

71
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA
ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO
DE BAJO RIESGO.

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

ORTIZ CARRANZA GRISELDA

8700313-2

Angelina Rivera-M

DIRECTORA DEL TRABAJO: LIC. ANGELINA RIVERA MONTIEL.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

259921

MAR. 23 1998

MEXICO, D. F.

1998

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION

ENEO
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis Padres :

**Este triunfo no solo es mío , también es suyo,
porque con empeño y dedicación siempre han estado a mi lado,
compartiendo mis triunfos y afrontando mis derrotas , apoyándome
siempre con cariño y rectitud ; enseñándome a amar a la vida y
respetarme a mi misma , pero sobre todo a jamás darme por vencida.**

**Yo sé que con nada podré compensar todo lo que siempre han hecho por
mi , pero este logro es especialmente dedicado a ustedes ;
El mejor regalo que Dios me pudo dar.
Su hija que los Ama Gris.**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darme la oportunidad de crecer como ser humano y obtener mi formación profesional.

A todos mis profesores porque con empeño y dedicación me brindaron sus conocimientos recibiendo únicamente y en muchas ocasiones simplemente una sonrisa de agradecimiento.

A la Licenciada Angelina Rivera Montiel por su gran colaboración y asesoría en la realización de este trabajo.

A el Dr. Sergio Camal por su asesoría durante la elaboración de este trabajo.

**A la memoria de mis abuelos Margarita y Lupito por sus enseñanzas ,
consejos y apoyo incondicional.**

A mis hermanos Rafael y José por su confianza eterna y apoyo sincero.

**A mis abuelitos Angelina y José A. por su cariño y apoyo durante toda mi
vida.**

**A Isaac , Cristina y Sandy porque juntos compartimos esperanzas ,
ilusiones , sueños y proyectos desde niños y siempre me han apoyado
incondicionalmente .**

**A Sandra , Liliana , Cristina , Irma y Arturo porque juntos hemos
compartido triunfos y derrotas , alegrías y tristezas y siempre he recibido
apoyo incondicional ; aun después de cometer errores , siempre han
estado cerca .**

Por eso y por muchas cosas más gracias a mis mejores amigos.

INDICE

Introducción.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Objetivos.....	3
1.4 Normas y Políticas.....	4
1.4.2 Normas para la Atención Materna.....	6
1.4.2.1 Etapa Pregestacional.....	6
1.4.2.2 Etapa Gestacional.....	6
1.4.2.3 Embarazo de Bajo Riesgo.....	7
1.4.2.4 Atención Materna En la Etapa Gestacional durante el TDP.....	8
1.4.2.5 Etapa de Parto.....	9
1.4.3 Atención Inmediata al Recién Nacido con Riesgo Bajo.....	14
1.4.3.1 Atención del Recién Nacido en Hospital.....	15
2 Marco Referencial.....	18
2.1 Antecedentes Historicos de CIMIGEN.....	18
2.2 Perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia que proporciona atención en CIMIGEN.....	21
2.3 Participación del Licenciado En Enfermería y Obstetricia en la vigilancia del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo.....	22
2.4 Trabajo de Parto.....	23
2.5 Atención de Trabajo de Parto Ambulatorio.....	24
2.6 Fisiología del Trabajo de Parto.....	25
2.7 Vigilancia Fetal Intraparto.....	28
2.8 Descripción del área Tocoquirúrgica de CIMIGEN.....	32

3 Desarrollo de Procedimientos

3.1 Admisión

3.1.1 Recepción de la Paciente.....	38
3.1.2 Medición y valoración de la Presión Arterial Materna.....	39
3.1.3 Respiración.....	41
3.1.4 Temperatura.....	43
3.1.5 Frecuencia cardiaca materna.....	45
3.1.6 Exploración Mamaria.....	47
3.1.7 Maniobras de Leopold.....	50
3.1.8 Medición de Fondo Uterino.....	52
3.1.9 Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.....	53
3.1.10 Exploración Vaginal.....	54
3.1.11 Altura de la Presentación.....	58
3.1.12 Determinación de la Variedad de Posición.....	61
3.1.13 Valoración de la Pelvis Materna.....	65
3.1.14 Valoración de Membranas Amnióticas.....	68
3.1.15 Edema de Miembros Pelvicos.....	70
3.1.16 Reflejos Osteo -Tendinosos.....	72

3.2 Trabajo de Parto Ambulatorio (Labor)

3.2.1 Inducción de Trabajo de Parto con Oxitocina en embarazadas de Termino.....	74
3.2.2 Conducción de Trabajo de Parto con Oxitocina en embarazadas de Termino.....	77
3.2.3 Interpretación clínica del Partograma.....	80
3.2.4 Amniorrexis.....	85
3.2.5 Asistencia en el Bloqueo Epidural.....	86

3.3 Expulsion

3.3.1 Inicio de Maniobras de Pujo.....	87
3.3.2 Asépsia del área vulvar en período expulsivo.....	88
3.3.3 Infiltración local del perine.....	89
3.3.4 Bloqueo de Pudendos.....	91
3.3.5 Episiotomía.....	95
3.3.6 Atención de Parto.....	97
3.3.7 Atención del Recién Nacido en período expulsivo.....	99
3.3.8 Cerrar el paso de oxicicos.....	101
3.3.9 Atención del Alumbramiento.....	102
3.3.10 Revisión Manual de Cavidad Uterina.....	105
3.3.11 Episiorrafia.....	106
3.3.12 Procedimientos para prevenir hemorragia Post - Parto.....	107
3.3.13 Traslado a Alojamiento Conjunto.....	108
3.3.14 Valoración de guías de PreviGen IV , V , VI, del Sistema del Evaluación de Riesgo Perinatal.....	109

4 Anexos

4.1 Farmacos

4.1.1 Buscapina.....	110
4.1.2 Oxitocina.....	111
4.1.3 Xilocaina.....	112
4.2 Guías PreviGen del Sistema de Evaluación y Detección de Riesgo Perinatal.....	114
4.2.1 Evaluación de Riesgo Perinatal durante la evolución del embarazo.....	114
4.2.2 Evaluación del Riesgo Perinatal en el inicio del Trabajo de Parto.....	115

4.2.3 Evaluación del Riesgo Perinatal en la evolución del Trabajo de Parto.....	116
4.2.4 Evaluación del Riesgo Perinatal al Nacimiento en el recién nacido.....	117
4.3 Cédula de resumen integral de Riesgo Perinatal (PreviGen 99)...	118
Glosario.....	120
Referencias Bibliograficas.....	124

INTRODUCCIÓN

La forma actual de conducir el trabajo de parto y la atención del parto en esta institución incluye procedimientos específicos para los cuales el objetivo final es el nacimiento de niños sanos ; detectando oportunamente factores de riesgo que condicionen situaciones inesperadas durante la evolución del trabajo de parto u o el nacimiento.

Tomando en cuenta que es responsabilidad directa la atención humanizada y profesional del trabajo de parto y parto de bajo riesgo del Licenciado en Enfermería y Obstetricia y viendo la necesidad de contar con un elemento práctico y fundamentado para prestar atención científica y de alta calidad se elabora un manual de procedimientos , el cual proporciona guías más específicas para las acciones , logrando un alto grado de regularidad mediante la enumeración cronológica de la secuencia de las fases de cada acción.

Este manual de procedimientos brinda las bases para orientar y mejorar el desempeño personal , por lo cual constituye un medio de consulta libre para todos ellos.

La redacción de procedimientos es coherente en el cual se consideran : Concepto , Objetivos , Fundamentación , Material necesario , Desarrollo de procedimientos y en algunos casos observaciones pertinentes; cada fase del procedimiento que conduzca al cumplimiento de las metas debe ser necesaria para guardar una relación secuencial con las demás , además de ser realistas y estar redactadas en forma simple , también se presentan en algunos casos indicaciones y contraindicaciones precisas que deberán respetarse ,en algunos procedimientos se presenta una correlación con factores de riesgo pertenecientes a alguno de los Previgen del Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal .

Es importante resaltar que para la elaboración de este manual se consideró de suma importancia la fundamentación de todos y cada uno de los procedimientos , ya que el personal que labora debe de conocerla y por lo tanto recordarla cuando así sea necesario.

La realización de estos procedimientos en el cual se describen actividades específicas ; son de suma importancia para guiar la vigilancia del embarazo y su conclusión de una manera oportuna y satisfactoria .

Esta integrado por los siguientes apartados : Introducción , Justificación , Normas y Políticas de CIMIGEN , Marco referencial , Desarrollo de procedimientos , Anexos y Bibliografía general .

1.2 JUSTIFICACIÓN

Siendo CIMIGEN un hospital ubicado en el primer nivel , el cual se caracteriza por proporcionar atención a la salud por personal capacitado como lo es el Licenciado en Enfermería y Obstetricia el cual tiene bajo su responsabilidad los programas de :

- Alojamiento Conjunto,
- Atención del Parto de Bajo Riesgo ,
- Clínica de Lactancia Materna ,
- Control Prenatal ,
- Detección de riesgo alto en el embarazo , trabajo de parto y puerperio ,
- Prevención Reproductiva ,
- Pediatria ,
- Seguimiento Longitudinal , entre otros .

bajo el Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal y asesoría médica especializada es necesario que cuente con características de tipo administrativo operativo , que normatice y guíe la atención de enfermería que se proporciona a los usuarios del centro ; por lo tanto es necesario elaborar un manual de procedimientos , tomando en cuenta que cada procedimiento realizado en el área de parto ambulatorio (Labor) tiene fundamentaciones claras y precisas para su realización ; es de suma importancia unificar criterios de ejecución y evaluación para cada uno de ellos logrando de esta forma una atención de alta calidad que garantice el bienestar del trinomio madre-hijo- padre.

1.3 OBJETIVOS

- 1.- Contar con un instrumento de tipo administrativo operativo que permita la unificación de criterios en la atención y vigilancia del trabajo de parto y parto de bajo riesgo.
- 2.- Tener una guía que permita al personal de nuevo ingreso conocer las normas y procedimientos a seguir en la atención de trabajo de parto y parto de bajo riesgo.
- 3.- Fundamentar con bases científicas ya establecidas cada procedimiento realizado en esta área.
- 4.- Mediante vigilancia oportuna y detección de riesgo el Licenciado en Enfermería y Obstetricia logrará guiar la evolución del trabajo de parto con bases científicas específicas.
- 5.- Mediante la aplicación de la filosofía adquirida a lo largo de su formación el Licenciado en Enfermería y Obstetricia logrará dar una atención holística y humanizada de la mujer parturienta.

1.4 NORMAS Y POLÍTICAS

1.4.1 NORMAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN PERINATAL

*Estas normas tienen carácter de obligatorio para su observancia y aplicación en CIMIGEN y todas sus dependencias.

*El cumplimiento de estas normas implica corresponsabilidad del personal prestador y de los usuarios del servicios de salud .

1.-La atención materna se debe proporcionar a toda la población entre 14 y 49 años de edad especialmente a las embarazadas y al feto .

2.-La atención NEONATAL abarca desde el momento del nacimiento hasta la primera semana de vida .

3.-La atención PERINATAL se debe llevar a cabo utilizando sistemática y obligatoriamente la organización por niveles de atención progresiva .

4.- La atención PERINATAL por niveles progresivos se hará sistemática y obligatoriamente según la evaluación de riesgo :

RIESGO BAJO	EN EL PRIMER NIVEL
RIESGO MEDIO	EN EL SEGUNDO NIVEL
RIESGO ALTO	EN EL TERCER NIVEL

5.-LA atención Perinatal fundamentada en los programas de :

**ENSEÑANZA
INVESTIGACIÓN**

6.-La enseñanza e investigación que se requiera y / o resulte de la aplicación del programa y sus normas debe ser bajo la coordinación y responsabilidad de los servicios de enseñanza e investigación.

7.-La enseñanza para el desarrollo del programa deberá abarcar tres grandes áreas :

- *Formativa
- *Continua
- *A la comunidad

8.- La investigación se considera base fundamental para la trascendencia del programa y debe llevarse a cabo en todos los niveles aplicativos de esté. La atención PERINATAL debe complementarse en forma constante con :

- *Programación
- *Supervisión y asesoría
- *Evaluación
- *Información

9.-En todas las unidades de atención deben establecerse comités de mortalidad perinatal con la finalidad de sistematizar el registro , evaluación y análisis de la morbimortalidad materna e infantil. Estos comités tendrán organización ,funcionamiento y normatividad específica.

10.-En todas las unidades de atención se deberá establecer como prioritario el cumplimiento de los 10 puntos básicos para la Lactancia Materna y los 25 del Hospital Amigo del Niño y de la Madre .

11.-En todas las unidades médicas se debe dar atención especial al registro y notificación inmediata de infecciones al comité específico que debe existir en cada unidad.

12.-Todas las infecciones de recién nacidos deben ser consideradas y manejadas como infecciones hospitalarias . Se debe establecer al mismo tiempo el plan de manejo de recién nacido y del caso , para evitar epidemias.

13.- EN todas las unidades médicas el personal de salud que atienden a la madre ,al feto y al recién nacido deben registrar con responsabilidad y esmero los datos correspondientes a evaluación de riesgo , evolución , tratamiento , estudios de laboratorio y gabinete , estudios especiales cuidando todos aquellos datos que le sean requeridos en formatos oficiales para la información de morbimortalidad materna y perinatal y del desarrollo de programas específicos en su cumplimiento , avances , desviaciones y correcciones que se lleven a cabo en las áreas de asistencia , enseñanza , investigación y control.

14.- La atención MATERNA ; FETAL Y NEONATAL , requiere para su correcto desarrollo de la participación de equipos de salud en la detección domiciliaria de factores de riesgo , de la recaptura para el control sistematizado de todos los pacientes en programas de atención perinatal , con especial énfasis en las madres y niños de alto riesgo.

15.-La atención MATERNA Y NEONATAL debe hacerse con un sentido prioritario de humanización para obtener respuestas psicoafectivas positivas en el núcleo familiar y en la conformación preventiva de equipos integrales de

prestadores y usuarios de servicios para la salud y para el crecimiento y desarrollo armónico y saludable de la sociedad.

El Director del centro es el responsable de la organización y funcionamiento de los servicios involucrados para el desarrollo , seguimiento y control de programas y del cumplimiento estricto de sus normas.

1.4.2 NORMAS PARA LA ATENCIÓN MATERNA

1.4.2.1 ETAPA PREGESTACIONAL

*A toda mujer en edad fértil no embarazada (14 -49 años) , se le debe hacer valoración de riesgo reproductivo mediante la guía de evaluación de riesgo reproductivo (PreviGen I)

*El control y manejo de las mujeres en edad fértil debe llevarse a cabo mediante el programa de planificación familiar voluntaria de la institución y sus normas correspondientes e implica :

-La aplicación de medidas para detectar y prevenir cáncer mamario y cervico uterino y enfermedades sexualmente transmisibles.

-La aplicación de métodos anticonceptivos con criterios del programa nacional de planificación familiar para la preservación de la salud de la madre y la disminución de nacimientos de niños con defectos .

-Hipoxia perinatal.

-Prematuréz

-Hipotrofia

-Malformaciones

-Y para evitar y disminuir las muertes maternas y perinatales.

1.4.2.2 ETAPA GESTACIONAL

Comprende desde el momento de la concepción hasta la terminación del puerperio (6 semanas) y se divide en tres periodos :

1.- EMBARAZO

2.- PARTO

3.- PUERPERIO

Se debe proporcionar en todas las mujeres atención durante el embarazo y comprende los cuidados necesarios para la madre , el feto y el recién nacido

y en casos específicos para los miembros de la familia o la comunidad que lo requieran a fin de obtener las mejores condiciones para el desarrollo del embarazo y para preservar la salud materno fetal y neonatal.

*A toda mujer que se sospeche embarazada se le debe proporcionar la atención necesaria para confirmación de diagnóstico mediante :

- Estudio clínico completo
- Exámenes de laboratorio

*Una vez confirmado el diagnóstico de embarazo se debe hacer :

Detección , evaluación y clasificación de riesgo (PreviGen II) 1º Consulta en el embarazo.

1.4.2.3 EMBARAZO DE BAJO RIESGO

El control del embarazo de riesgo bajo se lleva a cabo en el primer nivel de atención por Licenciados en Enfermería y Obstetricia ,el Médico General o familiar e implica :

*La embarazada de riesgo bajo debe ser referida al centro de atención correspondiente al cumplir 38 semanas de gestación para que ahí se le proporcione por lo menos una consulta previa al parto y se atienda éste.

*La referencia de una embarazada de riesgo bajo al centro de atención deberá ir documentada con :

- Copia de historia clínica y evolución del embarazo
- Autorización para método de planificación familiar voluntaria. Si es definitivo firmada por el compañero y /o ella.
- Instructivo para utilización de servicios del hospital correspondiente.
- Instructivo para parto y puerperio de bajo riesgo :

**Participación activa del compañero o de algún familiar en el trabajo de parto y en el nacimiento del niño.

**Trabajo de parto natural y ambulatorio.

**Parto psicoprofilactico en posición vertical.

**Cuidado del recién nacido en alojamiento conjunto y en el hogar
"PROGRAMA SIEMPRE JUNTOS " .

****Lactancia al seno materno desde el nacimiento (Primeros 30 minutos).**

****Deambulaci3n temprana en el puerperio.**

****Egreso del hospital en 24 horas.**

****Control post-parto , prevenci3n reproductiva.**

****Programa de crecimiento y desarrollo del ni1o.**

****Capacitaci3n en Psicoprofilaxis Perinatal.**

****La referencia de una embarazada de riesgo Medio o Alto a nivel de atenci3n correspondiente debe llevarse a cabo :**

****En el momento en que se detecta y eval1a un riesgo que no puede ser controlado con los recursos del nivel en que se hace valoraci3n.**

****En las mejores condiciones para que no se ponga en riesgo la vida del feto o de la madre.**

****En el medio de transporte m1s seguro en caso de urgencia.**

****Si es posible con control de los factores de riesgo que ponen en riesgo inminente la vida de la madre o el feto.**

-Hipertensi3n.

-Hemorragia.

-Infecci3n.

****Con indicaciones precisas sobre el lugar y la premura con que se requiere la atenci3n en el nivel a que se env1a la embarazada.**

1.4.2.4 ATENCI3N MATERNA EN LA ETAPA GESTACIONAL DURANTE EL

TRABAJO DE PARTO :

****La embarazada clasificada con riesgo reproductivo bajo debe ser enviada al hospital de segundo nivel para la atenci3n de su parto.**

****En el segundo nivel debe recibir cuando menos una consulta previa a la atenci3n del parto que se har1 :**

-Revisi3n cl1nica completa de la madre y el feto.

-Revaloraci3n del riesgo reproductivo.

- Reforzamiento de capacitación para el parto y el puerperio.
- Reforzamiento de decisión para utilizar métodos anticonceptivos inmediatamente después del parto.
- Actualización de exámenes de laboratorio indispensables (Hemoglobina , Hematocrito , General de orina , Glucosa , Grupo y Rh)
- Indicaciones para el parto , señalando los síntomas y signos de inicio y de complicaciones.
- Tiempo y lugar al que debe asistir para solicitar su atención.

1.4.2.5 ETAPA DEL PARTO :

La etapa del parto se considera desde el momento en que inicia la dilatación cervical hasta que termina la expulsión o extracción total de la placenta , abarca 3 periodos :

- Dilatación
- Expulsión
- Alumbramiento

La embarazada debe asistir al hospital correspondiente para la atención de su parto ,en el momento que considere necesario , de acuerdo con las instrucciones recibidas por su médico especialista ya sea por síntomas o signos de inicio de parto o por síntomas y signos de alarma.

Debe solicitar consulta al servicio de urgencias de ginecoobstetricia , donde será valorada bajo la responsabilidad del ginecoobstetra para :

- 1.- Evaluar condiciones de salud materno fetal.
- 2.-Evaluar inicio de trabajo de parto.
- 3.-Detectar factores de riesgo mediante la guía para evaluación de riesgo reproductivo en el parto (PreviGen IV).

**La guía para evaluación de riesgo en el parto debe estar disponible en todas las unidades donde se atienden partos.

**Los datos positivos que se obtengan de las guías u otras que se consideren de riesgo , deben ser anotadas claramente en el expediente cuando se decide el internamiento de la paciente.

**Si al ser valorada la paciente se decide no hospitalizarla, se debe elaborar el documento correspondiente (Cada vez que se le haga valoración,

****Una vez valorado el riesgo reproductivo en el parto , se decide el nivel de atención :**

- Parto de Riesgo Bajo .- Primer Nivel de Atención .
- Parto de Riesgo Medio .- Segundo Nivel de Atención.
- Parto de Riesgo Alto .- Tercer Nivel de Atención.

La atención del parto de RIESGO BAJO se debe hacer en clínica Hospital ,por médicos residentes o ginecoobstetras , siempre bajo la supervisión y responsabilidad del médico especialista ginecoobstetra e implica :

****Vigilancia de la evolución del trabajo de parto mediante :**

- Formato de partograma y evaluación de riesgo.
- Contractilidad uterina.
- Dilatación cervical.
- Descenso de la presentación.
- Estado de membranas ovulares.

****Vigilancia del estado materno :**

- Presión arterial.
- Pulso.
- Temperatura.
- Emuntorios.
- Hemorragia.
- Infección , etc.
- Estado de conciencia.
- Estado psicológico .

****Vigilancia del estado fetal :**

-Frecuencia cardiaca basal.

-(Va , Re , Fe ,) Valoración de respuestas fetales.

-Detección de meconio en líquido amniótico.

-Detección de trabajo de parto prolongado.

-Detección de signos de sufrimiento fetal.

-Vigilancia del estado de las membranas ovulares.

-Estado de la presentación (Moldeamientos , cefalohematomas , etc.).

****Vigilancia del Trabajo de parto tiene como finalidad la preservación de la salud materna , fetal y neonatal y por lo tanto :**

-Debe tenderse a que éste se desarrolle en la forma más cercana a la fisiología.

-No utilizar drogas , analgésicos , anestésicos , excepto en condiciones que sean indispensables.

-Respetando la integridad de las membranas hasta que se rompan espontáneamente o bajo indicación específica .

-Favoreciendo la posición libremente escogida por la paciente , principalmente la deambulación y el decúbito lateral en semifowler y proscribiendo el decúbito dorsal.

-No utilizando drogas oxitócicas excepto con indicación médica precisa y bien justificada.

-Estableciendo comunicación entre el personal y la embarazada para lograr confianza , seguridad y participación de ésta.

-Tomando decisiones oportunas y eficaces para :

***Evitar el trabajo de parto prolongado.**

***Evitar las decisiones y procedimientos impulsivos , irracionales , inoportunos o no pertinentes que puedan poner en riesgo la salud de la madre , el feto o el recién nacido .**

***Propiciar las decisiones racionales ponderadas y sobre todo de acuerdo con**

el equipo responsable de preservar la salud materno fetal y neonatal .

*Propiciar la comunicación con los familiares más cercanos ,esposo , madre de la embarazada para lograr su confianza , seguridad y apoyo.

La atención del parto de riesgo bajo debe tender a lograr la expulsión del feto en las mejores condiciones por lo tanto :

Se deben tomar medidas preventivas para evitar :

- El parto fortuito.
- La contaminación del recién nacido.
- Que el recién nacido aspire secreciones de vías respiratorias altas.
- La depresión del recién nacido por drogas.
- La depresión del recién nacido por sufrimiento fetal (Hipoxia) .
- Período expulsivo prolongado.
- Traumatismo materno.
- El traumatismo fetal y del recién nacido.
- La hemorragia ,materna o del recién nacido.

Las medidas preventivas persistentes serán :

- Propiciar el parto asistido en la cama de la paciente , con la utilización de técnica aséptica para ello.
- Propiciar el parto en posición semisentada de la madre.
- Conducir la maniobra de pujo materno inminente para evitar hipoxia fetal.
- Llevar a cabo episiotomía oportuna y adecuada para favorecer el periodo expulsivo y proteger el periné materno de desgarros o sobredistensiones.
- Propiciar aplicación de fórceps profiláctico en el periodo expulsivo para evitar que éste sea prolongado , cumpliendo en forma absoluta y responsable con las indicaciones , requisitos y condiciones que se requieren para ello.
- Vigilar que en el lugar de nacimiento haya la temperatura ambiente adecuada para el recién nacido.

