



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
**CHIHUAHUA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**  
**LABORATORIO DE**  
**CUIDADO HUMANO DE LA MUJER Y EL RECIEN**  
**NACIDO**



Facultad de  
**Enfermería y**  
**Nutriología**

## **CONTENIDO**

DESCRIPCIÓN DEL ÁREA.....	3
MEDICIÓN DE FONDO UTERINO.....	3
MANIOBRAS DE LEOPOLD.....	5
CUIDADOS INMEDIATOS Y MEDIATOS DEL RECIEN NACIDO.....	9
APGAR.....	14
CESAREA.....	18
POSICION DE LA PERSONA.....	24
COLOCACION DE SONDA VESICAL.....	27
TRICOTOMIA.....	29
LAVADO PREOPERATORIO.....	32
LAVADO DEL AREA GENITAL.....	40
PROFILAXIS OCULAR.....	50
APLICACIÓN DE VITAMINA “k”.....	52
MEDICIONES ANTROPOMETRICAS.....	54
EPISIOTOMIA.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	64

## **Descripción del área**

El área de labor o toco cirugía es el espacio físico en donde se vigila la evolución de las personas de cuidado embarazadas que se encuentran en trabajo de parto, el elemento más importante de dicha área es el recurso humano conformado por médicos y enfermeras que deben estar adecuadamente adiestrados para tomar las decisiones médicas y quirúrgicas que procedan.

Esta área es un espacio quirúrgico el cual está destinado para realizar procedimientos Gineco- Obstétricos, es decir donde se atienden a puras mujeres, aquí de igual forma se vigila la evolución de las personas de cuidado embarazadas que se encuentran en trabajo de parto, e incluso se pueden practicar procedimientos quirúrgicos como lo son: Cesáreas, legrados, salpingoplastia, histerectomía. Además aquí se deben vigilar el puerperio inmediato (Tiempo que tarda en recuperarse el aparato reproductor después del parto ), se debe proporcionar atención al recién nacido, atender el aborto y sus complicaciones, así como sangrados disfuncionales que se presentan por diversas causas etc.

## **PROCEDIMIENTO 01. MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO**

Conjunto de maniobras o procedimientos por medio de los cuales se va a obtener la medición de la distancia existente entre la sínfisis del pubis al fondo uterino.

### **OBJETIVOS:**

- Valorar el desarrollo fetal
- Detectar tempranamente anomalías en el tamaño de altura de fondo uterino: grande o pequeño (embarazo múltiple, feto macrosómico o grande, retraso del desarrollo fetal y exceso o disminución del amniótico).

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica Medición del fondo uterino. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

**RESPONSABLES:** Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

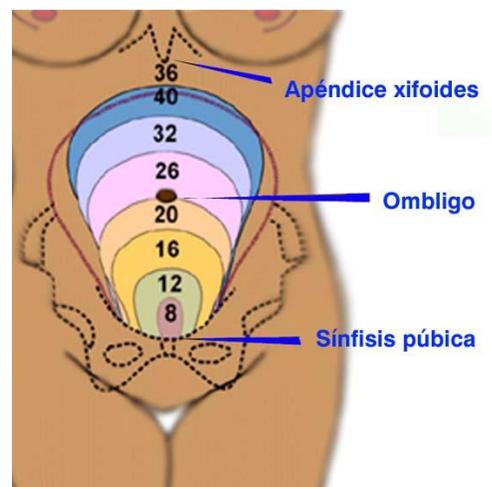
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

**EQUIPO:**

- Cinta métrica flexible, graduada en centímetros.
- Sabana.

**PROCEDIMIENTO:**

1. Identificación de la persona de cuidado
2. Explicación del procedimiento.
3. Lavado de manos.
4. Ayudar a la persona de cuidado a colocarse en una posición supina y colocar apropiadamente la sábana para proveer privacidad.
5. Exponer el abdomen.
6. Realizar las maniobras de Leopold para identificar el fondo uterino.
7. Por palpación, localizar el borde superior del pubis.
8. Con la mano derecha, tomar la cinta métrica de un extremo (donde inicia la numeración) y fijar el extremo de la cinta con los dedos en el borde superior del pubis.
9. Con la mano izquierda tomar la cinta métrica colocándola entre los dedos índice y medio y deslizarla hasta que el borde cubital alcance el fondo uterino.
10. Se registra la dimensión del punto más alto en centímetros (cm).



## PROCEDIMIENTO 02. MANIOBRAS DE LEOPOLD

### OBJETIVO

- Determinar la posición y presentación del feto por medio de cuatro maniobras.
- Las palpaciones deben ser suaves y realizadas con toda la mano.

### ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica Maniobras de Leopold. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

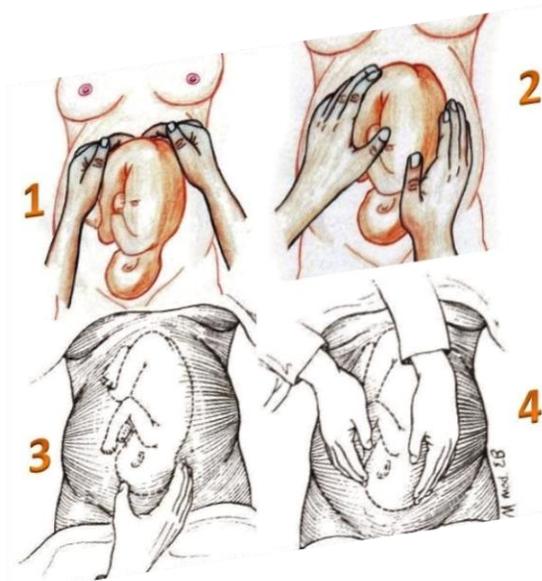
Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### DESARROLLO

Técnicas de emplean para abdomen de la cuidado mismo presentación,



palpación que se examinar el persona de embarazada y así determinar la situación y

posición del feto.

## PRIMERA MANIOBRA

- Su objetivo es identificar que polo fetal que se encuentra ocupando el fondo uterino, puede ser el polo cefálico o el polo pélvico.

**TÉCNICA:** Colocarse de preferencia a la derecha de la persona de cuidado embarazada y de frente a ella, y ubicar las manos en el fondo uterino tratando de abarcarlo con la cara palmar y apoyada en el borde cubital. De esta manera se palpará el contenido (feto) y el continente (útero).

Con esta maniobra podrás identificar el polo fetal que se encuentra en el fondo uterino:

- a) cefálico: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.
- b) pélvico: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos.

De igual manera podrás identificar el tono basal uterino y/o de la contractilidad del mismo.

## SEGUNDA MANIOBRA

- Su objetivo es la Posición del feto (izquierda o derecha) y la situación (longitudinal o transversa) fetal.

**TECNICA:** Colocarse en la misma forma que en la 1ª. Maniobra, las manos se colocan lateralmente hasta localizar el plano duro y resistente del dorso fetal, en una parte, y las prominencias nodulares y movibles de las pequeñas partes fetales, en la otra. De este modo se



Segunda maniobra

diagnostica la posición derecha o izquierda. O si la situación del feto es transversal, se tocan la cabeza y las nalgas, una a cada lado, el dorso, cruzando transversalmente el útero.

### **TERCERA MANIOBRA O MANIOBRA DE PELOTEO CEFÁLICO**

Su objetivo es identificar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado), y corroborar la presentación.



**TECNICA:** Ubícate a la derecha de la embarazada y de frente a ella, usa tu mano derecha abierta como pinza, cuyas ramas serían el pulgar, índice y medio en forma de arco para poder abarcar el polo del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna. Pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Al tomarse fija y desplaza lateralmente con tú muñeca haciendo movimientos de pronosupinación (peloteo).

- a) Si la presentación pelotea, está libre.
- b) Si la presentación no pelotea esta encajada.

### **CUARTA MANIOBRA**

Su objetivo es identificar la presentación y corroborar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado).

**TECNICA:** Ahora es necesario que cambies tú posición y te coloques viendo hacia los pies de la embarazada,



dándole la espalda y dirigiéndote hacia su pubis. Coloca tus manos con la cara palmar y apoyada en el borde cubital por encima del pubis. De esta manera palparás el contenido (feto) y el continente (útero).

- Se identificara, la presentación:
- a) cefálica: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.
- b) pélvica: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos.

### **PROCEDIMINETO 03. CUIDADO INMEDIATOS Y MEDIATOS AL RECIÉN NACIDO**

#### **OBJETIVOS:**

Con el fin de ayudar al recién nacido durante la transición, conviene tener en cuenta los siguientes objetivos para su cuidado inmediato:

- Se establecerán y mantendrán las vías respiratorias libres y el esfuerzo respiratorio.
- Se le mantendrá caliente y se evitara la hipotermia.
- Se le mantendrá a salvo de lesiones e infecciones
- Se le identificaran problemas reales o potenciales que requieran atención inmediata.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica de Cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido. Quienes tienen la responsabilidad de

llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

**RESPONSABLES:** Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

Perilla

Toalla

Tarjeta de identificación

Cinta métrica

Bascula

Yodopovidona solución oftálmica al 2.5% una gota en cada ojo.

## **Vitamina K**

## **Termómetro**

BCG, antihepatitis B y antipolio.

Jeringa

Clamp, Cinta umbilical o Banda de caucho

## **DESARROLLO**

### **Adaptación neonatal inmediata (ANI) en sala de partos**

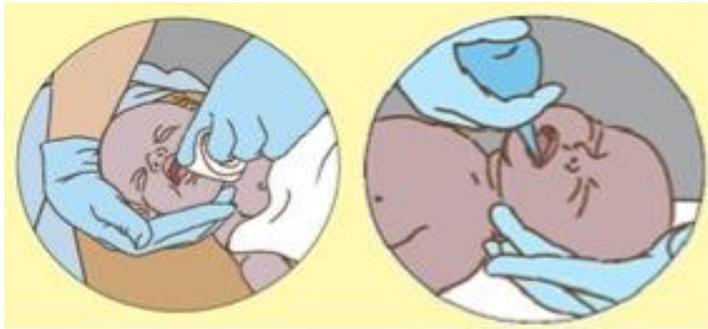
La Adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardio-hemo-dinámicas, respiratorias y de todo orden sucedido en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende



fundamentalmente el adecuado y éxito o tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Requiere de la atención inmediata en sala de partos/nacimientos, e incluye:

### **Limpieza de las vías aéreas:**

En el momento en que el recién nacido asome la cabeza se deben recuperar las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales ya sea manualmente o por medio de succión suave a través de una perilla.



