

**PROYECTO CUIDADO MATERNO
MOTHERCARE**

CURRICULUM

**PARA CAPACITACIÓN TUTORIAL SOBRE COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS Y PERINATALES DE ENFERMERAS HOSPITALARIAS**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA**

**Hospitales de
Totoncapán, Sololá, San Marcos,
Suchitepéquez y Retalhuleu**

Guatemala, septiembre de 1998

RECONOCIMIENTOS

Contenido Técnico

Susan Colgate Goldman

Texto y Revisión

Licda Alicia Ruano de la Cruz
Dra Elizabeth de Bocaletti

Diseño, Diagramación
y Edición

Ana Marta Meléndez Vásquez
Patricia Mercedes De León Toledo

Se agradece la
colaboración de

Dr Mario Prado
Hospital Nacional de San Marcos

Dr William Cross
Hospital Nacional de Sololá

Dr Neftalí Argueta
Hospital Nacional de Totonicapán

Dr Sergio Flores
Dr Heberto De León
Hospital Regional de Quetzaltenango

Carmela Cavero

Jeanne McDermott

MATERNIDAD SIEMPRE NUEVA

Por Reynaldo Pareja

**Te vuelvo a ver
amiga entrañable
convertida de nuevo
en Misterio de Vida**

**Te miro en tu esplendorosa redondez
y alabo tu género
que confabula con Dios
la sucesión evolutiva
de otra criatura
tuya, interna
tuya, propia
por unos meses
para verla un día
crecer
marcharse
independizarse
y repetir el ciclo sagrado
de transmitir la Vida**

**Te admiro amiga,
porque reconociendo
el mérito
sagrado
de ser diosa-creadora,
no podría
en mi sano juicio
querer el privilegio
de ser llamado "mamá".
Prefiero la comodidad recortada
de mi limitada paternidad.**

**Te veo amiga
llena como globo,
radiante de alegría
en un embarazo deseado
que te cubre de manto real
haciéndote reina del Misterio,
cántaro del cosmos
partícipe de la Evolución
co-creadora del Universo.**

**Vientre fecundo
donde el milagro de la vida
se repite
y un nuevo ser
dentro de tí palpita,
gozoso de estar vivo
inquieto en su existir
acompañando al coro silencioso
de miles de otros escondidos
en miles de vientres generosos
cantando sin voz
la melodía sin notas
más sublime del Cosmos
"Gracias Madre,
porque me has dado la Vida"**

CONTENIDO

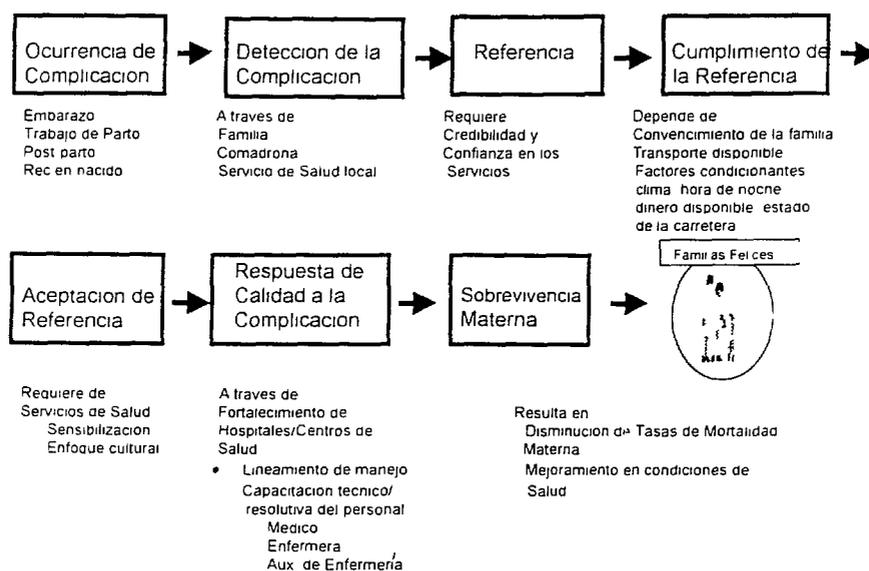
INTRODUCCIÓN	1
Metodología	2
Justificación	4
Objetivos	4
MODULOS INTEGRADOS DE CAPACITACIÓN TUTORIAL PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA	
Modulo # 1 Relaciones Humanas con pacientes	7
Modulo # 2 Hemorragias en el embarazo Ruptura prematura de membranas	15
Modulo # 3 Atención del personal de enfermería a la paciente con eclampsia, pre-eclampsia Prevención y atención de convulsiones	23
Modulo # 4 Evaluación de la madre en Labor maniobras de Leopold, detección de presentación, detección de gemelos, y pelvimetría clínica	27
Modulo # 5 Uso e interpretación de partogramas Identificación de trabajo de parto anormal trabajo de parto prolongado, detección de dilatación, detección de descenso Línea de alerta, línea de acción	33
Modulo # 6 Monitoreo de inducción/conducción Detección de hipotonía uterina, hipertonia uterina y sufrimiento fetal	39
Modulo # 7 Atención de parto normal Atención inmediata del recién nacido normal Apgar Aspiración de flemas	43
Modulo # 8 Manejo del alumbramiento normal Monitoreo del post-parto normal	49
Modulo # 9 Identificación y reanimación inmediata del recién nacido asfijado, respiración artificial, masaje cardíaco, termorregulación	55
Modulo #10 Hemorragia del post-parto	59
Modulo #11 Atención del parto podálico de urgencia	69

Modulo #12 Episiotomia y episiorrafia Revisión del perineo, de la vagina y del cuello Rasgaduras y sutura de las mismas Cuidados de las suturas en el post-parto	73
Modulo # 13 Sepsis del Recien Nacido	87
Modulo # 14 Cuidados del bebe prematuro y bajo peso al nacer	93
Modulo # 15 Utilidad de Estadísticas	99

INTRODUCCION

La muerte materna y perinatal en Guatemala sigue siendo un problema de preocupacion, debido a que las causas de esta muerte son en su mayoría sujetas a intervencion. Esta requiere de un manejo adecuado y de calidad en los servicios de salud a donde las complicaciones son referidas. Dentro de las estrategias de disminucion de la mortalidad, el Proyecto de Salud Materna ha identificado un proceso de siete pasos en la sobrevivencia materna, donde el personal hospitalario juega un papel muy importante en la respuesta de calidad, ante las complicaciones obstetricas y perinatales que llegan al hospital. Estas referencias generalmente son realizadas por comadronas o familiares de las mujeres y recién nacidos que sufren alguna complicacion y esta es detectada.