-Aspirar inmediatamente que se expulse la cabeza , las secreciones de nariz y boca del recién nacido con perilla de hule por el obstetra.

-Mantener al recién nacido en posición horizontal sobre el antebrazo del obstetra y a la altura de la sínfisis del pubis materno.

-Pinzar y cortar el cordón cuando el recién nacido haya hecho una o dos inspiraciones , a los 20 segundos si esto no ocurre.

-Entregar con cuidado al recién nacido al pediatra para su atención inmediata después de cortar el cordón.

-Propiciar el alumbramiento espontaneo.

-Revisar la cavidad uterina y el canal de parto en forma sistemática después del alumbramiento.

-Suturar las heridas quirúrgicas y/o desgarros de cérvix , vagina y periné siempre que sea necesario.

-No dejar gasas en el canal de parto.

-Asegurarse de la adecuada contracción uterina post alumbramiento.

-Asegurarse de que la hemorragia post alumbramiento sea normal.

-Asegurarse que la paciente salga de la sala en buenas condiciones al área de recuperación.

-Llevar a cabo la aplicación de DIU post alumbramiento si no existe contraindicación para ello.

Durante la atención del trabajo de parto y el parto , la detección de factores de riesgo , debe indicar la utilización inmediata de recursos de segundo nivel y si se considera indispensable , la paciente y/o su hijo se trasladará a un hospital de tercer nivel para la mejor solución del problema.

1.4.3 ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO CON RIESGO BAJO

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia o el médico que actuara como pediatra debe participar en el manejo directo del recién nacido desde el momento de expulsión de la cabeza ,aspirando los contenidos de boca y nariz e indicando el momento de pinzar y ligar el cordón , así como la toma de muestras necesarias para diagnóstico.

(Sangre , secreciones , líquido amniótico , membranas , placenta , cordón , etc.)

En el momento de recibir al recién nacido debe tomar medidas necesarias para evitar :

- Hipoxia.
- Hipoglucemia.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Accidentes.

Las medidas preventivas para evitarlo serán :

- *Temperatura adecuada del medio ambiente.
- *Secado inmediato del recién nacido , protección del recién nacido con fuentes calóricas y ropa.
- *Aspiración cuidadosa de secreciones nasales y buco faringeadas con perilla(No usar sondas si no es indispensable) .
- *Ligadura adecuada de cordón para prevenir hemorragias.
- *Valoración de Apgar al primer minuto.
- *Valoración de Apgar al quinto minuto.
- *Aplicación de solución antiséptica en ojos .
- *Aplicación de vitamina K.
- *Evaluación de glicemia por cinta reactiva.
- *Revisión de permeabilidad de vías digestivas.
- *Calificación por método Silverman a los 10 minutos.
- *Identificación del recién nacido.

*Evaluación y clasificación de crecimiento mediante curva de Jurado Garcia (Hipotrofico ,eutrofico , hipertrofico)

*Evaluación de desarrollo (Edad gestacional) por el método de Capurro : Prematuro , Maduro y Post maduro.

*Evaluación de edad gestacional por tiempo de gestación
-1er día de la ultima menstruación más 7 y conteo de semanas transcurridas hasta el nacimiento (Pretérmino , Término , Posttérmino).

*Detección de malformaciones congénitas .

*Clasificación mediante la guía de evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido , que debe estar disponible en todas las áreas de expulsión en la institución (PreviGen VI).

*La evaluación de riesgo determinará el sitio a que se envía al recién nacido para su atención.

Riesgo Bajo	Alojamiento Conjunto
Riesgo Medio	Cunero de cuidados intermedios.
Riesgo Alto	Cunero de cuidados intensivos.

*Una vez evaluado el riesgo y con el recién nacido en situación estable debe ser enviado al sitio correspondiente para su atención , tomando las medidas preventivas necesarias para su seguridad y protección.

1.4.3.1 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN HOSPITAL:

Se debe hacer detección de riesgo mediante el PreviGen VIII.

La atención hospitalaria del recién nacido con Bajo Riesgo debe llevarse a cabo por personal de salud de primer nivel y por la madre en al área de alojamiento conjunto si las condiciones de la madre lo permiten , e implica :

-Cuidados generales .

-Vigilancia de signos vitales.

-Hidratación.

-Nutrición.

-Vigilancia de coloración de piel y tegumentos.

-Detección de hemorragia , infección o insuficiencia respiratoria.

-Prevención de accidentes.

Durante la estancia hospitalaria el recién nacido debe recibir :La primera dosis de B.C.G. y la primera dosis de Sabin.

La hidratación del recién nacido se debe hacer con solución glucosada al 5% mientras se establece la lactogénesis y lactopoyesis materna.

La nutrición debe ser proporcionada por la madre(Lactancia al seno)desde las primeras horas del puerperio a fin de favorecer la producción láctea y evitar complicaciones tan frecuentes como la mastitis y las grietas del pezón.

*LA lactancia materna debe favorecer la deambulación temprana de la puerpera y la involución uterina , así como la mejor evolución para la recuperación de sus constantes fisiológicas.

*El alojamiento conjunto y la lactancia materna temprana deben propiciar la hospitalización de corta estancia , disminuyendo el riesgo de infecciones hospitalarias para la madre y el recién nacido.

*El alojamiento conjunto debe disminuir la utilización de cuneros para recién nacidos sanos que solo estarán en él cuando no puedan ser atendidos adecuadamente por la madre.

*En los cuneros de bajo riesgo debe prevenirse la contaminación por leche o por hacinamiento , para evitar epidemias ,tomando todas las medidas de prevención necesarias.

*Durante la estancia hospitalaria del recién nacido se debe valorar la necesidad de circuncisión y llevarla a cabo si es indispensable.

*Se proporcionará la sinequiotomía en los casos en que no sea indispensable la circuncisión.

*Durante la estancia hospitalaria la madre debe recibir capacitación para cuidados generales de recién nacido en el hogar y para vigilancia y seguimiento específico de :

-Coloración de mucosas y tegumentos .

-Signos vitales.

-Evolución del cordón umbilical.

-Nutrición al seno materno.

-Estimulación psiconeurológica.

-Detección de enfermedades.

-Utilización de servicios de salud en caso necesario por urgencia en el primer mes.

-Control de método anticonceptivo adoptado o que se adoptará para

planificación familiar voluntaria.

-Control del crecimiento y desarrollo a partir del primer mes de vida , mediante la cédula correspondiente.

*Al egreso de la madre se le entregará la cédula de contrarreferencia con la cual debe solicitar la primera consulta de control de su hijo y de revisión para ella al cumplirse el mes de puerperio.

*En la cédula de contrarreferencia debe registrarse con esmero y responsabilidad todos los datos que en ella se piden y además los que se consideren necesarios para la evolución materna y del niño (PreviGen XI).¹

¹ Archivo de CIMIGEN

II

MARCO REFERENCIAL

***Regionalización de Iztapalapa , D. F.

***Cobertura directa de servicios a 50,000 personas que no acceden a servicios de Salud Reproductiva , área marginada correspondiente a una población de 250,000 habitantes (20%).

Financiamiento :

En su origen y los cuatro primeros años casi exclusivamente por la voluntad altruistas de la familia Silanes , con apoyos básicos de inversión por dependencias oficiales y privadas.

A partir de los cinco años de su fundación CIMIGen es autofinanciable en su gasto operativo y solo requiere apoyos específicos para bienes de inversión y trabajos específicos de investigación , enseñanza y capacitación de sus recursos humanos.

Logros más importantes :

Atención de 5,114 nacimientos hasta Agosto de 1997.

Mortalidad Materna	0
Mortalidad perinatal	10 por mil
Niños en seguimiento	90% en 1996
Mujeres con método anticonceptivo	75%
Embarazadas en Psicoprofilaxis Perinatal	35%
Lactancia al seno	100%

Fortalezas :

CIMIGen en sus diez años de operación ha logrado algunos avances en la Atención para la Salud Reproductiva.

Atención en servicios :

1.-Integración :Abarca todas las etapas de la vida reproductiva.

2.-Mística con calidad y calidez.

Nacimientos de niños sanos.

Ser mejores para servir mejor.

3.-Competencia profesional en cada nivel de riesgo (responsabilidad y confianza).

4.-Credibilidad de la comunidad.

5.-Participación activa de la comunidad.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE CIMIGEN

En este contexto se creó el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al nacimiento(CIMIGEN) en la Delegación Iztapalapa del D. F. México.

En 1987 con objetivos precisos , una organización sui géneris y estrategias lógicas inició sus labores con la aplicación y análisis de una encuesta reproductiva en el área de influencia , los resultados de esta encuesta fundamentaron ampliamente un programa operativo de atención perinatal.

La misión :

Contribuir con el Sector Salud a lograr el Nacimiento de Niños Sanos.

Objetivo :

Crear y probar un Centro de Atención Perinatal modelo que en un mediano plazo demostrara con resultados positivos que puede ser una alternativa para impulsar los objetivos básicos del Programa Nacional de Salud:

****Aumentar la cobertura**

****Mejorar la calidad de los servicios**

Organización :

Dirección vertical con cinco programas básicos desde su inicio :

- 1.-Investigación
- 2.-Enseñanza
- 3.-Atención para la Salud
- 4.-Proyección Social
- 5.-Administración

Estrategias :

*****El personal básico profesional de Enfermería y Obstetricia capacitado en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México , para la Atención Integral Materno Infantil.**

*****Normas de Atención Perinatal (CIMIGen 1988).**

*****Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal (CimiGen 1988).**

En aspectos gerenciales hemos logrado :

- 1.-Administración equilibrada que nos lleva al autofinanciamiento operativo.
- 2.-El equilibrio nos permite ofrecer servicios iguales a costos alcanzables.
- 3.-La inter-relación con otras instituciones nos permite ofrecer servicios de alto nivel a los usuarios que lo necesitan por su alto riesgo reproductivo (Instituto Nacional de Perinatología , Instituto Nacional de Pediatría , hospitales de la Secretaria de Salud).

En el aspecto Social :

- 1.-CIMIGen es Hospital Amigo del Niño y de la Madre (S.S.A.-UNICEF_OMS)
- 2.-Reconocimiento a la reponsible labor en salud reproductiva que llevan a cabo las Licenciadas de Enfermería y Obstetricia que aquí tienen un campo de aplicación y de superación profesional.
- 3.-Respaldo económico y político de personas y asociaciones civiles.

2

2.2 PERFIL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA QUE PROPORCIONA ATENCIÓN EN CIMIGEN

Como parte integral del Sistema Nacional de Salud , Enfermería viene articulando servicios novedosos en congruencia con las expectativas de ampliar su participación en la solución de grandes problemas de atención a la salud Materno Infantil.

CIMIGen como institución fundada con mira hacia el cambio en la Atención Materno Infantil , busco un personal con capacidades teóricas y prácticas para brindar atención primaria de calidad y calidez y encuentra en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia egresados cuyo Perfil Académico es el tener la capacidad de proporcionar atención obstétrica a la paciente de bajo riesgo perinatal ; considerando los métodos clínicos y epidemiológico para evaluar , detectar y disminuir los riesgos al binomio madre-hijo tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.

En este sentido y con la idea de dar prioridad a la prevención CIMIGen creo un Sistema de Atención Integral con el que se pueden detectar los factores de riesgo, desde antes de que la mujer este embarazada, durante el embarazo , en el momento del parto , en el nacimiento y durante la vigilancia del desarrollo de su hijo hasta el año de vida.

Buscando un sistema de medicina perinatal que sea eminentemente preventiva que ofrezca acciones de primer nivel de atención y escalonando servicios.

Los servicios que presta CIMIGen son atendidos por Licenciados en Enfermería y Obstetricia quienes solo reciben supervisión y asesoría por perinatologos y para los cuales sus principales objetivos son brindar una atención de calidad y calidez , pero sobre todo el nacimiento de niños sanos y la prevención oportuna de defectos al nacimiento.

2.3 PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO Y ATENCIÓN DE PARTO DE BAJO RIESGO

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene capacidades propias adquiridas a lo largo de su formación profesional para intervenir apropiadamente en la vigilancia del Trabajo de Parto , el personal que labora en esta área del hospital esta capacitado para detectar , inducir , conducir ,evaluar y vigilar el Trabajo de Parto y detectar en el momento más oportuno los factores de riesgo que condicionen alguna alteración materna y/o fetal ,mediante la utilización del Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal cuyos objetivos son :

- 1.-Detectar tempranamente factores de riesgo.
- 2.-Facilitar la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo.
- 3.-Proporcionar la referencia y contrarreferencia en forma oportuna e integral.

Durante la evolución del Trabajo de Parto el Licenciado se encargará de vigilar , apoyándose en el Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo tomando como referencia las guías PreviGen correspondientes para esta etapa , de forma consiente y responsable para brindar una atención apropiada y en caso necesario detectar oportunamente algún factor de riesgo, pero sobre todo proporcionar una atención perinatal de calidad que garantice el bienestar Materno-fetal.

LA CONCEPCIÓN

La concepción es la clave del embarazo ; considerando este como el proceso mediante el cual la especie humana puede perpetuarse.

En el cual la mujer gestante tiene cambios anatomofisiológicos y psicologicos a lo largo de 40 semanas de gestación , los cuales sirven para la formación , desarrollo orgánico y crecimiento del feto.

A partir de la semana 37 de gestación puede iniciarse el trabajo de parto como un fenómeno fisiológico dinámico que pasa de una etapa a otra como resultado de contracciones de diferente intensidad que producen un adelgazamiento progresivo y la dilatación del cuello uterino ; facilitando el descenso progresivo del feto por el canal del parto hasta lograr la expulsión y el nacimiento.

2.4 TRABAJO DE PARTO

Concepto : Se entiende por Trabajo de Parto como aquel fenómeno que pasa de una etapa a otra en forma insensible .

ASPECTOS FISIOLÓGICOS QUE INTERVIENEN

Se desconocen las causas que provoquen el inicio del Trabajo de Parto , pero se han postulado varias teorías :

- a)Teoría del estiramiento de las fibras musculares.
- b)Teoría del aumento de las prostaglandinas circulantes.
- c)Teoría de factores endocrinos diversos.

BASES FISIOLÓGICAS

a) Se piensa que la contracción uterina parte de un marcapasos ubicado en los cuernos uterinos fundamentalmente del lado derecho.

b)El reflejo de Ferguson.

c)El triple gradiente descendente.

d)La liberación de Prostaglandinas.

e)La disposición de las fibras musculares.

f)La bolsa hidrostática .

g)La cabeza fetal.

2.5 ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO AMBULATORIO

La atención del Trabajo de Parto en CIMIGEN entre otros aspectos se fundamenta en los trabajos de investigación realizados por el Dr. Caldeyro Barcia en los cuales hace referencia a lo siguiente :

1.- El Trabajo de Parto se acorta 1 hora cuando :

- a) Se favorece la posición vertical .
- b) La mujer debe estar parada , sentada o caminando para favorecer como consecuencia del vaivén , el encajamiento , descenso y progresión de la dilatación.
- c) En posición vertical la acción de la gravedad sobre el feto es sinérgica con las contracciones.
- d) El ángulo de conducción de la columna materna y fetal es más amplio en posición vertical.
- e) Se previene la compresión de la vena cava inferior y otras arterias , aorta e ilíacas.
- f) Se aumenta la ventilación pulmonar en las zonas bajas del pulmón.

2. Desde el punto de vista emocional :

- a) Se debe realizar preparación de la mujer y la pareja en psicoprofilaxis perinatal.
- b) Favorecer la presencia de la pareja en estos eventos.
- c) La madre debe tener a su hijo inmediatamente después del nacimiento.
- d) Debe amamantarlo libremente .³

³ Caldeyro Barcia , Bases Fisiológicas y Psicológicas para el manejo humanizado del parto normal .Tokio Japón , 1979.

2.6 FISIOLÓGÍA DEL TRABAJO DE PARTO

Se puede mencionar y para fines de CIMIGEN se separa en las siguientes etapas desde el punto de vista clínico :

PREPARTO

Concepto : Es el período que antecede al Trabajo de Parto.

Objetivo : Propiciar la madurez cervical

- Centralización
- Reblandecimiento
- Acortamiento

Características de las contracciones:

Contracciones de Braxton Hicks

- Se presentan de manera irregular
- Son indoloras
- No son perceptibles por la paciente
- No se irradian a la región lumbosacra
- No se modifican en breve plazo

Finalidad :

- a) Favorecer que ocurra la presentación cefálica (Ley de Pagott).
- b) Lograr en el producto una actitud de flexión óptima.
- c) Orientar la presentación hacia la excavación pélvica.
- d) Expandir el segmento inferior del útero.
- e) Acortar el cervix.
- f) Encajar la presentación en las primigestas y abocar en las multigestas.

TRABAJO DE PARTO

Concepto : Es aquella etapa en que la dinámica uterina es regular y efectiva.

Se divide en 3 períodos :

- a) Primer período o fase de borramiento y dilatación cervical.

Objetivo : Lograr la modificación favorable del cervix.

¹ Mondragón Hector, Obstetricia Básica Ilustrada, Ed. Trillas, México, 1991 p.171

Duración : Inicia con las contracciones uterinas y termina cuando el borramiento y dilatación son completos.

A su vez se subdividen en : - Fase Latente
- Fase Activa

Características :

Fase Latente : -Dilatación cervical de 0 -3 centímetros .
-Contracciones uterinas de 25 a 35 segundos .
-Irregulares.
-Frecuencia 1 - 2 en 10 minutos.

Fase Activa : -Dilatación progresiva.
-De pie.
-Presentar el triple gradiente descendente.
-Involuntarias e intermitentes.
-Regulares .
-Cada vez más intensas de 30 a 50 mmhg.
-Actividad uterina de 100 a 250 UM.
-Su duración progresa a medida que se acerca el parto.

Para que se logre la dilatación completa intervienen :

- Las contracciones.
- La acción hidrostática de la bolsa de las aguas.
- La acción de la válvula esférica e la cabeza fetal.

b)Segundo período Expulsión

Objetivo :Expulsar el producto de la concepción de la cavidad uterina.

Duración : Inicia con la dilatación y borramiento completos y termina con la expulsión del producto.

Características :

Durante este período se completan las fases del mecanismo de trabajo de parto realizados por la presentación fetal para favorecer la expulsión y presenta las siguientes etapas :

a)Encajamiento

- Flexión.
- Orientación
- Asinclitismo

b)Descenso

- Rotación interna .

c)Expulsión

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

5

Cabe resaltar que las fuerzas expulsivas que interactúan en el segundo período se derivan de :

- Las contracciones uterinas.
- Los esfuerzos voluntarios.
- La acción de los músculos elevadores del ano que provocan el reflejo de pujo.

c)Tercer periodo Alumbramiento

Objetivo :Expulsar la placenta post parto y dejar la cavidad uterina virtualmente limpia.

Duración : Inicia con la expulsión del producto y termina con la salida de la placenta y restos ovulares. (5 a 30 minutos)

Características :

Al salir el producto el útero se contrae y disminuye su espacio ; disminuye el área de fijación de la placenta y esta se hace más gruesa y ya que la placenta no se puede comprimir se desprende de algunos lugares de la pared del útero , aparece una hendidura entre la placenta y la capa de la decidua basal ,aumentando con las contracciones ; cuando no hay contracción en ese espacio fluye sangre y llena los espacios situados debajo de las zonas de desprendimiento placentario, todas estas colecciones retroplacentarias de sangre siendo incomprensibles son desplazadas lateralmente separando aun más la capa de decidua, al continuar este proceso hace que la porción central de la placenta se abombe en la cavidad uterina, finalmente la presión hace que se derrame sangre del útero hacia la vagina indicando el desprendimiento total de la placenta.

⁵ IDEM : Op. Cit . p. 179.

2.7 VIGILANCIA FETAL INTRAPARTO

Concepto : Es la vigilancia del feto dentro del Trabajo de Parto que incluye I y II período .

Métodos para la vigilancia fetal :

- Fonocardiografía .- Señal acústica.
- Ecografía .- Señal ultrasónica
- Electrocardiografía .- Señal eléctrica
- Auscultación directa con Pinard.-Manual

MODELO FISIOLÓGICO DE LA FRECUENCIA CARDIACA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

BASES FISIOLÓGICAS

a) **Contracción uterina** _____ Vasoconstricción , cierre del lecho placentario

Disminución de la perfusión sanguínea

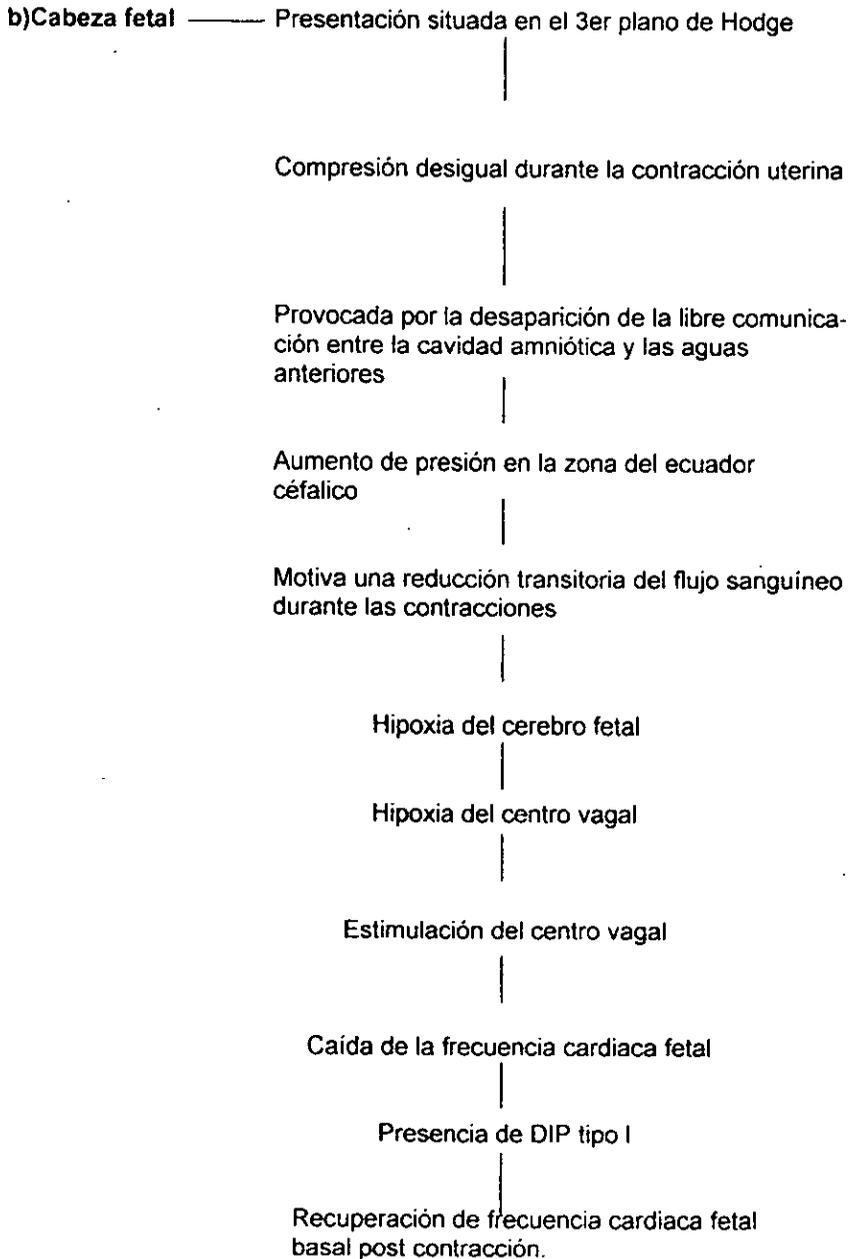
Disminución en el intercambio de gases oxígeno y bioxido de carbono fundamentalmente

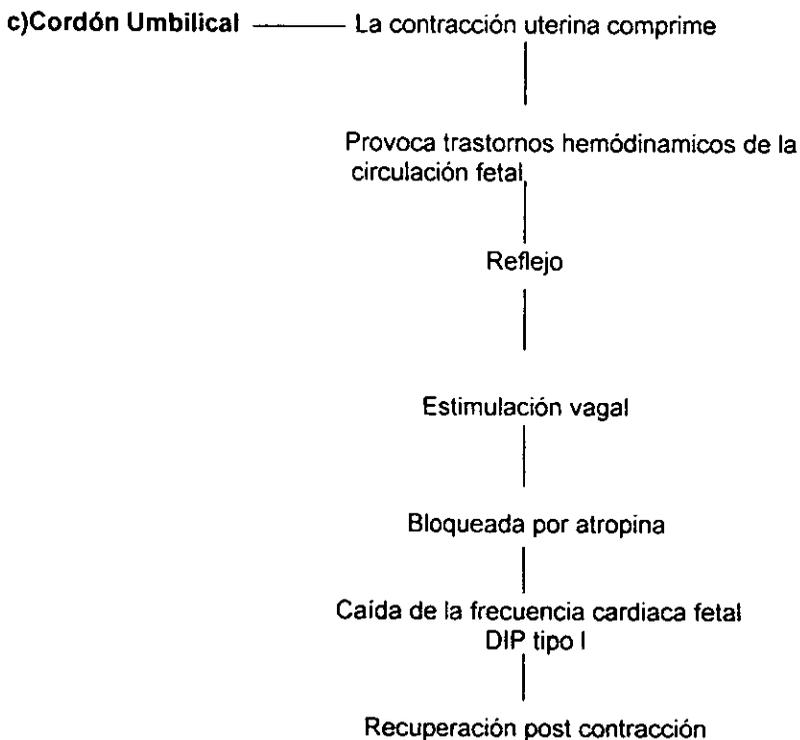
Aumento de frecuencia cardiaca como mecanismo compensatorio

Inmediatamente posterior a la contracción uterina se recupera su cifra basal.

