

MANUAL PARA FACILITADORAS/ES DE ENFERMERÍA DE LA RIISS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



San Salvador, enero de 2013



Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas Sectoriales
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria
Unidad de Enfermería



MANUAL PARA FACILITADORAS/ES DE ENFERMERÍA DE LA RIISS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, ENERO DE 2013

MANUAL PARA FACILITADORAS/ES DE ENFERMERÍA DE LA RIISS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

FICHA CATALOGRÁFICA

2013, Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Son responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: Nº de ejemplares.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205-7000.

Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta xxxxxx

Impreso en El Salvador por Imprenta xxxxxxxx.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales.

Dirección de Regulación.

Viceministerio de Servicios de Salud Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, Unidad de Enfermería.

“Manual para facilitadoras/es de enfermería de la RIISS en Salud Sexual y Reproductiva”

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

131, Normas, Manuales y Lineamientos

AUTORIDADES

DRA. MARÍA ISABEL RODRIGUEZ.
MINISTRA DE SALUD

DR. EDUARDO ESPINOZA FIALLOS.
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD

DRA. ELVIA VIOLETA MENJÍVAR.
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

EQUIPO TECNICO:

Unidad de Enfermería:

Msp. y Licda. Concepción Castaneda, Jefa Unidad de Enfermería

Coordinación Técnica del Proyecto

Mgter. y Lic. Héctor William Hernández Hernández

Comité Nacional de Enfermería de Salud Sexual y Reproductiva

Licda. Margarita Centeno (Unidad de Enfermería)
Leticia Pico de las Heras (Experta en Obstetricia y Ginecología de F.U.D.E.N.)
Licda. Ana Lisia Alfaro (Región Paracentral)
Licda. Milagro del Carmen Castillo de Zúñiga (Región Paracentral)
Licda. Ana Miriam Peña Martínez de Landos (Región Metropolitana)
Licda. Norma Yanira Ríos Fernández (Región Metropolitana)
Licda. Dolores Yanira Climaco Urquilla (Región Central)
Msp. y Licda. Mirian Chávez de Cruz (Región Oriental)
Licda. Hilda Gladis de Peñate (Región Occidental)

Dirección de Regulación y Legislación en Salud:

Dr. Víctor Odmaro Rivera Martínez, Director de Regulación y Legislación en Salud.
Licda. Carmen Elena Moreno, Colaboradora Técnica Enfermera.

*Hacer el bien es como vestir al alma de fiesta. Y en todos los
casos, es más bendecido quién da que quién recibe. Así
pues, nuestra salud se basa también en el bienestar de los
demás."*

Stella Maris Maruso

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN.....	10
• OBJETIVOS.....	11
• UNIDAD I: MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.....	12
- Introducción.	
- Medidas de bioseguridad.	
- Generalidades.	
- Medidas higiénicas de bioseguridad.	
- Procedimiento de lavado de manos.	
- Procedimiento del uso de medidas de barrera	
• UNIDAD II: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL.....	22
- Introducción.	
- Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional:	
○ Procedimiento de examen de mamas.	
○ Procedimiento de citología cervico vaginal.	
○ Procedimiento de consejería en Planificación Familiar.	
• UNIDAD III: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO.....	36
- Generalidades del control prenatal.	
- Actividades a realizar durante el control prenatal.	
- Instrumentos de apoyo en el control prenatal.	
- Procedimientos a realizar durante el control prenatal.	
• UNIDAD IV: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PARTO FISIOLOGICO.....	63
- Concepto de parto fisiológico.	
- Etapas del parto: Fisiología y cuidados de enfermería.	

- Primera Fase del Parto o Periodo De Dilatación.
 - Fisiología de la primera etapa del parto.
 - COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO70
 - Procedimiento de aseo vulvar.
 - Procedimiento de sondaje vesical en la mujer
 - Valoración inicial de enfermería, exploración de la mujer y del feto en el ingreso de parto.
 - Anamnesis.
 - Medición de signos vitales.
 - Exploración abdominal.
 - Altura uterina.
 - Maniobras de Leopold.
 - Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y de la dinámica uterina.
 - Exploración genital.
 - Valoración del riesgo y del Ingreso.
 - Cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades físicas y emocionales de la mujer durante el periodo de dilatación.
 - Seguimiento de la progresión de la dilatación.
 - Exploración vaginal.
 - Monitorización de la FCF.
 - Monitorización de la Actividad uterina.
 - Control de constantes vitales.
 - Rotura de la bolsa amniótica: amniorrexis espontánea y electiva.
 - Estimulación de oxitocina.
 - Registro de la evolución del parto: partograma.
- Segunda fase del parto o período expulsivo.....94
 - Fisiología de la segunda etapa del parto.
 - cuidados de enfermería durante el periodo expulsivo.
 - La preparación.
 - La posición.
 - Asistencia al parto espontáneo.
 - Procedimiento de atención al parto Espontáneo.
 - Descripción de la progresión del período expulsivo.

➤ Tercera fase del parto o periodo de alumbramiento...	105
- Fisiología de la tercera etapa del parto.	
- Cuidados de enfermería durante el periodo de alumbramiento.	
➤ Cuarta etapa del parto o post alumbramiento.....	109
• UNIDAD V: atención de enfermería al recién nacido.....	111
- Introducción.	
- Procedimiento de atención al recién nacido.	
• UNIDAD VI: atención de enfermería en el período	
Post parto.....	116
- Introducción.	
- Procedimiento de atención al puerperio inmediato-mediato.	
- Procedimiento de atención al puerperio tardío.	
• GLOSARIO.....	123
• BIBLIOGRAFÍA.....	126



San Salvador, 29 de enero de 2013.

Acuerdo N° 126

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud,

CONSIDERANDO:

- I. Que en el Art. 40 del Código de Salud, El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.
- II. Que en el art. 41 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, propiciar todas las iniciativas oficiales y privadas que tiendan a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de acuerdo con las normas señaladas por los organismos técnicos correspondientes.
- III. Que en tal sentido, el MINSAL debe elaborar los instrumentos técnicos jurídicos, que establezcan los procedimientos que faciliten la ejecución de la atención de la persona, prioritariamente los relacionados con la salud materna y de los niños y niñas.

POR TANTO: En uso de sus facultades legales, **ACUERDA** emitir el siguiente:

MANUAL PARA FACILITADORAS/ES DE ENFERMERÍA DE LA RIISS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN

La situación de Salud Sexual y Salud Reproductiva en El Salvador se caracteriza por altas tasas de muertes materna prevenibles. Como se sabe, la mortalidad materna es un problema enraizado en la pobreza extrema y la exclusión social femenina, unido a un abordaje inadecuado de los riesgos reproductivos y al incumplimiento de los derechos sexuales. Así mismo, es importante recordar que estas muertes afectan el núcleo de la familia, no solo por la muerte de la madre sino también porque se aumenta en 50% la probabilidad de que sus hijos menores de cinco años fallezcan después de ellas.

En respuesta a esta situación, el presente documento nace en el marco del Proyecto de Cooperación Internacional “Mejora de la calidad de atención prestada por los profesionales de enfermería y los recursos comunitarios del sistema público de salud de El Salvador”. Dicho proyecto se está llevando a cabo entre el Ministerio de Salud de El Salvador en adelante MINSAL, a través de la Unidad de Enfermería, y la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Este documento pretende apoyar el proceso de educación continua en competencias obstétricas básicas, encaminado por el Comité Nacional de Enfermería en Salud Sexual Reproductiva de El Salvador. Se estima que fortaleciendo las necesidades formativas del personal de enfermería en la atención integral de la embarazada y su familia, se contribuirá a la mejora de la salud sexual y reproductiva de la población salvadoreña.

Se espera que este Manual constituya una herramienta de trabajo que permita incidir en el cumplimiento del cuarto y quinto objetivo del milenio. Objetivos asumidos como compromisos por el Estado salvadoreño para mejorar la calidad de vida de las mujeres y disminuir los casos de morbilidad materna perineonatal. Se considera que para intentar alcanzar este objetivo, toda mujer debe ser atendida por personal con conocimiento técnico-científico actualizado y orientado a ofrecer servicios de calidad con atención humanizada. En este sentido, el texto defiende el derecho que tienen toda mujer y su familia a ser informados y respetados en la toma de decisiones que ayuden a dar respuestas a sus necesidades, garantizando su protagonismo e implicación durante la consulta preconcepcional y prenatal, la atención a su propio parto, los cuidados básicos del recién nacido y en el período postparto según lineamientos establecidos a nivel institucional.

I. OBJETIVOS

GENERAL

- Fortalecer las competencias del personal de enfermería, en la atención de la mujer en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.

ESPECÍFICOS

1. Describir las medidas de prevención de infecciones asociadas a la atención directa de la mujer en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
2. Describir los procedimientos a desarrollar en la atención de la mujer en el periodo preconcepcional.
3. Enumerar las actividades a desarrollar durante el control prenatal.
4. Distinguir la atención de enfermería en todas las etapas del parto.
5. Enunciar la intervención de enfermería en el periodo del puerperio en todos sus estadios (inmediato, mediato y tardío).
6. Explicar los pasos a ejecutar en la atención de enfermería al recién nacido.

II. DESARROLLO DEL CONTENIDO

A continuación se desarrolla el contenido del Manual, agrupado por unidades, de acuerdo a las fases del proceso de atención.

UNIDAD I:

**MEDIDAS PARA LA
PREVENCIÓN DE
INFECCIONES
ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN SANITARIA**

MARCO REFERENCIAL

La prevención y lucha contra las infecciones se remonta a períodos anteriores al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas. Con los descubrimientos de Pasteur, se demostró que la causa de numerosas enfermedades contagiosas son los microbios que se transmiten utilizando diferentes mecanismos. Lister asoció el descubrimiento de las bacterias y su participación en la génesis de las infecciones, introduciendo el concepto de asepsia en la práctica quirúrgica y la idea de prevenir la infección mediante los antisépticos, utilizando las nebulizaciones con fenol para desinfectar el aire, el lavado de manos del cirujano, la desinfección de la zona quirúrgica.

A través de los trabajos de Von Bergmann se crearon las técnicas de esterilización por vapor. Posteriormente, con los descubrimientos de nuevos antisépticos y fundamentalmente de las sulfamidas y la penicilina, ha ido mejorando la lucha contra la infección. Todas estas técnicas han modificado el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas posibilitando el rápido progreso técnico de la cirugía actual.

No obstante, la infección hospitalaria sigue siendo hoy día un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales del mundo. Paradójicamente, no está demostrado que el nivel de desarrollo tecnológico favorezca su control. Sin embargo, aunque no puede plantearse su eliminación, sí se puede obtener una reducción considerable, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control. Asimismo, es necesario introducir en los hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el paciente y el personal.

Por otro lado, las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de la infección hospitalaria. Es importante además la revisión de los “Lineamientos técnicos para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria” y los “Lineamientos técnicos sobre bioseguridad”.

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

GENERALIDADES

El trabajo en salud implica riesgos de adquirir infecciones, tanto para el personal de salud como para el usuario, por lo que existen normas de comportamiento y manejos preventivos que el personal de salud debe cumplir siempre que se expone a microorganismos potencialmente patógenos, presentes en la sangre y fluidos corporales. Estas directrices de Bioseguridad se aplican con el objetivo de disminuir el riesgo de infección por exposición, para ello se utilizan medidas de aislamiento que previenen la transmisión de microorganismos.

Las medidas estándares que representan una mejora en las precauciones universales y del aislamiento de sustancias corporales, las cuales se aplican durante la atención a los usuarios, pensando en la posibilidad de que la sangre y algunos fluidos corporales puedan estar infectado con VIH, virus de la hepatitis B, hepatitis C y otros agentes hematógenos, por lo tanto se hace necesario describir las siguientes medidas universales de prevención.

MEDIDAS HIGIENICAS DE BIOSEGURIDAD

PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS: Ver Lineamientos Técnicos de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL

Pueden usarse soluciones alcohólicas (etílico o isopropílico), como el alcohol gel sustituyendo el lavado de manos con agua y Jabón hasta la atención de cuatro pacientes, pero antes de atender a un quinto paciente debe efectuarse el lavado de manos clínico con agua y jabón; igualmente se lavara con agua y jabón las manos al momento que estén visiblemente sucias o con materia orgánica.

USO DE MEDIDAS DE BARRERA

OBJETIVO:

Crear una barrera física mediante el uso de medidas de protección (gorro, mascarilla, lentes, zapateras y gabachón), disminuyendo así la vulnerabilidad de la transmisión de microorganismos y facilitando la prevención de infecciones

cruzadas.

Gorro:

Es un protector que proporciona una barrera efectiva contra gotas de saliva y aerosoles, sangre u otras secreciones que puedan ser lanzadas del paciente al cabello del personal y a su vez sostiene aquello que pueda desprenderse del cabello del personal hacia el paciente o material estéril; hay diferentes tipos de gorros: descartables y de tela.

El gorro sirve para evitar que el cabello caiga sobre el área anatómica donde se realizan los procedimientos o sobre el material estéril.

Procedimiento de uso de gorro:

Definición: Es el uso adecuado del gorro para evitar el esparcimiento de agentes patógenos.

Objetivos:

- Evitar la caída no intencionada del cabello hacia el área estéril.
- Proteger a la usuaria del contacto con factores de riesgo causantes de enfermedad.

Precauciones:

- Cerciorarse que el gorro esté en buen estado y limpio.
- No necesariamente debe estar estéril pero si limpio.

Recomendaciones:

- Lavarse las manos.
- Recogerse el cabello.
- Colocarse el gorro antes de la otra ropa quirúrgica.
- No usar aretes.
- Al rasgarse el gorro sustituirlo.
- Si usa lentes cubrir las patas con el gorro.
- Proceder a amarrarse las cintas, evitando que cuelguen las cintas.
- Puede usar el gorro ocho horas, si se lo retira debe usar otro.

Equipo:

Un gorro que cubra toda la cabeza.

Colocación:

Pasos	Fundamentación Científica
1. Abrir el gorro y colocarlo frente a usted.	Para verificar su buen estado.
2. Colocar gorro con el revés hacia el cabello.	Reduce la diseminación de bacterias considerando el interior más limpio.
3. Colocar las cintas de amarre hacia atrás, si el gorro es elástico solamente se coloca.	
4. Proceder a amarrarse las cintas.	Evita que cuelguen y puedan contaminar la bata estéril.

Retiro:

Pasos	Fundamentación Científica
1. Desamarrar cintas.	Por comodidad y evitar daño al retirar el gorro.
2. Retirar gorro de adelante hacia atrás.	
3. Colocar en el recipiente de ropa usada.	Lo aísla de la ropa limpia y evita que se vuelva a usar.

Fuente: Fundamentos de Enfermería tomo II, Unidad de Enfermería, MINSAL. Pág. 192-193.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 46.**

Mascarilla: Aislamiento de tela o filtro de las vías respiratorias que previene la transmisión de bacterias, virus y otros microorganismos a través de secreciones orales y gotas de saliva del personal hacia el material, equipo, campo quirúrgico y del usuario al operador.

Las mascarillas deben ser desechables y de alta eficacia, ya que una vez húmedas resultan ineficaces.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 47.**

Camisa: sustituto de la ropa de circulación irrestricta. Previene contaminación de la ropa personal, de equipos y pacientes con ropa contaminada. Esta debe portar mangas para evitar caída de vello de axilas o gotas de sudor en materiales y equipo, deben ser cortas para evitar la contaminación con o del puño de la camisa. Nunca remangarlas o enrollarlas.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 46.**

Pantalón: sustituto de la ropa de circulación irrestricta, previene contaminación de la ropa del personal y la contaminación de equipo y paciente con la ropa contaminada.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 47.**

Zapateras: funda del calzado, para protección del personal y medio ambiente ante salpicaduras y derrame de fluidos contaminantes a fin de evitar la transferencia de microorganismos a áreas limpias (lo ideal sería de material impermeable). Se colocan después del pantalón y deben contener adentro los ruedos del pantalón. No se ha demostrado tener un efecto muy significativo en la reducción de la transferencia de microorganismo, debido a que el paso de microorganismos del piso al aire y luego al paciente es mínimo, sin embargo su uso sigue siendo aplicado como parte de la conciencia.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 47.**

Lentes protectores: barreras impermeables para protección de la mucosa ocular ante salpicaduras de sangre o fluidos contaminantes a fin de evitar la transmisión de microorganismos. Se colocan después de las mascarillas.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 48.**

EQUIPO ESTÉRIL:

Gabachón o Bata protectora:

Es una vestimenta auxiliar elaborada de tela o material desechable e impermeable que puede estar en condiciones limpia o estéril para evitar la contaminación y del equipo durante procedimiento.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 48.**

Guantes:

Protectores para las manos, evita la transmisión de microorganismos al contacto, de látex (limpios o estériles). Se deberá usar guantes cuando se está en contacto con sangre, con mucosas o heridas abiertas, secreciones corporales, al manipular material y equipo contaminado y al entrar en contacto con material estéril.

Ver también: **Lineamientos técnicos sobre bioseguridad, MINSAL.2012 Anexo 6 pág. 49.**

TABLA I: USO DE MEDIDAS DE BARRERA

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Retirarse joyas, recójase el cabello por encima del cuello y lávese las manos.	Evita infecciones cruzadas
2. Colocarse el gorro cubriendo totalmente el cabello, orejas y cabeza.	El uso correcto del gorro evita contaminación
3. Colocarse camisa y pantalón, la falda de la camisa debe quedar dentro del pantalón.	
4. Colocarse zapatera si está disponible en su establecimiento, cerciorándose que el ruedo del pantalón quede dentro de la zapatera.	Es una medida de bioseguridad estándar que evita infecciones
5. Realizar lavado de manos clínico o quirúrgico según requerimiento.	Evita infecciones cruzadas
6. Colocarse la mascarilla identificando que los pliegues externos de la mascarilla estén hacia abajo, colóquesela atando primero las cintas superiores y luego las inferiores sin cruzarlas, adáptela y ajústela en el tabique nasal.	Es una medida de barrera que evita infección cruzada de vías aéreas y mucosa
7. Colocarse lentes protectores.	
8. Si se utiliza delantal impermeable, colocárselo antes del gabachón.	Evitar contaminación
9. Cerciorase de la esterilidad del gabachón.	Ahorra tiempo
10. Descubrir el paquete, con técnica aséptica.	Evita infecciones cruzadas
11. Identificar los hombros del gabachón.	Evita contaminación
12. Tomar con la mano diestra el gabachón, tomando los hombros con el pulgar e índice y con los otros tres dedos el resto del gabachón y aléjelo de cualquier superficie.	La aplicación de la técnica correcta de vestimenta evita contaminación
13. Mantener el gabachón a la altura de los ojos, suelte la parte inferior del gabachón y sujetarlo por los hombros.	

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
14. Extender el gabachón por los hombros identificando las bocamangas; introduzca un brazo por la manga correspondiente y déjelo hasta la mitad, sin sacar la mano.	
15. Conservar la mano dentro de la manga y sostener el gabachón del lado estéril por el hombro opuesto e introducir el otro brazo.	
16. Apoyar por dentro del gabachón, sacar ambas manos por los puños.	
17. Pedir ayuda para sujetarse el gabachón e inclinarse para que el auxiliar tome los extremo de las cinta.	

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2012.

TABLA II: RETIRO DE VESTIMENTA

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Realizar lavado de manos según norma, independientemente de la integridad de los guantes.	Evita contaminación e infecciones intrahospitalarias.
2. Retirar el gabachón tomándolo a la altura de los hombros y tirar hacia delante hasta sacar ambos brazos, teniendo cuidado de no contaminarse.	
3. Retirar los guantes, tomando entre el pulgar e índice de una mano el dorso del guante opuesto, tirar suavemente hasta sacar completamente los dedos; deslizar los dedos de la mano sin guante por debajo de la mano enguantada y retirar completamente el guante, colocándolo en el depósito destinado a desechos bio infecciosos sin sacudirlos.	
4. Retirar los lentes protectores.	
5. Retirar la mascarilla soltando las cintas de manera invertida primero las cintas inferiores y las superiores; sin manipularla deséchela.	
6. Deslizar los dedos por las sienes al interior del gorro y lo retira llevándolo hacia atrás.	
7. Retirar zapateras colocándolas en recipiente correspondiente.	
8. Lavarse las manos, según lo normado.	

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto de 2012.

PROCEDIMIENTO DE CALZADO DE GUANTES ESTÉRILES:

GENERALIDADES

Los guantes estériles pueden colocarse según el método cerrado o abierto; el método abierto se utiliza con mayor frecuencia fuera del quirófano, ya que el método cerrado exige que la enfermera lleve puesta una bata estéril; es necesario calzarse guantes estériles en el curso de múltiples procedimientos estériles, para mantener la esterilidad del equipo y para proteger la herida abierta del usuario/a. Cuando se usan guantes estériles pueden utilizarse o no pinzas estériles.

DEFINICIÓN

Colocación de guantes estériles como protectores de las manos, para evitar la transmisión de microorganismos al contacto.

OBJETIVOS

- Prevenir la transferencia de microorganismos desde las manos de la/el enfermera/o a la usuaria/o
- Permitir al personal manipular con libertad objetos estériles.
- Evitar el riesgo de infecciones cruzadas.

INSUMOS

- Guantes estériles.

RECOMENDACIONES:

1. Si el guante se rompe durante el procedimiento, sustitúyalo tan pronto la seguridad del paciente lo permita.
2. Mientras no lo use, coloque las manos sobre la mesa del procedimiento, en la bolsa canguro que poseen algunos gabachones, o simplemente al frente y por encima de la cintura.
3. Nunca cruce los brazos con las manos enguantadas.
4. Nunca circule o toque áreas o insumos con las manos enguantadas.
5. Cámbiese guantes cuando manipule área limpia posterior a una contaminada, aun en el mismo paciente.

TABLA III. CALZADO DE GUANTES ESTÉRILES

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
Si usa gabachón, colóqueselo previo al calzado de guantes.	Evita contaminar el paquete.
Realice lavado de manos clínico previo al procedimiento	Para mantener la esterilidad.
Tome el paquete de guantes y abra la cubierta externa de manera aséptica, colóquelo en una superficie limpia y plana. Con las manos secas, abra la cubierta interna por los dobleces del envoltorio exponiendo completamente los guantes, dejando los puños hacia la enfermera	Evita contaminación.
Mantenga las manos y guantes alejadas del cuerpo u otras superficies	
Tome el guante correspondiente a la mano dominante por el interior del puño doblado, dirigiendo el pulgar hacia fuera y el resto de dedos hacia abajo	
Deslice los dedos de la mano enguantada excepto el pulgar, por debajo del dobles del otro guante y levántelo por arriba de la cintura	Una buena técnica facilita el procedimiento Para evitar contaminar los guantes
Aléjese de la mesa, identifique el pulgar correspondiente ubicándolo hacia el frente, deslice la mano abierta procurando que cada dedo coincida con los del guante.	
Acomode los guantes hasta tener ambos guantes calzados, evitando contaminarlos, introduciendo los cuatro dedos de una de las manos y tirar del guante para cubrir el puño del gabachón o la muñeca, hacer lo mismo con el otro guante.	
Si no queda bien colocado déjelos así para acomodarlos al final	Evita la contaminación.
Mantenga las manos por encima del nivel de la cintura y evite contaminarse.	Evita contaminación e infecciones cruzadas

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería MINSAL.

UNIDAD II:

**ATENCIÓN EN SALUD
EN EL PERÍODO
PRECONCEPCIONAL**

MARCO REFERENCIAL

En el cuidado preconcepcional debe informarse a la mujer y su pareja, sobre los aspectos biopsicosociales que les permitan asumir con responsabilidad un embarazo seguro y elegir libremente el momento oportuno para ello. Una importante proporción de mujeres, fundamentalmente las adolescentes no acceden a estas opciones vitales.

La consulta preconcepcional de la mujer en edad fértil se considera como una de las estrategias más eficaces en la disminución del riesgo reproductivo que se incrementa debido a las enfermedades asociadas (Diabetes Mellitus, Hipertensión, etc.) así como prevención de malformaciones del recién nacido principalmente las del tubo neural, y el estado nutricional de la embarazada entre otros.

En este sentido, la **Hoja filtro de la consulta preconcepcional** constituye nuestra herramienta de exploración en las consultas preconcepcionales. A través de ella debemos valorar si existen antecedentes obstétricos **familiares, personales, situaciones sociales o comportamientos de riesgo**.

IMPORTANTE:

Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

A continuación se detallan las actividades a realizar durante la consulta preconcepcional:

TABLA IV. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

A C T I V I D A D E S	INTERVENCIONES
Llenar Hoja Filtro de la consulta preconcepcional.	Si detecta factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica refiera a consulta con ginecólogo.
Realizar Historia clínica completa	Incluya datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos.
Investigar enfermedades crónicas concomitantes	- Determine si su patología está controlada - Discuta si es momento oportuno para embarazo - Defina si amerita interconsulta con otras especialidades.
Medir talla y peso corporal (ver Unidad III)	Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).
Evaluar el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) (ver Unidad III)	Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m² Bajo peso: Si valor < 18.5 Kg/m². Brinde suplementos Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m² Obesidad: Si valor ≥ 30 Kg/m². En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y ginecólogo.
Determinar Tensión Arterial	Verifique tensión arterial, investigue HTA.
Efectuar examen físico completo	Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.
Realizar Inspección cervical y Toma de PAP.	- Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado. - Si reporta anormalidad, maneje según Guía de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix.
Verificar vigencia de esquema vacunación antitetánica y anti-rubeola.	Verifique vigencia de esquema de vacunación. Si no está vigente, cumpla dosis según esquema.
Realizar evaluación odontológica	- Examine cavidad oral. - Enfatice importancia de higiene bucal. - Recomiende dieta saludable, evitando exposición alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental. - Refiera para profilaxis o tratamiento de patologías dentales.
Prescribir micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural	- Prescriba los siguientes micronutrientes 3 meses antes de buscar embarazo: Acido fólico (5 mg) 1 tableta cada día. Multivitaminas prenatales: una tableta cada día, que contengan las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1.6 mg, B-2 1.8 mg, nicotinamide 19 mg, B-6 2.6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0.2 mg B-12 4.0 mcg, C100 mg, D 500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0.8 mg. minerales: Calcio 125mg, fosforo 125 mg, magnesio 100 mg, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7.5 mg.