### **Secar al recién nacido:**

Se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego el resto del cuerpo en forma suave y exhaustiva con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con campo seco y tibio.

### **Estimular al recién nacido:**

Tanto el secado como la succión estimulan al recién nacido. Para algunos recién nacidos, estos pasos no son suficientes para inducir la respiración. Si el recién nacido no tiene una respiración adecuada, la estimulación táctil adicional puede proveer otra forma para estimular la respiración. Los métodos seguros y apropiados para proporcionar estimulación táctil incluyen palmadas o golpecitos en las plantas de los pies o frotar gentilmente la espalda, tronco o extremidades del recién nacido. Si el recién nacido permanece en apnea a pesar de las maniobras de estimulación se debe iniciar inmediatamente ventilación con presión positiva.

- Observar respiración o llanto, color y tono muscular.

- Realizar el pinzamiento del cordón umbilical.
- Contacto inmediatamente piel a piel con la madre si las condiciones clínicas son óptimas.
- Si es necesario, retirar nuevamente secreciones de la boca.
- Colocar al recién nacido bajo fuente de calor

### **Evaluar sexo y realizar examen físico completo**

**Identificar al recién nacido:** El procedimiento de identificación del recién nacido tiene importancia singular en todas las instituciones que atienden partos. Se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla, perímetro cefálico. Ningún niño puede salir de la institución sin registro del recién nacido vivo realizado por parte del profesional que atiende el parto.

**Realizar profilaxis ocular:** Debe realizarse con yodopovidona solución oftálmica al 2.5% una gota en cada ojo.

**Tomar medidas antropométricas:** La toma de medidas como peso, talla, perímetro cefálico y torácico deben realizarse de rutina a todo recién nacido. Estos datos deben registrarse en la historia clínica y en los registros de atención definidos en el Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Limpiar bien al recién nacido y vestirlo.**

**Registrar los datos en la historia clínica:** En la historia clínica deben ser registrados todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos desarrollados al recién nacido; se debe clasificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes cuatro horas de vida.

**Administrar 1 mg intramuscular de Vitamina K.** Si es de bajo peso, administrar sólo 0.5 mg.

**Alojar junto con la madre y apoyar la lactancia materna** exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo. Después de comer el niño o la niña, debe colocarse en decúbito lateral derecho, evitando la posición prona.

**Controlar los signos vitales.**

**Mantener a temperatura adecuada** (36.5 – 37.5 °C) y con poca luz.

**Vigilar estado del muñón umbilical** previa profilaxis con antiséptico alcohol yodado o yodopovidona solución evitando soluciones mercuriales.

**Verificar presencia de deposiciones y orina.**

**Hacer valorar por médico** en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad.

**Vigilar condiciones higiénicas y del vestido.**

## **CUIDADOS MEDIATOS**

Además de los cuidados prestados en las primeras cuatro horas de vida se debe: Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, antihepatitis B y antipolio. La vacunación se debe realizar siempre que no exista ninguna contraindicación, por ejemplo se debe posponer la aplicación de BCG en caso de bajo peso, evitar el suministro de VOP en caso de inmunosupresión o de madre o convivientes VIH positivos.

## **CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL**

Tres minutos aproximadamente, tras finalizar el alumbramiento, se colocará una pinza de plástico a unos 2cm del abdomen del bebé.

Quedará entonces una especie de muñón que se va ennegreciendo y secando hasta desprenderse entre los 7 y 10 días.



#### PROCEDIMIENTO 04. APGAR

El test de Apgar es una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé, que se realiza justo cuando acaba de nacer.

#### OBJETIVO:

- Evaluar el estado neonatal mediante el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos.
- Conocer el estado general de salud del bebe

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica Apgar. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

**RESPONSABLES:** Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

Habilidades del cuidador

Mesa de exploración.



Esfuerzo  
respiratorio

Frecuencia  
cardíaca

Tono muscular

Reflejos

Color de la piel

Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia. Sus siglas y su significado son:

**A**pariencia

**P**ulso

**G**esticulación

**A**ctividad

**R**espiración

La prueba se realiza en:

- En el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento.
  - Al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.
  - Si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.
- Los médicos, parteras y personal de enfermería suman las puntuaciones de estos factores para calcular la puntuación de Apgar.
- A cada una de las categorías se le da una puntuación de 0, 1 o 2 dependiendo del estado observado en el recién nacido.

### Frecuencia cardiaca

<b>Ausencia de latidos cardiacos</b>	<b>0</b>
FC menor de 100 latidos	1
FC superior a 100 latidos	2

### Esfuerzo respiratorio

<b>Ausencia de respiración</b>	<b>0</b>
Respiración lenta o irregular	1
Ritmo y esfuerzos normales, llanto adecuado	2

### Tono muscular

<b>Sin movimiento, tono muscular flácido</b>	<b>0</b>
Cierta flexión de extremidades	1
Movimiento activo	2

### Reflejo de irritabilidad

➤ **Respuesta a estímulos**

<b>Sin respuesta a la estimulación</b>	<b>0</b>
<b>Leve gesto facial o muecas</b>	<b>1</b>
<b>Se retira, tose, estornuda o llora</b>	<b>2</b>

**Coloración de la piel del bebe**

<b>Coloración azulado pálido</b>	<b>0</b>
<b>Cuerpo rosado y extremidades azules</b>	<b>1</b>
<b>Todo el cuerpo rosado</b>	<b>2</b>

- Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 8 a 10 puntos.
- Si obtiene de 4 a 6 puntos, su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y una recuperación inmediata.
- Si es menor que 4, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos y respiración asistida.

**PROCEDIMIENTO 05. CESÁREA**

Es la intervención quirúrgica que tiene por objetivo, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

**OBJETIVO**

Hacer nacer el feto por la forma que cause menos perjuicios a él y a la madre, es decir, se busca la máxima seguridad para ambos.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica Cesaría. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- Charola de mayo
- 2 pinzas forester
- 2 pinzas allis largas
- 2 pinzas allis cortas
- 2 pinzas babcock
- 2 porta agujas
- 2 pinzas Rochester
- 1 tijera metzenbaum larga
- 1 tijera metzenbaum corta
- 1 tijera de mayo curva
- 1 tijera de mayo recta
- 4 pinzas hemostáticas
- 4 erinas
- 3 riñones
- 2 mangos bisturí # 4
- 2 separadores de farabeuf
- 2 separadores de richardson

- 1 cánula de yankauer con oliva
- 1 valva valfor
- 2 disección cortas c/d y s/d

## Tipos de cesárea

A. Según antecedentes obstétricos de la persona:

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una persona con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

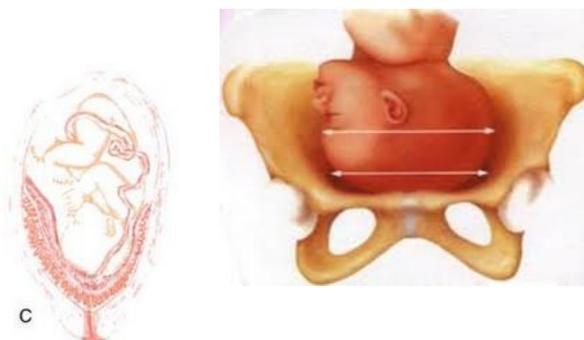
B. Según Indicaciones:

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

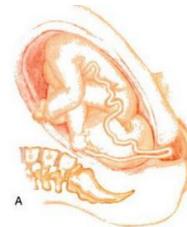
C. Indicada por Causas Maternas:

- Desproporción Cefalopélvica
- Distocia de partes blandas (Malformaciones congénitas, tumores).
- Distocia de la contracción (placenta previa, patologías DB).



D. Indicada por Causas Fetales:

- Macrosomía fetal
- Alteraciones en la presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Embarazo prolongado con contraindicación de parto vaginal



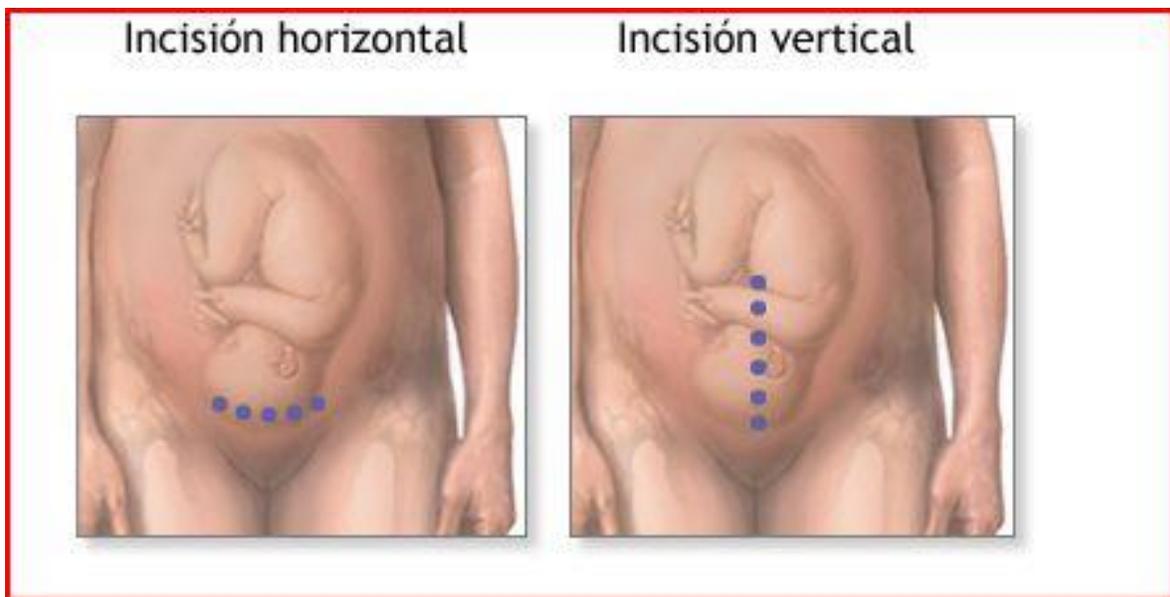
#### INDICACIONES ABSOLUTAS

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Placenta previa.
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical

- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infección materna (VIH)
- Embarazo pretérmino (<1500g)
- Condilomas vulvares grandes

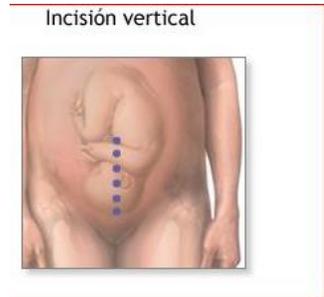
## CLASIFICACION DE TECNICAS

El tipo de incisión cutánea depende de las circunstancias clínicas.



