<sup>2</sup> Hawkins Watson Joellen. Enfermería Ginecológica y Obstetricia. 1987. Pp. 9-12, 356-375.

recibían los cuidados de las parteras, como resultado evidente, por lo que también sufrían las consecuencias (falta de cuidados) de tal coexistencia infortunada<sup>3</sup>

En todas las sociedades, la mujer ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud, principalmente por sus funciones de madre.

Se inicia la descripción histórica en la Enfermería en 1920, dado que es a partir de la Revolución cuando empieza a configurarse el México contemporáneo.

Al estudio de la Enfermería en México se observan tres desarrollos claramente diferenciados al interior de su práctica; el de la partera, el de la enfermera sanitaria y el de la enfermera hospitalaria.

*“La partera;* En el periodo de 1920 - 1960 se observa un proceso de relación creciente de la partera profesional que habrá de llevar después prácticamente hasta su extinción.

En el caso de la empírica, en cambio, el proceso es más complejo y contradictorio: por una parte se intenta controlar su ejercicio, por otra se procura mejorar su práctica.”

En los años que siguen a la Revolución se construyen varias maternidades es en las que la partera profesional mantiene su sitio, aunque sus funciones son normadas y restringidas por médicos directores.

El sentimiento de la profesión perdida hace añorar el verdadero sentido humanista y de proyección social de la partera del pasado, cuyo fin no era tanto lucrar sino... satisfacer con el deber cumplido.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Lu Verne Wolff Lewis, Barbara Kuhn Timby, Fundamentos de enfermería. Pp. 5-7

<sup>4</sup> Benítez Martínez, Matilde. Sociología de una Profesión. El caso de enfermería. Pp. 78.

## CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN

### CONCEPTO

Es el área física de un hospital donde se lleva a cabo la recepción, preparación, esterilización, almacenado y distribución de material y equipo que se utiliza en la atención de un paciente, Así como es responsable de abastecer a todos los demás servicios de la institución, del material y equipo necesario para las actividades médicas y de enfermería.

### OBJETIVO

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

Realizar el procedimiento de esterilización de material y equipo dependiendo su naturaleza.

Prevenir infecciones al paciente, por medio de una correcta esterilización del material y equipo que se utilice en la unidad quirúrgica y el resto del hospital.

### REGLAS DE TECNICA ASÉPTICA

...El equipo utilizado durante un procedimiento estéril ha sido esterilizado. Cualquier instrumento o equipo que sea utilizado durante la cirugía ha sido procesado de una manera tal que se transforme en COMPLETAMENTE libre de microorganismo. Nunca debe haber duda acerca de la esterilidad de un material que es situado o utilizado en el área estéril.

...Si la esterilidad de un elemento es dudosa, se le considera CONTAMINADOS. Los paquetes que tienen fecha de vencimiento borrosa, envolturas manchadas o defectuosas deben ser considerados CONTAMINADOS, si existe una duda si la

persona que está instrumentando se ha contaminado, siempre se debe presumir que esto ha ocurrido.

... La humedad transporta bacterias desde la superficie no estéril. Cuando es agua toma contacto con la superficie estéril tal como un campo en alguna mesa, arrastra consigo bacterias. Esto se denomina contaminación penetrante. Puede ocurrir cuando se colocan charolas calientes con instrumental sobre un campo estéril; la condensación del vapor humedece el campo y arrastra bacterias desde la superficie no estéril por debajo de la superficie estéril de la charola. Este tipo de contaminación también puede ocurrir cuando los materiales estériles son almacenados cerca de tarjas de cepillado o lavado donde pueden ocurrir salpicaduras.<sup>5</sup>

- 1.- En esta área se lleva a cabo la recepción del material y equipo sucio, llevando un control del mismo debe contar con un espacio para tarja de lavado manual.
- 2.- Para la preparación de guantes se requiere de un área cerrada tomando en cuenta que el talco es fácil de transportar y ser vehículo de contaminantes, es indispensable contar con ventilación controlada, lavadora, probador de guantes, entalcadora y mesa de preparación.
- 3.- Es el sitio donde se revisa y dobla la ropa limpia formando bultos de cirugía para después esterilizarlos.
- 4.- Es donde se preparan gasas, sondas, apósitos, penrose, etc. . Se revisa todo el material y equipo, así como el material ha sido lavado o sanitizado; una vez limpio se ordena para su esterilizado, se prepara y se membreta.
- 5.- En esta área se localizan los esterilizadores, debe haber espacio suficiente para el acomodo de los carros llenos de material mientras está caliente.
- 6.- En esta área debe estar lo más lejano posible del área de recibo de material sucio, lavado y entalcado de guantes de tal manera que lo almacenado esté completamente libre de todo riesgo de contaminación.
- 7.- Subceye es el área donde se entrega material, equipo e instrumental estéril a quien lo solicite de los servicios; esta área sirve también para guardar equipo electromédico.

---

<sup>5</sup> Scherer, C. Jeanne. Introducción a la Enfermería medicoquirúrgico. 1999.



## ESTERILIZADORES (AUTOCLAVE)

### CONCEPTO:

La palabra autoclave se deriva de las raíces: “ Auto “ -griega que significa “ si mismo” “ Clave “ -latina que significa “ llave”.

Es el aparato de cierre hermético donde se puede obtener una temperatura elevada para lograr la esterilización por medio de vapor de agua a presión, del material y equipo que se coloca en su interior a determinado tiempo.

### DESCRIPCIÓN

Esta constituido por:

- Un depósito metálico y cilíndrico de diversas dimensiones que tiene doble pared, la interna o cámara y la externa o camisa.
- En la parte anterior del cilindro cuenta con una puerta de rayos metálicos fuertes, que se pueden descentrar lateralmente por medio de una puerta giratoria.
- En la parte inferior delantera (bajo la puerta radiada) tiene un termómetro.
- En la parte superior de la puerta radiada están dispuestos los accesorios: dos manómetros que son los que marcan las libras de presión de cada uno de los compartimentos del cilindro, una palanca o brazo que señala los pasos del proceso de esterilización y por último los botones de control automático.

## PRINCIPIOS

- 1.- Al preparar el material que se va a esterilizar, deberá empaquetarse perfectamente sin ir demasiado apretado, solo deberá tener la presión justa
- 2.- Al cargar el autoclave, los bultos deberán ir bien acomodados y distribuidos, no deberán apretarse unos con otros para lograr que el vapor penetre en ellos fácilmente.
- 3.- Si después de la esterilización los bultos quedaran humedo, volver a esterilizarlos.
- 4.- Observar detenidamente la coloración de la cinta “ TESTIGO”, si existe duda, volver a esterilizar.
- 5.- Vigilar que el autoclave tenga la suficiente cantidad de agua antes de proceder a la esterilización.
- 6.- El personal de Laboratorio deberá efectuar cada seis meses cultivos del material y equipo esterilizado, para comprobar la eficiencia de la esterilización.
- 7.- Diariamente limpiar el interior del autoclave con un detergente suave.
- 8.- Probar la permeabilidad de las válvulas y tubos de descarga para evitar posibles obstrucciones.
- 9.- En caso de alguna descompostura del autoclave, reportarlo de inmediato al servicio de mantenimiento.

## ESTERILIZACION

Proceso de destrucción de toda forma de vida microbiana, incluyendo esporas.

## ESTERILIZADORES

Son aparatos electromédicos que funcionan a base de presión y son utilizados para la destrucción de toda vida microbiana con sus esporas, que se encuentran en los instrumentos, equipo y material que requiera de este procedimiento.

### TIPO DE ESTERILIZADORES

- \* Vapor
- \* Calor seco
- \* Radiación ionizante
- \* Óxido de etileno

El esterilizador por vapor saturado es un aparato que desde el punto de vista de su manejo, puede ser manual o automático, y desde el punto de vista de productividad en los ciclos de esterilización, es ciclomático o prevacío. Estos consumen energía eléctrica y vapor para su funcionamiento no así en cuanto a los ciclos de esterilización, ya que los esterilizadores de prevacío utilizan mayor tiempo y mayor temperatura debido a la bomba de vacío que retira el aire de la cámara en forma mecánica.

El esterilizador ciclomático es un aparato de acero inoxidable que consta de dos recipientes cilíndricos o cúbicos, contenidos uno dentro del otro y denominados cámara interna o Chamber y una cámara externa, camisa o Jacket los que se comunican entre sí a través de perforaciones en la parte interna posterior, por donde entra el vapor que proviene generalmente de la línea principal de abastecimiento o bien a partir de la cámara generadora de vapor del aparato ambas cámaras están controladas por manómetro que indican los cambios de presión, el manómetro de la cámara interna marca presiones negativas y positivas, en tanto que el correspondiente a la cámara externa marca presión positiva únicamente.

Este aparato funciona con energía eléctrica y vapor por lo que se necesita agua que está en un depósito y cuyo control de llenado es por medio de un nivel de agua que se encuentra en la cara anterior del esterilizador a medida que el vapor ingresa a la cámara interna, el aire contenido en ésta se desplaza al exterior a través de una válvula de escape que se encuentra en la parte inferior de ésta. Además de este mecanismo y para mantener el circuito cerrado se requiere de una puerta de seguridad con rayos que cierran herméticamente a presión y se abre cuando la presión de la cámara interna se reduce a 0 libras. El ingreso de vapor a la cámara eleva la temperatura que es indicada por un termómetro que se encuentra en la cara anterior del esterilizador.

Así como un botón que controla manual o automáticamente cada ciclo de esterilización dependiendo del tipo de material y equipo. El aparato cuenta con un selector de escape para que al terminar el ciclo, el vapor salga al exterior y otro que recibe el condensado de vapor de agua hacia el drenaje.

### *ESTERILIZACIÓN POR ÓXIDO DE ETILENO*

*El óxido de etileno es un líquido explosivo inflamable, que cuando se mezcla con el dióxido de carbono o freón, se convierte en un método altamente eficiente y con buena relación costo-eficacia para la esterilización.* para los equipos que no pueden resistir las presiones y temperaturas del esterilizador de vapor, el óxido de etileno, comúnmente llamado "esterilización en gas." es una alternativa aceptable.

El tiempo de exposición de los materiales depende de la contracción de óxido de etileno, la humedad, la temperatura y la densidad y el tipo de material que se va a esterilizar.

A diferencia de los esterilizadores de vapor los artículos esterilizados con óxido de etileno requieren de aireación para eliminar cualquier residuo de gas remanente en los instrumentos. La aireación se lleva a cabo en una cámara especial de aireación o

puede realizarse con aire ambiental siempre y cuando se sigan las precauciones de seguridad . El tiempo de aireación para un objeto depende de su porosidad y su tamaño

### *REQUISITOS DE PREPARACIÓN PARA MATERIAL QUE VA A SER SOMETIDO A ESTERILIZACIÓN*

- \* Debe estar limpio
- \* Debe permitir el paso de vapor o calor o gas
- \* Los objetos deben cubrirse individualmente
- \* No debe doblarse para su esterilización
- \* Los instrumentos que se esterilizan en gas deben protegerse por ejemplo las lentes de los endoscopios.

## DESINFECTANTES QUÍMICOS

### CONCEPTO.

Agentes que destruyen, inactivan y eliminan a los gérmenes patógenos, los términos bactericida y germicida, en la práctica, se usan como sinónimos y para referirse a su empleo en objetos inanimados.

### *ALCOHOL*

El alcohol es un desinfectante usado comúnmente y está integrado por dos componentes al alcohol etílico y el alcohol isopropílico. Ambos son hidrosolubles. El alcohol no es esporicida, pero es bactericida, tuberculicida y viricida. Nunca se le debe utilizar sobre el instrumental quirúrgico, puesto que no es esporicida y es muy corrosivo para el acero inoxidable.

## *COMPUESTOS DEL CLORO*

El hipoclorito de sodio es un desinfectante de amplio espectro cuyo uso es limitado ya que es corrosivo. Pero puede utilizarse para limpiar pisos y paredes. Se desactiva en presencia de materia orgánica, por lo que antes de limpiar algún área se debe de limpiar antes.

## *FORMALDEHÍDO*

Es bactericida, tuberculicida, viricida y esporicida. Su uso principal en el ámbito hospitalario es para la conservación de piezas anatómicas extirpadas.

## *GLUTARALDEHIDO.*

El glutaraldehído es un desinfectante usado ampliamente, es esporicida y viricida. Es tóxico para los tejidos debido a esto, los elementos desinfectados o esterilizados deben enjuagarse totalmente antes de usarlos sobre el paciente o ser manipulados por el personal. Para que el glutaraldehído actúe efectivamente como esterilizador debe aplicarse durante 10 horas.

Por otra parte es tuberculicida a los 10 minutos. Este desinfectante se debilita considerablemente con la dilución accidental como la que se produce al colocar en el baño de glutaraldehído instrumentos mojados y por la presencia de materia orgánica<sup>6</sup>

Una vez que se preparan soluciones de glutaraldehído y se guardan para su uso repetido, deben renovarse completamente cada dos semanas puesto que se inactivan después de ese tiempo.

---

<sup>6</sup> Atkinson J. Lucy. Técnicas de Quirófano. 1988.

## EMBARAZO

### DEFINICIÓN:

El embarazo es el desarrollo de un ser en el útero desde la concepción hasta el nacimiento. Dura aproximadamente de 270 a 280 días.

## PARTO

### DEFINICIÓN.

El calificativo de “normal” o “fisiológico” 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 interferencia, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica para evitar riesgos maternos- fetales importantes.

El término “eutócico “, que se utiliza frecuentemente como sinónimo de los anteriores, debe emplearse más bien para denominar sólo la normalidad de los fenómenos mecánicos, en oposición al término “distócico”, que implica justamente anormalidad en el mecanismo del parto. Se considera que el parto es espontáneo cuando ocurre sin ninguna intervención o ayuda, pero no excluye anomalías de otra índole.

## *TRABAJO DE PARTO.*

Es la serie de procesos mediante la cual la madre expulsa al producto viable de la concepción a través de las vías genitales; en esta serie de procesos se identifican tres periodos.

### *\* PRIMER PERIODO*

Comienza con el trabajo de parto y termina con la dilatación completa del cuello uterino.

### *\* SEGUNDO PERIODO (EXPULSIVO)*

Principia con la dilatación completa del cuello uterino y termina con el nacimiento del producto. Por lo general, tiene una duración de 60 minutos.

### *\* TERCER PERIODO*

Empieza con el nacimiento del producto y termina con la expulsión de la placenta. Habitualmente tiene una duración de 30 minutos.



## VALORACION MATERNA (HISTORIA)

Obtener la historia de la mujer en un formato abreviado cuando ésta ingresa a la sala de trabajo de parto y parto. Cada Institución tiene su propia forma de ingreso, pero suele obtenerse información semejante.

Los datos importantes consisten en:

- \* Nombre y edad de la mujer.
- \* Médico o enfermera partera certificada que atiende.
- \* Datos personales: tipo de sangre, factor Rh, resultados de las pruebas serológicas, pero antes del embarazo y actual, alergias a los medicamentos, alimentos o sustancias.
- \* Antecedentes de enfermedades previas como tuberculosis, cardiopatías, diabetes, trastornos, convulsivos y trastornos tiroideos.
- \* Problemas de la evolución prenatal, por ejemplo, elevación de la presión arterial, problemas hemorrágicas, infección recurrente de vías urinarias.
- \* Datos del embarazo: grávida, para, abortos, muerte neonatal.
- \* Método que ha elegido la mujer para alimentar a su hijo.
- \* Asistencia a las clases de educación prenatal.
- \* Solicitudes de la mujer en cuanto a trabajo de parto y parto (por ejemplo, no enemas, no quiere analgésicos o anestésicos, quiere que el padre esté en la sala de partos, etc.).

## VALORACION FISICA DURANTE EL PARTO

Para la asistencia sostenida de la paciente se incluye la exploración física como parte del procedimiento del ingreso. La valoración es la base para iniciar las intervenciones de enfermería.

La valoración física durante el parto no están completa y concienzuda como la exploración física prenatal inicial, pero abarca ciertos sistemas y aparatos del cuerpo y el propio proceso del trabajo de parto. La guía de valoración física durante el parto brinda una estructura para la exploración de la mujer en trabajo de parto que va a efectuar la enfermera de maternidad.

Esta guía incluye valoraciones efectuadas inmediatamente después del ingreso, y que prosigue de manera sostenida.

Otros aspectos se valorarán sólo una vez.

Las valoraciones importantes durante el ingreso son los *signos vitales, estado del trabajo de parto, estado del feto y datos de laboratorio y psicológicos*. Estas valoraciones proseguirán durante todo el proceso del trabajo de parto. Las que se efectúan solamente una vez como parte de los datos de ingreso, si el tiempo lo permite consiste en peso, estado de las mamas, estado de los pulmones y estado del corazón.

## ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL INGRESO

Se instruyó a la futura madre durante las consultas prenatales para que se trasladara hacia el hospital en caso de cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- 1.- Rotura de membranas amnióticas.
- 2.- Aparición de contracciones uterinas (nulíparas, separadas por 8 a 12 minutos múltiparas, separadas por 10 a 15 minutos).
- 3.- Hemorragia vaginal de cualquier tipo.

El ingreso temprano entraña menos malestar para la mujer en trabajo de parto cuando se traslada hacia el hospital, y mayor tiempo para prepararla para el parto. En ocasiones el trabajo de parto está muy avanzado y el parto es inminente, pero por lo general la mujer se encuentra al principio del trabajo de parto cuando llega al Hospital.

Al ingresar la parturienta en el medio de asistencia de la Salud puede estar afrontado diversos procedimientos que no le son familiares, y que el equipo de profesionales de la Salud considera naturales durante su ejercicio sistemático.

Después de la recepción, la paciente se lleva a al sala de trabajo de parto o a la sala de nacimientos.

Ayudar a la paciente a desnudarse y ponerse la bata del hospital, puede empezar a conversar con ella para obtener los datos básicos de enfermería.

Se toma la presión arterial, el pulso, las respiraciones y la temperatura bucal de la parturienta.

Se valora la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Méndez Aréstegui Irma, Gineco Obstetricia. 1992. Pp. 122-129.

## ACCIONES ESPECIFICAS DURANTE EL PARTO

La atención del parto normal requiere de acciones específicas para cada uno de los tres periodos de que consta:

### *PRIMER PERIODO*

- 1 - Tricotomía de las regiones vulvoperineales, púbica y suprapúbica, previa aplicación de agua jabonosa.
- 2.- Lavado y antisepsia de la región vulvoperineal.
- 3.- Enema o supositorio si la presentación no ha descendido y la dilatación no se encuentra muy avanzada.
- 4.- Rotura artificial de membranas.
  
- 5.- Aplicación de la analgesia cuando el tejido de parto está establecido en nulíparas se lleva acabo cuando el cuello estás completamente borrado, con 3 a 5 cm de dilatación y en múltipara cuando presentan un mínimo de 4 cm de dilatación. El bloqueo peridural con lidocaína es el procedimiento de analgesia obstétrica de elección.
- 6.- Ayuno desde que se define el principio del trabajo de parto.
- 7.- Vigilancia estrecha de temperatura, pulso, tensión arterial, represión vesical y hemorragia genital. Deben verificarse la contractilidad uterina y los latidos fetales a intervalos no mayores de 30 minutos, manteniendo a la paciente en decúbito lateral izquierdo.
  
- 8.- Estimación del progreso del parto mediante tacto vaginal indicados en condiciones de estricta asepsia.
  
- 9.- Traslado a la sala de expulsión cuando la dilatación está completa y la cabeza se encuentra en periné en nulíparas, y con 7 cm de dilatación en múltiparas

## *SEGUNDO PERIODO*

- 10.- Colocación de la paciente en posición ginecológica.
  - 11.- Nuevo aseo de la región vulvoperineal, púbica, suprapúbica, inguinocrural, glúteo y muslos en toda la extensión del campo obstétrico. Se aplica solución de cloruro de benzalconio concentrado.
  - 12.- Cateterismo vesical si se considera necesario y si la sonda puede introducirse con maniobras delicadas, debe efectuarse en condiciones de estricta asepsia.
  - 13.- Suministro de ropa estéril al propio equipo para parto.
  - 14.- Suministro profiláctico de oxígeno con mascarilla.
  - 15.- Episiotomía profiláctica en primíparas cuando se considere conveniente en las multiparas. Cuando se requiera episiotomía, se infiltra localmente lidocaína al 1 por ciento, en dosis máxima de 30 ml o mepivacaína al 1.5 por ciento.
- De acuerdo con el criterio del anestesiólogo, se podrán emplear otros procedimientos anestésicos en el periodo expulsivo.
- 16.- Control del desprendimiento de la cabeza del feto, permitiendo su flexión progresiva y paulatina.
  - 17.- Aspiración de nariz, boca y faringe del recién nacido al salir la cabeza. Se efectúa la restitución, se favorece el desprendimiento del hombro anterior, con movimientos delicados de descenso de la cabeza, y el desprendimiento del hombro posterior con movimientos de ascenso; se detiene la expulsión del tronco y las extremidades. En caso de cordón umbilical circular, se procura su deslizamiento sobre el hombro o la cabeza, y si el cordón está tenso, pinzarlo y seccionarlo.
  - 18.- Terminada la expulsión, se coloca al recién nacido en posición horizontal o levemente inclinado con la cabeza hacia abajo y en un plano inferior al del abdomen materno. Se espera a que deje de latir el cordón para después pinzarlo y seccionarlo.
  - 19.- Entrega del recién nacido al personal encargada de su atención.

## *TERCER PERIODO*

- 20.- Al señalarse desprendimiento placentario, se sostiene el cordón umbilical y se desplaza con la maniobra el “ globo “ uterino hacia la mitad superior del abdomen.
- 21.- Conducción de la expulsión y extracción de la placenta con sus membranas.
- 22.- Revisión de inmediata de placenta, membranas y cordón umbilical.
- 23.- Revisión de inmediato del cuello uterino, la vagina y el periné.
- 24.- En pacientes sin antecedentes de hipertensión arterial reciente, puede aplicarse por vía IM, un ampolla de 0.2 mg de metil-ergometina si hay hemorragia de importancia.
- 25.- Sutura de episiotomía y laceraciones.
- 26.- Revisión de la vagina de manera intencionada para retirar gasas.
- 27.- En posición de decúbito dorsal se toma el pulso y la tensión arterial y se vigila la contracción uterina y la hemorragia trasvaginal.
- 28.- Traslado de la paciente a recuperación posparto.
- 29.- Traslado de la paciente a su cama cuando se tenga la seguridad de que no hay hemorragia anormal y sus signos vitales sean estables y normales.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Méndez Aréstegui Irma, Gineco Obstetricia 1992. Pp. 127-129

# ROPA QUIRÚRGICA

## CONCEPTO

Es el material y prenda de algodón diseñado y confeccionados específicamente para el uso en la sala de expulsión.

## OBJETIVOS

- Colocar una barrera estéril entre la herida, posibles fuentes de contaminación.
- Evitar infecciones en la herida.
- Dar confianza al ginecólogo en sus maniobras en el campo de acción.
- Cubrir a la paciente evitando que el instrumento y el material estéril quede en contacto con la superficie contaminada.
- Cubrir el uniforme de médico y enfermera.

## CLASIFICACIÓN DE LA ROPA

### *CARACTERÍSTICAS*

1. Material no conductor de electricidad de preferencia de algodón.
2. Que no refleje la luz
3. Que sea permeable al vapor.
4. Durable y económico.

### *PARA EL PERSONAL*

- Uniforme quirúrgico de algodón, el cual se ciñe al cuerpo, para que no se diseminen los microorganismos.
- Turbante y gorro, el cabello además de ser agente contaminante potencial, también es una fuente de chispas electrónicas por lo que se debe cubrir totalmente.
- Cubiertas de zapatos, las suelas de los zapatos son fuente de contaminación por el ir y venir de un área a otra, debe ser una sola vez al salir del área séptica se deben desechar por otro par.
- Cubrebocas, material desechable, cubre nariz, boca y mentón con cintas elásticas para ajustarse en la parte posterior de la cabeza. Se utiliza para no contaminar el campo, no se debe manipular el área facial, ni colocarse al cuello, cabeza o bolsa, en esas condiciones debe de desecharse al igual que para cada cirugía.

### *PARA EL PACIENTE*

- Contará con un camisón de algodón, medias o vendas antiembolia, gorro o turbante de algodón.

