

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE LA
UNIDAD**

TOCOQUIRURGICA

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta

SANDRA SAN JUAN CALVO

No. Cta.: 7539422-0



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A MIS HIJOS: S. ALDYANINA VITAL SAN JUAN Y EDGAR A. SAN JUAN CALVO

GRACIAS A SU APOYO
Y COMPRESION QUE
ME HAN BRINDADO
EN LOS MOMENTOS
ALEGRES Y TRISTES
DE MI VIDA Y EN LA
REALIZACION DE ESTE
PROYECTO TAN
IMPORTANTE QUE ES
PARA MI TITULARME.

A MI HERMANA RIGOBERTA JUDITH

GRACIAS POR TU APOYO
EN DONDE QUIERQ QUE
TE ENCUENTRES

A MI PROFESOR LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

POR SU INVALUABLE APOYO Y TOLERANCIA
EN LA CULMINACION DE MIS ESTUDIOS
MIL GRACIAS.

A MI ASESORA LIC. MARIA DE LOS ANGELES ROMERO QUIROZ

GRACIAS POR SUS CONSEJOS, APOYO
EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sandra su Juan Calvo

FECHA: 09-10-2004

FIRMA: Sandra su Juan Calvo

ASESORA

LICENCIADA EN ENFERMERIA OBSTETRICIA

Maria de los Angeles Romero Quiroz

MARIA DE LOS ANGELES ROMERO QUIROZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNOS ESCOLARES

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1.- FUNDAMENTACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	8
1.1 JUSTIFICACIÓN	8
2.- OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3.- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN	10
3.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE	10
3.1.1 Toma de signos vitales	10
3.2 ELABORACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLINICA	14
3.2.1 Historia y equipo	14
3.2.2 Exploración física	15
3.2.3 Cálculos obstétricos	16
3.2.4 Identificación de datos de alarma	17
3.2.5 Medición de fondo uterino	18
3.2.6 Maniobras de Leopold	18
3.2.7 Colaboración en la valoración cervical	20
3.3 PREPARACIÓN FÍSICA	22
3.3.1 Tricotomía	22
3.3.2 Enema evacuante	23
3.3.3 Higiene Corporal	23
3.4 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	24
4. PRECEDIMIENTOS EN EL ÁREA DE LABOR	24
4.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE	24
4.1.1 Toma de signos vitales	24
4.1.2 Punción venosa	25
4.2 COLABORACION EN LA VALORACION GINECO-OBSTÉTRICA	27
4.2.1 Medición de fondo uterino	27
4.2.2 Maniobras de Leopold	27
4.2.3 Toma de frecuencia cardiaca fetal	27

5.4.1 Aspiración buco nasofaríngea	55
5.4.2 Aplicación de oxígeno	55
5.4.3 Normotermia	56
5.4.4 Valoración de Apgar	57
5.4.5. Valoración Silverman-Anderson	57
5.4.6 Identificación del recién nacido	58
5.4.7 Ligación del cordón umbilical	58
5.4.8 Prueba de tamiz neonatal	59
6.- RECUPERACIÓN	60
6.1 ESTADO DE CONCIENCIA	60
6.2 VALORACIÓN DE SUS SIGNOS VITALES	60
6.3 INVOLUCIÓN UTERINA	61
6.4 LOQUIOS	61
6.5 IDENTIFICACIÓN DEL BINOMIO MADRE-RECIÉN NACIDO	61
6.6 TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO	61
7.- ÁREA DEL CUNERO TRANSICIÓN	62
7.1 Identificación del recién nacido	62
7.2 Normotermia	62
7.3 Exploración física del recién nacido	63
7.4 Evaluación neurológica	63
7.5 Valoración de la edad gestacional	63
7.6 Cuidados del muñón umbilical	63
7.7 Profilaxis oftálmica	64
7.8 Profilaxis hemorrágica	64
7.9 Glucemia en tira reactiva	65
7.10 Punción venosa	65
7.11 Reanimación neonatal	66
ANEXOS	69
GLOSARIO DE TERMINOS	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	103
MARCO JURÍDICO	105

4.3 CUIDADOS DE ENFERMERIA A LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO	28
4.3.1 Administración y ministración farmacológica	28
4.3.2 Colaboración en la aplicación de analgesia obstétrica	30
4.3.3 Identificación de datos de alarma	32
4.4 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	33
4.4.1 Legrado uterino	33
4.4.2 Obliteración turbaría bilateral	34
4.4.3 Operación Cesárea	34
4.4.4 Fórceps	35
4.5 PREPARACION FÍSICA A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OBSTETRICA	35
4.5.1 Tricotomía	36
4.5.2 Vendaje de miembros inferiores	36
4.6 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	37
5.- PROCEDIMIENTOS EN EL ÁREA DE EXPULSIÓN	39
5.1 ENFERMERA CIRCULANTE	39
5.1.1 Identificación de la paciente	40
5.1.2 Consejería de enfermería	40
5.1.3 Posición de la paciente	41
5.1.4 Asepsia y antisepsia	41
5.1.5 Sondeo vesical	42
5.1.6 Administración y ministración de medicamentos	44
5.1.7 Abastecimiento de material y Equipo	44
5.2 ENFERMERA INSTRUMENTISTA	44
5.2.1 Técnica de lavado quirúrgico	45
5.2.2 Calzado de guantes y bata estéril	46
5.2.3 Preparación de la mesa instrumental por tiempos Quirúrgicos.	49
5.2.4 Colocación de apósito estéril en herida quirúrgica	49
5.3 PUERPERIO INMEDIATO	50
5.3.1 Puerperio fisiológico	51
5.3.2 Puerperio quirúrgico	52
5.4 CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO	54

INTRODUCCION

El objetivo principal de este manual de procedimientos es: "Servir como guía y consulta para el personal de Enfermería y para todo aquel profesionalista que labore en el área de la salud"

En sus páginas trata los aspectos básicos teórico-asistenciales que permiten otorgar una atención de calidad a la paciente gineco-obstétrica y recién nacido, al mismo tiempo orientar el trabajo de una manera fácil y clara.

Este manual se encuentra estructurado en capítulos en donde se engloban todas las áreas con que cuenta una unidad toco-quirúrgica, y sus diferentes pero muy específicas actividades.

Dentro de este servicio encontramos las áreas de admisión, labor, salas de expulsión, sala quirúrgica y cunero de transición.

Es de esperarse que al realizar esta episiotomía se logre ampliar y complementar los conocimientos teórico-metodológicos asistenciales del personal de enfermería y de esta manera se desenvuelva adecuadamente dentro de las diferentes áreas que conforman la unidad toco-quirúrgica.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente manual de procedimientos se justifica ampliamente por las siguientes razones:

Que el personal que labora en ese servicio, pueda consultarlo y logre fundamentar sus procedimientos aún cuando estos no estén incluidos en las expectativas de su profesiograma y se necesite ampliarlo en una situación de emergencia.

Además de que sirva de guía a todo aquél personal de enfermería de base, nuevo ingreso, pasante y estudiantes que se integren al servicio.

Finalmente con esto lograr unificar criterios para una mejor calidad de atención a la paciente gineco-obstétrica y recién nacido.

2. OBEJTIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar un manual de procedimientos en el que se ven inmersas todas las áreas que conforman la unidad tocoquirúrgica y a su vez enriquezca y beneficien la calidad de atención a la paciente gineco-obstétrica y el binomio madre-recién nacido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Brindar una fundamentación teórica de los procedimientos que se realizan en las diferentes áreas de la unidad tocoquirúrgica.

Facilitar una guía de consulta y enseñanza a todo aquél personal de enfermería que labore y/o se integre a la unidad tocoquirúrgica.

Dar a conocer los procedimientos que son necesarios de ampliar en sucesos de emergencia aún cuando estos son propios del personal de enfermería.

3.- ÁREA DE ADMISIÓN

3.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE

- Presentación con la paciente
- Identificación de la paciente
- Indicaciones
- Anotación de datos en el partograma

3.1.1 TOMA DE SIGNOS VITALES

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante como la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial (ver anexo 1).

- Valoración de la temperatura corporal

Es un procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano.

Material y equipo

- Charola con termómetro
- Recipiente porta termómetros con solución antiséptica
- Recipiente con solución jabonosa.
- Recipiente con torundas secas

Procedimiento

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Explicar a la paciente sobre el procedimiento y colocarlo en decúbito o posición sedente.
- Extraer el termómetro de la solución antiséptica e introducirlo en el recipiente de agua, posteriormente, secarlo con un torunda mediante movimientos rotatorios
- Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de 34° C de la escala termométrica.
- Colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar
- Colocar el brazo y el antebrazo de la paciente sobre el tórax.
- Dejar el termómetro de 3 a 5 minutos y retirarlo, hacer la lectura y anotar en la hoja de registro
- Valoración respiratoria.

El pulso es un indicador de la función cardíaca y es uno de los signos vitales que debe valorarse con fines diagnósticos y terapéuticos.

Material y equipo:

- Reloj segundero.
- Hoja de registro y bolígrafo.

Procedimiento

- Colocar a la paciente en posición sedente a decúbito dorsal. La respiración debe ser tomada sin que ésta percate de ello.
- Tomar el brazo de la paciente y colocarlo sobre su tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso, observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax y el abdomen en cada inhalación y exhalación.
- Contar las respiraciones durante un minuto y hacer las anotaciones en la hoja de registro.
- Valoración del pulso periférico.
- Cerciorarse de que el brazo de la paciente descanse en una posición cómoda
- Colocar las puntas de los dedos índices, medio y anular sobre la arteria elegida, oprimir los dedos con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.
- Percibir los latidos del pulso y contarlos durante un minuto, registrar el pulso en la hoja y anotar características encontradas.

Valoración de la tensión arterial.

Es la presión que se ejerce por parte de la sangre milímetros de mercurio (mm/Hg).

Material y equipo:

- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroide.
- Estetoscopio
- Hoja de registro y bolígrafo.

Procedimiento.

- Indicar a la paciente que descanse, ya sea una posición sedente o en decúbito dorsal, ayudarla a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.
- Colocar el esfigmomanómetro en una mesa cercana y con la escala visible
- Colocar el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm. Por encima de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.
- Colocar el estetoscopio en posición de uso, con los conductos auditivos externos (olivas) hacia delante.
- Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar el pulso de la arteria braquial y colocar el estetoscopio en este lugar.
- Insuflar rápidamente el brazalete, aflojar cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente, escuchar con atención el primer latido y observar el nivel de la escala de mercurio, mantener la presión diastólica.

- Abrir completamente la válvula dejando escapar todo el aire y retirar el brazalete.
- Hacer las anotaciones correspondientes.

3.2 ELABORACION EN LA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLINICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA GINECO-OBTÉTRICA

3.2.1 HISTORIA Y EQUIPO.

Es un instrumento clínico que se obtiene mediante un interrogatorio, en éste se investigan todos los antecedentes patológicos, hereditarios, familiares y obstétricos que puedan o no interferir con el embarazo actual.

Material y equipo:

- Hoja de registro o partograma
- Bolígrafo

Procedimiento

- Explicar a la paciente que se necesitan datos relacionados con su salud y la de sus familiares más cercanos y que éstos nos ayudarán a establecer posibles factores de riesgo que puedan interactuar junto con su embarazo actual. El interrogatorio debe incluir preguntas abiertas y debe ser formato informal (ver anexo 2)

3.2.2 EXPLORACIÓN FÍSICA GINECO-OBSTÉTRICA

Se efectúa examen físico completo para establecer el estado actual de salud de la mujer y del embarazo.

Material y equipo:

- Termómetro
- Baumanómetro
- Doppler
- Estetoscopio de Pinard
- Guantes
- Gel
- Gasas

- Bata
- Sábana

Procedimiento.

- Explicar a la paciente que se va a hacer una revisión física completa la cual pretende detectar signos y síntomas relacionados o no con su embarazo.
- Pedir a la paciente que se desnude en el vestidor y se coloque la bata con lo abierto hacia atrás.
- Pedir a la paciente que se coloque en posición decúbito en la mesa de exploración.
- Efectuar la exploración física mediante la inspección, palpación, auscultación y percusión de la paciente.

3.2.3 CÁLCULOS OBSTÉTRICOS

Se considera que el embarazo dura aproximadamente 280 días (40 semanas) contadas a partir del primer día del último periodo menstrual; con base en esto se han formulado diversos cálculos para conocer las semanas de gestación y la fecha probable de parto (ver anexo 3)

3.2.4 IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE ALARMA

Los datos de alarma son aquellos signos y síntomas que puede manifestar la mujer y/o el feto que ponen en riesgo su salud o su vida, se identifican a través de una historia clínica los cuales son:

- T/A mayor 90mm Hg. (diastolica)
- Fosfenos
- Acufenos
- Dolor de cabeza continuo e intenso
- Visión borrosa o débil
- Edema en miembros pélvicos, torácicos o cara
- Hiperémesis (más de 6 vómitos al día)
- Fiebre persistente
- Hemorragia transvaginal
- Ruptura prematura de membranas
- Leucorrea
- Dolor abdominal agudo tipo cólico
- Actividad uterina (antes de 34 SDG)
- Dolor lumbar
- Infección de vías urinarias

3.2.5 MEDICIÓN DE FONDO UTERINO

Es un procedimiento clínico para valorar en forma indirecta la evolución del embarazo (ver anexo 4)

Material y equipo:

- Cinta métrica
- Hoja de registro y bolígrafo

Procedimiento:

- Se explica a la paciente al procedimiento
- Se coloca a la paciente en posición decúbito dorsal y se descubre el vientre, cuidando el pudor de ésta.
- Se mide la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y el fondo uterino².

3.2.6 MANIOBRAS DE LEOPOLD

Son las maniobras utilizadas para explorar por palpación el útero y su contenido (ver anexo 4).

Procedimiento:

- PRIMERA MANIOBRA. Se coloca la mano izquierda en el fondo del Útero y la derecha en el polo superior.
- SEGUNDA MANIOBRA. Se colocan las palmas de ambas manos en el abdomen, una a cada lado de útero.
- TERCERA MANIOBRA. Las palmas de las manos se apoyan en el Hipogastrio para localizar el polo inferior del producto.
- CUARTA MANIOBRA Se colocan las palmas de la mano a cada Lado del útero ejerciendo ligera presión descendente en dirección del canal de parto³

³Mondragón Castro Héctor. "Obstétrica básica Ilustrada" Editorial Trillas. México 1997 pgs.142'143.