### **Incisiones verticales:**

- Se utilizan por su mejor acceso al campo quirúrgico y la posibilidad de extenderse hacia arriba cuando hay complicaciones. Se ha descrito con estas incisiones menor daño vascular y nervioso.



### **Incisiones transversales:**

- Siguen las líneas naturales de tensión de la piel (líneas de Langer) y se cree que brindan un mejor efecto estético por la menor tensión en los bordes cutáneos, proporcionan un mejor cierre de la pared abdominal y se ha descrito menor tasa de dolor postoperatorio.



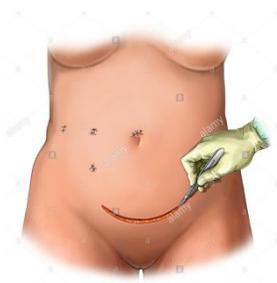
INCISION  
PFANNENSTIEL

INCISION DE  
MAYLARD

INCISION DE  
JOEL COHEN

#### ➤ **Incisión de Pfannenstiel:**

Esta incisión se ubica dos dedos por encima de la sínfisis pubiana. Aquí la piel se puede abrir mediante una incisión transversal baja de unos 15cm que se curva suavemente hacia arriba, colocada en un pliegue natural de la piel (la incisión en "sonrisa").



➤ **Incisión de Maylard:**

Cuando la exposición es limitada y se requiere espacio adicional, se puede utilizar la técnica de Maylard.

La incisión se realiza 3-5 cm por encima del pubis, los músculos rectos abdominales se seccionan ya sea con tijera o mediante bisturí eléctrico para permitir mayor acceso al abdomen.



**MEDIDAS PREOPERATORIAS.**

Una vez decidida la cesárea, deberá explicarse a la persona de cuidado la necesidad del procedimiento y se procede a obtener el correspondiente consentimiento informado, previa información de los riesgos y beneficios.

En casos de cesárea electiva, ésta debe programarse cuando la persona de cuidado complete las 39 semanas de gestación o haya evidencia de madurez pulmonar.

La persona de cuidado deberá recibir en el preoperatorio inmediato las siguientes medidas:

- Si se trata de una cesárea electiva, ha de tener un ayuno de por lo menos 8 horas.

- Canalizar al menos con un sitio de venopunción que se realizará en uno de los antebrazos, con un catéter intravenoso número 16. Se requiere asegurar un goteo rápido para infundir líquidos a la persona de cuidado en caso necesario.



- Hidratación con por lo menos 1.000 ml de cristaloides (Ringer-lactato, solución salina normal) como premedicación al acto anestésico.
- La persona de cuidado será desprovista de su ropa y conservará únicamente un camisón suministrado por enfermería. Se cubrirá su cabeza con un gorro quirúrgico y sus pies con polainas.

## PROCEDIMIENTO 6. POSICIÓN DE LA PERSONA

### OBJETIVO

Hacer nacer el feto por la forma que cause menos perjuicios a él y a la madre, es decir, se busca la máxima seguridad para ambos.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la posición de la persona. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## MATERIAL Y EQUIPO

Cama quirúrgica

La compresión del útero sobre la vena cava inferior provoca reducción significativa del retorno venoso, lo que puede provocar hipotensión y shock, por eso es recomendable colocar a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, o bien desplazar el útero suavemente con la mano hacia la izquierda, y la colocación de cuñas, para mantener una posición intermedia entre el decúbito lateral izquierdo y decúbito supino.

Antibiótico

- El uso de antibiótico profiláctico reduce en casi un 60% la endometritis poscesárea, al igual que la infección del sitio operatorio.
- Esta reducción del riesgo es similar tanto en las cesáreas electivas (sin trabajo de parto y con membranas íntegras) como en las no electivas (con trabajo de parto o con membranas rotas).
- El esquema antibiótico más recomendado es de dos 2 g de una cefalosporina de primera generación (cefalotina, cefazolina, etc.), intravenosos (IV), en dosis única, que deben aplicarse a toda persona de cuidado que vaya a ser sometida a cesárea. De no ser posible la aplicación de la cefalosporina se considerará alternativamente la de ampicilina, 2 g IV en dosis única, o ampicilina-sulbactam 750 mg IV en dosis única.
- El momento adecuado para aplicar el antibiótico profiláctico es antes de la incisión de la piel



- Debe practicarse sólo del vello púbico del monte de Venus inmediatamente antes del traslado a la sala de cirugía. El tiempo transcurrido desde la tricotomía a la cesárea se ha asociado con aumento de la infección de la herida quirúrgica.
- El lavado preoperatorio de la pared abdominal y de la cavidad vaginal debe realizarse para disminuir la infección postoperatoria.
- Luego del lavado genital se debe cateterizar la vejiga con sonda vesical, la cual debe permanecer hasta que la persona de cuidado recupere la movilidad o hasta 12 horas después de aplicada la última dosis de anestesia regional.



## PROCEDIMIENTO DE SONDA VESICAL

## 07.COLOCACIÓN

### OBJETIVO.

- Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.
- Control de diuresis.
- Tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas.
- Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales.
- Administrar tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la técnica de sonda vesical. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

- Sonda vesical de calibre y material adecuado.
- Campo estéril.
- Lubricante urológico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Solución antiséptica diluida.
- Bolsa colectora y soporte para la cama (sondaje permanente).
- Suero fisiológico.
- Jeringa de 10 cc.
- Pinzas Kocher o tapón para pinzar.
- Batea.

## **Procedimiento**

Prepararemos el material necesario y lo introduciremos en la batea, nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes no estériles, identificaremos al paciente al que le vamos a colocar la sonda y le informaremos del procedimiento tanto a él como a su familia.

Empezaremos proporcionando al paciente toda la intimidad necesaria en su habitación, le pediremos que se coloque en decúbito supino si es varón o que adapte la posición de litotomía si es mujer. A continuación prepararemos el campo estéril y echaremos el material necesario dentro de él, cargaremos la jeringa de 10 cc con el suero fisiológico y la incorporaremos al campo, con la ayuda del auxiliar

de enfermería limpiaremos la zona genital con las gasas muy impregnadas en la solución antiséptica. A partir de aquí nos colocaremos los guantes estériles y procuraremos una asepsia absoluta, cogeremos la sonda vesical e impregnaremos la punta con el lubricante urológico, la sonda la manejaremos con la mano dominante, con la otra nos ayudaremos a manejar el meato urinario:

- **En hombres**, agarraremos el pene en ángulo recto y con el prepucio retraído, una vez introducidos unos 10 cm, colocaremos el pene en un ángulo de unos 60° y terminamos de introducir la sonda.
- **En mujeres**, separaremos los labios mayores y menores e introduciremos la sonda hasta el final.

Una vez que salga orina a través de la sonda, la pinzaremos o la conectaremos a la bolsa colectora según la finalidad del sondaje. Inflaremos el balón de la sonda vesical con la jeringa precargada de suero fisiológico y con cuidado iremos retirando la sonda hasta que notemos la resistencia por el balón neumático. Si conectamos la sonda a una bolsa colectora, la colgaremos en el soporte para la cama.

Finalizaremos la técnica recogiendo y desechando el campo estéril y los guantes, nos lavaremos las manos y registraremos el proceso y sus complicaciones, si las hubiera, en las incidencias de enfermería, así como sus cuidados y la fecha del próximo cambio si se produjese.

En la cesárea se utiliza la sonda Foley o Nelaton, se pone después de que ya esté anestesiada la persona, avisándole del procedimiento que se le realizará.



## **PROCEDIMIENTO 08. TRICOTOMÍA**

### **OBJETIVOS:**

Evitar el riesgo de una enfermedad infecciosa en la herida quirúrgica.

### **ALCANCE:**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la tricotomía. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- Cojín absorbente
- Cobertor o lienzo de baño
- Tijeras
- Equipo de preparación desechable (si está disponible)

Si no se dispone de este equipo:

- Máquina de afeitar y hojas estériles
- Dos bandejas estériles

- Cojinetes de 4 x4
- Bandeja de emesis
- Hisopos aplicadores
- Solución de limpieza
- Agua estéril
- Guantes estériles

## PROCEDIMIENTO

1. Revise las órdenes del médico en relación con el sitio o área operatoria específica que debe afeitarse. Si las órdenes no especifican preferencia por algún sitio, revise el manual de procedimientos para determinar el área apropiada que debe afeitarse, con base en el procedimiento quirúrgico.
2. Reúna el equipo
3. Explique el procedimiento a la persona de cuidado, y proporciónese un ambiente privado.
4. Ajuste la luz para asegurar observación visual adecuada.
5. Lávese las manos.
6. Coloque al sujeto en la posición más cómoda posible, pero que permita la exposición del sitio.
7. Coloque lienzos quirúrgicos sobre la persona de cuidado para su comodidad y para evitar exposición inadecuada.
8. Proteja la cama con cojinetes absorbentes
9. Arregle el equipo de afeitado según sea conveniente.
10. Corte el cabello largo con tijeras para craneotomía.
11. Deshágase del pelo cortado
12. Póngase guantes estériles
13. Aplique solución limpiadora o cojinetes de gasa de 4 x 4.
14. Comience a nivel del sitio de la incisión y, mediante fricción ligera, muévase en círculos cada vez más amplios, desplazándose desde el centro a la parte exterior, hacia la línea más distante del área preparada. **Bases racionales:** al limpiar desde el área más limpia a la menos limpia se previene la contaminación.