### *BATA QUIRÚRGICA*

Es de corte recto, confeccionado de manera que permita libertad de movimientos y comodidad al personal, las partes anteriores y superiores protegidas con una doble pechera cerrada para dar mayor margen de seguridad a estas zonas, con manga elástica, larga amplia, del cual sale una cinta de lino en forma de ojal, para fijarse al dedo pulgar correspondiente, la espalda queda cubierta en su totalidad en la parte superior y se fija con cintas de lino a nivel de la cintura.



### *SABANA HENDIDA,*

Confeccionada con tela de algodón de 2.50 x 1.80 m. Que presenta una abertura central en forma rectangular de 35 x 25 cm. Con un refuerzo de 4cm de anchos.

### *FUNDA DE MAYO*

Es una cubierta de 120 x 60 cm. Confeccionado en tela de algodón doble por la parte que cubre la charola donde se coloca el instrumental.

### *PIERNERAS.*

Confeccionada con dos cuadros de tela de algodón sencillas de 90 x 90 cm, cerrada por tres de sus lados dejando una abertura de 30cm en el corto lado.

### *CAMPO PARA BLOQUEO*

Confeccionadas con tela de algodón de 90 x 90 cm una ventana central de 20 x 10 cm con un refuerzo de 4 cm.

### *CAMPOS SENCILLOS*

Confeccionados con tela de algodón de 90 x 90 cm se utiliza para primeros o segundos campos

### *COMPRESAS DE GASA PARA ESPONJEAR*

Confeccionada con manta de cielo en 4 capas de 50 x 50 cm, con un ojal de lino en uno de sus extremos y una trama radio opaca.

### *COMPRESA ÚNICA.*

Confeccionada con manta de cielo en 4 capas de 95 x 30 cm, y un ojal de lino además de una trama radio-opaca en uno de sus extremos.

### *TOALLA DE FRICCIÓN.*

Confeccionada con material absorbente de 35 x 35 cm, utilizada para el secado de manos.

### *CAMPO DOBLE*

Confeccionada con tela de algodón doble, de 1 10 x 1.10m, utilizada para la envoltura de equipo para cirugía o bultos de ropa.

### *CARACTERISTICAS DE LA ROPA QUIRÚRGICA*

- \*No conductora de electricidad*
- \*Absorbente*
- \*Colores que no reflejan la luz*
- \*Permeable*
- \*Durable*
- \*Económica*
- \*Resistente*

### *REQUISITOS.*

- \*Integra*
- \*Limpia*
- \*Seca*

### *PRECAUCIONES PARA EL MANEJO DE LA ROPA.*

- Identificación de la prenda
- Movimientos suave.
- Colocar la ropa en el sitio indicado
- Usar las referencias

### *MEDIDAS DE SEGURIDAD*

- El uso del uniforme quirúrgico será exclusivo de la unidad quirúrgica
- La ropa estará en condiciones para su uso
- Manejo de la ropa contaminada con la técnicas establecidas
- Mantener los bultos de ropa estéril en un área limpia y seca
- Colocar la ropa en un plano resistente para dar mayor uniformidad al doblado
- Para facilitar el manejo de la ropa y evitar su contaminación, se doblará en forma de acordeón de manera que las orillas queden doblada afuera y las puntas de referencia hacia arriba
- Para asegurar la esterilización del material quirúrgico las envolturas serán dobladas
- Para facilitar la penetración del vapor, evitar apretar demasiado los bultos de ropa<sup>9</sup>.

## ROPA NECESARIA PARA ATENCIÓN DEL PARTO

*Ropa necesarias: Para cirujano.*

\**Uniforme quirúrgico.*

\**Bata.*

\**Gorro.*

\**Cubreboca*

\**Botas*

*Para la paciente*

\**Camisón*

\**Gorro*

\**Perneras*

Asimismo, en el campo operatorio debe disponerse de:

- \* 4 compresas para cubrir a la paciente.
- \* 2 pierneras.
- \* 1 funda de mesa de Mayo.
- \* 1 compresa para cubrir la mesa de Mayo.

## INSTRUMENTAL PARA ATENCIÓN DEL PARTO

- Una budinera de acero inoxidable.
- Una pinza de anillos.
- Dos pinzas de Rochester.
- Una cinta umbilical.
- Un porta agujas.
- Dos pinzas de disección.
- Una tijera adicional u onfalotomo.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Rosales Barbara Susana, Fundamentos de Enfermería. 1992. Pp. 392-396.

<sup>10</sup> Mondragón Castro Héctor, Obstetricia Básica ilustrada. 1997.

### Funcionamiento de la sala de partos:

La sala de partos debe estar lista a cualquier hora del día o de la noche. Todo el equipo estará listo. Los muebles deben ser limpiados diariamente, para estar libres de polvo, y todo el cuarto se limpiará lo mejor posible después de cada parto, para empleo inmediato. El personal debe estar disponible las 24 horas del día.

### Paso de la paciente a la sala de partos:

Por regla general las multiparas son llevadas al cuarto de expulsión cuando el cuello está totalmente dilatado, las primigrávidas cuando hay abombamiento del perineo, y todas las pacientes, cuando aparecen los signos de expulsión inminente.

### Preparación para la expulsión:

En la sala de expulsión, la paciente es el centro de todas las actividades:

*Colocación:* Es ideal tener dos enfermeras que ayuden en la colocación de la paciente en posición de litotomía, aunque una sola lo puede efectuar. Para prevenir la tensión en la espalda de la paciente, se deberán elevar ambas piernas o bajarse al mismo tiempo. Ayuda mucho hacer que doble las rodillas cuando sus piernas son elevadas.

Tan pronto como las piernas de la paciente son aseguradas adecuadamente en los soportes, la mesa se ajusta en esa forma. Esto se llama “caída” o “separación” de la cama.

Las piernas de la paciente son incluidas en “botas” especiales, para protegerlas de los estribos de metal de la mesa de expulsión. Las manos de la paciente se colocan en las agarraderas, para que en el momento adecuado, pueda asirse a ellas y pujar. Se quita la parte inferior de la mesa de expulsión, y la enfermera limpia con antiséptico la región perineal.

El parto en la posición de litotomía no es una necesidad anatómica, pero es la que se asocia con el uso de la anestesia espinal o general y es la más conocida entre los médicos.

La mesa de expulsión está diseñado de manera que su superficie se divide en dos secciones, cada una cubierta con su propio cojín. Esto permite que la paciente se recueste de espaldas en posición supina, o con la cabeza y la espalda un poco elevadas al usar la manivela de la mesa, si la cama tiene esta característica.

La mesa se “ divide “ mediante un dispositivo mecánico. El extremo inferior que se retrae se coloca debajo de la sección principal. Así se tiene fácil acceso a la región del perineo.

La parte trasera de la mesa de expulsión, que se encuentra en el lado opuesto a los pies y que se denomina mesa trasera, contiene el material estéril necesario y los instrumentos para la expulsión normal, que incluyen batas estériles, paños, toallas, esponjas, recipientes y dispositivos para el cordón.

## LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS

### CONCEPTO

Es el conjunto de maniobras de cepillado y fricción que se realiza en manos, antebrazos y tercio inferior de brazos, previo al acto quirúrgico, para obtener la antisepsia necesaria.

### OBJETIVOS

- Obtener el máximo de limpieza de las manos
- Eliminar la flora bacteriana transitoria habitual de manos antebrazos y brazos, por medio de lavado mecánico
- Impedir la posibilidad de contaminación de la herida quirúrgica, por bacterias existentes en la piel.

### PRINCIPIOS

\*La acción de la gravedad y del agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.

\*Un área limpia se contamina al contacto con un área sucia.

El método mecánico favorece la remoción de sustancia que ofrezcan resistencia.

### PREPARACIÓN PARA EL LAVADO QUIRURGICO DE MANOS

- a) Colocarse el uniforme quirúrgico completo (uniforme, gorro, cubrebocas, botas)
- b) Revisar que las uñas de los dedos estén cortas y sin esmalte.
- c) Revisión escrupulosa de la piel, evitando escoriaciones de la misma (ya que pueden ser fuentes posibles de contaminación)
- d) Quitarse el reloj antes del procedimiento

e) Durante el tiempo que dure el lavado y después, mantengase las manos en mayor altura que los codos, de modo que el agua escurra de los brazos, gotee a nivel de los codos y no al contrario.

**EQUIPO**

1. Cepillo estéril
2. Jabón líquido o isodine espuma
  1. Jabonera
  2. Agua corriente
3. Tarja con llave de agua en cuello de cisne (con mecanismo de abierto y cerrado a nivel de la rodilla en el piso o digital automático).

**TECNICA**

**PRECAUCIONES**

- a) No bajar los brazos
- b) No pegarlos mucho al cuerpo
- c) No separarlos a los lados.

Lavado inicial mecánico con agua y solución hasta la altura del codo:

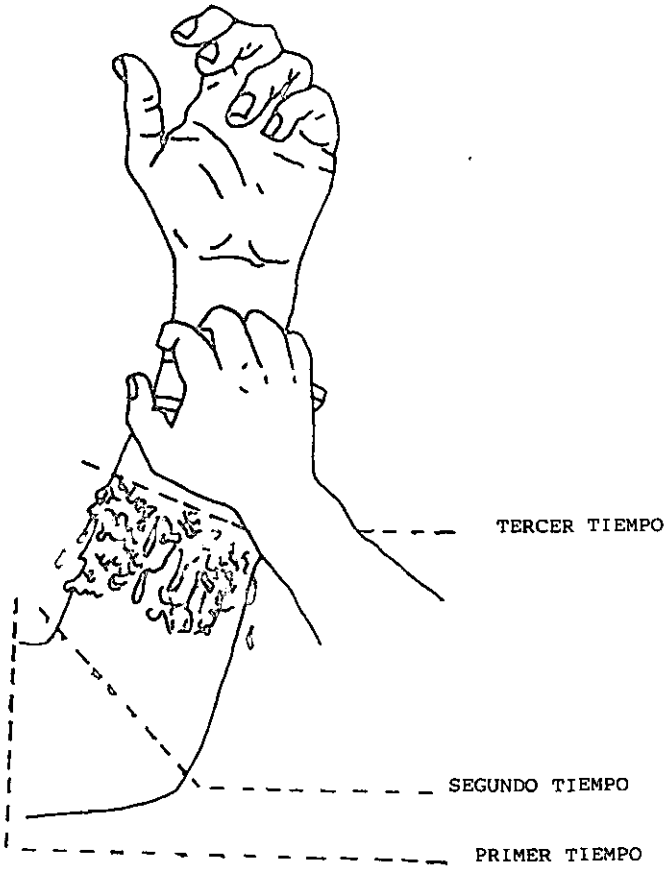
ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA
1. Realizar el aseo de las manos  2. Tomar el cepillo estéril del deposito correspondiente y verter en el mismo, jabón o solución antiséptico.	Es el proceso que reduce los microorganismos.  - Las soluciones antisépticas previenen y combaten la infección. - Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostáticas o bacterilíticas



<p>3. Realizar el lavado quirúrgico en tres tiempos, según indicaciones específicas de los agentes destructores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En forma sistemática , incrementa la eliminación de microorganismos.</li> <li>- El orden favorece ahorro de tiempo y esfuerzo.</li> </ul>
<p><b>PRIMER TIEMPO</b></p> <p>Con movimientos rotatorios empezar la limpieza de una extremidad superior, por los espacios unguiales, continuando con dedos y espacios interdigitales de cara interna y externa a partir del dedo meñique, palma y dorso de mano, antebrazo y tercio inferior de brazo, manteniendo en alto las manos.</p>	<p>El método mecánico favorece la remoción de sustancias que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ofrezcan resistencia.</li> <li>- Los espacios unguiales e interdigitales favorecen la acumulación de microorganismos.</li> <li>- La agresión por factores químicos o mecánicos, aumenta las lesiones en piel.</li> <li>- Aumenta la seguridad del paciente, desde el punto de vista microbiológico, disminuye el riesgo de infección.</li> </ul>
<p>Enjuagar el cepillo y la extremidad correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La acción de la gravedad y del agua corriente, favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.</li> </ul>
<p>Realizar los mismos pasos en la extremidad opuesta.</p>	<p><b>TERCER TIEMPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir los pasos señalados en la limpieza, hasta del tercio inferior de antebrazo de ambas extremidades.<sup>11</sup></li> </ul>
<p><b>SEGUNDO TIEMPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir el lavado en igual forma, hasta el tercio superior del antebrazo en ambas extremidades</li> <li>- Se enjuaga el cepillo y se desecha, se enjuagan los dos brazos</li> </ul>	

<sup>11</sup> Susana Rosales bárbara. Fundamentos de enfermería. 1992. Pp. 388-390.

LAVADO DE MANO QUIRURGICO ESTERIL

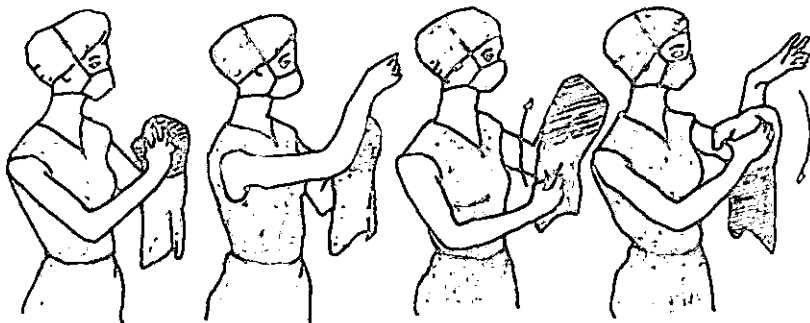
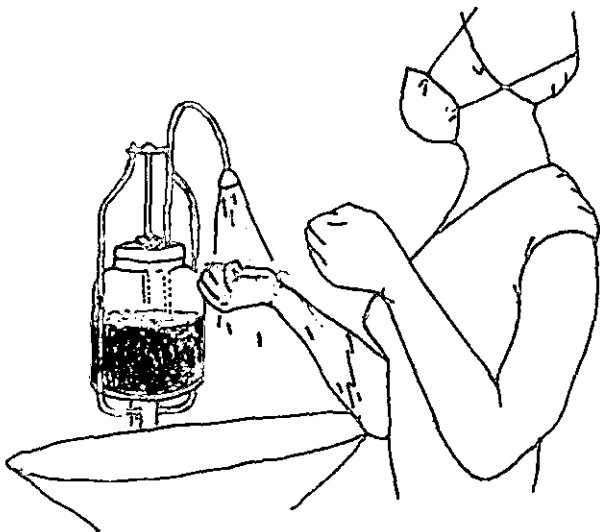


TERCER TIEMPO

SEGUNDO TIEMPO

PRIMER TIEMPO

CON ALCOHOL AL 70% SE ACELERA LA EVAPORACIÓN Y SE OBTIENE  
EFECTO ANTISEPTICO



SECADO CON TOALLAS ESTERILES SIGUIENDO LOS PASOS

## COLOCACIÓN DE LA BATA QUIRURGICA

La colocación de la bata quirúrgica se refiere al conjunto de maniobras que se realizan para colocar en forma séptica la bata quirúrgica al personal de enfermería, instrumentista y cirujano.

### OBJETIVO

Conservar un máximo de seguridad desde el punto de vista aséptico, durante el parto, o algún otro procedimiento.

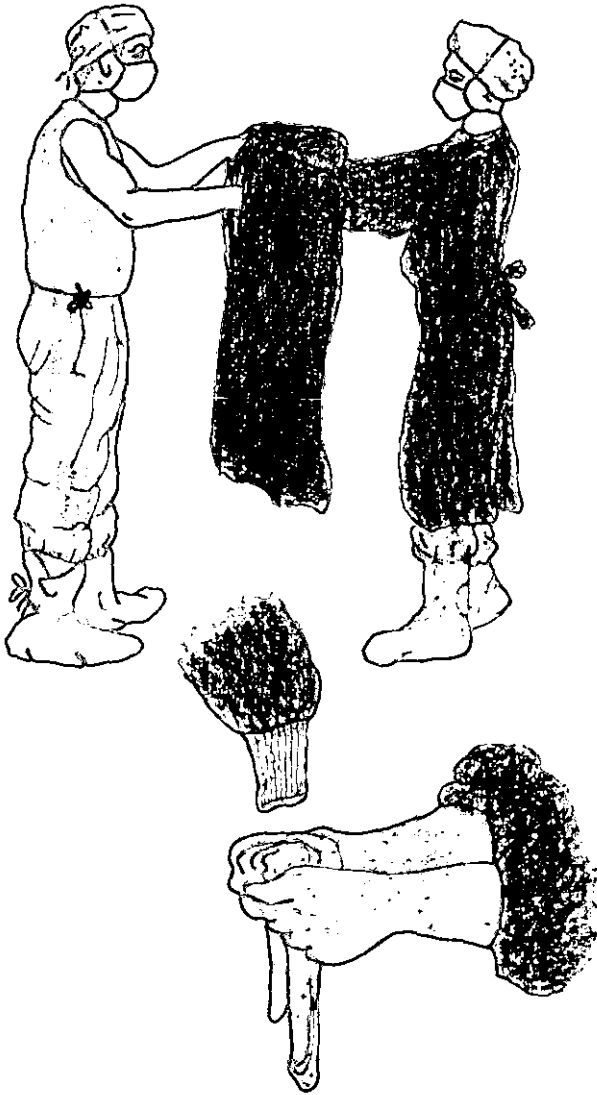
## BATA ESTÉRIL

### TÉCNICA

Con base en la aplicación de los principios científicos relativos a la asepsia en el campo quirúrgico, realizar los siguientes pasos:

- Tomar la bata con una mano, deslizarla y mantenerla retirada del cuerpo, y sujetarla por la parte superior.
- Localizar sisa e introducir dentro de las mangas ambas manos hacia delante (De acuerdo al procedimiento abierto, cerrado o asistido de colocación de guantes, dejar o no salir las manos de las mangas).
- El personal de enfermería circulante ajustará la bata, tirando de ésta a la altura de las sisas. Anudará las cintas del cuello, teniendo cuidado de no tocar la cara externa de la bata quirúrgica de las partes anterior y laterales.
- Una vez calzado los guantes, el personal de enfermería instrumentistas toma una bata a la altura de los hombros por su cara externa para presentarla al cirujano.
- El cirujano introduce ambas manos dentro de las mangas en igual forma que el personal de enfermería instrumentista.
- El personal de enfermería circulante ajusta la bata al cirujano de la misma manera en que lo hizo con el personal de enfermería instrumentista.

COLOCACION DE BATA ESTERIL

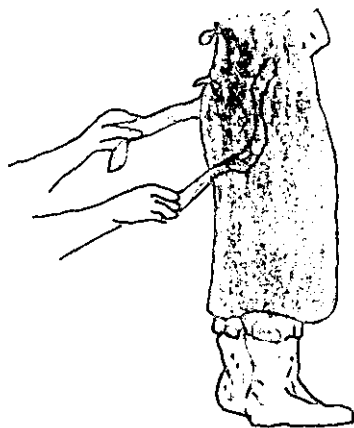


EL INSTRUMENTISTA ASISTE AL MEDICO SIN TOCAR EL ANVERSO DE LA BATA ESTERIL

COLOCACION DE BATA ESTERIL



EL CIRCULANTE ANUDA LA BATA  
SIN TOCAR EL ANVERSO



## COLOCACIÓN DE GUANTES ESTERILES

La colocación de guantes estériles se hará inmediatamente después del vestido de bata estéril.

### OBJETIVO

Se usan guantes estériles para eliminar a la piel como posible agente contaminante y crear una barrera entre las áreas sépticas y asépticas.

### COLOCACIÓN DE GUANTES CON LA TECNICA CERRADA

Una vez colocada la bata quirúrgica y sin haber sacado las manos de las mangas, efectuar los siguientes pasos:

- \*Abrir la cartera de guantes tomando como punto de referencia el dedo pulgar y tomar el guante correspondiente, por el puño y extenderlo por la palma sobre la cara anterior del antebrazo.
  
- \*Con la ayuda de la otra mano y sin sacarla de la manga de la bata, introducir los dedos en el guante y en un solo movimiento jalar conjuntamente los puños de la manga y no del guante.
  
- \* Introducir la mano y ajustar el guante en su sitio y con la mano calzada, tomar el otro guante y seguir los mismos pasos enunciados y ajustarlos.

## TÉCNICA ASISTIDA

Esta técnica permite al personal instrumentista, colocar los guantes estériles a segundas personas (cirujano, ayudantes de cirujano) a través de los siguientes pasos.

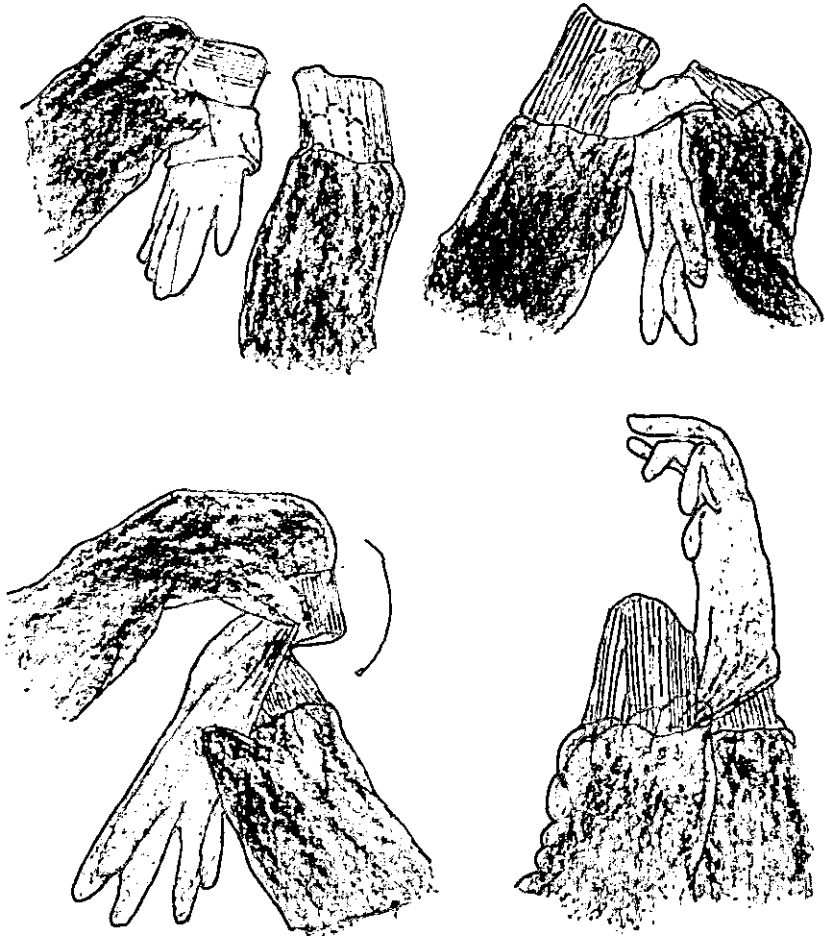
1. Tomar el guante derecho.
2. Colocar el guante con el dedo pulgar apuntando al cirujano, introduciendo los dedos de ambas manos, excepto los pulgares, por debajo del pliegue superior del puño.
3. Separar los dedos pulgares del guante, para evitar una contaminación con la mano desnuda del cirujano.
1. Esperar a que el cirujano introduzca con una ligera presión, la mano en el guante.
2. Soltar el guante por arriba del puño del cirujano. Tomar el guante izquierdo.
3. Colocar el guante izquierdo en igual forma que el derecho.
4. A su vez, el cirujano, colocará los dedos índice y medio por debajo del pliegue del guante, para ayudar a abrirlo más y así facilite la introducción de su mano izquierda.
5. Soltar el guante, en la misma forma que se hizo con el derecho.
6. El cirujano ajustará los guantes de ambas manos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Archundia G. Abel. Educación Quirúrgica. 1995. Pp. 423.