6

⁶ Mallafré José , Clinica Ginecologica Monitorización Intraparto, Ed. Salvat, Barcelona , p.87.





7

La vigilancia fetal tiene por objetivo el detectar alteraciones patológicas como se mencionaran a continuación.

Las diferencias que se presentan en la frecuencia cardiaca fetal son clasificadas como :alteraciones de la frecuencia cardiaca basal .

Taquicardia :Se define como la frecuencia cardiaca basal por arriba de 160 latidos por minuto.

Bradicardia :Se define como la frecuencia cardiaca basal inferior a 120 latidos por minuto

Clasificación de Taquicardia :

Leve 160 - 170 latidos por minuto

Moderada 171 - 180 latidos por minuto

Severa 181 y más

Para fines de CIMIGEN la frecuencia cardiaca basal será determinada de forma manual con estetoscopio de Pinard y solo en casos necesarios se utilizará el tocardiografo.

2.8 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA TOCOQUIRURGICA DE CIMIGEN

El área tocoquirúrgica de esta institución cuenta con los siguientes servicios:

Sala de admisión la cual esta ubicada al lado derecho del hospital , considerado como referencia el pasillo principal , esta área esta dividida en dos ; una en donde se realiza el interrogatorio de la paciente y otra en donde es realizada la exploración física y ginecologica , esta área cuenta con los siguientes recursos :

Recursos físicos : -2 mesas de exploración.
 -1 mesa de curaciones.
 -1 escritorio.
 -3 sillas.
 -1 lampara de chicote.
 -1 lavamanos.
 -1 toallero.
 -2 lamparas de luz blanca.

Recursos técnicos : -1 Baumanometro.
 -1 Doppler.
 -1 estetoscopio.
 -1 báscula
 -1 Guía para reanimación cardiopulmonar.
 -1 frasco de dextrostix.
 -1 frasco de bililabstix.
 -1 termometro.

Recursos materiales : -1 fco. de solución de isodine.
 -1 fco. de solución isodine espuma.
 -1 fco. de benzal.
 -1 fco. de merthiolate.
 -2 torunderas.
 -1 ligadura.
 -1 cinta métrica.
 - Jeringas.
 - Lancetas.
 -1 rastrillo.
 - gasas.
 - ampulas de buscapina.
 - ampulas de oxitocina.
 - soluciones
 - venoset.
 - punzocat.
 - batas para pacientes.

- guantes desechables.
- agujas. - navajas para rasurar.

Consecutivamente al área de admisión tenemos el área de parto ambulatorio, cual cuenta con una habitación o sala en la cual puede la paciente descansar si lo desea o bien para ubicarse en ella para revaloración y esta cuenta con :

- Recursos físicos : -2 camas para paciente.
- 2 sillones.
 - 1 lavamanos.
 - 2 tripie.
 - 1 mesa de preparación para medicamentos.
 - 1 cuna.
 - 4 fcos. para aspirador.
 - 4 tomas para aspirador.
 - 4 tomas para oxígeno.
 - 4 fcos. borboteadores.
 - 2 lamparas de luz blanca.

- Recursos técnicos : -1 estetoscopio de pinard.
- 1 libreta de material.

- Recursos materiales : -1 fco. de jabón.
- 1 fco. de benzal.
 - 1 fco. de isodine espuma.
 - 1 fco. de torundas.
 - jeringas.
 - guantes estériles.
 - sondas para aspiración.
 - tabletas uteroinhibidoras.
 - gasas.
 - punzocats.
 - catéter epidural.
 - agujas.

Entre la sala de parto ambulatorio y admisión encontramos la unidad de cuidados intermedios (UCIGEN). La cual cuenta con los siguientes recursos:

- Recursos físicos : -6 tomas empotradas para oxígeno.
- 6 tomas empotradas para aspirador.
 - 1 toallero.
 - 1 tarja.
 - 3 botes para basura.
 - 1 reloj.
 - 3 sillas.
 - 1 tánico.
 - 1 lavabo.
 - 3 lamparas de luz blanca.

- 1 buro con 2 cajones.
- 1 palomero para medicamentos.
- 1 cuadro para detección temprana de malformaciones.
- 1 gabinete con 4 puertas y espejos.

- Recursos técnicos :
- 3 estetoscopios.
 - 1 termómetro.
 - 4 cunas térmicas.
 - Manuales.
 - 1 encubadora.
 - 1 libreta para registro de pacientes.
 - 1 libreta para registro de material.

- Recursos materiales :
- medicamentos.
 - soluciones.
 - soluciones antisépticas.
 - gasas.
 - sondas .
 - jeringas.
 - lancetas.
 - agujas.
 - punzocats.
 - aviones.
 - cinta umbilical.
 - abateleguas.
 - llaves de 3 cruces.
 - perillas.
 - cánulas.
 - canastillas con tubos de ensaye para muestras.

Se cuenta también con una sala de registro tocardiografico y tiene los siguientes recursos :

- Recursos físicos :
- 1 toma empotrada para oxígeno.
 - 1 toma para aspirador.
 - 1 toallero.
 - 1 tarja.
 - 1 silla.
 - 1 fco. para aspirador
 - 1 cama .

- Recursos técnicos :
- 1 tocardiografo.
 - papel para registros.

- Recursos materiales :
- gel
 - 1 libreta de registro de pacientes.
 - 1 toalla.

Existen dos salas de expulsión las cuales están equipadas de la siguiente manera :

Recursos físicos :

- 1 reloj.
- 2 tomas de oxígeno.
- 2 tomas para aspirador.
- 2 fcos. para aspirador.
- 1 extinguidor.
- 1 recolector de punzocortantes.
- 1 camilla.
- 1 mesa parteur.
- 1 lampara zenital.
- mesa de expulsión.
- 8 lamparas de luz blanca.
- 1 cama de atención de partos valenciana.
- 2 mesas de riñón.
- 1 mesa de curaciones.
- 1 báscula pediátrica.
- 1 cuna térmica.
- 2 portacubetas.
- 4 botes.
- 1 tánico.
- 1 tarja automática.
- 1 carro rojo (portabáscula).
- 3 lamparas de chicote.
- 2 bancos de altura.

Recursos técnicos :

- 1 báscula pediátrica.
- 1 estetoscopio de pinard.
- 1 estetoscopio.
- 1 termómetro.
- 1 valoración de Apgar.
- 1 valoración de Capurro.
- 1 valoración de Silverman.
- 1 valoración de Vargas.
- 1 guías de reanimación neonatal.

Recursos materiales :

- Soluciones antisépticas.
- guantes estériles.
- xilocaína.
- torundera.
- budinera con tijeras.
- pinzas de traslado.
- soluciones.
- gasas.
- punzocats.

- ampúlas de oxitocina.
- ampulas de vitamina k.
- aviones.
- ambú.
- laringoscopio.
- jeringas.
- cinta umbilical.
- gotas de cloranfenicol.
- sondas para aspiración.
- catéter epidural.
- venoset.
- sondas Nelaton.
- suturas.
- toallas sanitarias.
- 4 mandiles para pediatra y obstetra.
- 1 camilla.

Ya para finalizar existen 2 salas de quirófano las cuales cuentan con los siguientes recursos :

- Recursos físicos :
- 2 tomas empotradas para oxígeno.
 - 2 tomas empotradas para aspirador.
 - 2 fcos. para aspiración.
 - 4 mandiles.
 - 1 extinguidor.
 - cepillos para lavado quirúrgico.
 - 2 mesas quirúrgicas.
 - 2 lamparas zenital.
 - 1 cuna térmica.
 - 1 reloj.
 - 1 camilla.
 - 2 tánicos.
 - 2 portacubetas.
 - 1 recolector de punzocortantes.
 - 1 cauterizador.
 - 1 electrocardiograma.
 - 2 carros de anestesia.
 - 1 mesa de riñón.
 - 1 mesa de mayo.
 - 1 tarja para lavado de material.
 - 1 tarja automática para lavado quirúrgico.
 - 2 bancos de altura.
 - 1 tripie.
 - 2 botes para basura.

- Recursos técnicos :
- 1 guía de reanimación neonatal.
 - 1 báscula pediátrica.

- 1 valoración de Apgar.
- 1 valoración de Capurro.
- 1 valoración de Silverman.
- 1 valoración de Vargas.
- 1 termómetro.
- 1 baumanómetro.

- Recursos materiales :
- sondas nelatón.
 - sondas foley.
 - drenovac.
 - 1 pinzas de traslado
 - tela adhesiva.
 - micropore.
 - tijeras Metzenbao .
 - tijeras de Mayo.
 - gasas.
 - vendas.
 - guantes estériles.
 - xilocaína.
 - punzocats.
 - jeringas.
 - catéter epidural.
 - soluciones.
 - hemacel.
 - sondas para aspiración.
 - laringoscopio.
 - cánulas.
 - bisturí.
 - equipo de aseo.
 - bulto para cesárea.
 - tubo de latex.
 - perillas.
 - cinta métrica.
 - 1 lámpara de chicote.
 - 1 caja para anestesia.
 - budineras.
 - medicamentos.

III
DESARROLLO
DE
PROCEDIMIENTOS

ADMISION

3.1.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE

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

- **¿ Cuando empezó el trabajo de parto ?
- **¿Cual es el patrón actual de contracciones ?
- **¿Cuándo se le rompieron las membranas ?
- **Signos vitales iniciales.
- **Frecuencia cardíaca fetal.
- **Paridad de la mujer, tipo de asistencia prenatal y plan para el parto.
- **Cualquier problema presente que afecte la evolución del parto.

Asistencia al parto : Ingreso después de selección

- Determinar las prioridades de las pacientes.
- Obtener historia completa de ingreso y valoración física .
- Utilizar el equipo de monitorización fetal con exactitud cuando se sospeche de alteraciones fetales.
- Revisar los datos de los cuidados prenatales.
- Detectar patologías de alto riesgo que exigen atención médica inmediata.
- Mantener comunicación con la mujer y su acompañante.
- Explicarle a la paciente de los procedimientos de ingreso.
- Documentar toda la asistencia y los tratamientos.
- No olvidar utilizar todas las precauciones generales en toda asistencia. ⁸

⁸ Dichason Jan , Enfermería Materno Infantil , Ed. Mosby Doyma, México , p. 254.

3.1.2 MEDICIÓN Y VALORACION DE LA PRESIÓN ARTERIAL MATERNA

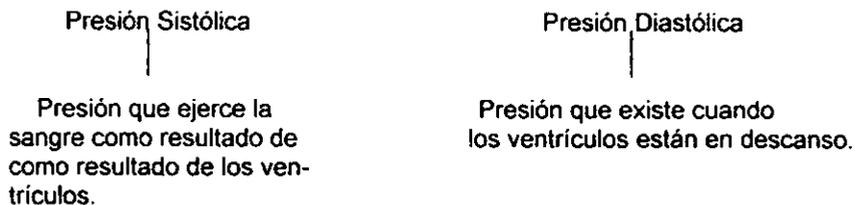
Concepto : Es la medición de la presión que ejerce la sangre al ser impulsada a través de las arterias.

Objetivo : Determinar que los parámetros de presión materna se encuentran dentro de los límites aceptables y de lo contrario actuar inmediatamente.

Fundamentación : Presión Sanguínea Arterial

|
Resultado del gasto cardiaco
por la resistencia vascular.

Existen dos tipos de Presión Sangüínea :



La presión se evalúa por lo general en el brazo de la paciente por medio de la arteria braquial y un estetoscopio se identifican las 5 fases en la serie de ruidos de Korotkoff.

Material :- Baumanometro.
-.Estetoscopio.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Ayudar a la paciente a asumir una posición adecuada y cómoda .
- 3.-Colocar su brazo flexionado ligeramente con la palma de la mano hacia arriba y el antebrazo apoyado al nivel del corazón.
- 4.-Exponer la parte superior del brazo.
- 5.-Se asegura el manguito desinflado de manera uniforme alrededor de la parte superior del brazo de manera que el centro del globo se aplique sobre la arteria braquial.
- 6.-Se debe palpar la arteria braquial con la punta de los dedos; está se encuentra de manera medial entre el espacio antecúbito.
- 7.-Verificar que la válvula de bombeo este cerrada al girar la perilla en sentido de las manecillas del reloj.
- 8.-Bombiese el manguito hasta que se sienta el pulso braquial.

- 9.-La presión que el baumanometro no registre el pulso será adecuada para dar una estimación de la presión máxima que se requiere para medir la presión sistólica.
- 10.-Pongase los auriculares del estetoscopio en los oídos y deje que cuelgue con libertad.
- 11.-Colocar el diafragma del estetoscopio en el pulso braquial y se sostiene el diafragma con el dedo pulgar e índice.
- 12.-Insufle el manguito hasta que el mercurio del baumanometro este aproximadamente 30 mmhg por encima del punto donde desaparece el pulso braquial.
- 13.-Liberar la válvula del manguito de la presión y esta debe disminuir a razón aproximadamente de 2-3 mmhg por segundo.
- 14.-Al disminuir la presión se debe de identificar las 5 fases de los ruidos de Korokcoff.
- 15.-Retire el manguito del brazo de la paciente.
- 16.-Registrar la determinación de la presión sistólica en la nota de ingreso y posteriormente en el partograma cuando se realicen revaloraciones sucesivas.⁹

Observaciones :

Los datos obtenidos asociarlos con los factores de riesgo de la guía de PreviGen III :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
02 Presión arterial sistólica	140 - 160	161 y más
03 Presión arterial diastólica	91 - 109	110 y más

- Revisar norma técnica para la preclamsia - eclamsia del IMSS.
- No medir la Tensión arterial durante la contracción ya que está aumenta por vasoconstricción periférica.

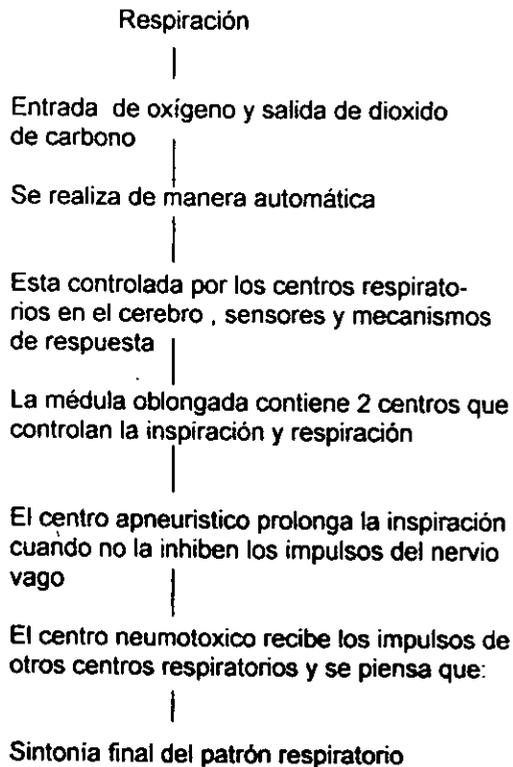
⁹ Koziar Barbara ,Enfermería Fundamental,Ed. Interamericana ,México, 1989 ,p.378

3.1.3 RESPIRACIÓN

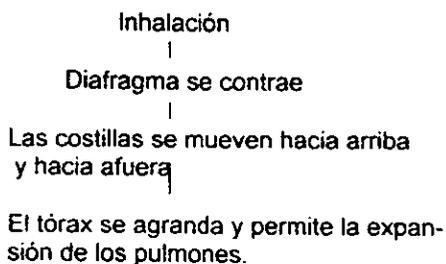
Concepto : La respiración es el acto de inhalar y exhalar ; incluye la entrada de oxígeno y salida de bioxido de carbono.

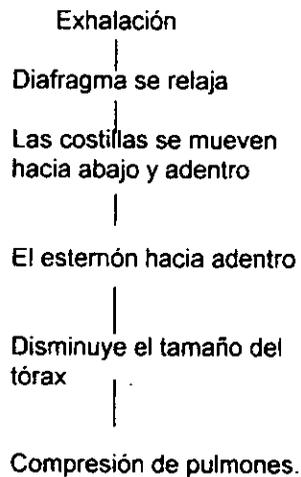
Objetivo : Verificar el ritmo respiratorio y compararlo con los parámetros normales y detectar anomalías oportunamente.

Fundamentación :



Mecanismo de la respiración :





Material : -Reloj con segundero.

Técnica :

- 1.-Verificar el estado de tranquilidad de la paciente.
- 2.-Inspeccionar la coloración de la piel de la paciente.
- 3.-Colocar una mano contra el pecho de la paciente para sentir los movimientos, o se coloca el brazo de la paciente sobre el pecho para tomar el pulso radial y se observa simultáneamente la respiración.
- 4.-Cuentese la frecuencia respiratoria por 30 segundos, si las respiraciones son regulares y 60 segundos si es irregular.
- 5.-Registrar la frecuencia respiratoria en la nota de ingreso y en registros sucesivos si es necesario.¹⁰

¹⁰ Kozier Barbara , Enfermería Fundamental , Ed. Interamericana , México , 1989 , p. 369.

3.1.4 TEMPERATURA

Concepto : Es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que pierde el mismo.

Objetivo : Vigilar la temperatura corporal de un individuo comparándola con los parámetros normales establecidos.

Fundamentación : El ser humano pierde calor por medio de :

Metabolismo de: carbohidratos , grasas , prt.

Sintetizan ATP y producen energía.

A su vez también pierde calor por :
radiación , conducción , convección y
vaporización ;

El calor esta regulado por : sensores de
la periferia , centro integrado por el hipotala-
mo , sistema efector que se ajusta a la per-
dida o aumento de calor.

La temperatura corporal se puede medir en : axila , recto u boca.

Las alteraciones de la temperatura se clasifican en :

****Hipertermia :** Sostener temperatura corporal de + de 37.8° C con método bucal y 38° C con método rectal.

****Hipotermia :** Sostener temperatura corporal por abajo de 35° C con método bucal y 35.5° C con método rectal.

Material : - Termómetro de mercurio en vidrio.
- Toallas desechables.

Técnica :

- 1.- Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.- Sacar el termómetro de su estuche , observar la lectura del termómetro y si es necesario bajarlo al limite menor , tomándolo entre el pulgar y el índice y sacudiendo el mercurio ; se debe mover la muñeca hacia abajo , has-

- ta que el mercurio esté abajo de 35° C.
- 3.-Se expone la axila de la paciente , verificando que este seca , si no es así secarla con palmaditas con una toalla desechable.
 - 4.-Coloque el termómetro en la axila de la paciente.
 - 5.-Ayudar a la paciente a colocar el brazo apretado contra el pecho.
 - 6.-Se debe dejar el termómetro por 5 min.
 - 7.-Retirar el termómetro.
 - 8.-Léase la temperatura sosteniendo el termómetro a nivel del ojo y gírese el termómetro hasta que la columna de mercurio sea visible ; la punta superior de la columna de mercurio registra la temperatura corporal de la paciente.
 - 9.-Lavar el termómetro con agua y jabón y se enfría con agua fría ,se seca y se guarda en su estuche.¹¹
 - 10.-Registrar la temperatura en la nota de ingreso y consecutivamente en el partograma.

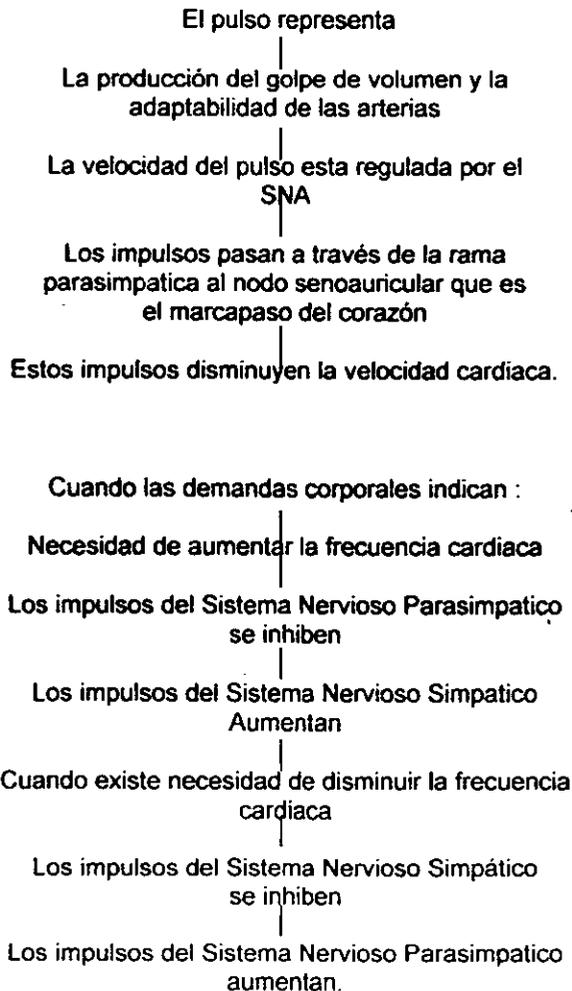
¹¹ Koziar Barbara , Enfermería Fundamental , De. Interamericana , México , 1980 ,p. 358.

3.1.5 FRECUENCIA CARDIACA MATERNA

Concepto : El pulso es la onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón ; el corazón es una bomba pulsátil y la sangre entrada en las arterias con cada latido cardiaco , que causa pulsos de presión u ondas pulsátiles.

Objetivo : Detectar oportunamente alteraciones de la frecuencia cardiaca materna que condicionen un factor de riesgo para ella y el producto.

Fundamentación :



El pulso se evalúa por medio de palpación u auscultación , considerando los sitios más factibles para evaluarlo el carotideo ,el apical y el radial.