⁴Mondragón Castro Héctor. Op. Cit. Pgs. 144-145

- VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL: La frecuencia cardíaca fetal es el número de latidos cardíacos auscultados en el lapso de un minuto y tiene como objetivo el detectar si existe alteración en el feto (ver anexo 6)

Es importante determinar la presentación del feto mediante las maniobras de Leopold tomando en cuenta las semanas de gestación pues sólo es posible escucharlo entre la 9 y 12ª semana con Doppler o tococardiógrafo, y a partir de la 20ª semana con estetoscopio de Pinar.

A) La auscultación de los latidos cardíacos fetales mediante el clásico estetoscopio de Pinar colocando sobre el abdomen materno, permite valorar la actividad del corazón fetal, durante el trabajo de parto.

Procedimiento.

- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Mediante las maniobras de Leopold, localizar el dorso fetal
- Colocar el estetoscopio de Pinar en el vientre de la madre, sujetándolo únicamente con la presión ejercida con la cabeza hasta escuchar los ruidos cardíacos.
- Registrar la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto, tratando de identificar alteraciones.

B) La auscultación de la frecuencia cardíaca fetal con tococardiógrafo se realiza de la siguiente manera:

Material y equipo:

- Monitor fetal o doppler.
- Jalea conductora.

- Correas y botones.

Nota: es indispensable que antes de empezar la monitorización fetal se verifique la carga de batería y se calibre el equipo.

Procedimientos:

Explicar el procedimiento a la paciente.

- Localizar por medio de las maniobras de Leopold el dorso fetal ya que es el mejor punto de conducción y claridad.
- Colocar jalea conductora sobre el punto de conducción y fijar el transductor con las correas.
- Registra la frecuencia cardiaca fetal durante un minuto e identifica alteraciones.

3.2.7. COLABORACIÓN EN LA VALORACIÓN CERVICAL.

Se realiza a través de un tracto vaginal esperando encontrar posición, punto toconómico, variedad de posición, dilatación, borramiento y consistencia del cervix (ver anexo 7).

Material y equipo:

- Guantes.
- Gel
- Sábana

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Pedir a la paciente que se descubra de la cadera para abajo y se coloque en la mesa rodillas flexionadas en dicha posición.
- Cubrir con una sabana y dejar expuesta la región vaginal.
- Colocarse los guantes con gel e introducir los dedos en la vagina para valorar el cervix (dilatación y borramiento).

A) Dilatación y borramiento cervical.

La dilatación es el diámetro de la abertura del orificio cervical y el borramiento es el espesor del cuello uterino, sin cambios tiene de 2 a 3 cm. de longitud.

B) Planos de Hodge.

Hodge descubrió 4 planos imaginarios y paralelos entre si con el objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto. Estos planos son los siguientes:

PRIMER PLANO: Se extiende del promontorio al borde superior de la Sínfisis púbica.

SEGUNDO PLANO: Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis publica.

TERCER PLANO: Plano imaginario a la altura de las espinas ciáticas.

CUARTO PLANO: Se encuentra al nivel del vértice del coxis.

3.3. PREPARACIÓN FÍSICA.

Incluye la preparación de vulva y perineo, enema evacuante e higiene corporal.

3.3.1. TRICOTOMÍA.

Es el procedimiento por medio del cual se corta y rasura el vello de un área determinada (región púbica)

Material y equipo:

- Agua jabonosa
- Gasas
- Guantes
- Rastrillo desechable o navajas desechables
- Agua limpia

Procedimiento

- Reunir el equipo.
- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Colocarse los guantes.
- Exponer el área que se rasurara y cubrir al paciente mostrando consideración al pudor de la paciente.
- Aplicar solución jabonosa en pequeñas áreas de la piel.
- Colocar la navaja o rastrillo formando un ángulo 30° respecto a la epidermis, así se reducen al mínimo las posibilidades de cortar e irritar la piel.
- Enjuague bien la piel con el agua limpia y seque el área para proporcionar bienestar y comodidad al paciente⁴.

⁴ Lewis, Wolf. "fundamentos de enfermería". Edit. HARLA Mexico 1996. pgs. 745 – 746

3.3.2 ENEMA EVACUANTE

Es una técnica en la que se introduce una solución en el recto con fines terapéuticos o de limpieza.

Material y equipo

- frasco con aplicador desechable
- gel
- guantes

Procedimiento

- explicar al paciente el procedimiento.
- Pedir a la paciente que se descubra las nalgas, y el ano y que se coloque en posición lateral ya que el recto se encuentra en esa posición, colocarse los guantes.
- Introducir por el ano el aplicador previamente lubricado con gel y permitir la entrada de la solución hacia el recto.

NOTA: está contraindicando en hemorroides, diarrea, situación del feto no longitudinal, placenta previa y frecuencia cardiaca fetal baja.

3.3.3 HIGIENE CORPORAL

Se realiza con el fin de retirar de la superficie corporal todos aquellos microorganismos o sustancias que puedan provocar un proceso patológico durante el trabajo de parto.

3.4 CONSEJERIA DE ENFERMERÍA.

Es la que da la enfermera a la paciente en trabajo de parto con fines profiláctico. Es importante la destreza de la enfermera para explicar del trabajo de parto y tratamiento a seguir para establecer una atmósfera de confianza y respeto con la paciente.

Es importante que el personal de enfermería escuche a la paciente y deje que esta exprese con sus propias palabras mostrando respecto hacia sus sentimientos y temores relacionados con su estado actual.

4. PROCEDIMIENTOS EN EL ÁREA DE LABOR

4.1 RECEPCIÓN DE LA PACIENTE

Al efectuarse la admisión de la paciente durante el trabajo de parto, la enfermera anotará su nombre en la libreta correspondiente, el motivo por el que ingresa, la fecha y hora en la que se presenta, la hora en que se notifica al médico y la hora en la que se examino a la paciente.

Se pregunta a la paciente porque acudió al hospital. La enfermera no debe suponer que fue clínico de las contracciones regulares lo que la indujo a presentarse, y que pudo experimentar fugas de líquido amniótico o disminución de la actividad fetal, y tal vez por eso desee ver al médico. Se da la oportunidad a la paciente de que se exprese con sus propias palabras porque desea ingresar.

4.1.1 TOMA DE SIGNOS VITALES

La toma de signos vitales durante la recepción de la paciente en el área de labor sirve para comparar las oscilaciones en pulso, temperatura, frecuencia cardiaca y presión durante el tiempo paciente en admisión y el momento en el que se ingresa al área de labor (ver anexo 1).

4.1.2 PUNCIÓN VENOSA

Es una técnica con la cual se perfora una vena por vía transcutánea con un estilete rígido de punta cánula portadora de un catéter flexible, tiene como objetivo iniciar una infusión vía sanguínea.

Material y equipo:

- Torniquete
- Punzocath
- Solución estéril
- Equipo para solución
- Torundas con solución antiséptica
- Tela adhesiva
- Guantes

Procedimiento:

- Explicar a la paciente la finalidad de la instalación por vía intravenosa y los pasos que se seguirán para llegar a la vena.
- Reunir el equipo de punción y solución preparada al igual que ciertos instrumentos y suministros que se emplearan durante la ejecución de la venopunción.
- Inspeccionar y palpar los sitios posibles para la venopunción.
- Preparar tiras de cinta adhesiva para estabilizar el catéter.
- Aplicar un torniquete colocándolo de 5 a 7 cm. por arriba del lugar donde se puncionara.
- Revisar las frecuencias del pulso de la paciente de acuerdo con la vena seleccionada. Si no es posible palpar el pulso conviene aflojar el torniquete.

- Colocarse los guantes.
- Haciendo fricción, limpiar la piel de la proximal a lo distal del sitio de punción con una torunda humedecida con solución antiséptica.
- Usar el dedo pulgar para extender y seleccionar la vena y los tejidos suaves en 5 cm. por debajo del sitio de acceso seleccionado.
- Formar un ángulo de 45° mientras se sostiene la aguja con el bisel hacia arriba. Cuando la aguja haya sido introducida en la piel debe reducirse el ángulo hasta quedar de 10° a 15°.
- Seguir la trayectoria de la vena para insertar totalmente el bisel.
- Observar el flujo instantáneo de sangre por el catéter una vez que el bisel se ha introducido bien en la vena.
- Soltar el torniquete.
- Presionar el área de la punta interna del dispositivo de la venopunción.
- Conectar el extremo de la sonda al dispositivo de la venopunción cuidando preservar la esterilidad de la parte correspondiente a la conexión.
- Iniciar el flujo de solución soltando lentamente la grapa en el equipo.
- Asegurar el catéter con la tela adhesiva.
- Incorporar cierta longitud de sonda con cinta adhesiva cerca del sitio de entrada. No conviene circular el brazo o mano con la cinta.
- Ajustar la tasa de flujo de solución.
- Escribir la hora, fecha y calibre del catéter utilizado sobre la tela adhesiva empleada para sujetar el catéter⁵.

⁵ Lewis, Wolf. "Fundamentos de enfermería" Edit. HARLA. Mexico 1996. p. 572

4.2 COLABORACIÓN EN LA VALORACIÓN GINECO-OBSTETRICA

4.2.1 MEDICIÓN DE FONDO ÚTERINO

Es un procedimiento clínico por medio del cual se pretende valorar en forma indirecta la evolución del embarazo a expensas de un abdomen grávido, esto se mide en centímetros y debe establecerse una entre las semanas de gestación y el resultado de esa medición (ver anexo 4).

4.2.2 MANIOBRAS DE LEOPOLD

Estas maniobras son empleadas para obtener información satisfactoria por palpación abdominal con el fin de determinar la posición, presentación y descenso del producto además de orientar el punto de auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (ver anexo 5).

4.2.3 TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dentro de la valoración gineco-obstétrica en el área de labor es de vital importancia la toma de frecuencia cardiaca fetal, ya que es un indicador de la evaluación del trabajo de parto y de la existencia de alteraciones complicaciones en éste, las dos técnicas empleadas para este fin son las siguientes:

A) Estetoscopio de Pinard

B) Tococardiógrafo (ver anexo 6)

4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE EN TRABAJO DE PARTO.

4.3.1. ADMINISTRACIÓN Y MINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA.

Existen diferentes situaciones en las que se deben utilizar medicamentos durante el trabajo de parto, dependiendo de las necesidades tanto terapéuticas como profilácticas; estas pueden usarse con fines curativos, paliativos y de sustitución. Este proceso inicia con el ingreso del fármaco al organismo y depende del tamaño molecular del medicamento y su capacidad de disolverse en los líquidos corporales. Existen diferentes vías para la administración de medicamentos entre las que se encuentran:

Vía oral

Se utiliza la vía enteral para la síntesis y degradación de medicamentos para liberar la sustancia activa y el inicio de su actividad

Material y equipo:

- Charola con vasos graduados
- Agitador
- El medicamento en suspensión o tabletas

Procedimiento

- Identificar al paciente.
- Explicar el objetivo y procedimiento.
- Ofrecer agua necesaria para la ingestión del medicamento
- Cerciorarse de que haya sido deglutido.
- Observar posibles reacciones adversas.

Vía intramuscular.

Se utiliza cuando la absorción del medicamento debe ser lenta y el principio activo. Resulta muy agresivo para las demás vías.

Material y equipo:

- Jeringas con agua
- Torundas alcoholadas .
- Medicamento en ampula o liofilizado.

Procedimiento:

- Preparar el medicamento.
- Extraer el líquido o mezclar soluto y solución previa asepsia.
- Cambiar la aguja
- Explicar el objetivo y procedimiento a la paciente.
- Colocar a la paciente en posición cómoda y adecuada.
- Realizar asepsia de la región.
- Inocular el medicamento
- Retirar la aguja haciendo presión inmediata con la torunda alcoholada.
- Disponer de material y equipo según la norma 87.

Vía intravenosa:

Se utiliza esta vía cuando el medicamento debe ser diluido en una gran cantidad de líquido o cuando el principio activo es en extremo agresivo para los tejidos corporales.

Material y equipo:

- Jeringa y agua
- Metriset
- Solución de cloruro de sodio al 0.9%
- Torundas alcoholadas
- Llave de 3 vías

Procedimiento:

- Preparar el medicamento.
- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Conectar el metriset a la llave de 3 vías.
- Conectar la llave de 3 vías a la venoclisis de la paciente.
- Regular el goteo y vigilarlo frecuentemente en busca de datos de flebitis o extravasación.

NOTA: Esta vía es utilizable sólo cuando existe venoclisis previa.

4.3.2 COLABORACION EN LA APLICACIÓN DE ANALGESIA OBSTETRICA

La enfermera desempeña un papel importante en la preparación de la analgesia para la paciente obstétrica. Además es conveniente que conozca los diversos métodos disponibles para explicárselos a la paciente.

El uso de narcóticos en este periodo es seguro y produce pocos efectos secundarios en la madre y el feto; cuando son administrados por vía intravenosa el personal debe permanecer constantemente junto a la paciente

Para valorar la característica de la respiración y la función cardiaca, debe monitorizar la tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria cada 5 minutos durante la dosificación y cada 15 ó 20 minutos tras la administración; cuando el dolor materno desaparece tras la administración del fármaco es muy probable que se observe hipotensión.

Con respecto a los sedantes los principales efectos se deben a una mala dosificación o una sobre dosis de estos. En este punto se debe tener precaución al administrar dichos medicamentos. El personal debe estar presente todo el tiempo mientras se administra el fármaco y se registran los signos vitales cada 5 minutos.

Es conveniente estar pendiente de los siguientes datos:

- Vigilar arritmias
- Vigilar depresión respiratoria
- Vigilar náuseas y vomito de la paciente
- Vigilar a la paciente en busca de datos de hipotensión
- Vigilar la retención urinaria provocada por los narcóticos

4.3.3 IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE ALARMA

Los datos de alarma son signos y síntomas que manifiesta la paciente obstétrica que orientan a pensar al personal médico y de la salud sobre alguna dificultad en la gestación o el proceso de parto; entre estos se deben considerar:

- Hemorragia transvaginal mayor a una menstruación.
- Elevación de la presión arterial diastólica mayor a 99 mm/ Hg.
- Palpación del cordón umbilical a través de las membranas ovulares íntegras o cordón palpable directamente por las membranas rotas.
- Identificar la salida del líquido transvaginal y sus características (color, olor y consistencia).