ENGUANTADO POR EL METODO CERRADO



ESTO ES SIN SACAR LAS MANOS DEL PUÑO ELASTICO DE LA BATA

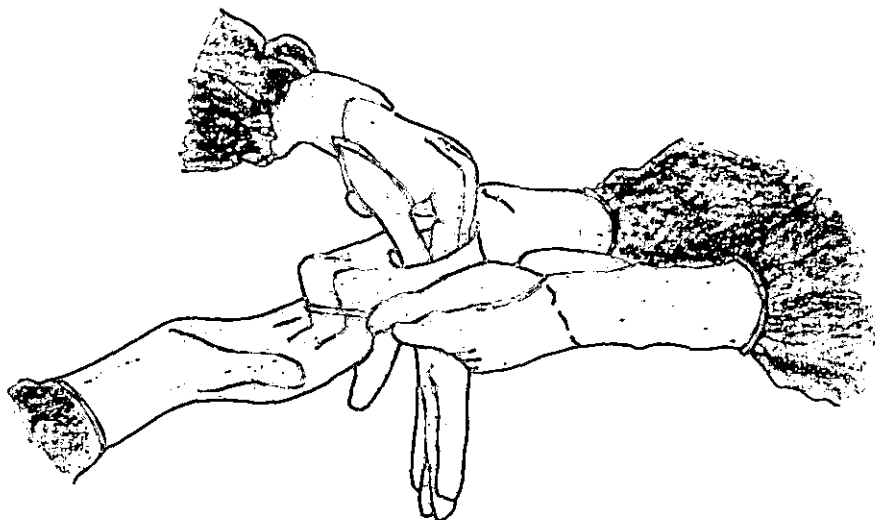
## METODO ABIERTO

Este método usa la técnica piel a piel, guante a guante. La mano aunque se ha lavado correctamente, no está estéril, por lo cual no debe tocar la parte exterior de los guantes estériles.

La boca evertida de los guantes deja al descubierto la superficie interna, el primer guante se coloca por la técnica piel a piel, tocando con la mano la parte interna, los dedos estériles del otro guante, por la técnica guante a guante.

1. Con la mano izquierda tome el dobléz del puño del guante derecho. Levante el guante y sepárese de la mesa. Mire hacia atrás antes de moverse.
2. Introduzca la mano derecha en el guante y tire, dejando el puño colocado sobre la mano.
3. Deslice los dedos de la mano derecha enguantada bajo el dobléz evertido del puño del guante izquierdo, levante el guante y sepárese de la mesa.
4. Introduzca la mano en el paquete izquierdo y tire de él, dejando el puño colocado sobre la mano.
5. Con los dedos de la mano derecha, tire del puño del guante izquierdo sobre el puño de la manga, si el puño elástico de la manga de la bata no queda ajustado, dóblelo con el pulgar derecho mientras tira del guante sobre el puño.  
Evite tocar la región descubierta de la muñeca.
6. Repita el mismo paso con el puño derecho, usando la mano izquierda, para colocar por completo el guante en la mano derecha.

ENGUANTADO POR TECNICA ABIERTA



ENGUANTADO POR TECNICA ASISTIDA ABIERTA, OBSERVESE QUE LA PERSONA QUE ASISTE MANTIENE LOS DEDOS PULGARES SEPARADOS, PARA EVITAR CONTACTO CON LA MANO DESNUDA DE LA PERSONA QUE VISTE.

## PRECAUCIÓN

La técnica abierta se emplea sólo cuando se necesita usar guantes estériles al practicar una venodisección o anestesia tipo bloqueo, se usa en los departamentos de urgencias cuando se colocan guantes estériles para suturar las laceraciones y para cambiarse los guantes en la intervención quirúrgica.

## CAMBIO DE GUANTES DURANTE LA INTERVENCIÓN

Si los guantes llegan a contaminarse por alguna razón, durante el procedimiento, debe cambiarse de inmediato. Retirarlo por un momento dejando la mano contaminada fuera del área estéril. Para cambiarse el guante.

- Retírese del campo quirúrgico.
- Extender la mano contaminada para que la enfermera circulante tome la parte exterior del puño del guante, cerca de 5 cm. Abajo del borde superior y tire de él para secarlo.
- Por lo regular, un miembro del equipo quirúrgico ayuda a otro a cambiarse los guantes, cuando no es posible hacerlo, el cirujano o enfermera instrumentista se alejan para colocarse otro guante estéril, mediante la técnica abierta.

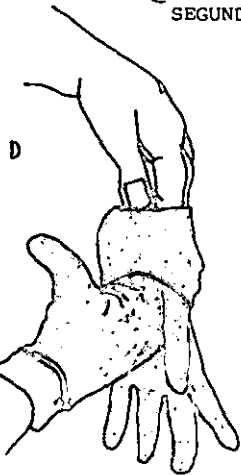
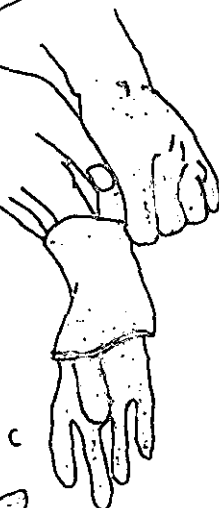
## FORMA DE QUITARSE LA BATA Y LOS GUANTES

La bata se quita antes que los guantes, la enfermera circulante tira de la bata hacia debajo de los hombros, invirtiendo el interior de las mangas, a medida que la tira de sus brazos. Los guantes se invierten usando la técnica guante a guante y después piel a piel.

Cuando los guantes se van a quitar durante el trans-operatorio, el término de un tiempo séptico, en el momento de retirarse los guantes se van bajando los puños de las mangas de la bata para evitar contaminación.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Rosales Bárbara Susana, Fundamentos de Enfermería. 1992. Pp. 397-401.



## UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA

### CONCEPTO.

La Unidad Tocoquirúrgica es el conjunto de servicios estrictamente organizados para proporcionar atención inmediata y eficaz a todo paciente que requiera tratamiento ginecológico y obstétrico.

La Unidad Tocoquirúrgica debe contar con monitores para medir ritmo cardíaco y un equipo sofisticado en cada una de las áreas, para brindar atención a la paciente que lo requiera. Además también debe contar con un equipo medicoquirúrgico, que tenga un gran sentido de calidad humana, así como responsabilidad y amor para desempeñar sus actividades, en el área específica.

### OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Determinar los componentes básicos de los servicios que conforman la Unidad Tocoquirúrgica, con el fin de proporcionar las técnicas y procedimientos que se realizan en dicha unidad.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- \*Identificar las diferentes áreas que conforman la Unidad.
- \* Comprender la organización y fundamentos de la Unidad.
- \* Conocer las diferentes actividades del área de la Unidad.

#### ADMISIÓN

La sala de admisión es el área en la cual se va a realizar la recepción de la paciente.

#### HISTORIA CLÍNICA:

- Interrogatorio directo e indirecto
- Exploración física y psicológica.

- Elaboración de la papelería por parte del médico, la enfermera, trabajo social y el pediatra.

La sala de admisión se considera área negra

## EQUIPO Y MATERIAL DE ADMISIÓN

- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa de mayo
- Báscula
- Equipo para tricotomía.
- Equipo para atención del neonato.
- Ficha para identificación del neonato y de la madre.
- Gasa
- Guantes (pares y nones).
- Apósito, benzal, isódine, soluciones parenterales, tela adhesiva, medicamentos, equipo para venoclisis, catéter para oxígeno, jeringas, sábanas, camisones.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Apoyo psicológico
- Colocar en posición ginecológica (cubrirlo con una sábana)
- Colaborar en la exploración física.
- Realizar limpieza de genitales.
- Aplicar enema evacuante (si está indicado).
- Realizar tricotomía del área vulvar (si lo requiere).
- Colocar capelina y pierneras (si la paciente tuviese que pasar directamente a la sala de expulsión, debido a su periodo expulsivo o por urgencia)
- Entregar personalmente a la paciente, a la persona responsable del área a la que se vaya a trasladar.
- No dejarla nunca sola.

## LABOR

Esta área está designada a las pacientes que están llegando al final de su trabajo de parto, pero que por algún motivo *el producto no ha descendido, por ejemplo*, desproporción cefalopélvica, fortuitos, extrauterinos, molares, inducciones de trabajo de parto. También podemos encontrar otras patologías como amenaza de aborto, aborto completo, o sangrado masivo transvaginal en estudio, este sangrado lo refiere desde adolescentes hasta mujeres de edad avanzada.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA SALA DE LABOR

- Preparación psicológica.
- Instalar venoclisis si lo requiere.
- Instalar identificación
- Verificar signos vitales
- Aplicar enema
- Ministrar medicamentos indicados por el médico.
- Al finalizar el alumbramiento se realiza lavado mecánico y se coloca un apósito en la región vulvar.
- Realizar anotaciones en la hoja de enfermería.
- Pasar a la paciente a recuperación.

Cuando la dilatación ya es completa y todavía existe membrana ésta se rompe en el momento en que hay un intervalo entre cada contracción. Durante el periodo expulsivo, el producto está particularmente expuesto a sufrir anoxia fetal y esta deficiencia en su oxigenación puede llevarlo a la muerte. En este periodo hay factores mecánicos más enérgicos, por lo tanto, se debe estar checando la frecuencia cardiaca del producto para detectar cualquier anomalía.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> D.T.Y. Liu, D.V.I. Fairweather. Manual de la Sala de trabajo de parto. 1985.



## TRICOTOMIA

### CONCEPTO

El término tricotomía se refiere a: Tricos = pelo y Torné = corte, por lo tanto es el corte de pelo, esto se realiza en la práctica del hospital por medio de la técnica de afeitado.

### OBJETIVO

Evitar la exposición innecesaria de la paciente.

Se dispondrá de un paquete individual esterilizado en autoclave que contiene la navaja de seguridad y otros artículos que se usan en la preparación. Para cada paciente se usará una navaja nueva. Las partes que van a afeitarse se enjabonan con cuidado, de manera que no penetre jabón en la vagina.

### PROCEDIMIENTO

Para realizar es necesario: agua, jabón, torundas, cómodo, plástico o papel.

Se debe lavar las manos bien. Con el plástico, papel o cómodo se protege la cama para evitar que se moje.

La paciente se coloca acostada y con las piernas dobladas hacia arriba. Se limpia, con torundas enjabonadas, el perineo de arriba hacia abajo, se derrama agua y se seca de arriba hacia abajo con torundas secas. Se afeita de arriba hacia abajo y alejándose del orificio vaginal.

Después de rasurar, el área se lava con jabón y agua y se enjuaga con agua esterilizada

El jabón y el agua se aplican siempre de arriba hacia abajo, es decir desde el hueco del pubis hacia el ano, para evitar la contaminación de la vagina y de la uretra con materias fecales<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Schult Sitverman Dickaso, Enfermería Materno Infantil. 1995.

## INSTRUMENTAL Y MATERIAL DE CURACIÓN.

Para la preparación de la paciente:

- 1 Pinza de Foester con gasa o torundas.
- Solución Jabonosa.
- Solución de benzolconio.
- 1 Sonda de nélaton de hule o plástico desechable

## PREACUCIONES EN LA TRICOTOMIA

1. Utilizar siempre una navaja nueva.
2. El rastrillo debe estar esterilizado previamente.
3. Se debe utilizar un medio (como el agua y jabón) para que la navaja resbale y facilite el afeitado.
4. Al afeitado, colocar el rastrillo en un ángulo de 30 grados respecto a la piel del paciente.

Intervención en el aparato genital .

Se afeita desde la cicatriz umbilical, genitales, hasta parte media superior de los muslos, éstos últimos en toda su superficie.

## ENEMA

### CONCEPTO

Es la inyección de líquido en el recto. Por lo general tiene como fin ayudar a eliminar heces del colon.

### OBJETIVO.

\*Evitar el peligro de contaminación intermitente del campo obstétrico.

El efecto del enema es provocar la evacuación por distensión, estimulación del peristaltismo por irritación o lubricar para facilitar la defecación.

El lavado intestinal vacía la parte baja del intestino grueso y el recto, lo cual proporciona a la paciente la sensación de que está a cubierto de accidentes molestos; evita el peligro de contaminación intermitente del campo obstétrico, tiende a estimular las contracciones uterinas por la acción térmica y deja más espacio en la pelvis para el paso del feto.

Algunas de las circunstancias en que no se emplea enema son :

La hemorragia vaginal excede de la "marca" acostumbrada, la parte que se presenta está alta y las membranas intactas (la enema puede ocasionar rotura de las membranas y prolapso del cordón umbilical al expulsarla); se han administrado sedantes a la paciente y está demasiado soñolienta para evacuar la enema; en el parto avanzado, cuando la parte que se presenta está tan baja en la pelvis que la enema no podría expulsarse y con los esfuerzos del segundo periodo del parto las heces líquidas dificultarían la técnica adecuada.<sup>16</sup>

### EQUIPO NECESARIO PARA EL ENEMA

Los líquidos de uso más frecuente para el enema son soluciones hipotónicas, fisiológica, jabonosa y de aceite, así como el agua de grifo.

---

<sup>16</sup> Norma F. Miller, Avery Hazel. Enfermería Ginecológica. 1986. P. 313

Los equipos de enema que se expenden en el comercio incluyen una botella flexible que contiene la solución hipertónica y que tiene acoplada una punta firme y lubricada de unos 5 a 7.5 cm de longitud.

La facilidad de su uso las heces especialmente convenientes para el hogar. En muchas situaciones, el paciente puede administrarse por sí mismo el enema.

En cuanto a las soluciones fisiológicas o jabonosa y el agua de la llave, se requieren un recipiente para la solución, un tubo de plástico o caucho con orificios laterales cerca de su extremo distal, pinzas para la sonda, lubricante y la solución<sup>17</sup>.

## ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA DE LIMPIEZA

### ACCIÓN DE ENFERMERÍA

### FUNDAMENTACIÓN

<p>Se planea con la paciente en qué lugar defecar.</p>	<p>Es más probable que la paciente se relaje y coopere si sabe que está listo para cuando sienta la necesidad de defecar.</p>
<p>Se coloca al paciente sobre su costado derecho o izquierdo, o sobre la espalda según lo que le resulte más cómodo. Se le cubre el cuerpo y se le coloca un acojinamiento impermeable bajo él.</p>	<p>La comodidad y el calor ayudan a que el paciente se relaje.</p>
<p>Se coloca el recipiente de la solución de modo que esté unos 30 a 50 cm más arriba que el ano del paciente.</p>	<p>La fuerza de gravedad hace que la solución entre en los intestino.</p>

<sup>17</sup> Miller Norma, F. Avery Hazel. Enfermería Ginecológica. 1986. P. 313

<p>Se lubrica abundantemente el extremo de la sonda rectal en un espacio de 5 a 7 cm .</p>	<p>Disminuye la fricción si se lubrica la superficie de la sonda, con lo cual se facilita su introducción y son menores las probabilidades de lesionar la mucosa.</p>
<p>Se levanta el glúteo superior para exponer debidamente el ano.</p>	<p>La observación adecuada del ano es útil para evitar lesiones del mismo. El conducto anal mide unos 2.5 a 5 cm de longitud.</p>
<p>No se debe forzar la introducción de la sonda. Se pide a la paciente que respire profundamente varias veces.</p>	<p>La introducción forzada de la sonda puede lesionar la pared intestinal. Respirar profundamente es útil para relajar el esfínter anal.</p>
<p>Se introduce la solución a lo largo de un periodo de 5 a 10 minutos.</p>	<p>Introducir la solución lentamente ayuda a evitar la dilatación rápida de los intestino y la necesidad de defecar.</p>
<p>Una vez que se ha administrado Solución, se hace que la paciente retenga la solución hasta que la necesidad de defecar se intensifique, generalmente al cabo de 5 a 10 minutos</p>	<p>El tiempo señalado usualmente basta para que las contracciones musculares sean suficientes a fin de obtener buenos resultados.<sup>18</sup></p>

<sup>18</sup> Wolff Weitzel H. Marlene. Curso de enfermería Moderna. 1985. Pp. 719-724.

## CATETERIZACIÓN VESICAL

### CONCEPTO.

Es la introducción de una sonda por la uretra hacia la vejiga con el propósito de drenar la orina.

Una *sonda* es un conducto para la inyección o la extracción de líquidos.

Son diversos los datos fundamentales acerca de la porción inferior de las vías urinarias que deben tomarse en cuenta para la cateterización:

\*La vejiga normalmente es un órgano estéril.

\*No es posible mantener estéril el meato urinario externo.

\*La vejiga tiene mecanismos de defensa. Se vacía con regularidad y es un medio constantemente ácido, lo cual representa ventajas antibacterianas. Ello sirve para mantener estéril la vejiga bajo condiciones normales, y también para que se resuelvan las infecciones en caso de surgir éstas.

### CUIDADO DE LA VEJIGA DURANTE EL PARTO

Una vejiga llena retrasa el descenso del feto, y la presión sobre la vejiga llena puede lesionar el tejido.

Hay muchos motivos para la pérdida de líquido, principalmente la sudoración y las pérdidas respiratorias más rápidas en relación con las pausas de respiración.

A causa del uso de la anestesia epidural, la mujer no es capaz de orinar y se coloca una sonda de Foley.

Este catéter *debe retirarse antes de que comience la fase de empujar en el parto*, porque el balón inflado puede traumatizar el tejido vesical. Causa además incomodidad e inhibe los esfuerzos para empujar. La vejiga debe ser vaciado por cateterización directa inmediatamente antes de la aplicación de fórceps, o si la cabeza fetal está teniendo un descenso difícil, la vejiga se palpa durante el final de la segunda etapa del parto.

Esta caracterización la realiza rutinariamente el partero.

Antes de una cesárea, se coloca una sonda de Foley para dilatar la vejiga y minimizar el riesgo de traumatismo quirúrgico.<sup>19</sup>

### EQUIPO NECESARIO PARA LA CATETERIZACIÓN

Las sondas están graduadas en la escala de French según el diámetro de su luz. Es común que se empleen las sondas No. 14 y No. 16 de esta escala en mujeres adultas. Por lo general no se requiere emplear sondas de menor calibre, además de que éste aumentaría el tiempo necesario para el vaciado de la vejiga.

El equipo usado durante la cateterización por lo general está empacado en una charola estéril y desechable.

Es importante tener iluminación adecuada cuando se cateteriza al paciente.

## CATETERIZACIÓN DE LA VEJIGA

### ACCION DE ENFERMERÍA

### FUNDAMENTACIÓN

Preparar el equipo. Lavarse las manos.	Tener listo el equipo evita desperdiciar tiempo. Las manos portan microorganismos y causan infecciones de las vías urinarias.
Se coloca a la paciente en la posición dorsal horizontal con las rodillas flexionadas y los pies separados, se cubre su cuerpo.	Es importante observar satisfactoriamente el meato urinario. El pudor, los escalofríos y la tensión pueden interferir en la introducción de la sonda. Brindar comodidad a la paciente promueve su relajación.
Se lava el área que rodea al meato con	Limpia el área tanto como sea posible

<sup>19</sup> Schult Silverman Dickason. Enfermería Materno Infantil. 1995. Pp. 258-259.

<p>agua y jabón, y después se le enjuaga y seca.</p> <p>Se coloca la charola esterilizada que contiene el equipo cerca del meato urinario. Se abre con técnica de asepsia quirúrgica.</p> <p>Una vez colocados los guantes esterilizados, se ordena el equipo esterilizado en la forma más conveniente y a fin de evitar su contaminación.</p> <p>Se lubrica unos 3.7 cm de la sonda, teniendo cuidado de no taponar los extremos de la misma.</p> <p>Se coloca el pulgar y algunos de los dedos entre los labios menores, y se identifica el meato urinario.</p> <p>Con la mano enguantada no contaminada, se toma la sonda y se la introduce unos 5 a 7.5cm más allá del meato.</p> <p>No se debe hacer fuerza para empujar la sonda a través de la uretra en dirección a la vejiga.</p>	<p>disminuye las probabilidades de introducir microorganismos en la vagina.</p> <p>Colocar el equipo cerca del sitio de trabajo aumenta la eficiencia.</p> <p>La colocación del equipo en el orden en que se emplea acelera la cateterización. Pasar los brazos sobre objetos esterilizado aumenta el riesgo de contaminación.</p> <p>La lubricación reduce la fricción y facilita la introducción de la sonda.</p> <p>Separar el área que rodea al meato para poder conservarlo.</p> <p>La uretra de la mujer mide unos 3.7 a 6.2 cm de longitud.</p> <p>La aplicación de la fuerza sobre la Sonda puede lesionar la mucosa.</p>
--	---



Se pide a la paciente que respire profundamente, y se gira la sonda con suavidad si hay resistencia leve cuando llega al esfínter vesical externo.

Se sujeta la sonda mientras se vacía la vejiga.

Se extrae el catéter lentamente, desplazándolo aproximadamente 1 cm con cada movimiento, cuando empieza a disminuir el flujo de orina, hasta que ésta apenas gotea, y después se le extrae.

Se relaja el esfínter y la sonda entra fácilmente en la vejiga cuando la paciente está relajada

Los movimientos ascendentes y descendentes de la sonda aumentan las probabilidades de que se contamine.

La punta de la sonda pasa por la orina que permanece en la vejiga al extraer aquella lentamente.

## INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

### CONCEPTO

Se define a la inducción del trabajo de parto como el comienzo deliberado de las contracciones uterinas antes que se inicie espontáneamente.

El procedimiento puede ser planeado o médicamente indicado por la presencia de un problema materno, fetal o de ambos tipos.

Se llama *inducción planeada*, a la “ iniciación del trabajo de parto por comodidad de la mujer que tiene el embarazo a término y que carece de indicaciones médicas”.

Deberá valorarse cuidadosamente a la mujer en busca de una alteración médica que contraindique el procedimiento. Es esencial establecer con precisión la edad gestacional. Quizá esté indicada la inducción planeada en la mujer que ha tenido trabajo de parto precipitados previos (que duraron menos de tres horas), para evitar el nacimiento inesperado fuera del hospital.

La inducción se logra rompiendo las membranas artificialmente y administrando Sintocinón en 500 ó 1 000 ml de dextrosa al 5 % en agua por vía intravenosa.

La inducción debe llevarse a cabo solo cuando el cuello está “maduro”, es decir, cuando está blando y se ha borrado parcialmente, y el obstetra es capaz de decir que la dilatación ha empezado o empezará con las contracciones uterinas.

Las indicaciones de inducción son: historia de trabajos de parto muy cortos, *placenta previa*, *desprendimiento prematuro de placenta*, *polihidramnios* y *diabetes*. El médico observa a la paciente muy de cerca al vigilar la venoclis, pero es obligación de la enfermera observar con precisión la naturaleza de las contracciones y la calidad de los ruidos cardiacos fetales.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Sally B. Olds, R.N. M.S. Manual de enfermería materno infantil. 1987. Pp. 666.

## ANESTESIA EN OBSTETRICIA

### CONCEPTO

Pérdida de la sensibilidad. Los anestésicos son fármacos que disminuyen la sensibilidad de los nervios; pueden ser de tipo general, que alteran las funciones cerebrales y causan inconsciencia; regionales, que insensibilizan una gran zona del cuerpo, o locales, que solamente anestesian una zona corporal limitada.

La decisión respecto al tipo de anestesia, corresponde en última instancia al médico tratante. Dependerá del estado del feto, del tipo de parto, de los medicamentos previamente administrados, de la posibilidad de contar con un anestésico, de que la parturienta hubiera ingerido recientemente alimentos, de su reacción en general al trabajo de parto y de sus preferencias.

El trabajo de parto exige una analgesia prolongada. Como todos los medicamentos atraviesan la barrera placentaria sin mayor dificultad, las dosis que se aplican deberán ser lo más bajas posibles para que produzcan analgesia máxima sin afectar el bienestar fetal.

La tendencia moderna de la analgesia y de la anestesia obstétrica es tener un bebé alerta y una madre feliz y sin dolor, que se encuentre consiente y participe activamente en el nacimiento de su bebé. El manejo adecuado del trabajo de parto y del alumbramiento es una experiencia gratificante para la madre. El control del dolor en el de parto depende de muchos factores. Los medicamentos tienen un papel importante, pero los factores psicológicos son igualmente importantes. En los últimos años se ha prestado mayor atención a la preparación para el nacimiento, no solamente para la madre sino también para el padre, el cual puede ayudar y apoyar a su esposa durante el trabajo de parto.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Hamilton Persis Mary, Asistencia Materno infantil de enfermería. 1980. Pp. 123.