SIETE PASOS DE LA SUPERVIVENCIA MATERNA



Como resultado de las capacitaciones al personal medico y de enfermeria de los hospitales departamentales de Solola, Totonicapan, San Marcos, Suchitepequez y Retalhuleu, sobre el manejo de las principales complicaciones obstetricas y perinatales, los participantes sugirieron la realizacion de un programa tutorial de capacitacion en servicio para medicos, enfermeras y auxiliares de enfermeria. La capacitacion en su propio lugar de trabajo es considerada una estrategia muy importante dentro de las acciones del Ministerio de Salud Publica. Es por ello que el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, en coordinacion con el Proyecto de Salud Materna/MotherCare, estan realizando esfuerzos conjuntos para fortalecer estos procesos de capacitacion a nivel local.

- METODOLOGIA -

Como resultado de las necesidades de capacitacion identificadas a nivel del personal de enfermeria de los cinco Hospitales de intervencion, se ha estructurado un programa de capacitacion en sus propios lugares de trabajo con un enfoque tutorial para enfermeras y auxiliares de enfermeria

El desarrollo del proceso de capacitacion tutorial incluye

- I Negociacion a nivel de las autoridades de los cinco hospitales de la propuesta de capacitacion tutorial

Seleccion de los tutores por parte del personal de enfermeria de cada hospital, tomando como base algunas características que tenga la especializacion y/o experiencia en Obstetricia y Perinatologia, que este contratado por el hospital medio tiempo (4 horas), que le guste enseñar, idealmente que maneje la metodologia de educacion de adultos entre otras

Reuniones con los tutores para discutir sobre la metodologia de capacitacion tutorial

Se discutió con los tutores el alcance de trabajo

- II Descripcion de la metodologia tutorial

- 1 La metodologia tutorial se enfoca hacia la individualizacion del aprendizaje, el tutor desarrolla su labor educativa con 2 o 3 participantes, quienes son seleccionados (as) previamente por los/las jefes/as del departamento de enfermeria de cada hospital
- 2 Prioritariamente, el personal de enfermeria de los servicios de maternidad, inicia la rotacion
- 3 Una vez seleccionadas las enfermeras y auxiliares de enfermeria, el tutor procede a pasarles el pre-test, para medir el nivel de conocimientos en relacion al manejo de las complicaciones obstetricas y perinatales
- 4 Se discute con los participantes sobre las areas debiles desde el punto de vista teorico, con estos elementos, los tutores inician la capacitacion de la siguiente manera La primer hora de la capacitacion la dedican a la lectura y discusion de un modulo, dependiendo de la complejidad del mismo, utilizan una o dos horas, pero generalmente usan una hora, posteriormente a esto, se trasladan a los servicios de maternidad (labor y partos y post-parto), para conocer cuantos pacientes hay en los servicios, quienes tienen alguna complicacion obstetrica y/o estan en trabajo de parto, el tutor le asigna una paciente a cada enfermera y/o auxiliares de enfermeria, para atenderla en el trabajo de parto, en la atencion del parto, manejo del post-parto y si se presentan complicaciones, conjuntamente con el tutor

resuelven los casos Después de dos horas que apoya directamente el tutor, las otras 4 horas con que cuentan las enfermeras y/o las auxiliares de enfermería diariamente para esta actividad, las utilizan para fortalecer sus habilidades prácticas y estudiar el contenido de los módulos de capacitación, la parte práctica, se evalúa a través de una lista de chequeo que aparece en cada módulo, si está correctamente realizado el procedimiento médico, el tutor firma, lo que significa que la persona que se está capacitando es competente en los procedimientos realizados

Este proceso se realiza durante 20 días hábiles, 6 horas cada día (120 horas en total) Fue factible que se les otorgara este tiempo a las enfermeras de cuatro hospitales, no así en el hospital de Totonicapan, donde no fue posible que las enfermeras contaran con el tiempo para la tutoría, por lo que desarrollan la tutoría durante el horario de trabajo

III Al finalizar las 120 horas de capacitación (20 de teoría y 100 de práctica), el tutor pasa el post-test

El apoyo del Proyecto MotherCare, consiste en

- Supervisar el cumplimiento de la metodología
- Orientar al tutor en la metodología de capacitación tutorial
- Proporcionar los materiales de apoyo para la capacitación
- Recolectar y analizar la información mensual enviada por los tutores
- Promover las reuniones de evaluación del proceso de capacitación tutorial
- Participar en las reuniones de presentación de casos, en las cuales las enfermeras y auxiliares de enfermería participan en el manejo de complicaciones obstétricas y perinatales
- Reuniones con jefes/as del departamento de enfermería de cada hospital de la intervención, para discutir sobre la estrategia de sostenibilidad del proceso de capacitación tutorial a nivel de cada hospital
- Dar apoyo financiero para el tutor
- Participar en la clausura de la capacitación tutorial en cada hospital

PRESENTACION

El presente curriculum de capacitacion tutorial para personal de enfermeria, describe los elementos metodologicos mas importantes para la capacitacion tutorial, asi como los principales contenidos sobre complicaciones maternas y perinatales, provee ademas, los instrumentos que esta metodologia requiere como pre y post-test, listas de chequeo integradas en cada modulo del curriculum

Para el desarrollo de esta capacitacion tutorial, se cuenta con la infraestructura del Ministerio de Salud Publica y el apoyo tecnico y financiero del Proyecto MotherCare

Se espera que este curriculum pueda ser utilizado como una guia, por medicos y enfermeras de los hospitales, quienes tengan a su cargo la educacion permanente del componente obstetrico y perinatal

La finalidad de esta capacitacion es de contribuir a que el personal de enfermeria, a nivel de los hospitales departamentales mejore la calidad de la atencion a las madres y a los recién nacidos

JUSTIFICACION

Las principales causas de Mortalidad Materna y Perinatal, en Guatemala, estan asociadas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio altamente prevenibles, por lo que se estan realizando esfuerzos conjuntos con las areas de salud, hospitales departamentales, Programa Materno Infantil y Proyecto MotherCare para la capacitacion tutorial del personal de enfermeria en sus propios lugares de trabajo, esta capacitacion es fundamentalmente practica en base a las necesidades de aprendizaje identificadas por el personal que labora en los servicios de maternidad de los hospitales de Totonicapan, Solola, San Marcos, Suchitepequez y Retalhuleu

OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la disminucion de la mortalidad materna y perinatal hospitalaria, mediante el mejoramiento de la calidad de atencion, en el manejo de las principales emergencias obstetricas y perinatales, basandose en las funciones que competen a las enfermeras a nivel de los servicios de maternidad de los hospitales departamentales

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Manejar correctamente las principales emergencias obstetricas y perinatales que sean de su competencia tecnica resolver a nivel de hospitales departamentales
- Dar apoyo tecnico de calidad al medico, durante el manejo de las principales emergencias obstetricas que se presenten a nivel hospitalario
- Aplicar las 10 reglas de Oro en el trato de las pacientes que demandan atencion en los servicios de maternidad
- Fortalecer el trabajo en equipo, a traves de la discusion y analisis de la informacion colectada en los servicios de maternidad