15. Deseche con frecuencia las torundas sucias.
16. Con el uso de una máquina de afeitar y una navaja afilada, afeite el pelo alejándose del sitio de la incisión. Con la mano libre estire la piel hasta que quede tensa y luego afeite, siguiendo el patrón de crecimiento del pelo y usando movimientos regulares y firmes. **Bases racionales:** el afeitado, se efectuara más al ras y se evitaran cortes en la piel.
17. Cambie la navaja de afeitar tantas veces como se requiera. Evite cortar la piel. Informe si esta tiene erosiones.
18. Cuando se haya retirado todo el pelo, lave de nuevo el área. Lave de manera enérgica el área cuando menos durante 2 a 5 minutos. La cirugía ortopédica puede requerir un lavado enérgico de la piel durante 10 minutos
19. Enjuague el área afeitada con agua tibia, séquela por completo con cojinetes de gasa de 4 x 4.
20. Ayude a la persona de cuidado a ponerse una bata limpia.
21. Retire y elimine el equipo
22. Coloque al individuo en posición cómoda.

## **PROCEDIMIENTO 09. LAVADO PREOPERATORIO**

### **OBJETIVO:**

- Preparar la zona operatoria dejándola libre de suciedad, residuos y flora bacteriana.
- Excluye la posibilidad de infección.

### **ALCANCE:**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice lavado preoperatorio. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.  
Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.  
Pasantos del Programa de Licenciatura en Enfermería.  
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

Antisépticos  
Esponjas  
Esponjas embebidas en soluciones.  
Guantes  
Bata  
Cubre bocas

## **PROCEDIMIENTO**

Preparación: La zona operatoria y el área circundante deben ser preparadas con soluciones antisépticas, como son Povidona Iodada, preparados de Clorhexidina. Nunca deben emplearse soluciones desinfectantes destinadas y fabricadas para uso en superficies o fómites.

1. Se recomienda el uso de dosis unitarias de cada solución antiséptica a usar o de esponjas embebidas en estas soluciones para un solo uso.
2. Estas deben ser seleccionadas de acuerdo a las Normas de IIH de los Servicios o a las recomendaciones del Ministerio de Salud. Su uso debe estar de acuerdo a las instrucciones del fabricante.
3. El antiséptico utilizado en la preparación debe ser de la misma familia que el antiséptico que se utilizará en la pincelación de la piel, ya que se producen antagonismos entre antisépticos diferentes.
4. Deben estar de acuerdo con la sensibilidad del paciente y su toxicidad (p. Ej.: clorhexidina ototóxica). Antecedentes que se deben recoger de la historia clínica del paciente; o de la evaluación médica o de enfermería en esta misma.

## **Selección de los antisépticos**

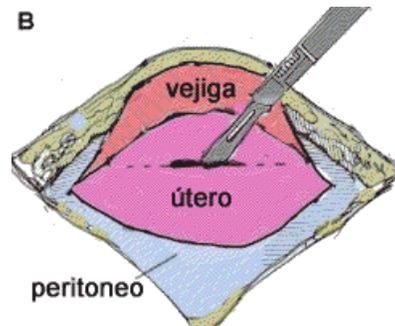
1. Deben ser de amplio espectro.
2. Acción rápida, efecto en el menor tiempo posible.
3. Acción residual, que prolongue su efecto por varias horas después de aplicado.
4. Seleccionadas de acuerdo a localización de la incisión (cara, oído) y condiciones de la piel y necesidades del paciente.

Las técnicas de preparación de la piel varían de acuerdo a las condiciones de la piel en el sitio de la incisión. Independiente de los agentes elegidos la preparación se debe realizar de acuerdo a los principios de técnicas asépticas, uso de elementos estériles, como guantes, pinzas, torundas o esponjas.

- La preparación de la piel, debe iniciarse en el sitio de la incisión (área más limpia) hacia la periferia, con movimientos centrífugos. Las personas que realizan ésta preparación de piel, deben ser expertos y considerar el largo de la incisión y todos los requerimientos que exija el procedimiento quirúrgico. Las zonas preparadas deben ser lo suficientemente grandes como para acomodarse a una extensión de la incisión, a una incisión adicional y potencialmente a sitios de drenaje (que deben ser expuestos por contrabertura).
- Una excepción a la regla de comenzar la preparación en el sitio de la incisión, es cuando este sitio es considerado sucio, como por ejemplo ostomías, salidas de drenajes, ombligo, recto y vagina. Al comenzar la preparación en un área que contiene un gran número de microorganismos, podemos dispersarlos hacia otras zonas del área quirúrgica, aumentando el riesgo de infección. En estos casos se prepara el área limpia primero y las contaminadas después. Estas áreas contaminadas se pueden aislar con una compresa embebida con solución antiséptica o solución salina, si éstas son mucosas.

## INCISIÓN TRANSVERSAL:

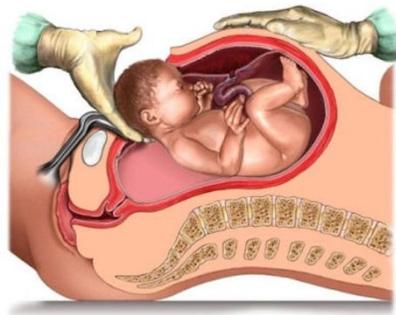
- Bloqueo Subaracnoideo
- Asepsia y antisepsia de la región abdominal.
- Disección por planos de la pared hasta cavidad abdominal
- Inicia la exploración de útero.
- Colocar compresa aislante para absorber líquido, sangre y rechazar intestino.



- Colocación de segundos campos.
- Separador de Balfour.
- Colocación de valva suprapúbica
- Al ingresar a la cavidad abdominal se identifica el segmento uterino y se repara el peritoneo del receso vesicouterino que se incide transversalmente.

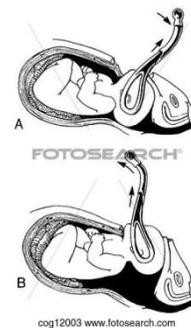
En el punto medio del segmento se hace una incisión transversa superficial y cuidadosa con bisturí, y con una pinza de Kelly se incide el útero para llegar a la cavidad amniótica; luego, digitalmente, o con tijeras, se amplía la incisión del segmento en sentido transversal (incisión tipo Kerr), hasta aproximadamente 10 cm, con el objetivo de permitir la extracción del feto.

- El ayudante procede al deslizamiento del útero en forma ascendente.
- El peritoneo es tomado con pinzas de disección sin dientes efectuando corte con tijera 3-4cm a ambos lados de la línea media.
- Deslizamos la vejiga en forma descendiente.
- En la línea media del útero se incide con bisturí 2cm de ancho entre la serosa vesico uterina y el miometrio del segmento uterino inferior hasta la exposición de las membranas amnióticas.
- Se introduce el dedo índice y medio en el corte levantando ángulo de la histerotomía.



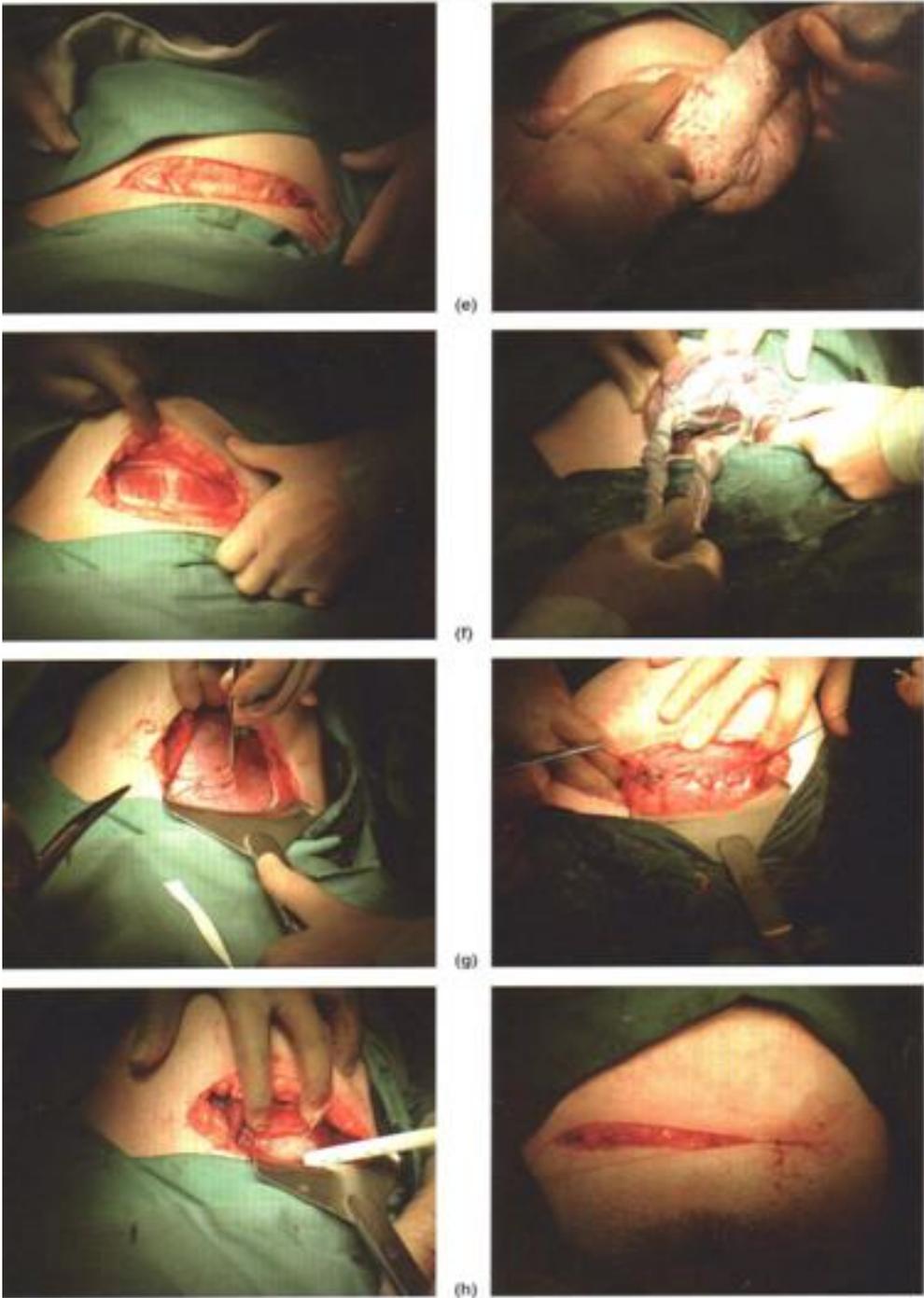
- Realizando un corte con tijera de 4-5cm a ambos lados de la línea media para formar una línea arqueada con cavidad superior.
- Se introduce cuidadosamente la mano dominante del cirujano, tratando de colocar el vértex o el sacro a nivel de la histerotomía.