### *ANESTESIA LOCAL:*

Es práctica obstétrica corriente, incluso en múltiparas, hacer una incisión en el perineo para agrandar el orificio inferior del conducto del parto, en el momento en que pasa por él la cabeza fetal.

Para disminuir el dolor momentáneo de la episiotomía, el médico debe inyectar algunos fármacos en el tejido perineal; basta esta infiltración para insensibilizar las terminaciones nerviosas y producir anestesia local del perineo. Se emplean dos fármacos, la procaína (Novocaína ) y la lidocaína (Xilocaína) .

### BLOQUEO PERIDURAL

En la actualidad el bloqueo es el procedimiento de elección para suprimir el dolor obstétrico. Durante el primero y segundo periodo del trabajo de parto.

Consiste en introducir un agente anestésico local (como lidocaína ) en el espacio peridural o epidural por vía lumbar, a fin de anestesiar las raíces sensitivas del sitio de la punción.

El espacio peridural está limitado en la parte superior por el foramen magnum, y en la parte inferior por el ligamento sacrococcigeo. Es un espacio virtual que rodea el saco peridural; contiene tejido conjuntivo y graso, raíces nerviosas, arterias y un rico plexo venoso y linfático. En la parte posterior es fácilmente distensible, en la anterior está muy adherido a los cuerpos vertebrales.

Para llegar al espacio epidural hay que atravesar el tejido celular subcutáneo y los ligamentos supraespinoso, interespinoso y amarillo.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Howkins Watson Joellen, Enfermería ginecológica y obstetricia. P. 330.

## *EQUIPO NECESARIO*

El equipo necesario para aplicar un bloqueo peridural.

- a) Vaso con torundas de algodón.
- b) Tintura de merthiolate.
- c) Ampolleta de agua destilad
- d) Frasco con el anestésico local de elección.
- e) Jeringa de 10 y 20 ml con pivote de cristal.
- f) Aguja de raquia y de Tuohy.
- g) Pinza de Foester, de 24 cm.
- h) Catéter epidural.
- i) Tela adhesiva.
- j) Gasa de 10 x 10 (6 piezas).

Con el objeto de que el efecto analgésico se prolongue durante las horas que normalmente tarda el trabajo de parto, se introduce un catéter de polietileno por la luz de una aguja especial (Tuohy), lo que permite ir aplicando dosis fraccionadas del agente anestésico.

Siempre que sea posible programar el acto quirúrgico, es deseable usar premedicación (diazepán, 10 a 29 mg ) por vía oral.

EQUIPO NECESARIO PARA APLICAR UN BLOQUEO PERIDURAL



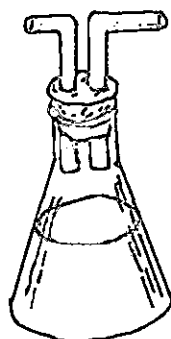
a) con torundas  
godón



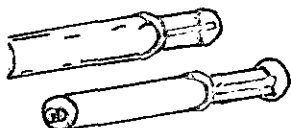
b) Tintura de  
Merthilate



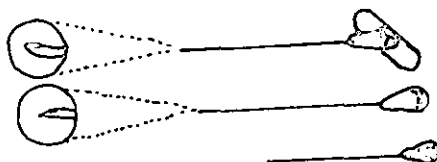
c) Ampolleta de  
agua destilada



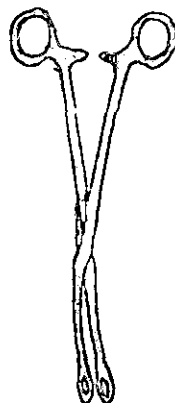
d) Frasco con el  
anestésico local



e) Jeringa de 10 ml y de  
1 ml Pivote de cristal



f) Aguja de raquia  
y de Tuohy



g) Pinza de  
Foester de 24cm



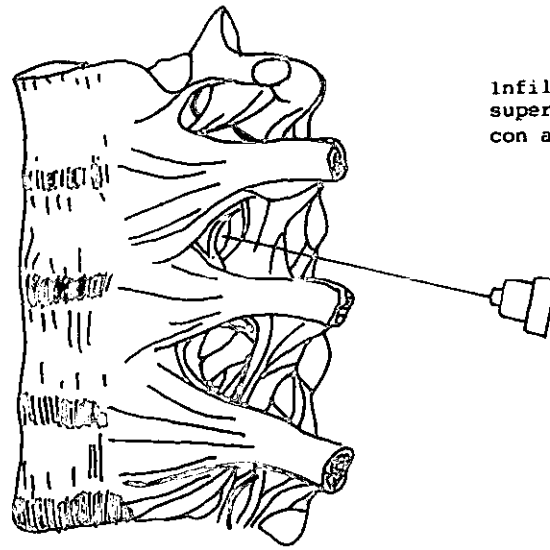
h) Cateter Epidural



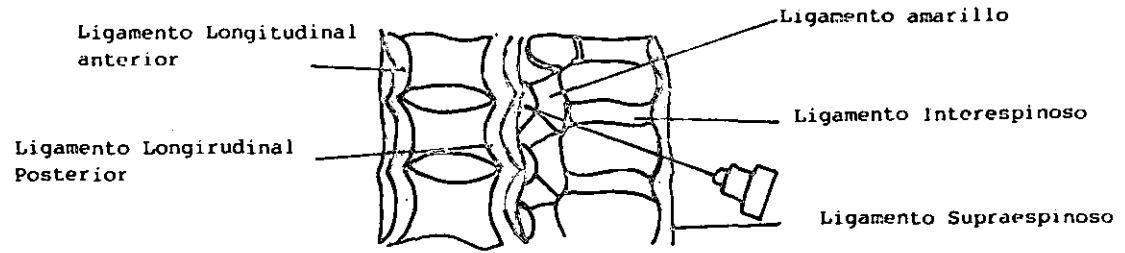
i) Tela Adhesiva



j) Gasa de 10 x 10 cm  
6 piezas



Infiltración de los planos superficiales y profundas con anestesia local



Ligamento Longitudinal anterior

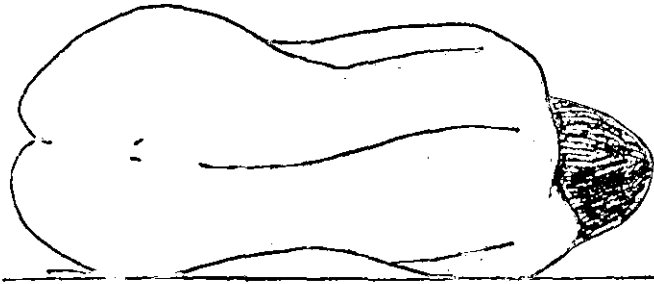
Ligamento Longitudinal Posterior

Ligamento amarillo

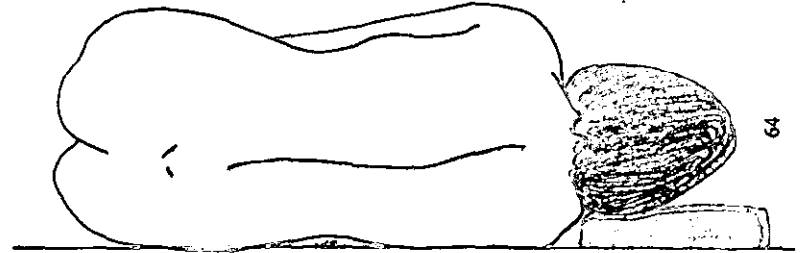
Ligamento Interespinaloso

Ligamento Supraespinaloso

POSICION PARA LA PUNCION LUMBAR



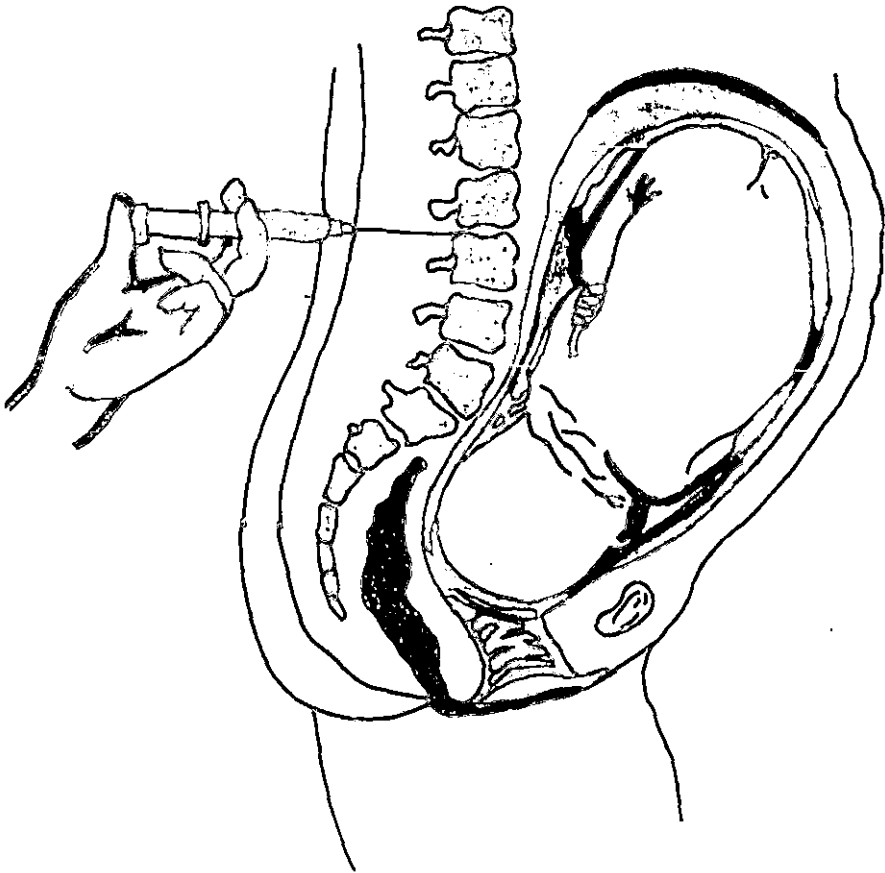
a) POSICION CORRECTA



b) POSICION INCORRECTA



APLICACION DE BLOQUEO PERIDURAL



## USO DE OXITOCINA

Tras la separación y alumbramiento de la placenta en la tercera etapa del trabajo de parto, se logra la hemostasia del sitio placentario por vasoconstricción del miometrio.

Puede administrarse oxitocina, maleato de ergonovina y maleato de metilergonovina según ordenes del médico, para estimular las contracciones uterinas y controlar la hemorragia.

Estas sustancias se emplean en forma común durante la tercera etapa del trabajo de parto normal, aunque el momento en que se administran varía mucho de uno a otro hospital.

Los oxitócicos no son necesarios en la mayoría de los casos, pero se emplean porque reducen las pérdidas por hemorragia y favorecen la seguridad general de la madre<sup>23</sup>.

LA OXITOCINA. produce contracciones uterinas notables durante los primeros cinco a 10 minutos, después de lo cual se producen contracciones rítmicas normales en mayor grado, con periodos intermitentes de relajación. Es el fármaco que se emplea con mayor frecuencia y sólo debe administrarse por orden del médico y por lo general tras la expulsión de la placenta.

El efecto secundario más importante de la oxitocina es su acción antidiurética que llega a ocasionar intoxicación por agua en caso de que se administre por vía intravenosa en volúmenes grandes de solución acuosa de dextrosa libre de electrolitos

El efecto antidiurético desaparece en pocos minutos tras discontinuar la venoclisis.

La dosis promedio es de : 10 unidades (1 ml ) IM o 20 unidades que se añaden a 1 000 ml de solución intravenosa.

---

<sup>23</sup> Koniak Reeder Martin, Enfermería materno infantil. 1995. Pp. 510.

## *LA ERGONOVINA*

Es un alcaloide del cornezuelo de centeno y es un oxitósico poderoso, estimula las contracciones uterinas y ejerce un efecto que persiste varias horas.

Cuando se administra por vía intravenosa, la respuesta uterina es inmediata y se produce a los pocos minutos de la administración intramuscular u oral. Esta respuesta se mantiene sin tendencia a la relajación.

Sin embargo, el fármaco también ocasiona elevación de la tensión Arterial, por tanto, sólo debe usarse por vía intravenosa en caso de urgencia.

## *MALEATO DE METILERGONOVINA.*

Este produce menor elevación de la tensión arterial cuando se administra por vía parenteral.

Cuando se administra cualquiera de estos dos fármacos, la paciente puede presentar dolor de cabeza transitorio y en menor grado dolor torácico, palpitaciones y disnea.

Estos efectos secundarios son menos probables cuando se administra el fármaco por vía intramuscular, que es la vía común de administración.

Las dosis usuales de ergonovina son 0.2 mg IM o IV, y de metilergonovina, 0.2 mg IM o IV.

### *La inductoconducción consta de los siguientes pasos:*

1. En 500 ml de solución glucosada al 5% se agregan 2 unidades de oxitocina, con lo cual se obtiene una solución de 4 miliunidades.

2. La administración se inicio con 12 gotas por minutos, es decir, 1 ml por minutos, y se duplica la dosis cada 20 minutos hasta obtener respuesta, que consiste en 3 contracciones en 10 minutos.

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

- a) Edad del embarazo, ya que a menor edad mayor dosis de oxitocina debe administrarse.

- b) Patología agregada, como diabetes mellitus o toxemia gravidica..

Diabetes Mellitus. En este caso se requiere de dosis mayores para obtener respuesta debido a que hay mayor liberación de oxitocina.

Toxemia gravidica. Cuando se presenta esta enfermedad la paciente responde fácilmente a pequeña dosis de oxitocina, a causa de hemoconcentración o elevación de la cerotonina.

De acuerdo con la unidad uterina lograda, se reduce, aumenta o suprime el goteo.

*Así mismo:*

- a) Se deben controlar estrechamente los signos vitales, la frecuencia cardiaca fetal y el progreso del trabajo de parto.
- b) Hay que cuidar el paso de la solución sea constante.
- c) Se ha de tener en cuenta que los cambios postulares de la paciente modifiquen la actividad uterina.

*También es necesario contar con los siguientes:*

- \* Una bata de cirujano
- \* Una compresa doble
- \* Una compresa sencilla
- \* Unos guantes de hule estériles

*Los anestésicos más empleados son:*

- \* Lidocaína (dosis máxima: 500 mg ).
- \* Mepivacaína (dosis máxima: 500 mg ).
- \* Prilocaína (dosis máxima : 500 mg ).
- \* Etidocaína (dosis máxima: 300 mg ).

## DOSIS

Durante el embarazo se recomienda aplicar de 1 a 1.5 ml de anestésico por cada segmento medular y según el sitio en que se efectúa la punción vertebral. La cantidad de anestésico será de diferente grado de concentración, de acuerdo con el caso.

- a) En analgesia para primer periodo de parto: soluciones del 0.5 al %
- b) En periodo expulsivo de cirugía obstétrica vaginal: solución del 1.5 al 2% con o sin epinefrina.
- c) En cirugía obstrétrica abdominal: soluciones al 2% con o sin epinefrina.

## TECNICA

1. Instalar una venoclisis antes de iniciar el bloqueo.
2. Colocar a la paciente en decúbito lateral en flexión forzada (muslos sobre abdomen, cabeza sobre tronco) para aumentar los espacios intervertebrales.
3. Realizar las técnicas rigurosa de asepsia y antisepsia en región lumbar.
4. Seleccionar y preparar la solución anestésica.
5. Seleccionar el espacio que se ha de puncionar (L1 o L2 ).

Como referencia, recuérdese que la línea bicrestal pasa entre L4 y L5

6. Infiltrar los planos superficiales y profundos con anestésico local ( procaína o lidocaína al 1%; usar aguja # 25 y jeringa de 2 ml; infiltrar los planos profundos con aguja # 20 de 2 a 4 cm.

- 7 Introducir la aguja epidural (Tuohy ) en el espacio interespinoso o interlaminar.
- 8 Retirar el mandril de la aguja y colocar una gota de suero en el pabellón de aquélla. para comprobar que penetra en el espacio peridural si ocurre aspiración de la misma.
- 9 Introducir la aguja hasta que su extremo se encuentre en el espacio peridural.
- 10 Comprobar que no se puncionó la duramadre, es decir, no debe haber salida de líquido cefalorraquídeo.
- 11 Introducir una dosis de prueba.
- 12 Introducir el catéter en la dirección deseada (caudal o cefálica).
- 13 Retirar la aguja y fijar el catéter con tela adhesiva.
- 14 Colocar a la paciente en decúbito dorsal evitando esfuerzos al cambio de la posición.
- 15 Conectar en el extremo del catéter una jeringa que contenga el anestésico local, para administrarlo en dosis fraccionadas, según la evaluación del caso.
- 16 Dejar colocado el esfigmomanómetro y el estetoscopio para medir periódicamente la tensión arterial.

Con esta técnica se obtiene una anestesia que parte del sitio de la punción y se extiende hacia las extremidades inferiores.

Se vigila muy de cerca la frecuencia cardiaca fetal y la presión arterial materna, alrededor de cada cinco minutos. Además, se eleva la cabeza de la madre por lo menos con dos almohadas, para evitar que la anestesia ascienda a un nivel superior.

Se permite que el nivel de anestésicos se estabilice y la enfermera aguarda a recibir instrucciones del anesthesiólogo antes de colocar las piernas de la madre en los estribos o llevar a cabo cualquier otro movimiento.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Mondragón Castro Héctor, Obstetricia Básica ilustrada. 1997. Pp. 200

## SALA DE EXPULSIÓN

La misma importancia que tiene el quirófano para el departamento de cirugía, tiene el cuarto de expulsión para el departamento de obstetricia.

Es un quirófano equipado especialmente, que se destina en exclusiva a maniobras obstétricas asépticas o “limpias “ que incluyen exploración vaginal, rotura de membranas y otras. Su principal objetivo es la atención de partos.<sup>25</sup>

La preparación de la sala de partos:

Propósito: El propósito de este procedimiento es triple.

- 1.- Establecer un campo aséptico con anticipación al parto y la subsecuente atención del recién nacido y de la madre.
- 2.- Asegurar el lugar y manejo conveniente de todos los artículos necesarios para proporcionar seguridad, rapidez y confianza por parte de todo el personal, en beneficio de la atención física y emocional de la madre y del niño.
- 3.- Ayudar al registro legal y estadístico necesarios del acontecimiento.

Dispositivo.

Preparación personal.

a. Obtener información.

- 1.- Cuál médico (para tamaño de los guantes)
- 2.- Cuál sala de partos.
- 3.- Tipo de anestesia que va a usar, si es que la va a hacer.

---

<sup>25</sup> Joy A. Ingalls. M. Constanse Salerno. Enfermería Materno Infantil y Pediatría. Pp. 156.

4.- Problemas especiales relacionados con la paciente (Rh negativo, preclampsia, várices en las extremidades).

5.- Tiempo aproximado que se pasará en la sala.

b. Asegurarse de que todo el pelo quede cubierto por una gorra.

c. Lavarse las manos.

d. Repasar mentalmente los principios de la técnica estéril.

2.- Se abren los paquetes estériles necesarios. Se revisan las cintas adhesivas exteriores los paquetes para prueba de esterilización, si se usa este tipo de cintas. Se revisan las fechas en los paquetes para evitar usar materiales caducos. Generalmente se incluyen:

a. El paquete básico para el parto con lienzos y materiales usados en la paciente o para que el parto tenga lugar.

b. El paquete de instrumentos (a menos que éstos se tomen directamente del esterilizador).

c. El paquete con el juego de recipientes empleado para tener un lugar para la placenta y un recipiente estéril para la lubricación.

d. La charola para la preparación perineal usualmente contendrá:

1.) Una solución para la limpieza.

2.) Gasas estériles.

3.) Guantes estériles o palillos de esponja.

4.) Un antiséptico para la piel que se usará después de limpiar el área.

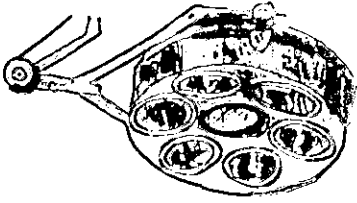
e. Los instrumentos para la anestesia (si va a ser necesario).

3.- Se revisa el equipo para la atención del bebé así como todos los artículos (calentadores, equipo de succión, oxígeno, jeringa de tubo y cobijas).

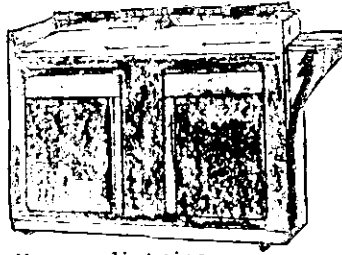
4.- En el momento del nacimiento se llevan a la sala los registros necesarios para terminar de llenarlos, y se efectúan los procedimientos para la madre y el niño



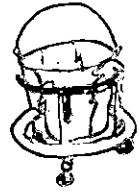
EQUIPO NECESARIO EN UNA SALA DE PARTO



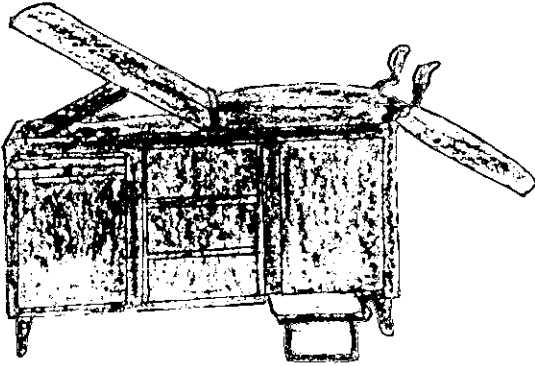
a) Fuente luminosa



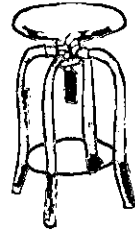
b) Mesa pediátrica



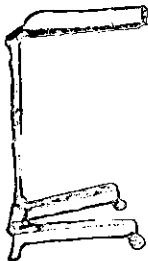
c) Cubeta



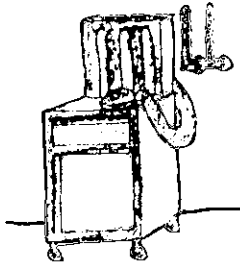
d) Mesa Obstetrica



e) Banco de altura

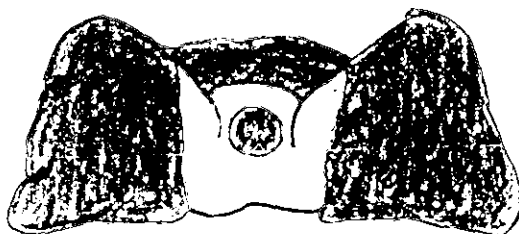


f) Mesa de Mayo

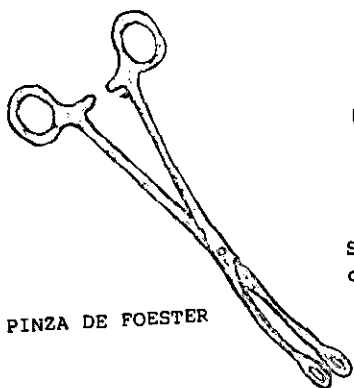


g) Aparato de anestesia

ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA PREPARACION DE LA PACIENTE



4 COMPRESAS PARA CUBRIR A LA PACIENTE  
2 PIERNERAS



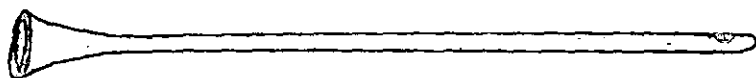
PINZA DE FOESTER



Solución jabonosa  
con gasas o torundas



Solución Jabonosa



SONDA NELATON DE HULE O PLASTICO DESECHABLE

## COLOCACIÓN DE CAMPOS

El médico o la enfermera se ponen bata y guantes esterilizados y se colocan campos a la paciente.

Cuando la parturienta está despierta se le pide que levante los glúteos, y se coloca debajo de la espalda una sábana estéril en varios dobleces.

Si la mujer está anestesiada, el anestesista y la enfermera circulante la levantan para colocar la sábana inferior.

En las piernas y muslos se ponen medias estériles. Sobre el abdomen se coloca una sábana y se fija a las medias con pinzas para toallas o sujetadores metálicos planos.

Algunos médicos prefieren colocarlo campos sobre cada muslo y el abdomen antes de ajustar las pinzas para toallas o los sujetadores.