ACTIVIDADES	INTERVENCIONES
Solicitar Típo-Rh	Determine Típo sanguíneo y factor Rh.
Prevención de la Transmisión vertical del VIH	- Oferte a la pareja el examen para la detección del VIH y de consejería pre-prueba. - Proporcione consejería post-prueba - Refiera a toda mujer con prueba (+) y su pareja para manejo adecuado a hospital de II nivel de atención.
Eliminación de Sífilis congénita.	- Investigue antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido. - Indique pruebas no treponémicas (RPR) a la pareja para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo. - El RPR con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo y requiere tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana # 3. Si es alérgica a penicilina, se recomienda Doxiciclina 100 mg VO c/12hrs por 14 días o Tetraciclina 500 mg VO c/6hrs por 14 días - Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada.

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en los períodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. MINSAL. El Salvador.2011. pág.12.

PROCEDIMIENTO DE EXAMEN DE MAMAS

GENERALIDADES:

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se debe efectuar en condiciones de privacidad y respeto. Se recomienda realizarlo desde la primera consulta.

Los cambios fisiológicos de la mama comienzan precozmente y son los últimos cambios en retirarse, condicionados por el tiempo en el que se mantiene la lactancia.

El examen de mamas tiene como objetivos identificar trastornos que puedan interferir con la lactancia como alteraciones en el pezón, mastitis y patología tumorales benignas y malignas.

Los principales factores de riesgo relacionados con una mayor incidencia de cáncer de mama son:

- Edad: a mayor edad mayor riesgo de presentar cáncer de mama, mujeres mayores de cuarenta años.
- Herencia: antecedentes familiares de cáncer de mama es uno de los factores más significativos para la aparición de cáncer mamario. El riesgo aumenta en presencia de antecedentes familiares de cáncer de mama, en hermanas, madre y tías maternas.

- Primera gestación a término después de treinta y cinco años
- Antecedente de patología mamaria y ovárica pre maligna
- Antecedentes familiares de cáncer de mama: hermanas, madre, tías maternas.
- Vida menstrual prolongada: menarquía antes de los doce años y menopausia después de 55 años.
- Factores endocrinos endógenos: menarquía antes de los trece años, tipo de ciclos menstruales (intensidad, frecuencia, intervalo, duración, etc.)
- Tratamientos prolongados de hormonoterapia con estrógenos.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Obesidad en la post menopausia.

Los principales métodos de vigilancia para la detección de cáncer de mama incluyen tres tipos de intervención específicas que van dirigidas a la población femenina de acuerdo a su grupo de edad y su vulnerabilidad y son:

Autoexploración, Examen clínico y mamografía

El auto examen: es un método que debe practicarse cuidadosamente por la usuaria a partir del inicio de la menarquía, en forma mensual entre el siete y diez día de inicio de la menstruación, este debe considerarse como complementario de los otros métodos de detección, aproximadamente el 26% de los tumores se detecta con el auto examen de mama, debe practicarse a partir de la menarquia en forma periódica una vez al mes y en fase post menstrual

Mamografía. Es una imagen de rayos X, de tejido blando de las mamas, debe hacerse a mujeres entre los cuarenta a cuarenta y nueve años asintomáticas cada dos años y en mujeres de cincuenta a sesenta y nueve años debe ser anual.

Examen Clínico Mamario (ECM): debe ser realizado por personal capacitado cada año a toda mujer que asista a un establecimiento de salud, previa autorización de la usuaria. La exploración clínica proporciona buenos resultados cuando se realiza correctamente, con este método se detecta aproximadamente el 45%. Detecta pequeños nódulos, presencia de secreciones asintomáticas, zonas induradas y pequeños ganglios.

Examen clínico: es el procedimiento, que debe ser realizado por medico/a o enfermera/o, capacitados/as, con una periodicidad anual, a toda mujer que asiste a un establecimiento salud, previa autorización de la usuaria.

OBJETIVO:

- Contribuir a determinar el diagnóstico a través de la detección o no de nódulos mamarios.

EQUIPO:

- Bata
- Canapé
- Expediente clínico
- Jabón
- Alcohol gel 60-70%.

TABLA V. EXPLORACIÓN DE MAMAS

EVALUACIÓN DE LA USUARIA	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Saludar e identifique a la usuaria	Crea ambiente de confianza
2. Explicar a la usuaria importancia del examen y en qué consiste.	Disminuye la ansiedad, lo que facilita la realización del examen.
3. Indagar sobre factores de riesgo: • Edad (riesgo en mujeres mayores de cuarenta años). • Primera gestación (riesgo arriba de los treinta y cinco años). • Factores endocrinos endógenos: menarquía antes de los trece años, tipo de los ciclos menstruales (intensidad, Frecuencia, intervalo y duración). • Tratamientos prolongados de hormonoterapia con estrógenos. • Antecedentes de patologías mamarias Maligna (proceso proliferativo, Hiperplasia atípica). • Vida menstrual de más de cuarenta años (menarquía antes de los doce años y después de cincuenta y cinco años). • Obesidad en la post menopausia. • Antecedentes familiares de cáncer de mama: hermanas, madre, tias. maternas. • Antecedente previó de cáncer de ovario. • Consumo de tabaco y alcohol.	Identifica factores de riesgo

EVALUACIÓN DE LA USUARIA	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
4. Asegurarse de cubrir a la usuaria.	Mantiene la privacidad de la usuaria
5. Realizar inspección estática de ambas mamas. La mujer sentada frente al examinador, visualiza diferencias entre ambas mamas, retracción, ulceraciones, enrojecimiento, edema o alteración en la piel.	La observación permite identificar diferencias de las mamas
6. Inspección dinámica: solicitar a la usuaria que levante ambos brazos por encima de la cabeza esto hace más evidente posibles alteraciones mamarias. Pedir a la usuaria que coloque las manos en la cintura y presione fuertemente para contraer los músculos.	Los cambios de posición facilita identificar anormalidades de las mamas y zonas periféricas
7. Examinar ambas axilas: pídale a la usuaria que coloque su antebrazo en flexión sosteniéndolo con la mano.	Identificación de ganglios periféricos
8. Realizar examen de fosas supraclaviculares: palpe con los pulpejos ambas fosas supra claviculares hacia los laterales y de forma ascendente examine la red ganglionar externo cleidomastoideo y llegue al área submandibular descendiendo hacia el área de la escotadura yugular (supraexternal).	Búsqueda de ganglio centinela
9. Efectuar palpación mamaria: palpe la totalidad de la glándula mamaria en forma suave, precisa y ordena con los pulpejos de los dedos de la mano, utilizando cualquiera de las tres técnicas de palpación (radial, circular o parrilla).	Permite la palpación de masas y otras anormalidades de las mamas
10. Examinar ambos pezones en busca de anormalidades, presione suavemente el pezón con el dedo pulgar e índice, haciendo ligera tracción hacia arriba en búsqueda de salida de secreciones, baje lentamente y suelte el pezón.	Permite identificar cualquier anormalidad o modificación de los pezones
11. Registrar en expediente clínico los hallazgos encontrados durante el examen.	Facilita llevar el seguimiento
12. Explicar a la usuaria sobre hallazgos del examen clínico de mama y explique importancia del autoexamen.	Disminuye la ansiedad de la usuaria y el empoderamiento

Fuente: Unidad de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación Sanitaria, MINSAL, agosto de 2012.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL

GENERALIDADES

Los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino hasta la fecha los constituyen:

- Antecedentes de virus del papiloma humano (HPV).
- Inicio temprano de la actividad sexual (antes de diecinueve años).
- Múltiples compañeros sexuales, o pareja con múltiples contactos sexuales.
- Otras infecciones de transmisión sexual recidivante o recurrente
- Mujeres fumadoras.
- Mujeres de nivel socioeconómico bajo.

Los esfuerzos de prevención primaria deben centrarse en la reducción de las infecciones, y conductas relacionadas con la incidencia de esta patología. La prueba de tamizaje (el examen de Papanicolaou, también denominado prueba o frotis de Papanicolaou, citología cérvico-uterina), se recomienda hacerlo a partir de la primera relación sexual, independientemente de la edad de la mujer. Es un examen sencillo e indoloro, barato, preciso y fiable, que consiste en el estudio de las células endo y exocervicales del cuello uterino, mediante el cual se detecta células anómalas que pueda sugerir el inicio de una lesión pre cancerosa.

OBJETIVO

Detectar y tratar oportunamente a las mujeres a las que se ha identificado algún tipo de lesión.

EQUIPO

- Espéculos de diferentes tamaños.
- Laminillas.
- Guantes.
- Espátulas e hisopos.
- Alcohol 90% o cito spray para fijar.
- Lápiz y lapicero.
- Caja porta laminillas.
- Soluciones y recipiente para material contaminado.
- Luz adecuada, lámpara de ganso.
- Hoja de reporte de citológico.

RECOMENDACIONES

Es importante explicar a la mujer las siguientes instrucciones:

- ✓ Preferentemente no solicitar la toma de Papanicolau durante el período de menstruación.
- ✓ No utilizar duchas vaginales ni tratamientos intravaginales al menos durante veinticuatro horas previas a la toma del examen.
- ✓ Posterior al parto, realizar el examen preferentemente a partir de las ocho semanas.
- ✓ El frotis será antes del tacto vaginal y colocación del especulo sin gel.
- ✓ En el caso de la mujer embarazada, realizarlo preferentemente en la primera consulta prenatal si su citología no está vigente.

TABLA VI. TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL

EVALUACIÓN DE LA USUARIA	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Saludar a la usuaria con respeto y amabilidad.	Crea un ambiente de confianza Disminuye la ansiedad y aumenta la relajación de la usuaria. Esta acción reduce la tensión muscular y aumenta la comodidad.
2. Explicar a la usuaria importancia del examen y en qué consiste.	Se garantiza el derecho a la información.
3. Informar a la usuaria sobre posibles resultados, seguimiento que se dará y el tratamiento que recibirá.	Contribuye al tratamiento.
4. Identificar factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix: • Inicio temprano de actividad sexual (antes de los 19 años). • Múltiples compañeros sexuales o parejas con múltiples contactos sexuales. • Antecedentes o presencia de infección con VPH u otra ITS recidivante. • Mujeres fumadoras. • Nivel socio económico bajo.	Esta información permite identificar aspectos importantes sobre condiciones que aumenten la posibilidad de tener la enfermedad.
5. Llenar hoja de solicitud y reporte de citología cérvico vaginal.	Esta información garantiza una identificación precisa y confirmar la condición de la usuaria.
6. Asegurarse que la usuaria ha orinado en los últimos treinta minutos	
7. Asegurarse de contar con espéculos estériles de diferentes tamaños y con los insumos completos.	Contribuye a disminuir infecciones y molestias en la usuaria

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
8. Identificar la laminilla con los datos según la normativa	Disminuye la posibilidad de confundir las láminas de diferentes usuarias.
9. Orientar a la usuaria sobre el procedimiento a realizar.	Permite informar y aclarar aspectos importantes sobre el procedimiento.
10. Palpar el abdomen: verificando hipersensibilidad, presencia de masas, hernias, y otros aspectos relevantes.	Identificación de posibles anomalías.
11. Realizar examen pélvico: • Coloque a la usuaria en posición de litotomía. • Mantenga la privacidad de la usuaria, le llama por el nombre, la cubre adecuadamente. • Lávese las manos. • Colóquese guantes, según la normativa. • Inspeccione genitales externos, busca presencia de ganglios inguinales, observa uretra, salida de secreciones u otras anomalías. • Evalúe tamaño del espéculo a utilizar. • Lubrique el espéculo solo con agua, si es necesario. • Separe delicadamente los labios menores. • Coloque el espéculo en el introito vaginal, solicita a la mujer que puje y lo introduce suavemente tratando de dirigirlo hacia el fondo del saco posterior. • Abra el espéculo delicadamente, visualice el cérvix uterino y fije el tornillo. • Verifique presencia de secreciones. vaginales y describe características. • Inspeccione el cérvix. • Identifique el cuello uterino y el orificio del canal endocervical. • Observe presencia de lesiones a nivel de cérvix y registra en historia clínica las características de las mismas.	Facilita la realización del examen. Proporciona seguridad a la usuaria. Evita infecciones. Evita el contacto directo con secreciones. Identifica posibles signos de complicaciones. Disminuye el riesgo de lastimar a la usuaria. Permite la exposición del cérvix para la toma de muestra. Identifica posibles signos de ITS. Identifica posibles signos de complicaciones. Facilita la toma de muestra. Identifica posibles signos de complicaciones.
12. Tomar la muestra de PAP: • Tomar muestra de exocervix, utilizando el extremo más corto de la espátula de aire, girándolo 360°. • Tomar muestra del endocervix, utilizando hisopo humedecido en solución salina normal. Introduzca el hisopo 1.5 cms. en el canal endocervical, rotándolo 360°.	Asegura que la muestra esté correctamente tomada.
13. Extender la muestra de la siguiente forma: • Colocar la lámina en la posición correcta. • Asegurarse que la espátula este en forma	Un buen extendido asegura calidad en la distribución de las células

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
paralela a la lamina. • Extender la muestra en la mitad de la lámina, con movimientos suaves, distribuyéndola en una capa fina. • Girar la espátula de aire 180° y repite el procedimiento con la otra cara de la espátula • Colocar el hisopo sobre la superficie de la lámina en forma paralela a ella. • Proceder a extender la muestra rodando el hisopo sobre la superficie de la mitad de la lámina, hasta completar el giro de 360°. • Fijar inmediatamente la muestra. • Retirar con cuidado el espejo. • Depositar en el recipiente con solución clorada. • Depositar espátula e hisopo en depósitos correspondiente.	El fijar correctamente asegura mantener las células facilitando el estudio citológico Evita molestias a la usuaria Evita contaminación y facilita la limpieza final
14. Colocar la lámina en la caja para su almacenamiento y envió al laboratorio	Evita el deterioro de la muestra.
15. Realizar examen bimanual para: • Determinar si existe hipersensibilidad al movimiento cervical. • Establecer tamaño, forma y posición del útero. • Descartar embarazo (si es el caso). • Palpar anexos para verificar presencia de anomalías.	Permite identificar signos de complicación.
16. Retirarse los guantes.	Evita la transmisión de infecciones.
17. Lavarse las manos.	Evita infecciones nosocomiales.
18. Ayudar a la usuaria a bajarse de la mesa ginecológica.	Utilice mecánica corporal.
19. Dar cita para respuesta de resultados y hacer énfasis de la importancia.	Facilita el seguimiento de la usuaria.
20. Registrar procedimiento en expediente clínico y tabulador de actividades.	Esta información proporciona un registro permanente y garantiza una identificación precisa.

Fuente: Comité Nacional SSR Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto de 2012.

PROCEDIMIENTO DE CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR (P.F.)

GENERALIDADES

La planificación familiar es una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, basada en conocimientos, actitudes y acciones tomadas con responsabilidad, a fin de promover la salud de la familia y la comunidad. (OMS, 1971)

Está basada en el derecho básico de la persona o en pareja de decidir de manera libre y responsable, cuántos hijos tener y cuando (espaciamiento) . Es decir, poder decidir, planear, planificar, cual es el tamaño de la familia que queremos tener, requiere de un proceso integral de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente. Esto requerirá de procesos permanentes de educación sexual tanto a nivel familiar, como desde el sistema educativo y sanitario.

Estudios a nivel mundial demuestran la importancia de la consejería en P.F. como un pilar básico para incrementar la aceptación, el uso y la satisfacción de las/los usuarias/os con los diferentes métodos anticonceptivos, ésta consiste en un proceso de interacción interpersonal en el cuál el personal de salud asesora a él/la usuario/a en lo respectivo a su planificación familiar, ayudándola a tomar una decisión libre y consciente en su proceso reproductivo y a actuar en consecuencia.

OBJETIVOS

- Mejorar la salud de la familia y la comunidad.
- Asesorar a los usuarios/as sobre el derecho a planificar un embarazo.
- Orientar sobre los principales métodos anticonceptivos que permitan evitar un embarazo no deseado o regular los intervalos entre embarazos.
- Facilitar asesoramiento a mujeres con problemas de fecundidad que desean embarazarse.

RECOMENDACIONES

- ✓ Tratar a los/as usuarios/as con cordialidad y respeto, evitando toda clase de prejuicios.
- ✓ Crear una real interacción escuchándolos con atención y alentándolos a hacer preguntas y expresar sus inquietudes.
- ✓ Adaptar la sesión de consejería a las necesidades del usuario/a.
- ✓ Entregar al usuario/a el método de su elección siempre que no existan razones médicas que lo impidan.

- ✓ Evitar dar a los usuarios/as demasiada información ya que eso se presta para confusiones y olvidos.
- ✓ Ayudar al usuario a comprender la información, asegurándonos que haya comprendido.

TÉCNICA EN CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A continuación se describe el método ACCEDA

IMPORTANTE:

La secuencia de pasos que se muestran a continuación es sólo orientativa, valorando su continuidad según el interés y/o las dudas que puedan surgir durante la consulta.

FASE DE PREELECCIÓN En un ambiente acogedor, se identifican las necesidades, fortalezas y comportamientos de riesgos en la salud sexual y reproductiva de el/la usuario/a. En un segundo momento se exponen los métodos de planificación familiar, descartando aquellos que no se adaptan a la realidad de usuario/a.	A (Atender)	-Atender al usuario o su pareja con amabilidad. -Ofrecer consejería en un lugar cómodo -Prestar toda la atención dando prioridad a sus necesidades -Trato respetuoso sin importar edad, condición socioeconómica, estado familiar, nivel educativo, género, identidad sexual, entre otros. Nunca hacer comentarios que critiquen al usuario o su pareja Y ofrecer la confidencialidad necesaria.
	C (Consultar / Evaluar)	Consultar y evaluar con el usuario o la pareja: -Las necesidades del uso de un método anticonceptivo. -El conocimiento acerca de la P.F. y método anticonceptivo. -Las características individuales e influencia de la comunidad sobre las decisiones que las personas puedan tomar. -Saber hacer preguntas para conocer todo lo antes expuesto y poder dar el siguiente paso.

FASE DE ELECCIÓN En este momento se brinda información relevante, concreta y comprensible de los métodos de planificación que se adapten a las necesidades observadas anteriormente. El/la usuario/a elige un método y el personal de salud se asegura de que no existan contraindicaciones (en caso de existir las se regresará al paso anterior) Una vez elegido el método, el personal de salud amplía información sobre él (mecanismos de acción, efectividad del método, uso, signos de alarma y efectos secundarios), asegurándose de que sea entendido correctamente.	C (Comunicar)	-Proporcionar información esencial que el usuario o la pareja necesiten, para tomar su decisión. -Informe sobre el o los métodos: su eficacia en el uso corriente, uso, ventajas, inconvenientes, efectos colaterales, y complicaciones.
	E (Elegir un método apropiado)	Mediante: -El análisis de prioridades -Características, opiniones y circunstancias. -Apoyo para que se aplique el conocimiento a su circunstancia particular. -Plantear los posibles efectos secundarios del método elegido.
	D (Demostrar)	-Informar como obtener el método. -Demostrar cómo se usa. -Describir los efectos secundarios o señales de alerta. -Asegurarse que el usuario o su pareja entiendan la información. -Suministrar material de apoyo.
FASE DE POST-ELECCIÓN: Se realiza el seguimiento del usuario/a asegurando su continuidad, resolviendo posibles dudas y controlando los factores de riesgo y signos de emergencia.	A (Acordar)	Este paso implica ofrecer un apoyo futuro al usuario o la pareja, mediante la programación de una visita de seguimiento, explicando el objetivo de la misma. Así mismo, implica ofrecer la oportunidad de acudir a consulta aunque no sea en la fecha prevista, y cada vez que lo considere necesario.

Fuente: Técnica ACCEDA de Planificación Familiar. Fuente: Guía técnica para la consejería en la prestación de servicios de Planificación Familiar 2007. Pág. 27-33

UNIDAD III:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO

GENERALIDADES DEL CONTROL PRENATAL

Actualmente los autores coinciden en afirmar la eficacia del control prenatal y los países realizan esfuerzos por aumentar la cobertura y mejorar la calidad. La evaluación del estado materno y fetal es básica para detectar y tratar cualquier complicación que aparezca durante el embarazo. El seguimiento realizado a través de las diferentes consultas permite valorar constantemente la evolución del embarazo, así como ofrecer información oportuna a la mujer y su familia para toma de decisiones y la preparación para el parto. Consiste en la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por los establecimientos de salud, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; proporcionar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

OBJETIVOS

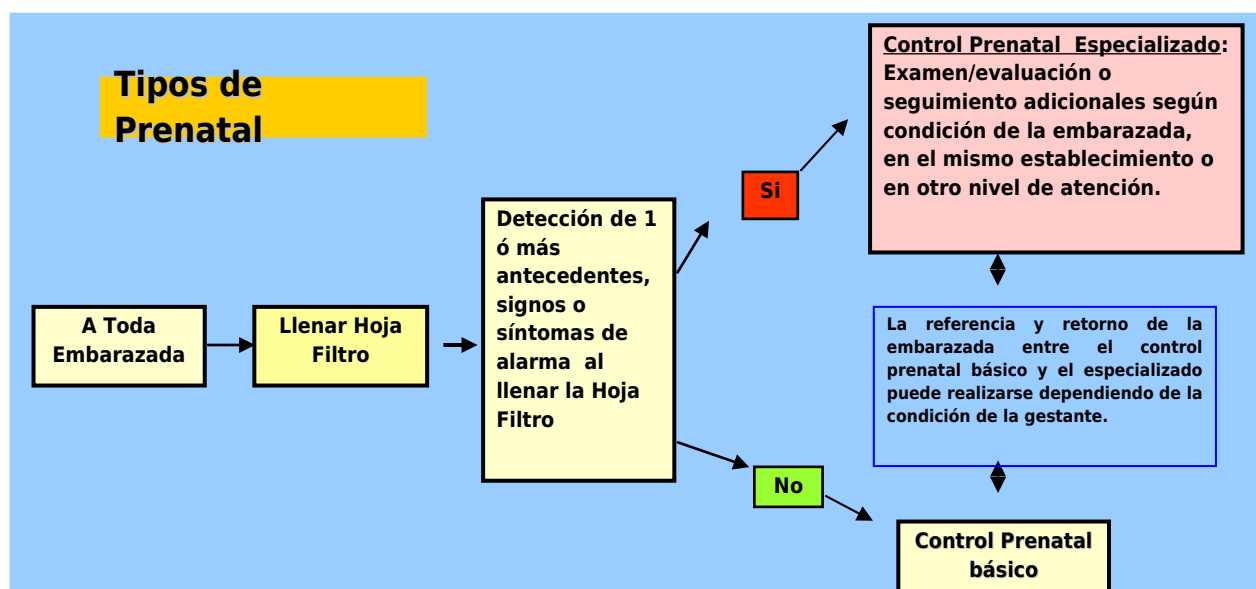
- Detectar enfermedades maternas sub-clínicas.
- Prevenir, diagnosticar tempranamente y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Identificar los factores de riesgo o cualquier complicación del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparación física, psicológica y social para el nacimiento.
- Desarrollo de contenidos educativos para la salud de la mujer y la crianza.

TIPOS DE CONTROL PRENATAL

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- **Prenatal Básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico/a especialista donde se cuente con este recurso. Dentro de la dispensarización es un trabajo prioritario de los Ecos Familiares.
- **Prenatal Especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionado por médico ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. Los Ecos Especializados deben realizar su trabajo en el contexto de referencia, retorno e interconsulta oportuna.

GRÁFICO I. TIPOS DE CONTROL PRENATAL



Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. MINSAL. El Salvador, 2011.

IMPORTANTE: REFERENCIA RETORNO E INTERCONSULTA.

Si al llenar la **Hoja Filtro de Control Prenatal** se detecta la presencia de una o más de los criterios o si durante el transcurso del control prenatal básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la mujer embarazada deberá ser **referida** al **control prenatal especializado** al nivel correspondiente según los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta, de acuerdo a la condición que presente.

Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el **retorno** al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el control prenatal básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

REQUISITOS BÁSICOS DEL CONTROL PRENATAL

- **Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
- **Completo e integral:** los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.

- **De amplia cobertura:** que abarque al 100% de las mujeres embarazadas.
- **Con calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
- **Periódico:** continuo en el tiempo. La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles como mínimo (uno de inscripción y cuatro de seguimiento), que serán brindados según tabla siguiente:

TABLA VII. PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL BÁSICO SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACIÓN

Controles	Semanas del Embarazo
1 ^{er} Control (Inscripción)	En las primeras doce semanas de gestación
2 ^o Control	Entre las dieciséis a dieciocho semanas
3er Control	Entre las veintiséis a veintiocho semanas
4 ^o Control	Entre las treinta y dos a treinta y cuatro semanas
5 ^o Control	A las treinta y ocho semanas
Toda mujer con un embarazo mayor de treinta y ocho semanas, debe ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo del Ecos Especializado, (o a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar UCSF, Hospital de Segundo Nivel o en la Unidad Periférica del ISSS según red de servicio en horas hábiles de lunes a viernes) quien debe evaluar la condición materno-fetal CADA SEMANA. El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia en las primeras cuarenta y ocho horas. En los municipios donde se cuentan con Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico/a ginecoobstetra alternados con los controles del equipo comunitario de salud familiar (Ecos Familiar). A las treinta y seis semanas de gestación debe referirse al Ecos Especializado, para su seguimiento semanal. Al cumplir cuarenta semanas de edad gestacional toda usuaria debe referirse al hospital que corresponda, el ginecólogo(a) debe evaluar la evacuación según condiciones materno fetales y el Score de Bishop. No olvidar que usuaria debe de presentar carné materno y hoja del plan de parto.	

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. MINSAL. El Salvador.2011.

ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Para realizar la valoración de la salud materna durante el periodo perinatal se aplican la entrevista, la observación del estado psicofisiológico, la exploración física y la evaluación de los datos de laboratorio. A continuación se detallan cada una de estas actividades:

TABLA VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL

ACTIVIDAD	Menor 12 Sem	16- 18 sem	26- 28 Sem	32- 34 Sem	38 Sem	INTERVENCIONES
Preparación de la gestante	X	X	X	X	X	Llenado de Hoja Filtro del Control Prenatal, medición de peso y talla. Toma de signos vitales. Entrega de frasco para orina. Realización de pruebas rápidas: hemoglucotest, tira rápida de orina y prueba de embarazo (según semana de gestación).
Apertura de Historia clínica perinatal (HCP) y del carné materno	X	X	X	X	X	En primer control: llene completa y correctamente las secciones de identificación, datos generales y antecedentes personales y familiares. Traslade esta información al carné perinatal. Llene los datos requeridos en la sección de gestación actual en todos los controles.
HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO.						
Registro de peso	X	X	X	X	X	- Registre su valor en la HCP y el carné perinatal. - Correlacione el peso con edad gestacional en la Curva de Incremento de Peso del carné materno (a partir del 2º control). - Determine si se encuentra dentro de lo esperado: - Si hay bajo peso, descarte: error de amenorrea, desnutrición, restricción del crecimiento fetal, - Si hay sobrepeso, busque: preeclampsia, polihidramnios, embarazo múltiple. - De orientación nutricional.
Registro de talla	X				X	- Si talla materna <1.45 m, considerar riesgo de parto distócico. - Medir la talla en su primer control y corroborar a las treinta y ocho semanas

ACTIVIDAD	Menor 12 Sem	16- 18 sem	26- 28 Sem	32- 34 Sem	38 Sem	INTERVENCIONES
Cálculo de IMC	X					- Sirve para evaluar el estado nutricional preconcepcional y durante el primer trimestre del embarazo. Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$. - Se clasifica de la siguiente manera: - Peso normal: 18.5 – 24.9 Kg/m² - Peso bajo: Si valor < 18.5 Kg/m². proporcione suplementos - Sobrepeso: si valor = 25 - 29.9 Kg/m² - Obesidad mórbida: si valor ≥40 Kg/m². - En los casos de bajo peso y obesidad referir a nutricionista y ginecólogo - El personal salud deberá registrar el IMC en la HCP y carné materno entre las curvas de ganancia de peso y altura uterina
Determinación de tensión arterial	X	X	X	X	X	- Si mayor de 140/90mm Hg, verifique la TA: - Si embarazo es <20 semanas, investigue HTA crónica. - Si embarazo es >20 semanas, sospeche hipertensión inducida por el embarazo. - Si menor de 90/60 mm Hg verifique TA. Si persiste y es sintomática refiera a ginecólogo.
Estimación de la edad gestacional.	X	X	X	X	X	- Calcule semanas de amenorrea usando FUR o gestograma. - Determine FPP con Regla de Naegele. (Ver anexo 11). - Si FUR es incierta: Indique ultrasonografía para fechar embarazo. (Confiar en las primeras 20 semanas)
Esquema de vacunación antitetánica (Td)		X				- Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano debe recibir dos dosis de Td durante el embarazo: cumplir 1ª dosis de Td a partir de las dieciséis semanas de gestación, programar la 2ª dosis en un mes. Se continuará el esquema un año después, según el caso. - Si ya inició esquema, cumpla una dosis de refuerzo durante el embarazo actual. - Dosis: 0.5 cc IM en músculo deltoides del brazo.
Vacunación anti influenza estacional.	X					- Cumplir a partir de las doce semanas de embarazo. - Dosis: 0.5 cc IM dosis única en músculo deltoides del brazo.

ACTIVIDAD	Menor 12 Sem	16- 18 sem	26- 28 Sem	32- 34 Sem	38 Sem	INTERVENCIONES
Vacunación con γ -globulina hiperinmune anti-D				X		Indicaciones para Inmunización anti-Rh: En las instituciones que cuentan con el recurso: toda Mujer Rh (-) Coombs indirecto (-) con embarazo de veintiocho a treinta semanas Casos en los que siempre se debe de cumplir la Inmunoglobulina anti D en Mujer Rh (-): ○ Sangramiento durante embarazo por: ▪ Amenaza de aborto ▪ Aborto ▪ Embarazo molar ▪ Embarazo ectópico ▪ Placenta previa sangrante ▪ Maniobras invasivas (amniocentesis, versión cefálica externa) ▪ Post-parto de Mujer Rh (-) con Coombs Indirecto (-) con Recién nacido Rh (+) con Coombs directo (-). Mujer deberá vacunarse aunque se esterilice. Debe cumplirse dentro de las primeras setenta y dos horas post-evento obstétrico. • Dosis: γ-globulina hiperinmune anti-D 300 μgr IM #1
Evaluación bucodental	X					• Identifique patologías bucodentales. • Refiera para profilaxis dental o tratamiento de patologías bucodentales en la primera visita, en controles subsecuentes asegure que asistió a la evaluación odontológica. Investigue sobre tratamiento recibido. • Enfatique importancia de la higiene bucal.
Examen de mamas	X	X	X	X	X	• Realice examen clínico de mamas. • Indique cuidado de mamas y preparación de pezón. • Promueva la lactancia materna.
Medición de altura uterina		X	X	X	X	• Evaluar el tamaño uterino antes de las catorce semanas mediante tacto bimanual • Mida con cinta métrica a partir de la semana catorce, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. • Correlacione medida con edad gestacional. Muy útil de semana dieciocho a semana treinta de gestación. Registre datos en curvas de HCP y carne materno • Si valor es menor a lo esperado para edad gestacional, descarte: error de amenorrea,

ACTIVIDAD	Menor 12 Sem	16- 18 sem	26- 28 Sem	32- 34 Sem	38 Sem	INTERVENCIONES
						desnutrición, oligohidramnios RCIU, muerte fetal. • Si valor es mayor a lo esperado para edad gestacional, investigue: error de amenorrea, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal.
Auscultar FCF		X	X	X	X	• Arriba de las doce semanas si cuenta con doppler. • A partir de la semana veinte con estetoscopio o doppler • Valor normal: 120-160 latidos por minuto. • Si está ausente: descarte muerte fetal e indique Ultrasonografía para confirmar.
Movimientos fetales		X	X	X	X	• Valore la percepción materna de los movimientos fetales a partir de las veinte semanas. Esta descrito que en el tercer trimestre debe de moverse por lo menos doce movimientos en doce horas. • Si madre acusa su disminución o ausencia: busque FCF. Descarte muerte fetal. Indique o refiriera para monitoreo o ultrasonografía para confirmarlo.
Determinación de situación y presentación fetal			X	X	X	• Por medio de maniobras de Leopold. • Si sospecha presentación anormal a las treinta y cuatro semanas, indique ultrasonografía. • Si presentación es anormal, refiera a la semana treinta y seis, para programar cesárea electiva a las treinta y nueve semanas.
Evaluación clínica de pelvis				X	X	• Determine: tipo de pelvis y relación céfalo-pélvica. • Si sospecha desproporción céfalo-pélvica, refiera.
Toma de PAP	X					• Ofrezca toma de PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado (idealmente debe ser tomado en la primera consulta o sino en cualquier control) • Si se reporta LEI-BG o LEI-AG, refiera a evaluación colposcópica (Ver Guía de patología cervical).
Inspección cervical	X	X	X	X	X	• Debe realizarla el personal SIEMPRE durante la inscripción. • Realícela en las atenciones subsecuentes si la embarazada acusa sangrado leve, leucorrea, o dolores lumbo-pélvicos, considere placenta previa.
Prescripción de micronutrientes	X	X	X	X	X	• Ácido fólico (tableta 5 mg) una tableta cada día vía oral. • Hierro elemental (tableta de 60 mg) cada día vía

ACTIVIDAD	Menor 12 Sem	16- 18 sem	26- 28 Sem	32- 34 Sem	38 Sem	INTERVENCIONES
						oral arriba de las veinte semanas. Si hay anemia, indique doble dosis (120 mg c/ día vía oral) • Multivitaminas prenatales una tableta vía oral cada día. • Calcio (tableta 600 mg) dos tabletas vía oral cada día
Indicar exámenes de laboratorio	X		X			• Otros exámenes complementarios serán indicados por el ginecólogo/a u otro especialista, según la condición de salud de la mujer embarazada o las complicaciones que se presenten durante el embarazo actual.
Plan de parto.	X	X	X	X	X	• Verifique ejecución del Plan de Parto. • Llene Ficha de Plan de Parto en el expediente clínico. • Promueva el parto institucional.
Consejería	X	X	X	X	X	• Brinde consejería según condición y necesidades de la gestante. • Refuerce contenidos educativos según edad gestacional. • Informe sobre signos y síntomas de alarma. Si presenta alguno, que consulte inmediatamente.
Referir a círculos educativos	X	X	X	X	X	• Procure incorporar a toda embarazada, especialmente a las primigestas y adolescentes.
Pasantía hospitalaria antenatal				X	X	• Coordine y organice pasantía hospitalaria antenatal.
Establecer fecha de próxima cita.	X	X	X	X	X	• Establezca fecha a conveniencia de la paciente, según rangos establecidos para los controles. • Anote fecha en HCP y carné materno.
Llene Hoja Filtro de control Prenatal	X	X	X	X	X	• En la inscripción y actualícela en cada control prenatal • Determine si gestante es elegible para control prenatal básico o especializado. • Si la embarazada tiene factores de riesgo llene hoja de referencia y retorno y envíela para evaluación por médico especialista • Si el ginecólogo considera que amerita cuidados especializados llenará nueva hoja filtro y la actualizará en cada control.

Fuente: Lineamientos Técnicos para la Atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. MINSAL. El Salvador. 2011.

INSTRUMENTOS DE APOYO EN EL CONTROL PRENATAL

LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La historia clínica perinatal o HCP intenta uniformizar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato.

Su llenado permite que los datos considerados de importancia sean registrados de forma sistemática y uniforme, facilitando que la información obtenida sea compartida por los distintos profesionales que atiendan a la mujer embarazada en los diferentes niveles de atención, contribuyendo así a la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada, parto, puerperio y recién nacido.

Actualmente la historia clínica perinatal contempla las siguientes secciones:

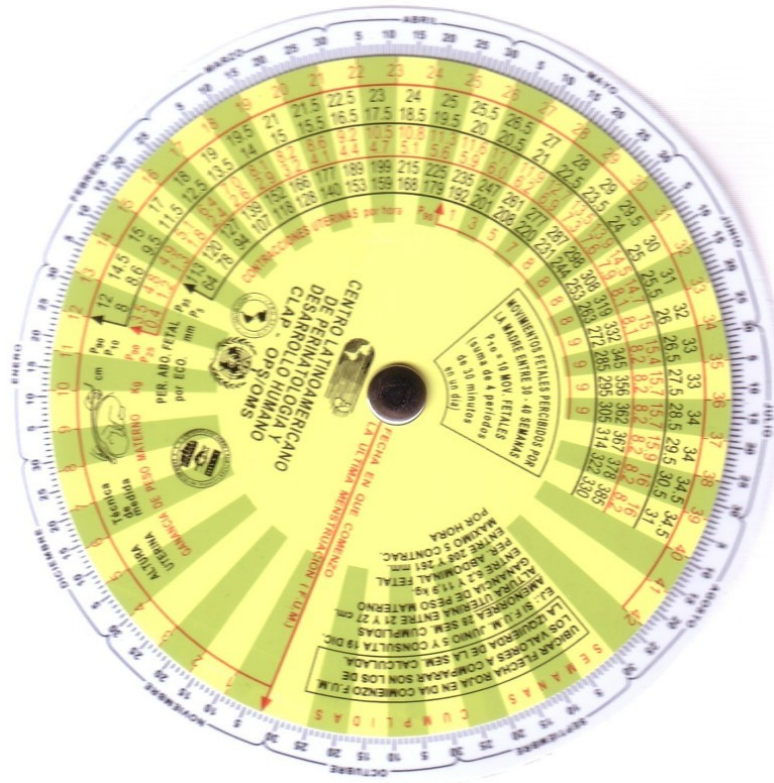
- Identificación
- Antecedentes familiares, personales y obstétricos
- Gestación actual
- Parto o aborto
- Enfermedades durante el embarazo
- Puerperio
- Egreso materno
- Recién nacido
- Enfermedades del recién nacido
- Egreso del recién nacido
- Anticoncepción

PLAN DE PARTO

“Ver Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto, MINSAL, 2011. Pág. 7”

OBJETIVOS DEL PLAN DE PARTO

Gráfico II: GESTOGRAMA



Es una herramienta gráfica formada por dos discos sobrepuestos, que permite calcular a partir de la fecha de la última regla (FUR), la fecha probable del parto (FPP) y la edad gestacional en los diferentes controles.

Para hallar la edad gestacional, se gira un disco sobre otro haciendo coincidir la flecha roja del primer día de la FUR con la fecha correspondiente al día de la consulta. Al ubicar la semana cuarenta se obtiene la fecha probable de parto (FPP).

IMPORTANTE:

Si no se cuenta con gestograma o calendario obstétrico la fecha probable de parto se puede determinar mediante el uso de una de las siguientes reglas:

Naegle: al primer día de la FUR agrega siete días y al mes le resta tres.

Pinard: al último día de la FUR agrega diez días y al mes le resta tres.

CINTA OBSTÉTRICA

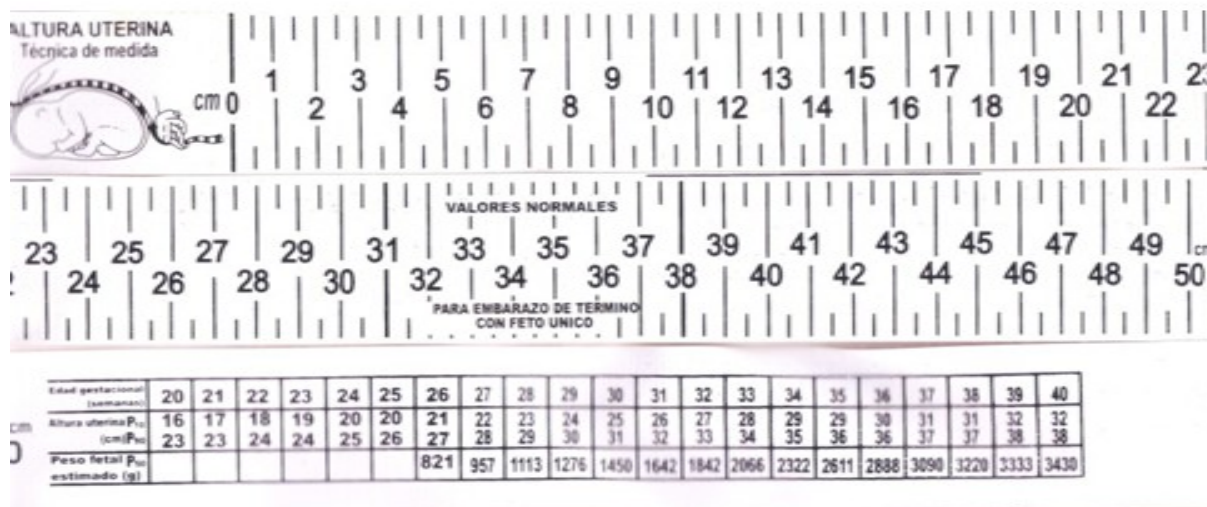
La cinta obstétrica cuenta con parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten vigilar el crecimiento fetal relacionándolo con la edad gestacional en semanas, altura uterina en centímetros y el peso fetal estimado en gramos.

Consta de dos caras:

El anverso, de color blanco, contiene:

- El dibujo que ilustra la técnica de medición con valores máximo y mínimo normales de la altura uterina en centímetros (AU) en función a la edad gestacional.
- La cinta métrica en la que se destacan entre dos barras negras gruesas, los valores normales de AU para un embarazo a término con feto único.
- Además posee valores de percentiles que oscilan entre los percentiles diez y noventa que relacionan la edad gestacional, altura uterina y el peso fetal.

GRÁFICO III: CINTA OBSTÉTRICA



El reverso, de color amarillo contiene:

- Los valores mínimos y máximos normales para cada edad gestacional (a partir de la semana trece hasta la semana cuarenta) de la altura uterina (en cm), ganancia de peso materno (en kg) y el peso fetal (en kg).
- Recomendaciones a tomarse en cuenta durante el embarazo en torno a sífilis, bacteriuria asintomático, grupo sanguíneo y factor Rh e hipertensiones inducidas por el embarazo.
- Además recuerda indicar y proveer hierro y folatos, vacuna, fomentar el no fumar y proporcionar una atención de calidad.

ATENCIÓN: Las siguientes son intervenciones probadamente efectivas que deben ser indicadas durante el embarazo a TODAS las mujeres. En el sitio del CLAP encontrará la actualización de estas intervenciones www.clap.ops-oms.org	RECUERDE INVESTIGAR: SÍFILIS. Solicite VDRL o RPR en la primera consulta. Si es (+) confirme por FTA ABS y/o trate con penicilina benzatínica 2.4 millones de UI IM, única dosis.	BACTERIURIA ASINTOMÁTICA Solicite cultivo de orina o prueba con tira reactiva múltiple en la primera consulta. Ante resultado positivo (cultivo > 100.000 colonias / ml ; tira reactiva positiva ++) indicar antibióticos.	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH Mujeres Rh(-) Coombs (-), con recién nacidos (+) deben recibir 300 mcg de gamaglobulina anti D en las primeras 72 hs. Postparto y durante el embarazo si han sufrido hemorragias, traumatismos o punción amniótica.
PRE-ECLAMPSIA Mida presión arterial en todas las consultas. 140 mmHg de sistólica o 90 de diastólica en dos determinaciones sucesivas son valores anormales. Busque proteinuria. En las primeras y en todas las consultas luego de las 20 semanas.	RECUERDE INDICAR Y PROVEER: HIERRRO Y FOLATOS A pacientes y poblaciones carentes de: Una tableta de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de folato una o dos veces / día durante TODO el embarazo.	VACUNA ANTITETANICA: Dos dosis separadas por al menos un mes (salvo evidencia de inmunización vigente).	UNA BUENA CALIDAD DE ATENCIÓN INCLUYE: Ser amable en el trato. Respetar el derecho de las mujeres a participar en la toma de decisiones sobre su salud. Informar de los beneficios y potenciales perjuicios de las prácticas que indique.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano - CLAP - OPS/OMS
 USAID DEL REINO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano - CLAP - OPS/OMS



Para realizar la medición, coloque el cero de la cinta en la sínfisis del pubis y deslice la cinta entre los dedos índice y medio llevándola hasta el fondo del útero, donde hará la lectura correspondiente.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL

MEDICIÓN DE PESO

GENERALIDADES

El estado de salud de una persona puede reflejarse por su peso. Forma parte de una medición rutinaria durante una consulta de una persona.

En una embarazada este registro constituye un elemento fundamental, ya que en este período la demanda de crecimiento fetal se traduce en un aumento progresivo del peso. Este incremento es aproximadamente de 10 -13 Kg para mujeres de peso y talla media, para lo cual debe conocerse el peso basal de la mujer.

El aumento o ganancia de peso durante el embarazo se correlaciona significativamente con el peso del recién nacido, por ello, un aumento inadecuado del peso materno tendrá un efecto directo sobre el peso del recién nacido.

El control del peso materno debe iniciarse en la primera consulta y seguir a lo largo de todo el embarazo, esto permitirá vigilar y evaluar en cada control la ganancia o déficit de peso, dando la posibilidad de corregirlo oportunamente y adecuarlo a lo más aceptable posible.

Realizar la valoración del peso desde la primera consulta permite:

- Planificar cuál debe ser la ganancia de peso óptimo.
- Calcular los requerimientos energéticos.
- Planificar la consejería con la usuaria.

MEDICIÓN DE TALLA

GENERALIDADES

La talla es un parámetro para evaluar el estado nutricional de los individuos, la salud, las condiciones económicas y sociales de un país. Es un indicador pronóstico que permite beneficiar al usuario/a de un diagnóstico y tratamiento oportuno. Esta medida debe relacionarse con peso y edad.

La talla es un método de bajo costo aplicable en todo el mundo; ya que permite seleccionar a los individuos, familia y comunidades orientadas a mejorar la nutrición, la salud y por lo tanto la supervivencia.

Existen errores inherentes a la aplicación de la técnica relacionados al personal que realiza el procedimiento y al equipo utilizado; según estudios han evidenciado que el 61% de los recursos no orienta a la usuaria a retirarse los zapatos, el 37% no cuenta con personal auxiliar para realizar el procedimiento y el 20% no utiliza tallímetro adecuado.

Procedimiento de control de peso y talla

Definición: Es la serie de maniobras para cuantificar la masa corporal en gramos y la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo.

Objetivo:

- Conocer peso y talla del cuerpo humano.
- Relacionarlo con las medidas normales.
- Ayudar al diagnóstico y tratamiento de la usuaria.
- Seguir el curso de la enfermedad de la usuaria.

Recomendaciones:

- Cerciorarse que la báscula y el tallimetro se encuentran en buen estado y bien nivelados antes y después de procedimientos.
- Realizar procedimiento con el mínimo de ropa en la usuaria y sin zapatos.
- Cubrir la báscula con papel periódico.
- Cerciorarse que la usuaria no tiene problemas de equilibrio.
- Si la usuaria es muy obesa, verifique antes la capacidad de la báscula.

Equipo:

- 1 bascula graduada en libras o kilos.
- 1 tallimetro.
- Lápiz, papel y libreta.
- Papel para proteger bascula.
- Expediente.

Ejecución:

Pasos	Fundamentación Científica
1. Reunir el equipo necesario.	
2. Identificar a la usuaria y orientarla acerca del procedimiento.	
3. Colocar papel en báscula.	Aísla superficie contaminada de la piel de la usuaria.
4. Ajustar la báscula. (observar que esté nivelada).	Evita cualquier error que pudiera dar en las cifras obtenidas.
5. Verificar el mínimo de ropa y sin calzado.	Evita cualquier desviación en las cifras obtenidas.
6. Ayudar a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado, es decir, con los talones y las escapulas en contacto con el tallimetro y la cabeza recta.	Proporciona mayor seguridad a la usuaria.
7. Mover las barras de la báscula en	El equilibrio no permite el sesgo en las

Kilogramos o libras, hasta encontrar peso.	cifras obtenidas.
8. Colocar la ranura horizontal del tallímetro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que las dos ramas del tallímetro formen ángulo recto.	La barra en ángulo recto proporciona la lectura correcta.
9. Comprobar que la usuaria está en equilibrio.	
10. Hacer la lectura de la talla en cms o mts.	La estatura promedio varía de una raza o región de origen.
11. Bajar la rama del tallímetro y ayudar a bajar a la usuaria.	Proporciona mayor seguridad a la usuaria y la protege de accidentes.
12. Dejar bascula nivelada.	
13. Dejar a usuaria cómoda.	
14. Retirar descartar el papel periódico.	
15. Hacer anotaciones en hoja de registro correspondiente.	El registro ayuda a llevar la evolución de la usuaria.

Fuente: Fundamentos de enfermería tomo II, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pág. 246-247.

CÁLCULO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

GENERALIDADES

El índice de Masa Corporal mide los cambios en el estado nutricional de la mujer embarazada a través de la curva de ganancia de peso en cuatro categorías a la usuaria, según la condición: obesidad, sobrepeso, normal y bajo peso, en relación a las semanas de gestación; lo que incide en el crecimiento fetal.

El IMC se calcula de la siguiente manera: $IMC = \text{Peso en kilos} / \text{talla en metros al cuadrado}$ como se detalla a continuación: $\text{Formula } IMC = (kg) / (\text{talla en m})^2$.

El índice de masa corporal permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso. La variación esperada del peso durante la gestación oscila entre 6 kg (en el caso de embarazadas con obesidad) y 18 Kg (en el caso de embarazadas con bajo peso). El aumento de peso máximo se produce entre las doce a veinticuatro semanas de gestación.

Estos datos deben registrarse en la Historia Clínica Perinatal del expediente y del carné materno perinatal de la usuaria.

OBJETIVO

Graficar e interpretar según el resultado de los datos obtenidos y brindar la consejería nutricional oportuna refiriendo al nutricionista si lo precisa.

EQUIPO:

- Lápiz o lapicero
- Papel para anotar
- Expediente de la usuaria
- Calculadora
- Tabla de clasificación de IMC

TABLA IX. CALCULO DE INDICE DE MASA CORPORAL

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Orientar a la embarazada a que espere el resultado	Disminuye la ansiedad y facilitar la colaboración de la usuaria
2. Aplicar la fórmula para valorar IMC	Para obtener dato correcto
3. Graficar el dato obtenido. • Ubique el peso en el color correspondiente según semanas de amenorrea. • Haga coincidir ambos valores y marque donde corresponda, posteriormente una los puntos en forma secuencial.	Representar gráficamente el IMC, para identificar variaciones en la ganancia de peso
4. Interpretar el resultado clasificando el caso: bajo peso, normal, sobrepeso, obeso.	Conocer la condición de peso de la usuaria
5. Orientar a la usuaria sobre el resultado obtenido y proporcione consejería según sea necesario.	Que la usuaria conozca su IMC y aplique medidas según condición

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2012.

MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL GENERALIDADES

La tensión arterial (T. A.) es la fuerza que ejerce la sangre bombeada a presión del corazón sobre las paredes de una arteria. La presión sistólica es la presión máxima sobre las paredes de las arterias que se produce en el momento de eyección de la sangre hacia la aorta por la fuerza de la contracción de los ventrículos del corazón; la diastólica es la presión ejercida en las paredes de las arterias por los ventrículos en reposo.

Ambas presiones se miden en milímetros de mercurio por medio de un esfigmomanómetro.

Existen algunos factores que modifican la tensión arterial, entre ellos:

- **Edad:** los recién nacidos tienen una presión menor que los adultos.
- **Ejercicio:** la actividad física aumenta el gasto cardíaco y por tanto la tensión arterial.
- **Estrés:** la estimulación del sistema nervioso simpático aumenta el gasto cardíaco y provoca una vasoconstricción arteriolar de manera que altera la tensión arterial.
- **Obesidad:** la tensión arterial es notablemente más elevada en personas obesa o con sobre peso.
- **Condiciones ambientales extremas:** la exposición al frío incrementa la tensión arterial y el calor extremo la disminuye.