Los padecimientos que los ocasionan son entre otros:

- Preclampsia-eclampsia
- Complicaciones hemorrágicas de origen obstétrico
 - a) Placenta previa
 - b) Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada
 - c) Ruptura uterina
 - d) Atonía uterina
- Infección puerperal
- Parto pretérmino

4.4 INTERVENCIONES QUIRURGICAS

4.4.1 LEGRADO UTERINO

El legrado uterino es un procedimiento quirúrgico que consiste en evacuar la totalidad del contenido residual del interior de la cavidad uterina, este se realiza con fines terapéuticos como en el caso de las infecciones puerperales, o diagnóstico como en el sangrado disfuncional.

Material y equipo:

- Legras quirúrgicas fenestradas
- Dilatadores de Hegar
- Pinzas de Forester
- Pinzas de Allis
- Campos y ropa quirúrgicas estéril
- Solución Harmman y glucosa al 5%
- Oxitocina exógeno
- Histerómetro
- Valva recta

Procedimiento

- Mediante técnica quirúrgica estéril y haciendo asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal se introduce la valva recta, se pinza el segmento anterior del cervix y se dilata con los instrumentos de Hegar, se introducen las pinzas de Forester y se evacua la mayor cantidad del contenido, se raspan las paredes uterinas con las legras y se administra la solución glucosada al 5 % con 20 UI de oxitócica. Se vigila sangrado transvaginal y signos vitales.

4.4.2 OBLITERACIÓN TUBARIA BILATERAL

Es una técnica de control de la natalidad considerada "definitiva" porque implica el corte y la extracción de una sección pequeña de las trompas de Falopio; se reutiliza en caso de paternidad satisfecha.

Material y equipo

- Campos y ropa quirúrgicas estéril
- Solución Hartmman
- Equipo de cirugía
- Sutura absorbible y sintética

Procedimiento

Previa tricotomía, asepsia y antisepsia abdominal se colocan campos estériles y se precede a incidir la piel y los tejidos por planos, se localizan y separan las tubas uterinas y mediante sutura absorbible se ligan los extremos a cortar, se disecciona la porción media y se extirpa, se realiza lo mismo con ambos lados y se sutura por planos.

4.4.3 OPERACIÓN CESÁREA

Es el procedimiento quirúrgico que se emplea para producir el nacimiento de un producto por medio de una incisión realizada en la pared abdominal; se emplea cuando el canal de parto es inadecuado para el nacimiento o cuando esta en riesgo la vida del producto y/o la madre.

Material y equipo

- Campos y ropa quirúrgicos estéril
- Solución Hartmman y glucosa al 5%
- Oxitócica exógeno

- Equipo de cesárea
- Sonda Foley y cistoflo
- Puntas nasales
- Gasas y compresas estériles con trama
- Suturas absorbibles y sintéticas

Procedimiento

- Se realiza tricotomía, asepsia y antisepsia de la región abdominal y puvoperineal, se coloca la sonda Foley y se sitúan los campos estériles. Se incide la zona supraumbilical y se disecciona por planos hasta la pared del útero, se disecciona con pinzas y se extrae el producto, se pinza y corta el cordón umbilical y se extrae manualmente la placenta. Se sutura por planos y se inicia solución glucosada al 5% con 20 UI de oxitocina.

4.4.4 FORCEPS (ver anexo 10)

La aplicación de un fórceps se debe considerar como un acto quirúrgico y se debe contar con todas las normas de asepsia y antisepsia posibles, campos, lavado quirúrgico, etc.

4.5 PREPARACIÓN FÍSICA DE LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA

Entre los preparativos preoperatorios para la cesárea, obliteración tuberia bilateral (OTB) y legrado uterino instrumental (LUI) se debe alistar a la paciente para la intervención, la atención de enfermería incluye rasurar el abdomen inferior junto con el vello púbico, en el caso de cesárea o el abdomen inferior únicamente en el caso de una OTB.

El uso de gorro quirúrgico o capelina sirve para prevenir la diseminación de organismos alojados en mechones de cabello sueltos, es importante también el vendaje de miembros inferiores para evitar edema por posición, disminución de la temperatura producto de la anestesia y reducción de la formación de trombos debido a la inactividad durante la cirugía.

4.5.1 TRICOTOMÍA

La tricotomía es una técnica que se utiliza con el fin de retirar el vello corporal de un área determinada, su objetivo principal es retirar los microorganismos alojados en dicho vello, así como las impurezas alojadas en el área a la que se le va a realizar dicho procedimiento.

4.5.2 VENDAJE DE MIEMBROS INFERIORES

Un vendaje es una tira de material tejido utilizado para envolver, sujetar, inmovilizar, retener y/o conservar alguna superficie corporal.

Material y equipo

- Vendajes limpios de material y anchura correctos
- Cinta adhesiva o clips metálicos para fijar el extremo del vendaje

Procedimiento

- Explicar el procedimiento a la paciente
- Comprobar que el área que se vendara este limpia y seca, ya que los microorganismos proliferan en áreas tibias y húmedas.
- Aliniese la parte que se vendara en flexión articular leve, ya que esta implica menos tensión para los ligamentos y músculos.

- Se sostiene el vendaje con la mano dominante de manera que se desenrolle hacia abajo a lo largo de 8 cm. para tener control adecuado para colocar la venda a tensión.
- Colóquese el extremo del vendaje a la región del cuerpo, sujétese dicho extremo con el pulgar de la mano contra lateral.
- Se cubre la parte corporal con varias vueltas en la medida necesaria, para que cada vuelta cubra en forma directa a la que le precede, para proporcionar sostén uniforme al área.
- Fije el extremo del vendaje con cinta adhesiva⁶.

4.6 CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

Con la consejería se pretende que la paciente conozca cual es el mecanismo de parto ayudándole a liberar temores e infundirle confianza y tranquilidad. Siempre serán útiles las explicaciones que en todo momento le brinda el personal de salud; a su vez, la enfermera puede charlar de temas de interés o aclarar dudas específicas que le presente.

A) PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.

Sensación de seguridad

- Decirle a la paciente que se ponga en una posición cómoda y que se relaje.
- Una vez que el trabajo de parto esta bien establecido, la madre no debe estar sola, ya que la moral de las mujeres durante el trabajo de parto disminuye, sin importar que estén preparadas.

- Las pacientes toleran el trabajo de parto cuando se les explica el proceso y se les asegura que están llevando a cabo una buena tarea y trabajan sus contracciones.

Apoyo durante las contracciones

- Durante la última fase activa se requiere en particular el contacto humano y sentir a otra persona cerca, sobre todo en contracciones fuertes.
- El deseo de pujar es muy fuerte, de hecho incontrolable, y las mujeres experimentan una sensación de alivio considerable en cada pujo, sin embargo algunas personas sienten dolor agudo y necesitan toda la ayuda y el apoyo para continuar el pujo.

⁶Kozier, et al. "Fundamentos de enfermería", Edit. Interamericana McGraw-Hill, Mexico 1994, p. 836

5. PROCEDIMIENTOS EN EL ÁREA DE EXPULSIÓN

5.1 ENFERMERA CIRCULANTE

La enfermera circulante debe conocer los recursos técnicos o instrumentos de trabajo que permitan conocer la organización estructura y funciones de la unidad quirúrgica⁷.

Funciones:

- Conocer el programa del día
- Tomar nota del tipo de cirugía, horario y anestesia que se requiere
- Verificar la limpieza de la sala de operaciones
- Probar las luces, aspiradores, contactos y otros aparatos a usar
- Recibir al paciente, corroborando la identidad del mismo; así como la revisión del expediente clínico y la preparación física.
- Ayudar a la instrumentista a vestirse
- Realizar, si esta indicado, el cateterismo vesical
- Colaborar con el anestesiólogo
- Proporcionar el material y el equipo que se requiera durante el acto quirúrgico
- Conservar un ambiente óptimo de orden y limpieza en la sala de operaciones.
- Administración y ministración de medicamento:
- Recibir la pieza anatómica patológica en caso necesario, etiquetando todas las muestras para su análisis.
- Conteo de gases y compresas junto con la enfermera instrumentista antes de que el cirujano cierre cavidad.
- Fijar el apósito quirúrgico
- Realizar anotaciones de enfermería
- Trasladar a la paciente a la sala asignada con ayuda del camillero y entregar a la persona responsable
- Al término del turno entregara la sala de operaciones limpia y en orden

⁷ ROSALES SUSANA, Op. Cit. P. 279

5.1.1 IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

La identificación de la paciente consiste en que la enfermera corrobore la identidad de la misma, así como la revisión de su expediente clínico y la preparación física⁸.

Corroborar la pulsera de identificación de la paciente que debe contener la información completa y exacta va que esta medida brinda mayor seguridad antes de ejecutar pruebas o ministración de medicamentos.

5.1.2. CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

La ansiedad es el principal problema que se encuentra en la paciente parturienta, por ello es muy importante que el personal de enfermería conozca que la ansiedad puede traer consigo reacciones muy diversas; así se pueden encontrar pacientes con una profunda inquietud, y en otras da lugar a un cuadro de depresión e inmovilidad⁹.

La enfermera debe proporcionar apoyo durante el trabajo de parto, debe ser amable preocupada y considerada con la paciente y estar dispuesta a ayudar cuando se realicen procedimientos desagradables para la paciente.

Debe explicar lo que ocurre y lo que se puede esperar que ocurra a medida que progresa el trabajo de parto, debe mantenerse firme y serena cuando se necesite a fin de mantener bajo control, debe orientar a la paciente sobre la forma adecuada de pujar y respirar durante el periodo expulsivo.

⁸ ROSALES SUSANA, Op. Cit. P. 278

⁹ LYNN CLAIRE, et. al. "Enciclopedia de la enfermería" p. 870

5.1.3 LA POSICIÓN DE LA PACIENTE

La posición mas frecuente es la ginecológica que consiste en flexionar las piernas sobre los muslos y estos en abducción y flexión sobre la pelvis apoyando las pantorrillas y los pies en soportes¹⁰.

También existen otras posiciones que la paciente puede adoptar durante el trabajo de parto, dentro de las cuales se encuentran:

- Sujeción de las piernas
- De cuclillas con o sin ayuda
- Relajación de las piernas
- De rodillas
- De pie
- Posición sedente

En otro tipo de intervenciones quirúrgicas como lo son las cesáreas y las obliteraciones tubáricas; la paciente se coloca en oposición decúbito supino o dorsal.

5.1.4 ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Asepsia: es la ausencia de materia séptica, estado libre de infección. Método para prevenir infecciones por medios físicos¹¹.

Antisepsia: es el conjunto de procedimientos o practicas encomendadas a evitar el máximo de la reproducción, diseminación y transmisión de microorganismos destruyéndolos por medios físicos y/o químicos¹¹.

Técnica de asepsia

Es el conjunto de maniobras que se realizan en la piel del área a intervenir, con el objetivo de eliminar impurezas y agentes patógenos, reducir al mínimo la flora bacteriana y así disminuir el riesgo de infección.

¹⁰ ROSALES SUSANA, Op. Cit. P. 159

Material y equipo

- Solución antiséptica
- Gasas estériles
- Riñón
- Pinzas de anillos estériles
- Dos vasos estériles
- Dos campos estériles
- Guantes estériles

Procedimiento

- Preparar el equipo estéril, colocándolo sobre la mesa Pasteur.
- Abrir el material manejando técnica estéril.
- Colocar solución antiséptica en un vaso y en el otro agua estéril.
- Calzarse los guantes con técnica estéril.
- Montar una gasa doblada en cuatro en una pinza.
- Mojar la gasa con solución antiséptica y delimitar con ella el área a intervenir, utilizando cada uno de los lados de la gasa.
- Montar una nueva gasa estéril en la pinza y con ella el resto del área a intervenir con los principios de asepsia y antisepsia.
- Retirar el exceso de solución con agua estéril y secar.
- Colocar los campos estériles.

5.1.5 SONDEO VESICAL

Es la introducción de un catéter por la uretra hasta la vejiga, para extraer o drenar la orina, con el fin de evitar micciones involuntarias, vaciar la vejiga en caso de retención urinaria, y obtener muestras de orina estériles.

Material y equipo

- Sonda Folev
- Gasas estériles
- Solución antiséptica
- Guantes estériles
- Lámpara de chicote
- Material de fijación
- Jeringa
- Solución estéril
- Recolector de orina o cistoflo

Procedimiento

- Trasladar el equipo a la unidad del paciente e instalar la lámpara de chicote con el fin de obtener una mejor iluminación.
- Realizar el lavado de manos.
- Brindar prevacía a la paciente.
- Explicar a la paciente el procedimiento para obtener su colaboración.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal, con las rodillas flexionadas y los pies separados.
- Calzarse los guantes con técnica estéril
- Realizar el aseo de los genitales externos con solución antiséptica siguiendo las normas de asepsia.
- Descalzarse los guantes utilizados en el aseo de genitales.
- Disponer el equipo que va a utilizarse según el caso, abrir paquetes con gasas, jeringa, sonda vesical y recipiente colector cuidando mantener la esterilidad de estos.
- Calzarse otro par de guantes con técnica estéril.
- Con una mano se separa y levanta ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato urinario, una vez localizado se toma la sonda y se introduce lentamente de 5 a 7 cm. hasta que empiece a fluir la orina.
- Se insufla el globo con la jeringa cargada con solución estéril (5 cc).
- Se retirar un poco la sonda para verificar su adecuada colocación.
- Se fija la sonda con el material de fijación en la cara interna del muslo.

5.1.6 ADMINISTRACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Es la preparación y distribución eficaz que permite conocer la dinámica general y específica de la aplicación de los mismos, cuyo objetivo es provocar un efecto específico según sea el que se este aplicando, así como la colaboración en el tratamiento.

5.1.7 ABASTECIMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPO

El mantener la sala quirúrgica limpia, en orden y con suficiente material y equipo es indispensable, ya que en cualquier momento pueden suscitarse casos de urgencia, por ello al terminar cualquier intervención o procedimiento es responsabilidad de la enfermera realizar un conteo de material utilizado y reponerlo.

Las funciones del L.E.O. son la atención del parto de bajo riesgo, y la participación, como Enfermera Quirúrgica.

5.2 ENFERMERA INSTRUMENTISTA

La enfermera instrumentista interviene directamente en el acto quirúrgico y realiza actividades técnicas, administrativas y docentes.