- Se retira valva suprapúbica y con suave presión el ayudante en el fondo uterino se procede al nacimiento del producto.
- En la presentación cefálica pueden emplearse instrumentos (fórceps o espátulas) para facilitar la extracción o el deslizamiento de la presentación a través de la incisión uterina.



- Una vez fuera la cabeza se tracciona en forma suave pero firme, para permitir la salida de los hombros.
- El resto del cuerpo sale sin maniobra alguna.
- Una vez obtenida la extracción fetal y realizado el secado y estimulación del recién nacido, se pinza el cordón umbilical.
- Se efectúa el corte.
- En situación transversa con dorso inferior o superior debe tomarse para la extracción del producto la primera parte anatómica que se nos presente.
- Pasar a través de la placenta con la mano y extraer el producto.

- El RN se entrega al pediatra.



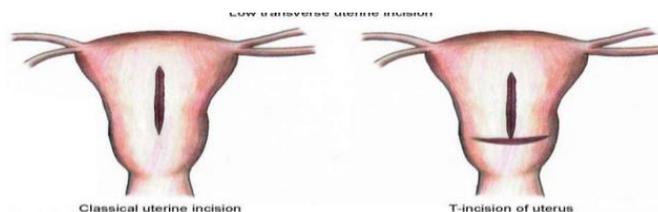
- Se procede al alumbramiento dirigido, con tracción sostenida del cordón umbilical y masaje uterino externo para obtener la placenta.
- Toma de bordes del miometrio que fueron seccionados con las pinzas Allis, una en cada ángulo y otras dos en labios superior e inferior de la histerotomía.
- Se verifica la extracción completa de la placenta, se limpia la cavidad uterina con una compresa y se procede a practicar la histerorrafia promoviendo la contracción uterina con una infusión de cinco unidades de oxitocina
- Posteriormente se administra Oxitocina 20U
- La sutura de la histerotomía se realiza en dos planos.

### **TÉCNICA QUIRÚRGICA VERTICAL**

- Incisión vertical media infraumbilical Vaina anterior de los rectos
- Separar rectos y piramidal hasta aponeurosis trasversal y peritoneo
- Separar epiplón con Kelly, verificar que no toque intestino o vejiga
- Se incide de forma descendente peritoneo, hasta arriba de la reflexión peritoneal sobre la vejiga.

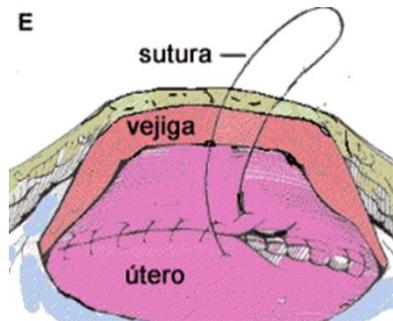
¿Porque realizar incisión vertical?

- Dificultad para exposición o seguridad al ingreso uterino:
  - Vejiga muy adherida
  - Leiomioma en segmento uterino inferior
  - Invasión cervical por cáncer
  - Obesidad masiva de la madre
  - Placenta previa con implantación anterior
  - Posición transversa de feto grande
  - Fetos múltiples



## **CIERRE POR PLANOS.**

- Clásicamente se describe la histerorrafia en un primer plano con puntos continuos cruzados perforantes, deciduo-musculares, y un segundo plano con puntos continuos simples invaginantes, músculo-musculares.



- UTERO (MIOMETRIO) Catgut crómico 1 (2)
- PERITONEO VICERAL, crómico 2/0
- PERITONEO PARIETAL, crómico 2/0
- APONEUROSIS, vicril 1
- TEJIDO CELULAR SUB. Vicril 2/0
- PIEL, POLIPROPILENO 2/0

## **CUIDADOS**

- Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 hrs hasta el alta de la paciente.
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.
- Administración de líquidos por vía oral después de 8 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs de postoperatorio.
- Vigilancia de loquios transvaginal.
- • Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- • Vigilar sangrado de herida quirúrgica.

- Retiro de puntos de sutura totales de 7-10 días.
- Vigilancia del dolor.

## **PARTO**

El parto es el momento de la salida del bebé del útero materno. Se considera que una mujer inicia el parto cuando aparecen contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino. El parto se suele producir entre la semana 37 y 42 de la última menstruación.

**OBJETIVO:** Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice parto. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **PROCEDIMINETO 10. LAVADO DEL ÁREA GENITAL**

### **OBJETIVO.**

Prevenir infecciones en el área genital.

Proteger al recién nacido de alguna infección.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la posición de la persona. El personal, docente o estudiante, que solicite y utilice el lavado del área genital. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

**RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

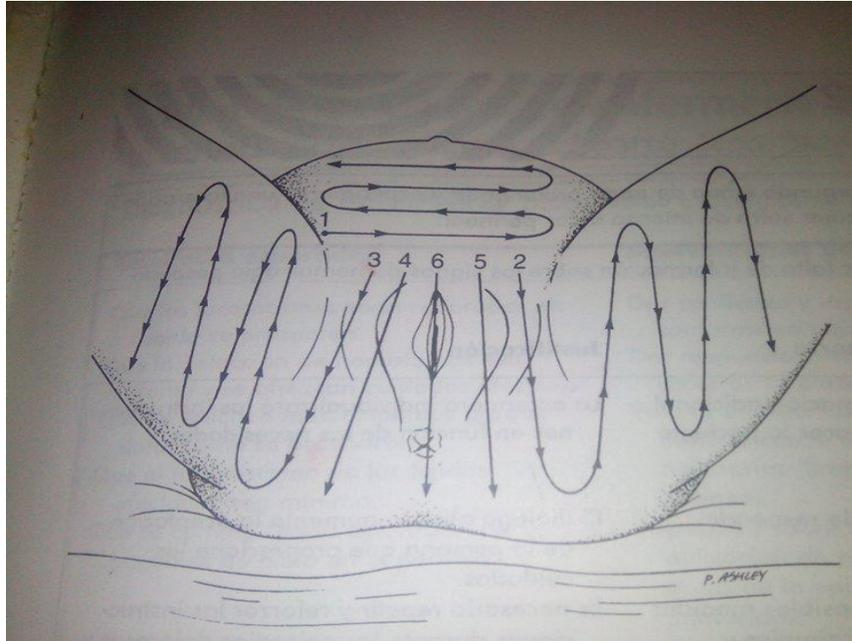
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

**MATERIAL Y EQUIPO**

- Guantes
- Gasas
- Isodine
- agua

**DESARROLLO**

- Informar a la Persona De Cuidado sobre la técnica a realizar.
- poner guantes.
- Colocar a la persona de cuidado en posición ginecológica.
- Descubrir el área genital.
- Empapar la gasa con Isodine
- En un solo movimiento

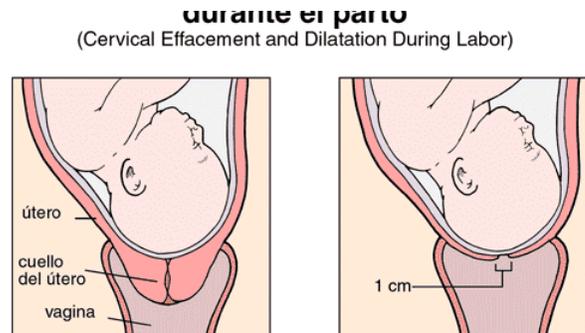


## ETAPAS DEL PARTO.

### PRIMER ETAPA

#### Dilatación y Borramiento

- La primera etapa se inicia con el comienzo del parto verdadero y termina cuando el cuello uterino está completamente dilatado con 10 cm.



La primera etapa del parto se subdivide en las fases:

- latente
- activa
- transición.

Cada fase del parto se caracteriza por unos cambios físicos y psicológicos.

La fase **latente** empieza cuando aparecen las contracciones regulares, que son habitualmente moderadas.

- Las contracciones uterinas se establecen durante la fase latente y aumentan en frecuencia, duración e intensidad. Pueden comenzar como contracciones moderadas que duran de 15 a 20 segundos, con una frecuencia de 10 a 20 minutos, y van progresando a moderadas, con una duración de 30 a 40 segundos y una frecuencia de 5 a 7 minutos.
- El cuello uterino comienza a dilatarse y también comienza el borramiento aunque el feto no desciende o desciende poco.

- Para la mujer nulípara la fase latente o temprana de la primera etapa del parto dura una media de 8.6 horas aunque no debe de exceder las 20 horas.
- En las mujeres multíparas dura una media de 5.3 horas aunque no debe exceder las 14 horas.



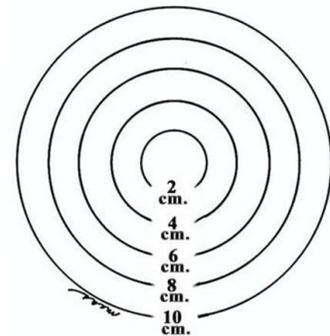
- Las membranas amnióticas se abomban a través del cuello uterino adquiriendo una forma cónica. La rotura espontánea de las membranas generalmente se produce durante el pico de una contracción intensa saliendo de la vagina un chorro de líquido.
- Amniotomía o rotura de membranas.

### **FASE ACTIVA.**

- La ansiedad de la mujer tiende a aumentar al notar la intensificación de las contracciones y del dolor.
- Las mujeres que cuenta con personas y familiares de apoyo pueden experimentar una satisfacción mayor y una ansiedad menor que aquellas sin apoyo.
- Durante esta fase el cuello uterino se dilata desde 3 a 4 cm hasta los 8 cm.
- Aquí el descenso fetal es progresivo.