En condiciones normales no existen variaciones importantes en las cifras de la T.A., durante el embarazo a excepción de una ligera disminución que sucede durante las semanas veintiocho a treinta y cuatro debido a la disminución en la resistencia periférica que ocasiona el mayor desarrollo de la “fístula arterio-venosa fetal”

La T.A. es el parámetro más importante y frecuentemente afectado en estado patológico durante el embarazo, por este motivo, es básico su medición en cada uno de los controles prenatales, se deberá vigilar y evaluar que la T. A. no se eleve arriba de 15 mm/Hg en las cifras diastólica y 30 mm/Hg en la sistólica a partir de la T. A. basal. La toma, de ser posible, debe hacerse con el mismo tensiómetro, después de un tiempo prudencial de reposo (de quince a veinte minutos) y en posición sentada, preferiblemente en lado izquierdo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración física es el examen sistemático en orden cefalocaudal que se realiza a la mujer embarazada, con énfasis en la condición de la madre y el feto. Este procedimiento proporciona elementos importantes para detectar cambios repentinos o que evolucionan durante el seguimiento de la embarazada. Su aplicación requiere de habilidades y destrezas en el profesional que lo ejecutará. Para ello se utilizan cuatro técnicas semiológicas: inspección (observación), auscultación, palpación y percusión.

- **Cabeza:** el examen debe orientarse a la evaluación del estado del cabello (caída o fragilidad, higiene, presencia de parásitos), la cara (valorar la

presencia de cloasma, palidez, ictericia y muestras de tristeza, ansiedad, tensión, alegría, enojo y cansancio), los ojos (buscar signos de anemia valorando el color de la conjuntiva, observar signos de inflamación y edema de párpados), oído (edema, secreción y problemas de audición) y boca (higiene bucal, caries dental y falta de piezas dentarias).

- **Cuello:** detección de ganglios inflamados e inspección de la glándula tiroides.
- **Tórax:** evaluación de mamas (ver Unidad II) y presencia de cualquier otro hallazgo. Observar el **grado** de higiene, la simetría, movimientos respiratorios, frecuencia cardíaca y presencia de dolor.
- **Extremidades superiores:** valorar edemas y otros hallazgos.
- **Abdomen:** observar integridad de la piel y otros hallazgos. En este momento realizaremos la medición de **altura Uterina** (con la cinta obstétrica descrita anteriormente), las **maniobras de Leopold y la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal** (descritas a continuación).
- **Examen ginecológico:** inspección vaginal y toma de PAP si precisa. (ver Unidad II)
- **Extremidades inferiores:** valorar edemas y varices.

MANIOBRAS DE LEOPOLD:

Es una técnica de diagnóstico que valora situación, posición, presentación y la actitud del feto dentro del útero materno, describiéndose a continuación:

GRÁFICO IV: MANIOBRAS DE LEOPOLD

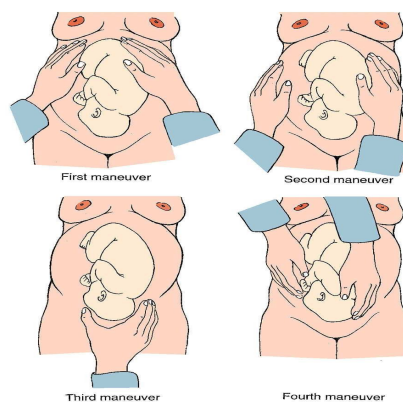


Gráfico IV: Maniobras de Leopold. Fuente: Universidad Metropolitana, Escuela de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Ver en http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/wanda_cordero_nurs_301/Destreza_maniobras_de_leopold.pdf

- **Primera maniobra de Leopold:** con los extremos de los dedos de ambas manos haciendo una leve presión para establecer el polo fetal presente en el fondo del útero. Las nalgas se palpan como un cuerpo nodular voluminoso, mientras que la cabeza es una estructura dura y redondeada con una mayor movilidad. Generalmente se encuentran las nalgas fetales en el fondo del útero, lo cual nos indica una presentación cefálica. Si se confirma que la cabeza está en el fondo se trata de una presentación podálica.
- **Segunda maniobra de Leopold:** colocando las manos en ambos flancos y palpando, se determina la situación y ubicación del dorso fetal. De uno de los lados es posible percibir una estructura dura y resistente, que corresponde a la espalda; del lado opuesto, la palpación revela numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles que corresponden a las extremidades fetales. Si la situación es transversa se palpan los polos fetales (cabeza y nalgas).

Al realizar la **primera y segunda maniobra de Leopold** podemos valorar:

Situación fetal: relación que guarda el eje mayor del feto con el eje de la madre. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

Presentación fetal: parte del feto que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna: cefálica cuando el feto (presenta la cabeza), podálica (presenta las nalgas puras, nalgas y pies, pies o rodillas) y de hombro.

Posición fetal: Se refiere a la relación que adopta el dorso fetal con el de la madre. La más frecuente es la *izquierda*.

- **Tercera maniobra de Leopold:** colocando el pulgar y los dedos de una mano, el examinador pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis, permitiendo palpar el polo fetal. La diferenciación entre la cabeza y las nalgas se establece de acuerdo a lo indicado en la primera maniobra. Si la presentación no se encuentra encajada se percibe una parte libremente móvil, por lo general se tratará de la cabeza fetal.
- **Cuarta maniobra de Leopold:** para realizar esta cuarta maniobra la enfermera/o, se coloca de espalda a la mujer embarazada, mirando hacia sus pies; colocando los extremos de los dedos índice medio y anular de cada mano ejerce una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis, lo que permite evaluar el encajamiento de la presentación de la pelvis.

AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Es la auscultación de los latidos fetales ya sea mediante el fetoscopio, estetoscopio, detector doppler o ecógrafo, para asegurar la vitalidad y el grado de bienestar fetal. De acuerdo a las semanas de gestación así será el equipo a utilizar:

EDAD GESTACIONAL	MÉTODOS
Seis a ocho semanas	Ecografía
Doce semanas	Doppler
Veinte semanas	Estetoscopio obstétrico

La técnica de auscultación consiste en aplicar el estetoscopio perpendicularmente sobre el dorso fetal (localizado previamente a través de las maniobras descritas anteriormente), guiándonos por el hombro fetal, para encontrar el foco de auscultación. La frecuencia cardiaca fetal oscila en condiciones normales entre **ciento veinte y ciento sesenta latidos por minuto**.

Procedimiento de control prenatal (componentes): Ver Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL.

PROCEDIMIENTO APLICACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO. TECNICAS PRITCHARD Y ZUSPAN

GENERALIDADES:

El sulfato de magnesio actúa como un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) al reducir la actividad de acetilcolina liberada por los impulsos nerviosos motrices y, por lo tanto, bloqueando la transmisión neuromuscular. Esta acción reduce la posibilidad de convulsiones, que es la razón por la que se utiliza el sulfato de magnesio en el tratamiento de pre eclampsia. Debido a que el sulfato de magnesio relaja en forma secundaria el músculo liso, puede reducir la presión arterial aunque no sea considerado como antihipertensivo y también puede reducir la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.

Las acciones del sulfato de magnesio son: sedante, anticonvulsionante, depresor del SNC, así como el músculo cardíaco, esquelético y liso. Actúa como vasodilatador y aumenta el flujo sanguíneo renal y del útero. Consiste en la administración del sulfato de magnesio con la finalidad de impregnar y mantener valores de éste en sangre, para reducir la posibilidad de convulsión en la mujer.

OBJETIVO:

- Prevenir y controlar las convulsiones.
- Preservar la mejor condición materna-fetal.

IMPORTANTE:

PARÁMETROS A EVALUAR PREVIO A LA APLICACIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO:

1. Estado de conciencia,
2. Reflejos osteotendinosos,
3. Respiración
4. Diuresis.

PRECAUCIONES:

- ✓ Orientar a la paciente acerca de las reacciones que puede presentar al cumplir el medicamento (nauseas, vómitos, calor, agitación, visión borrosa, sudoración, cefalea, ardor en el lugar de la aplicación).
- ✓ Vigilar signos vitales maternos, estado de conciencia, diuresis, frecuencia respiratoria, reflejos osteotendinosos.
- ✓ Asegurar el cumplimiento de solución endovenosa: 500cc de Hartman, previo al cumplimiento de sulfato de magnesio EV.
- ✓ Cumplir la dosis de impregnación EV en veinte minutos como mínimo.
- ✓ Tomar la tensión arterial antes de que la paciente sea referida a otro nivel de atención.
- ✓ Vigilar el estado y buen funcionamiento de la bomba de infusión, si utiliza el método Zuspan.

- ✓ Asegurarse de cumplirlo previo control médico (que los reflejos no estén abolidos o ausentes, que las respiraciones sean de dieciséis a veinticuatro por minuto, la diuresis 30cc o más c/h)
- ✓ **Disponer del antídoto: una ampolla de gluconato de calcio y diluirla en 10cc de agua bidestilada, en caso de presentar signos de intoxicación de sulfato de magnesio** (depresión respiratoria, reflejos abolidos o disminuidos, diuresis menor de 30cc/hora, sudoración, calor, rubor, sensación de pesadez en los miembros, letargia, confusión, paro respiratorio, paro cardiaco).

PRESENTACIÓN: Ampolla de 10cc al 10% y al 50%

TECNICA: METODO PRITCHARD (IM)

IMPREGNACIÓN:

Dosis total de impregnación 14 gramos, así:

- Iniciando con 8cc de sulfato de magnesio al 50% + 12cc de agua bidestilada, EV lento a pasar en veinte minutos (esta dosis es igual a 4 gramos).
- Continuar con una ampolla de sulfato de magnesio al 50% (5 gramos) IM en cada glúteo + 1cc de xilocaina al 2% sin epinefrina, utilizando técnica estrellada (esta dosis es igual a 10 gramos).

DOSIS DE MANTENIMIENTO:

- Una ampolla de sulfato de magnesio al 50% (5 gramos) IM+ 1cc de xilocaina al 2% sin epinefrina en glúteos alternos cada 4 horas, previo control médico.
- Duración de la aplicación del sulfato de magnesio: desde el momento del diagnóstico de preeclampsia grave o eclampsia, hasta veinticuatro horas posterior al parto o a la última convulsión.

EQUIPO EN LA TÉCNICA PRITCHARD:

- Una bandeja estéril conteniendo:
 - Tres escudillas.
 - Diez hisopos grandes.
 - Dos torundas de algodón.
- Gorro y Mascarilla.

- Material y medicamentos:
 - Una jeringa de 20cc.
 - Dos jeringas de 10cc.
 - Dos agujas # 18 (para extraer el medicamento).
 - Dos agujas # 22 larga de punción lumbar para cumplir el sulfato de magnesio IM profundo.
 - Una aguja # 26 para cumplir el sulfato de magnesio EV.
 - Jabón yodado.
 - Agua estéril.
 - Alcohol.
 - Torundas de algodón.
 - Pinza y porta pinza.
 - Esparadrapo, tijera.
 - Guantes limpios.
 - Tres ampollas de sulfato de magnesio.
 - Tres ampollas de agua bidestilada.
 - Ampollas de gluconato de calcio.
 - Frasco de xilocaina al 2% sin epinefrina.
 - Equipo de reanimación.
 - Cánula mayo o en su defecto depresor de lengua.
 - Vasija para el sucio.

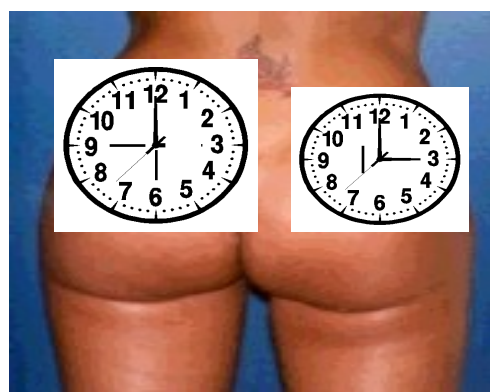
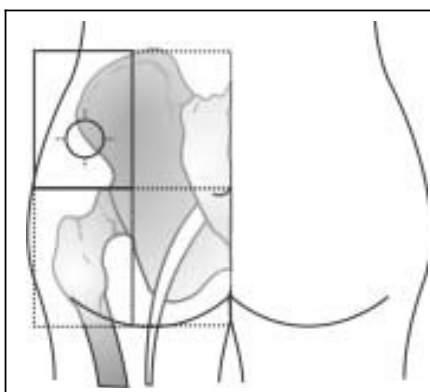
TABLA X: PROCEDIMIENTO APLICACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO CON LA TECNICA PRICHARD

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
1. Verificar grado de conciencia que tiene la paciente.	Contribuye a la orientación y toma de acciones oportunas.
2. Identificar a la usuaria y preséntese si la condición de la paciente lo permite.	Disminuye la ansiedad y aumenta la confianza.
3. Explicar el procedimiento a realizar y responda sus inquietudes, si la condición de la paciente lo permite.	Aclara dudas y favorece la colaboración de la usuaria.
4. Verificar indicación médica en expediente.	Evita complicaciones.
5. Retirarse prendas y lavarse las manos.	Evita infecciones.
6. Colocarse gorro y mascarilla.	Disminuye la transmisión de bacterias provenientes del pelo y boca.
7. Verificar si tiene equipo completo.	El equipo completo ahorra tiempo y energía.
8. Preparar la solución de hidratación 500cc de Hartman y servir en una jeringa de 20cc, 8 cc de sulfato de magnesio + 12 cc de agua bidestilada para la impregnación EV, y utilizando dos jeringas de 10cc servir en cada una, 1 cc de xilocaina al 2% sin epinefrina. + 1 ampolla de sulfato de magnesio al 50% para la dosis IM.	Facilita el procedimiento.
9. Colocarse los guantes limpios.	Evita infecciones nosocomiales.
10. Seleccionar brazo para realizar venopunción (utilice técnica de venopunción).	Facilita el procedimiento.
11. Hidratar a la usuaria con 500 cc. de Lactato de Ringer a infusión rápida.	Evita complicaciones.
12. Administrar la dosis de impregnación endovenoso lento por veinte minutos.	Evita complicaciones
13. Durante la administración del medicamento, observar e interrogar a la paciente sobre efectos adversos.	Evita complicaciones
14. Colocar a la paciente en decúbito lateral y seleccione el cuadrante superior externo del glúteo a utilizar.	Facilita el procedimiento.
15. Realizar asepsia con solución de yodo al 10% y luego con alcohol al 70% desde el centro a la periferia.	Evita infecciones nosocomiales.
16. Introducir la aguja en ángulo de 90°, luego adaptar la jeringa y aspirar, posteriormente introduzca tres cc de sulfato de magnesio.	Facilita el procedimiento

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
17. Extraer la aguja aproximadamente dos terceras partes, dirigirla hacia arriba (12 de las agujas del reloj), Introduciéndola profundamente, aspire e inyecte tres cc. Realizar el mismo paso anterior e inyectar tres cc a nivel de las 9, según las agujas del reloj. Repetir lo mismo e inyecte dos cc a nivel de las 6 según las agujas del reloj, si es en el glúteo izquierdo. Si es el glúteo derecho hacer los mismos pasos solamente que cambia la orientación de las agujas del reloj, ya que se convierte en las 9 según dicha posición.	Evita complicaciones.
18. Extraer la aguja y hacer presión con la torunda de algodón fijándola con esparadrapo. Nunca hacer masaje.	
19. Rotular con esparadrapo la hora, la dosis cumplida y la firma de quien cumple, colocándolo sobre el glúteo.	Facilita la información.
20. Retirarse los guantes	
21. Asegurarse de dejar equipo limpio y ordenado	Ahorra tiempo y energía
22. Registrar las anotaciones de enfermería correspondientes en el expediente clínico.	El registro oportuno, facilita la información.
23. Para cumplir la siguiente dosis, evalúa los siguientes parámetros. • Estado de conciencia. • Reflejos osteotendinosos. • Respiración • Diuresis.	Evita complicaciones.

• Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL. Agosto de 2012.

GRÁFICO V: SITIO DE INYECCIÓN



Fuente: Reyes Hernández, Luis Fernando, Aplicación de inyección intramuscular, Subcutánea e intradérmica, ver en:

http://www.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/curso_mqmg/mqmg/temas2k5/Cap01.pdf

**TABLA XI: PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO
TECNICAS ZUSPAN**

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Verificar grado de conciencia que tiene la paciente.	Contribuye a la orientación y toma de acciones oportunas
2. Identificar a la usuaria y preséntese si la condición de la paciente lo permite.	Disminuye la ansiedad y aumenta la confianza
3. Explicar el procedimiento a realizar y responda sus inquietudes, si la condición de la paciente lo permite.	Aclara dudas y favorece la colaboración de la usuaria
4. Verificar indicación médica en expediente.	Evita complicaciones
5. Lavarse las manos según técnica.	Evita infecciones
6. Colocarse gorro y mascarilla.	Disminuye la transmisión de bacterias provenientes del pelo y la boca
7. Canalizar vena en el miembro superior derecho (de preferencia) con catéter número 18 según técnica, colocando lactato de Ringer en una de las venas a 500 cc. a infusión rápida.	Facilita la hidratación de la paciente.
8. Canalizar otra vena en el mismo miembro y coloque el medicamento preparado de la siguiente manera: - Cuatro ampollas de Sulfato de magnesio, de 5 grs. Al 50% en 1 litro de dextrosa al 5%. - Purgar el medicamento a través del descartable de la bomba de infusión.	Contribuye el tratamiento de la usuaria.
9. Programar la bomba de infusión a pasar 200 ml. de la solución en 20 minutos (dosis de impregnación), luego de 50 a 100 cc por hora (dosis de mantenimiento).	
10. Mantener una ampolla de gluconato de calcio, de preferencia diluida al doble durante el procedimiento.	Sirve como antagonista de la complicación de la aplicación del Sulfato de Magnesio.
11. Dejar cómoda a la usuaria.	Contribuye al bienestar de la misma
12. Dejar el equipo limpio y ordenado.	Ahorra tiempo y energía
13. Identificar sueros con viñeta, colocándole fecha, hora, medicamento, goteo y responsable.	El registro oportuno, facilita la información.
14. Registrar cumplimiento de medicamento en hoja respectiva y de indicación médica.	
15. Lavarse las manos según técnica.	Evita complicaciones.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL. Agosto de 2012.

UNIDAD IV:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PARTO FISIOLÓGICO

CONCEPTO DE PARTO FISIOLÓGICO O NORMAL

Según la OMS, se define **el parto normal** como el trabajo de parto de una gestante sin **factores de riesgo**¹ durante la gestación, que se inicia de forma espontánea, en presentación cefálica, entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica.

Al mismo tiempo, el parto constituye una vivencia única en la vida de la mujer y la pareja. Por eso, la atención hospitalaria debe garantizar las condiciones asistenciales, posturales o ambientales que sean respetuosas con el proceso fisiológico del parto y los deseos de la mujer, a la par que permitan realizar una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal.

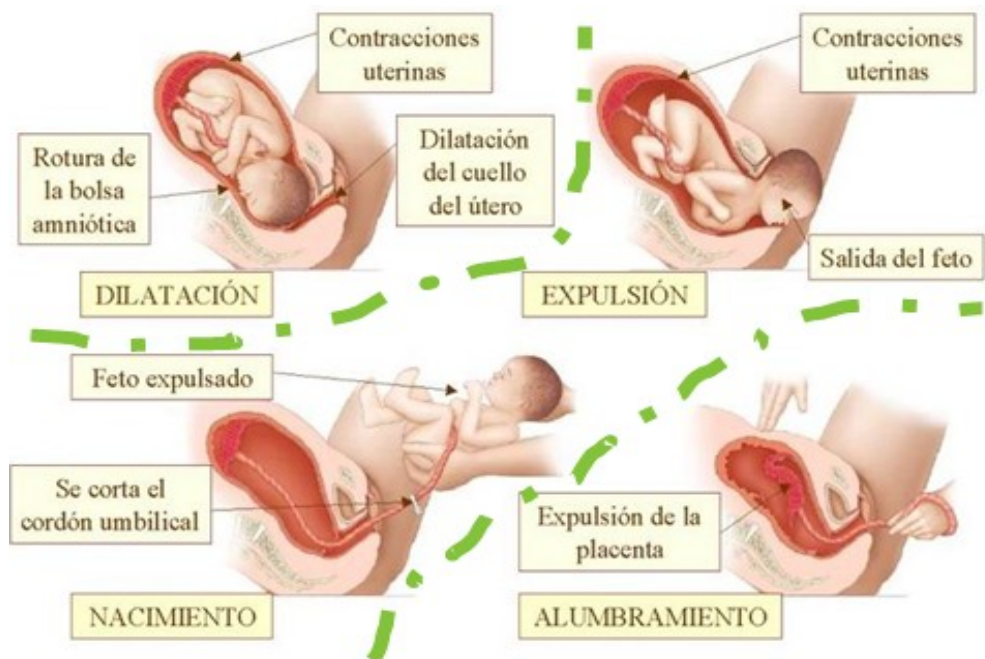
Se considera el parto normal como el único tipo de parto que es susceptible de ser atendido con el máximo respeto a la fisiología del mismo, realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos invasivos. Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este documento pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres.

Consideremos **factores de riesgo** a las edades extremas en la mujer, la paridad, enfermedades añadidas, la falta de educación (analfabetismo o baja escolaridad), mitos perjudiciales arraigados en la cultural, bajo nivel económico, entre otros.

1

Generalmente entre un 70 a 80 % de todas las gestantes se pueden considerar como de “bajo riesgo” al comienzo del parto. (OMS, Ginebra 1996)

Etapas del parto: “Ver Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL. Páginas 22-23”.



Fuente: Etapas del parto. Bebés, embarazo y lactancia. Ver en <http://www.sacaleches.net/etapas-del-parto/>

Los **signos preliminares** del parto pueden ser:

- **Contracciones irregulares:** pueden durar poco rato o continuar durante horas antes de desaparecer o convertirse en las contracciones de parto.
- **Expulsión del tapón mucoso:** flujo vaginal viscoso, a veces sanguinolento.
- **Pérdida de líquido amniótico:** flujo vaginal, provocada por una pequeña rotura de las membranas.

- **Inicio del borramiento y ablandamiento del cérvix:** especialmente en multíparas.

Este conjunto de signos y síntomas se consideran pródromos y tienen lugar días antes de la aparición del trabajo de parto. **Los pródromos no se consideran verdadero trabajo de parto.**

Se considera que una mujer está en proceso de parto cuando presenta contracciones uterinas regulares que provocan la dilatación progresiva del cuello uterino. Es decir, se cumplen estas tres condiciones:

- Hay actividad uterina regular, dos o más contracciones en diez minutos.
- El cuello uterino presenta **signos de maduración** (ablandamiento y borramiento).
- Se ha iniciado la **dilatación cervical**.

TABLA XII. PERIODO Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO

Diagnóstico del periodo y la fase del trabajo del parto		
Signos y Síntomas	Periodo	Fase
Cuello uterino no dilatado	Falso trabajo de parto	Pródromos
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm.	Primer Estadio del Parto	Latente
Cuello uterino dilatado 4-9 cm. Tasa de dilatación 1cm./h Comienzo descenso cabeza fetal	Primer Estadio del Parto	Activa
Cuello uterino dilatado (10 cm.) Continua el descenso fetal No hay deseos de empujar	Segundo Estadio del Parto	Temprana (no expulsiva)
Cuello uterino dilatado (10 cm.) La parte fetal que presenta llega al suelo de la pelvis La mujer tiene deseos de empujar.	Segundo Estadio del Parto	Avanzada (expulsiva)
* El tercer periodo del parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta		

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. 2002.

TABLA XIII. DURACIÓN DE CADA ETAPA DEL PARTO

FASE ACTIVA	DURACIÓN PROMEDIO	
	NULIPARA	PARIDAD ≥ 1

Dilatación	1.2cm/hora	1.5cm/hora
Descenso	1cm/hora	2cm/hora
Segundo periodo	1 hora	1 hora
Tercer periodo	15 a 30 minutos	
Cuarto periodo	Primeras 2 horas después de expulsión de la placenta	

Fuente: Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL. Página 23”.

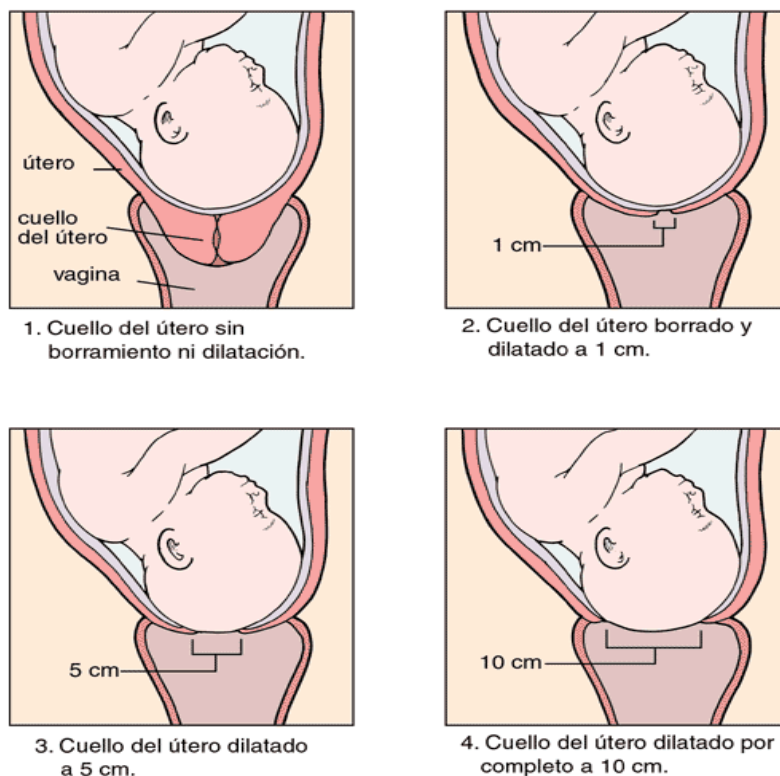
PRIMERA ETAPA DEL PARTO O FASE DE DILATACIÓN

FISIOLOGÍA DE LA PRIMERA ETAPA

Esta primera etapa abarca desde el **comienzo del trabajo de parto verdadero hasta la dilatación cervical completa (10 cm.)**.