Las piernas de la paciente son cubiertas con "botas" especiales, para protegerlas de los estribos de metal de la mesa de expulsión. Las manos de la paciente se colocan en las agarraderas para que en el momento adecuado, pueda asistirse a ellas y pujar.

Se quita la parte inferior de la mesa de expulsión, y la enfermera limpia con antiséptico la región perineal.

## CATETERISMO

Si la paciente no ha podido orinar o tiene la vejiga llena de orina, está indicado el cateterismo .

### CATATERIZACIÓN URETRAL

El catéter es un tubo hueco que se emplea para instalar y extraer líquido, la cateterización de la vejiga urinaria no es más que la introducción de un catéter por la uretra hasta la vejiga, con el objeto de extraer la orina.

Los peligros de introducción de un catéter en la vejiga son la lesiones e infecciones.

## TÉCNICA ASEPTICA

La asepsia indica ausencia de todo microorganismo y sus toxinas.

El personal que trabaje en la sala usará bata, mascarillas y gorro limpios, para disminuir el peligro de contaminación. Las personas que se lavaron de modo aséptico emplearán guantes y batas estériles.

El feto que ha nacido en una sala de partos se dice que nació en medio aséptico.

Durante la segunda etapa del trabajo de parto, es de suma importancia seguir una asepsia y antisepsia estricta, al igual que durante toda la expulsión.

Todas las personas que se encuentran en la sala de expulsión usan bata limpia, gorros y cubrebocas, y todas las que participan en la expulsión, ropa estéril.

El cubrebocas tapa la nariz como la boca.

El gorro se ajusta para mantener todo el cabello cubierto.

Si la enfermera se somete a lavado quirúrgico para ayudar al médico, debe seguir técnica aséptica estricta.<sup>26</sup>

## PERSONAL

Las enfermeras que trabajan en la sala de partos deben conocer y comprender las técnicas asépticas, esto es, la forma de trabajar con material estéril sin contaminarlo. Tomando en cuenta la importancia de un ambiente estéril y la necesidad de cuidar la intimidad de la madre, el número de personas que pueden permanecer en la sala de expulsión se reduce a los que realmente tienen un papel específico que cumplir. En la preparación para la expulsión se requiere un buen trabajo de equipo entre médico, enfermeras y anestesiólogo, en caso necesario, con el fin de cubrir las necesidades de la paciente, el recién nacido y la persona de apoyo.

---

<sup>26</sup> M. Ronald Caplan, M.D. Fundamentos de Obstetricia. 1987. Pp. 353.

El objetivo principal de la enfermera es suministrar cuidados directos a la paciente.

Por tanto la enfermera está pendiente no sólo de las necesidades de la madre sino también de las del personal restante.

### *EQUIPO DEL PARTO*

Para atender un parto en condiciones óptimas se debe contar con las instalaciones y equipo.

### *EQUIPO*

En las sala de partos solamente estará el equipo indispensable en el orden en que se necesite, y de modo que pueda ser limpiado fácilmente.

- \*Mesa de expulsión, es una mesa quirúrgica adaptable.
- \*Otras mesas de trabajo,
- \*Fuentes de iluminación,
- \*Taburetes y banquillos,
- \*Cubetas, vasijas para varios usos,
- \*Armario o alacena con material,
- \*Una cunita calentada con equipo de reanimación del neonato,
- \*Material anestésico,
- \*Material quirúrgico especializado que incluyen guantes, bata, instrumentos, sábanas, palanganillas (vasos y "riñones" ), soluciones, agua estéril, y medicamentos.<sup>27</sup>

En toda paciente obstétrica debe canalizarse una vena de miembro superior con un catéter (Punzocat o Intracat) durante el parto, para contar con una vía de acceso directo a medicamentos y soluciones.

---

<sup>27</sup> Mondragón Castro Héctor, | Obstetricia Básica ilustrada. 1997. Pp. 209-214.

Tan pronto se “baja” la mesa, la enfermera asistente limpia el abdomen, los muslos y toda el área perineal con una solución jabonosa o antiséptica. Este procedimiento es la llamada “preparación estéril”.

El propósito es el de ayudar a prevenir la infección y aumentar la visibilidad de área.

Al efectuar la preparación para prevenir la contaminación del canal del parto, se debe tener cuidado de que no se use la esponja en el área ano rectal y luego se regrese a la región vulvar.

Generalmente la *primera* esponja se usa para limpiar de lado a lado desde el hueso púbico hasta el ombligo y luego se desecha.

La *segunda y tercera* esponja se usan para limpiar los muslos con un movimiento de arriba hacia abajo desde los labios mayores hasta la mitad del muslo y cada esponja se desecha inmediatamente después de su uso.

La cuarta y quinta esponja se usa para limpiar los labios a la derecha e izquierda de la vagina, evitando el recto y desechándolas luego, y la última esponja pasa directamente sobre la vagina y el ano. La paciente puede ser enjuagada y secada en una forma similar y luego se le rociará o se le aplicará un antiséptico. El objetivo no es pasar por tantos movimientos, sino limpiar la piel. Por otro lado, se debe efectuar con rapidez, o el bebé puede llegar antes de que se termine el procedimiento.

El médico con la bata puesta se encuentra generalmente listo para colocar las sábanas para el parto tan pronto como termina la enfermera: se debe tener cuidado de observar que las manos del médico o la bata no estén contaminados mientras la enfermera termina la operación.<sup>28</sup>

Este es un grupo de instrumentos que se emplean para pinzar y cortar el cordón umbilical:

- Dos pinzas de Rochester o Kelly

---

<sup>28</sup> Sally B. Olds, R.N. M.S. Manual de enfermería materno infantil. 1987. Pp. 426.

- Un onfalótomo o tijera
- Una cinta de algodón.

Otros instrumentos que se incluyen con frecuencia son:

- Dos pinzas Kelly,
- Dos pinzas Allis,
- Una pinza para tejidos con dientes,
- Dos palillos con esponja,
- Un porta agujas y tijeras rectas.

La enfermera añade guantes estériles del tamaño correcto, jeringas, aguja de perforación grande para tomar una muestra de sangre del cordón, y si se requiere, bandeja para anestesia local con solución anestésica, sonda y sutura.

Se emplea un soporte para uno o dos recipientes en que se coloca agua estéril tibia o solución salina normal.

También se requiere material para el perine. Este incluye un recipiente pequeño con esponja, al cual la enfermera añade solución antimicrobiana y agua estéril tibia, o un equipo desechable que viene empacado de fábrica y listo para usarse; la enfermera requiere tan sólo ponerse guantes estériles y efectuar la preparación.

Para recibir al recién nacido se requiere un calentador y un reanimador, además del equipo de urgencias.

CAMPOS ESTÉRILES:

Después de limpiar a la paciente, se aproxima y descubre la mesa con los instrumentos y los recipientes necesarios: Debajo de los glúteos y sobre las piernas y el abdomen, se colocan sábanas estériles, dejando solamente expuestos el orificio vaginal, el perineo y el recto.

REFORMA DE LA LEY DE LA ENFERMERÍA  
 LEY N.º 13.000 DEL 19 DE ABRIL DE 1966

## POSTURA PARA EL PARTO

### VENTAJAS

### DESVENTAJAS

<p><b>ACOSTADA ( Supina)</b>                      Conveniente para la monitorización fetal, tratamiento y para palpar las contracciones; posición de reposo familiar.</p>	<p>Disminuye la fuerza de las contracciones. Aumenta el riesgo de hipotensión supina; incrementa la duración del parto.</p>
<p><b>LITOTOMIA</b>                      Facilita la posición de pie o sentada para el médico; expone ampliamente el periné para exploración vaginal; acostumbrada para la monitorización fetal; útil en hemorragias, urgencias.</p>	<p>Incrementa la fuerza el retorno venoso y el volumen de sangre central si las piernas están más altas que el corazón. Efectos desfavorables: taquicardia, aumento de la tensión arterial.</p>
<p><b>LATERAL IZQUIERDA</b>                      Cómoda para la mujer, contracciones más intensas, menos frecuentes. Evita la compresión de la vena cava. Permite el parto en posición relajada para la mujer; reduce el potencial de desgarros perineales.<sup>29</sup></p>	<p>Más difícil obtener frecuencia cardíaca fetales concordantes, parto más prolongadas; que en la postura erecta.</p>

### Trasferencias y atención inmediata preparto.

La transferencia de la paciente a la sala de partos debe ser lo más delicado posible.

<sup>29</sup> Blaier J. Inge. Enfermería Materno Infantil. 1985. P. 129.



Mientras que la paciente está siendo preparada en la sala de partos, el médico puede vestirse y lavarse para la administración de la anestesia, si es que se va a usar (analgésica y la anestesia). La enfermera asistente descubrirá la mesa estéril y el juego de recipientes y encenderá también las luces necesarias. Debe adaptarse la luz, y se le proporcionará un banquillo especial para que se siente. Se pide materiales especiales, medicamentos, fórceps y materiales de sutura. Deben ser colocados en la mesa de instrumentos, o ser dados directamente al médico sin contaminar en absoluto el campo estéril.

Después de que la paciente es cubierta, ninguna parte del lado expuesto de los lienzos estériles

### *REGISTRO ESCRITO*

El registro escrito y exacto del parto tiene gran importancia desde el punto de vista médico legal.

Datos como el momento exacto de los hechos, los fármacos empleados en la premedicación y en la anestesia, la posición y el estado del producto al nacer. Descripción de la episiotomía y su reparación, y descripción de la placenta.

En la historia o expediente obstétrico de la madre, tiene importancia el registro escrito de los hechos.

El registro del parto proporciona a los médicos datos útiles para la asistencia futura del recién nacido, y también puede emplearse para preparar el certificado de nacimiento.

## EPISIOTOMÍA

### CONCEPTO

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

Es conveniente realizar esta operación por las siguientes ventajas:

- a) Evita laceraciones vaginoperineales.
- b) Acorta el segundo periodo del trabajo de parto.
- c) Reduce el trauma fetal.
- d) Sirve como profilaxis de los problemas de estética pelvigenital (cistocele, rectocele).

Por las razones anteriores la episiotomía se practica en forma electiva; sin embargo, tiene indicaciones precisas en:

- a) Pacientes primigestas.
- b) Múltiparas con episiotomías (o cuando sea necesario).
- c) Productos prematuro y macrosómicos.

#### *Tipo de episiotomías.*

Se emplean mediante dos tipos de episiotomía: la media y la mediolateral.

### MEDIA

Con la tijera se realiza una incisión que parte de la horquilla vulvar al ano. En esta forma se secciona solamente el rafé aponeurosis del periné, hasta llegar a la cercanía del esfínter anal, respetando la integridad de este músculo.

Se recomienda practicar este tipo de incisión sólo cuando existe un periné amplio y la experiencia del obstetra lo permita.

### MEDIOLATERAL.

La incisión se efectúa también partiendo de la horquilla vulvar, dirigiéndose hacia abajo y afuera, en dirección al isquión. Puede efectuarse tanto en el lado derecho como en el izquierdo. Este tipo de incisión se recomienda cuando:

- a) se emplean fórceps;
- b) el producto es grande, o
- c) el periné es poco amplio.

### TECNICA QUIRURGICA.

En los dos tipos de episiotomía se deben dar los siguientes pasos para realizarlas:

- 4. Con la tijera de Mayo recta, practicar en el periné la incisión más conveniente: media o mediolateral.
- 5. Después de atender el parto, y previa identificación de los elementos anatómicos, suturar en la forma siguiente:
  - a) Surgete anclado con catgut 00 y aguja traumática en la mucosa vaginal, iniciando la sutura en el ángulo posterior de la vaginotomía y terminando en la horquilla vulvar.
  - b) Afrontar el plano muscular del periné con punto separados en el mismo catgut anterior.

- c) Con catgut 000 crómico y aguja traumática se inicia un surgete continuo a partir del ángulo de la horquilla vulvar, tomando la aponeurosis superficial hasta el extremo del corte quirúrgico.

Con la misma sutura se realiza un surgete intradérmico, el cual se anuda en la horquilla vulvar.

Se debe tener cuidado en hacer coincidir piel y mucosa en, los bordes de la horquilla vulvar, para lograr la simetría de la región.

Se debe estar seguro de lograr una hemostasia correcta y no dejar espacio entre los planos quirúrgicos.

Siempre se debe examinar el recto al concluir la sutura a fin de valorar la integridad del esfínter anal y cerciorarse de que la mucosa rectal está indemne.

La episiotomía empleada con más frecuencia es la Media, por ofrecer las siguientes ventajas:

- a) Es más anatómica.
- b) Produce menos sangrado.
- c) Resulta más fácil de suturar.
- d) Condiciona una mejor cicatriz (más cosmética).
- e) Es menos dolorosa en el posoperatorio inmediato.
- f) No origina dispaneuria.

La episiotomía mediolateral tiene las ventajas siguientes:

- a) Proporciona mayor amplitud perineal.
- b) Puede ampliarse hacia la fosa isquiorrectal en caso necesario.
- c) Si se prolonga accidentalmente no afecta el esfínter del ano o del recto.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Hamilton Persis Mary, Asistencia materno infantil de enfermería. 1980. Pp. 513.

## LACERACIONES DEL CANAL DE PARTO

El médico con todo cuidado explorará el cuello uterino y la vagina en busca de desgarros producidos durante la expulsión, pues si ocurrieron puede haber hemorragias de los vasos sanguíneos hiperémicos en esta zona. Los desgarros o laceraciones se clasifican según la profundidad del tejido abarcado.

- a) La laceración de primer grado es la que abarca solamente las capas superficiales de tejido.
- b) La del segundo grado las capas profundas.
- c) Las de tercer grado incluyen músculos.

Si se advierte un desgarro, se le reparará al igual que la incisión de episiotomía. Para la reparación se emplean materiales de sutura absorbibles.<sup>31</sup>

Durante el proceso de expulsión normal, pueden producir laceraciones de perineo y vagina por la expulsión rápida y repentina de la cabeza, porque el recién nacido tenga tamaño excesivo o porque los tejidos maternos estén muy débiles.

Otras circunstancias son expulsión difícil con uso de Fórceps, extracción en presentación pélvica o contracción de la sala pélvica en caso de que la cabeza salga en forma forzada por estar en posición posterior.

Algunos desgarros son inevitables aunque el cirujano sea muy diestro, pero el control de la cabeza es de suma importancia para evitar las laceraciones del perineo.

Las laceraciones del perineo se clasifican en tres grados según el tipo de desgarro.

\* Las laceraciones de **PRIMER GRADO** son aquellas que afectan la horquilla, la piel del perineo y la mucosa vaginal, sin afectar ningún músculo.

---

<sup>31</sup> Koniak Reeder Martin, Enfermería Materno infantil. 1995. Pp. 510.

\* Las laceraciones de **SEGUNDO GRADO** son aquellas que afectan (además de piel y mucosa) los músculos del cuerpo del perineo pero no al esfínter anal. Éstas laceraciones en general se extienden hacia arriba a uno o ambos lados de la vagina y forman una herida triangular.

\*Las laceraciones de **TERCER GRADO** son las que se extienden por toda la piel, mucosas, cuerpo perineal y esfínter anal. Se denominan desgarre total. Con frecuencia, las laceraciones de tercer grado se extienden hasta cierta distancia, y ascienden por la pared anterior del recto.

\*Las laceraciones que afectan el recto se consideran de **CUARTO GRADO**.

Las laceraciones de primer grado son muy comunes en primigrávidas, su alta incidencia es uno de los cuales ocurre a la episiotomía

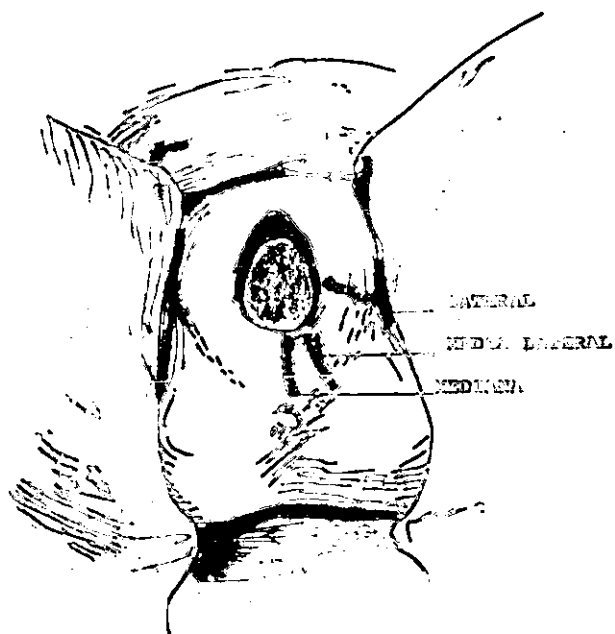
Las laceraciones de tercer grado son menos comunes. El médico repara de inmediato cualquier tipo de laceración tras la expulsión, para seguir que la estructura del perine en lo posible su estado anterior. La técnica que se emplea para reparar una laceración es casi la misma que la que se sigue para incisiones de episiotomía, aunque la primera es más difícil de llevar a cabo porque es necesario aproximar líneas irregulares de tejido.

ASISTENCIA DURANTE EL PARTO



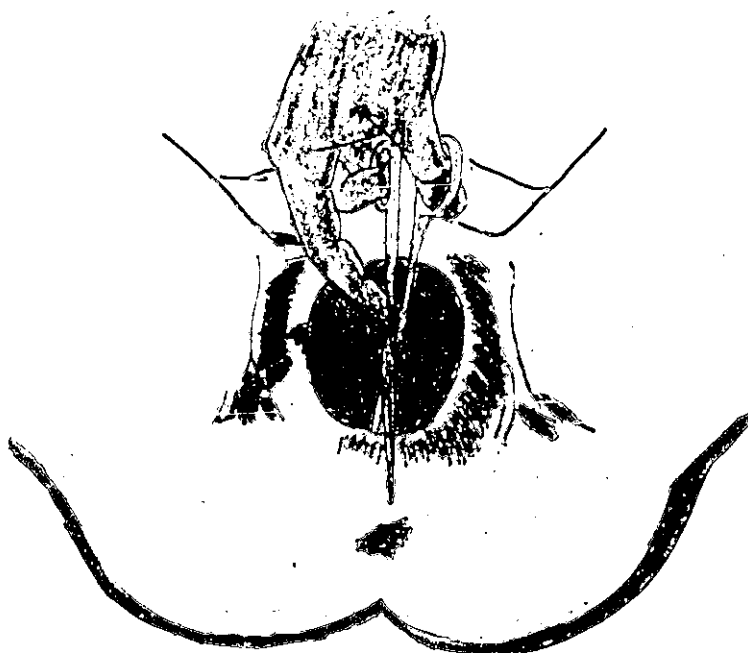
Episiotomía mediolateral derecha, que se efectúa cuando ocurre el coronamiento de la cabeza.

TRES MANERAS DE EPISIOTOMIA





ASISTENCIA DURANTE EL PARTO

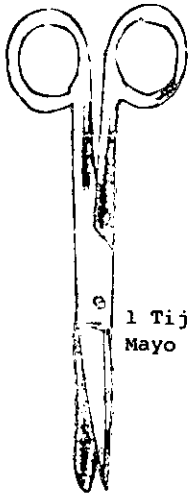


Episitómia o perineotomía media, efectuada cuando corona la cabeza

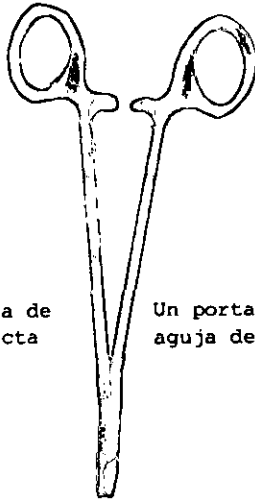
INSTRUMENTAL NECESARIO PARA EL MANEJO DEL CORDON UMBILICAL



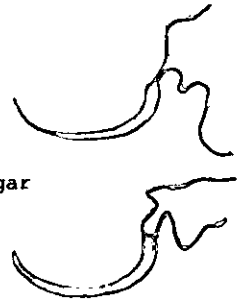
Pinza de disección sin dientes  
Pinza de disección con dientes



1 Tijera de Mayo Recta



Un porta aguja de Hegar



Catgut Cromico  
atraumatico núms  
00 y 000

## DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA

En este momento, la placenta puede mostrar signos de desprendimiento parcial, consistentes en hemorragia continua con el útero en relajación; ello exige acción inmediata. El médico hará masaje del útero a través de los paños estériles que cubren el abdomen, o encargará a alguien que lo haga.

Cuando el útero se ha contraído se lleva hacia la línea media, se toma con la mano, colocando el pulgar hacia delante y los dedos hacia atrás, y se hace presión suave hacia abajo y atrás, en dirección del conducto del parto. Esta manipulación es idéntica a la que se efectúa al exprimir la perilla de un atomizador, se conoce como método de Créde para expresión de la placenta.

Nunca debe hacerse presión hacia debajo de útero a menos que esté perfectamente contraído y en la línea media.

Este procedimiento sólo debe emplearse después que la placenta se ha desprendido.

Si la parturienta está despierta y puede pujar, quizá expulse espontáneamente la placenta

## EXPRESIÓN DE LA PLACENTA

El desprendimiento de la placenta se manifiesta por estos hechos:

- aumenta la longitud del cordón fuera de la vulva;
- no se siente impulso en el cordón cuando se hace presión sobre el fondo uterino;
- en el abdomen se observa la elevación correspondiente al fondo de la matriz y
- hay otra prominencia inmediatamente por arriba de la sínfisis púbica, que representa la placenta en la parte baja del útero.

El médico debe cuidar que la placenta no caiga en el recipiente, pues las membranas podrían desprenderse y se retendrían en el conducto del parto.

El médico examina cuidadosamente placenta y membranas; si falta alguna parte, la enfermera deberá anotarla, ya que podría explicar la aparición de hemorragia o fiebre el puerperio.

La enfermera debe vigilar el útero durante la hora que sigue al alumbramiento, para impedir que se relaje o sangre demasiado. Sólo debe hacerse masaje uterino por alguna de las razones expuestas; el fondo de la matriz debe permanecer constantemente por debajo del ombligo.

Si la placenta y las membranas no se expulsan casi de inmediato, puede observarse el perineo para advertir si hay desgarros. Si se efectuó episiotomía, examinará atentamente la herida, y enseguida se pinzarán los vasos o se hará compresión con gasa. *Debe impedirse la hemorragia.*<sup>32</sup>

## EXTRACCIÓN CON FORCEPS

Suele emplearse el fórceps para asistir el nacimiento cuando se ha hecho anestesia general o bloqueo raquídeo o "en silla de montar" a la parturienta, de modo que no puede expulsar al feto por sí misma, o en los partos difíciles.

Si la mujer se agotó y ya no puede pujar con eficacia, o hay detención del progreso del trabajo de parto en la segunda etapa. Por último, se utiliza para ejercer tracción simultánea con las contracciones o girar la cabeza a la posición occipito anterior.

El tipo de fórceps usado depende de la función que va a cumplir, y de las preferencias del médico; los hay para la rotación (fórceps de Kielland ); de cucharas sólidas o fenestradas; los empleados para la extracción de la cabeza última en la presentación de nalgas (de Piper), y los fórceps de tracción axil.

Todos estos instrumentos reciben el nombre de sus creadores, y presentan una curva cefálica adecuada para la cabeza fetal, y otra pélvica que se acomoda a la forma de la pelvis.

El fórceps consiste en dos ramas o cucharas con mango, unidas por una articulación deslizante, de modo que el médico coloca cada cuchara por separado a efecto de sentir los puntos anatómicos " de referencia " de la cabeza fetal, y no lesionarla.

El uso de Fórceps es permisible sólo con dilatación, borramiento y encajamiento completos; rotura de las membranas; características pélvicas adecuadas para el parto vaginal; posición de litotomía y administración de algún tipo de anestésicos a la parturienta, y evacuación previa de la vejiga y el recto para evitar lesiones, además de que se le debe practicar en un medio aséptico.

La presencia de obstrucciones en el conducto del parto y la desproporción cefalopélvica excluyen el uso del fórceps.