MODULO # 1

Relaciones Humanas con pacientes

Meta

En este modulo la enfermera aprendera como mejorar sus relaciones con pacientes, familiares, y otro personal medico

Objetivos

El personal de enfermeria en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales, debe ser capaz de

- 1 Recibir a cada paciente con respeto y calor humano
- 2 Escuchar con atencion, paciencia y sin prejuicios
- 3 Explicar diagnosticos y sus tratamientos a pacientes
- 4 Usar/interpretar comunicacion no verbal
- 5 Guardar el secreto profesional
- 6 Proteger el pudor de la paciente
- 7 Incluir a los familiares en su atencion
- 8 Trabajar en equipo con otro personal medico (incluso con comadronas)

Definiciones

Comunicacion no verbal -- Modos de intercambiar informacion u opiniones sin hablar (gestos, movimientos corporales, expresiones faciales, contacto fisico, etc)

Prejuicio -- Opinion preconcebida o estereotipada, propension a interpretar y juzgar hechos o informacion de una manera fija Pueden ser prejuicios etnicos, religiosos, culturales, etc

Relaciones humanas -- La manera de interrelacionarse con otras personas como seres humanos

Secreto profesional -- Toda la informacion sobre la condicion de la paciente que se ha confiado al personal medico El personal tiene la responsabilidad de guardar toda esta informacion secreta

Introducción

La base de una buena calidad de servicios de salud, es la individualización de estos servicios. Individualización quiere decir que cada paciente es evaluada, reconocida, y tratada como persona individual, no como miembro de un grupo, o como ejemplo de una categoría diagnóstica. Para ofrecer servicios de mejor calidad, es necesario mantener buenas relaciones humanas con cada una de sus pacientes y con todo el personal médico, por lo que se necesita una actitud abierta y un deseo de comprender y valorar a cada persona por lo que es.

Cada paciente es un individuo único con problemas, deseos, ideas, y reacciones diferentes. La enfermera tiene que recordarse de este hecho cuando está evaluando un caso. Cada persona tiene condiciones sociales y posibilidades de apoyo únicas. Cuando está prescribiendo tratamiento o aconsejando a una paciente, tome en cuenta la realidad de su situación.

La comunicación es un arte. Cuanto más diferencias existen entre dos personas, más difícil es para comunicarse. En nuestro trabajo encontraremos toda clase de personas, y es natural que a veces sea muy difícil entenderse. Recuerde que la paciente se presenta porque tiene algún problema, y que por esta razón siente tensión y ansiedad. Estos sentimientos complican la comunicación. A veces una paciente tendrá mucha dificultad para expresar su problema, otras veces tendrá dificultad para entender lo que escuche de usted. Es la responsabilidad de la enfermera el hacer todo lo posible para lograr comunicación

satisfactoria, y para mantener buenas relaciones humanas.

Existe un vínculo inmediato entre el espíritu y el cuerpo. Las emociones juegan un papel importante en la regulación de la fisiología humana. El sistema hormonal es especialmente susceptible a trastornos en caso de inquietudes o ansiedad emocional, y las hormonas influyen todo el resto de nuestra fisiología. La creación de un ambiente cómodo donde la paciente puede relajarse es sumamente importante, especialmente en caso de mujeres en trabajo de parto o lactantes.

Equipo

Ninguno

Procedimientos, o pasos del protocolo

Recepción de la paciente. Salude a cada paciente con cortesía, respeto, y una sonrisa. Pongase a su nivel para que pueda mirarla al rostro, y use contacto visual directo. Llámela por su nombre. En un lugar con privacidad, (para que otras pacientes no puedan oír la conversación) pregunte en que puede ayudarle, y escuche su respuesta sin interrumpirle. No tenga prisa, comunique con su tono de voz y sus gestos que está dispuesto/a para responder a sus necesidades. Obsérvela durante el interrogatorio, y si hay un problema obvio y urgente, tome acción inmediata.

Llame a las pacientes en orden como han llegado, salvo si llega una paciente con una emergencia, atienda su problema sin retraso. Si hay muchas

pacientes, use un sistema de numeros para asegurar que cada una sea vista segun el orden de llegada. En caso que haya pacientes que deben esperar, provea un lugar comodo donde ellas, y sus acompañantes, puedan sentarse.

Evaluación del problema Sientese con la paciente para entrevistarla. Animela a explicar su problema. Tome tiempo suficiente para que la paciente se relaje y aclare su preocupacion. Escuche a la paciente con atencion y paciencia, sin prejuicios y sin interrumpirla. Estimulela a dar detalles importantes. (Por ejemplo "Cuénteme un poco mas de esto.")

Use palabras que denoten que la esta escuchando ("Aja," "Si," "Ah," "Bueno," "Perfecto.")

Use repeticion o reflexión para verificar que usted ha entendido bien lo que la paciente dijo. (Por ejemplo "Dígame si le entendi bien, usted quiere decir que...")

Provea privacidad a la paciente para hablar de sus problemas. A veces eso quiere decir separarle de sus acompañantes. Otras veces, la presencia de un acompañante le dara confianza para compartir la verdad. Sea sensitivo a las necesidades de la persona.

Use un interprete cuando sea necesario, para asegurar la buena comunicacion (si no entiende el idioma de la paciente). Busque una persona que guardara el secreto profesional como interprete. Para hablar con "una paciente", es mejor una interprete mujer. Cuando use un/una interprete, necesita mucha paciencia, la entrevista tomara mas tiempo. Diga sólo dos o tres frases a la vez, y espere para

que la interprete traduzca, antes de proceder.

Trate de ponerse en el lugar de la paciente, digale algo para que exprese lo que esta experimentando (por ejemplo "Se que esto la afecta mucho.") En el caso de una mujer en labor de parto, recuerdese que no podra responder a preguntas durante una contraccion.

No se escandalice, ni se ria de las afirmaciones, y creencias empiricas, magicas, o religiosas de la paciente.

Provea privacidad para el examen fisico. Explique todo examen y procedimiento antes de hacerlo. Prosiga con un paso "respete a la paciente." Por ejemplo, si ella tiene trabajo de parto, haga sus exámenes **entre** contracciones. Examinela con suavidad y sensibilidad para respetar sus sentimientos y su pudor.

Explicaciones para la paciente y sus familiares Explique el diagnostico y su tratamiento a la paciente. Use lenguaje sencillo y apropiado al nivel de comprension de la paciente. No use vocabulario muy tecnico. Hable despacio, y haga preguntas para verificar si la paciente ha entendido correctamente. Puede ser necesario repetir la informacion usando otro vocabulario. Pida a la paciente que repita las instrucciones.