Básicamente se presentan dos fenómenos: **borramiento y dilatación del cérvix y descenso de la presentación fetal**.

GRÁFICO VII. BORRAMIENTO Y DILATACIÓN CERVICAL



Fuente: Desarrollado por Phyllis G. Cooper, RN, MN y McKesson Provider Technologies 2005. Disponible en: http://www.healthsolutions.org/McKesson/?event=McKesson&mpage=wha_labor_spa.htm;

Esta primera etapa es la que **mayor duración** tiene. En una paciente nulípara, en la que primero ocurre el borramiento y después la dilatación, suele durar entre diez a quince horas. Mientras que en las mujeres multíparas, al ocurrir ambos fenómenos de manera simultánea, el tiempo se reduce a seis a ocho horas. A continuación se presentan los valores que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) considera como máximos y promedios en las etapas de latencia y la fase activa respectivamente.

TABLA XIV. DURACIÓN DE LA PRIMERA FASE DEL PARTO

DURACIÓN NORMAL	Primíparas	Multíparas
FASE LATENTE (tiempo máximo)	20 horas	14 horas
FASE ACTIVA (promedio dilatación cervical)	1,2 cm/h (6 h aprox.)	1,5 cm/h (5 h aprox.)

Fuente: SEGO. Fundamentos de Obstetricia. Madrid, 2007.

Fase de latencia:

Determinar el inicio del parto no es tarea fácil. Sin embargo es importante diferenciarlo de un falso trabajo de parto ya que, **si el diagnóstico de comienzo del parto se realiza erróneamente, el resultado pueden ser intervenciones innecesarias** como amniotomía o estimulación con oxitocina al tratarlo como un parto prolongado. El criterio más objetivo para determinar el inicio del un parto lo constituye la exploración vaginal.

TABLA XV. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS CONTRACCIONES DEL VERDADERO Y FALSO TRABAJO DE PARTO.

VERDADERO TRABAJO DE PARTO	FALSO TRABAJO DE PARTO
Las contracciones ocurren a intervalos regulares que aumentan en frecuencia e intensidad.	Contracciones irregulares, que no aumentan en frecuencia ni intensidad.
Normalmente producen molestias que comienzan en la espalda y se irradian hacia el	Pueden ser dolorosas. El malestar es principalmente en el abdomen inferior.

abdomen.	
Producen la dilatación del cuello.	No causan modificación cervical.
No disminuyen con la actividad de la madre y no se detienen por los cambios de posición. La intensidad de las contracciones suele aumentar al caminar. El malestar no se interrumpe por la sedación.	Ceden de forma espontánea o con la aplicación de una sedación o de medicación con betamimético. Caminar no tiene efecto o disminuye las contracciones.
Los intervalos entre contracciones se acortan gradualmente. Las contracciones aumentan en duración e intensidad.	Pueden durar poco tiempo o mantenerse horas antes de desaparecer o convertirse en verdadero trabajo de parto.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería MINSAL.

Esta fase se caracteriza por:

- Contracciones poco intensas (duración de quince a treinta segundos), irregulares y escasas (frecuencia cada diez a veinte minutos).
- Modificaciones del cuello uterino: ablandamiento, borramiento y dilatación lenta de cero a tres cm.
- La madre siente que puede tolerar las molestias.

La fase de latencia es la **más lenta**. Como orientación diremos que en las primíparas tiene una duración de seis a ocho horas (a partir de las veinte horas lo consideremos patológico), con una velocidad de dilatación menor a 1cm/hora. Mientras que en las multíparas la duración es de cinco horas (máx. catorce horas), con una velocidad de dilatación menor a 1.5cm/hora.

Las **causas de la prolongación** de este periodo pueden deberse a que la mujer se encontraba en un falso trabajo de parto, se vea afectada por el estrés, haya recibido sedación, analgesia o anestesia regional excesiva o precoz, inmadurez cervical y otras causas desconocidas.

IMPORTANTE:

Si cesan las contracciones, se dice; "que la mujer ha estado en falso trabajo de parto". Únicamente el médico diagnóstica **Fase latente prolongada** cuando, a pesar de que las contracciones continúen los tiempos de dilatación hayan sido:

Nulípara > 20 horas

Multípara > 14 horas

2. Fase activa:

Esta etapa comienza cuando la dilatación está entre tres a cuatro cm (dos a tres cm según la SEGO y cuatro cm según la OMS) y las contracciones uterinas son aptas para producir un avance en el trabajo de parto. Como ya hemos visto, la velocidad de dilatación es muy variable según la paridad. Mientras que en las primigestas puede durar de cuatro a seis horas, (con velocidad de dilatación de 1,2 cm/h), en las multíparas dos a cinco horas (1,2-1,5 cm/h).

Se caracteriza por:

- **Aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones.** Este hecho provoca diferentes grados de malestar en la mujer. Aumenta la ansiedad, y la mujer comienza a dudar de su capacidad para controlar el proceso del parto.
- **Rápida progresión hasta la dilatación completa:** dentro de este periodo se distinguen una **fase aceleratoria** (tres a ocho cm) en la que predomina la dilatación del cérvix y una **fase desacceleratoria** donde se produce el descenso del feto por el canal del parto.

Las sensaciones cambian a medida que el trabajo del parto avanza y la madre puede sentir:

- Inquietud, excitación (no desea que la toquen), confusión,...
- Hiperventilación, hipo.
- Eructos, náuseas y/o vómitos.
- Necesidad de alivio del dolor.
- Calor, sequedad bucal.
- Molestias por la presión que ejerce la cabeza del feto sobre los nervios sacros.
- Necesidad de empujar o sensación de querer defecar.

En este estado la mujer no desea que la toquen, de modo debemos respetarla y aprender a valorar su estado por otros medios.

COMPETENCIAS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

GENERALIDADES

Para la atención del trabajo de parto y el parto se requiere una labor conjunta entre el personal médico y de enfermería. Por lo que las(os) profesionales de enfermería deben desarrollar las competencias para aplicarlas según las necesidades institucionales u orientación médica.

Además el cuidado implica cultivar una actitud empática, siendo conscientes de los aspectos socioculturales de la población a la que atienden. Sólo de esta forma podremos asegurar una atención integral a la mujer y su familia. Al mismo tiempo, es de vital importancia que los profesionales seamos capaces de identificar factores de riesgo y referir o atender eficaz y oportunamente las posibles complicaciones.

EQUIPO BÁSICO

- Estetoscopio, fetoscopio/Doppler.
- Tensiómetro.
- Cinta y disco obstétrico.
- Hoja de partograma y la regla.
- Guantes descartables.
- Lubricante.
- Equipo para aseo vulvar si es necesario.

TABLA XVI: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Preparar el material a utilizar.	Evita pérdida de tiempo, y facilita la exploración.
2. Lavarse las manos.	Evita infecciones.
3. Explicar el procedimiento y presentarse con la usuaria	Disminuye la ansiedad y aumenta la relajación de la usuaria.
4. Realizar maniobras de Leopold y medición de altura uterina.	Esto contribuye a determinar la posición y presentación fetal.
5. Controlar de acuerdo a indicación médica, lo siguiente: • Signos vitales: tensión arterial, pulso.	Contribuye a detectar complicaciones.
6. Controlar cada treinta minutos: • Frecuencia cardíaca fetal según procedimientos establecidos. • Actividad uterina por diez minutos (duración, frecuencia e intensidad.)	Proporciona la evaluación del estado materno fetal y la respuesta a la progresión del trabajo de parto.

TRABAJO DE PARTO	
7. Asistir a la usuaria en la realización de la evaluación vaginal (no más de cinco). - Colocar a la mujer con las piernas flexionadas y abducidas e indicarle que coloque los talones o los pies juntos. - Cubrir a la mujer con una sabana, dejando una zona de acceso al periné. - Pedir a la usuaria que relaje los músculos y las piernas. - Colocarse guante en la mano dominante. - Utilizar la mano enguantada, colocando muñeca recta y el codo ligeramente hacia abajo. Introducir los dedos, índice y medio, bien lubricados de la mano enguantada, en la vagina hasta que toque el cuello. El resto de los dedos deben permanecer cerrados, para evitar la estimulación del clítoris. - Palpar si en el cuello hay una apertura o depresión estimando el diámetro de la depresión, para identificar el grado de dilatación. - Determinar estación del feto. - Determinar estado de las membranas fetales. - Retirar los dedos en forma lineal y con delicadeza y retírese guantes según técnica, depositándolo en el lugar establecido. 8. Dejar a la usuaria cómoda. 9. Registrar hallazgos en hojas correspondientes.	Evaluación pélvica, estación, dilatación, borramiento y estado de membranas. Esta posición permite acceder a la zona vulvar. Se proporciona privacidad a la usuaria. Esta acción reduce la tensión muscular y aumenta la comodidad. Esto evita infecciones nosocomiales. Permite determinar el borramiento y la dilatación. Proporciona información con respecto al descenso del feto y los movimientos cardinales. Valorar la presencia de líquido amniótico. Favorece la comodidad de la usuaria. Esta información proporciona un registro permanente y garantiza una identificación precisa.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2012.

PROCEDIMIENTO DE ASEO VULVAR

GENERALIDADES

Aunque todas las mujeres experimentan cambios fisiológicos durante el trabajo de parto, parto y post parto existen ciertos factores que se combinan para hacer que la experiencia de cada mujer sea única. Desde el punto de vista fisiológico, la duración del trabajo de parto, la paridad, son factores que han de considerarse potenciales para inducir a una infección ascendente, tomando en cuenta que en este periodo hay cambios hormonales y descargas de fluidos que pueden ser cultivos propicios para la colonización de bacterias en la vagina y vulva.

La vulva, labios mayores y menores se caracterizan por estar húmedos permanentemente, lo cual se debe a las secreciones vaginales y de las glándulas cutáneas.

La piel y mucosa poseen numerosas glándulas sudoríparas y sebáceas, los órganos genitales externos están revestidos de estos tejidos; además en ellos se encuentra el meato urinario y glándulas que segregan moco en la vagina de la mujer. Por su naturaleza anatómica y fisiológica, los órganos genitales externos están más expuestos a la proliferación de bacterias.

El aseo vulvar consiste en el lavado cuidadoso de la zona vulvar, que asegura la limpieza y ausencia de complicaciones por contaminación de la zona, neutralizando secreciones del conducto vaginal.

OBJETIVOS

- Prevenir infecciones eliminando secreciones en pre parto y post-parto.
- Fomentar hábitos de higiene para conservar limpia y libre de malos olores el área genital.

PRECAUCIONES

- Usar material estéril.
- Utilizar solución antiséptica.
- Utilizar un pato por usuaria.
- Iniciar limpieza de órganos genitales del monte de Venus hacia el ano.
- Hacer limpieza con agua y jabón abundante.
- Realizar procedimiento con suavidad para evitar lesionar tejidos.
- Utilizar torundas de algodón.
- No descartar torundas en el pato.

EQUIPO

1. Un equipo de aseo vulvar estéril conteniendo:

- Una vasija para solución antiséptica.

- Una pinza
 - Nueve torundas de algodón.
2. Pinza de transferencia.
3. Solución antiséptica
4. Agregar:
- Agua tibia de tiempo
 - Pichel
 - Guantes limpios
 - Biombo.
 - Ahulado.
 - Sabana clínica.
 - Paños o toalla de tela para secado
 - Sabana o toalla sanitaria
 - Bolsa para el sucio
 - Pato
 - Cubre pato

TABLA XVII. PROCEDIMIENTO DE ASEO VULVAR

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
1. Preparar equipo a utilizar.	El equipo completo ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos antes de manipular el material estéril.	Establecer confianza con la usuaria.
3. Cerciorarse de la esterilidad del equipo: confirme fecha de vigencia de la esterilidad. verifique que la cinta testigo este según norma. Compruebe la integridad del paquete (no roto, no remendado, no húmedo, no sucio o manchado reciente).	Esto facilita el procedimiento y permite la colaboración de la usuaria.
4. Colocar el equipo sobre una mesa seca para el procedimiento y abra el paquete con técnica estéril.	Facilita realizar el procedimiento.
5. Preparar equipo conteniendo: torundas de algodón, vasija y pinza y un jabón líquido suave.	Aumenta la confianza de la misma.
6. Saludar, identifique y oriente a la usuaria sobre el procedimiento a realizar.	Aislar la cama para evitar derrame de líquidos y prevenir infecciones.
7. Preguntar a la usuaria si presentaba alguna molestia en la zona perineal-genital y si es alérgica a algún desinfectante o jabón.	Evitar infecciones nosocomiales.
8. Solicitar a la usuaria que se coloque en decúbito supino con las rodillas flexionadas y piernas separadas y cúbrala	Favorece el procedimiento y se mantiene la individualidad de la

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
manteniendo la privacidad.	persona.
9. Colocar el pato bajo los glúteos de la paciente.	Evita mojar el colchón.
10. Realizar lavado de las manos según técnica.	Evita infecciones.
11. Realizar calzado guantes limpios según técnica.	Evita infecciones.
12. Inspeccionar la zona perineal (características de genitales y secreciones).	Facilita la toma de decisiones y reporte oportuno sobre hallazgos.
13. Realizar asepsia desde 10 cm. del abdomen hacia el monte de Venus, de derecha a izquierda, sin regresar, y descarte torunda.	Evita infecciones y contaminación del área limpia.
14. Realizar limpieza horizontal en un muslo desde la ingle hacia fuera utilizando las cuatro caras de la torunda manera descendente y repitió en el otro muslo utilizando una torunda por muslo.	Evita infecciones.
15. Realizar limpieza de labios mayores en forma descendente de arriba hacia abajo, con una torunda por cada labio.	Evita infecciones, realícelo de lo más limpio a lo más sucio.
16. Limpiar un labio menor de arriba hacia abajo en un solo movimiento, y realice el mismo proceso en el otro labio menor con nueva torunda.	Evita infecciones ascendentes.
17. Realizar limpieza de forma circular en introito vaginal con nueva torunda.	Evita infecciones ascendentes
18. Utilizar otra torunda para realizar limpieza perineal con movimientos en zigzag de manera descendente hasta región anal.	Previene el arrastre de microorganismos ascendentes.
19. Retirar el exceso del jabón con agua tibia.	Favorece la limpieza del área.
20. Limpiar y seque el área.	Contribuye al bienestar de la usuaria.
21. Retirar el pato y deja cómoda a la usuaria.	
22. Dejar una sabana o una toalla sanitaria entre las piernas.	
23. Retirarse los guantes y lavarse las manos.	Según Técnica.
24. Documentar en el expediente clínico el procedimiento realizado y los hallazgos.	Esta información proporciona un registro detallado.
25. Dejar el equipo limpio y ordenado.	Contribuye a la duración del equipo y ahorra tiempo y energía.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2012.

PROCEDIMIENTO DE SONDAJE VESICAL EN LA MUJER

GENERALIDADES

Las sondas vesicales permanentes forman parte de un paquete desechable formado por una sonda y una bolsa de drenaje. Se utilizan en el 15% - 25% de los pacientes hospitalizados para monitorizar la salida de orina o para evacuar la vejiga. Este tipo de sondas se colocan en la vejiga a través de la uretra, lo que supone un mayor riesgo asociado a su uso, ya que atraviesa una barrera mecánica de defensa del organismo.

El problema más común asociado al uso de estas sondas son las infecciones del tracto urinario (ITU), otras posibles complicaciones asociadas son: la uretritis, la estenosis uretral, la hematuria, la perforación de la vejiga y la obstrucción de la sonda, que puede bloquear el flujo urinario.

Debido a la importancia de las ITU y al riesgo que conllevan, un componente fundamental en el manejo del paciente con sondaje vesical permanente es la prevención de complicaciones infecciosas, lo que se refleja en los estudios identificados en la revisión preliminar de la literatura. Las intervenciones destinadas a prevenir las infecciones del tracto urinario/bacteriuria asociadas al sondaje se han centrado en prevenir la entrada intraluminal o extraluminal de organismos en el sistema de drenaje urinario, así como la introducción de organismos durante la inserción de la sonda. Las investigaciones han explorado prácticas como la técnica de inserción, el cuidado del meato uretral, el uso de sondas con recubrimiento especial, soluciones de lavado, el uso de sistemas de drenaje sellados y los cambios en las prácticas de cuidados.

Existen dos tipos de sistemas de catéter:

- a. Sistema abierto**
- b. Sistema cerrado**

Con respecto a la ocurrencia de bacteriuria de acuerdo al sistema utilizado se tiene que en caso de sistema abierto ocurre al cuarto día de su uso en prácticamente todos los/las pacientes, en el sistema cerrado esta se presentará alrededor del mes de su uso en la totalidad de los casos. Por tanto, se concluye que el uso de catéter urinario con sistema cerrado retarda el surgimiento de bacteriuria.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo asociados a bacteriuria relacionados a la cateterización urinaria se clasifican en: factores intrínsecos y extrínsecos:

Factores intrínsecos

- Edad avanzada.

- Sexo femenino.
- Enfermedades de base como: diabetes mellitus, insuficiencia renal, inmunodepresión, malformaciones, entre otras.

Factores extrínsecos

- Uso no justificado de catéter.
- Duración del cateterismo.
- Fallas en la colocación y cuidado del catéter.
- Cistoscopia.
- Cirugías urológicas.
- Usos de antibióticos en forma indiscriminada o a dosis inadecuada.

OBJETIVOS

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Preparar a usuaria para intervención quirúrgica.
- Realizar vigilancia y monitoreo de función renal por indicación médica.

El sondaje vesical consiste en la introducción de una sonda en la vejiga urinaria de la usuaria a través de la uretra de manera temporal o permanente con fines diagnósticos y / o terapéuticos.

MATERIAL Y EQUIPO

Un carro conteniendo:

- Equipo de aseo vulvar (según procedimiento)
- Equipo de cateterismo que contenga:
 - Dos vasijas
 - Campo corriente
 - Una pinza Kocher
 - Frasco de vidrio con jalea lubricante estéril, o dosis individual de lubricante
 - Dos torundas de algodón estéril
 - Una gasa estéril
 - Sonda Foley según el caso
 - Jeringa de 10cm.

Equipo adicional

- Bolsa recolectora de orina si es necesario
- Frasco con solución antiséptica
- Guantes estériles

- Biombo si es necesario
- Depósito para el sucio
- Esparadrapo
- Una ampolla de agua bidestilada
- Gorro, mascarilla y gabachón estéril (según norma institucional)
- Lámpara cuello ganso
- Tijera
- Pato o ahulado
- Esparadrapo

TABLA XVIII. PROCEDIMIENTO DE SONDAJE VESICAL

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Saludar e identificar a la usuaria.	Establece confianza con la usuaria.
2. Explicar a la paciente el procedimiento que realizará y pregúntele si es alérgica a algún antiséptico.	Permite la colaboración de la usuaria, alivia los temores, disminuye la ansiedad, la tensión y facilita realizar el procedimiento.
3. Procurar mantener la privacidad de la paciente con biombo, perneras, entre otros.	
4. Colocar a la paciente en posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y piernas separadas y aislar la cama (con pato o ahulado).	Esta medida proporciona mayor comodidad y reduce la exposición de la usuaria.
5. Ajustar la luz o utilice una lámpara si es necesario.	Para visualizar meato urinario.
6. Realizar lavado de manos clínico.	Para prevenir contaminación.
7. Colocarse gorro y mascarilla, según guía.	Evita infecciones cruzadas.
8. Preparar el equipo.	Ahorra tiempo y energía.
9. Realizar aseo vulvar según procedimiento.	Previene infecciones nosocomiales.
10. Abrir el equipo con técnica estéril, el cual ya fue	Evita contaminación.

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
descrito al inicio.	Ahorra tiempo y energía.
11. Servir con técnica estéril: jabón antiséptico en una vasija y en la otra agua estéril, una curación estéril.	
12. Servir en jeringa estéril agua estéril, en la cantidad indicada en la sonda vesical y colóquela entre las dos cubiertas (área no estéril).	
13. Exponer el extremo distal de la sonda vesical estéril y del tubo de la bolsa colectora, adaptarlo sin tocar los bordes. Sostener la sonda del extremo distal, retirarla de la segunda envoltura y déjela dentro del equipo en la parte estéril y la bolsa sin envoltorio sobre la parte interna de la segunda cubierta fuera de la bandeja.	Facilita el procedimiento.
14. Colocarse guantes estériles según técnica.	Prevenir infecciones.
15. Con la mano menos hábil, tomar la curación estéril entre los dedos pulgar y medio colóquela para separar los labios menores haciendo leve tracción hacia arriba para dejar visible el meato urinario.	Facilita el procedimiento.
16. No retire la mano en ningún momento de los labios menores durante todo el procedimiento hasta que introduzca la sonda vesical.	Facilita el procedimiento.
17. Tomar una pinza con torunda de algodón empapada en antiséptico, con la mano hábil.	

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
18. Realizar la asepsia sin ejercer presión ni fricción de manera circular, partiendo del meato hacia la periferia, sin regresar y descarte la torunda en vasija de desechos.	Realizar asepsia para prevenir infecciones.
19. Retirar con una torunda de algodón embebida en agua estéril o solución salina el antiséptico con movimientos circulares del centro a la periferia.	Prevenir infecciones.
20. Descartar la pinza.	
21. Colocar un campo estéril bajo los glúteos de la usuaria.	Se evita contacto con el área contaminada.
22. Tomar la sonda vesical con la mano hábil y enróllese sobre la misma; luego con los dedos índice y pulgar sujetar el extremo proximal y lubríquela.	Facilita la introducción de la sonda y se evita dañar el meato urinario.
23. Introducir la sonda lentamente realizando leve rotación por el meato urinario, hasta que salga orina por el tubo de drenaje e introducir unos 2 a 5	Evita traumatismo en la uretra.

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
cm. más.	
24. Retirar el dedo medio del labio y sostenga la sonda entre el pulgar y el dedo medio manteniéndola fija al meato, llevar la válvula del sistema del balón hasta el pulgar e índice y sujetarlo firmemente entre estos. Tomar con la mano hábil la jeringa, con agua estéril e insufla el balón.	Facilita el procedimiento.
25. Tirar lenta y suavemente de la sonda para corroborar que esta fija.	Evita complicaciones.
26. Fijar la sonda por el punto de unión de la sonda y el tubo colector sobre la parte proximal media del muslo y coloque la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga, sin ponerla en el piso.	Facilita el drenaje de la orina.
27. Retirar pato o ahulado.	Proporcionar confort y comodidad a la usuaria.
28. Proporcionar ayuda a la paciente para ponerse cómoda y orientarla al cuidado del sistema de sondaje.	Facilita la colaboración de la usuaria.
29. Realizar el cuidado posterior del equipo.	Contribuye a la duración del equipo y ahorra tiempo y energía.
30. Retirarse guantes y lavarse las manos según técnica.	Previene infecciones.
31. Realice anotaciones correspondientes.	Esta información proporciona un registro detallado del procedimiento realizado y las reacciones de la usuaria

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2012.

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA, EXPLORACIÓN DE LA MUJER Y DEL FETO EN EL INGRESO DE PARTO

La atención del parto en los establecimientos de la RIISS es responsabilidad del personal médico; en el caso de que por parto inminente o emergencia el parto sea atendido por personal de enfermería, al ingreso se le debe realizar la entrevista y exploración física a la mujer para obtener información de su estado actual y determinar la atención que requiere, anotando los resultados en la historia clínica de la mujer.

IMPORTANTE:

Desde el primer contacto que se tenga con la usuaria, se debe presentar el personal de salud con amabilidad y respeto. Se debe llamar por su nombre a la mujer embarazada, se le explica lo que se va a hacer y el motivo, solicitando su permiso y colaboración, procurando que esté lo más relajada posible. Por último, se le alienta a que pregunte sus dudas con respecto a su situación de salud.

Las(os) profesionales de enfermería deben lavarse las manos adecuadamente antes y después de manipular a cada usuaria.

ANAMNESIS

Cuando se comience a completar la historia clínica de la mujer, verificar la información con el carné prenatal que debe portar, debe prestarse especial interés a:

- ✓ Antecedentes personales, obstétricos y familiares.
- ✓ Alergias.
- ✓ Entorno socio económico, cultura y nivel educativo de la mujer. (INSERTAR NOTA: Es muy útil estar familiarizados con las costumbres, creencias, mitos y religión de los grupos culturales de la comunidad. En cada unidad de atención del parto se valorarán estos aspectos.
- ✓ Estado y control de la gestación actual
- ✓ Análisis de sangre y de orina pertinentes (hemograma, Grupo y Rh, Hepatitis B, VDRL, VIH,...)
- ✓ Factores de riesgos detectados en el embarazo.

MEDICIÓN DE SIGNOS VITALES: esta actividad se encuentra descrita más adelante, en el apartado de “Seguimiento de la progresión de la dilatación”.

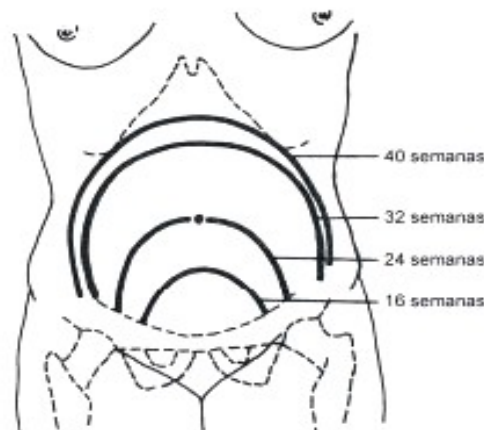
EXPLORACIÓN ABDOMINAL

Valoraremos la:

- Inspección de cicatrices previas.
- Medición de la altura uterina.
- Maniobras de Leopold (**Descritas en Unidad III**).
- Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina (esta actividad se encuentra descrita más adelante, en el apartado de “Seguimiento de la progresión de la dilatación”).