Material : - Reloj con segundero para contar la frecuencia del pulso.
- Estetoscopio.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente de la realización del procedimiento.
- 2.-Valorar el estado emocional de la paciente.
- 3.-Colocar a la paciente en posición cómoda en la mesa de exploración.
- 4.-Seleccionar el punto de pulso en donde se vaya a tomar.
- 5.-Si se va a evaluar el pulso radial , se deja el brazo que descansa a lo largo con la palma hacia afuera.
- 6.-Se palpa el pulso y se colocan las 3 puntas de los dedos medios haciendo una presión media.
- 7.-Si se va a evaluar el pulso carotideo se debe localizar y hacer una ligera presión con los 3 dedos medios.
- 8.-Si se va a evaluar el pulso apical; se localiza el impulso apical sobre el ápice del corazón.
 - Se coloca el índice a la izquierda del esternón del paciente y se palpa el segundo espacio intercostal.
 - Se coloca el dedo medio en el tercer espacio intercostal y se continua la palpación hacia abajo hasta que se localice el pulso ápical.
 - Se coloca en el diafragma el estetoscopio sobre el impulso ápical y se escuchan los ruidos cardiacos normales s1 y s2 que deben escuchar "Lubdud" cada sonido es un latido.
- 9.-Para cualquiera de los 3 pulsos se deben contar por 30 segundos y multiplicar por 2 si es regular y si es irregular contar 1 minuto.¹²
- 10.-Registrar los datos encontrados en la nota de ingreso y en el partograma sucesivamente y posteriormente en las notas post parto.

Observaciones :

Cuando se valore el pulso nunca debe efectuarse durante la contracción ya que esta condiciona una vasoconstricción periférica lo cual aumenta la frecuencia cardiaca y nos daría datos falsos.

¹² Kozier Barbara ,Enfermería Fundamental , Ed.Interamericana ,México , 1989 ,p 442.

3.1.6 EXPLORACIÓN MAMARIA

Concepto : Es la revisión de las características mamarias de la mujer embarazada.

Objetivo : Conocer si las características del pezón favorecen el inicio temprano de la lactancia materna al nacimiento.

Fundamentación :

La exploración mamaria es un procedimiento que se debe realizar toda mujer para detectar alteraciones anormales en las mamas.

Las mamas están constituidas anatómicamente de la siguiente manera y sus funciones son :

NOMBRE	FUNCIÓN Y DESCRIPCIÓN
Pezón	Es el extremo de la mama, contiene gran inervación y es responsable de los reflejos de lactación.
Areola	Superficie circular que rodea el pezón , de coloración oscura; que contiene glándulas cebaceas encargadas de proteger , estas glándulas son pequeñas salientes llamadas tubérculos de Montgomery.
Alvéolos	Son grupos de células en donde se produce la leche.
Lobulillos	Se encuentran en grupos de 10 a 100 lobulillos en torno a un conducto.
Lóbulos	Es la agrupación de 20 a 25 lobulillos que desembocan en el sistema colector que termina en el pezón
Sistema colector	La leche desemboca en los conductos galactoforos que al llegar a la base del pezón forman los senos lactóforos.

Adecuación para la Lactancia

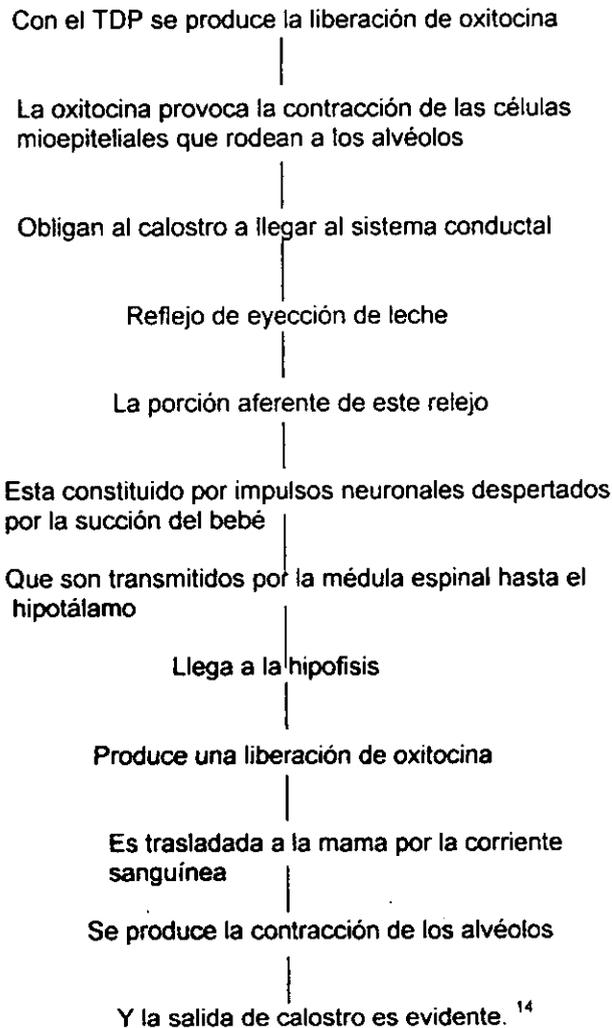
Mediante la exploración determinar tipo de pezón : Plano , normal o invertido.

Las mamas ————— Aumentan y se hacen más firmes con el embarazo

Los pezones crecen y los alvéolos producen calostro

Aumenta la vascularización.¹³

¹³ Archivo de CIMIGEN



Técnica:

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Colocar a la paciente sentada o acostada en la mesa de exploración.
- 3.-Pedirle que se descubra el tórax.
- 4.-Pedirle que coloque ambas manos en la nuca.
- 5.-Observar la simetría , coloración , textura de las mamas.

¹⁴ Caplan ,Ronald , Fundamentos de Obstetricia ,Ed.Limusa ,México , 1987 . p. 108.

- 6.-Palpar las mamas en toda la superficie imaginando una estrella , en busca de nódulos fijos o movibles.
- 7.-Presionar gentilmente el pezón en busca de emisión de calostro.
- 8.-Verificar el tipo de pezón ; para corroborar la erección de estos.
- 9.-Pedirle que se cubra el tórax.
- 10.-Registrar en la nota de ingreso los datos encontrados.

Observaciones :

Durante la exploración se investigará :

- **Espectativas hacia la lactancia.
- **Información recibida sobre la lactancia en control prenatal.
- **Se dará orientación sobre el apego materno.
- **En caso de detectar pezón plano ó invertido , lo referirá en su nota de ingreso y se establecerán medidas para su manejo en alojamiento conjunto y también se hará referencia en la nota post parto.

3.1.7 MANIOBRAS DE LEOPOLD

Concepto : Es una valoración clínica mediante la cual el obstetra puede valorar a través de una palpación abdominal externa la presentación , situación , dorso y grado de encajamiento.

Objetivo : Detectar oportunamente presentaciones podálicas , situaciones transversas u oblicuas para tomar medidas de acuerdo a la cercanía del nacimiento.

Fundamentación : Hacia la segunda mitad del embarazo el feto es palpable a través de las paredes abdominales , a través de esta palpación se puede determinar la posición del cuerpo fetal en el útero y registrarlo en el expediente clínico hacia la semana 20 de gestación , al realizar las maniobras y detectar alguna anomalía de importancia , las medidas ulteriores dependen de la cercanía del parto.

Técnica :

- 1.- Informar a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.- Pedirle a la paciente que se coloque en decúbito dorsal y se descubra el abdomen.
- 3.- El clínico debe estar mirando hacia la cabeza de la paciente y estar parado a un lado de ella las 3 primeras maniobras.
- 4.- Primera maniobra : Se coloca la mano izquierda abierta en el fondo de útero y la derecha en el polo inferior , con esto se pretende precisar :
 - Altura del fondo uterino.
 - Situación del producto.
 - Presentación del mismo.
 - Altura de la presentación.
- 5.- Segunda maniobra : Se colocan las palmas de ambas manos en el abdomen una a cada lado del útero , esta maniobra permite :
 - Precisar la posición del producto.
 - Corroborar la situación del mismo.
- 6.- Tercera maniobra : Las palmas de las manos se apoyan en el hipogastrio para localizar el polo inferior del producto lo cual permite conocer :
 - Actitud de la presentación.
 - Grado de encajamiento.¹⁵
- 7.- Cuarta maniobra : En la siguiente maniobra el clínico debe colocarse mirando hacia los pies de la paciente.
Se realiza cuando la cabeza fetal ya está encajada.
Se colocan ambas manos una a un lado y otra al lado del polo inferior del útero justo arriba del polo inferior , cuando se ejerce presión hacia tal estrecho una mano puede descender más que otra , la parte que impide el descenso profundo de una mano se denomina prominencia cefálica , per-

¹⁵ Mondragón Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada , Ed. Trillas , México , 19991 , p. 145.

mite conocer :

-El lado en que se encuentra la prominencia céfalica. ¹⁶

8.-Se debe registrar en la nota de ingreso presentación , posición , situación, grado de encajamiento.

Observaciones :

-Nunca explorar durante la contracción.

¹⁶ Scott Jammes ,Disai Philiph ,Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth,Ed. Interamericana , México , 1991 ,p.444.

3.1.8 MEDICIÓN DE FONDO UTERINO

Concepto : Es la cuantificación en centímetros del crecimiento uterino de la mujer gestante.

Objetivo : Valorar el que el crecimiento uterino sea adecuado y detectar oportunamente : crecimiento (anormal mayor , ó anormal menor).

Fundamentación : El crecimiento progresivo uterino es signo de bienestar fetal ; además de ser utilizado también para calcular la edad gestacional y el peso probable del producto (MacDonald y Jonhson).

Diversos autores mencionan que la altura del fondo medida desde la sínfisis del pubis en centímetros con vejiga vacía , es casi igual a las semanas de gestación entre la semana 20 y la 31 de gestación.

Material : Cinta métrica.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Pedirle a la paciente que orine antes de efectuar el procedimiento.
- 3.-Colocarla en la mesa de exploración en decúbito dorsal y pedirle que se descubra el abdomen.
- 4.-Tomar la cinta métrica y colocarla sobre el borde superior de la sínfisis del pubis y dirigirla hacia el fondo del útero en línea vertical.
- 5.-Observar los centímetros y registrarlos en la nota de ingreso .

Observaciones :

MacDonald : Una vez establecidos los centímetros que mide el fondo uterino es posible aplicar la regla de MacDonald para hacer una estimación de las semanas de gestación.

$$\text{Fondo uterino} \times 8 - 7 = \text{Semanas de Gestación.}$$

También es factible establecer el cálculo del peso del producto (Regla de Jonhson) de la siguiente manera :

El peso fetal en gramos es igual a las mediciones de fondo uterino en cm. menos "N" que es 12 si el vértex está a nivel de las espinas isquiáticas o por arriba , u 11 si el vértex está por debajo de las espinas multiplicado por 155.

Ejemplo : Una mujer grávida con altura de fondo uterino de 30 cm en la cual el vértex está en estación -2 se puede representar como :

$$30 \times 12 \times 155 = 2790 \text{ gr.}$$

3.1.9 AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Concepto : Es la valoración mediante la auscultación del estado cardiovascular fetal.

Objetivo : Vigilar constantemente el estado cardiovascular fetal , tanto en el embarazo como en el TDP.

Fundamentación : La FCF es un indicativo del bienestar del producto , al escucharla periódicamente durante el TDP y parto y registrarla da la posibilidad de detectar oportunamente factores de riesgo que condicionen alteraciones del producto que si no son atendidas en el momento preciso pueden causarle la muerte .

Material : -Estetoscopio de Pinard.
-Reloj.

Técnica :

- 1.- Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Buscar mediante la segunda maniobra de Leopold en que lado se palpa el reborde óseo lineal , o sea la espalda y en el otro numerosas partes nodulares esto nos esta indicando el dorso que tiene el producto.
- 3.-Colocar el estetoscopio de acuerdo con el dorso del producto apoyandolo en el abdomen y sosteniéndolo con la cabeza del que realiza la auscultación.
- 4.-Contar la frecuencia cardiaca fetal por 15 segundos , dejando entre periodo y período de 15 segundos durante los que se contaban los latidos 5 segundos de descanso sin contar latidos.
- 5.-Así se van sucediendo los periodos de 15 segundos durante los cuales se cuentan los latidos con periodos de descanso de 5 segundos.
- 6.-Anotar el número de latidos de cada periodo de 15 segundos y posteriormente multiplicarlo por 4 ; así se obtendrá la frecuencia cardiaca fetal.
- 7.-La frecuencia cardiaca fetal se debe de valorar antes , durante y después de la contracción.
- 8.-De la misma forma se obtiene la variación de acuerdo al bienestar fetal en contracción , colocando la mano en el abdomen en el momento de inicio, de máxima intensidad y final de la contracción.
- 9.-Registrar en la nota de ingreso la FCF y posteriormente en el partograma.

Observaciones :

Los datos obtenidos serán asociados con los factores de riesgo de la guía de PreviGen V :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
02 Frecuencia cardiaca	111 - 120	110 ó menos
03 fetal	151 - 160	161 ó más

3.1.10 EXPLORACIÓN VAGINAL

Concepto : Es la introducción vaginal de los dedos índice y medio de la mano del obstetra en la vagina de la paciente para determinar las características cervicales , pelvimetría y aspectos referentes a la presentación fetal.

Objetivo : Determinar oportunamente los cambios cervicales , de membranas amnióticas y la variedad de posición del producto.

Fundamentación: Exploración Vaginal

|

Mediante exploración ginecología interna manual

|

Determinar las condiciones cervicales pelvimétricas y fetales

|

De la mujer embarazada ó en TDP

|

Tomar decisiones oportunas.

Dilatación

|

El orificio cervical externo e interno se hace tan delgado que abre hasta 10 cm.

Borramiento

|

Inicia con el acortamiento de las fibras musculares largas del cervix

|

Expresandose en términos de longitud del canal cervical con el que no ha sido afectado

|

Cuando el cuello es de 1 cm. se dice que hay un borramiento del 50% y cuando es tan delgado como el segmento adyacent es un borramiento del 100%.¹⁷

¹⁷ Benson ,Ralph Crielwell ,Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico ,Ed.El Manual Moderno , México , 1911 , p. 256 - 257.

Material : -Guantes estériles.
-Solución fisiológica , benzal o jabón líquido.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar y pedirle que se acueste en posición de litotomía.
- 2.-Colocarse guantes estériles y humedecerlos con un poco de solución estéril.
- 3.-Posteriormente separar los labios vaginales con el pulgar e índice de una mano e introducirlos en la vagina los dos primeros dedos de la otra mano, e investigar :
 - En el cervix : grado de dilatación , grosor y consistencia (borramiento) ,posición , longitud del canal cervical.
 - Membranas amnióticas: íntegras o rotas.
 - Presentación : Tipo de presentación , relación con la pelvis ,maleabilidad.
 - Estrecho inferior :Longitud de la sínfisis , amplitud del arco , perine.
- 4.-Posteriormente sacar los dedos de vagina gentilmente.
- 5.-Registrar en nota de ingreso los datos encontrados y posteriormente en partograma.

Esquema del tacto en O.I.A. La sutura está en el diámetro oblicuo derecho y la pequeña fontanela está en el cuadrante anterior izquierdo.

CERVIX

CERVIX



CUADRO DEL TACTO VAGINAL EN O. I. A

- 1.-La ancha cúpula de la bóveda craneana es :
 - a)Dura
 - b)Lisa
 - c)Convexa
 - d)Surcada por las suturas y fontanelas.
- 2.-La sutura sagital está en el diámetro oblicuo derecho de la pelvis de la madre.
- 3.-La fontanela está en el cuadrante anterior izquierdo.
- 4.-La fontanela mayor , si se toca está , en el cuadrante posterior derecho. Usualmente no se palpa.

Los datos obtenidos serán corroborados con los factores de riesgo de la guía de PreviGen IV :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
07Dilatación cervix cm / hr.	3 ó más	Estacionaria

18

3.1.11 ALTURA DE LA PRESENTACIÓN

Concepto : Entiéndase como altura de la presentación a la evaluación del descenso del diámetro mayor de la presentación a través de la pelvis materna.

Objetivo : Evaluar mediante exploración vaginal el grado de encajamiento y descenso de la presentación.

Fundamentación :

Descenso de la Presentación y encajamiento durante el Trabajo de Parto

ALTURA DE LA PRESENTACIÓN	ESTACIÓN
Cuando se encuentra en la zona más inferior de la parte presentada a nivel de las espinas isquiáticas.	0
El eje vertical del canal de parto situado sobre las espinas isquiáticas se divide en 3.	
Si la presentación se encuentra a nivel de la entrada pélvica.	-3
Si ha descendido 1/3 entre la entrada pélvica y las espinas isquiáticas.	-2
Si ha avanzado 2/3 partes de la distancia comprendida entre la fontanela y las espinas.	-1
El eje vertical entre las espinas isquiáticas y la salida pélvica se divide en 3 .	
Si el nivel de la presentación en el canal de parto es de 1/3 a 2/3 de la distancia entre las espinas y la salida pélvica.	+1 ó +2
Cuando la parte de la presentación llega al perineo.	+3

19

Material : -guantes de tacto estériles.
-solución de jabón , benzal o fisiológica.

Técnica :

Para la realización de la técnica tomaremos como referencia los planos de Hodge.

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Colocarla en posición ginecológica sin pantaleta.
- 3.-Realizar gentilmente un tacto vaginal.
- 4.-Mediante la palpación tocar la presentación y determinar en que plano de Hodge se encuentra .

Recordemos :

1er Plano de Hodge : Del promontorio al borde superior de la sínfisis del pubis.

2do Plano de Hodge : De la cara anterior de la segunda vértebra sacra al al borde inferior del pubis.

3ro.Plano de Hodge : A nivel de las espinas ciáticas.

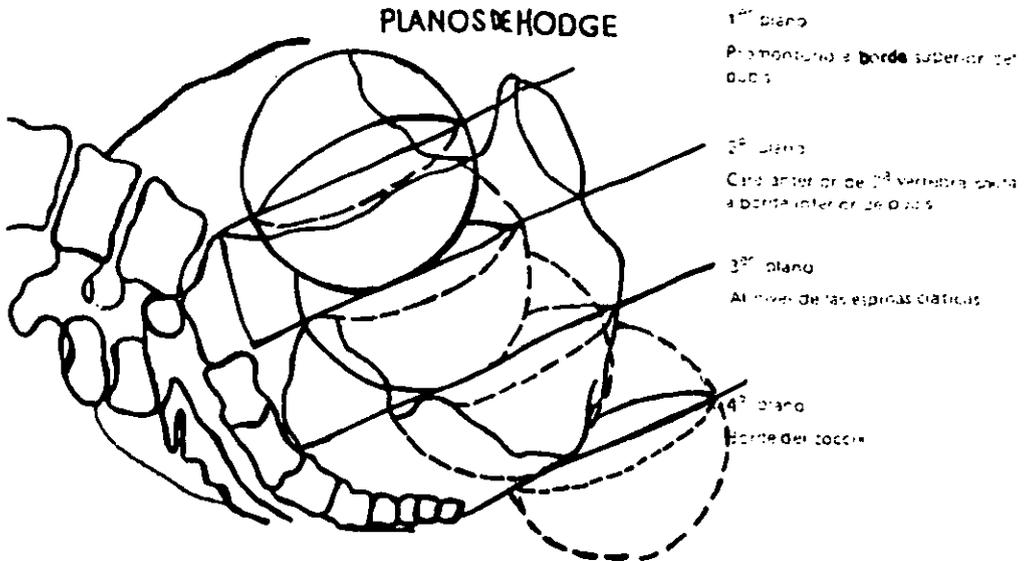
4to.Plano de Hodge : Al borde del cóccix.²⁰

5.-Dar por terminado el tacto gentilmente.

6.-Registrar en el partograma la altura de la presentación.

²⁰ Mondragón Héctor , Op. cit p 179.

PLANOS DE HODGE



Fuente : Mondragón Héctor , Obstetricia Básica Ilustrada ,Ed.Trillas ,México
1991 , p. 156.

3.1.12 DETERMINACIÓN DE LA VARIEDAD DE POSICIÓN

Concepto: Es la determinación del punto toconómico de referencia de la presentación fetal.

Objetivo : Determinar la variedad de posición del producto, con el fin de vigilar el mecanismo de trabajo de parto.

Fundamentación:

La cabeza fetal es el factor más importante en el mecanismo de trabajo de parto

Esta se divide en bóveda craneana y base del cráneo

La bóveda esta formada por 2 huesos parietales , 2 frontales , 2 temporales y 1 occipital

Unidos por suturas(sagital , lambdoidea y coronal)

En sus puntos de intersección forman las fontanelas

La anterior y la posterior

Las suturas y las fontanelas contribuyen a la maleabilidad de la cabeza fetal

Son referencia para el diagnóstico de la presentación , posición y postura

La bóveda craneana esta dividida en : vértice, sincipucio y occipucio

El vértice es la porción situada entre la fontanela posterior y la anterior.

Presentaciones cefálicas

Presentación de Vértice	Cabeza totalmente flexionada
Presentación de cara	Cabeza totalmente deflexionada
Presentación de bregma	Cabeza parcialmente deflexionada
Presentación de frente	Cabeza más deflexionada que la anterior

Presentaciones pélvicas

Presentación pelviana completa	
Presentación pelviana incompleta	Modalidad de nalga Modalidad de rodilla Modalidad de pie

Material : -Guantes estériles.
-Jalea , benzal o jabón.

Técnica:

- 1.-Informarle a la paciente el procedimiento a realizar.
- 2.-Colocar a la paciente en posición de litotomía.
- 3.-Realizar una exploración vaginal .
- 4.-Buscar el vértice de la presentación con los dedos índice y medio y dirigir los dedos hacia arriba y por detrás de la sínfisis del pubis y después se deslizan hacia atrás sobre la cabeza en dirección al sacro (Signo de flecha).
- 5.-Durante el movimiento cruzan necesariamente la sutura sagital cuando se percibe esta , se perfila el curso y se encuentra los extremos de las fontanelas mayor y menor.
- 6.-Las posiciones de las fontanelas se establecen a continuación , los dedos pasan a la extremidad anterior de la sutura sagital y se identifican y se examinan minuciosamente la fontanela ahí encontrada , después con movimiento circular los dedos se dirigen al extremo opuesto de la cabeza hasta que se percibe o identifica la otra fontanela.
- 7.-Registrar la variedad de posición en el partograma. ²¹

²¹ Williams Johon , Op. Cit. p. 222-223

Presentación	Posición	Variedad de posición	Sigla
	Directas	Occipitopubiana Occipitosacra	OP OS
Vértice		Occipitoiliaca izquierda anterior	OIIA
	Izquierdas	Occipitoiliaca izquierda transversa	OIIT
		Occipitoiliaca izquierda posterior	OIIP
		Occipitoiliaca derecha anterior	OIDA
	Derechas	Occipitoiliaca derecha transversa	OIDT
		Occipitoiliaca derecha posterior	OIDP
	Directas	Mentopubiana Mentosacra	MP MS
Cara	Izquierdas	Mentoiliaca izquierda anterior	MICA
		Mentoiliaca izquierda transversa	MIIT
		Mentoiliaca derecha posterior	MIIP
	Derechas	Mentoiliaca derecha anterior	MIDA
		Mentoiliaca derecha transversarsa	MIDT
		Mentoiliaca derecha porterior	MIDP
	Directas	Bregmopubiana Bregmosacra	BrP BrS
Bregama	Izquierdas	Bregmoiliaca izquierda anterior	BrIIA
		Bregmoiliaca izquierda transversa	BrIIT
		Bregmoiliaca izquierda posterior	BrIIP

Presentación	Posición	Variedad de posición	Sigla	
	Derechas	Bregmoiliaca derecha anterior	BrIDA	
		Bregmoiliaca derecha Transversa	BrIDT	
		Bregmoiliaca derecha Posterior	BrIDP	
Frente	Directas	Nasopubiana Nasosacra	NP NS	
	Izquierdas	Nasoiliaca izquierda anterior	NIIA	
		Nasoiliaca izquierda transversa	NIIT	
		Nasoiliaca izquierda posterior	NIIP	
		Nasoiliaca derecha anterior	NIDA	
	Derechas	Nasoiliaca derecha transversa	NIDT	
		Nasoiliaca derecha posterior	NIDP	
	Directas	Sacropubiana Sacrosacra	SP SS	
	Pelviana		Sacroiliaca izquierda anterior	SIIA
		Izquierdas	Sacroiliaca izquierda transversa	SIIT
			Sacroiliaca izquierda posterior	SIIP
Sacroiliaca derecha anterior			SIDA	
Derechas			Sacroiliaca derecha transversa	SIDT
		Sacroiliaca derecha posterior	SIDP	
De hombro		Izquierda	Acromioiliaca Izquierda	AII
	Derecha	Acromioiliaca /D	AID	

3.1.13 VALORACIÓN DE PELVIS MATERNA

Concepto : Es la medición por medio de palpación de los diámetros de la pelvis.