A veces una paciente no puede oír lo que esta diciendo (por ejemplo si tiene mucho dolor) o no puede aceptarlo. En este caso sera necesario repetir la informacion mas tarde, cuando este mas

dispuesta para escuchar y aceptar No se enoje cuando tenga que repetirle

Estimule a la paciente a que pregunte sobre lo que usted esta explicando Escuchele con mucha atencion, y provea respuestas en lenguaje comprensible

Diga siempre la verdad En caso de una mala noticia, digalo con compasion, y acepte la reaccion de la paciente sin juzgarla En caso de no saber la respuesta a una pregunta, admita que no sabe, diga que buscara la informacion, y comuniquese con la paciente cuando tenga la respuesta a su pregunta

Uso de diferentes modos de comunicaci3n Sea sensitivo para interpretar la comunicacion no verbal de pacientes y familiares gestos, expresiones faciales, sonidos, etc Las se~ales no verbales pueden asociarse con la comunicacion verbal, o pueden se~alar que la paciente esta experimentando emociones fuertes que no ha podido expresar Este atento para observar y responder a se~ales tales como lagrimas, suspiros, sudoracion, postura tensa, risas nerviosas, etc Trate tambien de estar consciente y de controlar los mensajes no verbales que usted transmite con sus expresiones faciales, sus gestos, su postura, sus acciones

El uso del toque suave de sus manos puede calmar, relajar, consolar, o apoyar a la paciente Sus manos pueden tener un efecto terapeutico importante Por el contrario, pueden tener un efecto negativo si su toque es frio, brusco o insensible

Guardar el secreto profesional Para que sus pacientes puedan tener confianza en usted, hay que guardar el secreto profesional La informacion sobre su estado de salud, u otros problemas que pueden ser revelados, es un secreto personal No discuta la situacion o los problemas de una paciente con otra paciente, con sus amigos o sus familiares Si necesita describir o discutir un caso por telefono, hagalo en un lugar privado

La unica razon para discutir un caso es cuando consulta con un colega para obtener consejos sobre el manejo, o para una segunda opinion Si quiere consultar a un colega, hagalo en un lugar privado, donde otras personas no puedan escuchar

Use un lugar privado para entrevistar a las pacientes o a sus familiares Una cortina que provea privacidad visual para un examen no es suficiente para guardar secretos en una entrevista

No deje la papeleria de la historia clinica de la paciente en un lugar accesible a personas que no son responsables de su tratamiento

Proteger el pudor de la paciente Provea privacidad para exámenes físicos Para exámenes vaginales, use una sala donde este seguro que no habran interrupciones mientras que la paciente esta expuesta Situe la cama o la tabla de exámenes o de partos en una posicion en que los genitales expuestos no daran a la puerta o a una ventana sin cortina Lo mas que sea posible, cubra a la mujer con una sabana, mientras que hace tactos vaginales No haga tactos vaginales sin necesidad Proteja a la

paciente de exámenes innecesarios por otro personal médico

Relaciones con los familiares de la paciente La paciente cuenta con el apoyo emocional y social de sus familiares. Su presencia es casi siempre benéfica. Aunque en nuestros hospitales a veces no hay mucho espacio, cuando sea posible, trate de permitir la entrada de familiares y otros visitantes. Salúdelos con respeto, y comparta información con ellos sin olvidarse de la responsabilidad de guardar el secreto profesional. Respete las diferencias culturales, sociales, étnicas, lingüísticas y religiosas que pueda encontrar. El respeto de estas diferencias apoya la individualidad de la paciente y es saludable. Contribuya a la creación de un ambiente donde cada persona se sienta cómoda y pueda relajarse.

Relaciones humanas con otros miembros del equipo Los mejores servicios se proveen por un equipo -- un grupo de personas que trabajan juntas para lograr el mismo objetivo. Un equipo funciona bien cuando hay buena comunicación entre todos los miembros. Aunque los diferentes miembros del equipo pueden ser responsables de diferentes tareas, es importante que todos se queden informados sobre la evolución del caso y sobre lo que hacen los otros miembros.

Para facilitar la buena comunicación, la enfermera tiene que tomar tiempo suficiente para la comunicación escrita, oral y para participar en reuniones de equipo cuando los miembros comparten información, evalúan su trabajo hecho, y planifican el trabajo futuro. Respete a cada miembro del equipo, incluso a la comadrona, como persona individual, y valore la contribución de cada uno/una a la resolución de problemas. Apoye al personal médico cuando necesiten ayuda.

Tenga cuidado que su escritura sea siempre bien legible. Si otro miembro del equipo médico ha escrito algo difícil de decifrar, no trate de adivinar, pida a la persona que le interprete lo que ha escrito, y pídale por favor que tenga más cuidado en el futuro.

Recuérdese que la comadrona que acompaña a una paciente es un apoyo muy importante para la paciente y para usted. La comadrona que conoce a la paciente puede proveer información útil e interpretar la historia y las reacciones de la paciente. Respete e incluya a la comadrona en el tratamiento como miembro del equipo, ella puede ser de gran ayuda.

10 REGLAS DE ORO DEL TRATO A LA PACIENTE

Como tener la mayor satisfaccion en el trato con su paciente

- 1 Saludarla siempre con amabilidad y respeto
- 2 Llamarla por su nombre
- 3 Mirarla al rostro y escuchar con atencion
- 4 Observar sin prejuicios etnicos y culturales
- 5 Preguntarle con interes
- 6 Explicarle sobre su estado de salud y cuidados a tener
- 7 Compartir informacion en un lenguaje sencillo, de preferencia en su propio idioma
- 8 Motivarla a que pregunte y aclare sus dudas
- 9 Invitarla a que vuelva
- 10 Crear un ambiente comodo y con privacidad

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 ¿Que quiere decir comunicacion no verbal? Mencione tres ejemplos
- 2 Describa ejemplos de prejuicios etnicos, religiosos, y culturales (un ejemplo de cada uno)
- 3 ¿Que quiere decir secreto profesional?
- 4 ¿Por que es importante guardar el secreto profesional?
- 5 ¿Como determinara usted el orden para atender a sus pacientes?
- 6 ¿Que hara usted para comunicarse con una paciente que no habla su idioma?
- 7 ¿Como puede saber si la paciente ha entendido su explicacion o sus instrucciones?