MEDICIÓN DE LA ALTURA UTERINA: (Ver cinta obstétrica Unidad III)

GRÁFICO VIII: ESQUEMA DE LA ALTURA UTERINA



Fuente: Ginecología y obstetricia,
Tomo I, 1984.

La medición se realiza con la madre en decúbito dorsal, colocando el extremo inicial de la cinta métrica en el borde superior de la sínfisis del pubis y midiendo hasta el punto donde se ubica el fondo uterino. La medida que obtenemos se compara con la curva de altura uterina en función de la edad gestacional.

Esta técnica puede hacer sospechar de alteraciones en el crecimiento fetal debido a alteraciones en el volumen del líquido amniótico, macrosomía fetal, retraso de crecimiento intrauterino, cromosomías o bien descartar un cálculo erróneo de la edad gestacional o un embarazo gemelar.

EXPLORACIÓN GENITAL

Consiste en:

- **Inspección de los genitales externos**, detectando la presencia de lesiones y verrugas y observando las secreciones (olor, color y cantidad).
- **Exploración vaginal** (descrita en el apartado de “Seguimiento de la progresión de la dilatación”).

IMPORTANTE:

Antes de realizar el tacto vaginal se tiene que conocer la localización de la placenta, ya que NO puede realizarse un tacto en presencia de placenta previa.

VALORACIÓN DE RIESGOS Y DEL INGRESO

Los factores de riesgo obstétricos se encuentran definidos y se debe indagar sobre la presencia de cefalea intensa, visión borrosa, dolor abdominal, sangrado vaginal abundante, contracciones intensas con deseos de pujar, rotura de la bolsa amniótica, entre otros.

Una vez valorado el riesgo, si la gestante no se encuentra en fase activa de parto, puede marcharse a su domicilio o al hogar de espera materna si así lo desea y si el médico lo considera oportuno.

Si la gestante se encuentra en fase activa de parto pasa a la sala de ginecoobstetricia o partos dependiendo su condición.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ENCAMINADOS A SATISFACER LAS NECESIDADES FÍSICAS Y EMOCIONALES DE LA MUJER DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN.

Para crear un ambiente psicoafectivo óptimo, el entorno hospitalario debe permitir la manifestación de sentimientos, emociones e inquietudes que eviten estados de ansiedad. Las situaciones estresantes se asocian a secreción de adrenalina, que interfiere considerablemente con **la segregación de oxitocina endógena, hormona que provoca las contracciones uterinas.**

Por este hecho, el rol de enfermería se orienta hacia:

- Favorecer un clima de **confianza, seguridad e intimidad**, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. *Por ejemplo*, si no se cuenta con una habitación privada, colocar biombos o cubrirla.
- Establecer una comunicación eficaz con la parturienta y su familia. El personal de salud debe presentarse, dirigiéndose a la usuaria por su nombre de manera amable y respetuosa. Debe hablarse con calma, mirando a los ojos, escuchando atentamente las repuestas de la embarazada y dejando tiempo para que manifieste sus dudas y preocupaciones. Además, debe explicarse a la embarazada todos los procedimientos, fomentando su participación en cada una de ellos. En casos de barreras idiomáticas intentar expresarse con gestos o imágenes.
- Asegurar el protagonismo de la mujer en el parto. El empoderamiento de las mujeres pasa porque recuperen el control de su cuerpo en el proceso del parto. Por ejemplo, la mujer puede cronometrarse ella misma las contracciones e informar cuando la actividad uterina disminuya o aumente. También debe conocer y avisar ante los signos de alerta (presencia de sangrado, salida brusca de líquido por la vagina, que el bebé no se le mueva).

En caso de que se haya decidido intervenir sobre la evolución del parto (estimulación con oxitocina, amniorrexis artificial o monitorización continua),

debe hacerse partícipes a la gestante y su acompañante en la toma de esta decisión, solicitando así mismo la autorización.

- Tratar de proporcionar siempre un **ambiente relajante**. Se recomiendan ejercicios de respiración, masajes relajantes (ejercer presión sobre el sacro, frotar rítmica y suavemente el abdomen. También se puede usar compresas calientes en los puntos dolorosos) y si es posible música ambiental o una ducha caliente.
- Asegurar una **aportación hídrica y calórica** adecuada durante el parto, sobre todo en procesos prolongados. Animaremos a la mujer a tomar líquidos (la administración de líquidos por vía endovenosa se reservará para los casos en que no sea posible la vía oral), como agua o infusiones para evitar la sensación de malestar y sequedad. Si la mujer lo desea y este indicado, puede comer (evitaremos los lácteos por su lenta digestión).

IMPORTANTE:

Los enemas y el rasurado no se deben seguir usando porque aumentan el riesgo de contaminación y consecuente infección de la madre y/o el feto. Además se supone que estimulan las contracciones uterinas.

- Por último, favorecer la **micción espontánea** cada una a dos horas. El sondaje vesical sólo se debe practicar si fuera necesario.

EXPLORACIÓN VAGINAL:

El tacto vaginal es útil para conocer las características del cérvix y de la pelvis, así como para **determinar el inicio del trabajo de parto**.

La exploración vaginal se ejecuta después que la mujer ha miccionado, para ello:

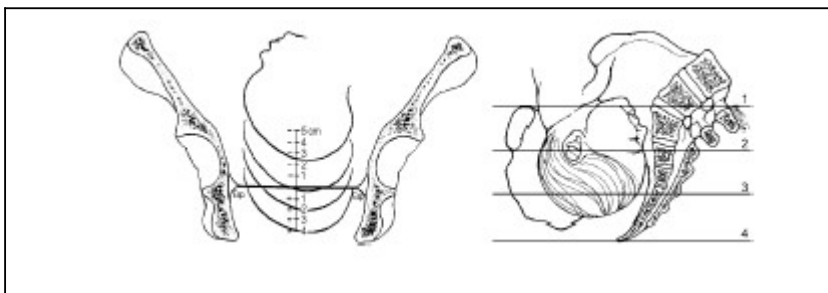
- Se coloca en posición ginecológica o de litotomía guardando siempre su privacidad y pudor.
- Se efectúa una limpieza previa de los genitales y el periné y se usarán guantes estériles, con lubricante si fuera necesario.
- Antes de realizar el tacto vaginal tiene que conocerse la localización de la placenta, ya que **NO puede realizarse un tacto en presencia de placenta previa**, ya que puede producir hemorragia y facilitar su desprendimiento.
- **Tampoco** se debe realizar exploración **cuando exista sangrado vaginal**. En este caso debe utilizarse un espéculo para valorar la situación.

En cada exploración debe valorarse:

1. Progresión de la dilatación: la situación, consistencia, longitud y dilatación del cérvix.
2. Descenso de la cabeza fetal a medida que progresa la dilatación: la actitud, posición y altura de la presentación.
3. Integridad o no de la bolsa de las aguas.
4. Características de la pelvis materna.

Se evalúa el **descenso** relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta, con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre. Se mide en planos de Hodge o en estaciones de Lee.

GRÁFICO IX. PLANOS DE HODGE.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud; 2002

La **posición y rotación** de la cabeza fetal se evalúa palpando el punto guía de la presentación mediante un tacto vaginal. Lo común es encontrar la cabeza fetal encajada en la pelvis de la madre en una **posición occípito-transversa**, es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna. Al descender la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda junto a la parte anterior de la pelvis materna, es decir en **posición occípito anterior**.

GRÁFICO X

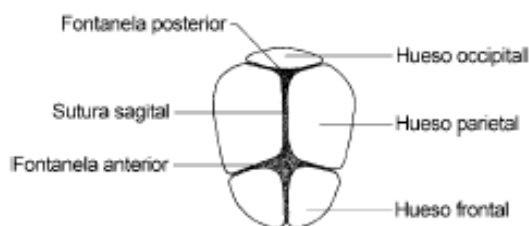


Gráfico X: Posición occípito anterior u occípito púlica. Fuente: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones. 2002.

GRÁFICO XI

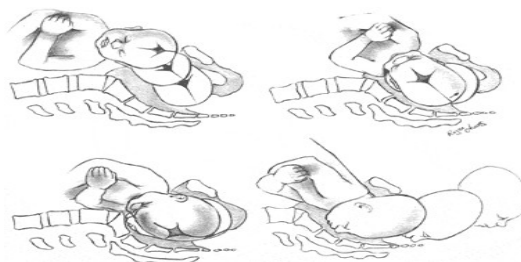


Gráfico XI: Rotación de la cabeza fetal, por un parto esperado, la pelvis en colores, agosto 2009. Ver en: <http://porunpartorespetado.espacioblog.com/post/2008/08/10/la-pelvis-colores>.

Otra característica de una presentación normal es un **vértice bien flexionado**, con el occipucio más bajo, en la vagina que el sincipucio.

El resultado de la exploración tiene que ser anotado en el **partograma**. Esto permite detectar anomalías en la progresión normal del parto. No obstante, no debe olvidarse que la exactitud de esta técnica es limitada si no es llevada siempre a cabo por el mismo profesional (Walsh, 2000).

El **número de tactos vaginales** a realizar durante la dilatación, así como el intervalo recomendable entre los mismos, sigue siendo tema de controversia.

Según la OMS: “El número de tactos vaginales debe ser limitado a lo estrictamente necesario durante el primer estadio del parto, generalmente uno cada cuatro horas suele ser suficiente...” “Una progresión lenta tiene que ser un motivo de valoración, NO de intervención”. (OMS, 2002)

Por otro lado, los tactos vaginales suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad, resultando incómodos e incluso dolorosos (Levy V, Chit Ying L., 2002). Además, las exploraciones vaginales siempre conllevan un cierto riesgo de infección, pues introducen microorganismos de la vagina en el canal cervical (Imseis H, Trout W, Gabbe S. 1999).

Por todo ello, se considera importante mantener criterios uniformes para no realizar intervenciones innecesarias. Como afirma la OMS, durante la fase de dilatación generalmente será suficiente con realizar un tacto cada cuatro horas. Únicamente se debe incrementar el número de tactos vaginales cuando exista una indicación para ello; por ejemplo cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones decrece, cuando se prolonga el trabajo de parto, entre otras indicaciones obstétricas.

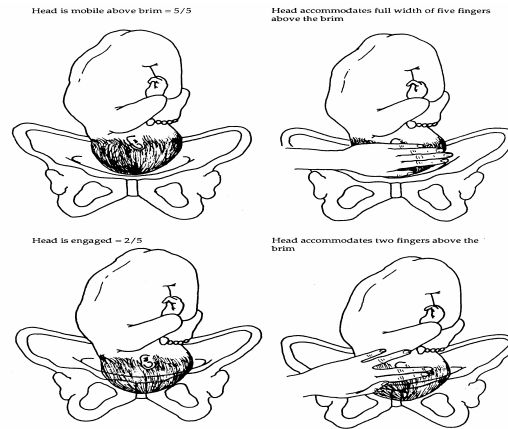
Si el parto progresa con rapidez, el personal experto puede incluso limitar el número de tactos a uno. Idealmente, ese sería el necesario para confirmar el hecho de que existen modificaciones cervicales y establecer objetivamente la fase activa del parto.

Tradicionalmente, y aún en estos días, el tacto vaginal ha sido el método más aceptado para valorar la progresión del trabajo de parto, desplazando a otros métodos menos invasivos. Se exponen **otras técnicas menos invasivas con las que valorar la evolución del parto**, como:

- **La Palpación abdominal:** en este caso se evalúa el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpable por encima de la sínfisis del pubis. De

tal forma que una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable, mientras que una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable.

GRÁFICO XII: TÉCNICA DE PALPACIÓN ABDOMINAL



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud; 2002.

- La interpretación del **comportamiento y los sonidos maternos**, su apariencia y su conducta (Mc Kay S, Roberts J., 1990), así como el **flujo y las secreciones vaginales**.

MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Escuchar la frecuencia cardíaca fetal (FCF) nos permite determinar que el feto está vivo. Se debe monitorear el latido fetal, (se ausculta mejor por el lado donde tiene el dorso), antes, durante y después de una contracción para determinar las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal basal (que es la que se mantiene en reposo, o sea sin influencia de las contracciones).

La relación existente entre bienestar fetal y la frecuencia cardíaca fetal ha sido investigada en diversos estudios, comprobando que el distrés fetal se manifiesta con alteraciones en la frecuencia cardíaca: bradicardia (menos de 110 lat./min), taquicardia (más de 160 lat./min), variabilidad reducida o desaceleraciones.

Existen dos métodos de monitorizar la FCF: **auscultación intermitente y monitorización electrónica continua**.

La **auscultación intermitente** se puede hacer usando un estetoscopio de Pinard o con un aparato doppler manual.

El control del bienestar fetal en mujeres de bajo riesgo obstétrico, cuyo parto se inicia y mantiene de forma espontánea y en las que no se utiliza medicación (oxitocina o anestesia), puede realizarse mediante la auscultación intermitente o con registros. La auscultación se ha de realizar una vez cada treinta minutos durante la fase de dilatación y después de cada contracción en la segunda fase del parto. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno.

Una ventaja de la auscultación intermitente es su simplicidad, bajo costo, además de ofrecer libertad de movimientos a la mujer.

Por su parte, **la monitorización electrónica continua** ofrece una información más exacta de la frecuencia cardíaca fetal. A pesar de esto, su interpretación es difícil. Los trazados son interpretados de manera distinta por los diferentes médicos/as (Cohen et al 1982, Van Geijn 1987, Nielsen et al 1987).

Se ha comprobado que este método proporciona un índice muy alto de falsos positivos, lo que conlleva un número muy elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se utilizan en el grupo de mujeres de bajo riesgo (Curzen et al 1984, Borthen et al 1989). No obstante, en embarazos de alto riesgo o si se detectan anomalías de la FCF (menos de 110 o más de 180 latidos por minuto) la monitorización continua ha demostrado ser útil para descartar sospecha de pérdida de bienestar fetal.

IMPORTANTE:

La monitorización del bienestar fetal es esencial durante el parto. La aparición de distrés fetal, generalmente debido a hipoxia, nunca puede ser totalmente excluida, incluido durante un parto normal. El riesgo de distrés fetal parece ser mayor en la segunda fase del parto y aún más si es un parto prolongado.

Diversos estudios demuestran que no existen diferencias en obtener mejores resultados perinatales, a mediano ni a largo plazo, en los partos normales, con la auscultación intermitente versus a la monitorización continua. Ésta última, a pesar de su utilidad en situaciones especiales, sí ha demostrado un incremento significativo en partos intervenidos y cesáreas.

MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD UTERINA

Para determinar la **actividad uterina** se valoran varios parámetros de las contracciones: el tono, frecuencia, duración e intensidad.

- **Tono:** es la presión más baja que existe entre dos contracciones.
- **Frecuencia:** se refiere al número de contracciones en diez minutos. Durante la fase de dilatación se considera normal la presencia de tres a cinco *contracciones uterinas cada diez minutos*.
- **Duración:** es el tiempo transcurrido desde el inicio hasta el final de una contracción. Pueden durar de veinte a cincuenta segundos, aunque esta duración suele estar subestimado al medirla manualmente, ya que la primera y última parte de la contracción son poco perceptibles.
- **Intensidad:** es la máxima presión alcanzada en una contracción. Cuanto mayor es la intensidad de la contracción, más se endurece la pared uterina.

Se considera que una dinámica uterina es adecuada ***cuando permite la progresión del parto sin efectos adversos en la madre o en el hijo.***

En aquellos casos en que la auscultación se realice de forma intermitente, la valoración de la dinámica podrá ser manual (para ello, el examinador coloca su mano extendida sobre el fondo uterino sin estimularlo, toma el tiempo y palpa la intensidad) y/o mediante registro externo. El control de las contracciones uterinas se realiza por diez minutos cada media hora o antes si es necesario.

CONTROLES DE CONSTANTES VITALES

Es importante realizar y registrar de forma periódica las constantes vitales de la mujer (temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial), además de vigilar la ingesta de líquidos y diuresis (la vejiga llena impide el descenso de la cabeza fetal y provoca incoordinaciones uterinas), valorar el nivel del dolor de la mujer, para realizar una adecuada evaluación del riesgo y detectar posibles problemas.

Un aumento $\geq$ a 140/90 mmhg de la **tensión arterial** puede indicar la necesidad de acelerar el parto o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializado. Una disminución brusca nos alerta de un inminente shock. Una elevación del **pulso** (> 60-90 por minuto) y de la **frecuencia respiratoria** (> dieciséis a veinte por minuto) podrían indicar tensión, infección o deshidratación. La elevación de la **temperatura** nos ayuda a identificar una posible infección, y así poder comenzar un tratamiento temprano y evitar una sepsis, especialmente en caso de un parto prolongado con bolsa rota. Otras veces puede ser señal de deshidratación.

IMPORTANTE:

El pulso y la TA tienen que medirse en periodos intercontráctiles, con la mujer embarazada sentada o acostada en decúbito lateral.

ROTURA DE LA BOLSA AMNIÓTICA

• Amniorrexia espontánea

Después de una amniorrexia espontánea es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical y la altura de la presentación, comprobando que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical.

Además se debe auscultar la FCF y valorar el color del líquido amniótico.

• Amniotomía electiva

La amniotomía electiva se considera una medida para acelerar el parto, es de indicación por el personal médico, ya que estimula la frecuencia de las contracciones uterinas y acelera el descenso de la presentación. Antes de realizar la amniotomía se debe monitorear el latido fetal y la cabeza debe estar bien encajada en la pelvis de la madre, con el fin de evitar un prolapso del cordón.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que NO es preciso realizar una amniorrexia artificial si la progresión del parto es adecuada. Se debe reservar esta técnica para los casos de falta de progresión del parto y siempre después de haber empleado otras intervenciones no invasivas como son, los cambios de posición y deambulación.

Tras la amniotomía, las contracciones se vuelven más intensas y frecuentes, provocando en la mujer dolor y necesidad de analgesia. Además esta práctica se relaciona con un incremento de las cesáreas y de anomalías en el registro cardiotocográfico (Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daaris M., 1997).

Tanto si se produce una rotura espontánea de las membranas como si se decide practicar una amniorrexia artificial por indicación médica, se debe observar y anotar el **color, cantidad y olor del líquido amniótico**. En principio el color debe ser transparente. Un líquido teñido NO es un signo directo de pérdida de bienestar fetal, pero indica una situación de alerta. Por lo que si se encuentra un líquido teñido leve o moderado se deben realizar controles frecuentes de la FCF. Si el líquido es muy teñido-espeso, el control del bienestar fetal a través de la FCF será continuo. También se estará en situación de alerta ante un líquido sanguinolento. Este sangrado puede simplemente proceder del cuello uterino, o bien puede ser un signo de desprendimiento parcial/total de la placenta o de rotura uterina.

IMPORTANTE:

La decisión de realizar una amniorrexia artificial debe tomarse tras informar a la gestante de los riesgos y beneficios de esta técnica. Esta intervención, que no forma parte del parto fisiológico, se realiza por indicación médica y tiene que reservarse para las mujeres con un progreso anormal del parto y siempre después de que la deambulación no haya sido eficaz.

ESTIMULACIÓN CON OXITOCINA:

Cuando el parto evoluciona con normalidad **NO** tiene que administrarse oxitocina ya que, como toda medicación, tiene sus riesgos. La estimulación con oxitocina implica un incremento en la sensación de dolor por parte de las mujeres, en el riesgo de morbilidad neonatal y en la incidencia de partos instrumentales y de cesáreas (Thornton JG, Lilford RJ, 1994).

Por tanto, al igual que sucede con la amniorrexia, el uso de oxitócicos **se reserva** para los casos en que la dinámica uterina sea insuficiente para asegurar el progreso de la dilatación y/o el descenso de la presentación.

Si el médico decide la administración de oxitocina, se hace siempre por vía endovenosa y en perfusión continua, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata cuando la situación lo requiera. La dosis debe ser la mínima suficiente para conseguir el efecto deseado sin provocar hiperdinamia.

IMPORTANTE:

No es aconsejable que se realice amniotomía y/o administración de oxitocina sintética sin una adecuada justificación, es decir si se ha determinado un enlentecimiento acusado del progreso del parto (estancamiento de cuatro horas).

Como primera opción debe fomentarse la deambulación y proporcionar un ambiente tranquilo donde la mujer pueda relajarse (luces tenues, música, compañía agradable, intimidad). Si no da resultado se debe practicar amniorrexia y pasado un tiempo se recurre a la administración de oxitocina sintética tras haber consensuado con la gestante las medidas que se van a adoptar.

TABLA XIX. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE DE DILATACIÓN

RESUMEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FASE DE DILATACIÓN

- ✓ Mantener Informada a la embarazada y su acompañante sobre la evolución del trabajo de parto.
- ✓ Registrar datos y participar en la elaboración del partograma.
- ✓ Prevenir infecciones mediante la limpieza continua del perineo. Mantener la bata y la cama seca y limpia.
- ✓ Animar a la usuaria a deambular y a realizar cambios de posición.
- ✓ Permitir que adopte la posición más cómoda para ella evitando el decúbito supino.
- ✓ Proporcionar un ambiente agradable que ayude a aliviar las molestias de la mujer.
- ✓ Realizar con ella ejercicios de respiración y relajación.
- ✓ Vigilar el estado de hidratación.
- ✓ Proporcionar dieta y líquidos orales abundantes. Atender la sequedad bucal, humedecer los labios con agua.
- ✓ Colocar venoclisis.
- ✓ Animarla a evacuar la vejiga cada una o dos horas.
- ✓ Realizar vaciado de vejiga si es necesario.
- ✓ Mantener vigilancia continua del estado de la madre y el feto: controlar signos vitales maternos, monitorización del latido fetal y de la dinámica uterina, asistir en la realización de tactos vaginales cuando sea necesario, registrar el color del líquido amniótico y estar pendientes de los signos de peligro.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto de 2012.

REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO: Partograma

El partograma es un instrumento gráfico que se utiliza para registrar y valorar el progreso del parto y facilitar la detección temprana de posibles complicaciones en partos prolongados (agotamiento materno, pérdida de bienestar fetal, rotura uterina, entre otros), su elaboración es de responsabilidad del personal médico, el personal de enfermería participa en dicha elaboración y registra los datos obtenidos de las valoraciones que realiza, con anuencia del médico(a). Algunos partogramas se basan en la comparación de la **curva de dilatación real de la embarazada** (registro de la dilatación en relación con el tiempo de trabajo de parto) con la **curva de alerta** (cuyos valores indican el tiempo que le toma al 90% de los partos llegar a esa dilatación y varían según la paridad, el estado de las membranas o la posición de la paciente) para detectar la prolongación del parto.

El partograma se debe comenzar a utilizar cuando la mujer se halle en la fase activa del trabajo de parto (tres a cuatro cm. de dilatación).

Puede resumirse la información contenida en el partograma en tres puntos:

1. Condición materna (TA, pulso, T°, medicación: oxitocina, analgésicos, antibióticos, hora de la ruptura de las membranas).
2. Condición fetal (FCF, características del líquido amniótico)
3. Evolución del trabajo de parto (descenso, dilatación, dinámica uterina).

IMPORTANTE:

El trabajo de parto es un proceso dinámico y cambiante. De modo que aunque la curva de dilatación real de la embarazada se encuentre en la zona de alerta, tras realizar las intervenciones oportunas puede regresar a los valores comunes con los que cursan el 90% de los partos.

Si el tiempo total de trabajo de parto es menor de cuatro horas, se trata de un parto precipitado que podría presentar complicaciones como desgarros, atonía uterina, retención placentaria entre otros.

Es de vital importancia aplicar lineamientos para el manejo del primer periodo del parto, ello permite garantizar una atención de calidad. Por lo tanto, es importante aplicar manejo de la fase de latencia y fase activa así como la vigilancia fetal intraparto (VFI). **Ver “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”, MINSAL, El Salvador 2011. Pág. 29-37**

SEGUNDA ETAPA DEL PARTO O PERIODO EXPULSIVO

DESCRIPCIÓN DE LA FISIOLÓGÍA DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PARTO: Mecanismos del parto en presentación cefálica

El periodo de expulsión se inicia cuando el cuello uterino tiene una dilatación de diez cm y un borramiento del 100% (total borrado, total dilatado) y termina con el nacimiento.

Esta etapa se **caracteriza** porque:

- La intensidad y duración de las **contracciones** es mayor.
- La mujer siente necesidad de **pujar** por la presión de la cabeza o la bolsa amniótica sobre el recto. (No es frecuente que la mujer sienta necesidad de pujar antes de completar la dilatación, en ese caso se debe tratar de evitar que lo haga). A veces se descontrola y dice no poder más.
- El **periné** empieza a abultarse y adelgazarse.
- Si las **membranas** estaban íntegras, se suelen romper espontáneamente.
- Salida de **secreción** sanguinolenta.
- Se observa la **cabeza del bebé** en la entrada de la vagina.

IMPORTANTE:

NO hay que animar a las madres a empujar antes de que el cuello de la matriz haya alcanzado la **dilatación completa (10cm)**. Pujar antes de tiempo no va a acelerar el parto, al contrario, trae consigo varios efectos perjudiciales:

- El cuello de la matriz puede **desgarrarse o hincharse**, impidiendo la dilatación.
- La madre también puede **dañarse los músculos** y, como resultado, podría tener menos control de la vejiga y del intestino después del parto.
- La madre sólo logrará **cansarse** mucho y el parto será más difícil.

En cuanto a la **duración** de tiempo en esta etapa, debe tener en cuenta que si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa, **NO hay razones que estipulen la duración de la segunda fase del parto**.

Actualmente se considera normal **hasta dos horas en primíparas y hasta una hora en multíparas**. A partir de este tiempo se considera periodo de expulsión prolongado, teniendo en cuenta, sin embargo, que no hay que tener una actitud intervencionista cuando la dinámica uterina es correcta y la tolerancia fetal es buena, sobre todo si la mujer ha recibido anestesia epidural.

En el caso de que existan signos de distrés fetal o la presentación no descendiera en la pelvis de la madre, debe comunicarse con el ginecoobstetra para contemplar la terminación del parto.