Objetivo : Determinar la amplitud pélvica favorable para el nacimiento.

Fundamentación : La pelvis esta constituida por : 1 sacro, 1 cóccix y 2 iliacos

|

A su vez se haya formados por 3 partes : pubis , iliaco e isquiión

|

Pelvis mayor o verdadera constituida por :
 Promontorio retropubico que mide: 11cm.
 Transverso máximo que mide : 13 cm.
 Oblicuos que miden : 12 cm.

|

Estrecho medio = diámetro biciatico 10cm.

|

Estrecho inferior = diámetro bisquiatico 10cm.
 arco suprapubico
 (ángulo 90°).

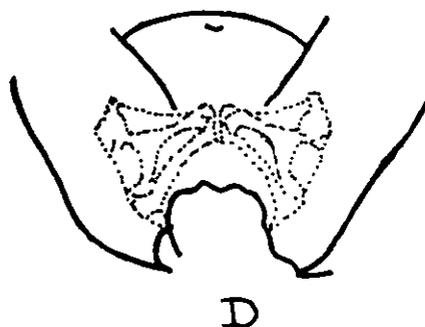
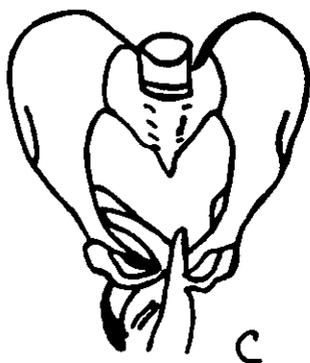
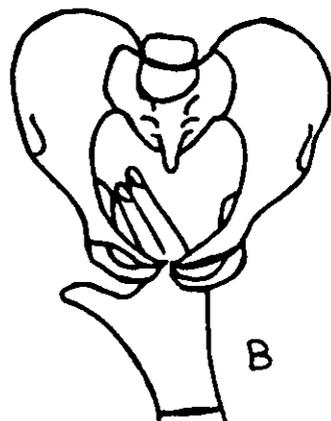
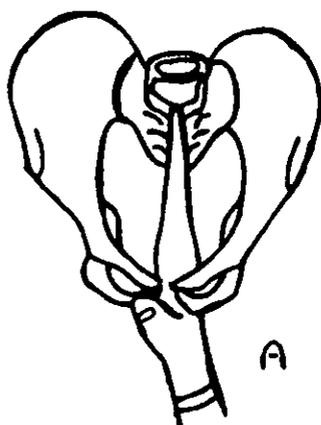
Material : -1 lampara de chicote.
 - guantes estériles.
 - solución jabonosa.

Técnica:

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Pedirle que se retire su pantaleta y se coloque sobre la mesa de exploración en posición ginecológica.
- 3.-Encender la lámpara de chicote y enfocar genitales.
- 4.-Calzarse guantes estériles e iniciar la exploración ginecológica gentimente.
- 5.-Determinar la forma del sacro y la prominencia del cóccix , si el promontorio puede tocarse se debe sospechar de estrechez pélvica.
- 6.-Se determina la amplitud de la escotadura sacrociática y la prominencia de la espina ciática.
- 7.-Se palpa la pared lateral de la pelvis en busca de convergencia.
- 8.-Por último se valora el estrecho inferior ; en una pelvis de diámetros normales caven fácilmente los cuatro dedos entre las tuberosidades isquiaticas.²²
- 9.-Registrar en partograma características de la pelvis ("pelvis útil").

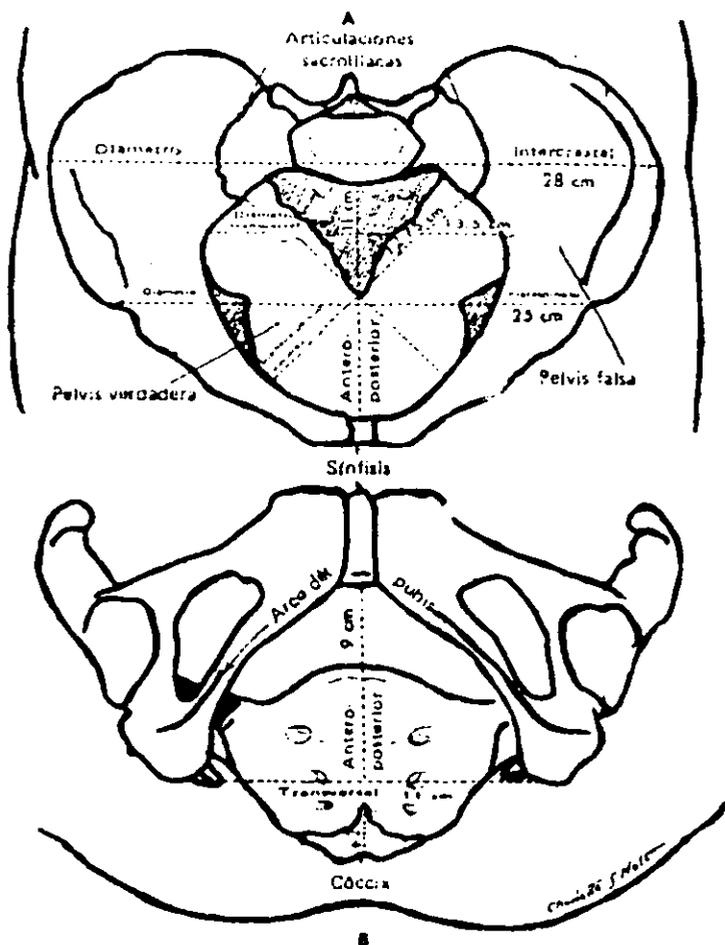
²² Behisher Norman , Obstetricia Práctica con cuidados del Recién Nacido , Ed. Interamericana , México , 1979 , p. 147.

Exploración de la Pelvis ósea



Fuente : Beisher A. Norman , Obstetricia Práctica con cuidados del Recién Nacido, Ed. Interamericana , México , 1979 , p.49.

Diámetros y medidas de la pelvis ósea normal de la mujer.



3.1.14 VALORACIÓN DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS

Concepto : Es la determinación táctil o visual de la integridad de las membranas amnióticas.

Objetivo : Evaluar las condiciones de las membranas amnióticas durante el trabajo de parto.

Fundamentación :

El amnios y el corión se fusionan hacia la semana 12 de gestación

Estas membranas envuelven al líquido

Sirven como barrera de protección del feto, contra microorganismos de vagina y cervix

Su integridad garantiza la vitalidad del feto

La bolsa de las aguas que hace más o menos hernia en el orificio cervical se le llama bolsa plana

A la cilíndrica o en morcilla que penetra en la vagina a través del canal cervical se le llama bolsa abombada.²³

Material : -Guantes estériles.

-Solución de benzal o solución jabonosa.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente sobre el procedimiento a realizar.
- 2.-Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- 3.-Realizar gentilmente una exploración vaginal.
- 4.-Cuando no existe ruptura de membranas altas o del segmento corporal - del saco ovular y con cierta dilatación se tacta a la contracción uterina el abombamiento o la tensión de las membranas íntegras.
- 5.-Cuando se sospecha que tal integridad no existe ; se comprueba mediante el signo de Tamier , la salida de líquido amniótico rechazando la presentación fetal con los dedos y sintiendo la salida de líquido.
- 6.-También se puede realizar una especuloscopia en la cual al presentarse la

²³ Scott Jammes , Disai Philip , Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth , Ed.interamericana México , 1991 , p. 110.

contracción se observa salida de líquido amniótico.

7.-Registrar en el partograma : hora de ruptura , si se sabe y características - de líquido amniótico.

Observaciones :

Los datos obtenidos serán asociados con los factores de riesgo de la guía de PreviGen III :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
07Líquido amniótico (Cantidad)	Moderado	Exagerado aumentado
08Líquido amniótico (Cantidad)	Moderado	Exagerado disminuido
12Membranas ovulares	Rotas de 12 hrs. o menos	Rotas de 13 hrs. o más

24

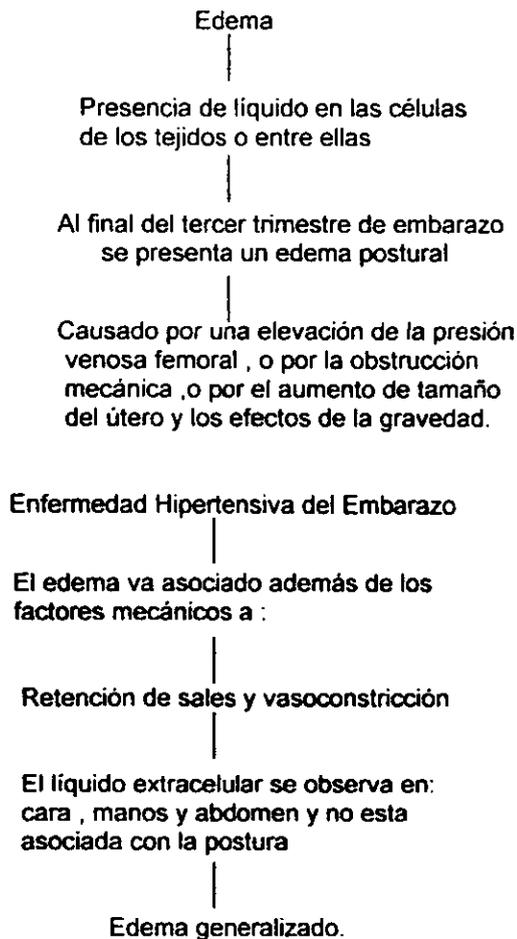
²⁴ CIMIGEN ; Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal , Agosto 1987 Septiembre 1993
PreviGen III.

3. 1 .15 EDEMA DE MIEMBROS PÉLVICOS

Concepto : Es la acumulación de líquido intersticial en consecuencia de un aumento de líquido extracelular.

Objetivo : Detectar oportunamente el edema en la mujer embarazada ya que es un signo que se asocia con patología de acuerdo a su grado.

Fundamentación:



El Edema en la mujer embarazada se clasifica según el signo de Godette , que implica la necesidad de corroborar la presencia de preclamsia:

- + Hasta las rodillas signo de godette de 2mm. de profundidad.
- ++ Hasta los muslos.
- +++ Edema generalizado.
- ++++ Anasarca.²⁶

Técnica :

- 1.-Informar a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Mediante la inspección y utilización de la palpación se detecta el edema.
- 3.-El edema se busca presionando con el dedo pulgar haciendo presión en una base firme con hueso durante 5 segundos en la región edematosa.
- 4.-Al terminar se retira el dedo rápidamente.
- 5.-Cuando hay edema la piel no recupera de inmediato su contorno original si no que queda una pequeña depresión.
- 6.-Esta se mide de acuerdo a su profundidad que va desde 1 + , hasta 4 + dependiendo del tiempo de recuperación de la piel 4 + (30 segundos).
- 7.-Registrar los datos obtenidos en la nota de ingreso.

Observaciones:

Los datos obtenidos serán asociados con factores de riesgo de la guía PreviGen III

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
17Otras alteraciones Maternas		

²⁶ Long Barbara ,Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgica. De Interamericana ,México 1989 .p.907

3.1.16 REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Concepto : Respuesta secretora o motora involuntaria de un tejido debido a un estímulo sensorial.

Objetivo : Verificar la normalidad de los reflejos rotulianos en la mujer embarazada considerándolo como un signo de patología el que se encuentren aumentados.

Fundamentación .

La médula espinal esta formada

Por la sustancia gris y la sustancia blanca

Esta forma las vías ascendentes y descendentes

La médula espinal conduce la información desde el cerebro a la periferia y viceversa

Centro de acción refleja

Los reflejos son ejemplo de circuito neural simple

Arco reflejo

Respuesta motora frente a un estímulo sensorial adecuado

Reflejo rotuliano

Presencia de Preclamsia

Irritabilidad en el cerebro debido al edema y vasoconstricción

Reflejos cada vez mas activos(hiperreflexia)

TRABAJO DE PARTO AMBULATORIO

Escala de valoración de los reflejos tendinosos :

Ausencia de respuesta (anormal) :	0
Respuesta disminuida (normal baja) :	+1
Respuesta promedio(normal) :	2
Respuesta más enérgica que la media pero no anormal :	+3
Respuesta (en sacudida o clónica) :	+4
Hiperactiva	

Quando los reflejos son +4 indican la posibilidad de que se produzcan convulsiones.²⁵

Material : -1 martillo para reflejos.
-1 mesa de exploración

Técnica : Reflejo rotuliano (L2 , L3 , L4)

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Pedirle a la paciente que se sienta en la mesa de exploración y deje colgando las piernas.
- 3.-Golpie enérgicamente el tendón rotuliano , inmediatamente por debajo de la rotula ; se debe observar la contracción del cuádriceps y la extensión de la rodilla.
- 4.-En caso de que la paciente no se pueda sentar y que se encuentre acostada ; se sostienen ambas rodillas y se golpean los tendones rotulianos y se estiman las pequeñas diferencias que pueden encontrarse.
- 5.-Registrar los datos en la nota de ingreso y en los registros posteriores si es necesario que se realicen.

²⁵ Gonsalez Merlo ,Obstetricia , Ed.Masson-Salvat ,Barcelona , 1997 , p. 531.

3.2.1 INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA EN EMBARAZADAS DE TERMINO

Concepto : Se denomina inducción cuando no existe actividad uterina y ésta se desencadena con el método utilizado.

Objetivo : Estimular la aparición de contracciones uterinas cuando estas no se han iniciado espontáneamente en un embarazo a término , con el fin de establecer TDP y lograr el nacimiento.

Fundamentación : La inducción de trabajo de parto se realiza cuando exista indicación de interrumpir el embarazo y se reúnan los siguientes requisitos :

- Condiciones cervicales favorables (cervix central de menos de 1 cm. de longitud y 2 cm o más de dilatación).
- Son indicaciones de inducción de TDP :
 - *Embarazo prolongado.
 - *Ruptura prematura de membranas sin TDP.

Material :

- 1 equipo de venoclisis.
- 1 ampolleta de oxitocina (syntocinon)
- 1 jeringa de 5ml.
- 1 punzocat del No. 17
- 1 solución glucosada al 5% de 500ml.
- tela adhesiva.

Técnica :

- 1.-Corroborar diagnóstico y con ello justificación de la inducción.
- 2.-Contar con autorización escrita del médico responsable y verificar que la embarazada se halle debidamente programada en la libreta de procedimientos.
- 3.-Realizar una valoración obstétrica y de las condiciones fetales poniendo especial atención en la edad gestacional estimada , la presentación y la utilidad de la pelvis materna. Recordar que las principales causas por las que no se desencadena el TDP puede ser un producto de menor edad gestacional.
- 4.-Evaluar el índice de Bishop puede ayudarnos a tener un pronóstico del éxito o fracaso de la inducción.

	0	1	2	3
BORRAMIENTO	0-30 %	40-50%	60-70%	80%
DILATACIÓN	0 cms.	1 - 2 cm.	3-4 cm.	5 -6 cm.
ALTURA	Libre	Abocada	Encajado	
CONSISTENCIA	Firme	Media	Blanda	
POSICIÓN	Posterior	Media	Central	

FAVORABLE POR ARRIBA DE LOS 6 PUNTOS
EFFECTIVA POR ARRIBA DE LOS 9 PUNTOS

- 5.-Se prepara el material y se trasladara a la unidad de la paciente
- 6.-Se explicará a la pareja en forma clara y precisa en que consiste el procedimiento y cual es el objetivo del mismo.
- 7.-Canalizar una vena con una solución glucosada al 5% 500ml + 2 UI de oxitocina (Con previa dilución).
- 8.-Realizar impregnación por 30 segundos a goteo medio.
- 9.-Se iniciará la inducción con dosis mínima , es decir , 2 mU / min.
- 10.-Ausculte la FCF cada 15 min. y cuantifique la contractilidad uterina cada 20 min. haciendo anotaciones correspondientes en el partograma.
- 11.-Si durante 20 min. no se han presentado contracciones uterinas y la FCF se mantiene dentro de los parámetros normales , solo entonces duplique el goteo.
- 12.-El goteo deberá duplicarse cada 20 min. hasta lograr regularizar el TDP (3-4 contracciones en 10 min., 50-60 seg. de duración y de ++ a +++ de intensidad) sin pasar de 16 mU.
- 13.-La conducción de TDP deberá mantenerse bajo vigilancia estrecha con el objeto de identificar oportunamente alteraciones en la FCF o en la contractilidad uterina.
- 14.-Si esto ocurriera la conducción deberá ser suspendida inmediatamente se deberá hidratar a la embarazada con una carga rápida de solución glucosada al 5% 300ml..se le administrara oxígeno con puntas nasales y se le pedirá que adopte una posición decúbito lateral izquierdo.Se deberá valorar las condiciones fetales y obstétricas con el fin de decidir la mejor vía de nacimiento.
- 15.-Se deberá realizar tacto vaginal a criterio de quien este vigilando la inducción, tratando de hacerlo lo menos posible con objeto de valorar la evolución de TDP.
- 16.-Se favorecerá el TDP ambulatorio y la utilización de recursos de psicoprofilaxis si las condiciones maternas y fetales lo permiten.
- 17.-Deberá mantenerse un trato amable hacia la embarazada y sus familiares e informarles de su evolución en forma sencilla y práctica sin crear tensión.
- 18.-Deberá informarse en forme directa al personal de guardia y al médico responsable de la evolución del TDP.
- 19.-Si no se ha iniciado la fase activa del TDP a las 8 hrs. posteriores al inicio de la inducción está deberá suspenderse y después de valorar las condiciones obstétricas y fetales la embarazada puede darse de alta a su domicilio con la recomendación de descanso y tomar una dieta blanda o líquida. Esto deberá ser comunicado y autorizado por el médico responsable.
- 20.-Recomendar a la pareja que vigile los signos y síntomas de alarma que requieran que regrese al hospital a cualquier hora o sugerir comunicarse telefónicamente para informar y decidir en conjunto con el personal responsable.
- 21.-Indicar al día siguiente se presente nuevamente a las 7:00 para iniciar la

Inducción de TDP por segunda ocasión.

- 22.-Si el personal de guardia considera oportuna que la paciente permanezca en el hospital , o bien si la pareja no desea retirarse a su domicilio , se le asignará una cama en alojamiento conjunto , se le permitirá tomar un baño y se le proporcionará una dieta líquida.

Precauciones :

- a) Toda paciente a quien se le este administrando oxitocina no se deberá dejar sin vigilancia durante períodos prolongados.
- b) Vigile la actividad uterina a través de la palpación abdominal , no aumente el goteo si no tiene la seguridad de conocer la frecuencia , intensidad y duración de la misma.
- c) El uso de otros oxitocicos será bajo indicaciones precisas y valoración directa del médico que lo indique.²⁷

Observaciones :

Los datos obtenidos serán relacionados con los factores de riesgo de la guía de PreviGen V :

Factores de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
15 Inducción	Oxitocina	Oxitocina y otros

28

²⁷ Archivo de CIMIGEN

²⁸ CIMIGEN , Sistema de Detección de Riesgo Perinatal , Agosto 1987 Septiembre 1993
PreviGen V

Dilución / Medicamento 1X1 / oxitocina
 Nombre de quien lo preparo L.E.O. Mendoza

4.-Una vez preparada la solución deberá rotularse el frasco con los siguientes datos :

Fecha	970130
Tipo de solución/Cantidad de medicamento	Sol.Gluc.5%500ml+2UI d/oxitoc.
Dosis de inicio (D.I.)	D.I. 2 mU = 8 gotas/min.
Hora de inicio (H. I.)	H.I. 09:00
Nombre de quien lo preparó	L.E.O. Mendoza

- 5.-Realizar impregnación por 30 segundos a goteo medio.
- 6.-Se iniciará una dosis mínima 2 mU/min.
- 7.-Ausculte la FCF cada 15 minutos y cuantifique las contracciones uterinas cada 20 min. realizando anotaciones correspondientes en el partograma.
- 8.-Si durante 20 min. no se han regularizado las contracciones uterinas y la FCF se mantiene normal, solo entonces duplique el goteo.
- 9.-El goteo deberá duplicarse cada 20 min. hasta lograr regularizar el Trabajo de Parto(3-4 contracciones en 10 min., 50-60 segundos de duración y ++ a +++ de intensidad) sin pasar de 16 mU.
- 10.-La conducción de TDP deberá mantenerse bajo vigilancia estrecha con el objeto de identificar oportunamente alteraciones de la FCF o de la contractilidad uterina normal.
- 11.-Si esto ocurriera la conducción deberá ser suspendida inmediatamente, se deberá hidratar a la embarazada con carga rápida de solución glucosada al 5% 300ml. , se administrará oxígeno a 5 lit/min. mediante puntas nasales y se le pedirá que adopte una posición decúbito lateral izquierdo. Se deberá valorar las condiciones fetales y obstétricas con el fin de decidir una mejor vía de nacimiento.
- 12.-Durante la conducción del TDP y , de acuerdo a las condiciones maternas y fetales se le permitirá a la embarazada el TDP ambulatorio , así como la utilización de recursos de psicoprofilaxis (masajes,posiciones,baño,etc.,) Además si la embarazada lo desea y cumple con las condiciones requeridas, se puede optar por el bloqueo peridural.
- 13.-Cada vez que se duplique el goteo se harán anotaciones pertinentes y posteriormente cada hora en los casos que no se detecten alteraciones patológicas de la FCF y la actividad uterina.
- 14.-Continúe vigilando la infusión de oxitocina, la FCF, la actividad uterina y el avance de la dilatación y el borramiento cervical.
- 15.-Proceda la atención del parto cuando las condiciones cervicales y fetales así lo permitan.²⁹

²⁹ Archivo de CIMIGEN

Precauciones:

- A) Vigile constantemente la infusión de oxitocina ,la posición de la mano puede disminuir o aumentar el goteo.
- B) Vigile la actividad uterina a través de la palpación abdominal , no aumente el goteo si no tiene seguridad de conocer la frecuencia , intensidad y duración de la misma.
- C) Vigile constantemente la FCF y ante cualquier duda proceda a la monitorización continua de la misma o bien la toma de un RCTG con el objeto de valorar la suspensión de la conducción.

- Contraindicaciones :
- Embarazo menor de 37 SDG.
 - DCP.
 - Presentaciones anómalas.
 - Placenta previa ó inserción baja de placenta.
 - Cesárea iterativa y/o PIC.
 - Cuando la presencia de contracciones uterinas comprometa el bienestar fetal.
 - Gestaciones múltiples.
 - TDP espontaneo con actividad uterina eficiente para borrar y dilatar el cervix.

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

3.2.3 INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL PARTOGRAMA

Concepto : Es la explicación clínica del partograma durante el trabajo de parto.

Objetivo : Llevar un registro de la evolución del Trabajo de Parto y aplicar de esta forma procedimientos necesarios y a tiempo para la atención y nacimiento de niños sanos.

Fundamentación :

Friedman y cols. introdujeron un método gráfico - estadístico de análisis del TDP.

Esta elaborado en papel cuadrulado para gráficas , donde la unidad es igual a una hora en el eje de las "x" y 1 cm. en el eje de las "y".

La dilatación varía en escala de 0 a 10 cm. mientras que la estación va desde +3 a -3 través de dedo.

Se considera que el comienzo del TDP es el tiempo 0 en la gráfica y se define como el inicio de las contracciones uterinas con el TDP espontáneo.

Por lo general ocurre con la paciente en el hogar , de modo que debe preguntársele ¿A que hora empezaron sus contracciones ? si la mujer indica unas horas antes de llegar al hospital, debe tomarse como el momento de inicio.

También suele tomarse como tiempo 0 o de comienzo del TDP el momento en que se inicia la administración de oxitocina para inducción medicamentosa del mismo.

Aplicación de normas generales cualitativas :

En lo referente a la dilatación por lo general la fase latente es lenta y no se modifica con rapidez. Si hay una dilatación cervical menor de 4 cm y la velocidad menor de 1 cm/hr en nulíparas y 1.5 cm/hr. en multiparas debe considerarse que se esta en fase latente.