Lista de chequeo de competencia

- | | |
|--|-------|
| Saludar a las pacientes respetuosamente | _____ |
| Saludar a las pacientes con calor humano | _____ |
| Llamar a las pacientes por sus nombres | _____ |
| Mirar a las pacientes al rostro | _____ |
| Usar contacto visual directo | _____ |
| Proveer un lugar privado para entrevistar a las pacientes | _____ |
| Crear un ambiente comodo | _____ |
| Llamar a las pacientes en orden de llegada (salvo en caso de emergencia) | _____ |
| En caso de emergencia, atender el problema sin retraso | _____ |
| Tomar tiempo suficiente para evaluar a cada paciente | _____ |

- Escuchar con paciencia, sin interrumpir _____
- Escuchar y evaluar la historia de cada paciente, sin prejuicios _____
- Proveer un lugar de espera comodo para pacientes y familiares _____
- Animar a la paciente a explicar su problema _____
- Estimularle a dar detalles importantes _____
- Usar palabras que denoten que esta escuchando _____
- Verificar que la paciente entendio bien _____
- Ser sensible a las necesidades de las personas _____
- Usar interprete en caso de no entender el idioma de la paciente _____
- Buscar una persona apropiada como interprete cuando la necesite _____
- En caso de usar un/una interprete, dividir su discurso en unidades de 2-3 frases, y esperar la traduccion antes de proceder _____
- Ponerse en el lugar de la paciente, y demostrar su interes por lo que ella siente _____
- Esperar el fin de una contraccion para examinar o platicar con una paciente en labor _____
- No escandalizarse de las ideas de la paciente _____
- No reirse de las ideas de la paciente _____
- Proveer un lugar con privacidad para exámenes físicos _____
- Explicar los exámenes y procedimientos antes de hacerlos _____
- Demostrar suavidad y sensibilidad para sentimientos y pudor de la paciente _____
- Explicar diagnosticos y tratamientos _____
- Usar lenguaje sencillo y apropiado para el nivel de comprension de la paciente _____
- No usar vocabulario tecnico _____
- Hacer preguntas para verificar la comprension _____
- Demostrar paciencia en caso que necesite repetirle _____
- Estimular a la paciente a que pregunte y responderle _____
- Decir la verdad _____
- No juzgar las reacciones de las pacientes _____
- Admitir cuando no sabe la respuesta correcta, buscar la informacion para comunicarsela a la paciente _____
- Interpretar comunicacion no verbal _____
- Usar comunicacion no verbal _____
- Usar el toque terapeutico de sus manos _____
- Guardar el secreto profesional _____
- Guardar la papeleria de las pacientes en un lugar seguro _____
- Proteger el pudor de las pacientes durante exámenes físicos _____
- Proteger a la paciente de exámenes vaginales innecesarios _____
- Aceptar la presencia y el papel terapeutico de familiares de la paciente _____
- Compartir informacion con familiares (guardando el secreto profesional) _____
- Respetar diferencias culturales, etnicas, religiosas, etc _____
- Tratar a familiares con respeto y cortesia _____

Comunicar a otros miembros del equipo medico sobre la evolucion de la condicion de la paciente y sobre tratamientos dados
Tomar suficiente tiempo para comunicacion oral y escrita
Participar en reuniones de equipo
Discutir el trabajo en equipo
Planificar el trabajo en equipo
Dar apoyo a otros miembros del equipo
Escribir legiblemente
Respetar a cada miembro del equipo, incluso a la comadrona
Valorar la contribucion de cada miembro del equipo, incluyendo a la comadrona

MODULO # 2

Hemorragias en el embarazo. Ruptura prematura de membranas

Meta

En este modulo la enfermera aprendera su papel en el manejo de algunas complicaciones importantes del embarazo ruptura prematura de membranas y hemorragias en el embarazo

Objetivos — Primera Mitad del Embarazo (antes de la 20a semana)

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Hacer anamnesis de la mujer para determinar la duracion del embarazo Saber si ha tenido sangrado u otros sintomas relacionados
- 2 Evaluar la temperatura y el estado hemodinamico de la madre
- 3 En ausencia del medico, hacer el examen inicial de la madre
- 4 En caso de sangrado o estado hemodinamico comprometido, tomar acciones inmediatas para estabilizarla y llamar al medico
- 5 Dar apoyo emocional a la madre que presente sangrado en la primera mitad del embarazo

Objetivos — Segunda Mitad del Embarazo (después de la 20a semana)

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Revisar historia prenatal
- 2 Hacer entrevista a la madre para determinar la duracion del embarazo y para saber si ha tenido actividad uterina, ruptura de membranas, sangrado, u otros sintomas anormales, y por cuanto tiempo
- 3 Evaluar la temperatura y el estado hemodinamico de la madre
- 4 En ausencia del medico, hacer el examen inicial de la madre **En caso de a) historia de sangrado, o b) ruptura de membranas sin trabajo de parto, ¡no hacer tacto vaginal!**
- 5 En caso de sangrado o estado hemodinamico comprometido, tomar acciones inmediatas para estabilizarlo, y llamar al medico para manejo medico
- 6 En caso de ruptura prematura de membranas, hacer monitoreo de la madre por señales de infeccion amniotica
- 7 Dar apoyo emocional a la madre, con complicacion en su embarazo

Definiciones

Aborto — Terminacion del embarazo antes de la semana 28 de gestacion, por cualquier razon. Puede ser **aborto espontáneo**, **aborto séptico** (retencion parcial en la cavidad uterina de restos fetales o placentarios infectados antes de la viabilidad fetal), **aborto incompleto** (feto muerto, contracciones uterinas y hemorragia con retencion parcial o total de productos de la concepcion), o **aborto en curso** (feto muerto, utero en proceso de expulsar los productos de la concepcion). **Amenaza de aborto** es cuando hay contracciones uterinas y/o sangrado, pero el feto esta vivo.

Abruptio placentae — Separacion (parcial o entera) prematura de la placenta. Separacion de la placenta antes del nacimiento del bebe.

Corioamniotitis — Infeccion amniotica, o infeccion de las membranas ovulares y los otros productos de la concepcion.

Hemorragia — En este modulo, hemorragia quiere decir cualquier perdida de sangre por la vagina. En un embarazo normal, no hay sangrado.

Placenta previa — Implantacion de la placenta en el segmento inferior del utero.

Ruptura prematura de membranas — Ruptura de membranas mas de 12 horas antes del inicio de trabajo de parto.

Introducción

En los hospitales del area, frecuentemente la enfermera es la responsable del Servicio de Maternidad durante la noche. Aun durante el dia, es comun que sea ella la persona que reciba a la paciente a su ingreso. Por esta razon debe ser capaz de hacer la evaluacion inicial de la madre, (sin hacerle daño) e iniciar el tratamiento si lo necesita para salvarle la vida o para evitarle un shock.

En la primera mitad del embarazo, las hemorragias son causadas por los abortos, en la segunda mitad son causadas por placenta previa o por abruptio placentae. En caso de placenta previa, un examen vaginal puede provocar una hemorragia masiva y la muerte de la madre. A veces es muy dificil diferenciar entre una placenta previa o un abruptio, por esta razon, y por el peligro de hacerle un examen vaginal en caso de placenta previa, la enfermera **nunca** hara un examen vaginal si hay sangrado en la segunda mitad del embarazo.