Entre sus actividades se encuentran:

- Conocer el programa del día
- Tomar nota del tiempo de cirugía, horario y anestesia que se requiera

- Revisar que el mobiliario y equipo de la sala de operaciones este en buenas condiciones de uso
- Solicitar a la central de equipos y esterilización el instrumental y equipo necesario para cada cirugía
- Efectuar lavado de manos con técnica quirúrgica
- Ponerse bata y guantes con técnica estéril
- Preparar la mesa quirúrgica con el equipo y material por tiempos quirúrgicos
- Contar el instrumental, compresas y gasas
- Ayudar al personal medico a ponerse la bata y calzarse los guantes
- Proporcionar los campos para cubrir a la paciente y colaborar en su colocación.
- Proveer al personal medico el equipo e instrumental que requiere el acto quirúrgico
- Mantener el instrumental limpio y en orden
- Entregar al personal de enfermería circulante la pieza anatomo patológico en caso necesario
- Verificar con la enfermera circulante la cuenta de gasas, compresas e instrumental
- Preparar el apósito final para cubrir la herida quirúrgica
- Lavar y contar el material utilizado

5.2.1 TECNICA DE LAVADO QUIRÚRGICO

El lavado quirúrgico es el conjunto de maniobras de cepillado y fricción que se realizan en manos, antebrazos y tercio inferior de brazos, previos al acto quirúrgico, sus objetivos son obtener el máximo de limpieza de manos, eliminar la flora bacteriana transitoria habitual, evitar infecciones nosocomiales en la herida quirúrgica.

Material y equipo

- Cepillo estéril
- Jabonera automática con jabón antiséptico
- Depósito para cepillos

Procedimiento

El procedimiento comprende tres tiempos:

PRIMER TIEMPO: Inicia en el momento que se toma el cepillo estéril con solución antiséptica, en este tiempo se realiza la limpieza de las unas, espacios interdigitales, cara interna y externa de las manos a partir del meñique, posteriormente con movimientos rotatorios se continúa con el antebrazo y tercio inferior del brazo manteniendo en alto los miembros superiores, sin rebasar la altura de la cabeza, ni bajar de la cintura. Se realizarán los mismos pasos en la extremidad opuesta, concluyendo con el enjuague del cepillo.

SEGUNDO TIEMPO: Repetir el lavado en igual forma que el primer tiempo, pero únicamente hasta el antebrazo en ambas extremidades.

TERCER TIEMPO: Repetir los pasos señalados anteriormente, únicamente en ambas manos.

5.2.2 CALZADO DE GUANTES Y BATA ESTERIL

La colocación de la bata quirúrgica se refiere al conjunto de maniobras que se realizan para colocar en forma aséptica la bata quirúrgica al personal de enfermería y cirujanos, pretende conservar al máximo la seguridad desde el punto de vista aséptico durante el acto quirúrgico.

Material y equipo

- Bata estéril

Procedimiento

- Tomando la bata con una mano, cuidado de tocarla únicamente por su parte interior, se desliza manteniéndola retirada del cuerpo, sujetándola por la parte superior.
- Se localizan las sisas e introducen dentro de las mangas ambas manos hacia adelante.
- El personal de enfermería circulante ajustara la bata, tirando de esta a la altura de las sisas. Anudara la las cintas del cuello, de las partes anteriores y laterales; posteriormente se colocaran los guantes (con técnica cerrada).
- Se toma otra bata estéril a la altura de los hombros por su cara externa para presentarla al cirujano, el cual introduce ambas manos dentro de las mangas y de igual forma que la enfermera instrumentista se anudara la bata al cirujano¹².

El calzado de guantes estériles son aquellas maniobras que deben llevarse a cabo para colocar en forma aséptica los guantes estériles al personal de enfermería y cirujanos por medio de dos técnicas:

Material y equipo

- Guantes estériles

Procedimiento

a) *Técnica cerrada:*

Sin haber sacado las manos de las mangas de la bata estéril, se abre la cartera de los guantes, teniendo como referencia el dedo pulgar, se toma el guante.

¹² ROSALES SUSANA, Op. Cit. P. 393-401

Correspondiente a la mano dominante con la mano contraria por el puño cuidando que la parte externa del guante no se toque para evitar la contaminación de éste.

Sin sacar la mano a calzar de la manga de la bata y con la ayuda de la otra mano (también dentro de la manga) se introducen los dedos en el guante y con un solo movimiento jalar conjuntamente los puños de la manga y el guante, se introduce completamente la mano y se ajusta el guante en su sitio.

Con la mano calzada se toma el otro guante metiéndola bajo la referencia del mismo, siguiendo la misma técnica para su colocación. Una vez calzados ambos guantes, se precede a acomodarlos correctamente.

b) Técnica asistida:

Una vez enguantado el personal instrumentista mediante técnica cerrada, se toma el guante derecho de la cartera.

Se coloca el guante con el dedo pulgar apuntando hacia el cirujano, introduciendo los dedos de ambas manos, excepto los pulgares, por debajo del dobléz del puño.

Se alejan los pulgares del guante a calzar para evitar contaminar las propias manos con la mano desnuda del cirujano.

Esperar a que el cirujano introduzca la mano en un movimiento rápido.

Se suelta el guante por arriba del puño del cirujano.

Enseguida se toma el guante izquierdo de la cartera y se coloca de igual manera que el derecho.

5.2.3 PREPARACIÓN DE MESA INSTRUMENTAL POR TEMPOS QUIRÚRGICOS

La enfermera quirúrgica debe conocer y manejar su material, equipo e instrumental, de acuerdo a los diferentes tiempos quirúrgicos que se manejan durante una cirugía que son:

- I. Corte: Mangos de bisturí, tijeras de mayo.
- II. Disección: Pinzas de disección.
- III. Hemostasia: Pinzas de mosco, pinzas Kelly, pinzas Kochester, pinzas Satinsky, pinzas Pottos.
- IV. Separación: Separadores de Farabeut, Sullivan.
- V. Aspiración: Aspiradores, cánula de adson, yankahuer, Poole, jeringa asepto.
- VI. Exploración: Pinzas Jones, Roeder.
- VII. Especialidad: Equipo específico.
- VIII. Suturas: Porta agujas, agujas, suturas diversas.

5.2.4 COLOCACIÓN DE APÓSITO ESTÉRIL EN HERIDA QUIRÚRGICA

Es aquella cubierta protectora que se coloca sobre la herida quirúrgica, para impedir el paso de microorganismos, absorber el drenaje, controlar el edema y sangrado, proteger la herida de lesiones adicionales y cubrir áreas que han sufrido desfiguramiento.

Material y equipo:

- Apósito estéril
- Guantes estériles
- Gasas
- Solución antiséptica
- Agua estéril
- Cinta adhesiva

Procedimiento:

- Explicar a la paciente sobre el procedimiento que se va a realizar y proporcionarle prevacía.
- Colocar a la paciente en una posición cómoda y adecuada para reducir las posibilidades de contaminación.
- Descubrir el área de la herida cubriendo las demás partes.
- Retirar los materiales que sujetan el apósito con movimientos cortos y rápidos en la dirección de la herida para evitar que se separen los bordes.
- Levantar el apósito haciendo contacto solo con la parte externa con ayuda de un guante. Si el apósito se pega a la herida puede humedecerse con agua estéril.
- Preparar el campo estéril en la mesa de cama o en cualquier otra superficie.
- Colocarse un par de guantes estériles.
- Limpiar la herida y la piel de acuerdo a los principios de asepsia y antisepsia.
- Observar cuidadosamente la herida, evaluando el proceso curativo, o bien cualquier signo de infección.
- Cubrir la herida con apósitos o gasas estériles, evitando contaminarlas.
- Finalmente, asegurarlo con cinta adhesiva.

5.3 PUERPERIO INMEDIATO

Es la etapa en que el organismo de la mujer inicia su recuperación al estado normal, este inicia después del alumbramiento, y dura hasta las 24 hrs. espues¹³.

5.3.1 PUERPERIO FISIOLÓGICO

Es el periodo donde la madre después de un parto vaginal y alumbramiento inicia su recuperación física y orgánica.

Las funciones a realizar durante este periodo por el personal de enfermería son:

- Fomentar el reposo de la madre
- Contribuir al bienestar del binomio
- Valorar la involución uterina
- Palpar las mamas y verificar su firmeza y secreción láctea
- Observar el color y cantidad de los loquios
- Inspeccionar el perineo valorando el edema y equimosis
- Valorar el estado de la episiotomía
- Vigilar el comportamiento de la paciente
- Proporcionar una consejería de enfermería

a) Colocación de apósito

El apósito o toalla es el reservorio de los loquios que nos permite valorar si estos son excesivos, su utilización tiene los siguientes propósitos:

- Controlar el sangrado
- Identificar la hemorragia puerperal

Material y equipo:

- Toalla sanitaria o apósito

b) Identificación del binomio madre-recién nacido

Es la forma de iniciar los vínculos afectivos entre la madre y el producto, además de permitir reconocer a ambos por medio de una identificación.

Material y equipo:

- Marcador o pluma
- Pulsera de identificación

- Tela adhesiva
- Expediente de la madre

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento a la paciente
- Llenar debidamente las pulseras de identificación (nombre completo y cedula de la madre, talla de recién nacido, hora y fecha de nacimiento, talla de recién nacido y calificación de Apgar).

c) Apego materno efectivo inmediato

Es el inicio de la alimentación al seno materno durante las primeras horas post-parto (30 minutos después del alumbramiento).

Procedimiento:

- Explicar a la paciente el procedimiento
- Realizar la técnica de amamantamiento correcto
- Fomentar el cambio de posiciones
- Brindar una consejería de enfermería

5.3.3 PUERPERIO QUIRÚRGICO

Es el tiempo que transcurre después de un parto cesárea y el alumbramiento donde se inicia la recuperación del organismo de la paciente.

Las funciones del personal de enfermería de este periodo son:

- Fomentar el reposo y bienestar del binomio
- Palpar las mamas para verificar su firmeza y secreción Láctea
- Valorar la involución uterina
- Valoración de loquios Inspección de herida quirúrgica
- Proporcionar consejería de enfermería

a) Colocación de aposito estéril

Es la cubierta protectora que se coloca sobre la herida y tiene como propósitos mantener la herida limpia y restringida al acceso de microorganismos, absorber el drenaje de la misma y controlar el edema.

Material y equipo:

- Apósito de gasa estéril
- Solución estéril
- Solución antiséptica
- Tela adhesiva
- Guantes

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento a la paciente.
- Proporcionar privacidad a la paciente.
- Retirar el aposito.
- Calzarse los guantes previo lavado de manos
- Realizar la asepsia y antisepsia en la herida quirúrgica.
- Identificar los datos de infección.
- Cubrir la herida con el aposito estéril.
- Asegurarlo con tela adhesiva.

b) Colocación de vendaje abdominal:

La acción de vendar corresponde a la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo con fines preventivos y terapeuticos¹⁴.

¹⁴LYNN CLAIRE, et al. Op. Cit, P. 872

Material y equipo:

- Vendas
- Cinta adhesiva

Procedimiento:

- Explicar a la paciente el procedimiento a realizar.
- Descubrir la región que se va a vendar.
- Verificar que la región este limpia y seca.
- Doblar la venda en tres partes iguales.
- Colocar la venda por debajo de la paciente a nivel abdominal en forma transversa.
- Tomar uno de los cabos de la venda y extenderlo sobre el abdomen al lado contrario y así sucesivamente con los demás cabos hasta aplicar una compresión firme y moderada.
- Fijar el vendaje.

c) Identificación del binomio madre-recién nacido:

Es la forma en que se permite reconocer a la madre y al recién nacido por medio de una identificación promoviendo con esto los vínculos afectivos.

d) Apego materno inmediato efectivo:

Es el inicio de la alimentación al seno materno durante los primeros 30 minutos después del parto.

5.4 CUIDADOS INMEDIATOS EL RECIÉN NACIDO

Es una serie de procedimientos encaminados a la atención inmediata del recién nacido para brindarle una adaptación mas rápida a su nuevo medio ambiente¹⁵.

¹⁵LYNNCLAIRE, et al. Op. Cit. P. 145-146

5.4.1 ASPIRACIÓN BUCONASOFARÍNGEA

Es la aspiración de las vías aéreas superiores e inferiores para permitir la permeabilidad de estas.

Material y equipo:

- Cánula nasal
- Gel lubricante
- Guanas
- Tela adhesiva
- Vaso graduado
- Solución estéril
- Marcador
- Ambú neonatal

Procedimiento:

- Calzarse los guantes previo lavado de manos.
- Ventilar al paciente con oxígeno al 100% (2 minutos).
- Realizar la aspiración.
- Retirar la sonda con movimientos circulares y lentos.

5.4.2 APLICACIÓN DE OXÍGENO

El oxígeno es un componente del aire que es indispensable para las funciones vitales del organismo, la oxigenoterapia es un recurso terapéutico cuando se presentan casos de hipoxia.

Material y equipo:

- Cámara de oxígeno
- Fuente de oxígeno
- Incubadora

Procedimiento:

- Se coloca el material y se conecta la cámara de oxígeno a la fuente de abastecimiento.
- Se introduce el material y el recién nacido a la incubadora.
- Se coloca la cabeza del recién nacido dentro de la cámara.
- Se vigila el flujo de oxígeno y la resequedad de las mucosas del recién nacido.

5.4.3 NORMOTERMIA

Consiste en mantener la temperatura corporal entre 36.6° C y 37° C para mantener las funciones del recién nacido en condiciones óptimas.

Material y equipo

- Campos
- Termómetros
- Jalea lubricante
- Lámpara de calor radiante.
- Incubadora.

Procedimiento:

- Secar con cuidado el cuerpo y la cabeza del recién nacido después del parto.
- Envolver al lactante con campos limpios y secos.
- Tomar la temperatura rectal del lactante (previa lubricación).
- Colocar al recién nacido bajo calor radiante o una incubadora.
- Valorar nuevamente la temperatura del lactante entre dos a cuatro horas después de haber brindado el calor.

5.4.4 VALORACIÓN DE APGAR

La valoración de Apgar es aquella en la cual se valoran cinco puntos esenciales para asegurara la supervivencia del neonato; las cuales son: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración.

Material y Equipo:

- Estetoscopio
- Guantes
- Sonda nasal
- Lámpara de chicote

Procedimiento:

- Colocarse los guantes.
- Escuchar la frecuencia cardiaca del neonato y registrarla.
- Observar si existe esfuerzo respiratorio (aleteo nasal, tiros intercostales, etc.).
- Valorar los movimientos espontáneos del recién nacido observando el tono muscular.
- Provocar un estímulo con el catéter nasal en la fosa nasal y observar su reacción.
- Colocar al neonato bajo una lámpara de calor y observar su coloración.