---

<sup>32</sup> D.T.Y. Liu, D.V.I. Fairweather. Manual de la sala de trabajo de parto. 1985. Pp. 11-12

Los riesgos incluyen lesión del conducto del parto y la cabeza fetal, compresión del cordón umbilical; muerte fetal, rotura uterina; lesión vesical y rectal, fractura del cóccix e infección <sup>33</sup>

---

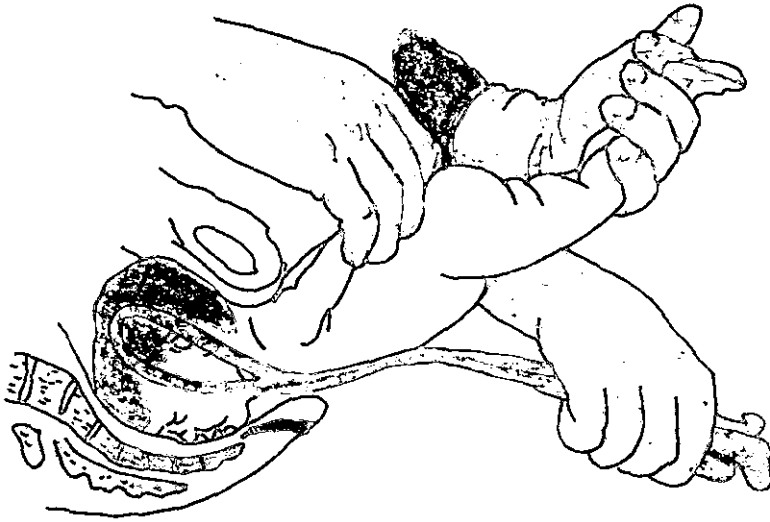
<sup>33</sup> Joy A. Ingalls M. Constance Salerno. Enfermería Materno infantil y pediatría. Pp. 167.

PRACTICA DE OBSTETRICIA



APLICACION OBLICUA DE FORCEPS

FORCEPS



FORCEPS DE PIPER APLICADO A LA CABEZA ULTIMA MIENTRAS UN AYUDANTE SOSTIENE EL TRONCO DEL NIÑO.



# NEONATOLOGIA

## CONCEPTO

Es el área donde se van a proporcionar los cuidados inmediatos al recién nacido

## EQUIPO Y MATERIAL

- Una mesa instrumental mediana o chica.
- Un equipo de reanimación.
- Calentador y aparato de aspiración.
- Oxígeno empotrado.
- Incubadora fija.
- Incubadora portátil.
- Cuna térmica.
- Un laringoscopio con hoja fina # 1.
- Dos hojas de Miller del # 0 y 1
- Sonda endotraqueal, con pinzas y conectores para recién nacido.
- Una placa para impresión de la planta del pie, tinta y cojincillo de caucho.
- Tres tubos para, muestra de sangre con tapa roja.
- Nitrato de plata, cinta métrica, pañales, sábanas.
- Equipo para exanguineo, transfusión.

## ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS

### ATENCIÓN INMEDIATA:

El período inmediato después del nacimiento es peligroso para el bebé, ya que deben tener lugar de muchos ajustes en su cuerpo para que se acostumbre a su nuevo medio ambiente.

La enfermera que atiende al recién nacido debe tener las manos recién lavadas y usar una sobrebata limpia. Debe proporcionarle calor (generalmente por medio de una incubadora, una cobija caliente, o un calentador radiante para bebés), observar su color y su respiración, y colocarle la identificación aprobada por el hospital.

Durante el mismo período de tiempo, casi siempre debe efectuar la profilaxis prescrita para prevenir la infección gonorreica de los ojos.

La Sociedad Nacional para la Prevención de la Ceguera y la Academia Americana de Pediatría están a favor de la instalación de nitrato de plata al 1 % en solución (AgNO<sub>3</sub>) en los ojos del recién nacido: especifican que los ojos no deben ser irrigados subsecuentemente con solución salina o agua destilada ya que dicha irrigación no reducirá la incidencia de conjuntivitis química y puede disminuir la eficacia del nitrato de plata.<sup>34</sup>

### EQUIPO NECESARIO

Para llevar a efectuar la atención del recién nacido en la sala de partos en condiciones óptimas es necesario contar, con los elementos.

#### ROPA

- Bata de cirujano
- Compresas estériles.

---

<sup>34</sup> Jasso Gutiérrez Luis. Neonatología Pediátrica. 1995. Pp. 17.

### Equipo y mobiliario para atención del parturiente

Esto se encuentra dentro de cada una de las salas del servicio de expulsión.

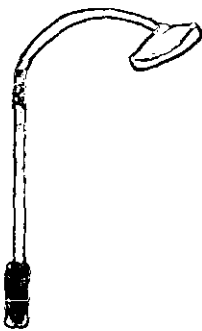
- Calentador y aparato de aspiración.
- Una mesa instrumental mediana o pequeña.
- Un equipo de reanimación con oxígeno.
- Guantes, jeringas de 2 cm con aguja # 24.
- Gasas, 2 goteros, tubo de caucho para aspirar.
- Apósito, torundas, pinzas de traslado.
- Soluciones parenterales.
- Medicamentos.
- Equipo metriset.
- Sonda Foley.
- Sonda Nelaton.
- Onfalotomo.
- Cintas umbilicales.
- Báscula.
- Cinta métrica.
- Membretes para registro del neonato.

### MEDICAMENTOS

- Solución fisiológica al 0.9
- Ampolletas de bicarbonato de sodio.
- Ampolletas de gluconato de calcio.
- Frasco de solución glucosada al 5 , 10 % y al 50 %.
- Ampolleta de nalorfina (Naline ) o naloxona (Narcan).

- Ampolleta de clorhidrato de doxapram (Dopram).
- Ampolleta de vitamina K.
- Ampolleta de heparina.
- Antibióticos diversos (penicilina, gentamicina, kanamicina, etc.9.
- Corticosteroides (Dexametasona =.
- Fenobarbital.
- Ampolleta de adrenalina 1: 1 000 (diluir en 9 ml de agua destilada para tener dilución al 1:10 000

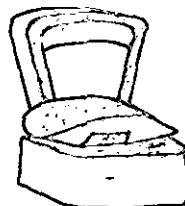
INSTALACION Y EQUIPO PARA ATENDER AL NIÑO HUERFANO



a) Lampara de pie



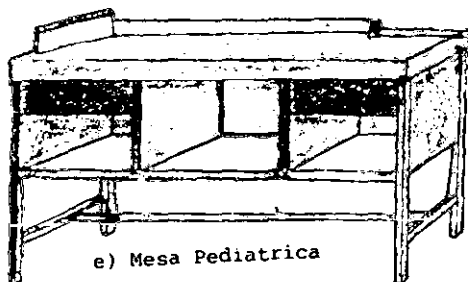
b) Estetoscopio



c) Bacula



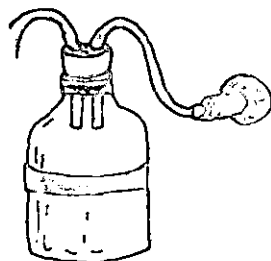
d) Mascarilla de Ambu



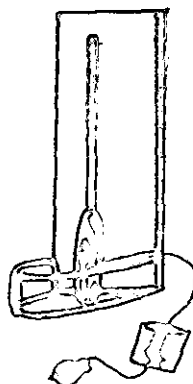
e) Mesa Pediatrica



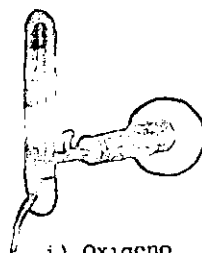
f) Reloj de Pared



g) Aspirador



h) Baumanometro



i) Oxigeno

## MANEJO DEL RECIÉN NACIDO

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia define como recién nacido vivo a la expulsión o extracción completa de la madre del producto de la concepción, que, después de la separación, respira o muestra evidencia de vida, como el latido cardíaco, la pulsación del cordón umbilical o los movimientos definidos de los músculos voluntarios, a pesar o no de que el cordón umbilical haya sido seccionado y la placenta retirada, cada producto con estas características es considerado nacido vivo.

*Durante el manejo del recién nacido se debe tener cuidado en:*

1. Momento del parto, mantenerlo por abajo del nivel placentario, a fin de que reciba mayor cantidad de sangre.
2. Bucofaríngeas. Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de secreciones.
3. Aspirar de inmediato: Primero la faringe y luego las fosas nasales, para evitar que se estimule el reflejo de aspiración.
4. Pinzar y seccionar el cordón umbilical .
5. Colocarlo en la mesa pediátrica en posición de Rosier (decúbito dorsal con cabeza en hiperextensión) para facilitar la aereación pulmonar.
6. Aplicar calor radiado para evitar pérdida de calorías
7. Hacer la valoración inicial de Apgar en el primer minuto
8. Secar la superficie corporal para evitar pérdida calórica por evaporación.
9. Administrar oxígeno, según lo requiera el caso:
  - a) Sin presión (mascarilla sola).
  - b) Con presión (bolsa de Ambú).

c) Con sonda endotraqueal.

10. Explorar la permeabilidad esofágica, aspirar y medir el contenido gástrico para evitar broncoaspiración.
11. Comprobar la permeabilidad anorrectal.
12. Valorar de acuerdo con el método de Apgar a los 5 minutos (criterio pronóstico).
13. Practicar exploración general (peso y talla) perímetro cefálico.
14. Ligar el cordón umbilical con doble ligadura a 5 cm de la pared abdominal.
15. Identificar al producto y tomar su huella plantar.
16. Aplicar los medicamentos necesarios para la profilaxis oftálmica.
17. Administrar vitamina K por vía intramuscular o gotas.
18. Mostrarlo a su madre si esta consciente, haciendo énfasis en el sexo del producto.

#### *Evaluación, asistencia médica y adaptación del neonato.*

La asistencia médica inmediata del neonato en la sala de partos incluye su evaluación y el sistema de puntuación de Apgar es una forma rápida de evaluar la adaptación del producto, y suele practicarse una vez transcurrido uno, cinco y, a veces, tres y diez minutos después del nacimiento.

Las puntuaciones de Apgar guardan relación estrecha con el pH de la sangre arterial, el pronóstico del lactante y el estado neurológico correspondiente al año de edad.

Los factores que desencadenan la respiración incluyen frío, iluminación, ruidos, fuerza de gravedad, dolor, hipercapnia, acidosis respiratoria e hipoxia. El contenido de las vías respiratorias que incluyen líquido amniótico, sangre y otros desechos, se extrae por aspiración moderada con una perita de caucho. El golpear la espalda y ejercer presión sobre la tráquea también son útiles para extraer moco y otros desechos de las vías respiratorias, aunado a una posición en que la cabeza se encuentre en un nivel más bajo que los pies, para facilitar el drenaje del líquido amniótico. Por lo general se puede palpar el latido cardíaco sobre el esternón, para la evaluación rápida, y la observación del tono muscular, los reflejos y la coloración de la piel.

El pinzamiento del cordón umbilical se efectúa en dos puntos, sea con pinzas metálicas o plásticas para cordón umbilical con una o dos pinzas hemostáticas, y después se lo corta. En el segundo de tales casos, se secciona el cordón entre las dos pinzas hemostáticas y después se aplica la otra pinza.

Se inspeccionarán el aspecto, el color y el número de vasos del cordón umbilical en el momento del pinzamiento y el corte, y después de los mismos, para colocar al producto sobre el abdomen materno o en una cuna caliente, y así secarlo, cubrirlo y evaluar en forma adicional.

Por otra parte, las vías respiratorias del producto suelen contener una sustancia mucosa y expulsar desechos acuosos durante el primero e incluso el segundo días de vida extrauterina, por lo que es frecuente que se posponga la alimentación con leche comercial durante 12 a 24 horas, a efecto de permitir la expulsión del moco.



Los lactantes alimentados al seno reciben calostro durante los primeros dos o tres días, lo que al parecer será un mecanismo natural para el aclaramiento de las vías respiratorias antes de la ingestión de leche.<sup>35</sup>

Para la conservación de la temperatura corporal, estabilizar la temperatura ambiental para así llevar al mínimo la pérdida de energía térmica.

La forma más eficaz de lograrlo será secar el producto y colocarlo en una cuna calentada, aunque secarlo, cubrirlo y después ponerlo en brazos de sus padres es igualmente suficiente y permite fortalecer los vínculos emocionales.

La auscultación del tórax en busca de los ruidos cardíacos y la verificación de la areación normal de ambos pulmones; la observación de todo el cuerpecito en búsqueda de signos de traumatismo o de anomalías; la observación y estimulación de los reflejos, la palpación del abdomen o agrandamiento de los órganos, y el examen de los genitales externos para comprobar el sexo y descartar la existencia de anomalías, son un conjunto de medidas que forman parte de una evaluación rápida, ya que la enfermera experimentada la puede llevar a cabo en menos de un minuto.

Se comparará que no existan luxación de las cadera o fractura de las clavículas; que estén abiertas las fontanelas y suturas; que la espalda y los pies no presenten anomalías, y que los dedos de las manos y el paladar sean normales.

Se administrará al producto vitamina K como tratamiento contra trastornos hemorrágicos.

La medición de las circunferencias de cabeza y tórax, del peso y la estatura son opcionales, ya que a veces se las practica en forma ulterior.

---

<sup>35</sup> Bleier J. Inge. Enfermería materno infantil 1985. Pp. 264-268.

Los procedimientos de identificación del producto incluyen la impresión de las huellas de manos y pies del neonato y de las huellas digitales maternas; el uso de cintas, brazafetes o rótulos, y la elaboración de registros escritos de los signos vitales.

La sala de expulsión estará equipada para aspiración, administración de oxígeno y asistencia y reanimación ("resucitación") activa en caso de depresión neonatal.

Se dispondrá de personal experimentado y el equipo necesario cuando se considere que el embarazo es de riesgo o el sufrimiento fetal resulte evidente durante el parto.

### SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE APGAR

SIGNO	PUNTUACIÓN 0	PUNTUACIÓN 1	PUNTUACIÓN 2
Ritmo cardíaco	Ausente	Lento (menor a 100)	Mayor de 100
Actividad respiratoria	Nula	Lenta e irregular	Adecuado
Tono muscular	Flácido	Flexión leve de las extremidades	Movimientos notables, flexión adecuada, llanto vigoroso
Respuesta refleja	Ausente	Llanto, movimiento leve	Llanto vigoroso
Coloración de la piel	Azul pálido	Rosado, pero azulosa en manos y pies	Totalmente rosada.

## EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO.

El pediatra, debe proceder a realizar una exploración física general del recién nacido para conocer el estado de salud y descartar la existencia de alguna anomalía congénita.

### *GRADO DE MADUREZ DE ACUERDO CON LAS SEMANAS DE GESTACIÓN.*

	27 Semanas	30 Semanas	35 Semanas	Término
Pliegue del talón	Ninguno	Mínimo uno o dos pliegues	Tercio anterior	
Escroto	Testículos sin descender	Testículos altos Escroto poco rugoso	Testículos arriba del rafé Escroto más rugoso	Testículos colgando debajo del rafé Escroto completamente rugoso.
Labios vulvares	Labios mayores no desarrollados	Labios menores prominentes	Ambos labios prominentes	Labios mayores cubren a los menores
Cartilago de la oreja	Pabellón suave y plegado	Aún plegado	Regresa de su posición de plegado	Erecto, con bordes bien definidos
Tejido mamario	Ausente	Ausente	Mayor de 4 mm	Mayor de 5mm
Piel	Translúcida y edematosa	Roja	Rosada	Blanca rosada
Ojos	Cerrados	Cerrados	Abriéndose	Ojos abiertos que se fijan. <sup>36</sup>

<sup>36</sup> Bookmiller M. Mac. *Enfermería obstétrica*. 1994. Pp. 205.

**LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO DEBE SEGUIR LA  
GUÍA SIGUIENTE:**

- Sexo
- Coloración de tegumentos
- Postura
- Tipo de llanto
- Peso
- Longitud coronilla- talón
- Circunferencia cefálica
- Circunferencia braquial
- Reflejo de Moro

**CABEZA**

- Tamaño de fontanelas
- Tensión de fontanelas
- Separación de suturas

**OJOS**

- Reflejo muscular
- Buscar cataratas o fibroplasia lenticular.
- Posición de pabellón auricular.

**BOCA**

- Color de mucosas
- Labio o paladar
- Fistula traqueoesofágica

## EXTREMIDADES

- Percibir pulso femoral
- Contar número de dedos de manos y pies
- Descartar anomalías congénitas en cadera.
- Descartar parálisis de Erb.
- Buscar el reflejo prensil.

## GENITALES

- Descartar hipospadias y testículos no descendidos al escroto.
- Verificar permeabilidad rectal y certificar si elimina meconio
- Certificar si hay función renal y eliminación de orina.

## TORAX

- Expansión pulmonar
- Grado de ventilación
- Auscultación de campos pulmonares
- Frecuencia de latidos cardiacos
- Sonidos cardiacos; buscar soplos.

## ABDOMEN

- \* Delimitar borde hepático
- \* Delimitar borde esplénico
- \* Determinar tamaño de riñones
- \* Descartar presencia de masas tumorales
- \* Identificar el número de vasos del cordón
- \* Descartar hernia umbilical
- \* Buscar anomalías en la espina o anomalías en el hueco pilonidal
- \* Descartar presencia de nevos o hemangiomas

## LIGADURA DEL CORDÓN

El cordón se toma con pinzas antes de que cesen las pulsaciones para evitar transfusiones de la placenta y en consecuencia hiperviscosidad en el recién nacido.

El cordón se corta entre las dos pinzas Kelly a algunos centímetros del ombligo; a continuación se aplica la pinza umbilical.

Hay varios tipos de pinzas umbilicales, como Kane, Hollister y Hesseltine, que son muy empleadas en las diversas instituciones. Con ellas se reduce al mínimo la posibilidad de hemorragias.

La enfermera de la sala de expulsión valora y registra el número de vasos presentes en el cordón.<sup>37</sup>

### PARA EL MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL

- 2 Pinzas de Rochester.
- 1 cinta de algodón.
- 1 Onfalotomo o tijera.

#### Para la atención inmediata del recién nacido.

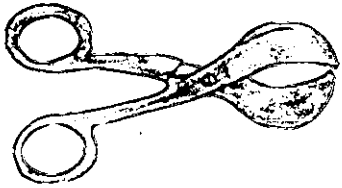
- Perilla de hule.

---

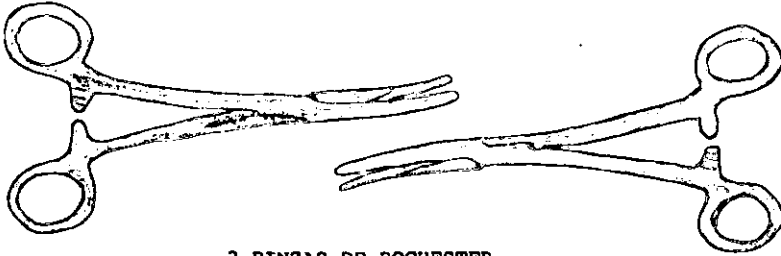
<sup>37</sup> Koniak Reeder Martin, Enfermería materno infantil 1995. Pp. 507.

INSTRUMENTO NECESARIO PARA MANEJO DEL  
CORDON UMBILICAL

1 Onfalotomo

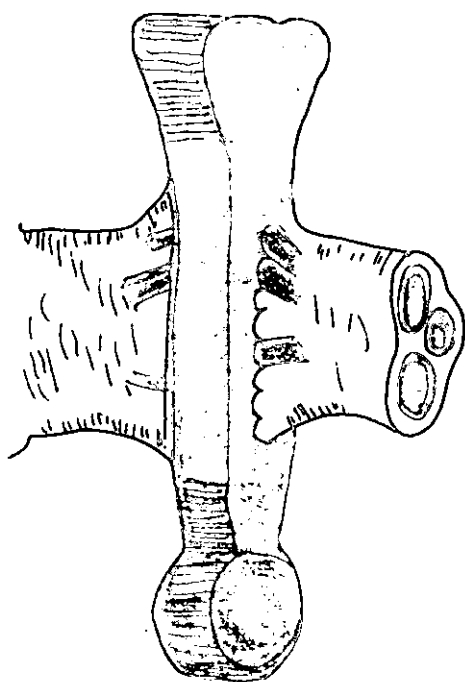


1 Cinta de algodón

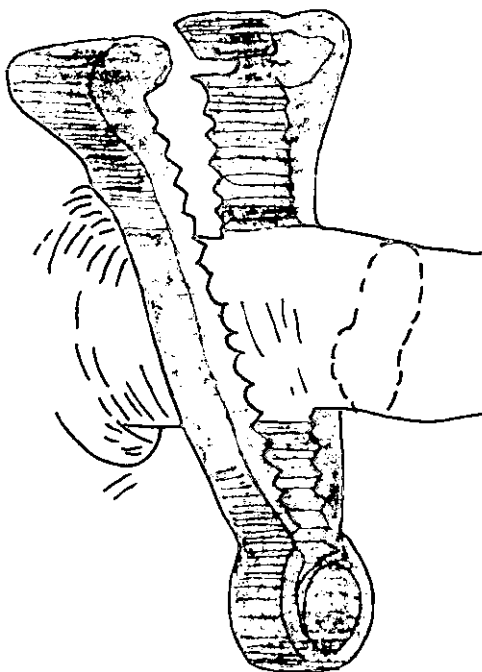


2 PINZAS DE ROCHESTER

PINZA DE DOBLE DENTADURA PARA EL CORDONUMBILICAL



a) PINZA CERRADA



b) PINZAABIERTA

MANERA DE APLICAR LA PINZA AL CORDONUMBILICAL



## MANTENIMIENTO DEL CALOR

La termorregulación se pasa fácilmente por alto en el ambiente atareado de un paritorio. Si no se mantiene la temperatura central del lactante, la transición a la vida extrauterina puede ponerse en peligro.

Cuatro mecanismos causan pérdida de calor.

*El primero es la evaporación del líquido amniótico y de las secreciones.*

El secado con toalla o sábanas calientes no sólo eliminan esos líquidos, sino que también proporcionan estimulación táctil, lo cual estimula una respiración continuada.

La pérdida de calor *por conducción a* superficies más frías se controla colocando al lactante sobre el abdomen de la madre o en una cama precalentada y cubriendo al bebé con sábanas precalentadas.

La pérdida de calor *por radiación* hacia las masas de aire más frío se controla colocando al lactante bajo una fuente de calor radiante o sobre el abdomen de la madre. La mayor parte del calor corporal se pierde por radiación de la cabeza.

La pérdida de calor *por convección* es difícil de controlar porque requiere una restricción del aire acondicionado y de otras fuentes de corriente de aire. La mejor manera de controlar la pérdida convectiva es limitar el número de personas que asisten al alumbramiento y mantener la temperatura ambiente tan caliente como se pueda.

## ACCIONES DE ENFERMERIA PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE CALOR

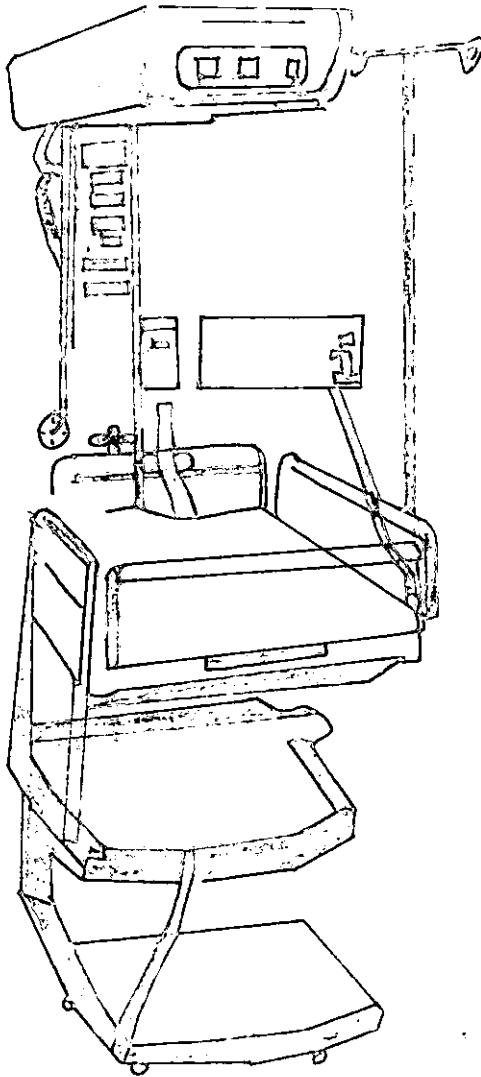
La pérdida que se produce es mínima cuando se seca al lactante en seguida, se pinza el cordón y se pone al lactante en la incubadora calentada.