Cuando hay ruptura prematura de membranas, el peligro es de infeccion. La probabilidad de corioamniotitis y de obito fetal, aumentan con la duracion de la ruptura y con el numero de tactos vaginales. Lo ideal es no hacerle examen vaginal. En caso de ruptura prematura de membranas, la enfermera omitira el tacto vaginal y le evitara a la madre examenes innecesarios por estudiantes de medicina, residentes, etc.

Toda madre que pierde su bebe por aborto, ya sea espontaneo o provocado, o que tiene una condicion que amenaza la vida de su niño, sufre de una crisis emocional. El instinto materno causa la creacion de un vinculo cariñoso muy fuerte entre la madre y el niño desde el principio del embarazo. Un aborto, un obito fetal, o la posibilidad real de que pueda perder a su niño, puede causar a la madre una gran tristeza, desesperacion y/o depresion. En caso de aborto provocado, este sufrimiento puede ser aun mas intenso porque frecuentemente la madre sufre ambivalencia, culpabilidad y remordimiento. La situacion es mas complicada cuando es un aborto clandestino y la madre no se siente libre para compartir los hechos o sus emociones verdaderas con sus familiares. En este caso, ella tratara de esconder sus emociones, lo que causa mucho riesgo de depresion persistente. La enfermera que atiende a estas madres, puede jugar un papel terapeutico porque esta compartiendo la experiencia. Una madre en esta situacion, necesita de alguien que la escuche cuando quiere compartir su dolor o temor, la enfermera puede ser un elemento valioso en la pronta recuperacion de una mujer con este problema.

Equipo

Esfigmomanometro, estetoscopio, termometro, guantes esteriles, cinta metrica, liquidos intravenosos, equipo para infusion intravenosa

Procedimientos o pasos del protocolo

1 Historia clínica al ingreso La enfermera interrogara a la madre para determinar si es una emergencia que necesita atencion inmediata y para identificar si hay alguna contraindicacion para hacer un examen vaginal. Si hay diferencia de idioma, busque rapido un/una interprete fiable. Preguntele a la madre sobre

- Su edad y paridad
- La fecha de su ultima regla
- ¿Cuando comenzo el sangrado?
- ¿Cantidad? ¿Color?
- ¿Tiene dolor? ¿Como es el dolor?
- ¿Continuo o intermitente?
- ¿Ha tenido anemia?
- Ruptura o no de sus membranas
- Presencia, duracion, frecuencia e intensidad de actividad uterina
- Presencia de sintomas de pre-eclampsia/eclampsia cefaleas, hinchazon, dolor epigastico, trastornos visuales, etc
- Movimientos fetales
- ¿Ha recibido Control Prenatal?
- Su historia obstetrica anterior
- Cualquier otro problema que presente y tratamiento (medico o tradicional) que ha recibido

¡Evalue la informacion recogida para determinar si es una emergencia o si hay una contraindicacion para hacer un examen vaginal!

HEMORRAGIA

2 Evaluación del estado general Antes de hacer el examen obstetrico, asegurese que la madre no esta septica o en shock — emergencias que amenazan su vida. Tome los signos vitales para evaluar el estado general de

la mujer En caso de sangrado, el pulso y la presión arterial indicaran si su estado hemodinámico está comprometido Si tiene un pulso rápido (>100 y/o presión arterial baja <90/60), quiere decir que ha perdido mucha sangre, o que está deshidratada por otra razón Eso es una emergencia inmediata y hay que reemplazar fluidos lo más rápido posible Tome también una muestra de sangre para grupo y Rh, un hematocrito como línea de base En caso de aborto o de ruptura prematura de membranas, una temperatura elevada indicará si la madre está séptica Si tiene fiebre ($T^{\circ} > 38^{\circ}$), hay que pensar que puede tener una infección en el útero y se tratará como emergencia, aunque hay otras causas posibles para fiebre, como por ejemplo malaria, dengue, infecciones virales, deshidratación u otras Cualquiera que sea la causa de la fiebre, la elevación de la temperatura amenaza la vida del niño Si hay fiebre, coloque una infusión intravenosa de dextrosa al 5% con angiocath #18, y llame al médico para manejo médico con antibióticos, inducción, etc, según el caso

3 Evaluación obstétrica ¡Recuérdese que hay dos contraindicaciones para examen vaginal 1) sangrado en la segunda mitad del embarazo, y 2) ruptura prematura de membranas La evaluación obstétrica incluye la palpación uterina utilizando las maniobras de Leopold, evaluación del tamaño del feto, auscultación del foco cardíaco fetal con

fetoscopio o dopler si hay, evaluación de actividad uterina, inspección de los genitales externos por presencia de flujo o sangrado vaginal, y, si no hay contraindicación, examen vaginal para determinar borramiento y/o dilatación del cuello, estado de membranas ovulares, identificación de la presentación, descenso del feto, y pelvimetría clínica

4 Acciones inmediatas en caso de estado hemodinámico comprometido

Llame de inmediato al médico Acueste a la madre con las piernas elevadas y con O_2 nasal, coloque una infusión intravenosa, de preferencia de Salina Normal o Hartman's, con angiocath #18, y pase rápido 500cc o más, según prescripción médica, siempre observando a la madre para estar seguro/a que tolera bien la cantidad de líquido administrado Luego, administre otros 500cc más despacio Mientras que su asistente está administrando la infusión, examine a la paciente para ver si puede parar el sangrado, si puede, hágalo (con masaje uterino vigoroso y continuo, masaje en los pezones o poner al bebé a mamar), recuérdese de **no** hacer tacto vaginal en caso de sangrado en la segunda mitad del embarazo Controle el pulso y la presión arterial cada 5 minutos Recuerde que la madre debe estar en ayunas Envíe una muestra al banco de sangre para compatibilidad, y envíe a los familiares de la madre como donadores de sangre Explique todo lo que está haciendo a la madre para alentarla

Todo sangrado vaginal que llega hasta el pie de la mujer embarazada, que es de color rojo rutilante, o que aumenta progresivamente, ES UNA EMERGENCIA!!

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

5 Evaluación inicial de una mujer con ruptura prematura de membranas En ausencia del médico, el primer paso es hacer una evaluación completa de la madre, pero sin hacer tacto vaginal. Haga una inspección cuidadosa de los órganos genitales para verificar si hay ruptura de membranas. ¿Hay presencia o no de flujo vaginal? ¿Que cantidad? ¿Que color? ¿Tiene mal olor? ¿Hay sangrado vaginal? ¿Hay prolapso de cordón? ¿Ha tenido fiebre? Si tiene papel de nitrazina, puede usarlo para examinar el líquido que sale de la vagina. Esto sirve para asegurarse que es líquido amniótico, y no orina u otro flujo vaginal. Si no hay flujo vaginal visible, pídale a la madre toser, o pujar mientras que usted observa la vagina y vea si hay salida de líquido. También puede hacer la prueba de la toalla sanitaria: colóquela a la madre una toalla sanitaria esteril, y haga que camine durante 20 minutos. Después, examine la toalla para ver si se mojó y con que tipo de líquido.