5.4.5 VALORACION DE SILVERMAN-ANDERSON

Es aquella que mide el grado de compromiso respiratorio en el recién nacido y comprende cinco puntos: gemido respiratorio, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales y disociación toraco abdominal.

Material y Equipo:

- Estetoscopio
- Guantes
- Lámpara de chicote

Procedimiento:

- Colocarse los guantes.
- Colocar al recién nacido bajo la fuente de calor.
- Auscultar el grado de gemido respiratorio.
- Observar y valorar el aleteo nasal.
- Valorar la retracción xifoidea.
- Observar si existen tiros intercostales.
- Observar y valorar la disociación toraco abdominal.
- Registrar lo acontecido.

5.4.6 IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Es la forma en que se lograra reconocer a todos los recién nacidos vivos mediante la colocación de una pulsera de identificación.

5.4.7 LIGACION DE CORDÓN UMBILICAL

Es la técnica utilizada para ocluir el cordón umbilical con la finalidad de evitar la hemorragia del mismo.

Material y equipo:

- Cinta umbilical de algodón
- Ligas de látex
- Pinzas Kelly
- Guantes
- Onfalotomo

Procedimiento:

- a) Técnica con cinta umbilical de algodón.
 - Colocar al recién nacido sobre la mesa pediátrica con cordón pinzado.
 - Colocarse los guantes.

- Tomar la cinta y entrelazarla con el cordón, anudarla en dos ocasiones a unos 3 y 4 cm. del muñón umbilical.
- Despinzar el cordón.
- Cortar el cordón a unos 5 cm. del muñón umbilical con el Onfalotomo.

b) Técnica con ligas de látex:

Colocar al recién nacido sobre la mesa pediátrica con el cordón pinzado.

Colocarse los guantes.

Montar 2 ligas sobre una pinza.

Despinzar y pinzar con la pinza que tiene las ligas.

Con la ayuda de otra pinza recorrer una de las ligas (evitando ordeñar el cordón, jalarlo o desgarrarlo) a unos 3 cm. del muñón umbilical).

Recorrer la segunda liga 1 cm. más arriba de la anterior.

Cortar el cordón a unos 5 cm. del muñón umbilical con el onfalotomo.

5.4.8. PRUEBA DEL TAMIZ NEONATAL

Es una prueba diagnóstico cuyo objetivo es identificar y detectar el hipotiroidismo, fenilcetonuria, hemostinuria y problemas de retraso mental.

Material y equipo:

- Reactivo para tamiz neonatal (papel filtro)
- Jeringa de insulina
- Ficha de identificación

Procedimiento:

- Después de ligar y cortar el cordón umbilical se debe formar una asa en el cordón, se pinza de tres a cinco centímetros por arriba de la ligadura.
- Se toma la jeringa estéril, localizar una vena en la parte media de cordón Umbilical; extraer de 0.5 a 1 ml de sangre; desmontar la aguja y desecharla.

- Tomar la jeringa empuñada con una mano, palma hacia arriba y pulgar en el embolo; el dedo meñique y anular deben sujetar el cuerpo de la misma y el dedo medio e índice el embolo. Con la otra mano acercar el papel filtro a la jeringa hasta que esta ultima quede sobre los círculos a una distancia aproximada de 3 mm, ejercer ligera presión con el pulgar y depositar una gota en cada circulo.
- Dejar que las muestras se sequen a temperatura ambiente por tres horas, no deben amontonarse, calentarse o permitir que toque otra superficie durante el proceso de secado.
- Si no es posible tomar la muestra del cordón umbilical, se tomara dicha muestra del taloncito deL recién nacido después de 72 horas de nacido, hasta antes de los 7 días de vida, esta actividad la realizara el personal de medicina preventiva.

6. RECUPERACION

6.1 ESTADO DE CONCIENCIA

Es la valoración del nivel de conciencia que mantiene a una persona en estado de alerta, reactiva y activa¹⁶. Dentro de los aspectos que se tienen que valorar para determinar el nivel de conciencia se encuentran el tiempo, el lugar y la persona.

6.2 VALORACION DE SIGNOS VITALES

La valoración de los signos vitales en el área de recuperación es importante ya que nos mostrara el grado de recuperación y adaptación de la paciente a su entorno.

¹⁶ REEDER, et. al. "Enfermería materno infantil" Edit. Interamericana McGraw-Hill. Mexico 1998, p. 800-801

6.3 INVOLUCION UTERINA

Es la "retracción" del fondo del útero posterior a un alumbramiento, haya sido este cesáreo o parto.

6.4 LOQUIOS

Es una secreción vaginal variable post parto, durante los primeros días es abundante y de color rojo brillante, transcurridos 3 ó 4 días son serohemáticos, posteriormente después del décimo día adoptan una coloración blanco amarillenta y se les denominan serosos¹⁷.

6.5 IDENTIFICACION DEL BINOMIO MADRE-RECIEN NACIDO

La identificación del binomio madre-recién nacido se ha mencionado en capítulos anteriores.

6.6 TECNICA DE ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO

Son formas factibles para proporcionar de la mejor manera los nutrientes de la leche materna al neonato¹⁸.

Procedimiento:

a) Técnica sentada.

La madre toma al niño entre sus brazos y se sienta cómodamente con la espalda recta así la cara del niño queda frente al pecho de la madre, el seno toca la cara del niño y el pezón el labio inferior para desencadenar el reflejo de búsqueda.

b) Técnica en posición decúbito lateral.

El cuerpo del niño sigue el cuerpo de la madre y están juntos piel con piel. La madre ofrece el pecho del lado que-esta acostada, con la mano libre en forma de "C".

¹⁷ CUNNINGHAM, F. GARY, et al. "Obstetricia de Williams" p. 451-453

¹⁸ REEDER, et. al. Op. Cit. p. 154-157

c) Técnica en posición de balón de football o sandía.

El cuerpo del niño se encuentra bajo la axila de la madre y su abdomen toca las costillas de esta. La madre soporta el cuerpo del bebe sobre el brazo del mismo lado y con la mano sostiene la cabeza.

Se aconseja que varíen estas posiciones para que el niño comprima con las encías y la lengua distintos sitios de la areola y pezón para evitar la formación de grietas.

7. ÁREA DE CUNERO DE TRANCISIÓN

Los cuidados mediatos al recién nacido son aquellos procedimientos que se brindan al neonato al ingresar a dicho servicio, entre los que se encuentran identificación del binomio madre-recién nacido, normotermia, exploración física, profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina K y verificar glicemia con tira reactiva.

7.1 IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de corroborar los datos del recién nacido que se encuentran en el brazalete de identificación que tiene este en el brazo.

7.2 NORMOTERMIA

Es un procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en cavidades oral, rectal, inguinal y región axilar. En el neonato es importante valorar la temperatura para establecer un diagnostico de salud (ver anexo 13).

7.3 EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido es sometido a un examen clínico completo; que se realiza en las primeras 24 hrs. de vida, esta exploración se realiza en forma céfalo caudal con el objeto de detectar características normales y anormales con fines de tratamiento inmediato (ver anexo 14).

7.4 EVALUACIÓN NEUROLÓGICA

El recién nacido es sometido a un examen en donde se valora el sistema nervioso central mediante reflejos con fines de diagnóstico (ver anexo 14).

7.5 VALORACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional es la valoración que se realiza en el recién nacido basada en la madurez y características físicas, así como signos neurológicos, con el objeto de proporcionar medidas; asistenciales específicas, dicha valoración se lleva a cabo mediante los métodos de Capurro y Ballard (ver anexo 15).

7.6 CUIDADOS DEL MUÑÓN UMBILICAL

Son aquellos cuidados que se le brindan al muñón umbilical del recién nacido con el fin de identificar alteraciones que perjudican el bienestar de este, entre los cuales se encuentran el sangrado, signos de infección y desprendimiento.

Material de equipo

- Gasas estériles
- Solución antiséptica

Procedimiento

- Limpiar el cordón umbilical con gasas estériles.
- Aplicar solución antiséptica en el muñón.
- Mantener descubierto el muñón umbilical para favorecer la deshidratación, momificación y desprendimiento del cordón umbilical¹⁹.

7.7 PROFILAXIS OFTÁLMICA

La profilaxis oftálmica consiste en aplicar dos gotas de cloranfenicol oftálmico con el objetivo de prevenir infecciones oculares.

Material y equipo

- Frasco de cloranfenicol con gotero
- Algodón estéril

Procedimiento

- Inclinar ligeramente hacia atrás la cabeza del recién nacido.
- Separar suavemente los párpados.
- Aplicar dos gotas en cada ojo.
- Secar cuidadosamente los párpados y mejillas de todo escurrimiento.

7.8 PROFILAXIS HEMORRAGICA

Es la aplicación única de vitamina K (solución de Fitonadiona) en recién nacidos con el objeto de prevenir la enfermedad hemorrágica neonatal.

Material y equipo

- Solución de Fitonadiona (una ampolla)
- Torundas alcoholadas
- Jeringa de insulina

Procedimiento

- Cargar la jeringa de insulina con el contenido de una ampolla de Fitonadiona.
- Limpiar el cuadrante superior externo de la nalga del recién nacido.
- Introducir la jeringa aplicando la extracción de vacío.
- Después de verificar el vacío aplicar la vitamina K.
- Sacar la aguja y aplicar una torunda alcoholada.

¹⁹ REEDER, et. Al. Op. Cit. p. 548

7.9 GLUCEMIA EN TIRA REACTIVA

Es un procedimiento que se *realiza para* conocer los valores de glucosa existentes en la sangre con el objeto de determinar el estado de glucemia del recién nacido.

Material y Equipo

- Torundas alcoholadas
- Lanceta
- Tiras reactivas
- Gasas
- Reloj con segundero

Procedimiento

- Limpiar el talón del neonato con una torunda alcoholada.
- Pinchar el talón con la lanceta.
- Aplicar una gota de sangre capilar suficiente para cubrir el reactivo de la tira.
- Esperar el tiempo que indica el frasco de las tiras.
- Retirar el residuo hemático de la zona reactiva.
- Leer el resultado marcado en la tira correlacionando con los datos marcados en el frasco contenedor.
- Interpretar el resultado.

7.10 PUNCION VENOSA

La punción venosa es el procedimiento que consiste en administrar una solución inyectable gota a gota en una vena cuyo objetivo es asegurar las necesidades energéticas líquidas y electrolíticas del recién nacido, así como administrar medicamentos en forma continua.

7.11 REANIMACION NEONATAL

Es el conjunto de maniobras que se realizan cuando un paciente ha caído en paro cardiorrespiratorio.

Material y equipo

- Mesa Pasteur
- Un laringoscopio con hojas de diferentes tamaños
- Dos mascarillas pediátricas
- Una bolsa Ambú
- Un filtro
- Un adaptador de codo
- Cuatro cánulas de mayo
- Una aguja hipodérmica estéril
- Jeringas desechables de 5 y 10 ml
- Cánulas endotraqueales pediátricas
- Sondas para aspiración pediátricas
- Tela adhesiva
- Un equipo de venodisección
- Un equipo de aspiración
- Una bata estéril
- Compresas estériles
- Dos pares de guantes
- Un frasco de solución Hartmann
- Un frasco de solución salina al 0.9%
- Equipo para venoclisis
- Fármacos
 - Bicarbonato de sodio
 - Etiladrianol
 - Adrenalina

Isopropilamino etanol

Hidrocortisona

Procedimientos

- Se seca cuidadosamente al lactante y se coloca en una incubadora calentada en posición de olfateo ligeramente en posición de trendelenburg, un rollo de 1 .7 cm. colocado bajo los hombros del neonato ayudará a mantener la posición.
- Proporcione estimulación cuidadosa.
- Si hay buena frecuencia respiratoria y el pulso es superior a 100, pero el tronco es cianótico se administran 10 litros de oxígeno calentado y humificado mediante una mascarilla que se sostiene junto a la cara del lactante. Si es obvio que hay dificultad respiratoria se administra ventilación con presión positiva con oxígeno al 100% por medio de una mascarilla con bolsa y válvula que produce una presión de 20 a 30 cm. H₂O con una válvula de paso de disparo y tanque de oxígeno. Se inicia la administración poco a poco y se observa que la fuerza y el volumen sean los necesarios para producir expansión torácica adecuada. Si después de 2 min. Aún se necesita ventilación con mascarilla de bolsa y válvula se introduce por la boca una sonda para alimentación para descomprimir el estomago.
- Si la frecuencia se mantiene en 100 después de 30 segundos de ventilación adecuada se inician compresiones torácicas, para ello se aplican dos pulgares sobre el tercio inferior del esternón y se rodea el cuerpo del niño. Se comprime a una profundidad de 1 a 2 cm. 120 veces/minuto intercambiando una respiración cada 3a. compresión.

- Si no hay respiración espontánea se intuba al lactante.
- La cinta Broselow para la animación se basa en longitud e indica estimados de peso, tamaños de equipo y dosis de fármacos para lactantes que pesan más de 3 Kg. Es posible dar fármacos a través de un carácter umbilical o por vías intravenosa, intramuscular, subcutánea o traqueal.

ANEXOS

ANEXO No. 1:	SIGNOS VITALES
ANEXO No. 2:	HISTORIA CLINICA
ANEXO No. 3:	CALCULOS
ANEXO No. 4:	MEDICIÓN DE FONDO UTERINO
ANEXO No. 5:	MANIOBRAS DE LEOPOLD.
ANEXO No. 6:	AUSCULTACIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL.
ANEXO No. 7:	EXPLORACIÓN VAGINAL.
ANEXO No. 8:	ADMINISTRACIÓN Y MINISTRACIÓN FARMACOLOGICA.
ANEXO No. 9:	ANALGESIA OBSTETRICA.
ANEXO No. 10:	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OBSTETRICA.
ANEXO No. 11:	VALORACIÓN APGAR-SILVERMAN
ANEXO No. 12:	VALORES NORMALES DE TEMPERATURA NEONATA.
ANEXO No. 13:	EXPLORACIÓN FISICA NEONATAL.
ANEXO No. 14:	EDAD GESTACIONAL.
ANEXO No. 15:	ATENCIÓN A LA PACIENTE OBSTETRICA EN PERIODO

ANEXO No. 1 SIGNOS VITALES

La temperatura y la respiración deben ser normales. Si se observa que la temperatura es mayor de 37.2° C. por vía oral o el pulso y la respiración se aceleran es preciso notificar al medico. La frecuencia respiratoria y la temperatura se toman cada 4 hrs.