En promedio la velocidad de dilatación en esta fase es de 1 a 2 cm/hr.

Es evidente que se ha pasado a fase activa si la dilatación cervical es de 5 cm o más , evoluciona con velocidad de 1cm/hr en nulíparas y 1.5 cm/hr. en multiparas. Por último se habla de fase de desaceleración para referirse a la de 9 a 10 cm.

En cuanto a la estación el descenso de la parte que se presenta debe permanecer , latente hasta que haya una dilatación de 9 cm. , cuando llega esta o más , el descenso ocurre de manera activa.³⁰

³⁰ Scott Jammes, Disai Philip , Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth, Ed Interamericana, México , 1991 , p.189

Descripción :

En CIMIGEN el partograma está clasificado de acuerdo a factores de riesgo, considerando por riesgo bajo al color verde , riesgo medio al color amarillo, riesgo alto al color rojo.

El partograma se describirá de arriba hacia abajo :

- 1.-Se encuentra dividido en 10 horas en donde se indica : Día de inicio de TDP , hora y duración en horas.
- 2.- A continuación el registro de la frecuencia cardiaca fetal , considerada como riesgo bajo 140 - 160 latidos por minuto, riesgo medio 160 - 180 latidos por minuto y riesgo alto 181 latidos para arriba o 111 latidos para abajo.
- 3.-Posteriormente encontramos el registro de la actividad uterina en donde se registra : tono , frecuencia y duración.
- 4.-Inmediatamente después y en descenso encontramos el recuadro de la dilatación cervical el cual esta dividido en el lado izquierdo en lado ascendente del 1 al 10 refiriéndose a cm de dilatación cervical considerando hasta 6 horas como riesgo bajo , de 6 a 9 horas de TDP como riesgo medio y más de 9 horas como riesgo alto.
- 5.-En el mismo recuadro del lado derecho tenemos la descripción de los planos y la presentación del producto.
- 6.-Por ultimo tenemos el recuadro en donde hora con hora se va registrando temperatura , tensión arterial , estado de membranas amnióticas , oxitocina , BPD, uteroinhibidor , Medico/clave.
- 7.-En la parte de abajo encontramos una valoración inicial del TDP también clasificado por los colores del semáforo y así riesgo del TDP.
- 8.-Enseguida se tienen datos referentes al tipo de nacimiento los cuales nos dan el riesgo al nacimiento

Parto	Natural	Verde
Fórceps	Profiláctico	Amarillo
	Indicado	Rojo
Cesárea	Programada	Amarillo
	Urgente	Rojo
- 9.-Posteriormente a esto tenemos los datos del recién nacido como son : Sexo, peso , talla , semanas de gestación , Capurro , Apgar , Clasificación de Vargas (área) , malformaciones y muerte neonatal , fetal o materna.
- 10.-Para finalizar encontramos al equipo de salud : L.E.O. , Educadora en Psicoprofilaxis , Trabajo social , asesor / Dr.

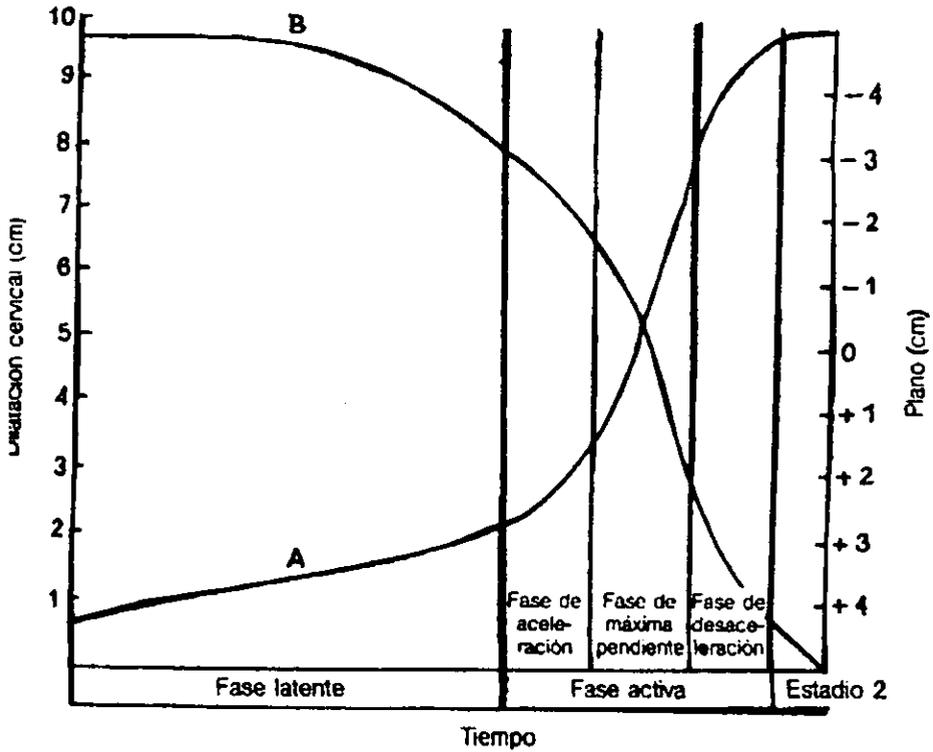
Observaciones :

Los datos obtenidos serán relacionados con los factores de riesgo de la guía de PreviGen V :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
02 , 03 Frecuencia cardiaca fetal	111 - 120 151 - 160	110 ó menos 161 ó más
06 Tono Uterino	Hipotonía	Hipertonía
07 Frecuencia cont. en 10 min.	Incoordinación	Taquisistolia
08 Duración en segundos	Menos de 40	61 y más
09 Dilatación cervical cm / hr.	3 ó más	Estacionaria
10 Descenso de la Presentación	Rápida	Difícil
11 Temperatura G.C.	Menos de 36	Más de 37
12 T / A Asistólica	140 / 160	161 y más
13 T / A Diastólica	91 - 109	110 y más
14 Membranas	Rotas de 12 horas ó menos	13 horas ó mas
15 Inducción	Oxitocina	Oxitocina y otros
16 Anestesia	Regional	General
17 Uteroinhibidores		Si
20 Fórceps	Profiláctico	Indicado

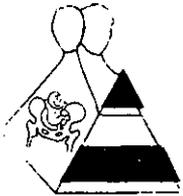
31

REPRESENTACION GRÁFICA DEL PARTO
CURVA DE FRIEDMAN



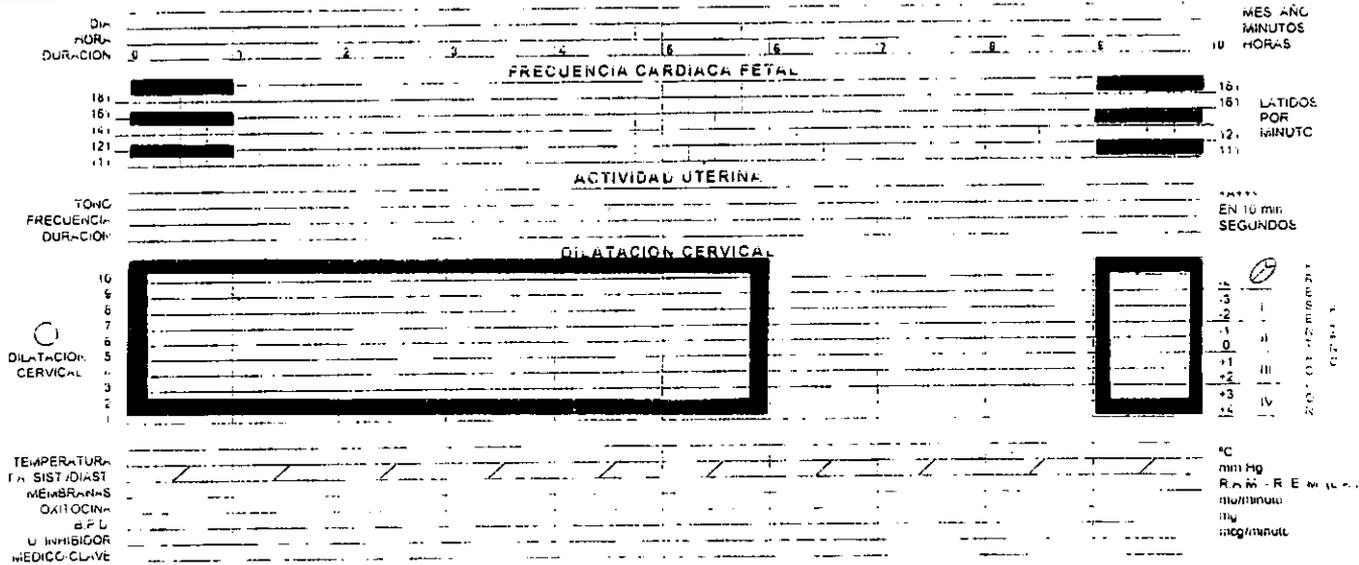
La línea A , representa la progresión de la dilatación cervical y la línea B , descenso del punto guía a medida que progresa el parto.

Fuente : Fernando Arias , Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo , Ed.Mosby /Doyma ,España 1994, p. 396



CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO
A.H.M. I.A.P.
EVOLUCION DEL PARTO

Gen



TRABAJO DE PARTO

Riesgo Inicial: Alto Medio Bajo

Fecha Inicial: Hora: Minutos: Día: Mes: Año:

NACIMIENTO

Parto: natural fórceps cesárea Fecha: Hora: Minutos: Día: Mes: Año:

RECIBI NACIDO

Sexo: masculino () ; Femenino () ; Otro () ;
 Peso: gramos ; Talla: cm ;
 Semana de gestación (Capurro): ;
 APGAR: 1er. minuto: ; 5to. minuto: ;
 Clasificación, crecimiento y desarrollo (Vargas): ;
 Malformación: NO () SI () ;
 () Muerte fetal () Muerte neonatal () Muerte materna

EQUIPO DE SALUD

IEC: ;
 Educ. Psic.: ;
 Social: ;
 Meses: ;

SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

3.2.4 AMNIORREXIS

Concepto : Es la rotura artificial de las membranas amnióticas.

Objetivo : Acelerar el trabajo de parto o bien el parto.

Fundamentación : La amiotomía u amniorrexis se realiza considerando los siguientes parámetros:

- a) Producto encajado y fijado profundamente en pelvis.
- b) Cervix borrado.
- c) Parcialmente dilatado el cervix.

13

Material : -Amniotomo.
 -Pinza de Allis.
 -Estilete.
 -Solución jabonosa.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Colocarle un cómodo debajo de las caderas.
- 3.-Preparar el perineo y la vulva con un campo estéril con jabón.
- 4.-Calzarse los guantes.
- 5.-Separar ampliamente los labios vulvares.
- 6.-Introducir dos dedos en vagina y después en el cuello uterino.
- 7.-Las membranas se separan del segmento uterino inferior por un movimiento suave y continuo.
- 8.-Se guía el amniotomo a través del cuello uterino por los dedos hasta llegar a las membranas y se puncionan cuando estas se abomban como resulta de la contracción.
- 9.-Sacar el amniotomo y posteriormente a que termine la salida del líquido retirar el cómodo.
- 10.-Registrar en partograma características de líquido ,cantidad y hora de ruptura.

¹³ Lewis T.J.L., Obstetricia , Dc. El manual Moderno , México,1994 ,p.303.

3.2.5 ASISTENCIA AL BLOQUEO EPIDURAL

Concepto : Es la colaboración con el anestesiólogo en el momento de aplicar bloqueo epidural .

Objetivo: Lograr el máximo de seguridad para la paciente.

Fundamentación: Colocar todo el material necesario aséptico

|
Favorecer la técnica

|
Proporcionar seguridad a la paciente

|
Facilita una rápida ejecución.

Material : -Guantes.
 -Equipo de bloqueo.
 -Catéter epidural.
 -Tela adhesiva.
 -Bicarbonato de Na.
 -Xilocaina simple al 1%.
 -Xilocaina con epinefrina al 1%.
 -Xilocaina al 2%.
 -Jeringa de 10cc.
 -Agujas hipodérmicas.

Técnica:

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento.
- 2.-Colocar en una mesa de curaciones el equipo de bloqueo y abrirlo con técnica aséptica.
- 3.-Colocar 2 agujas , una jeringa de 10cc. , un catéter epidural , solución de merthiolate en la budinera , 1 par de guantes estériles.
- 4.-Tener lista la xilocaina simple al 1 % , con epinefrina al 1% , xilocaina al 2% y bicarbonato de Na.
- 5.-Preparar dos tiras de tela adhesiva para cubrir el catéter al final del bloqueo.
- 6.-Ayudar a la paciente a colocarse en posición fetal con las rodillas flexionadas hacia el pecho y la barbilla pegada al pecho.
- 7.-Asistir con los medicamentos al anestesiólogo.
- 8.-Permanecer cerca de la paciente para darle apoyo psicológico.
- 9.-Se evitará estimular a la paciente con ruidos.
- 10.-Se debe reforzar la sujeción hacia la paciente .

EXPULSION

3.3.1 INICIO DE MANIOBRAS DE PUJO

Concepto : Estas maniobras son aquellas que facilitan la pronta expulsión del producto durante el expulsivo.

Objetivo : Lograr un expulsivo rápido.

Fundamentación : El pujo en el periodo expulsivo debe ser : -Fuerte
-Dirigido
-Fraccionado

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

Técnica :

- 1.-Una vez iniciada la contracción recordarle a la paciente que haga 2 respiraciones profundas o de limpieza, que inhale y mantenga su abdomen fuera por 5 segundos , que cambie de aire como si apagara una vela pero que siga manteniendo el abdomen fuera y así sucesivamente hasta que el útero se relaje.
- 2.-Recordarle a la paciente que entre contracción y contracción se debe de respirar con naturalidad y procurar relajarse.
- 3.-Se debe ayudar a incorporar a la paciente durante la contracción para facilitar y ejercer más presión sobre el diafragma hacia el útero , manteniendola casi sentada.
- 4.-Cuando ya no sea necesario pujar , recordarle a la paciente que ya no pujan y que respire soplando para facilitar la salida del producto y evitar que esta sea muy rápida.

3.3.2 ASEPSIA DEL AREA VULVAR EN PERIODO EXPULSIVO

Concepto: Eliminación en lo posible de microorganismos del área vulvoperineal.

Objetivo : Mediante soluciones asépticas mantener la vulva y el perine limpios.

Fundamentación:

Área vulvoperineal séptica

|

Utilización de soluciones asépticas
mediante técnicas de arrastre

|

Para lograr fomentar área aséptica
en lo posible para el nacimiento.

Material :

- gasas estériles.
- solución jabonosa o benzal.
- guantes estériles.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Colocar a la paciente en posición de litotomía en la cama obstétrica.
- 3.-Calzarse los guantes.
- 4.-Solicitar que viertan solución jabonosa en las gasas estériles.
- 5.-Limpíese la parte inferior del abdomen y el monte de venus frotando transversalmente.
- 6.-La cara interna de los muslos se frota con movimientos de abajo hacia arriba.
- 7.-La piel que se encuentra a los lados del orificio vaginal se limpian de arriba abajo evitando la contaminación por el recto.
- 8.-Friccionese el perineo transversalmente.
- 9.-Cuando la gasa pasa por el recto no debe usarse nuevamente.
- 10.-Colocar los campos estériles.

3.3.3 INFILTRACIÓN LOCAL DEL PERINE

Concepto : Es la anestesia del perine obtenida por infiltración local de un anestésico.

Objetivo : Anestesiarse el perine para realizar episiotomía.

Fundamentación :

Se utiliza para eliminar dolores en el parto en el área perineal , sin trastornar los esfuerzos expulsivos naturales y permite la reparación de las heridas , laceraciones o episiotomía sin más anestesia.

Se debe utilizar xilocaína al 1% a razón de 10 ml. aproximadamente.

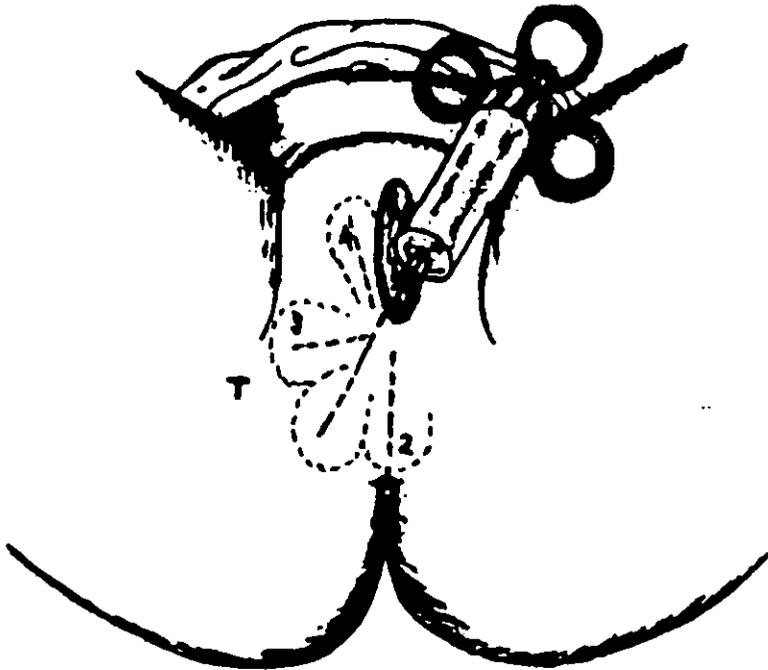
Material : -Xilocaína al 1 %.
-1 par de guante estériles.
-1 aguja.

Técnica :

- 1.- Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.- Colocarla en posición de litotomía.
- 3.- Cargar la jeringa con 1 ml de xilocaína con técnica estéril.
- 4.- Infiltrar inmediatamente abajo de la horquilla una pequeña cantidad previa aspiración.
- 5.- Mover la jeringa en sentido de abanico aspirar e infiltrar cantidades de xilocaína pequeñas cantidades para lograr anestesiarse el perine , esto se realiza del lado que se va a realizar la episiotomía
- 6.- La infiltración se realiza durante el segundo periodo de trabajo de parto cuando el perine se abombe.³³

³³ Beck , Práctica de Obstetricia , Ed. Prensa Médica , México , p. 265.

INFILTRACION LOCAL DEL PERINE



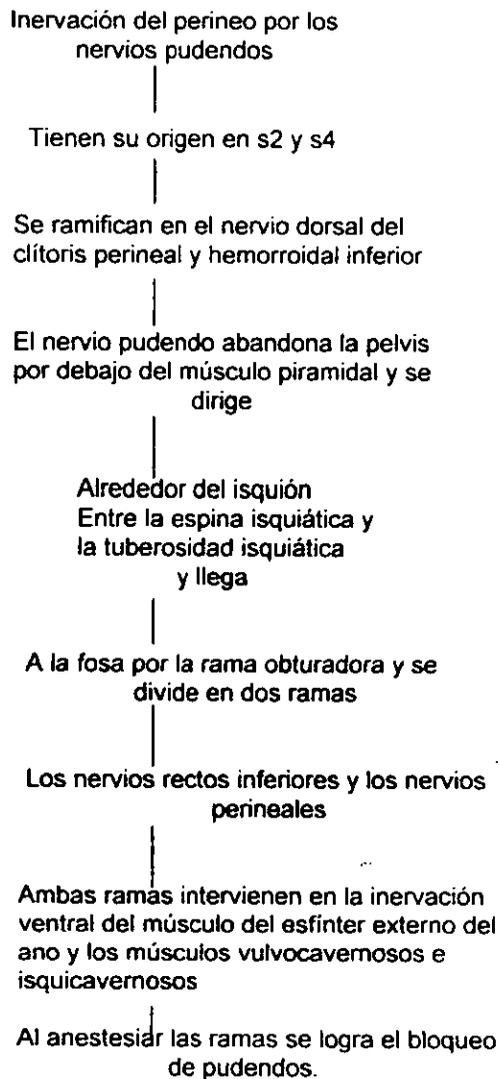
Fuente : Beck Alfred , Práctica de Obstetricia .Ed.Prensa Médica
MexicMéxico,1985, p. 265.

3.3.4 BLOQUEO DE PUDENDOS

Concepto : Se refiere a la infiltración con anestésico de las ramas de los nervios pudendos.

Objetivo : Anestesiarse todas las ramas de los nervios pudendos internos, para que la analgesia sea suficiente para el parto vaginal.

Fundamentación :



Material : 1 guía tubular para inyectar aguja de 22 Gauge de 15 centímetros de largo 1.0 a 1.5 centímetros a partir de su extremo.

Xilocaína al 1 %.

Guantes estériles.

Técnica :

- 1.-Informar a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Colocar a la paciente en posición de litotomía.
- 3.-Con técnica estéril . palpar los isquiones por fuera y se forman ampollas justo por encima de ellos o en el borde interno.
- 4.-Colocar el final de la guía contra la mucosa vaginal justo por debajo del vértice de la espina isquiática.
- 5.-Empujar la aguja más allá de la punta de la guía hacia el interior de la mucosa y se realiza un habón con 1 mililitro de xilocaína al 1 %.
- 6.-Se debe realizar una aspiración antes de esta y de todas las inyecciones subsecuentes.
- 7.-Avanza entonces la aguja hasta que toque el ligamento sacroespinoso que se infiltra con 3 mililitros de xilocaína.
- 8.-Se continua introduciendo la aguja más allá del ligamento y conforme atraviesan el tejido alveolar blando por detrás del ligamento disminuye la resistencia del embolo , se inyectan otros 3 mililitros de xilocaína en esta área.
- 9.-Después se retira la aguja hacia la guía y se coloca el extremo de esta justo por encima de la espina isquiática insertando la aguja a través de la mucosa , después de aspirar se deposita el resto de los 10 mililitros de solución.
- 10.-A los 3 o 4 minutos de la inyección el bloqueo de pudendos permitirá pellizcar la parte inferior de la vagina y la vulva posterior sin dolor.³⁴

Nota :

Si se requiere asegurar técnicamente este método entonces se introduce el índice de la mano izquierda protegiendo con un guante de goma en la vagina o en el recto y se palpa por el interior de penetración de la cánula en la fosa isquioanal en el lado interno del hueso isquiático.

Esta es la mejor manera de dirigir correctamente la cánula y evitar que penetre en la ampolla rectal.

³⁴ Killian Hans . Anestesia local Operatoria ,Diagnóstico y Terapéutica. Dc. Interamericana ,p.419

Ventajas : -Facilidad de técnica.
-Ausencia de bloqueo simpático.

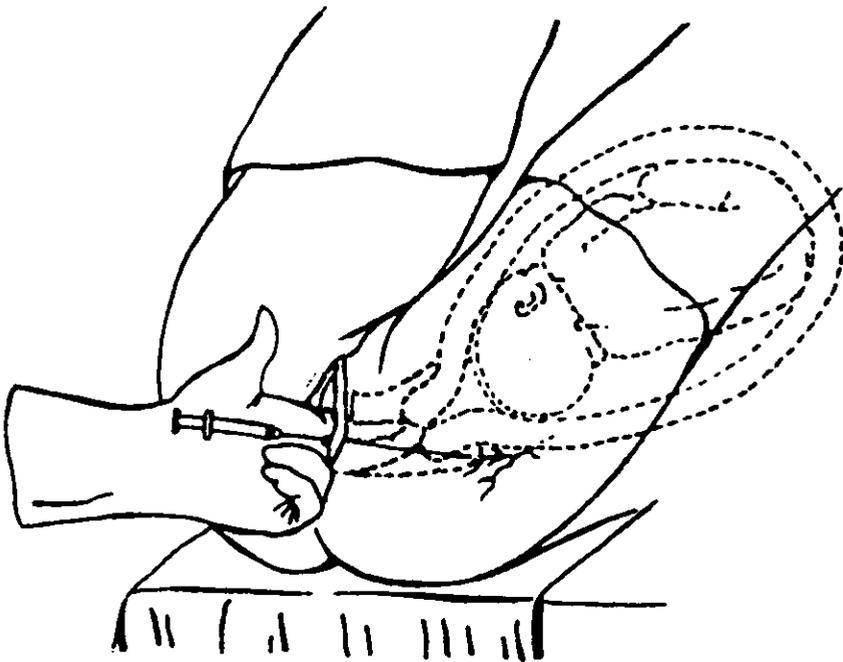
Indicaciones : La analgesia limitada a bloqueo de pudendos no es adecuada para mujeres para quien esta indicada la completa visualización del cuello y de la vagina superior o la exploración manual de cavidad uterina.
Se indica cuando se va a realizar aplicación de fórceps sin analgesia.