El mecanismo de parto consiste en una combinación de movimientos de adaptación del feto al canal, varios de los cuales pueden tener lugar simultáneamente. Dichos movimientos son:

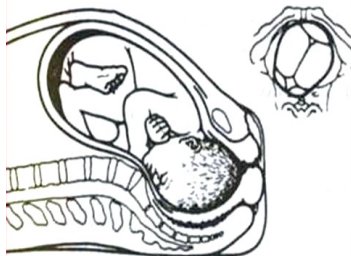
1. Descenso.
2. Flexión.
3. Rotación interna.
4. Extensión.
5. Rotación externa.

Descenso

Es el movimiento del feto a través de la pelvis materna. Ocurre por la influencia de varias fuerzas, como son:

- Presión ejercida por las contracciones del fondo uterino sobre el feto.
- Contracción de los músculos abdominales.
- Presión del líquido amniótico.
- Resistencia del suelo de la pelvis.

GRÁFICO XIII. DESCENSO.

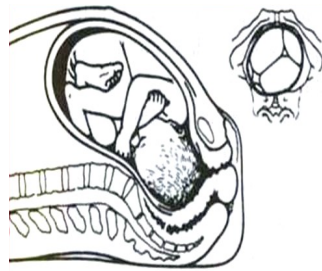


Fuente: Sistema Médico de Actualización Cuautitlan Izcalli.
En <http://smaci.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-parto.html>

Flexión

Ocurre cuando el feto flexiona la cabeza, poniendo el mentón en contacto con el esternón (presentando de esta forma el diámetro suboccipitobregmático que mide aproximadamente 9,5 cm, en lugar del diámetro biparietal), para adaptar su cabeza a los diámetros estrechos de la pelvis materna (como el anteroposterior o conjugado obstétrico, que mide aproximadamente diez cm).

GRÁFICO XIV. FLEXIÓN

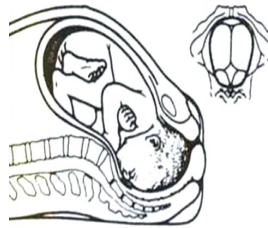


Fuente: Sistema Médico de Actualización Cuautitlán Izcalli.
En <http://smaci.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-parto.html>

Rotación interna

Consiste en que la cabeza del feto realiza un movimiento ubicándose en una posición más anterior, como dirigiéndose a la sínfisis del pubis. De esta manera la cabeza fetal entra en la pelvis en posición transversal o diagonal. La presión del suelo de la pelvis, obliga a la cabeza fetal a realizar este movimiento para poder seguir descendiendo.

GRÁFICO XV. ROTACIÓN INTERNA



Fuente: Sistema Médico de Actualización Cuautitlán Izcalli.
En <http://smaci.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-parto.html>

Extensión

La cabeza pasa bajo el arco sub-púbico y sale por el introito vaginal. Lo primero que sobresale es el occipucio, enseguida la frente, nariz y mentón.

GRÁFICO XVI. EXTENSIÓN



Fuente: Sistema Médico de Actualización Cuautitlán Izcalli.
En <http://smaci.blogspot.com/2011/08/trabajo-de-parto.html>

Rotación externa

Después del nacimiento de la cabeza, ésta permanece en posición anteroposterior solamente por un corto tiempo. Luego la cabeza gira hacia uno de los dos lados (derecha o izquierda) espontáneamente, ubicándose transversalmente mientras los hombros se alinean con el diámetro anteroposterior de la pelvis.

Finalmente nace el hombro anterior seguido por el hombro posterior, para que después salga el resto del cuerpo del bebé.

GRÁFICO XVII. ROTACIÓN EXTERNA



GRÁFICO XVIII: MECANISMO DE PARTO.



Fuente: Klein, S., Miller, S., Thomson, F. **Un libro para parteras: Una guía para comadronas y parteras comunitarias**. EE.UU. 2007

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

GENERALIDADES:

PREPARACIÓN DEL PARTO

En algunos países, a nivel hospitalario la atención del parto se realiza en la misma habitación donde se ha controlado la dilatación. En otros como en nuestro país, existe otra sala específica para atender el período expulsivo. La decisión de trasladar a la embarazada a la sala de expulsión se realiza cuando ya tiene ocho cm de dilatación.

La sala donde va a acontecer el nacimiento debe tener una temperatura agradable, en torno a 24°C, así como un ambiente de higiene, asepsia y tranquilidad adecuado.

PROCEDIMIENTO DE ASISTENCIA AL PARTO ESPONTÁNEO

OBJETIVOS

- Proporcionar cuidados seguros con el fin de lograr madres y recién nacidos sanos.
- Proporcionar el mayor bienestar físico y emocional para la madre y el recién nacido.
- Fomentar el vínculo de apego precoz del recién nacido con su madre.

EQUIPO

El paquete estéril de atención de parto que debe contener:

- Una toalla pequeña para manos (lavado de manos).
- Un gabachón estéril.
- Cuatro campos o sabana hendida.
- Dos sabanas.
- Tres compresas.

El paquete estéril para atención del recién nacido debe contener:

- Tres mantillas.
- Dos hisopos.
- Un gorro.

Instrumental y material quirúrgico:

- Cuna de calor radiante.
- Equipo para asepsia vulvar:
 - Dos vasijas
 - Dos pinzas de anillo.
 - Torundas de algodón.
 - Jabón yodado.
 - Agua estéril.
 - Guantes estériles.
 - Sonda vesical.
- Una vasija grande para placenta.
- Dos valvas.
- Dos pinzas kocher.
- Dos pinzas de anillo.
- Una perilla.
- Una tijera.
- Clamp umbilical.

Además del equipo antes descrito, se debe agregar lo siguiente:

- Oxitócina dos ampollas de 5U.
- Jeringa de 3ml.
- Hojas de registro (descripción del parto vaginal, plantares, clap) contempladas en la normativa vigente.

TABLA XX: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DEL PARTO

ATENCIÓN DEL PARTO	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1. Lavarse las manos.	Esto evita infecciones nosocomiales.
2. Colocarse gorro, mascarilla y zapateras.	
3. Preparar el equipo y material para la atención del parto.	Evita pérdida de tiempo, y facilita la exploración.
4. Explicar a la usuaria en forma cálida y humanizada sobre el proceso.	Disminuye la ansiedad y aumenta la relajación de la usuaria.
5. Ayudar a la usuaria a ubicarse en la mesa ginecológica en posición de litotomía.	Esta posición facilita el procedimiento.
6. Realizar lavado clínico de manos y seque con toalla de un solo uso.	Esto evita infecciones nosocomiales.

ATENCIÓN DEL PARTO	
7. Colocarse bata estéril.	Evita las infecciones
8. Calzarse guantes estériles.	Evita las infecciones
9. Realizar aseo vulvar según técnica.	
10. Colocar campos estériles según orden o sabana hendida.	
11. Sostener con delicadeza el periné a medida que la cabeza del bebé es expulsada (maniobras de Ranger).	Esta intervención evita desgarros.
12. Colocar la otra mano en el introito vaginal para controlar la salida del bebé.	
13. Verificar la presencia de circular de cordón umbilical.	Evita complicaciones en el recién nacido (asfixia).
14. Tomar la cabeza por los parietales con ambas manos traccionar suavemente hacia abajo para liberar el hombro anterior y después hacia arriba para liberar el hombro posterior.	Facilita la salida del recién nacido y evita desgarros en la madre.
15. Verificar hora de nacimiento del R N.	Contribuye a la adaptación del niño al inicio de la respiración.
16. Colocar al bebé sobre el abdomen de la madre, aspire boca nariz si es necesario, seque y estimule.	Favorece el apego precoz, vinculación afectiva de la madre con el recién nacido.
17. Pinzar y cortar el cordón umbilical cuando deje de latir.	Evita las anemias en el recién nacido y aumenta la inmunidad.
18. Evaluar APGAR al minuto y a los cinco minutos (color, tono muscular, frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja).	Esto contribuye a la evaluación del neonato y a la aplicación de medidas correctivas.
19. Abrigar al bebé con un paño seco y colocarle gorro.	Evita la hipotermia del recién nacido.
20. Verificar la no presencia de otro bebé en el útero de la usuaria.	Evita un parto precipitado.
21. Aplicar manejo activo del tercer periodo para evitar hemorragia post parto como se describe a continuación: • Aplique diez unidades de oxitócina intramuscular dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé, antes verifique que no hay otro producto. • Hacer tracción controlada del cordón umbilical. • Realizar masaje uterino.	Contribuye a la contracción uterina, evitando hemorragias posparto.
22. Verificar hora de alumbramiento de la placenta en los siguientes treinta minutos.	Proporciona datos confiables para su registro.
23. Realizar revisión de la placenta con la técnica de la medusa, asegurarse que este completa, y observar otras características.	Favorece a detectar un criterio de riesgo oportuno.
24. Revisar presencia de desgarros en labios mayores, menores, mucosa vaginal, periné y recto.	Evita complicaciones durante el posparto.
25. Realizar limpieza minuciosa a la usuaria.	Contribuye al confort de la usuaria.
26. Colocar toalla sanitaria y sabana clínica (tipo daiper).	Favorece la observación del sangramiento posparto.

ATENCIÓN DEL PARTO	
27. Trasladar a la paciente al carro camilla, previo control de signos vitales, cumplimiento de rutina post parto, corroborar involución uterina, sangramiento transvaginal y micción.	Evita complicaciones a la usuaria.
28. Promover el apego precoz y alojamiento conjunto.	Contribuye a fomentar la lactancia materna y el vínculo madre-hijo.
29. Trasladar la paciente al área de recuperación.	Monitoreo oportuno, para identificar complicaciones en este periodo.
30. Entregar equipo limpio y ordenado.	Ahorra tiempo y energía.
31. Realizar anotaciones precisas y completas y llenado de hojas especiales de la atención a la mujer y al recién nacido.	Esta información proporciona un registro permanente y garantiza una identificación precisa.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería; MINSAL.

Es importante tomar en cuenta los preparativos y el manejo del segundo periodo del parto (expulsivo) según lo descrito en **“Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”**, MINSAL, El Salvador 2011.

DESCRIPCIÓN DE LA PROGRESIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

Durante este periodo se deben seguir las mismas pautas de control de **signos vitales** que durante el periodo de dilatación.

Es importante **controlar que la vejiga no esté distendida** para permitir el descenso de la cabeza fetal y la posterior retracción del útero. Si la mujer no puede orinar espontáneamente, tiene que realizarse un sondaje vesical si el médico lo indica.

También es vital en este periodo velar por el **estado anímico** y la comodidad de la madre.

Si el parto evoluciona normalmente hasta el periodo de expulsión, la **auscultación fetal intermitente** durante y después de la contracción puede ser más práctica que la monitorización electrónica continua.

Se deben realizar las mínimas exploraciones vaginales posibles para valorar la progresión del parto. En la primera exploración se reconfirma que la dilatación cervical es completa y que la capacidad pélvica es suficiente. Asimismo, se determina la posición fetal y el plano de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica está íntegra, y no progresa el periodo de expulsión, se debe realizar una amniotomía, valorando la cantidad y el color del líquido amniótico.

LOS PUJOS

El pujo o reflejo de expulsión se define como el impulso **involuntario** que se desencadena por la compresión que ejerce la cabeza fetal sobre el suelo de la pelvis. La anestesia eperidural puede anular este reflejo. Salvo en esa circunstancia, **no tiene que intervenir para dirigirlos** sino que se debe esperar a que la mujer sienta ganas de empujar.

Según la forma de realizarlos, los pujos pueden ser:

- **Espontáneos o libres:** en los que la mujer empuja cuando siente el impulso de hacerlo, dando con cada contracción entre tres a cinco pujos espiratorios cortos, de no más de cinco a seis segundos, con la glotis abierta.
- **Dirigidos o con maniobra de Valsalva:** pujos continuos y sostenidos. Se le indica que tome aire, lo mantenga con la boca cerrada y empuje de diez a treinta segundos (con la glotis cerrada), respire y vuelva a empujar. Esto se repite tres a cuatro veces con cada contracción.

La evidencia científica sugiere que, aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente este periodo, no confiere ningún beneficio, ya que parece comprometer el intercambio de gas materno-fetal y la integridad del suelo pélvico. Los pujos espontáneos y libres parecen ser mejores.

IMPORTANTE:

Los pujos tienen que evitarse en los casos siguientes:

- ✓ Cuando la dilatación no es completa.
- ✓ Fuera de las contracciones.
- ✓ Cuando se sospeche una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- ✓ Cuando estos esfuerzos supongan algún riesgo añadido para la madre (Cardiopatía, miopatía severa, entre otras enfermedades graves).

LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ

La mejor protección para el periné es **no manipular innecesariamente**.

La **conducta de protección activa** consiste en ejercer presión sobre el periné con una mano, mientras la otra sujeta la cabeza para que ésta salga

suavemente. Además se realiza el manejo activo de la salida de los hombros. Esta práctica es más común en las posiciones litotómicas, que son las que más tienden a desgarrarse.

EXTRACCIÓN DE LA CABEZA

Cuando el vértice flexionado ha llegado a coronar, la salida de la cabeza tiene lugar por deflexión. Este proceso tiene que intentarse que sea **lento** para evitar los desgarros perineales.

Una vez ha salido la cabeza, tiene que comprobarse que no haya alguna **circular de cordón en el cuello**. En el caso de que haya alguna, se debe intentar aflojarla haciendo deslizar el cordón por encima de la cabeza o sobre los hombros. En el caso de que esta maniobra no tenga éxito, será necesario el pinzamiento y sección del cordón antes de la salida de los hombros.

Si el líquido amniótico es meconial, se limpia en este momento las secreciones de la boca y nariz del bebé.

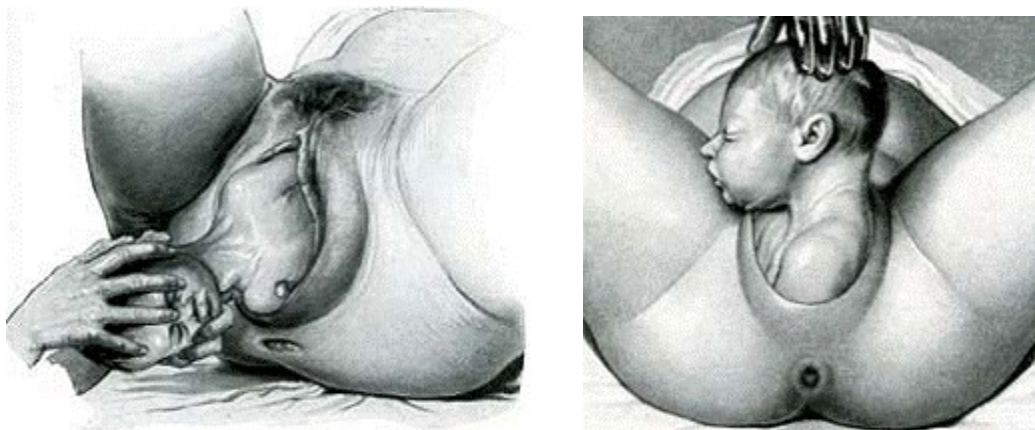
SALIDA DE LOS HOMBROS

Una vez ha salido la cabeza, la rotación externa se debe dejar que tenga lugar de forma espontánea.

Para ayudar a la salida de los hombros en posición litotómica, se debe realizar una tracción suave y continua de la cabeza hacia abajo para liberar el hombro anterior, y después hacia arriba para liberar el hombro posterior.

Esta maniobra tiene que hacerse sin prisas, evitando pujos excesivos y tiene que asociarse con una protección del perineo para evitar desgarros. Una vez han salido los hombros, el resto del cuerpo del bebé sale sin dificultad.

GRÁFICO XIX. SALIDA DE LOS HOMBROS



Fuente: Ceballos, Cristian. Ver en <http://www.monografias.com/trabajos65/parto/parto2.shtml>

Una vez que emerge el recién nacido debe ser colocado sobre el abdomen o pecho materno abrigado, en espera de la expulsión de la placenta.

IMPORTANTE:

- El apoyo psicoemocional a la mujer durante todo el parto es esencial.
- Se debe promover la participación e implicación de la mujer y su acompañante en la toma de decisiones, considerando los aspectos culturales. La madre debe ser la protagonista y llevar el control de su propio parto.
- Un principio fundamental en la asistencia personalizada del parto es estar atento a los requerimientos de la madre, preguntarle qué necesita y satisfacer en forma oportuna sus demandas.
- La observación del bienestar materno-fetal debe ser exhaustivo. Debe controlarse todo lo que va a suceder, anticipándose a futuras complicaciones.
- Recordar que nuestra intervención no siempre es necesaria. Deben respetarse los tiempos del parto, esperando pacientemente los efectos de cada pujo materno. No debe utilizarse de forma rutinaria medicamentos **ni técnicas innecesarias y perjudiciales**.
- Aunque sea un parto fisiológicamente normal, se deben adoptar las máximas medidas de limpieza durante el período expulsivo.

TABLA XXI
Cuidados de enfermería en el segundo periodo del parto

- ✓ Crear un entorno acogedor (temperatura agradable, luz tenue, silencio, privacidad) estimulando la participación activa de la mujer.
- ✓ Evaluar continuamente el estado general de la madre y del feto (constantes vitales, características de las contracciones y eficacia de los pujos, FCF antes, durante y después de cada contracción, progreso del descenso y rotación de la presentación,) para identificar tempranamente la presencia de riesgo y dar una atención oportuna con el equipo médico.
- ✓ Evitar intervenciones injustificadas, asistiendo en la realización de intervenciones menores sólo si es necesario (amniotomía, episiotomía,) explicando claramente el objetivo de cada una de ellas a la madre. Recordar que **la maniobra de Kristeller está prohibida**, por tanto no se debe realizar a ninguna gestante.
- ✓ Preparar el equipo y material necesarios para la atención del parto.
- ✓ Explicarle a la mujer el procedimiento que se le hará. Alentarla a que haga preguntas si las tuviere.
- ✓ Lavarse las manos minuciosamente y secarlas con un paño limpio.
- ✓ Colocarse bata y guantes estériles.
- ✓ Proceder a la limpieza de los genitales, respetando el pudor de la usuaria.
- ✓ Reconocer y respetar el reflejo de expulsión fetal, es decir, no dirigir el pujo.

Fuente: Comité Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Unidad de Enfermería Ministerio de Salud. 2011

TERCERA ETAPA DEL PARTO O FASE DE ALUMBRAMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA FISIOLÓGÍA DE LA TERCERA ETAPA

El periodo de alumbramiento inicia con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta y de las membranas ovulares.

Normalmente el alumbramiento ocurre espontáneamente entre cinco a treinta minutos del nacimiento del bebé, con una pérdida hemática inferior a los 500 ml.

Los signos de desprendimiento de la placenta son:

- Reaparecen las contracciones.
- El fondo uterino se hace globoso y generalmente más duro, se encuentra situado a nivel del ombligo.

- Salida de sangre oscura por la vulva procedente del hematoma placentario; esta sangre puede estar mezclada con líquido amniótico y con sangre roja procedente de desgarros y/o de la episiotomía por la vagina.
- Alargamiento del cordón umbilical.
- Visualización de la placenta en la vagina o comprobación mediante tacto vaginal.

Se verificará el **tipo de presentación de la placenta** que puede ser:

- Tipo Schultze: cuando se presenta la cara fetal.
- Tipo Duncan: cuando se presenta la cara materna.

IMPORTANTE:

Éste es un momento muy especial para los padres, ya que es cuando comienzan a establecer el vínculo paterno-filial. Pero también es el periodo que puede tener **más complicaciones** para la madre.

Por ello, es muy importante la correcta asistencia y vigilancia con el fin de prevenir la hemorragia, la infección y la retención placentaria y, en casos graves, el choque hipovolémico.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

En un embarazo y parto de bajo riesgo se puede optar por dos modelos de actuación: el alumbramiento fisiológico y el manejo activo del alumbramiento.

ALUMBRAMIENTO ESPONTÁNEO O FISIOLÓGICO

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Consiste en mantener una **actitud expectante** durante el alumbramiento. Es decir, esperar pacientemente a que **el cordón umbilical deje de latir²**. Después colocar clip y cortar.

Se debe aprovechar ese lapso de tiempo para facilitar el acercamiento del pezón al recién nacido. Este hecho estimulará la máxima secreción de oxitocina

²Diversos estudios afirman que el pinzamiento tardío facilita la adaptación a la vida extrauterina y que el volumen sanguíneo neonatal es un 50% superior.

En los recién nacido prematuros, el retraso del pinzamiento provoca niveles más altos de hemoglobina y hematocrito, reduciendo la necesidad de transfusiones. (Sánchez Rodríguez, A., Gómez López, A., Pérez Valverde, M.C., Martínez Bienvenido E., 2006)

endógena, indispensable para el establecimiento del vínculo materno y de la retracción uterina.

Cuando se hayan manifestado los signos de desprendimiento placentario mencionados anteriormente (útero contraído, elongación del cordón y pequeña pérdida de sangre) entonces la placenta descenderá espontáneamente a la vagina y la mujer la expulsará con un pujo. Se recoge realizando movimientos de rotación para que las membranas queden enrolladas y no se desgarren.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO (Alumbramiento) ver “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”, MINSAL, El Salvador 2011.

Actualmente la OMS recomienda un **manejo activo del alumbramiento** para prevenir hemorragias postparto, especialmente en mujeres que presentan una anemia importante o alto riesgo de hemorragia (macrosomía, expulsivo prolongado, entre otros).

La pauta más eficaz en el manejo activo consiste en:

En los primeros dos minutos de la salida del bebé y tras corroborar que no hay otro bebé en útero, se administra por indicación médica, diez unidades de oxitocina IM en muslo o glúteo de la paciente. Se ***Intenta esperar a que el cordón deje de latir antes de cortarlo***². Todo lo anterior, previa indicación médica.

Después se espera una contracción uterina y se extrae la placenta con tracción controlada del cordón. Para ello, con una mano se aplica presión sobre la sínfisis del pubis (esta maniobra hace de soporte o contra tracción sobre el útero para prevenir su inversión), mientras que con la otra mano se ejerce tracción continua y hacia abajo del cordón.

Si la placenta no sale después de una tracción, esperar a repetir la maniobra después de otra contracción uterina.

El alumbramiento dirigido también se puede realizar administrando bolos de oxitocina en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si lleva. ***El uso de metergin está contraindicado en mujeres con HTA, pre eclampsia, y eclampsia*** ya que aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

En ambos casos, tras el alumbramiento verificar que el útero esté contraído y se forme el globo de seguridad de Pinard. Si no es así hacer un **masaje uterino** a través del abdomen hasta que se contraiga, valorando la administración de oxitocina sintética.

El masaje uterino se debe repetir (enseñar a la mujer a que se automasajee) cada quince minutos durante las dos primeras horas, asegurándose siempre que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino. Se recomienda lactancia materna precoz para favorecer la contracción del útero.

Después se **limpia** el área perineal y se **revisan** labios mayores, menores, clítoris, mucosa vaginal, cuello cervical, periné y recto. En caso de existir desgarros importantes se suturan. Se debe evitar **suturar** los desgarros de primer grado, valorando la necesidad de suturar los de segundo grado (No es necesario suturar si los bordes unen y después de cinco minutos no sangran. Si la mujer lo prefiere, suturar con puntos de aproximación de bordes).

Los desgarros de tercer grado pueden tener complicaciones serias y deberían, si es posible, ser reparados por un obstetra, para prevenir incontinencia y/o fístulas fecales.

Clasificación de los desgarros:

- 1er grado: lesión de piel perineal.
- 2º grado/episiotomía: mucosa vaginal, tejido conectivo y músculos subyacentes sin afectar al esfínter anal.
- 3er. Grado: Lesión del esfínter anal.
- 4º grado: lesión del esfínter anal y de la mucosa rectal.

IMPORTANTE:

La sutura de los desgarros perineales y/o episiotomía son de responsabilidad del personal médico y supone una situación muy desagradable para la mujer, por lo que debe hacerse con delicadeza y con utilización de anestesia local si lo requiere.

La sutura se realiza confrontando tejidos iguales (mucosa con mucosa vaginal, piel con piel del perineo) y evitando dejar espacios muertos, puntos muy separados, pegados o apretados.

Finalmente, se revisa la placenta, sus membranas y el cordón umbilical para verificar integridad y detectar anomalías. La placenta contiene entre quince a veinte cotiledones, los cuales deben estar completos. Las membranas ovulares están compuestas por el corión y el amnios, se verifica que no falte porción de ellas. El cordón está compuesto por dos arterias y una vena.

Si después de la revisión se tiene dudas sobre la integridad de la placenta o membranas, el médico debe practicar una revisión de la cavidad uterina. Todos los datos significativos se anotarán en la **historia clínica**.

En condiciones normales, el traslado al servicio se hace **sin separar** a la madre de su hijo(a).

Si tras esperar el tiempo oportuno y habiendo estimulado el pezón para promover la eyección de oxitocina endógena y administrado oxitocina sintética, no hay signos de desprendimiento placentario, se considera que la **placenta está retenida**.

El tratamiento es la **extracción manual** de la placenta. El alumbramiento manual se realiza con la parturienta debidamente anestesiada, y en condiciones de asepsia quirúrgica, éste procedimiento debe realizarlo el personal médico.

En el alumbramiento manual aumenta el riesgo de infección y se recomienda el uso profiláctico de antibióticos. También administrar oxitócicos o ergóticos, inmediatamente después del alumbramiento y previa indicación médica.

CUARTA ETAPA DEL PARTO O DE POST ALUMBRAMIENTO

En el **PERÍODO POST-ALUMBRAMIENTO** inmediato se vigila atentamente el proceso de recuperación de la madre y los signos que aseguran la normalización del proceso. Solicitar evaluación médica ante la sospecha o presencia de alteraciones.

También se orienta a la madre sobre los cambios que van a suceder en su cuerpo: es normal que presente escalofríos, recomendarle comer, beber y descansar para recuperarse, debe intentar orinar (la vejiga puede estar hipotónica por el esfuerzo en el expulsivo y la mujer suele evitar orinar por temor a que los puntos se suelten), aconsejar deambulación precoz, ofrecer educación sanitaria sobre cuidados del periné (mantener limpio y seco, cambio de compresas frecuentes), enseñar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, aconsejar sobre una técnica de lactancia eficaz.