El pulso en el trabajo de parto normal suele ser de 70 u 80, casi nunca excede de 100. En ocasiones la frecuencia cardiaca durante la admisión se eleva por la emoción de presentarse en el hospital pero regresa a la normalidad poco después.

El pulso persistente superior a 100 sugiere agotamiento o deshidratación, este se registra cada 4 hrs.

Se observan acontecimientos hemodinámicos significativos durante el trabajo de parto y la expulsión que afectan la presión arterial. Por las contracciones del útero, alrededor de 300 a 500 ml de sangre se desplazan al volumen sanguíneo central, con lo que causa aumento significativo del gasto cardiaco.

La presión arterial durante el trabajo de parto se toma cada 4 hrs. cuando la paciente no tiene factores de alto riesgo, y justo antes de la expulsión. La tensión arterial comienza a aumentar de 5 a 8 seg. Antes de la contracción y regresa a su nivel basal cuando la contracción pasa. Por tanto la tensión arterial y el pulso se deben tomar cuando la contracción pasa y antes de que comience la siguiente.

Cuando se administra anestesia epidural para el trabajo de parto. Se evalúa la presión arterial cada 5 min. Hasta que se estabilice.

ANEXO No. 2 HISTORIA CLINICA

Dentro del interrogatorio se identifica si es un trabajo de parto verdadero o falso.

TRABAJO DE PARTO FALSO

CONTRACCIONES:

Se producen a intervalos regulares
inician en espalda y pasan hacia
abdomen.

Aumentan intensidad y duración

Los intervalos se acortan

Se intensifican al caminar

OPERCULO:

Se presenta presencia de mucosidad

CÉRVIX:

Se borra y se dilata

TRABAJO DE PARTO VERDADERO.

CONTRACCIONES:

Se producen a intervalos irregulares

Se ubican principalmente en abdomen

Su intensidad es igual o variable

Los intervalos son prolongados

Al caminar no se intensifican

OPERCULO:

Por lo general no se observa

CERVIX

No existe maduración cervical

ANEXO No 3 CALCULOS OBSTETRICOS

a) Fecha probable de parto:

La duración media del embarazo de mujeres sanas es de unos 281 días o 40 semanas, también conocida como 9 meses 6 10 meses lunares. Con frecuencia se calcula la fecha probable de parto utilizando diferentes métodos que a continuación se presentan:

Regla de Nagele

Contar 3 meses antes a partir del primer día del último período menstrual y aumentar 7 días, corregir en caso necesario.

FPP = 1er. Día de última regla + 7 (-3 meses).

Discos de embarazo

Con frecuencia se calcula la FPP a partir de la última menstruación con ayuda de discos de embarazo aportados por diversas empresas farmacéuticas.

b) Semanas de gestación:

La unidad de medida clínica más apropiada para valorar el desarrollo del embarazo son las semanas de gestación cumplidas (SDG). Es importante estimar con precisión porque esto permite que la enfermera y el médico valoren el progreso de la gestación y evalúen el embarazo a término con más facilidad.

Regla de Nagele:

Primer día FUR + 7 - 3 meses 6 + 9 meses.

Regla de McDonald ó altura de fondo uterino SDG =

altura de fondo uterino x 8 cm. /7

Regla de Alfehlid

SDG = altura de fondo uterino + 4 cm. /4.

e) Ultrasonografía

Se toman 4 características metódicas para estimar la edad fetal que son:

- Determinación de las dimensiones del útero.
- Medición de la longitud desde la coronilla hasta la nalga.
- Determinación de la longitud del fémur.
- Determinación del diámetro biparietal de la cabeza fetal

ANEXO No. 4 MEDICION DE FONDO UTERINO

La altura del fondo uterino se determina por medio del crecimiento del mismo en el transcurso del embarazo, utilizando una cinta métrica y aplicándola sobre la curvatura abdominal, se mide la distancia comprendida entre el borde superior de la sínfisis del pubis manteniendo la cinta recta.

Consideraciones:

- Obesidad mayor de 90 Kg. restar 1 cm.
- Embarazo gemelar.
- Hidramnios (oligo y/o poli).
- Feto macrosómico.
- Antes de efectuar la medición la vejiga debe estar vacía.

La medición del fondo uterino se realiza para correlacionar el tamaño del útero con el tiempo de amenorrea, calcular el peso y tamaño del producto, sospechar la presencia de patologías obstétricas (macrosomías, oligohidramnios, etc.).

Un útero con altura del fondo menor que la correspondiente a las semanas de amenorrea puede deberse a desnutrición intrauterina del producto, muerte del producto, error en el momento de determinar la fecha de la última menstruación y oligohidramnios.

Cuando la altura del fondo uterino es mayor de la que correspondía por amenorrea, puede pensarse en embarazo múltiple, embarazo molar, polihidramnios o coincidencia con miomas o tumor pélvico.

ANEXO No.5 MANIOBRAS DE LEOPOLD

Estas maniobras son empleadas para obtener información satisfactoria por palpación abdominal con el fin de determinar la posición, presentación y descenso del feto además de orientar el punto de auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

Consideraciones:

- Conviene que la madre permanezca en decúbito dorsal en un lecho firme con el abdomen desnudo.
- Colocar ambas manos con suavidad y extendidas sobre el abdomen, evitando la estimulación con los dedos, ya que esto ocasionara la contracción de los músculos abdominales.
- Explicar en lo posible de forma sencilla y entendible el porque de este procedimiento.
- Se puede encontrar dificultad de realizar e interpretar en pacientes obesas o implantación anterior de la placenta.

PRIMERA MANIOBRA.

Determinación del fondo uterino con la superficie palmar de ambas manos e Identificar el polo fetal que se encuentra en el. Las nalgas dan la sensación de un gran nodular y son menos duras que la cabeza, la cabeza se mueve libre y pelotea.

SEGUNDA MANIOBRA.

El siguiente paso es ubicar la espalda del feto en relación con el lado derecho o izquierdo de la mache, se colocan las palmas de las manos a cada lado del abdomen y se ejerce una presión leve pero profunda mediante un movimiento circular desde la parte superior hasta el segmento inferior del útero.

En un lado se percibe una estructura y resistente y dura (el dorso) y en el otro numerosas nodulaciones que son las pequeñas partes.

TERCERA MANIOBRA.

Se realiza con el objeto de encontrar la cabeza en la entrada pélvica y determinar su movilidad. Se lleva a cabo al palpar con suavidad la porción inferior del abdomen; justo por encima de la sínfisis del pubis, para lo cual se utiliza el pulgar y los dedos restantes de la mano efectuándose una compresión profunda. Si la parte de la presentación no esta encajada se percibe un cuerpo desplazable.

CUARTA MANIOBRA

El examinador de cara a los pies la paciente ejerce con las yemas de los 3 primeros dedos de cada mano una presión profunda descendente en dirección del canal de parto, 5 cm. del canal de ligamento de Poupart ambos lados de la línea media.

Los dedos de una mano que no encuentran obstrucción y pueden bajar hasta muy por debajo del ligamento de Poupart, son los que se deslizan sobre la nuca del cuello del feto y se denominara "prominencia cefálica" esta maniobra puede proporcionar flexión de la cabeza fetal, descenso de la cabeza fetal en la pelvis en las presentaciones de vértex la prominencia cefálica se halla en el mismo lado que las partes pequeñas, mientras que en la presentaciones de cara se encuentran en el mismo lado del dorso.

ANEXO N.º 6

AUSCULTACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Este procedimiento exploratorio tiene como finalidad percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales.

Características del latido cardiaco fetal.

- Respecto del latido cardiaco fetal se deben estudiar los caracteres siguientes:
- Frecuencia: numero de latidos cardiacos que se presentan por minuto (entre 120 y 160).
- Ritmo: periodicidad o sincronía con que se suceden dichos latidos.
- Intensidad: fuerza o claridad con que se manifiestan las contracción fetal cardiacas.

Técnica para la auscultación:

Se coloca el estetoscopio de Pinard en el vientre de la madre sujetándolo únicamente por la presión que el clínico ejerce con su cabeza, hasta escuchar los ruidos cardiacos, la auscultación no debe realizarse durante la contracción uterina porque varia la frecuencia en condiciones normales. *

A medida que desciende la presentación cefálica en al excavacion pélvica, hi hombro anterior baja, por lo que el "foco" fetal desciende también siguiendo la proyección de un abanico en el vientre (abanico de Aubard).

Patrones de los ruidos cardiacos

Normalmente durante el trabajo de parto la frecuencia cardiaca fetal tiene variaciones en su frecuencia basal que oscila entre 120 y 160 latidos por minuto.

se presentan en ocasiones una desaceleración temprana, la cual es una reacción vagal a la presión sobre la cabeza del feto que no genera peligro, en tanto regresa a su valor normal tan pronto como concluya la concentración y se mantenga por arriba de los 100 latidos por minuto; si estos patrones salen de dichos parámetros se pueden presentar:

- Bradicardia ICVC que oscila entre 100 a 119 latidos por minuto.
- Bradicardia notable en la cual se aprecian latidos cardiacos por debajo de 99 por minuto.
- Taquicardia moderada en la cual se presentan latidos cardiacos entre 161 y 80 por minuto.
- Taquicardia moderada en la cual se aprecian latidos cardiacos mayores de 180 por minuto.
- De aceleraciones que son disminuciones de la frecuencia cardiaca por debajo de la Línea basal.

ANEXO No.7 EXPLORACION VAGINAL

Durante el examen vaginal se identifican:

- Posición, consistencia, borramiento en porcentaje y dilatación en cm. del cervix.
- Integridad de membranas placentarias.
- Variedad de posición por la diferenciación de las diversas suturas y fontanelas.
- Presentación por la identificación de estructuras.

Para la identificación de la presentación se hará la diferenciación entre el vértice cara y sacro. Si se presenta el vértice los dedos se dirigen hacia arriba de la sínfisis del pubis y después se desplazarán hacia atrás sobre la cabeza en dirección del sacro, identificándose la sutura sagital, al percibir esta se sigue su curso encontrando en los extremos opuestos las fontanelas menor lambda y mayor bregma.

Para la valoración del borramiento y la dilatación cervical se debe tener el conocimiento del largo normal de este que es de aproximadamente 2.5 a 3 cm. que esto equivale a 0% conforme disminuye aumenta el porcentaje hasta llegar a 100%, a la apertura de los orificios cervicales se les denomina dilatación llevando un proceso, llegando a su máximo de 10 cm.

a) Los planos de Hodge son aquellos parámetros que se toman para valorar el grado de descenso del feto en su totalidad, son 4 y a continuación se describen:

PRIMER PLANO:	Borde superior de la sínfisis del pubis y promontorio.
SEGUNDO PLANO:	Borde inferior de la sínfisis del pubis y segundo hueso sacro
TERCER PLANO:	A nivel de espinas ciáticas
CUARTO PLANO:	A la altura del coxis o perineo

ANEXO No.8

ADMINISTRACIÓN Y MINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA.

La enfermera antes de aplicar algún medicamento esta obligada a conocer la regla de oro o la regla de los cinco correctos, que son:

- Identificar al paciente correcto
- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Vía de administración correcta
- Hora correcta

La regla de oro consiste en revisar y preparar los medicamentos con la orden de medicación, revisar antes de vaciar el medicamento en un recipiente de administración, y leer antes de regresarlo a su lugar de almacenamiento²⁰.

INDUCTO-CONDUCCION

Es el procedimiento mediante el cual se provoca y regulariza la dinámica uterina en una paciente obstétrica, se emplea en embarazo prolongado (mas de 41 SDG), muerte fetal en útero, ruptura prematura de membrana (RPM) preclamsia y trabajo de parto irregular o prolongado.

Es importante que antes de la inducto-conducción el producto haya descendido, y por supuesto que exista una monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal, la actividad, la intensidad, duración y frecuencia de las contradicciones si estas están presentes.

Se contraindica "cualquier obstrucción que pudiese interferir con el descenso del feto, como desproporción céfalo -pélvica o anomalías en el canal de parto

Condiciones que aumentarían el peligro de ruptura uterina como paridad múltiple (mas de cuatro), incisión uterina previa (cesárea o miomectomía extensa) o distensión excesiva del útero (mas de cuatro), incisión uterina previa (cesárea o miomectomía extensa) o distensión excesiva del útero (parto múltiple, hidramnios); contracciones uterinas hipertónicas o desordenadas, sufrimiento fetal debido a que el cambio de contracciones pueden incrementar el sufrimiento y placenta previa²¹.

Para realizar la conducción se emplea comúnmente la oxitócica, ministrándola mediante bomba de infusión diluyéndose en 1000 cc. De solución de glucosa al 5%, solución salina normal o ringer lactato. Pueden ser suficientes 0.5-1 mu/min. por 40 6 60 minutos o según la respuesta uterina. Sin embargo también se obtienen buenos resultados con "dosis altas" en mujeres rnultiparas.

Es conveniente no utilizar más de 40 mu. Por minuto pues puede producirse una retención hídrica importante, convulsiones y aumenta el riesgo de hipoxia fetal, ruptura uterina, dehiscencia de la cicatriz cesárea y atonia uterina.

Las contracciones uterinas deben evaluarse continuamente y ha de suspenderse la oxitócica si el número de contracciones excede de 5 en 10 minutos o si duran mas de 1 minuto 6 bien, cuando la frecuencia cardiaca fetal descienda significativamente. Es importante la vigilancia estrecha del goteo de la solución, duración, intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas -y un monitoreo constante de la frecuencia cardiaca fetal²².

UTEROINHIBIDORES Y UTEROEXITADORES

Se entiende por útero inhibidor o tocolítico a aquel fármaco que tiene la capacidad de disminuir e inhibir las contracciones uterinas y por ende el trabajo de parto.

Son indicadas en pacientes que presentan signos de trabajo de parto pretérmino, edad gestacional mayor a 28 semanas pero menor de 36 semanas, peso fetal estimado de mas de 500 g pero menor a 2500 g, y ninguna contraindicación para que continúe el embarazo.