Complicaciones: La inyección intravascular de anestésico local puede causar grave toxicidad sistémica , caracterizada por estimulación de la corteza cerebral que origina convulsiones.

El desarrollo de un hematoma preocupante como consecuencia de perforación de un vaso sanguíneo.

Rara vez infección grave en el lugar de la inyección.

BLOQUEO DE PUDENDOS

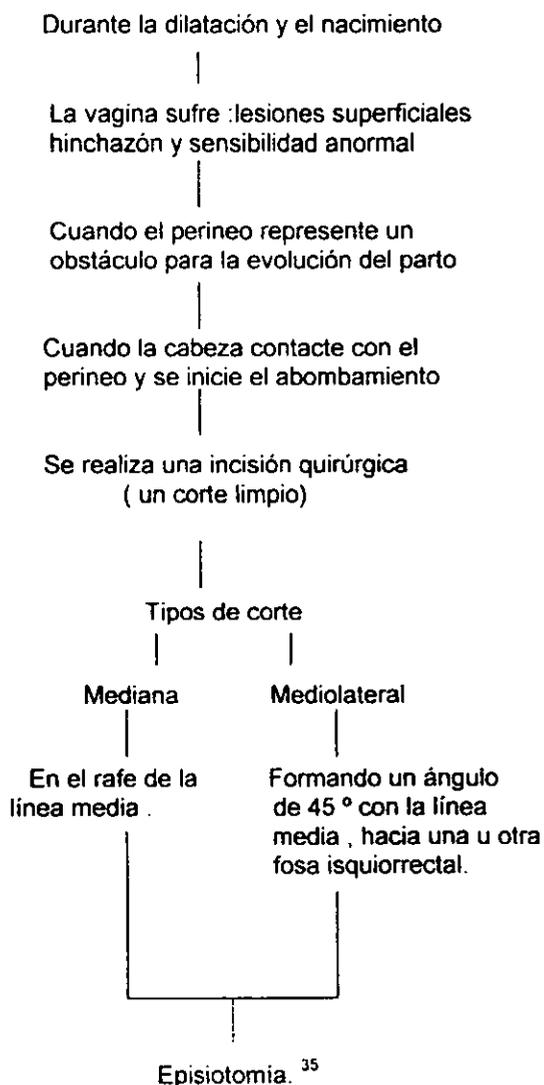


3.3.5 EPISIOTOMIA

Concepto : Es una incisión en la región del perine.

Objetivo: Sustituir una laceración de bordes irregulares por una incisión quirúrgica limpia y recta fácil de reparar.

Fundamentación:



³⁵ Greenhil, Obstetricia, Dc. Interamericana ,México ,1977,p. 654.

La episiotomía consiste en una incisión de:

- Piel
- Mucosa vaginal
- Tabique urogenital
- Músculo Bulbocavernoso
- Músculo trasverso del perineo
- Fascia intercolumnar
- Fibras anteriores de la fascia intercolumnar
- Fibras anteriores de la porción pubiorrectal del músculo elevador del ano.

Material : -Gasas.
 -Xilocaína al 1%.
 -Tijeras de mayo rectas.
 -1jeringa de 10cc.
 -Guantes estériles.
 -1 aguja hipodérmica.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento.
- 2.-Colocar a la paciente en posición de litotomía.
- 3.-Infiltrar el perineo verificando previamente que no se haya puncionado alguna vena.
- 4.-Se coloca una rama de las tijeras rectas sobre la mucosa vaginal y la otra sobre la piel del núcleo fibroso central del perineo a la mitad de distancia entre el ano y la tuberosidad isquiática.
- 5.-El ángulo cortante de las tijeras esta en la horquilla o comisura posterior en la línea media por arriba del rafé mediano.
- 6.-Con un dedo en la vagina y el pulgar sobre el perineo , puede comprimirse el esfínter para que o sea abarcado por las tijeras.
- 7.-La hemorragia debe cohibirse por compresión de una gasa.

Observaciones:

Indicaciones: -Perineo resistente que retarde la salida del feto.
 -Primigestas.
 -Estado patológico de la vulva.
 -Feto voluminoso o mecanismo anormal que causa desproporción mecánica.
 -Extracción de feto prematuro.

Los datos obtenidos relacionarlos con los factores de riesgo de la guía de PreviGen V.

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
19 Episiotomía	Desgarros	

3.3.6 ATENCIÓN DE PARTO

Concepto : Son el conjunto de procedimientos , los cuales nos llevan al nacimiento de un niño sano.

Objetivo : Lograr el nacimiento de niños sanos.

Fundamentación : El parto es un evento natural , cuyo curso en la actualidad es guiado para facilitar y asegurar que se realice en las mejores condiciones maternas como fetales.

Material : Equipo de Parto : -1 riñón.

- 1 budinera con 5 gasas estériles.
- 1 pinza de anillos.
- 2 pinzas fuertes o Rochester.
- 1 pinza de disección.
- 1 potaagujas.
- 1 bata para cirujano.
- 1 toalla

Material complementario : -1 jeringa de 10cc.

- 2 agujas.
- 1 sutura catgut crómico del 0.
- 1 sutura catgut crómico del 00.
- Jabón líquido.
- oxitocina ampúlas.
- tijeras de Mayo rectas.
- solución glucosada al 5%.
- guantes.

Técnica :

- 1.-Abrir el bulto de parto y sacar todo el material con técnica estéril colocándolo en el bulto abierto.
- 2.-Trasladar a la paciente en camilla a la sala de expulsión y colocarla en la cama obstétrica.
- 3.-Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- 4.-Colocar y fijar las piernas de la paciente.
- 5.-Realizar el aseo quirúrgico de manos del obstetra y el secado de manos.
- 6.-Realizar el vestido quirúrgico.
- 7.-Realizar el calzado de guantes.
- 8.-Realizar el aseo del área perineal.
- 9.-Colocar los campos estériles.
- 10.-Infiltrar el perine o realizar bloqueo de pudendos.
- 11.-En el momento de la contracción , cuando se abombe el perine efectuar la episiotomía medialateral o media.

- 12.-Comprimir con una gasa el perine hacia arriba y hacia atrás.
- 13.-Vigilar la expulsión de la cabeza fetal y proteger el perine para evitar laceraciones.
- 14.-Limpiar la cara y aspirar la boca y la faringe del producto.
- 15.-Girar la cabeza del producto para que ocurra la restitución y rotación externa del producto después hacerla descender suavemente para favorecer el encajamiento del hombro anterior en el subpubis.
- 16.-Eleva ligeramente el producto para que ocurra desprendimiento del hombro posterior.
- 17.-Permitir el nacimiento del producto controlando la velocidad de expulsión lenta.
- 18.-Manejar adecuadamente el cordón umbilical sobre todo si existe circular de cordón al cuello o miembros del producto , deslizarlo sobre el hombro y la cabeza o seccionarlo entre 2 pinzas si lo anterior no es posible.
- 19.-Al termino de la expulsión del producto colocarlo a la altura de la pelvis materna antes de pinzar y seccionar el cordón cuando esté deje de latir.
- 20.-Cuidar que el producto se encuentre en decúbito ventral en el brazo del obstetra para evitar la aspiración.
- 21.-Entregar al recién nacido al pediatra para proporcionarle los cuidados inmediatos.
- 22.-Atender el alumbramiento en forma bimanual colocando una mano sobre la sínfisis del pubis y con la otra traccionando ligeramente el cordón umbilical.
- 23.-Evitar traccionar fuertemente el cordón umbilical y presionar el fondo del útero hacia abajo para que no ocurra inversión uterina.
- 24.-Favorecer el desprendimiento de placenta mediante el masaje de Crede.
- 25.-Al sentir el descenso de placenta distender el segmento uterino con la mano colocada en el abdomen de la paciente presionándolo suavemente hacia el fondo de útero.
- 26.-Al tomar la placenta revisar su integridad, cotiledones, membranas ,presencia de anomalías de cordón, zonas de desprendimiento ,zonas de infartos o calcificaciones.
- 27.-Realizar revisión de cavidad uterina.,
- 28.-Pasar 20 unidades de oxitocina por venoclisis, para disminuir sangrado.
- 29.-Colocar un tapón de gasa en vagina.
- 30.-Realizar episiorrafia.
- 31.-Sacar el tapón de vagina.
- 32.-Pasar a la paciente a la camilla.
- 33.-Colocar un apósito o toalla sanitaria.
- 34.-Trasladarla a alojamiento conjunto.

3.3.7 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN PERIODO EXPULSIVO

Concepto : Se refiere a la atención inmediata al recién nacido en el momento del nacimiento.

Objetivo : -Evitar un nacimiento brusco que predisponga factores de riesgo .
-Dejar vías aéreas permeables para evitar una posible aspiración de líquido o sangre del recién nacido.

Fundamentación : El principal cambio en el recién nacido es su función respiratoria por lo tanto se debe prever que este suceso se de en las mejores condiciones.

Material :- Gasas.
- Perilla.
- Pinza fuerte.

Técnica :

Maniobra de Ritgen :

Cuando la cabeza distiende el perineo , durante la contracción hasta un diámetro de 5 centímetros es aconsejable aplicar una toalla sobre una mano para protegerla del ano y ejercer presión sobre la barbilla del feto a través del perineo , mientras con la otra mano se ejerce presión contra el occipucio.

Ritgen Modificada :

Permite al medico controlar el desprendimiento de la cabeza y también favorece la extensión de forma que la cabeza se desprenda pasando en un menor diámetro a través del introito y sobre el perineo.

la cabeza se desprende lentamente con la base del occipucio girando alrededor del margen inferior de la sínfisis del pubis como el fulcro , mientras que el bregma , la frente y la cara atraviesan sucesivamente el perineo.

Limpieza de la nasofaringe:

Al fin de reducir al máximo la posibilidad de que se presente aspiración de restos de líquido amniótico o sangre , se debe limpiar la cara cuidadosamente y aspirar el contenido de boca primero y después de fosas nasales.

Pinzamiento del cordón :

El cordón se secciona entre dos pinzas colocadas aproximadamente 5 centímetros del abdomen fetal, se corta cuando este deje de latir y se pasa al recién nacido al pediatra.

Observaciones :

Los datos obtenidos deberán relacionarse con los factores de riesgo del PreviGen VI

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
14 Cordón (cm)	61 ó más	30 ó menos
15 Cordón Posición	Circular laxa	Circular apretada

36

3.3.8 CERRAR EL PASO DE OXITOCICOS

Objetivo : Evitar la rotura uterina

Fundamentación : Una vez expulsada la placenta y el mecanismo fundamental por el cual se consigue la hemostasia del lecho placentario es la vasoconstricción provocada por el miometrio bien contraído.

Posteriormente al alumbramiento se deben administrar 20 unidades de oxitocina para estimular la contracción del miometrio y la disminución de perdida de sangre.

Es muy importante recalcar que antes del alumbramiento el útero es muy sensible a la oxitocina , incluso a dosis intravenosas en miliunidades por minuto , el útero puede contraerse de forma tan violenta que provoque su propia rotura.³⁷

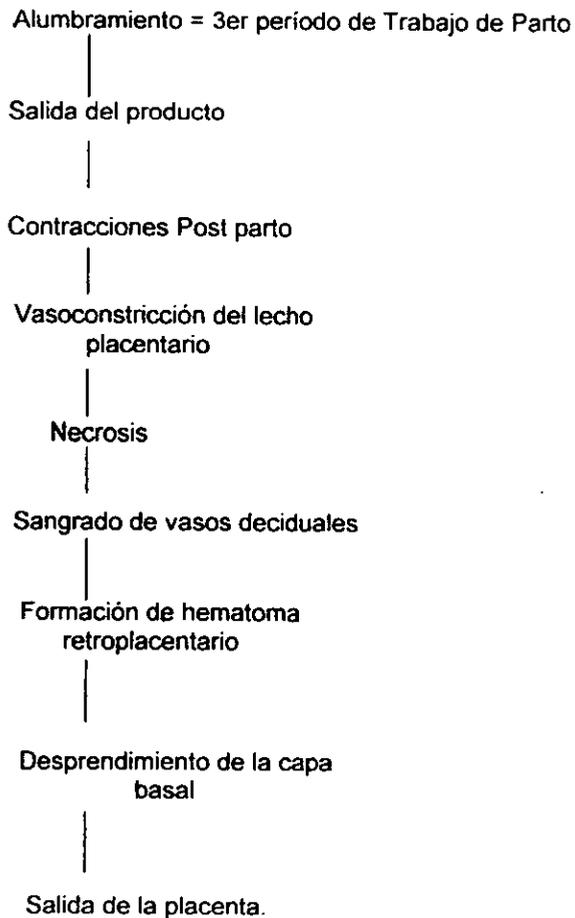
³⁷ Williams John ,Obstetricia de Williams , De. Uthea ,México 1866 -1931 , p.335.

3.3.9 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

Concepto : Es la expulsión por medio de contracciones uterinas de la placenta .

Objetivo : Lograr el vaciamiento de la cavidad uterina posteriormente al nacimiento.

Fundamentación:



Existen 2 tipos de mecanismos de expulsión

Schulze _____ La sangre queda retenida sin aparecer en el exterior y sale al final.

Duncan _____ Ocurre el desprendimiento del borde retroplacentario y escurre la sangre por la vagina.

Signos de desprendimiento de placenta :

- 1.-Elevación del fondo uterino a nivel de ombligo o cerca de este sitio.
- 2.-Chorro brusco de sangre por vagina.
- 3.-Protusión ulterior del cordón umbilical.
- 4.-Desaparece el impulso de expansión en el cordón al hacer presión sobre el fondo.

Material :

-Pinza fuerte.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente sobre el procedimiento que continua al nacimiento.
- 2.-Ordeñar el cordón umbilical que se encuentra pinzado.
- 3.-Se toma el cordón con la pinza que se uso para seccionarlo y con la otra mano se empuja el fondo de útero hacia arriba ; con ello se indica que la placenta se ha desprendido, ya que el cordón no seguirá el movimiento del útero hacia arriba si se ha preferido el desprendimiento.
- 4.-Se hace un movimiento combinado de tracción inferior del cordón y el desplazamiento hacia arriba del útero ; a condición de que el útero este contraído firmemente (Maniobra de Brand Andrews).
- 5.-Verificar el tipo de alumbramiento.
- 6.-Revisar la placenta que se encuentre completa(cotiledones , membranas).
- 7 Verificar si existen calcificaciones u/o anormalidades.
- 8.-Colocar la placenta en un riñón para posteriormente pesarla

Observaciones :

Los datos obtenidos relacionarlos con los factores de riesgo de la guía PreviGen V y PreviGen VI :

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
22 Alumbramiento	Dirigido	Manual
23 Acretismo		Si
24 Hemorragia	Moderada	Excesiva

38

Factor de Riesgo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
11 Placenta desprendida		Desprendimiento Prematuro
12 Placenta Peso	Aumentado	Muy bajo
13 Placenta infartos	Aislados	Múltiples

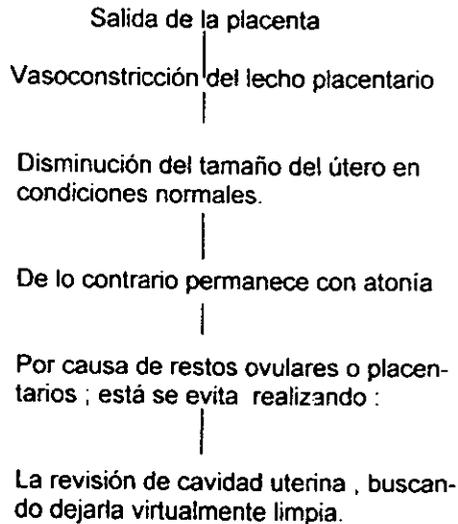
39

3.3.10 REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

Concepto : Es la revisión manual del vaciamiento total de la cavidad uterina posterior al alumbramiento.

Objetivo : Verificar la integridad de la cavidad uterina.
 Constatar que no existen restos placentarios u ovulares dentro de la cavidad uterina.

Fundamentación :



Material : -1 guante estéril.
 - gasas.

Técnica :

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento.
- 2.-Colocar un guante limpio sobre el guante de la mano exploradora.
- 3.-Colocarse una gasa enredada entre los dedos índice y medio.
- 4.-Pedirle a la paciente que respire rápido y con la boca abierta.
- 5.-Se da forma de cono a la mano y se introduce suavemente con presión firme a través del cuello uterino , mientras el fondo se estabiliza con la otra mano.
- 6.-Se recorre el útero en dirección a las manecillas del reloj en forma de barrido primero el dorso y después con los dedos a través de la superficie total del útero comenzando por el fondo.
- 7.-En el segmento inferior del útero se palpan las paredes con la superficie palmar de un dedo.
- 8.- Toda la exploración debe ser suave ya que el útero post-parto se perfora fácilmente.
- 9.-En caso de que la gasa muestre rastros de restos ovulares realizar nuevamente el procedimiento.

3.3.11 EPISIORRAFIA

Concepto : Es la reparación del perine de la mujer después de efectuado corte quirúrgico y posterior al nacimiento.

Objetivo : Conjuntar todos los bordes presentados posteriores a la episiotomía buscando lograrlo con estética.

Fundamentación: La sutura de la episiotomía se realiza después de la expulsión del feto y de los anexos , pensando en el caso de tener que realizar un alumbramiento manual puede abrirse nuevamente.

Se debe afrontar perfectamente los bordes , y en caso de incisión profunda se sutura el plano muscular con hilo reabsorbible (catgut) y con puntos separados que sirven para aproximar los bordes , en la piel se colocan simples puntos con nylon , seda o catgut.

Material : 1 Portaaguja.

1 Pinzas de disección.

2 Suturas de catgut crómico del 0 y de 00.

Técnica:

- 1.-Informarle a la paciente del procedimiento a realizar.
- 2.-Infiltrar localmente con xilocaina al 1% si el efecto de la dosis aplicada anteriormente esta disminuyendo.
- 3.-Se debe de utilizar catgut crómico 0 o de 00 de punta de ojal continuo.
- 4.-Se inicia por encima alrededor de 0.5 cm. por encima del ápice de la incisión de la pared vaginal hasta el anillo del himen.
- 5.-Después se amarra la sutura.
- 6.-Se colocan entonces 3 o 4 suturas interrumpidas en el músculo y la fascia del perineo.
- 7.-La fascia superficial del perineo suturarla con sutura continua ;esta misma llevarla hacia arriba como punto de sutura subcuticular en el perineo que se amarra en la horquilla.⁴⁰

⁴⁰ Pernoll ,Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos,Ed. El Manual Moderno,México , 1993 ,p.339

3.3.12 PROCEDIMIENTOS PARA PREVENIR HEMORRAGIA POST - PARTO

Uso de oxitocicos:

Una vez expulsada la placenta y el útero vacío el mecanismo fundamental por el que se consigue la hemostasia del lecho placentario es la vasoconstricción provocada por el miometrio bien contraído.

Durante el tercer período de trabajo de parto puede administrarse oxitocina para estimular la contracción del miometrio y la disminución de la pérdida de sangre.

Inicio temprano de Lactancia Materna :

Con el reflejo provocado por la estimulación del pezón por la succión del bebé ; este estímulo nervioso llega a las células productoras de oxitocina en el hipotálamo , alcanza la hipófisis donde se libera oxitocina y esta provoca la contracción del miometrio.

Realización de masaje uterino post- parto.

3.3.13 TRASLADO A ALOJAMIENTO CONJUNTO

Concepto : Se refiere a la ubicación posterior al nacimiento de la madre y el recién nacido en una habitación conjunta.

Objetivo : Vigilar la evolución del puerperio e iniciar el apego materno inmediato.

Fundamentación : El puerperio en la mujer inicia inmediatamente después de la expulsión de la placenta y se considera como el tiempo necesario para que el organismo materno recupere su estado anterior al embarazo y oscila entre 6 - 8 semanas , se subdivide en : puerperio inmediato las primeras 24 horas , puerperio mediato de 24 - 8 días y puerperio tardío de 9 - 40 días.

Técnicas :

Al trasladar a la paciente y al recién nacido a alojamiento conjunto se debe vigilar los signos vitales :

Tensión arterial : Detectar hipotensión puede traducir una hipovolemia , hemorragia o estado de choque.

Pulso : La taquisfigmia puede presentarse sobre un cuadro febril , hipovolemia importante o estado de choque.

Hipertermia : Indica presencia de infección , deshidratación o congestión mamaria.

Al realizar la exploración abdominal se debe de valorar el tono de la pared muscular , la ausencia de dolor y de distensión visceral, especialmente vesical , así como también se deben de valorar los loquios y la expulsión de coágulos.

Se deben tomar como normal en el puerperio inmediato los siguientes signos

*Escalofríos,

*Somnolencia,

*febrícula,

*Bradycardia,

*Loquios abundantes de aspecto hemático,

*Coagulos sanguinolentos en ocasiones,

*Utero bien contraído,

*Altura del fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical o 2 través de dedo por debajo de cicatriz umbilical.

Vigilar constantemente episiorrafía que no sangre y en caso de dolor aplicar compresas frías o bolsa de hielo y administrar analgésico.

3.3.14 VALORACIÓN DE LAS GUÍAS DE PREVIGEN IV , V , VI ,DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

Concepto : Sistema para detección y evaluación perinatal.

Objetivo :

- Detectar tempranamente los factores de riesgo durante el inicio de TDP.
- Detectar tempranamente los factores de riesgo perinatal en la evaluación del TDP.
- Detectar tempranamente los factores de riesgo perinatal al nacimiento del recién nacido.

Fundamentación : El Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal es un instrumento práctico elaborado con objetivos precisos para hacer posible el funcionamiento de un sistema de atención perinatal utilizando niveles progresivos de acuerdo al riesgo.

Considerando como base los colores y las indicaciones de el semáforo:

Nivel I	Riesgo Bajo	Verde
Nivel II	Riesgo Medio	Amarillo
Nivel III	Riesgo Alto	Rojo

De acuerdo con esta clasificación se procederá a la atención inmediata para la atenuación del o de los factores de riesgo presentes, durante el inicio de TDP y su evolución así mismo durante el parto.

Las guías de PreviGen deben utilizarse para buscar sistemáticamente los factores de riesgo, estos deben ser anotados en el apartado correspondiente al PreviGen 99.

Material : 1 Sistema para la Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal.

Técnica:

- 1.-Buscar la guía de PreviGen a evaluar.
- 2.-Verificar factores de riesgo y color correspondiente.
- 3.-Anotar en la hoja de PreviGen 99 ,PreviGen evaluado ,fecha , hora , número de factor , color.
- 4.-En caso de encontrar algún factor en color amarillo o rojo , anotar el número de factor y el color correspondiente los cuales nos indicaran un riesgo medio o alto , dando de esta forma pauta de atención inmediata.

IV ANEXOS

4.1 FARMACOS

4.1.1 BUSCAPINA (N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA)

Definición :

Inhibidor de la acción de la acetilcolina en partes inervadas por nervios colinérgicos postganglionares y musculatura lisa que responde a la acetilcolina y carece de inervación.

Objetivo :

Provocar relajación del músculo liso que rodea la cervix para facilitar el borramiento y favorecer la dilatación.

Fundamentación :

La buscapina se caracteriza por su especial punto de acción en las células nerviosas de los plexos parasimpáticos de los órganos internos.

Ejerce una acción espasmolítica específica sobre la musculatura lisa del tracto gastrointestinal y de las vías biliares, urinarias y uterina.

Se absorbe por vía oral y se acumula en el tejido del tracto gastrointestinal, hígado y riñón.

Se elimina por vía biliar y renal.