### **FASE DE TRANSICION.**

- La fase de transición es la última etapa o la última parte de la primera etapa del parto.
- La mujer puede mostrar una ansiedad significativa. Percibe de forma aguda el aumento de la fuerza y la intensidad de las contracciones.
- Durante esta fase activa y de transición, las contracciones se hacen más frecuentes e intensas. Al final de la fase activa las contracciones tienen una frecuencia de 2 a 3 min una duración de 60 segundos y una intensidad fuerte.
- Durante la transición las contracciones se suceden cada 2 min aproximadamente con una duración de 60 a 90 segundos y una intensidad muy fuerte.
- La dilatación cervical se hace más lenta según progresa de 8 a 10 cm.
- Cuando la dilatación se acerca a los 10 cm puede existir un aumento de la presión recta y un deseo incontrolable de defecar un aumento de la cantidad de sangre y la rotura de membranas.



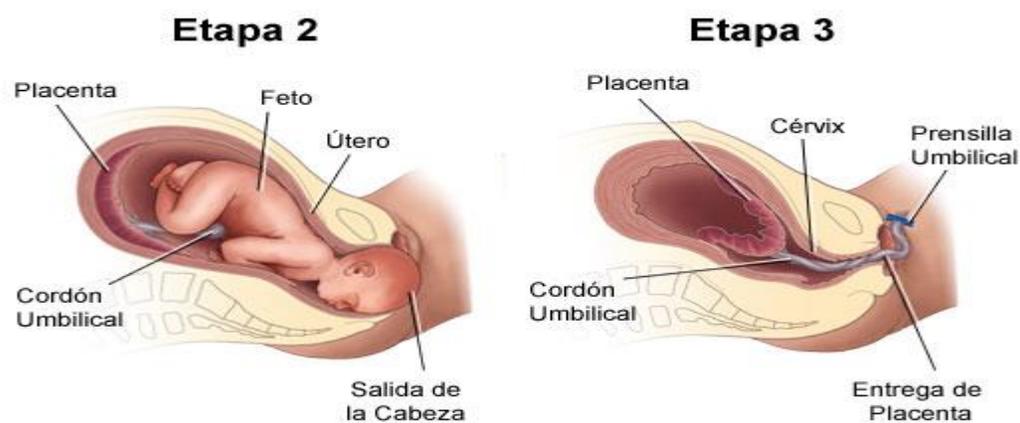
- En el pico de las contracciones la mujer experimenta una sensación de presión tan fuerte que parece que su abdomen estallara de presión. Esa sensación es normal en esta etapa.

Las características de esta fase pueden incluir lo siguiente:

- Aumento del fluido hemático
- Hiperventilación, al aumentar la frecuencia respiratoria
- Molestias generales, incluyendo dolor de espalda, temblores y calambres en las piernas, y una mayor sensibilidad al contacto físico
- Mayor necesidad de la presencia y apoyo de la pareja y/o enfermera
- Agitación
- Inquietud e irritabilidad
- Dificultad para comprender las instrucciones
- Sensación de desconcierto, frustración y enfado ante las contracciones
- Petición de medicación
- Hipo, eructos, náuseas y vómitos
- Perlas de sudor en el labio superior o la frente
- Incremento de la presión rectal y necesidad urgente de defecar

## SEGUNDA

## ETAPA



## Nacimiento o Expulsión

- La segunda etapa comienza con la dilatación completa y termina con el nacimiento del recién nacido.
- Las contracciones continúan con una frecuencia de aproximadamente 2 min con una duración de 60 a 90 segundos y una intensidad fuerte.
- El descenso de la parte presentada del feto continúa hasta alcanzar el suelo del periné.
- Según va descendiendo el feto la mujer suele sentir la necesidad de empujar debido a la presión de la cabeza del feto sobre los nervios sacro y obturador.
- A medida que la cabeza fetal continúa el descenso el periné comienza a abultarse, aplanarse y moverse en dirección anterior.
- La cantidad de líquido sanguinolento puede aumentar.
- Los labios comienzan a separarse con cada contracción. Entre las contracciones la cabeza parece retroceder.
- Con las contracciones sucesivas y el esfuerzo de empuje de la mujer la cabeza sigue descendiendo.
- El coronamiento se produce cuando la cabeza fetal está rodeada por el orificio vaginal externo y significa que el nacimiento es inminente.

## NACIMIENTO (PRESENTACIÓN DE VÉRTICE)

- La cabeza fetal dilata la vulva en cada contracción, el periné se adelgaza de forma extrema y el ano se estira y protruye.
- Con el tiempo, la cabeza supera la sínfisis del pubis y se produce el nacimiento.

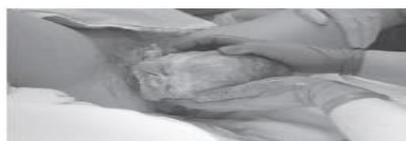


FIGURA 15-32 • La secuencia del parto.

## ESPONTÁNEO



- Cuando el hombro se encuentra ya por debajo de la sínfisis del pubis, un suave empujón de la madre ayuda de los hombros.
- Luego aparece el cuerpo.

## CAMBIOS DE POSICIÓN DEL FETO

- Para que el feto pase a través del canal del parto, la cabeza fetal y el cuerpo deben ajustarse mediante ciertos cambios de posición. Estos cambios, denominados **movimientos cardinales** o mecanismos del parto, se describen según su orden de aparición

412 Parte IV ♦ Nacimiento y familia

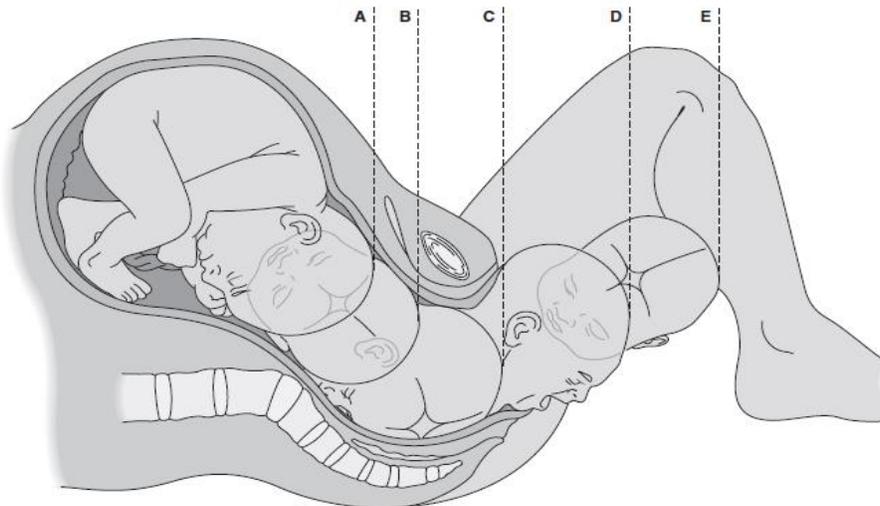


FIGURA 15-13 ♦ Mecanismos del parto. A, B, Descenso. C, Rotación interna. D, Extensión. E, Rotación externa.

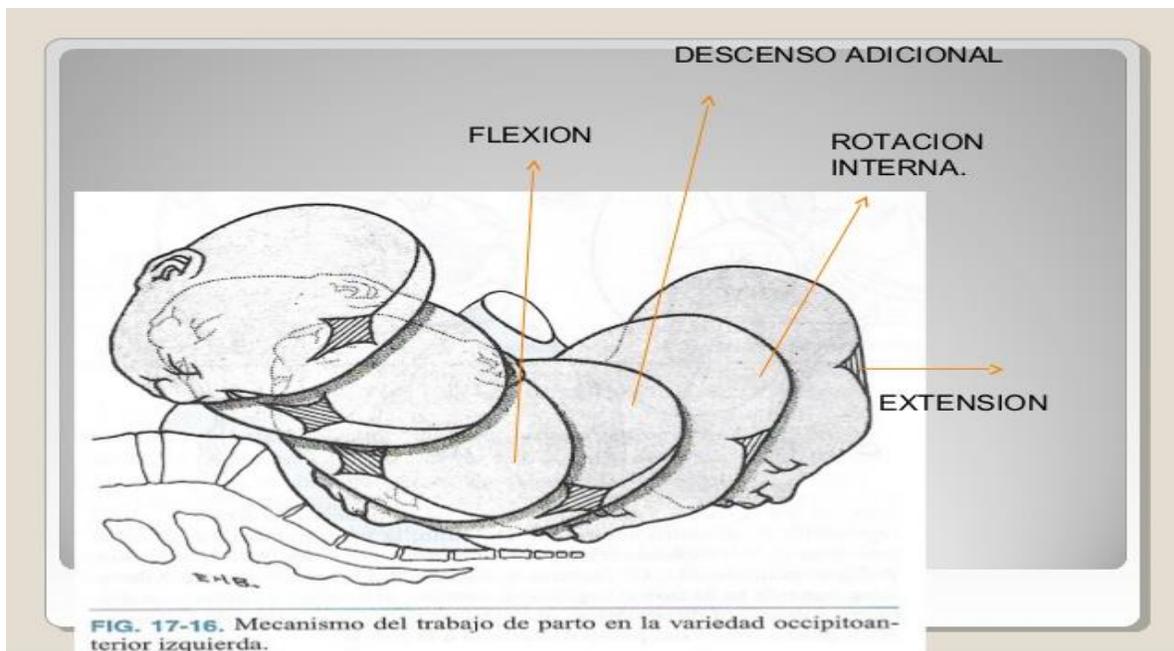


FIG. 17-16. Mecanismo del trabajo de parto en la variedad occipitoanterior izquierda.

## DESCENSO.

El descenso se debe a la combinación de cuatro fuerzas:

- 1) Presión del líquido amniótico;
  - 2) Presión directa del fondo uterino sobre las nalgas
  - 3) Contracción de los músculos abdominales
  - 4) Extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.
- La cabeza se presenta en la entrada pélvica en posición occipucio transversal u oblicua porque la entrada pélvica es más ancha en este sentido.