²¹ REEDER, et. al., Op. Cit. p. 954

²² CUNNINGHAM, et. al. Op. Cit. p. 472

Se encuentra contraindicado en embarazos menores de 20 SDG, ruptura de membranas, hemorragia uterina activa, sufrimiento fetal agudo, diabetes sacarina o preclampsia aguda, sufrimiento fetal crónico, anomalías fetales mayores, muerte fetal y cualquier trastorno que contraindique la continuación del embarazo y parto avanzado con dilatación cervical de más de 3 cm.

Entre los medicamentos tocolíticos utilizados con mayor frecuencia se encuentran:

Ritodrina: Ejerce efecto sobre receptores β_2 del músculo liso, inhibe la contractilidad. Se encuentra contraindicado en enfermedad cardíaca, renal, diabetes mellitas, e hipertensión materna. Para su dosificación se agrega a una solución de 500 cc 150 mg de ritodrina, se comienza con 0.05 mg. y aumentar 0.05 mg/min. cada 10 minutos hasta interrumpir las contracciones, se continua la solución 12 hrs. Después de cesar el trabajo de parto. Oral puede administrarse 10 mg. cada 2 hrs. por 24 hrs. y de sostén de 10-20 mg cada 4 a 6 hrs.

Sulfato de magnesio: es depresor del sistema nervioso central, sirve para desacelerar el trabajo de parto. Para su dosificación se agregan de 10 a 20 g de sulfato de magnesio a 1000 ml de solución cristalóide. En caso de intoxicación se debe tener siempre un frasco etiquetado con cloruro de calcio que se utiliza como antídoto, se debe discontinuar de inmediato si la frecuencia respiratoria de la madre es menor de 12 respiraciones/min., la urosis inferior a 100 ml por 4 hrs. o no hay reflejos tendinosos profundos.

Terbutalina: es un receptor agonista beta-adrenérgico, broncodilatador y relajante del músculo uterino, se encuentra contraindicado en hemorragia vaginal activa, sufrimiento fetal, carioamniotitis uterino y muerte fetal. Entre sus efectos secundarios se encuentran la elevación de la frecuencia cardíaca de la

madre,

palpitaciones, arritmias, edema pulmonar, infarto al miocardio, aumenta la frecuencia cardiaca fetal y la glicemia.

Nifedipina: es un antihipertensivo, reduce la concentración de calcio en el miometrio y por tanto su contractilidad. Sus efectos colaterales son cefalalgia, náusea, taquicardia y rubor. Su dosis es de 10mg cada 6 hrs., se puede repetir la dosis cada 20 a 30 min.

Los úteroexitadores son fármacos empleados para aumentar la contractilidad uterina y por consecuencia la hemorragia. Se indica en hemorragia posparto temprano o tardío; están contraindicados en enfermedad cardiaca, hipertensión, feto vivo neonato enfermedad renal, hepática o vascular obstructiva. Entre los medicamentos que se encuentran dentro de este grupo están:

Ergotamina: estimula el músculo uterino, se indica en el control de hemorragia uterina. Esta contraindicado cuando el feto se encuentra vivo in útero, hipertensión, enfermedad cardiaca, renal hepática o vascular obstructiva, entre sus efectos, adversos se pueden mencionar que inhibe la lactancia y provoca cólicos uterinos.

La dosis es de 0.2 mg cada 6 a 8 hrs. no por mas de una semana.

Maleato de metilergonovina: Actúa directamente sobre el músculo uterino, previene y controla la hemorragia posparto, no debe utilizarse cuando existe hipertensión, preclampsia-eclampsia y feto vivo neonato. Por vía oral la dosis es de una tableta cada 6 a 8 hrs. por 7 días, se aplica IM 0.2 mg después de salir el
hombro anterior, luego del alumbramiento o durante el puerperio, se puede repetir

la dosis cada 2 a 4 hrs. Se debe tener precaución ya que puede provocar hipertensión y apoplejía.

Oxitócica: es un estimulante de las contracciones uterinas, controla la hemorragia y por tanto ayuda a la involución del útero. No debe aplicarse cuando hay feto vivo in útero al menos que se tenga vigilancia continua con monitor. Como efectos colaterales se encuentran los cólicos uterinos, dolor, retención hidrica, convulsiones, ictericia en el recién nacido. Se deben diluirse 10-40 ui de oxitócica en una solución de 1000 c.c. durante una hora. Se repite según sea necesario y se estabiliza la hemorragia y se disminuye la velocidad a 125 ml/hora. •

OTROS FARMACOS OBSTETRICOS EMPLEADOS

Hidralacina: Es un antihipertensor que actúa en forma directa sobre la pared vascular y provoca vasodilatación, es un medicamento de primera línea contra preclampsia. Es más eficaz cuando se administra con la paciente recostada sobre su lado izquierdo en la cama. Cuando se administra por vía IM, empieza su acción en 10 a 30 min. y alcanza su máximo efecto a los 20 min. Los principales efectos colaterales son taquicardia, rubor, congestión nasal, temblores, trombocitopenia neonatal, disminución del flujo sanguíneo placentario y signos de trastorno fetal. Se administran 5 a 10 mg por vía IV, durante unos 2 min., cada 20 6 30 min. Cuando la dosis total llega a 20 mg y no se obtiene el efecto terapéutico deseado, es necesario considerar otro antihipertensor.

Labetalol: Es un antihipertensor cuya acción consiste en provocar vasodilatación periférica. Tiene características de bloqueador adrenérgico tanto alfa como beta; esta indicado para mujeres con hipertensión que no cura con hidralacina. Cuando se administra en forma aguda, se reduce la presión arterial, frecuencia cardiaca y resistencia periférica. Sus efectos colaterales principales

son hipotensión reactiva, temblores, hormigueo en el cuero cabelludo, hipoglucemia fetal, bradicardia, rubor y náuseas, se encuentra contraindicado en asma y bloqueo cardiaco. Se administran de 10 a 20 por vía IV, a lo largo de unos 2 min.; después 40 mg en 10 min. y luego 3 inyecciones de 80 mg en 10 min. Hasta alcanzar la presión arterial deseada.

Metildopa: es un antihipertensor utilizado en pacientes con hipertensión crónica; su acción comienza 2 o 3 horas después de administrar una dosis oral. Puede producir bradicardia leve, sedación, sequedad de mucosas orales, congestión nasal, depresión e hipotensión. Se administran 250 a 1000 mg VO al día.

ANEXO No.9 ANALGESIA OBSTETRICA

La analgesia es la administración de algunos fármacos para atenuar o amortiguar el funcionamiento del sistema nervioso central de manera que el paciente queda consciente pero sedado y experimenta menor dolor.

El funcionamiento de los órganos vitales, como la ventilación, en general no se comprometen y los reflejos protectores de vías respiratorias permanecen intactos. El paciente es capaz de responder a ordenes verbales y tiene funcionamiento motor completo y voluntario.

Las técnicas de analgesia epidural o peridural, se practican siempre que no se trate de una intervención de urgencia de modo que la mujer puede estar conciente durante la operación y viva con mayor intensidad el nacimiento de su hijo.

Estas suelen ser utilizadas en todas las cesáreas y en el curso de un parto vaginal complicado evitando un cuadro de sufrimiento fetal.

BLOQUEO PARACERVICAL

El obstetra suele indicar el bloqueo paracervical durante la primera etapa del trabajo de parto. Se lleva a cabo por vía transvaginal y solo se requiere de 1 ó 2 min. para administrarlo se inyecta en la submucosa un anestésico local cerca de las fibras nerviosas uterinas, en la parte lateral del cervix.

Con frecuencia hace desaparecer el dolor visceral del útero, cervix y región superior de la vagina; no produce hipotensión ni falta de deseo de pujo, se emplea menos en la actualidad ya que se asocia con sufrimiento fetal.

Entre sus ventajas se encuentran la facilidad de la administración, el inicio rápido de analgesia y la ausencia de bloqueo simpático.

Entre las desventajas se logra analgesia sólo para la primera etapa del trabajo de parto, no es útil cuando el cervix esta dilatado por completo dada la imposibilidad de identificar con claridad los puntos anatómicos de referencia para colocar la aguja y no impide el dolor de la distensión vaginal cuando desciende la cabeza.

BLÓQUEO PERIDURAL

Es la introducción de un volumen de anestésico local en el espacio epidural el cual, mediante la difusión a las fibras nerviosas circulantes, interrumpe en forma temporal la transmisión normal de los impulsos dolorosos del área pélvica.

Cuando se da la instrucción necesaria a la paciente, esta firma las normas de consentimiento, para el procedimiento se inserta una canalización intravenosa y se precede a administrar la anestesia epidural si el trabajo de parto esta bien establecido y el cervix tiene de 5 a 6 cm. de dilatación en primigrávidas. Es conveniente colocar el catéter antes para administrar una dosis de anestésico local si la madre es múltipara, no tolera el trabajo de parto o se inicio la administración de oxitócica por goteo.

INFILTRACION LOCAL

Es frecuente su empleo cuando sea precisa la episiotomía y el tiempo o la posición de la cabeza fetal; se utiliza en promedio de 10 a 20 ml de anestésico local.

ANEXO No.10

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA

FÓRCEPS

El fórceps es un instrumento ideado por Chamberlein (1640) para sujetar y traccionar la cabeza fetal para extraer el producto por la vía vaginal, sin afectar ni a la madre ni al producto. Dicho instrumento ha salvado la vida de muchas mujeres y productos, pero, por otra parte ha dejado una estela de fracasos con morbilidad importante que hace que en la actualidad las pacientes y sus familiares tengan mucho temor al uso de fórceps y piden que mejor se les aplique una operación cesárea.

El fórceps consta de dos partes o ramas: izquierda y derecha. La rama izquierda se torna con la mano izquierda y se aplica del lado izquierdo de la cabeza fetal la hoja derecha se empuja con la mano derecha y se coloca en el lado derecho del polo cefálico.

A través de la historia de la obstetricia se han empleado numerosos fórceps, algunos de ellos famosos y citas que solo se han descrito en comunicaciones aisladas. Se pueden clasificar en dos grupos: fórceps clásicos y fórceps especiales.

Las funciones del fórceps se pueden resumir en tres: presión, rotación tracción

PRESION

Según el funcionamiento mecánico del fórceps es inevitable que se presione la cabeza fetal sin embargo si la aplicación es correcta, las cucharas se apoyan en la parte ósea del cráneo por lo que no causan daño al producto. Siempre debe tenerse presente que una presión excesiva del fórceps puede causar lesiones en el encéfalo del feto.

ROTACIÓN

Generalmente la causa por la que no desciende la presentación es originada por la dificultad que encuentra esta para efectuar la rotación interna. Una de las funciones del fórceps es precisamente la de hacer rotar el polo cefálico del feto dentro de la pelvis, siguiendo para ello el mecanismo de trabajo de parto normal sin producir traumatismo a la madre.

TRACCION

Mediante la tracción ejercida por el fórceps se logra que el polo cefálico se proyecte hacia fuera de la pelvis. El promedio de tracción requerido es de 12 a 18 kg. tracciones mayores pueden producir lesiones en el feto y en la madre.

Las indicaciones para aplicar un fórceps son múltiples y se dividen en dos grupos a saber.

APLICACIONES PROFILACTICAS

El fórceps debe aplicarse para evitar complicaciones maternas, como cesáreas previas, cardiopatías, tuberculosis, o tratar de disminuir el traumatismo obstétrico al producto.

Como en todo procedimiento obstétrico, para aplicar el fórceps se requiere de cumplir con ciertos requisitos para evitar al máximo cualquier riesgo. Tales requisitos son:

Identificar bien el tipo de pelvis

- Tener la seguridad absoluta de que no existe desproporción céfalo-pélvica
- Que el diámetro mayor de la cabeza fetal este por debajo o a la altura de las espinas ciáticas
- Hacer el diagnostico exacto de la presentación
- Que la dilatación cervical este completa
- Que las membranas ovulares estén rotas
- Que el feto este vivo o haya muerto recientemente
- Que la vejiga y el recto estén yacios
- Conocer perfectamente el mecanismo de trabajo de parto y estar familiarizado con el manejo del instrumento

COMPLICACIONES

A pesar de la bondad del fórceps que en manos expertas no produce lesiones importantes, se pueden mencionar las siguientes complicaciones que pueden ocurrir.

Matemas

- Lesiones perineales
- Laceraciones vaginales
- Rupturas uterinas
- Hematomas pélvicos
- Lesiones vesicales
- Lesiones rectales

Fetales

- Equimosis.
- Lesiones dérmicas
- Lesiones oculares céfalo hematomas.
- Lesiones del pabellón auricular
- Hundimiento de huesos del cráneo
- Parálisis facial
- Parálisis braquial

ANEXO No.11

VALORACION DE APGAR – SILVERMAN

La valoración de Apgar es aquella en la cual se evalúan 5 puntos esenciales para asegurar la supervivencia del neonato; la cual se realiza en los primeros 5 minutos posparto. De esta manera se logra un total de 10 puntos que corresponden a condiciones normales.

- a) Frecuencia cardiaca; dentro de la frecuencia cardiaca se valora la frecuencia por minuto de los latidos cardiacos, si esta es mayor a 100, recibirá una calificación de 2 puntos y si estos fuesen menos de 100 recibirá una calificación de 1 punto.
- b) Esfuerzo respiratorio; dentro de este se observa la utilización de los músculos accesorios para la respiración, si no existe esfuerzo respiratorio recibirá una calificación de 2, si hay un ligero esfuerzo se calificara con 1 punto, y si hay esfuerzo respiratorio franco la calificación será de 0.
- e) Tono muscular; este punto se valora según el nivel de motilidad, si hay movimientos activos normales, se califica con 2 puntos, si solo existe una leve flexión de miembros se otorgara solo 1 punto y si el neonato presenta un estado de flacidez recibirá por calificación 0.
- d) Irritabilidad refleja; provocado por el estímulo de un catéter blando, si existe estornudo se otorgan 2 puntos, si se presenta tos o algunos gestos faciales el recién nacido recibirá un punto y si no hay cianosis la calificación será de 0.
- e) Coloración; se valora el grado de cianosis que puede existir en el neonato, si no hay cianosis se calificara con 2 puntos, si la cianosis existe en las extremidades, la calificación que será de 1 y si la cianosis es acentuada y generalizada su calificación será 0.

La valoración de Silverman-Anderson es aquella que mide el grado de compromiso respiratorio en el neonato y comprende 5 puntos, la puntuación

esperada en el neonato normal es de 0, de lo contrario indica alguna anomalía respiratoria.