El uso de un calentador en alto es un estándar de asistencia en el paritorio y en el cuarto de alumbramiento.

Sugerencias para la asistencia de enfermería con el fin de evitar la pérdida de calor después del nacimiento incluyen lo que sigue:

- 1.- Los paritorios deben estar más calientes de lo que lo están habitualmente. Las puertas deben estar cerradas y debe limitarse el personal para reducir la convección.
- 2.- Los focos del calentador radiante deben colocarse encima del bebé y la madre mientras tiene lugar el período inicial de vinculación afectiva; sin embargo, la madre llegará a tener demasiado calor.
- 3.- Hay que secar bien al lactante con grandes toallas de papel suave calentado y después envolverlo como un capullo en una o dos sábanas de bebé y colocarlo al lado de la madre o sobre su abdomen.
- 4.- La cabeza debe estar descubierta o se le pone un gorro aislante si el lactante está bajo el calentador. Si no se usa el calentador radiante, una gorra aislante o una vuelta de sábana cubriendo el cuero cabelludo reducirá la pérdida por evaporación y convección.
- 5.- Debe administrarse oxígeno mediante un tubo (no con máscara) manteniendo cerca de la nariz del bebé solamente el tiempo necesario. El oxígeno está frío y estimulará

## CALENTADOR RADIANTE



El calentador radiante proporciona un medio térmico para el recién nacido y permite tener acceso a él y visualizarlo a la perfección.

## INCUBADORA

Siempre que sea posible deben utilizarse incubadoras para niños de menos de 1 360 g. Los que tienen dificultad en mantener su temperatura normal y los que sufren cianosis.

### CONCEPTO

Es aquella en la cual temperatura y humedad pueden conservarse en valores adecuados y que tiene lo necesario para administrar oxígeno.

El techo será transparente para poder observar constantemente a la criatura. Debe construirse de manera que los cuidados de la enfermera puedan administrarse sin gran dificultad.

La incubadora deberá prepararse previamente para recibir al niño. El termostato se colocará en 32° C. El recipiente para agua se llenará con el fin de proporcionar humedad.

Luego la incubadora se adaptará para mantener la temperatura del niño pequeño constante entre 36° y 37° C.

Probablemente cierto grado de manipulación resulta beneficioso para el prematuro, al igual que para el niño a término. En el útero el niño sufre impulsos y golpes ligeros por virtud de los movimientos de la madre.

La manipulación será cuidadosa y de breve duración, para no cansar a la criatura.

Gessell recomienda que el colchón sea de material elástico y esté suspendido de muelles sensibles que permitan los movimientos. Así se facilita repetir los que haría en el útero.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Bookmiller M. Mae. Enfermería Obstétrica. P. 494.

## CALOR RADIANTE

Calentador radiante, dispositivo con el que debe contar toda sala de partos.

Este equipo consta de una fuente de calor radiante servocontrolada (mecanismo termostático fijo al abdomen del lactante que activa el calentador radiante o lo apaga con objeto de conservar un nivel de termoneutralidad), y un lecho abierto para permitir el fácil acceso al neonato. Es esencial que la enfermera lo conserve tibio. Se seca al lactante con rapidez para prevenir la pérdida de calor por evaporación, y se le coloca bajo el calentador radiante.<sup>40</sup>

Calentador radiante consiste en un dispositivo colocado por arriba del cuerpo del niño, el cual irradia calor y se regula con un servocontrol; la cantidad de calor generada por tal dispositivo puede regularse de acuerdo a la temperatura del paciente registrada con termómetro cutáneo.

La ventaja de estos aparatos sobre la incubadora radica en la accesibilidad al paciente, lo cual permite que maniobras como intubación, instalación de catéter, sondas, venoclisis y punciones lumbares, entre otros, se lleva a cabo sin alterar de manera importante la temperatura del paciente.

Los problemas con el calentador radiante incluyen las pérdidas de calor por convección (por estar los niños expuestos a corrientes de aire) y aumento de las pérdidas insensibles de agua cuando se usa por periodos prolongados. Son ideales en lugares donde pueden haber situaciones de urgencia como las salas de expulsión o las unidades de cuidado intensivo.

El método de regulación de la temperatura por servocontrol se fundamenta en el uso de la temperatura corporal para regular la del ambiente; pueden tenerlo las incubadoras o los calentadores radiantes.

Funcionan con un resistor térmico adherible a la piel del niño y de acuerdo a una temperatura designada para éste "orden" la cantidad de calor que debe producir el aparato al cual está conectado para mantener esa temperatura.

---

<sup>40</sup> Olds B. Sally London Macia. Manual de enfermería materno infantil. P. 895.

Las desventajas principales del servocontrol es que la temperatura del niño ya no será útil para identificar hipotermia o hipertermia en él, otro peligro es que si el resistor térmico no está bien adherido a la piel marcará temperatura menor y puede ocasionar sobrecalentamiento.

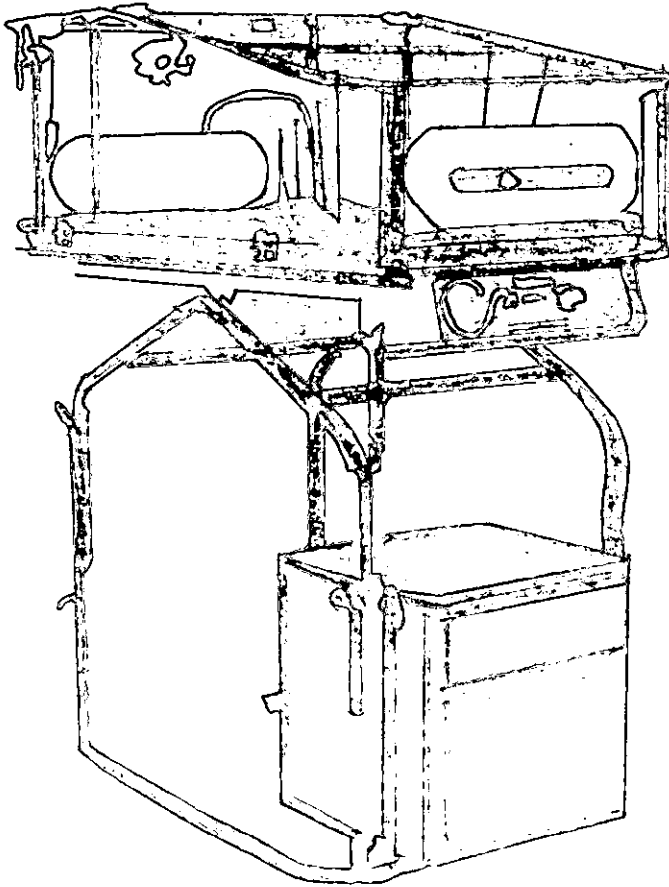
Este método requiere de manejo adecuado por parte de las enfermeras quienes deben vigilar continuamente al niño y la temperatura ambiente.

Aunque la hipotermia es el principal problema en el neonato, también el aumento excesivo de la temperatura ambiente incrementa su metabolismo y, en consecuencia, sus requerimientos calóricos y de oxígeno, si ni se reconoce y trata, la hipotermia puede ocasionar la muerte.

Las principales causas de sobrecalentamiento son: uso de fototerapia, aumento de la temperatura ambiente, exposición de la incubadora a la luz solar y mal funcionamiento de los servocontroles.

Para medir la temperatura de un neonato es preferible tomarla en la axila o en la piel en vez del recto, ya que la temperatura de la piel refleja más rápidamente el estrés por frío y se evitará el riesgo de perforación rectal en los niños muy pequeños.

Сунг казеніаде



## OPERACIÓN CESÁREA

### DEFINICIÓN.

Se denomina operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al producto de la concepción a través de una incisión de las paredes del abdomen y uterinas.

La palabra *cesárea* se deriva de la palabra *caedere*, que significa "cortar".

La operación cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos que conoce el hombre moderno.

La extracción del producto se llevará a cabo por cesárea cuando no sea posible el parto vaginal.

### *Indicaciones para la operación cesárea.*

Se efectúa operación en los casos de presentación de nalgas, sufrimiento fetal, trabajo de parto disfuncional e insuficiencia uteroplacentaria por alteraciones patológicas de la madre.

Otras indicaciones de este de este procedimiento son: prolapso de cordón, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prolongada de membranas, herpes genital, premadurez, sufrimiento fetal y, ocasionalmente, tumores que rodean la vagina.

Los resultados de la intervención cesárea dependen de varios factores: destreza, experiencia y criterio del cirujano; tipo de la operación; tiempo en que se ejecuta, y razón primaria para emprenderla.

Entre las complicaciones graves se cuentan hemorragia, choque e infección. Después de la operación, las pacientes suelen estar tranquilas, orinan espontáneamente, presentan escasa distensión abdominal, pero pueden sufrir algo de fiebre, como ocurre en toda laparotomía.

Los loquios no difieren de los observadores en el nacimiento por la vía natural.



La paciente puede amamantar al niño después de 24 horas y se le permitirá levantarse tan pronto como lo desee si el puerperio es normal.

La asistencia posoperatoria en la cesárea es igual que para cualquier paciente operada. Por lo regular, se deja una sonda de Foley en la vejiga durante 24 a 48 horas, y se anotan en este periodo el ingreso y la excreción de líquidos.

Se administran líquidos por inyección intravenosa durante 48 horas, según se necesite, y no se administra cosa alguna por vía bucal mientras no se restablezca el peristaltismo.

La dieta debe limitarse al igual que en cualquier paciente que ha sufrido operación abdominal.

Los cuidados del perineo son semejantes a los utilizados en otras puérperas.

## ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

En la operación cesárea, los deberes de la enfermera son idénticas a los que tiene durante una laparotomía y después de ella. Si se planea efectuar raquianestesia, se afeitará la espalda de la paciente, además de la preparación, y según lo ha indicado el médico, se efectúa sondeo.

Algunos parteros prefieren dejar puesto el catéter durante toda la operación, con lo que se mantiene la vejiga vacía y fuera del campo operatorio.

Deberán tenerse dispuestos los fórceps obstétricos, que suelen emplearse para sacar la cabeza del útero, y los elementos para reanimar al niño.

Frecuentemente se efectúa la cesárea con anestesia por infiltración local; en consecuencia la enfermera debe limitar lo más posible los ruidos y conversaciones en el quirófano. Como es lógico suponer, la paciente en quien se va a efectuar operación cesárea, experimentará algo de ansiedad

La ansiedad puede referirse a la seguridad del niño o a la suya propia. La enfermera debe permitir que la paciente exponga e investigue sus sentimientos. Sólo podrá tranquilizarse a la mujer cuando se sabe en qué aspecto particular necesita hacerse.

Durante las cuatro primeras horas, el pulso debe estimarse y anotarse cada 30 minutos. Es necesario observar vulva y perineo con frecuencia para descubrir una posible hemorragia.

Algunos tocólogos aconsejan colocar en una cuna calentada durante 24 horas a todos los niños extraídos por operación cesárea, sea cual sea su peso al nacer.

Puede comenzar a dar el pecho después de 24 horas, pero el niño debe enseñarse a la madre tan pronto como lo desee.

Los sedantes se administran según ordene el médico, los apósitos abdominales se observarán varias veces al día para advertir si están manchados, en tanto se informará al médico de inmediato.

Deberá tenerse una hoja clínica para anotar los mismos datos que en el periodo posparto normal<sup>41</sup>.

### *Asistencia después de cesárea*

La madre que ha tenido operación cesárea es paciente posoperatoria así como paciente posparto. Está sujeta a cualquiera de las complicaciones de cirugía mayor abdominal : hemorragia, infección o flebitis.

### *Los aspectos importantes de asistencia a la paciente son los siguientes:*

- 1.- Animarla y ayudarla a disfrutar de su niño
- 2.- Revisar temperatura pulso, respiración y presión arterial.

<sup>41</sup> Bookmiller M. Mae. Enfermería Obstétrica. 1994. Pp. 422-423.

- 3.- Animarla para que camine y cuide de sí misma precozmente.
- 4.- Ayudar a ingerir suficientes líquidos y a volver a llevar una dieta normal.
- 5.- Revisarla respecto a distensión abdominal.
- 6.- Comprobar si puede evacuar.
- 7.- Examinar su flujo de loquios y notar cantidad, color y olor de los mismos.

El fondo uterino no puede palparse debido a la incisión abdominal de la paciente, de modo que la involución uterina se determina observando el flujo de los loquios.

Si se presentan de pronto loquios espesos de color rojo brillante, la enfermera revisa la presión arterial de la paciente, porque puede haber defecto en la incisión o útero relajado y producirse una hemorragia.

Si el olor de los loquios cambia, se revisa la temperatura de la paciente, porque puede haber una elevación correspondiente de la temperatura que indique infección.

La paciente debilitada necesita especial consideración. Por ejemplo, la madre que ha tenido una hemorragia antes de su operación cesárea puede necesitar uno o dos días adicionales en cama para recobrar sus fuerzas. Puede continuar necesitando periodos de descanso adicionales durante el día por varias semanas.

De igual modo, su apetito necesita ser estimulado y varias comidas pequeñas frecuentes pueden ser mejores para ella que grandes comidas a los intervalos corrientes.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Bleier J. Inge, Enfermería Materno Infantil. P. 158.

## TECNICAS DE ANTISEPSIA

- Colocar al paciente en la posición en que se ha de operar, y corroborar la región, se ponen compresas de tela limitando el área.
- El circulante se coloca guantes estériles por la técnica abierta.
- Se mojan las gasas en el jabón seleccionado y se frota la piel, comenzando por el sitio en el que se hará la incisión. Se describen círculos cada vez más amplios a modo de alejarse hacia la periferia.
- Se desechan las gasas una vez que se ha llegado a la periferia.
- Se repite la maniobra durante 5 ó 10 minutos de lavado.
- Se elimina con agua o solución salina estéril el exceso de jabón, algunos cirujanos prefieren dejar secar el yodoformo y no hacen más preparación de la piel. Se retiran las compresas húmedas.
- Se aplica enseguida el antiséptico con una gasa totalmente húmeda en él. El principio fundamental es hacerlo de la porción central hacia la periferia y desechar. Sin regresar la gasa a la parte en donde se hará la incisión. La cuenta bacteriana en la piel descenderá alcanzando su mínimo en 5 minutos.

### EQUIPO

- 1 Charola de Mayo
- Vaso de acero inoxidable
- Pinza de anillos
- 10 Gasas
- 2 Apósito
- 1 Par de guantes estériles.

## TECNICA

- 1.- Preparar el equipo y colocarlo sobre la mesa Pasteur.
- 2.- Abrir la primera envoltura, la segunda lo realizará con la pinza BARD PARKER.
- 3.- Se vierte el Isodine solución en el vaso de acero.
- 4.- Se descubre la zona quirúrgica ampliamente y colocar los campos a los lados de este.
- 5.- Calzarse una mano con guante y con la otra tomar el frasco de Isodine Espuma.
- 6.- Con la mano enguantada tomar una gasa con la otra mano el Isodine Espuma en cantidad suficiente. Sobre la gasa y con movimientos circulares lavar con firmeza el área tomando en cuenta límites y normas de asepsia.
- 7.- Repetir este paso por tres veces.
- 8.- Con los apósitos se retira el exedente de Isodine.
- 9.- Se retiran las compresas de los lados.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Archundia G. Abel, Educación Quirúrgica. 1995. P. 423.

## SERVICIO DE RECUPERACIÓN

### CONCEPTO

Proporcionar los cuidados mediatos a la paciente, que por cualquier motivo estuvieron en el servicio de expulsión o quirófano.

### MATERIAL Y EQUIPO DE RECUPERACIÓN

- Camilla con barandales.
- Tomas de oxígeno empotrados.
- Aspiradores empotrados.
- Baumanómetros empotrados o bimanuales.
- Lámpara de pie.
- Tripies, bancos de altura, sillas giratorias.
- Escritorio, Máquina de escribir, carro portaexpedientes.
- Equipo rojo, Medicamentos, equipo para aseo genital.
- Material de consumo.
- Equipo de termometría.
- Pinza de traslado.

### ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN

- Verificar el estado despierto de la paciente
- Verificar datos de identificación.
- Verificar signos vitales cada 15 minutos.
- Verificar sangrado de la herida quirúrgica y transvaginal.
- Ministración de medicamentos.
- Verificar permeabilidad de la vena canalizada.

## PUERPERIO

La palabra puerperio (del Latín puer = niño; parere = dar a luz), denota el periodo después del parto.

En ocasiones se llama periodo posparto o puerperal.

### DEFINICIÓN:

Es el tiempo que sigue al tercer periodo del parto. Está caracterizado por la evolución de los órganos reproductores a su estado de pre-embarazo.

Comienza al terminar la tercera etapa del parto y acaba cuando los órganos de la reproducción se han normalizado o casi están normales

Prácticamente se suele fijar en cuarenta días a partir del parto la duración del puerperio normal.

### CLASIFICACIÓN

El puerperio comprende tres periodos clínicos.

*\*PUERPERIO INMEDIATO:* abarca las primeras 24 horas después de haber concluido el parto.

*\*PUERPERIO MEDIATO:* Se extiende desde el primer periodo anterior hasta siete días después del parto.

*\*PUERPERIO TARDIO:* comprende este último límite hasta los 40 días; esto es, hasta que concluye el puerperio.

En los primeros ocho días del PURPERIO INMEDIATO la mujer se mantendrá en reposo en cama a pesar de que el parto haya sido normal; con esto se evitan las hemorragias peligrosas que siempre son posibles hasta que la úlcera placentaria (situada en zona de la mucosa uterina en la que estaba adherida la placenta) no se ha cerrado completamente.

Se caracteriza por el proceso de involución de los órganos genitales y el inicio de la lactancia. Destaca la presencia de loquios, los cuales son hemáticos las primeras 24 horas, los siguientes cuatro días son serohemáticos y finalmente son de tipo seroso en la segunda semana.

El puerperio mediato se caracteriza por el escurrimiento hématico, que recibe el nombre de loquios rojos, que está constituido por sangre y restos de tejido decidual. A los dos días, estos loquios rojos cambian a loquios serosos la cantidad de sangre es mínima, y a las dos semanas se transforma en loquios blancos, que son de color blanco o amarillentos, caracterizados por el gran predominio de células deciduales degenerativas.

El intestino inicia la evacuación de materia fecal, generalmente de 24 a 36 horas. Si ésta no se presenta, hay que dar laxante ligero.

La micción debe establecerse a las seis horas, es frecuente que la paciente se abstenga y que orinar por temor al dolor, pero hay que indicarle que éste no se va a presentar y que debe de hacerlo sin temor alguno. No sondear a la paciente para evitar infección de las vías urinarias bajas. Se debe de recomendar a la paciente una deambulación temprana, a las seis horas y baño en regadera desde las 24 horas. Alimentación completa.

A los veinte días la púerpera puede iniciar gradualmente sus ocupaciones normales. Durante los días del puerperio debe abstenerse de cópulas carnales al objeto de evitar el peligro de infecciones púerperales (además de posibles hemorragias uterinas durante los primeros ocho días después del parto.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Burroughs Med RN. Arlen, Enfermería Materno infantil. Pp. 260-262.



## SIGNOS DEL PUERPERIO IMPORTANTE A REVISAR

Después de las observaciones inmediatamente después del parto, es importante revisar los siguientes signos antes de llevar a la mujer a la unidad de puerperas, desde el área de recuperación.

### SIGNOS VITALES.

- Estado del fondo del útero.
- Volumen de sangre perdida.
- Número de apósitos con sangre.
- Cuidado y estado de vejiga y recto.
- Inspección de vulva y periné en busca de hematomas
- Volumen y tipo de líquidos y medicamentos administrados por la vena.

### OBSERVACIONES DESPUÉS DEL PARTO

En las primeras horas después del parto la asistencia de la enfermera se orienta a evaluar el estado físico de la mujer, porque en dicho lapso es máxima el riesgo de complicaciones.

El mayor peligro es la hemorragia, y la enfermera debe evaluar con gran cuidado el estado del útero

## ASISTENCIAS PUERPERIALES INMEDIATAS

La primera hora del puerperio es la más importante, porque la mayor parte de las complicaciones surgen durante ella, que representa la cuarta etapa del parto.

Los fenómenos importantes de esta primera hora incluyen el inicio de la estabilización de la presión arterial, de la contracción sostenida del útero, y de la diuresis.

La intervención de la enfermera obstétrica se basará en la evaluación continua y adecuada de los fenómenos que tienen lugar en el organismo materno en los inicios del puerperio, la observación de los signos vitales y de la hemorragia, y los ajustes emocionales necesarios para pasar del embarazo a la maternidad, de la intimidad a la creatividad.

Su organismo ha sufrido tensiones y cambios agotadores, y es frecuente que se sienta abrumada por estímulos e intervenciones de todos tipos.

La sensibilidad a sus sentimientos forma parte de la atención y la evaluación de su bienestar físico, que son necesarias para prevenir las complicaciones o tratarlas en tiempo oportuno.<sup>45</sup>

## CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE EL PUERPERIO

El periodo que sigue al nacimiento, llamado *puerperio*, es el tiempo en el cual la mujer se enfrenta a muchos cambios tanto fisiológicos como, psicológicos.

La reparación de las lesiones del conducto de parto, involución del útero y retorno de los aparatos y sistemas del organismo al estado previo al embarazo.

---

<sup>45</sup> Hawkins Watson Joellen, Higgins Pierferderci Loretta, Enfermería Ginecológica y Obstetricia Pp. 377-378.

La vigilancia e intervención de enfermería y los cuidados personales de la paciente.

Las principales responsabilidades de quien proporciona asistencia en el puerperio consiste en mejorar el establecimiento de la unidad familiar, asistir y apoyar a la mujer para que recupere su estado previo al embarazo, vigilar e identificar desviaciones de lo normal, instruir a la madre y a la familia acerca del cuidado del niño después del alta e instruir a la madre sobre los cuidados de sí misma.

Se debe prestar atención especial al descenso, nutrición, hidratación, eliminación, ejercicio, actividades graduales, promoción de comodidad, reparación de tejidos y pronta identificación de signos de complicación.

La enfermera debe comprender la necesidad de utilizar buenas técnicas asépticas durante los procedimientos, debido a que la cavidad uterina es altamente accesible a los microorganismos provenientes del exterior.

## VIGILANCIA FISIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermera debe obtener tanta información como sea posible sobre la cual basar su actuación durante el puerperio.

Se debe valorar a la mujer inmediatamente para establecer datos físicos, incluyendo observación de útero, loquios, signo vitales, perineo, mamas y pezones, hidratación, vejiga urinaria, molestias, estado psicológico y condición general.

Se debe obtener cierta información del responsable de la sala de recuperación cuando la mujer es trasladada a la unidad de púerperas.

Esta información incluye tipo y hora del nacimiento, analgésicos y anestésicos recibidos, cantidad de sangre perdida, intervalo entre la rotura de las membranas y el nacimiento, situación de la episiotomía o desgarros y cualesquiera complicaciones del parto.

Además el informe debe incluir el estado del neonato con el índice de Apgar y apariencia general.

Tan pronto como sea posible debe repasarse el expediente de la mujer para obtener datos pertinentes, incluyendo el curso prenatal, resultados de las pruebas de laboratorio y cualquier información psicológica significativa.

La enfermera usará esta información para planear la atención que dará a la mujer; podrá determinar que medidas son apropiadas y cuáles tiene prioridad.

Es importante que la enfermera establezca diariamente una valoración física y psicológica de la mujer; durante ésta, se evaluarán las medidas para proporcionar comodidad y descanso, ingestión de líquidos y alimentos, gasto urinario, condición de los senos, molestias, signos vitales, estado psicológico y reacciones hacia el recién nacido.