TABLA XXII. RESUMEN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ALUMBRAMIENTO

RESUMEN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ALUMBRAMIENTO

- ✓ Informar a la mujer sobre signos o síntomas esperados en este período.
- ✓ Promover nuevamente una instancia de intimidad para la formación del apego de la madre y su recién nacido/a.
- ✓ Control de signos vitales, evaluar pérdida de sangre, retracción y altura uterina.
- ✓ Comprobar el desprendimiento de la placenta y asistir al mismo.
- ✓ Efectuar el reconocimiento cuidadoso de la integridad placentaria y de los anexos ovulares (integridad, malformaciones, quistes, número de vasos del cordón). Apuntar los datos significativos en la historia clínica.
- ✓ Limpiar genitales y revisar si presenta desgarros en labios mayores, menores, mucosa vaginal, periné y recto.
- ✓ Asistir al médico en la reparación de desgarros si fuese necesario.
- ✓ Verificar la contracción del útero.
- ✓ Realizar masaje de fondo uterino y aplicar diez unidades de oxitocina intramuscular por indicación médica.
- ✓ Observar sangrado transvaginal.
- ✓ Estimar volumen de sangre perdida en el alumbramiento, (habitualmente no supera los 350 cc.).
- ✓ Revisar que no haya globo vesical, ya que desplaza el útero hacia un lado evitando su retracción.
- ✓ Estimular el apego, el contacto piel con piel y el inicio precoz de la lactancia.
- ✓ Ofrecer cuidados al recién nacido.
- ✓ Realizar aseo vulvar, dejar limpia y seca área genital.
- ✓ Trasladar a la mujer con el recién nacido en una camilla limpia al puerperio inmediato.
- ✓ Completar la historia clínica, partograma, carné prenatal, notas de enfermería sobre el

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, agosto 2011.

UNIDAD V:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

INTRODUCCIÓN:

Dar respuesta al derecho a la vida de los salvadoreños por nacer o recién nacidos, justifica plenamente el establecer parámetros básicos obligatorios que garanticen atención de calidad, con racionalidad científica y con oportunidad, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el nacimiento y período neonatal precoz, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

Este capítulo se refiere al recién nacido a término y sin complicaciones. Los cuidados del recién nacido en este caso tienen como objetivo supervisar que el proceso de adaptación a la vida extrauterina se realice sin complicaciones y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. A los padres, y en especial a la madre les compete el cuidado de su hijo recién nacido. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un(a) hijo(a) en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.

Se entiende por recién nacido a término y sin complicaciones a aquél que es producto de un embarazo de duración normal sin patología alguna en la madre durante el mismo, cuyo parto es de evolución normal, y sus características anatómicas y fisiológicas en el momento de nacer son normales, así como la adaptación a la vida extrauterina.

El recién nacido es un individuo inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, lo que le hace estar calificado como totalmente dependiente. A pesar de esto la mayoría de los recién nacidos nacen sanos, no necesitan cuidados especiales, pero sí cuidados básicos.

Debe recordarse que los recién nacidos pueden oír, ver y sentir, de manera que el trato al recién nacido debe ser respetuoso. Siempre debe informarse a la madre con un lenguaje claro sobre los cuidados que se realizarán al recién nacido.

Los primeros diez minutos después de nacer son críticos en la vida del bebé, por eso es importante realizar una evaluación, que permite valorar su estado

a través de un test llamado Apgar; se trata de una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos, y a veces, a los diez minutos del nacimiento.

Los cinco signos que se evalúan son: ***ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, Irritabilidad refleja, color de la piel.***

TABLA XXIII. EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO. PUNTAJE DE APGAR.

Signo / valor	0	1	2
Frecuencia cardíaca (latidos, pulso)	Ausentes	Menos de 100	100 o más
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular	Regular o llanto enérgico
Tono muscular	Ausente	Leve flexión de las Extremidades.	Movimientos activos
Irritabilidad refleja (estimulo nasal)	Sin respuesta	Llanto débil, mueca	Llanto vigoroso, tos o estornudos.
Color (piel y mucosas)	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules.	Todo rosado.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, 2011.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

La atención del recién nacido es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, y reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.

IMPORTANTE:

En caso de un recién nacido complicado, deben aplicarse protocolos de reanimación. Entendiendo como Recién nacido complicado aquel que al nacer su apgar al primer minuto es igual o inferior a 6 puntos y que por lo tanto va a requerir de reanimación neonatal.

EQUIPO

- Una cuna de calor radiante.

- Paquete estéril para atención del recién nacido que debe contener:
 - Tres mantillas
 - Dos hisopos.
 - Una perilla
 - Una tijera.
 - Clamp umbilical

OTRO MATERIAL E INSUMOS PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Gorro para recién nacido.
- Brazalete de identificación.
- Cinta métrica.
- Termómetro rectal.
- Báscula con tallímetro.
- Aspirador de meconio.
- Equipo de succión.
- Almohadilla.
- Hojas de registro de datos.
- Ungüento oftálmico (tetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%).
- Vitamina K y Jeringa de 1ml.
- Alcohol al 70%.

TABLA XXIV. TÉCNICA DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
1. Preparar anticipadamente la fuente para suministrar calor.	Evita enfriamiento en el recién nacido.
2. Preparar mantillas tibias.	
3. Colocarse guantes estériles.	Evita transmisión de infecciones.
4. Colocar al recién nacido sobre la cuna de calor radiante y aspirar si es necesario según la técnica.	Esto evita complicaciones.
5. Secar adecuadamente, retirar paños húmedos y colocarlo en posición que facilite la respiración, luego evalúe APGAR al minuto y a los 5 minutos.	Evita enfriamiento en el recién nacido.
6. Realizar profilaxis umbilical (colocar clamp a dos cm. de la base umbilical, corte y aplique alcohol al 70% desde la base hacia el extremo distal y asegúrese de la presencia de dos arterias y una vena)	Evita infecciones.

7. Realizar profilaxis oftálmica, aplicando ungüento de tetraciclina al 1% o eritromicina al 0.5%, desde el ángulo interno al externo de cada ojo.	Evita infecciones.
8. Aplicar vitamina K, 1 Mg., intramuscular en la cara antero lateral del muslo.	Según lo establecido.
9. Realizar medidas antropométricas, peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico y abdominal.	Contribuye a verificar el estado del recién nacido.
10. Realizar evaluación completa del recién nacido.	
11. Realizar observación para identificar anomalías congénitas.	Identificar precozmente complicaciones y referir para intervenciones oportunas.
12. Verificar permeabilidad anal.	
13. Identificar al recién nacido con un brazalete en la mano derecha, con los datos siguientes: nombre de la madre, del padre, N° de registro y sexo del recién nacido.	Asegura la identidad del recién nacido.
14. Realizar plantares del recién nacido según lo establecido.	Asegura la identidad del recién nacido.
15. Abrigar al recién nacido.	Proporciona calor al recién nacido.
16. Colocar al recién nacido sobre el tórax y abdomen de la madre.	

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería. MINSAL. , 2011.

Complementariamente es necesario revisar **“Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”**, MINSAL, El Salvador 2011.

UNIDAD VI:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERÍODO POSTPARTO

INTRODUCCIÓN

El puerperio es considerado como un proceso de cambios que se desarrollan después del parto en donde ocurren transformaciones progresivas anatómicas, fisiológicas, hormonales y psicológicas. Por ser un momento de gran trascendencia para la mujer, su pareja y familia, debido a que se dan ciertos reajustes en la mujer, en este periodo experimenta una serie de respuestas de adaptación en las que tendrán que hacer frente a nuevas emociones y cambios de su imagen corporal y sobrellevar las incomodidades del post parto. El proceso habitualmente comienza después del alumbramiento de la placenta y su duración promedio es seis semanas o cuarenta y dos días.

En la fisiología humana, el puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente seis a ocho semanas) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras dos horas después del parto, que recibe el nombre de post parto.

Si los fenómenos se suceden naturalmente y sin alteraciones, el puerperio es normal o fisiológico, en caso contrario es irregular o patológico. Se trata de un periodo de tiempo muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que lideran las causas de mortalidad materna, como las hemorragias post parto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre materna.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.

Hablar de post parto no se puede dejar de mencionar la involución uterina, ya que este término se encarga de describir la reducción del tamaño del útero y su retorno a su estado no gestante debido a la separación de la placenta, la decidua del útero se vuelve irregular, rugosa, esponjosa y de grosor variable, la decidua es la que se elimina en forma de loquios mientras que la capa interna se convierten en la base del nuevo endometrio dando como resultado útero que disminuye gradualmente de tamaño así como sus células que revierten la

hiperplasia de la gestación; los factores que facilitan la involución son el parto y nacimientos no complicados así como la expulsión completa de la placenta. La involución uterina se da después del alumbramiento de la placenta contrayéndose la parte superior del fondo ubicándose entre la sínfisis del pubis y el ombligo, de seis a doce horas después del parto se encuentra a nivel de ombligo y después va disminuyendo un cm por día.

El post parto se divide en tres periodos:

A puerperio inmediato: comprende las primeras veinticuatro horas después del parto.

B puerperio mediato: comprende desde el segundo día al décimo posterior al parto.

C puerperio mediato tardío: comprende desde el onceavo día a los cuarenta y dos después del parto.

En estos periodos del puerperio se valoraran el estado de salud de la puérpera tomando en cuenta todos los aspectos de involución uterina así como loquios, cambios cervicales cambios vaginales, perineales así como la reaparición de la ovulación y la menstruación y otros aspectos como es la lactancia materna, pérdida de peso revisión de sistemas como el digestivo, urinario sus valores sanguíneos, entuertos.

En el área materna, el personal de enfermería debe utilizar una gran variedad de destrezas de valoración para atender a la madre y tener la habilidad para observar, palpar y utilizar criterios que a través de estas le permiten llevar una valoración continua e identificar posible aparición de situaciones sutiles que indican la aparición de un problema.

Las profesionales de enfermería que atienden a las mujeres durante este proceso, deben hacer esfuerzos para modificar progresivamente las rutinas de atención priorizando las necesidades de las mujeres en el ámbito biológico, psicológico anatómico hormonal y social, de manera de hacer esta experiencia más humana y así llegar a comprender el nacimiento y la maternidad-paternidad como una parte más de los acontecimientos vitales de una mujer.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO INMEDIATO-MEDIATO

La atención de puerperio normal es el conjunto de acciones que se basa en la comprensión de los procesos que se realizan con la mujer puérpera con el propósito de evaluar el ser biológico, psicológico y social, la involución de los cambios ocurridos que implican a los órganos reproductores y otros sistemas fundamentales.

OBJETIVOS

- Proporcionar cuidados seguros con el fin de lograr la valorización del puerperio normal.
- Fomentar las acciones físicas y de desarrollo que se deben de llevar a cabo durante los diferentes periodos del puerperio.
- Proporcionar apoyo psico-afectivo así como servicios de consejería sexual y reproductiva a la puérpera y familia.
- Promover la lactancia materna exclusiva, apego precoz y alojamiento conjunto según condición de salud de la madre y el hijo.

EQUIPO

- Estetoscopio.
- Tensiómetro.
- Termómetro.
- Guantes descartables.
- Equipo para aseo vulvar si es necesario.
- Sabana clínica.
- Toalla sanitaria.

Agregado a lo anterior, es necesario también incorporar lo siguiente:

- Expediente clínico y hojas especiales.
- Analgésico oral.

TABLA XXV: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO

POST PARTO INMEDIATO Y MEDIATO	
PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
1. Lavarse las manos.	Evita infecciones.
2. Preparar el equipo necesario.	Evita pérdida de tiempo, y facilita la exploración.
3. Explicar el procedimiento a la usuaria.	Disminuye la ansiedad y aumenta la relajación de la usuaria.
4. Controlar presión arterial, pulso, y vigilar el sangrado cada quince minutos en las primeras dos horas, luego cada treinta minutos en la siguiente hora y luego cada cuatro horas y registrar los hallazgos.	Parámetros obtenidos para identificar variaciones en la presión sanguínea relacionada a una complicación.
5. Evaluar estado de las mamas, protuberancia del pezón, salida de calostro, contracción uterina, y sangramiento vaginal.	Permite identificar signos de alarma o peligro.
6. Orientar a la usuaria sobre cómo realizarse el masaje durante quince minutos durante las primeras dos horas.	Contribuye a la pronta recuperación de la usuaria.
7. Iniciar el alojamiento conjunto lo más pronto posible, si la condición materna y del recién nacido lo permite.	Fomenta el vínculo materno.
8. Promover la lactancia materna precoz y proporcionar apoyo para la succión adecuada.	Evita complicaciones en el recién nacido y contribuye al bienestar de la madre.
9. Realizar aseo vulvar dos veces al día o las veces necesarias.	Mantiene la higiene y el confort y evita infecciones.
10. Realizar cambio de toalla sanitaria y ropa.	
11. Lavarse nuevamente las manos.	Evita infecciones cruzadas.
12. Proporcionar analgésico y rutina post parto según normativa.	Alivia el dolor causados por entuertos.
13. Practicar alojamiento conjunto.	Se fomenta el vínculo afectivo y la lactancia materna.
14. Vigilar involución uterina	Asegura la evolución normal.
15. Vigilar características de loquios y reportar anomalías.	Se identifican posibles infecciones.
16. Vigilar micción espontánea.	Evita complicaciones renales.
17. Registrar los cuidados realizados y hallazgos en expediente clínico.	Esta información proporciona un registro permanente y garantiza una identificación precisa.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL, 2011.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO TARDIO

Es el conjunto de acciones que se realizan con la puérpera, a fin de evaluar el proceso bio-psico-social de involución de los cambios ocurridos en la gestación, su duración es de seis semanas o cuarenta y dos días.

OBJETIVOS

- Evaluar el estado de salud de la puérpera y ofrecer oportunamente servicios y conserjería en salud sexual y reproductiva.
- Orientar a la puérpera y a su familia en la incorporación de ella (puérpera) a la vida habitual.
- Proporcionar apoyo psico afectivo a la puérpera y a su familia.

EQUIPO

- Estetoscopio y tensiómetro.
- Lámpara de mano.
- Equipo para toma temperatura.
- Equipo para lavado de manos.
- Equipo para peso.
- Equipo ginecológico.

Además del equipo, es necesario incorporar:

- Expediente clínico.
- Lápiz o bolígrafo.

TABLA XXVI: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO TARDÍO

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
1. Identificar a la persona por su nombre y orientar sobre los procedimientos y asegurar que esté confortable y relajada.	Facilita la colaboración y le da confianza a la usuaria. Permite evaluar el estado de salud de la usuaria.
2. Tomar los signos vitales: peso, talla, tensión arterial y temperatura a la usuaria (área de preparación usuarios).	Contar con datos y valores es importante para la atención a la usuaria.
3. Lavarse las manos.	Disminuye la proliferación de microorganismos.
4. Preparar el equipo básico y asegurarse de la funcionalidad del equipo.	Evita pérdida de tiempo al ofrecer la atención.

PASOS / ACTIVIDAD	FUNDAMENTO /PUNTOS IMPORTANTES
5. Preguntar a la usuaria si presenta: • Dolor. • Características de loquios. • Estado de episiotomía si es pertinente. • Función urinaria. • Función intestinal.	Permite evaluar el estado de salud de la usuaria y realizar intervenciones oportunas para la recuperación de la salud de la usuaria.
6. Explicar a la usuaria sobre la posición en la que debe colocarse para verificar la involución uterina y el estado de las mamas, realizando el examen físico céfalo caudal con énfasis en el examen de mama y genital.	De esta manera se facilita la colaboración, permitiendo datos certeros.
7. Proporcionar consejería según necesidad y condiciones de la usuaria sobre: cuidados de episiotomía, actividad física, higiene, alimentación, ejercicios, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y espacio intergenésico, toma de Papanicolaou, entorno familiar, seguridad psíquica y autoestima, lactancia materna exclusiva.	Contribuye a una mayor estabilidad emocional de la usuaria al aclarar dudas y tomar acuerdos.
8. Informar sobre signos que requieren consulta (signos y síntomas de depresión post-parto y otras complicaciones).	Permite consultar oportunamente y da más estabilidad en la salud de la usuaria.
9. Registrar datos obtenidos en hoja respectiva del expediente.	Contribuye al diagnóstico oportuno de la usuaria.
10. Dejar el equipo ordenado.	Facilita su próxima utilización y ahorra tiempo.

Fuente: Comité Nacional SSR, Unidad de Enfermería, MINSAL.

Ver también “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”, MINSAL, El Salvador 2011. Pág. 41-44.

GLOSARIO

ANAMNESIS: información proporcionada por el propio paciente al médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar datos personales y familiares en la historia clínica del paciente.

AMNIORREXIS: rotura de las membranas. Es lo que habitualmente llamamos «rotura de bolsa» o «romper aguas». Puede suceder de forma espontánea o provocada por el personal sanitario.

BORRAMIENTO DEL CÉRVIX: fenómeno de acortamiento del conducto cervical hasta alcanzar las condiciones del inicio del parto (3-4 cm, centrado y blando).

CONSEJERÍA EN ATENCIÓN PRENATAL: es el proceso de comunicación interpersonal entre el personal sanitario y la embarazada (deseablemente acompañada de su pareja y/o su familia), sobre aspectos que contribuyen a la toma de decisiones conscientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo/a.

CONSULTA PRECONCEPCIONAL: control médico que realiza la mujer (deseablemente la pareja) previa a un embarazo, con el objetivo de ser asesorados en la identificación, corrección o disminución de factores o conductas de riesgo reproductivo o el tratamiento de enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

DILATACIÓN: grado de apertura del orificio cervical, pasando de estar cerrado hasta alcanzar los diez cm.

DISTRÉS FETAL: sinónimo de **sufrimiento fetal agudo** (SFA). Se refiere al estado que altera la fisiología fetal, generalmente causado por un déficit de oxígeno, antes o durante el parto, poniendo en riesgo la vida del feto. Se asocia a situaciones de insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

FCF: frecuencia cardíaca fetal. Número de latidos del corazón fetal en un minuto, oscila entre 120 y 160 latidos por minuto.

HIPERDINAMIA: Contracciones del útero excesivamente intensas.

OXITOCINA: Hormona relacionada con los patrones sexuales y con la conducta maternal. Durante el parto permite la contractibilidad uterina. Posteriormente favorece el enamoramiento entre la madre y el hijo.

PARTOGRAMA: herramienta de trabajo que permite realizar una adecuada evolución del trabajo de parto y reducir el número de intervenciones, así como registrar todos los datos que pueden ser de interés en la evolución del proceso.

PRESENTACIÓN FETAL: polo fetal que se encuentra en contacto con la pelvis materna.

PRÓDROMOS: deriva del griego “*pródrmw*”, que significa el predecesor de un evento. En medicina, un pródromo se refiere a los signos y síntomas que preceden a las manifestaciones agudas, en este caso, al parto. Se caracterizan porque la gestante comienza a sentir contracciones o molestias que aún no son regulares y el cuello del útero no tiene modificaciones o no llega a los definidos para el trabajo de parto, (cuello borrado y tres a cuatro cm. de dilatación).

PUERPERIO: es el periodo durante el cual la mujer se readapta a un proceso físico, metabólico, hormonal y psicológico, después de la gestación. Dicho periodo comienza inmediatamente después del parto y continua aproximadamente hasta las seis semanas o cuarenta y dos días.

VDRL: en inglés, *Venereal Disease Research Laboratory*. Prueba serológica para la detección de la sífilis. Mide los anticuerpos que pueden ser producidos por el *Treponema pallidum*, la bacteria causante de esta enfermedad. Un VDRL positivo puede sugerirnos pero no afirmarnos el diagnóstico de sífilis, por lo que debe evaluarse en combinación con la historia clínica del sujeto y sus antecedentes epidemiológicos.

III. DISPOSICIONES FINALES

De lo no previsto

Lo no previsto en el presente Manual, será resuelto por el Titular del MINSAL, a petición por escrito del interesado.

De la actualización

El presente Manual debe ser revisado y actualizado, cuando sea necesario, por modificaciones en el proceso de atención o en los instrumentos técnicos jurídicos citados.

De la vigencia

El presente Manual entrará en vigencia, el día de su firma por la Titular del MINSAL.

COMUNIQUESE.



**MARIA ISABEL RODRIGUEZ
MINISTRA DE SALUD**

BIBLIOGRAFÍA

- Allahbadia GN, Vaidia PR. Why deliver in the supine position? Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992 May; 32(2):104-6.
- Almendarez Pérez, O.E. y otros, Colección de Textos de Enfermería Salud Integral de la Mujer, Tomo 1 al 5, 1ª. Edición, JICA, El Salvador 2005.
- Barnett MM, Humenick SS. Infant outcome in relation to second stage labor pushing method. Birth. 1982; 9: 221-8.
- Berral MA, Burgos JA. Permitir a la mujer que empuje de manera libre durante la fase de expulsión fetal es una práctica obstétrica que beneficia la integridad funcional y estructural del suelo pélvico. Evidentia. 2007. España. 4(15).
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo CLAP-OPS-OMS. Uruguay. 1991.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Tecnologías Perinatales. CLAR-OPS-OMS. Uruguay.1992
- Donat A. Colomer F. Enfermería Maternal y Ginecológica. España. Masson. 2001.
- Dueñas JL, Bailón E, Dotor MI, Granados C, Rodríguez RM, Rufo A. Asistencia del parto eutócico. Consejería de Salud Junta de Andalucía. España. 2005; 113-21.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. España. FAME. 2007.
- Fescina, R.H. y Otros, Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizados en APS, 2ª. Edición. OPS, CLAP/SMR, Montevideo, Uruguay 2010.
- Flynt AM, Kelly J, Hollins G et al. Ambulation in labour. BMJ 1978 Aug; 26:591-93.
- Goffnet F, Fraser W, Marcoux S, Breart G, Moutquin J, Daaris M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart anomalies. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1997; 104: 340-346.
- González –Merlo, J. Obstetricia. Edición cuarta. España. Masson. 2002.
- Guardado, J. e all. Ética de Enfermería. Primera Edición. El Salvador. Impresos. 2000.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Número 2. Oxford. La Biblioteca Cochrane Plus. 2006.

- Klein S., Suellen Miller S., Thomson F., Un libro para parteras: Una guía para comadronas y parteras comunitarias. EEUU. Hesperian.2007.
- Kozier B. y otros, Técnicas en Enfermería Clínica 4ª. Edición, Editorial Mc. Graw hill, España 2000.
- Ladewing, P., London, M., Moberly, S., Olds, S. Enfermería maternal y del recién nacido.5º edición. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2006.
- Levy V, Chit Ying L. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. Midwifery 2002; 18: 296-303
- Mc Kay S, Roberts J. Obstetrics by ear–maternal and caregivers' perceptions of the meaning of maternal sounds during second stage of labour. J Nurse Midwifery 1990; 35(5): 266-273
- Melzack R, Bélanger E, Lacrois R. Labor pain: effect on maternal position on front and back pain. J Pain Syntom Manage1991 Nov; 6(8): 129-39.
- Manual técnico de habilidades obstétricas, neonatales, planificación familiar y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Ministerio de Salud. 2011.
- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”, Ministerio de Salud, El Salvador 2011.
- Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.2011.
- Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Tercer Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador. 2004.
- Guías de Morbilidades Obstétricas del 2º. Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador.2005.
- Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador.2006.
- Manual Técnico de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.2006.
- Norma Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Mama, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.2006.
- Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.2007.

- Guía Técnica para la Consejería en la Prestación de Servicios de Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.2007.
- Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador.2009.
- Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - ➔ 1996: Grupo Técnico de Trabajo Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra.
 - ➔ 1996: Cuidados en la segunda fase del parto. Ginebra. 46-9.
 - ➔ 2002: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Panamericana de Salud;
- Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993; 72: 31-5.
- Reeder, M., Koniak. Enfermería Materno-infantil. 17ª edición. México: McGraw – Hill. 1995.
- Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNCeds. Effective care in pregnancy and childbirth. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press. 1989: 883-892.
- Rogers R, Wilson GJ, Millar AC, Izquierdo LE, Curet LB, Qualls CR. Active management of labor: does it make a difference? Am. J. Gynecol 997; 177: 599-605.
- Sánchez Rodríguez, A., Gómez López, A., Pérez Valverde, M.C., Martínez Bienvenido E. Pinzamiento tardío vs pinzamiento precoz de cordón umbilical. España. Medicina naturista. 2006.
- Sharon J. Reedor y Leonide L Martin, Enfermería Materno Infantil, 16ª. Edición, Editorial Harla, México 1995.
- Schnieman R. y otros, Manual de Procedimientos en enfermería, 3ª. Edición, Editorial Interamericana, México 1986.
- Sleep J, Roberts J, Chalmers I. Care during the second stage of labour. Oxford. Oxford University Press, 1989.
- Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected Coping strategies in labour: an investigation of women's experiences. Birth 2003; 30: 189-194
- Sutton J. Birth without active pushing and physiological second stage of labour. The practising Midwife 2000; 3(4): 32-34.

- Thomson AM. Pushing techniques in the second stage of labour. Adv Nurs. 1993; 18: 171-7.
- Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. BMJ, 1994; 309: 366-9.
- Torrens Sigalés, R.M. Enfermería de la Mujer, Siglo 21, 2ª. Edición, Editorial DAE (Difusión de avance de Enfermería) España 2003.
- Usandizaga, JA., De la Fuente, P. Tratado de obstetricia y ginecología. 2º edición. Madrid. Mc Graw Hill interamericana. 2005.
- Walsh DPart. Assessing women's progress in labour. Br J of Midwifery 2000; 8(7): 449-457
- Warren C. Why should I do vaginal examinations? Midwife to Midwife 1999; 2(6): 12-13
- Yildirim G, Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. Birth. 2008; 35(1): 25-30.

PROYECTO: 10-CO1-078-001

“Mejora de la calidad de la atención prestada por los profesionales de enfermería y los recursos comunitarios en el primer nivel de atención, de los sistemas públicos de salud de El Salvador, Guatemala y Nicaragua con posibles acciones en otros países de la zona”. El Salvador.