Mecanismo de acción :

La acción principal es un antagonista competitivo y superable con la acetilcolina y otras sustancias muscarínicas.

Los receptores afectados son los elementos anatómicos periféricos que estimulan o inhiben la muscarina, es decir, glándulas exocrinas, musculatura lisa y miocardio.

Indicaciones :

Se administra para disminuir espasmos de las partes blandas musculares durante el parto.

Reacciones Secundarias .

Aumento de la frecuencia del pulso, presentación ocasional de un trastorno pasajero de acomodación, reacciones de hipersensibilidad como urticaria.

Dosis Ampolleta :

Ampolleta de 1ml. = 20 mg de N-Butilbromuro de hioscina.

Administrar cuando hay un 80% de borramiento a razón de 1 ampolleta cada 30 minutos de 1 a 3 dosis. ⁴¹

⁴¹ Goodman y Gilman, Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Ed. Panamericana, México, 1991, p.161

4.1.2 OXITOCINA

Concepto :Hormona hipofisiaria.

Objetivo :

Conocer la acción ,producción ,efectos y contraindicaciones de la oxitocina en el Trabajo de Parto.

Fundamentación :

La oxitocina es una hormona la cual se sintetiza en los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo.

Los estímulos sensitivos que se originan en el cuello y la vagina pueden inducir la secreción de oxitocina por la hipófisis posterior ,la estimulación de las mamas también produce secreción de oxitocina , esta causa también la contracción del mioepitelio que rodea a los canales alveolares de las glándulas mamarias.

Propiedades farmacológicas :

Útero : La oxitocina estimula la frecuencia de la contractilidad uterina del músculo liso uterino , con concentraciones más elevadas se producen reducciones sostenidas en el potencial de la membrana en reposo ; con concentraciones umbral con las que no se producen cambios en el potencial de membrana ,la oxitocina inicia descargas en espiga , aumenta la frecuencia y el número de espigas en una descarga y aumenta la amplitud de las espigas.

La oxitocina puede iniciar o aumentar las contracciones rítmicas en cualquier momento esta aumenta alrededor de 8 veces entre las semanas 20 y 38 la mayor parte de incremento se produce durante las ultimas 9 semanas.

Vida Media :

Las estimaciones de la vida media varían entre 5 y 12 minutos , los valores más elevados son compatibles con los 30 a 60 minutos que suelen requerirse para alcanzar efectos contractiles máximos estables durante las infusiones de la hormona.

Depuración :

Se realiza principalmente por el riñón e hígado. ⁴²

Indicaciones :

La utilización de oxitocina se realiza para inducción o conducción de TDP.

Dosis :

La dosis a utilizar para inducir o conducir el TDP es de 2mU / 8 gotas por minuto que se duplicará cada 20 minutos alcanzando un máximo de 16 mU = 64 gotas por minuto.

⁴² Godman y Gilman ,Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica ,Ed.Panamericana , México ,1991 , p. 911.

Complicaciones :

El mal uso excediendo los límites de administración de la oxitocina en la inducción o conducción de TDP pueden provocar :

Hipertonia uterina y la frecuencia excesiva de contracciones produce acidosis , sufrimiento fetal y muerte.

La oxitocina tiene un efecto antidiuretico produciendo disminución del flujo urinario, las grandes dosis de oxitocina y grandes cantidades de soluciones sin electrolitos pueden producir : cefalea , vómitos , convulsiones y muerte.

La hiperbilirrubinemia neonatal puede producirse por el mecanismo siguiente
 Oxitocina — Contracciones uterinas — Disminución del flujo sanguíneo uterino — Hipoxia fetal — Inhibición de transferasa de glucoronido fetal — Disminución de la capacidad del hígado fetal para conjugar y excretar bilirrubina — Hiperbilirrubinemia e ictericia.

(Investigación en desarrollo).⁴³

⁴³ Casanova Alvarez , Obstetricia , Ed. Interamericana , México, p.283

4.1.3 XILOCAINA

Concepto : Anestésico local.

Objetivo . Lograr la anestesia local de alguna región específica.

Fundamentación :

Los analgésicos locales son fármacos que bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican localmente al tejido nervioso en concentraciones adecuadas.

de forma que un anestésico local ,en contacto puede provocar parálisis sensorial de la zona inervada.

Farmacinetica y Farmacodinamia :

La proporción de absorción depende el sitio de la inyección y la presencia de vasoconstrictor.

Su vida media terminal es cerca de 90 minutos.

La concentración máxima es obtenida 5 - 20 minutos después de la dosis administrada.

La depuración plasmatica es de 950 ml/min.

La lidocaina se une a proteínas en un 60 a 64 %.

Es degradada por el metabolismo hepático y los metabolitos son excretados por la orina.

Únicamente son adecuados para infiltración los preparados de 1 % y 0.5 %.

Toxicidad :

La sobredosificación de lidocaina produce muerte por fibrilación ventricular o si es masiva paro cardiaco.

Efectos colaterales :

A nivel del sistema nervioso central :hipersomnia , mareos ,parestias ,estado mental alterado y convulsiones ,esto es en personas sensibles o por sobredosis , también provoca hipotensión.

4.2 GUÍAS PREVIGen DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PERINATAL

4.2.1 EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

PREVIGen III

01	Presión arterial	Sist	■ 80-139	140-160	161 y más
02	Presión arterial	Diast	■ 60-90	91-109	110 y más
03	Aumento de peso (kg/mes)		■ 1 a 1.5	1.6 a 2.9	3.0 o más
04	Aumento de peso (kg/mes)			Sin aumento	Disminución
05	Aumento F.U. (cms/mes)		■ 3 a 5	6-7	8 y más
06	Aumento F.U. (cms/mes)			1-2	No aumento
07	Líquido amniótico (cantidad)		■ Normal	Moderado	Exagerado ↑
08	Líquido amniótico (cantidad)			Moderado	Exagerado ↓
09	Movimientos fetales		■ Normal	Moderado	Exagerado ↑
10	Movimientos fetales			Moderado	Exagerado ↓
11	Hemorragia genital		■ Vc	Mínima	Regular
12	Membranas o...res		■ íntegras	Rotas 12 hs o menos	Rotas 13 hs o más
13	Contracciones uterinas antes de 37 semanas por hora		■ 1 o menos	2 a 3	4 o más
14	Aborto 20-24 semanas		■ No	Amenaza	En evolución
15	Parto prematuro (21-36 sem.)		■ No	Amenaza	En evolución
16	Infección urinaria		■ No	Controlada	Activa
17	Otras alteraciones maternas				
	Especifique				
18	Otras alteraciones fetales				
	Especifique				
19	Otros especifique				
			■ Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

(PREVIGen III)

4.2.2 EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

PREVIgen IV

01	Riesgo en el embarazo	■ Bajo	Medio	Alto
02	Emotividad Edo. Psicológico	■ Tranquila	Excitada	Sin control
Actividad	03 Frecuencia	■ Normal	Menos de 3	5 o más
Uterina	04 Intensidad	■ Normal	Falta	Elevada
Contracciones	05 Duración	■ Normal	Falta	> de 90
	06 Tipo	■ Normal	Irregular	Hiperónica
07	Dilatación cervical	■ Normal	Menos	Estacionaria
	08 Base	■ Normal	< 20	10 o menos
Frecuencia	09 Base	■ Normal	> 60	15 o más
Cardíaca	10 Rítmica	■ Sí	Irregular	Disípica
Fetal	11 Asociación Respuesta fetal	■ Reactiva	Irregular	Bradicardia
12	Pelvis	■ Jil	Limitada	Desproporcionada
13	Membranas	■ Intactas	Rotas	Rotas
14	Presentación	■ Cefálica	menos	2 o más
15	No de Fetos	■ Uno	Requiere	Poli
	16 Cantidad	■ Normal		Oligo
Líquido	17 Cantidad	■ Normal	verduoso	Verde Obscuro
Amniótico	18 Color	■ Claro	amarillento	Rozado
	19 Color	■ Normal	Emulsión	Sin grumos
	20 Calidad	■ Grumoso	200+ 2500	2000 o menos
21	Peso Calculado (J. Toshach)	■ 2500-3500	150+ 4000	400+ o más
22	Peso Calculado (J. Toshach)	■ Normal	Baja marginal	Previa
23	Placenta Inserción	■ Sin datos	Sospecha	Positiva
24	Cordón Compresión	■ No	Maternas	Fetales
25	Malformaciones	■ No	Controladas	Sin control
26	Madre Complicaciones	■ No		
27	Otros especifique			

■ Riesgo bajo

Riesgo medio

Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVIgen IV)

4.2.3 EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

PREVIGEn V

01	Riesgo en Previgen IV	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	Alto
02	Frecuencia cardíaca fetal	<input type="checkbox"/> 121-150	111-120	110 o menos
03	Frecuencia cardíaca fetal	_____	151-160	161 o más
04	Valoración respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Reactivo	No reactivo	Bradicardia
05	Valoración respuesta fetal	_____	Taquicardia	_____
06	Tono uterino	<input type="checkbox"/> Normal	Hipotonia	Hipertonia
07	Frecuencia contr. en 10 min.	<input type="checkbox"/> 2-4	Incoordinación	Tarxisistolia
08	Duración seg.	<input type="checkbox"/> 40-60	Menos de 40	61 y más
09	Dilatación Cervical cm. hora	<input type="checkbox"/> 1-2	3 o más	Estacionaria
10	Descenso presentación	<input type="checkbox"/> Normal	Rápida	Difícil
11	Temperatura G.C.	<input type="checkbox"/> 36-37	Menos de 36	Más de 37
12	T.A. sistólica	<input type="checkbox"/> 80-139	140-160	161 y más
13	T.A. diastólica	<input type="checkbox"/> 60-90	91-109	110 y más
14	Membranas	<input type="checkbox"/> Integras	Rotas 12 Hs o menos	13 Hs o más
15	Inducción	<input type="checkbox"/> No	Oxitocina	Oxitocina y otros
16	Anestesia	<input type="checkbox"/> No	Regional	General
17	Uteronhíbridos	<input type="checkbox"/> No	_____	Si
18	Parto atendido en	<input type="checkbox"/> Cama	Expulsión	Quirófano
19	Episiotomía	<input type="checkbox"/> Si	Desgarros	_____
20	Perceps	<input type="checkbox"/> Ni	Profilactico	Indicaco
21	Duración del T.P. h:	<input type="checkbox"/> Hasta 6	7-9	10 o más
22	Alumbramiento	<input type="checkbox"/> Espontáneo	Dirigido	Manual
23	Acetismo	<input type="checkbox"/> No	_____	Si
24	Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	Moderada	Excesiva
25	Otros aspectos	_____	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PPRINATAL EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVIGEn V)

4.2.4 EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIÉN NACIDO

PREVIGen VI

1 ANTECEDENTES

01. Riesgo del embarazo	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Bajo
02. Riesgo en el parto	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Bajo

2 TRABAJO DE PARTO Y PARTO

03. Duración dilatación	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Muy Rápida	<input type="checkbox"/> Muy prolongada
04. Duración expulsiva	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Muy rápida	<input type="checkbox"/> Prolongada
05. Ruptura membranas	<input type="checkbox"/> Espontánea	<input type="checkbox"/> Inducida	<input type="checkbox"/> Más de 24 horas
06. Cantidad amniótico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Embebriada	<input type="checkbox"/> Sin amnios
07. Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Sangriento	<input type="checkbox"/> Con sangre
08. Color amniótico	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Verdoso	<input type="checkbox"/> Verde
09. Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fétido	<input type="checkbox"/> Fétido
10. Líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
11. Placenta desprendida	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
12. Placenta previa	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
13. Placenta infartada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
14. Córdon corto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
15. Córdon posición	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
16. Anestesia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Analgesia	<input type="checkbox"/> Anestesia
17. Parto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
18. Nacimiento	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
19. Nacimiento	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Anormal
20. Trauma fetal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí

3 NEONATO

21. Peso en gramos	<input type="checkbox"/> 2500-3500	<input type="checkbox"/> 2000-2500	<input type="checkbox"/> Menor de 2000
22. Peso en gramos	<input type="checkbox"/> 3500-4000	<input type="checkbox"/> 3500-4000	<input type="checkbox"/> Mayor de 4000
23. Edad Gest. Capurro (Sem)	<input type="checkbox"/> 37-42	<input type="checkbox"/> 32-36	<input type="checkbox"/> 32 o Menor
24. Edad Gest. (Capurro)	<input type="checkbox"/> 37-42	<input type="checkbox"/> 32-36	<input type="checkbox"/> 32 o Menor
25. Apgar	<input type="checkbox"/> 0-10	<input type="checkbox"/> 0-10	<input type="checkbox"/> 0-10
26. Reanimación, maniobra:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Intensiva
27. Signo de infección	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Positivo
28. Sufrimiento fetal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Severo
29. Otro: _____			

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIÉN NACIDO

(PREVIGen VI)

PREVIGen 99

	Fecha	Hora	1	2	1	2	1	2	1	2	Observación	Médico
Pruebas V												

Pruebas VI												

Pruebas VII												

Pruebas VIII												

Pruebas IX												

Especifique la causa de referencia _____

La referencia _____

Médico _____

Jefe de Servicio _____

Director _____

GLOSARIO

ACETILCOLINA : Sustancia química liberada por las terminaciones nerviosas para activar músculos , glándulas de secreción y otras células nerviosas.

ACIDOSIS: Deplección de la reserva alcalina del organismo , con la consiguiente alteración del equilibrio acidobásico.

ACINCLITISMO: Inclinação que realiza la presentación al realizar el encajamiento para flanquear el promontorio.

ACRETISMO: Es una adherencia anormal total o parcial de la placenta ocasionada por la penetración de las vellosidades coriales al miometrio al existir un defecto de la decidua basal.

AMNIOTOMO: Instrumento para romper las membranas amnióticas.

AMNIOS: Es la membrana más interna que envuelve al feto durante todo el embarazo.

ANALGESICO: Es un farmaco que alivia el dolor.

ANASARCA: Infiltración serosa de los tejidos celulares y cavidades serosas; edema generalizado.

ANTAGONISTA: Oposición activa.

APGAR: Método para valorar el estado general del recién nacido.

ASÉPTICO: Sin microorganismos patógenos vivos.

ATONIA: Sin tono.

BORRAMIENTO CERVICAL: Es el acortamiento de las fibras musculares que forman el cervix.

BRADICARDIA: Es la disminución de la frecuencia de las contracciones cardiacas, que causa lentitud en la frecuencia del pulso.

CAPURRO: Es una valoración sistemática de la edad gestacional del producto al nacer.

CEFALOHEMATOMA: Colección de sangre en los tejidos del cuero cabelludo.

CONVULSION: Contracción involuntaria de los músculos por estimulación cerebral anormal.

CORDON UMBILICAL : El cordón del ombligo que une al feto con la placenta.

CORION: Es la membrana más externa del saco embrionario.

COTILEDON: Cualquiera de las subdivisiones de la superficie uterina de la placenta.

DECIDUA BASAL: Recubrimiento endometrial del útero engrosado y alterado por la recepción del óvulo fecundado.

DURACION: Periodo comprendido entre el inicio y el termino de la contracción uterina.

ELECTROLITO: Líquido o solución de una sustancia capaz de conducir electricidad.

ESPASMO: Contracción muscular involuntaria convulsiva.

EUTROFICO: Normal en relación a su peso al nacer de acuerdo con parámetros ya establecidos.

FEBRICULA: Aumento de temperatura corporal.

FORCEPS: Instrumento para sujetar y traccionar la cabeza fetal para extraer el producto por vía natural.

FRECUENCIA: Número de contracciones uterinas que se presentan en 10 minutos.

HEMATOMA: Tumoración llena de coágulos de sangre .

HEMOGLOBINA: Pigmento respiratorio en los glóbulos rojos.

HEMORRAGIA: Escape de sangre de un vaso.

HIPERBILIRRUBINEMIA: Exceso de bilirrubina en sangre.

HIPERSENSIBILIDAD: Un estado en que hay una sensibilidad indebida por un estímulo o un alérgeno.

HIPERTENSION: Tensión arterial anormalmente alta.

HIPERTERMIA: Temperatura corporal muy elevada.

HIPERTROFICO: Aumento del tamaño de los tejidos o estructuras independiente del crecimiento natural.

HIPERVOLEMIA: Aumento del volumen de sangre circulante.

HIPOGASTRIO: El área de la parte anterior del abdomen que se encuentra inmediatamente debajo de la región umbilical.

HIPOGLUCEMIA: Descenso de la glucosa en sangre , se acompaña de ansiedad , sudoración , excitación , delirio o coma.

HIPOTALAMO: Es el centro más alto del sistema nervioso autónomo.

HIPOTERMIA: Temperatura corporal inferior a lo normal , indicada por la lectura baja en el termómetro.

HORQUILLA: Pliegue mucomembranoso en la comisura posterior de la vulva.

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

INFUSION: Líquido que fluye por gravedad hacia el organismo.

INTRAVASCULAR: Dentro de los vasos sanguíneos.

LACTOGENESIS: Formación de leche materna.

LIQUIDO AMNIOTICO: Líquido producido por las membranas fetales y el feto que rodea al feto durante todo el embarazo.

LOQUIO: Secreción vaginal que se produce durante el puerperio.

MASTITIS: Inflamación de la mama.

MULTIGESTA: Mujer que ha tenido más de 2 hijos.

PARTOGRAMA: Guía gráfica para la interpretación del trabajo de parto.

PERINEO: La porción del organismo en la desembocadura de la pelvis.

PELVIS: Cavidad ósea grande formada por los huesos iliacos y el sacro y contiene y protege la vejiga el recto y los órganos de la reproducción.

PLACENTA: Estructura vascular que se forma alrededor del tercer mes del embarazo y se fija en la pared interna del útero.

POSICION: Relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o

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

PRIMIGESTA: Mujer que da a luz su primer hijo.

PROMONTORIO: Una proyección , porción prominente.

PROSTAGLANDINA: Comparten algunas de las propiedades de las hormonas , vitaminas , enzimas y catalizadores.

PUERPERIO: Es el período inmediato posterior al parto hasta el momento en que termina la involución.

PUNTO TOCONOMICO: Punto de referencia del feto , que varia de acuerdo a las diversas presentaciones.

RIESGO REPRODUCTIVO: Son todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que ocurra un daño en una mujer fértil o en su caso si esta embarazada a su hijo.

SILVERMAN:Método para valorar el estado respiratorio del recién nacido.

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

TAQUICARDIA: Actividad excesivamente rápida del corazón.

TONO: La presión registrada entre 2 contracciones.

URTICARIA:Erupción cutánea alérgica que se caracteriza por múltiples ronchas pruriginosas circunscritas , lisas , elevadas , de color rosa que se presentan subitamente.

UTERO: Organo muscular hueco.

VAGINA: Conducto musculomembranoso que se extiende desde el cuello uterino hasta la vulva.

VASCULARIZACION: Adquisición de riego sanguíneo.

VASOCONSTRICTOR: Cualquier agente que estrecha la luz de un vaso sanguíneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Balderas Pedrero Ma. de la Luz , Administración de los Servicios de Enfermería , Ed.Interamericana , México , 1988 , 257 p.
- 2.-Bates Barbara , Guía para el examen físico ,Ed.Harla , México , 1987 , 863 p.
- 3.-Beck Alfred Charles , Práctica de Obstetricia ,Ed.Prensa Médica Mexicana México ,1885 , 847 p.
- 4.-Beisher Norman , Obstetricia práctica con cuidados del recién nacido , Ed.Interamericana , México , 1979 ,253 p.
- 5.-Benson Ralph Criswell ,Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos , Ed.El Manual Moderno, México , 1911 . 1027 p.
- 6.-Butnarescu Glenda Fregia , Enfermería Perinatal ,Ed.Linusa , México , 1983 , 591 p.
- 7.-Calderyro - Barcia , Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal , Tokio - Japon , 1979.
- 8.-Casavilla , Manual de Obstetricia , Ed.El Ateneo , Buenos Aires , 1987 , 716 p.
- 9.-Casanova ,Alvarez , Obstetricia , Ed.Interamericana , México , 1983 , 397p
- 10.-Cecil Gray , Anestesia General ,Ed.Salvat ,España ,1983 , 1816 p.
- 11.-CIMIGen ,Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal , Agosto 1987 ,Septiembre 1993.
- 12.-CIMIGen , Normas y Políticas Generales.
- 13.-Clifford Attkison ,Administración de Hospitales : Fundamentos y evaluación del servicio hospitalario , Ed.Trillas , México ,1988 , 317 p.
- 14.-Copeland J. Larry , Ginecología ,Ed.Panamericana Médica , Argentina , 1994 , 1197 p.
- 15.-Copland Ronald , Fundamentos de Obstetricia , Ed.Limusa , México , 1987 , 400 p.

- 16.-Dickason Jan Elizabeth , Enfermería Materno Infantil , Ed.Mosby Doyma , España,1995 , 729 p.
- 17.-Eneo , Antología de Atención para la Salud.
- 18.-Eneo , Antología de Obstetricia 1 del SUA.
- 19.-Gally Esther , Manual práctico para Parteras, Ed.Pax - México , México, 1986 , 559 p.
- 20.-Greenhil , Obstetricia , Ed.Interamericana ,México , 1977 , 818 p.
- 21.-Gonzalez Merlo ,Obstetricia,Ed.Masson -Salvat , Barcelona ,1997 ,825 p.
- 22.-Gunter Lenz , Manual de Anestesia , Ed.El Manual Moderno, México , 1991 , 289 p.
- 23.-Goodman y Gilman,Las bases Farmacológicas de la Terapéutica , Ed.Panamericana , México, 1991, p.1751
- 24.-Hospital Luis Castelazo Ayala , IMS ,Procedimientos de Obstetricia, 1994.
- 25.-King Eunice , Técnicas de Enfermería, Ed.Interamericana ,México, 1979, 376 p.
- 26.-Knor Emily , Decisiones en Enfermería Obstetrica, Ed.Doyma , Barcelona , 286 p.
- 27.-Kozier Barbara , Enfermería Fundamental, Ed.Interamericana ,México , 1989 ,742 p.
- 28.-Lewis T.L.T. Chamberlain , Obstetricia , Ed.El Manual Moderno , 1994 , 426 p.
- 29.-Long Barbara , Tratado de Enfermería Médico -Quirúrgica ,Ed.Interamericana ,México ,1989 , 554 p.
- 30.-Malinowski , - Budin ,El parto papel de la enfermera ,Ed.Interamericana , México , 1978 , 171 p.
- 31.-Mallafre Dols ,Clínica ginecologica ,Monitorización Intraparto ,Ed.Salvat , Barcelona , 1980 , 171p.
- 32.-Mariener , Manual de Administración de Enfermería ,Ed.Interamericana , México , 1992 , 499 p.

- 33.-Mondragón Héctor , Obstetricia Básica Ilustrada ,Ed.Trillas ,México , 1991 , 822 p.
- 34.-Mclenan Charles , Compendio de Obstetricia ,Ed.Interamericana , México 1977 , 490 p.
- 35.-Olds , Enfermería Materno Infantil,Ed. Interamericana ,Madrid , 1987 , 1283 p.
- 36.-Pernoll Martin , Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos , Ed.El Manual Moderno ,México ,1993 ,1444 p.
- 37.-Potter , Estudio Clínico Integral,Ed.Interamericana , México , 1992 , 844 p.
- 38.-Redder , Enfermería Materno - Infantil ,Ed.Harla ,México .1988 ,1157 p.
- 39.-Rosales Barrera Susana ,Fundamentos de Enfermería,Ed.El Manual Moderno ,México , 1991 , 463 p.
- 40.-Rosemory McMahan , Administración de la Atención Primaria de Salud, Ed.Pax- México , México .
- 41.-Roper Nancy , Diccionario de Enfermería , Ed.Interamericana ,México , 1987 , 449 p.
- 42.-Scott , Disai Phillip ,Tratado de ginecología y Obstetricia de Danforth,Ed.Interamericana , México , 1991 , 1296 p.
- 43.-Stewart Taylor , Obstetricia de Beck,Ed.Interamericana , México , 1979, 649 p.
- 44.-Williams , Obstetricia de Williams , Ed.Uthea , México ,1866-1931 ,1179p