## ATENCION DE ENFERMERIA DURANTE EL PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL PUERPERIO

Posibles problemas y Diagnóstico de enfermería

Intervención de enfermería

1. Dolor por las contracciones uterinas	Explicar a la madre que la contracción y relajación del útero causan calambres conocidos como entuetos.
2. Desconocimiento de los cambios físicos	-Enseñar a la mujer que la sudoración

<p>que suceden durante el puerperio.</p>	<p>abundante durante el puerperio contribuye a eliminar el exceso de agua acumulada durante la gestación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Enseñar a la madre que los cambios mamarios sirven de preparación para al lactancia.</li> <li>-Proporcionarle información acerca de los cambios normales de los senos como ingurgitación, distensión, endurecimiento y dolor.</li> </ul>
<p>3. Falta de conocimiento en torno a la secreción y expulsión de leche materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicarle a la mujer (madre) la importancia de los factores y situaciones emocionales que inhiben la producción de leche materna si es que optó por amamantar a su hijo.</li> </ul>
<p>4. Trastornos de la irrigación de los tejidos por hemorragia durante el parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar los signos vitales de la madre. Reconocer que es normal una frecuencia del pulso lento de entre 50 a 70 latidos por minuto debido en parte a la pérdida de sangre durante el parto.</li> <li>- Valorar y registrar el color de la piel y la presión sanguínea por lo menos cada ocho horas (después de la primera hora de observación).</li> <li>- Enseñar a la mujer que los ejercicios sirven para aumentar el tono y la resistencia muscular durante el puerperio. También, los ejercicios del puerperio mejoran la circulación y</li> </ul>

<p>5. Ignorancia respecto a la recuperación del tono y la resistencia muscular.</p> <p>6. Angustia debido a procesos de adaptación psicológica.</p>	<p>retorno venoso.</p> <p>Explicarle que la mejoría de la irrigación sanguínea local favorece la cicatrización.</p> <p>Informarle acerca de los cambios emocionales que suelen ocurrir durante el puerperio, como el sentimiento de dependencia y de inseguridad respecto al papel como madre.</p>
---	--

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Instruirla acerca de los cambios anímicos y el sentimiento transitorio de depresión, la posibilidad de que llore por situaciones sin importancia y que todo ello es normal.

## RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- La madre entiende la causa de los entuertos uterinos del puerperio.
- 2.- La madre manifiesta alivio por saber que la sudoración excesiva es normal. Aprende que debe pedir otra bata o sábana seca cuando sienta humedad o mojadadas las que tiene en ese momento.
3. La madre entiende por qué se le debe tomar en forma periódica el pulso y la presión sanguínea.

- 4.- La mujer expresa la importancia de efectuar ejercicios durante el puerperio y muestra cómo es capaz de efectuar el reclinamiento pélvico.
- 5.- La madre refiere alivio al saber que las variaciones en el estado de ánimo y tendencia al llanto son normales.

## ATENCIÓN DE ENFERMERIA DE LA PUERPERA Y SU FAMILIA

### Posibles problemas

### Intervención de Enfermería

<p>1.- Falta de cuidado personal respecto a higiene y el baño.</p>	<p>Educar a la madre sobre la importancia del baño para proporcionar comodidad y protección contra las infecciones. Instruirla sobre la importancia de limpieza del frente hacia atrás, hacia el recto. Hacer énfasis en que esto debe practicarse durante el cuidado perineal y la colocación de los apósitos.</p>
<p>2.- Desconocimiento respecto a la aplicación de calor al perineo.</p>	<p>-Explicar cómo el calor aumenta la circulación del área perineal, comodidad y ayuda a la cicatrización. Enseñarle cómo tomar un baño de asiento bajo supervisión y pedirle que demuestre la técnica para hacerlo.</p>
<p>3.- Patrones alterados de la micción.</p>	<p>- Vigilar los ingresos y egresos. Informar si existe distensión vesical. Palpar el útero; si se encuentra fuera de la línea media, pedir a la paciente que vacíe su vejiga.</p> <p>- Valorar la posición del útero después de la</p>

<p>4.- Potencial de infección.</p>	<p>evacuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer que la evaluación frecuente de cantidades pequeñas es indicativo de estasis urinaria y puede originarse una infección.</li> <li>- Vigilar las extremidades inferiores en busca de calor y sensibilidad e infección potencial de los vasos.</li> <li>- Instruir a la paciente para que camine pronto y con frecuencia para reducir el riesgo de una trombosis.</li> <li>- La deambulación aumenta la circulación en las extremidades internas.</li> </ul>
<p>5.- Ansiedad relacionada con el aumento de la secreción vaginal.</p>	<p>Enseñar a la paciente que cuando se levante después de estar acostada durante cierto tiempo, puede prestar un aumento temporal de la secreción vaginal. Casi siempre, esto refleja su cambio de posición, lo que permite que haya un flujo libre de sangre.</p>
<p>6.- Dolor provocado por la ingurgitación mamaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigilar los senos en caso de ingurgitación y molestia.</li> <li>-Poner bolsa de hielo y o un sostén para aliviar la molestia.</li> </ul>



<p>7.- Falta de conocimiento respecto a la reanudación de las actividades físicas.</p>	<p>-Instruir a la mujer para que no estimule sus glándulas mamarias si no planea amamantar a su hijo.</p> <p>- Enseñar a la paciente que puede aumentar en forma gradual las actividades físicas, pero que evite la fatiga.</p>
--	---

### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- La madre demuestra el procedimiento correcto para el cuidado personal, inclusive la higiene y el baño.
- 2.- La paciente refiere que comprende la aplicación de calor al perine y la necesidad de un baño de asiento para facilitar la cicatrización y la comodidad.
- 3.-La madre refiere una mayor comodidad después de vaciar su vejiga. También menciona que informará el numero de veces que evacuar en un periodo.
- 4.- La madre comunica que comprende que la deambulación temprana y frecuente aumenta la circulación y reduce el riesgo de infección.
- 5.- La paciente admite su preocupación por el aumento de la secreción vaginal cuando se incorpora después de haber estado acostada. Se ve aliviada por la explicación del cambio de la cantidad de flujo.
- 6.- La madre expresa su comprensión de por qué existe la ingurgitación.

# CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE EL PUERPERIO

## OBJETIVO DE LA ENFERMERA

Los objetivos principales de la enfermera durante el puerperio son:

1. **Asistir a la restauración materna del estado fisiológico y psicológico,**
2. **Ayudar a los padres a la adaptación y a asumir sus nuevos roles;**
3. **Ayudar a los nexos padre-niño, de tal forma que se inicie una relación adecuada.**

## VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

- A) La valoración e intervención se basan en los cambios fisiológicos y psicológicos que han ocurrido durante el puerperio.
- B) Valoración e intervención para la restitución del estado fisiológico;

### 1. Involución uterina

a) Se verifica el fondo uterino diariamente para determinar su posición y tono:

- (1) Se debe instruir a la madre a relajar sus músculos abdominales durante la palpación del fondo, a fin de disminuir las posibles molestias durante la maniobra;
- (2) El útero se palpa colocando el borde de una mano en la parte superior del útero, rodeando ligeramente y la otra mano en el fondo, por encima del pubis, ejerciendo presión suave para proporcionar sostén,
- (3) Antes de palpar el fondo, se debe observar si la vejiga urinaria está llena ( hacer promontorio por arriba del pubis ). Se debe vaciar la vejiga antes de palpar o dar masaje al fondo del útero.

- 4) Cuando se haga la valoración de la posición y el tono del fondo uterino, se debe tomar en consideración el tamaño del producto, la duración del trabajo de parto, hidramnios y embarazo múltiple. El fondo de la múltipara siempre será más grande y elevada que el de la primípara;
- 5) El primer día postparto, el fondo debe estar a nivel o por abajo del ombligo, en la línea media abdominal;
- 6) El fondo continúa su descenso diario hasta que ya no se puede palpar (por lo general en el décimo día).

(a) En las múltiparas la involución será más lenta;

7) En todo momento, el fondo debe permanecer firme y bien contraído;

8) La distensión vesical inhibe la involución y puede empujar el fondo hacia un lado del abdomen.

(b) Verificar el color, olor y cantidad de los loquios:

(1) Debe ir de rojo brillante a color blanquecino;

(c) Se pueden presentar dolores postparto, especialmente en múltiparas o a veces en primíparas si se forman coágulos sanguíneos:

- (1) El tono muscular uterino disminuido dificulta el mantener un estado de contracción tónica. Cuando el útero se relaja ligeramente en los intervalos, se suceden contracciones energéticas para hacer regresar al útero a su estado de buena contracción.
- (2) Suele desaparecer en el transcurso de 48 horas;
- (3) El útero se contrae cuando la madre ve o escucha a su niño y después de que se administran medicamentos oxitócicos;

## 2) INTERVENCIÓN.

Si se presenta relajación, se da masaje al útero para que recobre su estado de buena contracción:

(1) El masaje debe ser cuidadoso y se exprimen todos los coágulos existentes;

- (a) Para exprimir los coágulos sanguíneos, se aplica presión con una mano al fondo, aplicando igual presión a la base del órgano que se encuentren algunos segundos, con periodos de reposo, hasta que se exprime el coágulo:
- (b) Si el fondo está blando, se le da un masaje suave con movimientos circulares en la parte superior y ligeramente atrás, hasta que el fondo se contraiga firmemente. Durante el masaje, siempre se debe sostener el fondo del útero con una mano.

(2) Si el masaje no tiene éxito, se debe notificar al médico;

- a) Se administra oxitócina para favorecer la involución;
- b) La alimentación al seno materno favorece la involución;
- c) Cuando se juzga necesario, se administra analgésicos para los dolores postparto:

(1) Los ejercicios de respiración abdominal pueden ser útiles;

(2) Es útil explicar las causas del dolor y dar confianza de que estos son transitorios;

(3) Si la involución no tiene un curso normal, se debe notificar al médico.

## 3) ESCALOFRIO POSTPARTO

- a) Se puede presentar inmediatamente después del parto;
- b) No es seguido por fiebre;
- c) Teoría sobre la etiología;

(1) Reacción nerviosa combinada con agotamiento postparto;

(2) Desequilibrio entre las temperaturas interna y externa causado por:  
Sudación durante el trabajo de parto;

- a) Pérdida de los líquidos corporales
- b) Cambio de presión intra abdominal;
- c) Intervención de enfermería;

(1) Mantener a la paciente a temperatura elevada;

(3) Dar confianza

#### 4) SUEÑO

a) Inmediatamente en el postparto, la madre requiere de sueño profundo, prolongado y sin interrupción.

(1) La paciente se debe situar en la habitación silenciosa y oscura;

(2) Se le debe perturbar lo menos posible;

b) Se debe controlar los patrones subsecuentes de sueño y reposo a través de la determinación de:

(1) Expresión de la madre,

(2) Observación de la enfermera

c) Obstáculos para el sueño.

(1) Dolencia perineal;

(2) Hemorroides;

(3) Dolores;

(4) Ansiedad;

d) Intervención;

(1) Aliviar cualquier molestia

(2) Permitir a la madre expresión verbalmente sus ansiedades,

(3) Disminuir el ruido ambiental durante la noche;

- (4) Planear los cuidados de enfermería de tal forma que haya un periodo de reposo durante el día y sueño matinal temprano.

## 5) HIGIENE PERSONAL

- a) Poco después del parto, se baña y se le da atención perineal a la paciente.  
b) El cuidado perineal lo efectúa la enfermera, mostrándole a la paciente como realizarlo para que sea ella quien asuma esa responsabilidad;

- (1) El propósito es prevenir la infección, limpiar esa zona y proporcionar alivio y comodidad.  
(2) Durante el cuidado perineal, la limpieza se debe basar en los principios de asepsia

## 6) MAMAS.

### a) Valoración:

- (1) Se debe determinar si la madre va a amamantar al niño,  
(2) Ingurgitación,  
(3) Inversión o cortaduras de los pezones;  
(4) Presencia de calostro;  
(5) Signo de inflamación,

- a) Calor;  
b) Enrojecimiento,  
c) Dolor;

### a) Intervención

- (1) Empaques con hielo para aliviar la ingurgitación,  
(2) Ungüento calmante prevenir las cortaduras;  
(3) Se deben sostener las mamas con sostén que se ajuste bien a la paciente,

- (a) Pezón en la línea media;

- (b) No debe haber presión hacia arriba o abajo;
- (c) Si la tumefacción es tan intensa que el niño no se puede alimentar, debe exprimir la leche en forma manual;

(4) Los pezones se deben lavar con agua y jabón;

(5) Se debe informar a médico la presencia de cualquier signo de infección e inflamación.

## 7) ABDOMEN.

### a) Valoración:

- (1) La madre debe elevar su cabeza y los hombros mientras permanece en decúbito dorsal, con las piernas extendidas;

### a) Intervención:

- (1) Los ejercicios elevados de la barbilla ayudan a fortalecer los músculos abdominales;
- (2) La mujer se acuesta en decúbito dorsal y levanta lentamente su cabeza y trata de mover el mentón en su tórax. La cabeza se eleva a la cuenta de 4 y se descende también a la misma cuenta.

## 8) SIGNOS VITALES

### a) Valoración.

(1) **Temperatura:** Puede elevarse ligeramente después del parto; por deshidratación;

(a) Cualquier temperatura de 38. 8 °C en dos días sucesivos después del primer día postparto, puede ser un síntoma peligroso,

### 2) Pulso.

a) Puede haber bradicardia, por lo general entre 60 y 70;

1) Causada por disminución del gasto cardíaco:

b) Taquicardia:

- 1) Puede ser causada por parto difícil,
- 2) Puede indicar hemorragia, choque o enfermedad,

(2) Presión arterial:

- a) Debe permanecer en límites normales,
- b) Puede haber hipotensión después del bloqueo anestésico,
- c) Si está elevada, puede ser signo de complicaciones;
- d) La hipertensión puede ser signo de preclampsia,;
- e) El uso de ergotato o la estimulación nerviosa pueden causar elevación moderada.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Friesner- Arlene, Beverly Raff. Enfermería materno infantil. Pp. 227-239.



## MEDICAMENTOS EMPLEADOS DURANTE EL PERIODO POSTPARTO

- A) Se suelen administrar oxitocina inmediatamente después del parto, ya sea por inyección o en venoclisis, y durante varios días después del parto.

Se administran por vía bucal para ayudar a la involución, estimulando las contracciones uterinas.

- 1) Maleato de ergonovina (Ergotrate) 1- 320 g;
  - 2) Maleato de metilergonovina (Methergine) que es una forma sintética del ergotrate, dosis habitual 1- 320g;
  - 3) Los medicamentos pueden incrementar la intensidad de los dolores posteriores al parto y también pueden elevar la presión arterial.
- B) Los supresores de la lactancia inhiben la secreción hipofisiaria de prolactina, mediante la elevación de los niveles de estrógeno en la sangre.  
Todos los medicamentos antilactogénicos deben administrarse lo más pronto posible después del parto.
- C) Los analgésicos se emplean como sea necesario para aliviar las molestias de los dolores posteriores o la incomodidad perineal. El Darvon se emplea con mucha frecuencia a dosis de 32 ó 65 mg, por vía bucal.
- D) Sedantes, se han empleado muchos compuestos sedantes para ayudar a la paciente a dormir. Se deben evitar, dados sus efectos adversos en el ciclo del sueño.
- E) Se pueden prescribir antibióticos para controlar cualquier infección que se puede presentar. Las dosis y los preparados que se emplean, varían de acuerdo a los organismos responsables.
- F) En las madres lactantes, los medicamentos se deben emplear con mucho cuidado, ya que penetran a las fuentes lactógenas.

## ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

### *Alimentación al pecho*

La alimentación al pecho del recién nacido es el mejor medio para iniciar en la vida. La lactancia suele tener éxito.

Las contraindicaciones para la alimentación al pecho del niño son tuberculosis, diabetes, enfermedades cardíacas de la madre y grandes grietas del pezón o mastitis

La actitud y el apoyo de la enfermera son muy importantes para ayudar a tener una actividad positiva hacia la alimentación al pecho.

Entre las ventajas de la leche materna están en que está libre de bacterias y se le da al niño la cantidad adecuada y a temperatura constante. En la alimentación con biberón, la leche puede fluir a través del pezón artificial muy rápido o muy lentamente y a menudo suele estar muy caliente al principio y muy fría al final del proceso de alimentación del niño.

La leche materna es un agente profiláctico contra ciertas enfermedades, debido a los anticuerpos que contiene.

La alimentación al pecho también ahorra el tiempo que se emplearía en preparar la leche artificial.

La ventaja más grande de la alimentación al pecho es la relación emocional entre madre e hijo.

Las madres que amamantan obtienen de ello una sensación de satisfacción y logro que otras madres no tienen.

La leche materna aparece corrientemente en el tercer o cuarto día después del nacimiento. La substancia secretada por los senos durante los primeros días se llama calostro. Es una substancia acuosa de incolora a amarillenta. Se pone al niño al seno por primera vez, 12 horas después del nacimiento y posteriormente cada cuatro horas.

Amamantar al niño estimula la producción de leche. Esto tiene que indicársele a la madre porque a menudo le molesta mucho ver el calostro acuoso durante los primeros días.

Cuando se lleva al niño a la madre para que lo amamante, debe seguir los siguientes pasos.

- 1.- Lavarse las manos.
- 2.- Cambiar pañales si es necesario y lavarse de nuevo las manos.
- 3.- Revisar nombre, número de identificación y número de cuarto en la tarjeta de la cuna y comparar con nombre y número de identificación en la muñeca del niño.
- 4.- Llevar al niño al cuarto de la madre.
- 5.- Decir en voz alta el nombre y el sexo del niño "niño Gómez" y hacer que la madre repita el nombre. Revisar las bandas de identificación-A comparándolas con las de la madre.
- 6.- Asegurar de que la madre ha lavado sus manos inmediatamente antes de manejar al niño.
- 7.- Hacer que la madre adopte una posición cómoda antes de entregarle al niño.
  - a) -Si la paciente está acostada, debe ponerse en decúbito lateral, con el brazo del mismo lado levantado al nivel del hombro y la cabeza sostenida en forma cómoda. El niño debe quedar acostado de lado, extendido sobre la cama o sostenido con almohadas.
  - b) Si la paciente se sienta para amamantar al niño, debe usar una silla cómoda y, si es necesario, puede emplearse una almohada para sostener su brazo o colocarla debajo del niño.
- 8.- Ayudar a la madre a poner al niño al seno y asegurar de que.
  - a) El niño esté despierto.
  - b) La boca del niño tome todo el pezón y la areola.
  - c) El pezón esté sobre la lengua.
  - d) La madre sabe cómo retraer el tejido del seno
- 9.- Dejar mamar al niño.
  - a) Tres minutos el primer día
  - b) Cinco minutos el segundo día

- c) Siete minutos el tercer día
- d) Diez a 15 minutos los días subsiguientes.

10.-Revisar periódicamente para ver si el niño continúa mamando.

11.- Mostrar a la madre cómo hacer que el niño eructe (repita), a la mitad y al final del alimento.

Debe enseñarse cualquiera de los métodos siguientes.

- a) Sentar al niño, sostener el pecho con una mano y dar palmadas ligeras en su espalda con la otra colocar la toalla para biberón bajo la barbilla del niño.
- b) Colocar al niño sobre el hombro y dar ligeras palmadas en su espalda.
- c) Colocar toalla para biberón sobre el hombro, bajo la barbilla del niño.

12.- Al terminar el periodo de lactancia, retirar al niño del seno. Si tiene todavía el pezón en su boca, hacer presión en ambas mejillas al mismo tiempo y retirarlo con delicadeza del seno.

13.- Llevar al niño a la sala de neonatos.

Durante los tres primeros días se le debe dar al niño en forma adicional agua esterilizada o solución de azúcar, pero no alimento artificial sin la orden del médico.

El cuidado inmediato de los senos después de cada alimento varía.

## MECANISMO DE LACTANCIA

En el momento de la separación de la placenta, durante la tercera etapa del parto, la hipófisis anterior libera prolactina, que es la hormona productora de leche. Cuando el niño se pone al pecho, al succionar transmite, impulsos nerviosos a la médula y al cerebro que causan la liberación de oxitocina por el lóbulo posterior de la hipófisis.

La oxitocina a su vez estimula a la hipófisis anterior que libera prolactina produciéndose así la leche.

### *Reflejos de eyección.*

Consiste en la liberación de la leche en los senos de la madre.

Se efectúa por la succión del niño, pero en algunas madres se desencadena cuando oyen llorar al hijo o simplemente cuando la ven antes del momento de mamar.

Este reflejo puede ser inhibido por dolor o por tensión emocional en la madre. La oxitocina liberada durante la lactancia causa contracciones de los músculos uterinas. Por esta razón ciertas madres pueden afirmar que tienen contracciones uterinas mientras dan de mamar. La sensación dura sólo los primeros tres o cinco días y desaparece cuando el tamaño del útero ha disminuido lo suficiente.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Bleier J. Inge, Enfermería Materno infantil, Pp. 264-268.

## BIBLIOGRAFIA

1. Archundia G. Abel, EDUCACIÓN QUIRURGICA, Méndez Editores, México 1995 P.423
2. Atkinson J. Lucy, TECNICAS DE QUIROFANO, 7ª edición Editorial Salvat, México 1988
3. Benitez Martínez Matilde, Latapi Pablo, SOCIOLOGIA DE UNA PROFESION, el caso de Enfermería, Centro de Estudios Educativos, A.C. P. 78
4. Bleire J. Inge, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, Cuarta edición, Editorial Interamericana 1985 P. 129
5. Bookmiller M. Mae, ENFERMERIA OBSTETRICIA, Quinta edición, Editorial, Interamericana México, 1994 PP. 18,19
6. Borroughs, Med, R.N. Arlene, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, sexta edición, Editorial Interamericana, México 1994 p. 260,262
7. D.T.Y. Liu, D.V.I. Fairweather, MANUAL DE LA SALA DE TRABAJO DE PARTO, Eitorial Manual Moderno 1985
8. Du Gas Witter Beverly, TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA, Editorial Interamericana P 332
9. Friesner Arlene y cols., ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, México , 1985 PP. 227-239

10. Hamilton Persis Mary, ASISTENCIA MATERNO INFANTIL, DE ENFERMERIA, tercera edición Editorial Interamericana 1980
11. Hawkins Watson Joellen, ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICIA, Editorial Harla, México, 1987 PP. 9-12 356- 357
12. Jasso Gutierrez Luis, NEONATOLOGIA PRACTICA, Cuarta edición, Editorial Manial Moderno 1995
13. Joy A. Ingalls M. Constance Salerno, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL Y PEDIATRIA, editorial Limusa P. 156
14. Koniak Reeder Martin, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, decimoseptima edición, Editorial Interamericana, 1995 P.510
15. Lu Verne Wolff Lewis, Kuhn Timby Barbara, FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, Cuarta edición, Editoril Harla, México 1992 PP. 5-7
16. M. Ronald, Caplan, M.D. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA, Pimera edición, Editorial Limusa,S.A. de C.V. 1987 P. 353
17. Maseyaw Leifer Sara, ENFERMERIA PEDIATRICA, Cuarta edición, Editorial Interamericana 1989 PP. 233-236
18. Méndez Aréstegui Irma, GINECO-OBSTETRICIA, guia, Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V. 1992 PP. 122-129
19. Mondragón Castro Héctor, OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, tercera edición, Editorial Trillas 1997

20. Norman F. Miller, Avery Hazel, ENFERMERIA GINECOLOGICA, Quinta edición, Editorial Interamericana 1986 P. 313
21. Organización Panamericana de la Salud, MANUAL PARA LA ATENCION DE LA MADRE Y DEL NIÑO, Noriega Editores, Editorial Limusa, 1993 P. 76
22. Rosales Barbara Susana, FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, Editorial el Manual Moderno, S.A de C.V. México, 1992 PP. 392-306
23. Rowland S. Rowland, Rowland L. Beatrice GERENCIA DE HOSPITALES, Organización y funciones de sus departamentos, editorial Díaz de Santos 19988 P. 102
24. Sally B. Olds, R.N., M.S. MANUAL DE ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, SEGUNDA EDICIÓN, Editorial Interamericana, 1987 P.666
25. Scherer C. Jeanne, INTRODUCCION A LA ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO, 4ª Edición, Editorial Harla, México 1999
26. Schult Silverman Dickaso, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, Segunda edición, Editorial Mosby Doyma Libros 1995
27. Wolff- Weitzel- Zornow-Zsohar, CURSO DE ENFERMERIA MODERNA, Septima edición, Editorial Harla, México 1985 PP. 719-724