- a) Gemido respiratorio; si no existe gemido respiratorio se otorgara una calificación de cero puntos, si es mínimo recibirá un punto y si es marcado recibirá dos puntos.
- b) Aleteo nasal; si esta ausente se calificare con cero puntos, si es minimo recibirá un punto y si es marcado recibirá dos puntos.
- c) Retracción xifoidea: si no existe se darán cero puntos, si es apenas visible recibirá un punto y si esta retracción es marcada, se darán dos puntos.
- d) Tiro intercostales; si no existen durante la inspiración se darán cero puntos, si apenas es visible se calificara con un punto, y si al inspirar es marcada esta depresión recibirá dos puntos.
- e) Disociación toracoabdominal; si existe sincronía en estas elevaciones el recién nacido recibirá cero puntos, si hay poca elevación del tórax al bajar abdomen se otorgara un punto, pero si existiera un balance tórax-abdomen en la inspiración se le pondrán dos puntos.

ANEXO No.12

VALORES NORMALES DE TEMPERATURA NEONATAL

El recién nacido llega a un medio que es considerablemente mas frío que el del útero, la temperatura corporal puede ser labil, hasta que el lactante se estabilice. El personal de enfermería debe evitar el enfriamiento ya que puede retrasar los ajustes cardiovasculares normales y predisponer al lactante a una hipotensión pulmonar persistente²³

La temperatura varia según la edad, clima y estado de salud; siendo así el grado mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis. El centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo.

VALORES NORMALES PEDRIATICOS

EDAD	TEMPERATURA
Antes de nacer	Igual a la de la madre. 36.6° C-37.8° C.
Recién nacido.	36.6° C-37.8° C.
Primer año. Segundo año.	36.6° C-37.8° C
Tercer año.	36.6° C-37.8°

ANEXO No.13 VALORACIÓN FÍSICA NEONATAL

Aspecto general

- **Actividad:** observar si hay hiper o hipo actividad
- **Estado de alerta:** estímulos auditivos y visuales
- **Tono muscular:** describir la naturaleza del tono, intensidad, frecuencia y esfuerzo del llanto.
- **Color:** presencia o no de cianosis, ictericia, palidez o rubicundez
- **Edema:** observar y determinar el grado y localización
- **Posturas:** describir cada posición fuera de lo normal
- **Somatometria:** se toma y registran las medidas de la circunferencia cefálica, torácica y corporal.
- **Estado de maduración:** valorar la edad gestacional
- **Cabeza:** medir la circunferencia y observar deformaciones y características de fontanelas.

- **Cara:** identificar equimosis por traumatismos al nacer.
- **Ojos:** valorar movimientos extraoculares, hemorragias y edema de la conjuntiva.
- **Orejas:** observar forma, tamaño, implantación.
- **Nariz:** observar permeabilidad de conductos nasales.
- **Boca:** se observa si existe cualquier anomalía
- **Cuello:** identificar movilidad, flexión, extensión y verificar si hay masas.
- **Tórax:** observar la conformación de la caja torácica.
- **Corazón:** auscultar ritmo y frecuencia.
- **Abdomen:** auscultar, palpar y percudir para detectar cualquier anomalía.
- **Genitales:** observar que sean de tamaño acorde a la edad gestacional y sexo.
- **Ano y recto:** evaluar la permeabilidad del ano descartando imperforación.
- **Dorso:** explorar curvatura y cierre de columna vertebral.

- **Sistema músculo esquelético:** explorar luxaciones, extremidades, dedos de verificar si existe separación entre estos dedos.
- **Sistema neurológico:** se debe explorar tono muscular y reflejos.

ANEXO No. 14 EDAD GESTACIONAL

De acuerdo con el peso del recién nacido y las semanas de gestación calculadas por fecha de la última menstruación se ubican las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integradas²⁴.

El producto se puede clasificar de acuerdo a la edad gestacional de la siguiente manera:

PRETERMINO: todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

TERMINO: los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.

POSTERMINO: recién nacido después de 42 semanas de gestación.

Con respecto a su peso al nacer se clasifican de la siguiente forma:

PRODUCTO PEQUENO: con peso por debajo de la presentilla 10, correspondiente a su edad gestacional.

PRODUCTO APROPIADO: cuyo peso se localiza entre las percentil as 10 y 90 correspondientes a su edad estacional.

El método de Capurro puede ser de utilidad cuando existe patología

Neurológica respiratoria que condiciona depresión del sistema nervioso central.

* DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 6 DE ENERO DE 1995, México, DF. p. 48

ANEXO No. 15
ATENCIÓN A LA PACIENTE OBSTETRICA EN PERIODO EXPULSIVO
CONCEPTOS BASICOS

EXPULSIÓN

Momento más dificultoso de un parto normal, corresponde a la salida de la cabeza que tiene un diámetro igual o superior al resto del cuerpo.

EXTENSIÓN

El polo cefálico se encuentra en el cuarto plano, el vértice de la presentación se hace evidente a través del introito durante la contracción uterina.

CONCEPTO DE EPISOTOMIA.

Incisión quirúrgica que se realiza en el perine y la vagina con objeto de ampliar las partes blandas del canal de parto y facilitar la expulsión del producto. Evita laceraciones vagino-perineales, acorta el segundo periodo del trabajo de parto y reduce el trauma fetal, se indica en pacientes primigestas, multiparas con episiotomías previas, aplicación de fórceps de productos macros óhmicos.

TIPOS DE EPISIOTOMÍA

- Media: parte de la horquilla vulvar al ano, se recomienda en la presencia de un perine amplio.
- Medio lateral: parte de la horquilla vulvar dirigiéndose hacia abajo y afuera en dirección al isquion.

RESTITUCION

Es el giro que realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior, para mantener su posición anatómica en relación con sus hombros.

ROTA CIÓN EXTERNA

Giro de 45° que realiza la cabeza exteriormente de tal manera que descienden los hombros en uno de los diámetros. Oblicuos de la pelvis y gira para acomodarse en el diámetro antero-posterior de la parte baja de la pelvis.

EXPULSION DE LOS HOMBROS.

Se realiza al terminar la rotación externa, el hombro anterior desciende y se apoyan en el arco subpúbico de la pelvis lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la cavidad sacra al ser impulsado por las contracciones uterinas y la tracción moderada que ejerce el obstetra sobre la cabeza.

EXPULSIÓN DEL RESTO DEL CUERPO.

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, se debe permitir la salida del producto controlando la velocidad de expulsión. Manejar el control umbilical con cuidado ya que existen cordones circulares al cuello o miembros pélvicos. Al terminar la expulsión colocar el producto en un plano inferior al abdomen materno antes de pinzar y seccionar el cordón cuando este deje de latir para facilitar un aporte de sangre adicional, evitar que el producto tenga aspiración de secreciones.

ALUMBRAMIENTO.

Constituye el tercer periodo del trabajo de parto y se extiende desde la salida del producto hasta el nacimiento de la placenta. Para facilitar la expulsión de la placenta se presiona la región hipogástrica con la mano izquierda para elevar el fondo uterino y con la derecha se tracciona suavemente el cordón umbilical.

GLOSARIO DE TERMINOS

Abducción: Acción de jalar hacia afuera de un centra.

Actitud: Relación que guardan las distintas partes del feto entre si.

Acúfenos: Impresión alucinatoria de sonidos extraños

Aleteo: Movimiento incontrolado de las paredes de la fosa nasal.

Amenorrea: Ausencia de menstruación

Analgesia: Administración de fármacos para atenuar o amortiguar el funcionamiento del sistema nervioso central

Anasarca: Edema generalizado.

Antisepsia: Prevención de la sepsis mediante destrucción de microorganismos y materia infecciosa

Bloqueo: Prevención de la transmisión de un impulso como ocurre con un agente antiadrenérgico o por la inyección de un analgésico.

Cianosis: Coloración azulada de la piel y de las mucosas producidas por un exceso de hemoglobina desoxigenada en la sangre.

Cordón Umbilical. Estructura flexible que conecta el ombligo con la placenta entre. Útero grávido constituyendo el paso para la vena y las arterias umbilicales.

Doppler. Onda sonora de muy alta frecuencia superior a 2000 vibraciones por segundo útil para la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

Eclampsia. Forma mas grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones tipo gran mal, coma hipertensión, proteinuria y anasarca.

Enema: Técnica por la que se introduce una solución en el recto confines de limpieza o vaciamiento terapéutico.

Embarazo Molar: Embarazo en el que se desarrolla una mola hidatídica a partir del tejido trofoblástico en la fase precoz del desarrollo embrionario.

Grávida: Mujer embarazada.

Hidramnios: Alteración del embarazo caracterizada por un exceso de líquidos amniótico.

Hipotensión: Enfermedad de la que la presión sanguínea no es adecuada para la perfusión y oxigenación normal de los tejidos.

Histidimienia: Defecto metabólico hereditario caracterizado por exceso histidina en sangre y orina

Infiltración: Acumulación o deposito en un tejido de una sustancia extraña a el.

Miomas: Tumor fibroide benigno.

Neonato: Lactante desde el nacimiento hasta las cuatro semanas de edad.

Norrmotermia: Estado normal de la temperatura.

Oligohidramnios: Disminución acentuada de la cantidad de liquido amniótico.

Opérculo: Tapón muco hemático contenido entre los orificios interno y externo del cerviz durante el útero grávido.

Preclampsia: Complicación del embarazo caracterizada por la aparición de hipertensión aguda después de las 24 SDG.

Profilaxis: Prevención frente a la enfermedad que frecuentemente implica la utilización de un agente biológico.

Puerperio: Periodo de 6 a 8 semanas después del nacimiento, cuando el cuerpo, en especial los genitales regresan casi en forma completa a su estado previo del embarazo.

Restitución: Retorno espontáneo de la cabeza fetal a la derecha o izquierda una vez que ha salido de la vulva.

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

Sufrimiento Fetal: Trastorno fetal, es caracterizado por una velocidad o ritmo anómalos de la contracción miocárdica.

Taquicardia: Trastorno en el miocardio con una frecuencia superior a 100 latidos/min.

Tono: Grado anormal de vigor y tensión de músculos.

Toxemia gravídica: Trastorno del metabolismo en el embarazo, con fiebre, albuminuria, lesión capilar e Hipertensión aguda que puede producir convulsiones y coma

Toxicidad: Grado de virulencia de una toxina o veneno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dossier, Barbara, et. al. "Enfermería fundamental". Edit. Interamericana McGraw-Hill, 2ª ed. Tomo II, España 1990.
2. Mosby, Pocket, "Diccionario de medicina y ciencias de la salud", Edit. Harcourt Brace, España 1998.
3. Weller, Barbara, "Diccionario de ciencias de la salud". Edit. McGraw-Hill. México 1989
4. Lynn, Claire, et. Al. "Enciclopedia de la enfermera". Edit. Océano, vol. I y V. España 1998.
5. IMSS "Manual de procesos de atención para lactancia materna", Mexico 1995.
6. Gerard, et. Al. "Principios de anatomía y fisiología", Edit. Harla 6ª. Ed.
7. James, R. Scout, et. Al. "Tratado de obstetricia y ginecología" de Danforth", Edit. McGraw-Hill, España
8. Cunningham, Gaary, et. Al. "Williams obstetricia", Edit. Masson 4a. ed. España 1997.
9. Sinclair Constance et. al. "Manual de urgencias obstétricas", Edit. Interamericana McGraw-Hill, España 1997.
10. Rodríguez Carranza, Rodrigo. "Vademecum académico de medicamentos", Edit. Interamericana McGraw-Hill, España 1998.
11. Reeder, J. Sharon, et. Al. "Enfermería materno infantil", Edit. Interamericana McGraw-Hill, 17 a ed. España 1996.
12. Whaley, Lucille. "Tratado de enfermería pediátrica", Edit. Interamericana McGraw-Hill, 2ª ed. España 1998.
13. Loo, More Mary. "El recién nacido y la enfermera", Edit. Interamericana McGraw-Hill, México, 1975.

14. Peris Hamilton, Mary. "Asistencia materno infantil de enfermería". Edit. Interamericana McGraw-Hill, España, 1978.
15. Goth, et. al. "Farmacología clínica", Edith. Panamericana 12ª ed. México 1991
16. Rosales Barrera, Susana. "Fundamentos de Enfermería", Edit Manual moderno 2ª ed. México 1999.
17. Balseiro, Lasty. "Investigación en enfermería", Edit. Pardo México 1991
18. Mondragón, Castro Héctor, "Obstetricia básica ilustrada", Edit. Trillas. México, 1997
19. I.M.S.S. "Manual de Hipotiroidismo congénito". México, 2000.

MARCO JURÍDICO

1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
2. LEY GENERAL DE SALUD
3. LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL
4. LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS
5. LEY FEDERAL DEL TRABAJO
6. LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO
7. REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE SALUD
8. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD
9. REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD
10. ACLARACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA DE EMERGENCIA NOM.-EM02-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER, DURANTE EL EMBARAZO O PARTO Y PUERPERIO DE RECIÉN NACIDO, PUBLICADO EL 23 DE OCTUBRE DE 1993. 12-01-94.

11. NORMA OFICIAL MEXICANA DE EMERGENCIA NOM-EM-002-SSA2-1993. ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARO Y PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO. 23-10-93.

12. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-001-SSA2-1993. QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS PARA FACILITAR EL ACCESO DE TRANSITO Y PERMANENCIA DE LOS DISCAPACITADOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MEDICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 06-12-94.

13. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1994. DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 30-05-94.

14. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993. ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 06-01-05.

15. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-1993, PARA LA PRESTACIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNO DEFICIENCIA HUMANA. 17-01-95.

16. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-14-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO Y CONTROL DE CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO Y DE LA MAMA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. 16-01-95.

17. CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DE LA SECRETARIA DE SALUD.

18. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-087-SSA1-1994, QUE ESTABLECE LOS REQUISITOS PARA LA CLASIFICACIÓN, SEPARACIÓN, ENVASADO, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS QUE SE GENERA EN ESTABLECIMIENTOS QUE PRESTAN ATENCIÓN MÉDICA, TALES COMO HOSPITALES Y CONSULTORIOS MÉDICOS, ASÍ COMO LABORATORIOS CLÍNICOS, LABORATORIOS DE PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS DE ENSEÑANZA Y DE INVESTIGACIÓN TANTO HUMANOS COMO VETERINARIOS. 19-08-94.