El segundo paso es determinar si no hay actividad uterina. Coloque su mano sobre el fondo uterino para palpar contracciones por lo menos durante 20 minutos, anote la frecuencia, duración, e intensidad de las contracciones.

Evalue el tamaño fetal. ¿Parece estar a término? Si no parece prematuro, puede hacer caminar a la madre (si usted está seguro/a que no hay prolapso de cordón), para estimular contracciones de trabajo de parto.

Instruya a la madre de no tomar baños, de no hacerse lavado vaginal, y de no tener relaciones sexuales. Una ducha sí es permitida.

Monitoreo de la mujer con ruptura prematura de membranas En caso de ruptura prematura de membranas, la vigilancia por infección amniótica debe ser cuidadosa y frecuente. Cada 4 horas hay que chequear la temperatura, la presión arterial, el pulso materno, el foco cardíaco fetal y examinar los genitales externos por presencia de fetidez del líquido. En caso de detectar cualquier señal de infección amniótica (fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, taquicardia materna $>100/\text{min}$, hipotensión materna $<90/60$, foco cardíaco fetal <120 o >160 , o flujo vaginal fetido), llame al médico inmediatamente.

Apoyo emocional Tome su tiempo para estar accesible a madres con estas complicaciones o abortos. No las deje mucho tiempo solas. Estimúelas a hablar y permítelas llorar, y quédese a su lado mientras lo hacen. Use el contacto físico (con sus manos) para comunicar cariño humano. Permita el acceso a sus visitantes, porque también necesitan mucho apoyo de ellos. Bríndeles la oportunidad de ver y abrazar su bebé muerto, si la madre desea hacerlo. Esto le ayuda a aceptar la realidad de la muerte y le permite despedirse de él.

Si es posible, no aloje a la madre que sufrió un aborto en la misma sala con madres que dieron a luz a recién nacidos sanos.

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 Mencione y defina los diferentes tipos de abortos
- 2 Mencione las dos causas importantes de sangrado en la segunda mitad del embarazo
- 3 Describa las señales de estado hemodinamico comprometido
- 4 Describa el reemplazo de fluidos en caso de hemorragia en el embarazo
- 5 Mencione dos contraindicaciones para hacer un examen vaginal a una madre embarazada
- 6 Defina ruptura prematura de membranas
- 7 Describa tres metodos para confirmar una ruptura prematura de membranas
- 8 Identifique señales de infeccion amniotica
- 9 Describa en terminos breves las emociones que puede sentir una madre cuando tiene un aborto

Lista de chequeo de competencia

- Entrevista a la embarazada, al ingreso _____
- Tomar signos vitales _____
- Evaluar estado hemodinamico _____
- Identificar contraindicaciones para hacer un tacto vaginal _____
- Hacer examen obstetrico _____
 - Palpar abdomen con maniobras de Leopold _____
 - Estimar tamaño del feto _____
 - Identificar presentacion _____
 - Escuchar foco cardiaco fetal _____
 - Evaluar actividad uterina _____
 - Inspeccionar genitales externos _____
 - Omitir tacto vaginal en caso de contraindicacion _____
 - Hacer examen vaginal _____
 - Evaluar borramiento y dilatacion del cuello _____
 - Confirmar presentacion _____
 - Determinar estado de membranas _____
 - Evaluar tamaño de la pelvis (2da mitad del embarazo) _____
- Accion inmediata en caso de estado hemodinamico comprometido _____
 - Llamar al medico _____
 - Acostar a la paciente en posicion de shock _____
 - Administrar O₂ nasal _____
 - Reemplazar liquidos con infusion intravenosa rapida _____
 - Examen rapido de la madre, accion apropiada _____
 - Monitoreo del estado de la madre _____
 - Tomar muestras de sangre y enviar para hemograma y compatibilidad de sangre _____
 - Buscar donadores de sangre _____

- Evaluacion de la mujer con historia de ruptura prematura de membranas _____
- Inspeccion de flujo vaginal _____
- Prueba de toalla sanitaria, si hay duda _____
- Prueba con papel de nitrazina (si hay disponible) _____
- Examen en caso de señales de infeccion amniotica _____
- Manejo de la madre con ruptura prematura de membranas _____
- Monitoreo para señales de infeccion amniotica _____
- En caso de ruptura de membranas a termino, hacer caminar a la madre _____
- Aconsejar a la madre con ruptura prematura de membranas _____
- Proveer apoyo emocional a la madre con complicacion del embarazo o aborto _____

MODULO # 3

Atención de enfermería a la paciente con eclampsia, pre-eclampsia. Prevención y atención de convulsiones

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a atender a una paciente con eclampsia o pre-eclampsia

Objetivos

La enfermera en los servicios de obstetricia a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Definir eclampsia, pre-eclampsia e identificar su periodo de riesgo
- 2 Identificar signos y sintomas de eclampsia, pre-eclampsia, y convulsiones
- 3 Monitorear adecuadamente la condicion materna y fetal en caso de pre-eclampsia/eclampsia
- 4 Tomar precauciones para prevenir convulsiones
- 5 Tomar precauciones para prevenir daños en caso de convulsiones

Definiciones

Pre-Eclampsia - Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, con presencia de edema y proteinuria que sucede generalmente en la segunda mitad del embarazo (despues de la 20a semana de gestacion) el parto, o en el post-parto inmediato (las primeras 24 horas) La causa es desconocida, pero los sintomas

se resuelven espontaneamente despues del parto **Clasificación Moderada** - p/a Arriba de **140/90** o aumento de 30 MM en la sistolica o aumento de 15 MM en la diastolica arriba de la presion basal

Eclampsia - Enfermedad caracterizada por signos de pre-eclampsia y que ha presentado por lo menos una convulsion entre las 20 semanas de gestacion y la 6ta semana post-parto

Introducción

Signos y sintomas de *pre-eclampsia* incluyen hipertension (diastolica = 90/110) cefalea, edema, aumento excesivo de peso (mas de cuatro libras por mes), y proteinuria

Signos y sintomas de *eclampsia* incluyen hipertension mas grave (160/110), aumento excesivo de peso, edema, proteinuria, oliguria, cefalea, dolor epigastrico, trastornos visuales, sintomas del sistema nervioso central (hiperreflexia, cambios de conducta), cianosis, convulsiones, coma y a veces, muerte

Convulsiones eclámpticas empiezan con ojos fijos, movimientos involuntarios de ojos, cara, manos y brazos, contracciones tonico-clonicas de todo el cuerpo Son seguidas de coma, y a veces, de la muerte

La eclampsia es una de las causas mas importantes de la muerte materna y fetal. Hipertension importante y prolongada o convulsiones pueden causar obito fetal. Sin embargo, con la deteccion temprana e intervencion apropiada, esta mortalidad puede ser evitada. La pre-eclampsia o eclampsia puede aparecer o empeorarse de repente durante los periodos de el trabajo de parto, el parto, o el puerperio. Por esta razon, es muy importante hacer un monitoreo activo y frecuente de la condicion de cada parturienta e informar al medico cuando hayan cambios en su estado.