## FLEXION

- La flexión aparece cuando la cabeza fetal desciende y se encuentra con la resistencia de los tejidos blandos de la pelvis, los músculos del suelo de la pelvis y el cuello uterino.
- Como resultado de esta resistencia, el feto flexiona la barbilla hacia el pecho.

## ROTACION INTERNA.

- La cabeza fetal debe rotar para adecuarse al diámetro de la cavidad pélvica

## EXTENSION

- La resistencia de la base de la pelvis y el movimiento mecánico de la vulva abriéndose anteriormente y hacia delante, ayuda a la extensión de la cabeza fetal cuando pasa por debajo de la sínfisis del pubis.
- Con este cambio de posición, el occipucio, y luego la frente y la cara, emergen de la vagina.

## RESTITUCIÓN

- Los hombros del feto se presentan en la entrada de la pelvis de forma oblicua y se mantienen así cuando la cabeza gira hacia el diámetro anteroposterior en la rotación interna.

- Debido a esta rotación, el cuello queda girado. Una vez nazca la cabeza y esté libre de la presión pélvica, el cuello recupera su posición normal, girando la cabeza hacia un lado (restitución) y alineándose con la espalda en el canal del parto.

#### ROTACIÓN EXTERNA

- Al girar los hombros hacia la posición anteroposterior en la pelvis, la cabeza gira hacia ese lado (rotación externa).

#### EXPULSIÓN

- Después de la rotación externa y los esfuerzos de empuje de la parturienta, el hombro anterior se encuentra bajo la sínfisis púbica y se desliza hacia fuera.
- El hombro y la cabeza se flexionan lateralmente, y nace el hombro anterior seguido del hombro posterior. El cuerpo nace rápidamente después.

### PROCEDIMIENTO 11. PROFILAXIS OCULAR

#### OBJETIVOS:

-Proteger a los bebés de contraer infecciones bacterianas en los ojos durante el nacimiento

-Evitar la ceguera en los bebés.

-Por qué los recién nacidos reciben medicamento para los ojos

#### ALCANCE:

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la profilaxis ocular. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

#### RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.  
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- Torundas de algodón o gasa no tejida estéril.
- Suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Bolsa de desechos.
- Ungüento de eritromicina de uso individual en pacientes con antecedentes.

### **DESARROLLO**

- Realizar lavado de manos con jabón antiséptico.
- Colocarse guantes estériles.
- Usar ungüento antibiótico si es necesario o suero fisiológico.
- Humedecer 2 torundas de algodón con suero fisiológico para hacer aseo ocular.
- Con una torunda de algodón limpiar el párpado desde el ángulo interno hacia el externo en forma suave y eliminar la torunda en la bolsa de desechos.
- Repetir lo mismo en el otro ojo.
- Bajar el párpado inferior y aplicar ungüento a lo largo del saco conjuntival en cada ojo en caso de indicación médica.
- Masajear los párpados suavemente para diseminar el ungüento si corresponde.
- Desechar torundas en bolsa de papel.
- Dejar al recién nacido cómodo y seguro.
- Retirar los guantes.
- Eliminar material sucio en bolsa para desecho.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en ficha clínica del recién nacido

## **PROCEDIMIENTO 12. APLICACIÓN DE VITAMINA “K”**

Lograr la coagulación de la sangre en los recién nacidos

Prevenir el sangrado por deficiencia de vitamina “K”.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la aplicación de vitamina “K”. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- 2 torundas de algodón, estériles
- Alcohol al 70%
- Jeringa de tuberculina
- Ampolla de vitamina K de 1 mg
- Guantes de procedimiento
- Bolsa de desechos
- Caja desecho corto punzante

### **PROCEDIMIENTO**

- Verificar dosis de vitamina K, según peso del recién nacido y cargar la jeringa de tuberculina con la dosis indicada
- Realizar lavado de manos
- Colocarse guantes de procedimiento
- Pincelar con 1 torunda con alcohol al 70% el tercio medio borde externo o lateral del muslo y dejar secar

- Fijar extremidad inferior a puncionar sosteniendo con una mano (la mano menos diestra)
- Puncionar en el tercio medio anterior del muslo en ángulo de 90°C
- Aspirar e inyectar solución
- Si fluye sangre, retirar un poco la aguja, aspirar nuevamente, si no fluye sangre puede introducir el medicamento
- Retirar aguja, presionar sitio de punción con tórula seca
- Desechar aguja en caja del corto punzante
- Desechar material sucio en bolsa de desechos
- Dejar al recién nacido cómodo y seguro
- Retirar los guantes
- Realizar lavado de manos
- Registrar en ficha clínica del recién nacido

#### Dosis de vitamina K

- RN con peso mayor o igual a 2000 gr. Administrar 1mg IM
- RN con peso menor a 2000gr. Administrar 0,5 mg IM

#### Consideraciones

- Las profilaxis serán diferidas hasta dos horas para favorecer el contacto precoz y la estimulación de la lactancia
- Frente a una situación de reanimación, la profilaxis será diferida hasta que el recién nacido se estabilice.
- Las profilaxis se deben realizar a todos los recién nacidos en la sala de atención inmediata.
- Verificar que no exista sangramiento del cordón posterior a la ligadura.
- La vitamina K debe mantenerse protegida de la luz (se inactiva).
- Se recomienda realizar este procedimiento bajo calor radiante para evitar las pérdidas de calor en el recién nacido.
- Si las profilaxis son diferidas por gravedad del recién nacido y traslado, debe quedar consignado en su ficha e informar al profesional responsable que lo recibe.

## **PROCEDIMIENTO 13 MEDICIONES ANTROPOMETRICAS**

### **OBJETIVOS**

- Identificar el tipo de desnutrición de acuerdo a la edad.
- Determinar el peso y la talla del recién nacido.
- Identificar los factores de riesgo que presenta el recién nacido.

**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice las mediciones antropométricas. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.  
Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.  
Pasantés del Programa de Licenciatura en Enfermería.  
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

Báscula electrónica

Cinta de teflón

Peso Técnica.

Actualmente, existen básculas electrónicas que tienen una gran precisión si se utilizan con la técnica de medición adecuada. La persona que realiza dicha medición debe conocer perfectamente la técnica y haber pasado previamente por un ejercicio de estandarización. El peso debe ser medido a la misma hora del día, a una temperatura ambiental agradable y sin cambios bruscos, y bajo las mismas condiciones (pre o postprandial, con la vejiga vacía), en una báscula con charola

situada sobre una superficie plana y con una precisión ideal de 0.1 g. La báscula debe ser calibrada semanalmente, utilizando objetos de peso conocido. El niño debe ser colocado desnudo y sin pañal sobre la báscula, cuidando que todo su cuerpo permanezca dentro de la charola y distribuido de manera uniforme sobre el centro de ésta. Lo ideal es utilizar una báscula electrónica que proporcione el peso aproximándolo a los 10 g más cercanos. El peso debe obtenerse por duplicado para hacer un promedio de ambas mediciones, o bien puede repetirse la medición hasta que se obtengan dos cifras iguales.

### Perímetro Torácico

#### Técnica:

Se utiliza una cinta de teflón con los extremos superpuestos y con precisión de 1mm. La cinta debe ser colocada justo donde se ubican los botones mamarios del recién nacido y debe quedar en plano perpendicular al tronco del cuerpo. Durante la medición, el paciente debe de estar erecto y con los brazos a los costados. La lectura de la medición debe realizarse en la parte frontal del pecho al final del evento espiratorio y no se debe de ejercer presión sobre la piel.

### Perímetro Cefálico

#### Técnica.

El paciente debe tener la cabeza libre de cualquier objeto y de preferencia no debe de estar en contacto con la cuna (se puede sentar sostenido por un observador distinto al que realiza la medición), lo ideal para realizar esta medición es usar una cinta de teflón de 1.0 cm de grosor. La cinta debe ser colocada en el perímetro máximo de la cabeza y como referencia se utiliza el punto máximo del occipucio y la glabella (en el entrecejo). La cinta debe de situarse en plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza. El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza (el entrecejo) y es ahí donde se realiza la lectura. Se ejerce una leve presión al momento de tomar la medición para comprimir el pelo y ligeramente la piel. La medición se aproxima al 0.1 cm más cercano.

## TERCERA ETAPA

### ALUMBRAMIENTO

#### Separación de la placenta

- Aquí el útero se contrae firmemente, disminuyendo su capacidad y la superficie de unión placentaria. Cuando comienza la separación se produce un sangrado el cual forma un hematoma que acelera el proceso de separación.
- Las membranas son las últimas en separarse.

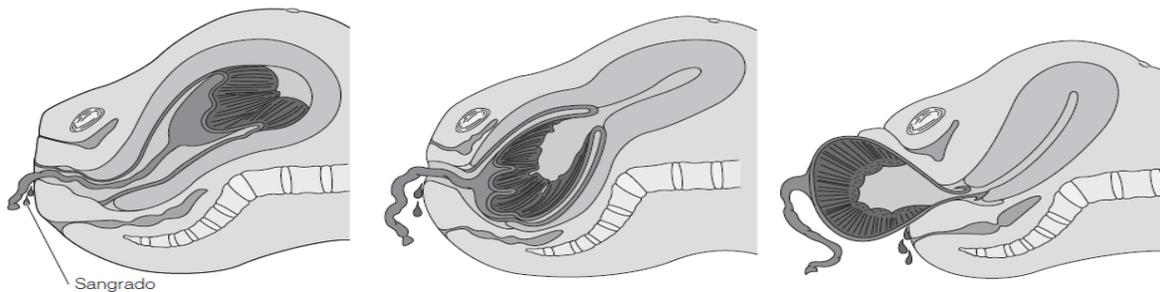
Al separarse la placenta se presentan los siguientes signos:

- 1) Útero de forma globulosa;
- 2) Elevación de su fondo en el abdomen;
- 3) Un chorro repentino o un goteo de sangre;
- 4) Mayor protrusión (acción que realiza un órgano cuando sobre sale de su ubicación normal) del cordón umbilical fuera de la vagina.

#### Expulsión de la Placenta

La mujer puede ayudar a su expulsión.

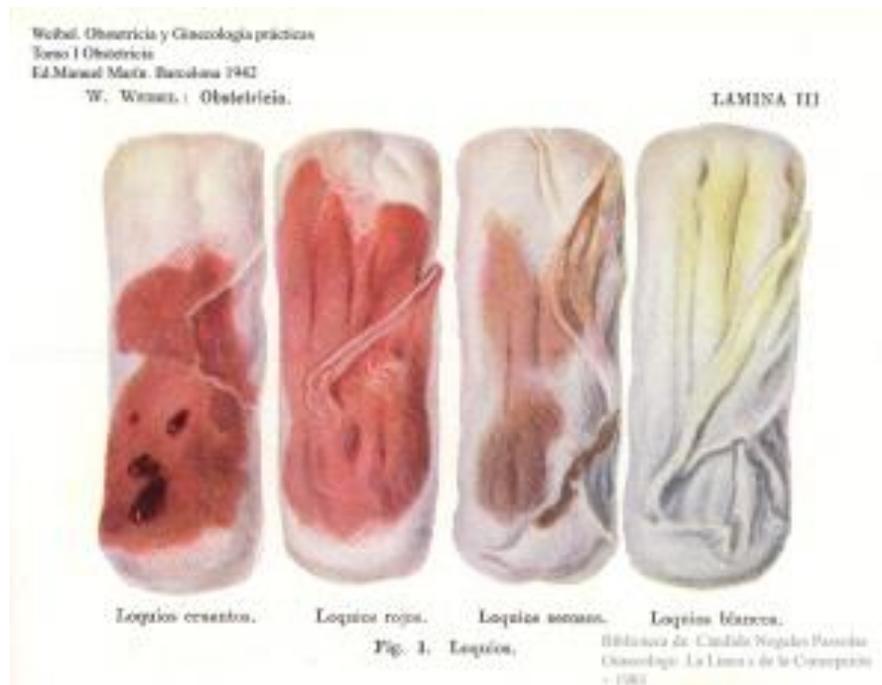
- Se puede aplicar una tracción suave sobre el cordón umbilical al mismo tiempo que se presiona sobre el fondo.
- El propio peso de la placenta ayuda en el desprendimiento de las membranas de la pared uterina.
- Si la placenta se desprende desde el interior hacia los márgenes externos, se expulsa con la parte fetal hacia fuera, se conoce como mecanismo de Schultze de expulsión de la placenta.



## CUARTA ETAPA

### Recuperación

- La cuarta etapa del parto es el tiempo, entre 1 y 4 horas tras el parto, durante el cual comienza el reajuste fisiológico del cuerpo de la madre.
- Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el cuello uterino está muy distendido y engrosado.
- Habitualmente cesan las náuseas y los vómitos. La mujer puede estar sedienta y hambrienta.
- Puede experimentar escalofríos, que se cree están asociados con el final del esfuerzo físico del parto.
- Útero: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas.
- Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:
  - \* Contracción permanente o retracción uterina
  - \* Contracciones rítmicas espontáneas
  - \* Contracciones inducidas
- Loquios: Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio.
- Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa).
- Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.



### PROCEDIMIENTO 13.EPISIOTOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en practicar una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal.

#### OBJETIVO:

- Ampliar el canal del parto
- Acortar la duración del parto para que la salida del bebé se produzca antes.
- Facilitar la salida del bebé y minimizar el riesgo de desgarro no controlado.

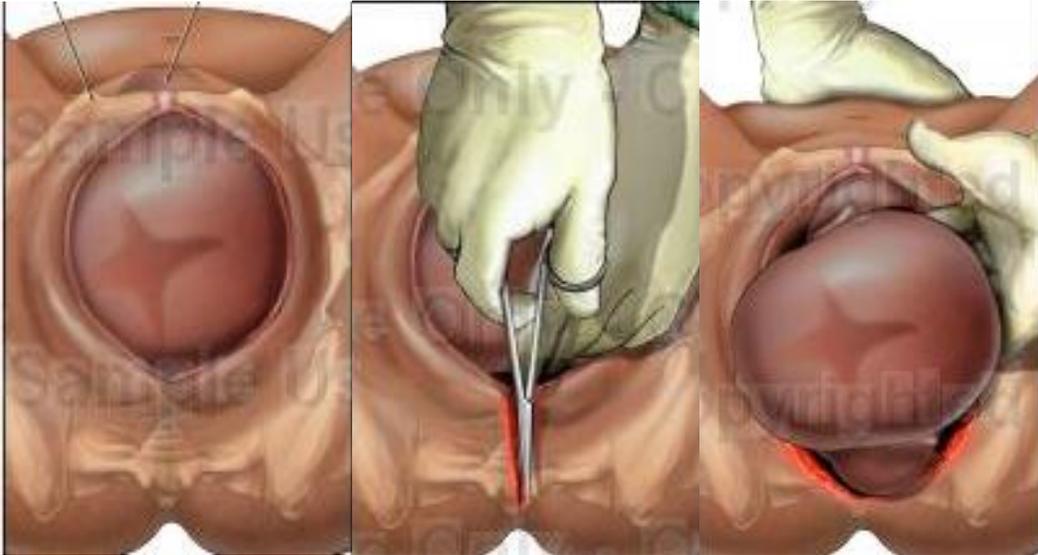
**ALCANCE:** El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la episiotomía. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

**RESPONSABLES:** Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.



### **Beneficios de la episiotomía**

#### **MATERNOS:**

- Puede disminuir la incidencia de desgarros serios.
- Cicatriza con mayor rapidez que los desgarros.

#### **FETALES:**

- Acorta la segunda etapa del trabajo de parto.
- Puede prevenir lesiones cerebrales y reducir la presión sobre la cabeza fetal por el suelo pélvico.

#### **OBSTÉTRICOS:**

- Facilita las maniobras obstétricas, como el uso de fórceps y la vacuoextracción.
- Facilita el nacimiento de productos con mala presentación o macrosómicos.

## RIESGOS DE LA EPISIOTOMÍA

- Aumentan los riesgos de infección.
- El dolor puede inhibir la micción y la defecación en el puerperio.
- Se eleva el riesgo de hemorragia.
- Aumenta el riesgo de dispareunia persistente, que puede durar seis meses o más.

## TIPOS DE EPISIOTOMÍA

### MEDIAL O VERTICAL:

- Se realiza en forma vertical, longitudinal desde la vagina hacia el ano.
- Permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápidamente, se efectúa en una zona de tejido conjuntivo.



### MEDIOLATERAL:

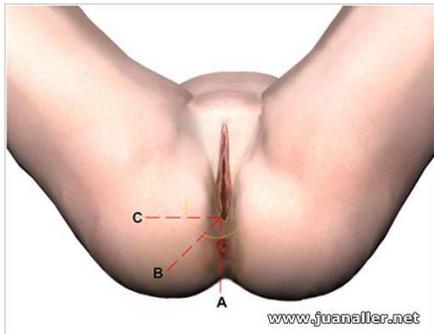
Consiste en practicar la incisión con un ángulo en la dirección del ano, pero alejado de éste. La tijera secciona siguiendo un ángulo de 45° respecto a la horizontal.

Se dirige en línea oblicua hacia la nalga, hacia la derecha o izquierda



### **LATERAL:**

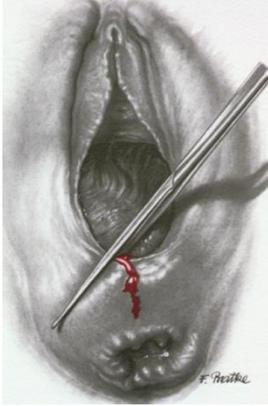
- Consiste en practicar la incisión perpendicular a la dirección del ano, en horizontal.
- Protege el recto, que difícilmente se lacera con este tipo de incisión.



### **TÉCNICA**

- Se aplica anestesia local cuando la cabeza del bebe distiende el periné durante el periodo expulsivo.

- Se realiza el corte con tijera, desde adentro hacia fuera y de arriba hacia abajo, atravesando la mucosa vaginal, la piel y los músculos de la región perineal.



- La episiorrafia debe iniciarse después del alumbramiento.
- La sutura se comienza desde el ángulo vaginal.
- Primero se sutura los músculos, en segundo lugar la mucosa vaginal y por último se aproximan los bordes de la piel.



## **CUIDADOS**

- Aplicar compresas frías o con hielo dentro de las primeras 24 hr.
- Mantener el área alrededor de los puntos de sutura limpia y seca.

- Rociar agua caliente sobre el área después de orinar o tener una deposición.

## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Manual de pediatría, Ronald Noguera, 1º edición, 2009
- ▶ Castro López, F., Urbina Laza O. - Manual de enfermería en neonatología
- ▶ Ladewing, P; London, M; Moberly, S. (2002). “*Enfermería Maternal y del Recién Nacido*”. 5ta Edición.
- ▶ Secretaria de Salud. (2002). “*Cesarea Segura, Lineamiento Técnico*”. Dirección General de Salud Reproductiva.
- ▶ Vazquez, J. “*Manual de ginecoobstetricia*”. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/M anual\\_obstetricia\\_ginecologia.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/M anual_obstetricia_ginecologia.pdf)
- ▶ <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
- ▶ <http://www.efisioterapia.net/articulos/diferentes-posturas-parto>
- ▶ Enfermería Maternal y de Recién Nacido por Patricia W. Ladewig Marcia L. London Susan Moberly Sally B. Olds/ quinta edicion
- ▶ Curell Guerra J., Última edición, *Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY*. St. Louis, Missouri (USA). Edición en español.
- ▶ Gispert C., editorial OCEANO, *Manual de Enfermería OCEANO CENTRUM*
- ▶ Burroughs A., Leifer G., (2001) Octava edición *ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL*

Martínez, E; Gómez, C. (1994). Manual de Procedimientos de Enfermería Materno-Infantil. Edit. Murcia: Universidad, Secretariado de Publicaciones. Dispon Bibliografía: Domínguez Dieppa F.2008. Guías de prácticas clínicas en neonatología

- ▶ ible en: <https://books.google.com.mx/books?isbn=8476844921>
- ▶ Bibliografía: Domínguez Dieppa F.2008. Guías de prácticas clínicas en neonatología