Equipo

El esfigmomanometro, estetoscopio, fetoscopio, reloj con segundero, protector de lengua, cama con barandas y de golpes, sonda Foley, hoja de monitoreo, hoja de ingesta y excreta, balanza, aspirador de flemas, soluciones intravenosas, tanque de oxigeno lleno.

Procedimientos

Monitoreo La enfermera debe evaluar la condicion de una mujer con pre-eclampsia cada 4 horas por lo menos. Si es pre-eclampsia severa, sera cada 30 - 60 minutos. Se le evaluara la presion arterial, el edema, la conducta, el estado de conciencia, la actividad uterina, el foco cardiaco fetal, y la presencia de cefaleas, trastornos visuales, dolor epigastrico, o convulsiones. La pesara cada dia. En caso de pre-eclampsia severa, se hara monitoreo de ingesta y excreta urinaria. Documentara los resultados de cada examen. Si la mujer tiene una vena canalizada, la mantendra asi. Si hay

deterioro en su condicion o en la condicion del feto, la enfermera informara inmediatamente al medico.

Si la mujer tiene actividad uterina de trabajo de parto o induccion/conduccion, el monitoreo frecuente debe incluir tambien la dilatacion cervical y descenso fetal, chequear hiperreflexia.

Continuar esta supervision frecuente por 24 horas despues del parto.

Prevención de convulsiones Un monitoreo vigilante detectara cuando se inician cambios como aumento de presion arterial, deterioro del estado mental, etc., para permitir intervencion medica oportuna. En caso de pre-eclampsia severa, hay que asegurarle a la mujer un reposo absoluto con reduccion de estimulacion. Reposo en cama en decubito lateral izquierdo, alojamiento individual oscurecido, ambiente tranquilo y callado, limitacion de visitantes y exámenes innecesarios. La dieta en general no requiere restricciones de sodio, administracion de anti-eclampticas o anticonvulsantes, segun prescripcion medica.

Atencion de convulsiones eclámpticas Aunque es importante limitar estimulaciones para no provocar convulsiones, es necesario tambien supervisar sobre la condicion de la mujer para poder intervenir rapidamente en caso de convulsion. Es responsabilidad del personal medico y de enfermeria, proteger a la mujer de hacerse daño en caso de convulsiones, y de estabilizar su condicion lo mas rapido posible para evitar daño fetal. Por esta razon, siempre debe guardar un protector de lengua al lado de la cama, usar barandas en la

cama, acostar a la mujer en decubito lateral izquierdo, mantener una vena canalizada con angiocath y tener listo un tanque de oxigeno y un aspirador de flemas, para despejar la via aerea si es necesario

Mantener buena comunicacion con el medico responsable, tener listos los medicamentos para el tratamiento de convulsiones segun prescripcion medica, y administrarlos rapidamente para controlar las convulsiones

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 Defina pre-eclampsia, eclampsia
- 2 Identifique el periodo de riesgo para pre-eclampsia/eclampsia
- 3 Describa signos y sintomas de pre-eclampsia/eclampsia
- 4 Describa el monitoreo de una mujer con pre-eclampsia/eclampsia
- 5 Cuales son las precauciones a tomar para prevenir convulsiones en eclampsia?
- 6 Liste los medicamentos utilizados para prevenir convulsiones en la eclampsia
- 7 Describa la atencion de enfermeria en convulsiones eclampticas

Lista de chequeo de competencia

- Toma de presion arterial _____
- Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina _____
- Busqueda de edema _____
- Chequear reflejos _____
- Observacion de estado de conciencia, cambios de conducta _____
- Preguntar sobre sintomas asociados (cefalea, trastornos visuales, dolor epigastrico) _____
- Aplicacion y cuidados de la Sonda Foley _____
- Monitoreo de ingesta y excreta urinaria _____
- Monitoreo de peso _____
- Documentacion de monitoreo _____
- Prevencion de convulsiones alojamiento individual, reduccion de estimulacion, evitar exámenes innecesarios, monitoreo frecuente _____
- En caso de P/A elevada, tomar precauciones antes del inicio de convulsiones barandas en la cama, posicion decubito lateral izquierda, protector de lengua, aspirador de flemas, tanque de oxigeno y canula nasal al lado de la cama, mantener vena canalizada con angiocath _____

Atencion de convulsiones

- Asegurar via respiratoria, proteccion de la lengua _____
- Proteccion de caida y de golpes _____
- Posicion decubito lateral izquierda _____
- Aspiracion de vomitos _____
- Control de ingesta y excreta _____
- Control de la respiracion antes de la administracion de sulfato de magnesio _____
- Proteccion de vena canalizada _____
- Aplicacion de oxigeno _____
- Evaluacion de condicion fetal y actividad uterina _____
- Informar inmediatamente al medico _____
- Documentacion de la convulsion y atencion dada _____
- Continuar monitoreo vigilante de P/A de toda parturienta hasta 24 horas despues del parto _____
- En caso de P/A elevada, continuar precauciones hasta 48 horas despues del parto _____

Continuar el monitoreo de la paciente Pre-Ecláptica hasta las 48 horas después del parto

MODULO # 4

Evaluación de la madre en labor: maniobras de Leopold, detección de presentación, detección de gemelos, y pelvimetría clínica

Meta	Definiciones
En este modulo la enfermera aprendera a evaluar a la madre en trabajo de parto	<u>Presentacion del feto</u> — Se refiere a la parte del feto que se presenta cuando se realiza el examen vaginal, incluyen las cefalicas y las podalicas
Objetivos	<u>Situacion del Feto</u> —Son normalmente longitudinales, la situacion transversa es patologica
La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales, sera capaz de	<u>Actividad uterina</u> — Frecuencia, intensidad, y duracion de contracciones del utero
1 Usar maniobras de Leopold para palpar el utero	<u>Encajamiento</u> — La entrada o acomodamiento del bebe de la parte presentada dentro de la pelvis (ejemplo cabeza o pies)
2 Detectar la presentacion del feto	<u>Borramiento del cuello</u> — El proceso de cambios graduales en el cuello antes del inicio del trabajo de parto activo El cuello se pone blando y menos grueso
3 Detectar gemelos	<u>Dilatacion del cuello</u> — La abertura gradual del cuello Dilatacion completa es de 10 cms
4 Escuchar y evaluar la frecuencia cardiaca fetal	<u>Descenso fetal</u> — Bajada progresiva del feto por el canal reproductivo, hasta llegar al perineo y el nacimiento
5 Medir la altura uterina	
6 Evaluar la actividad uterina	
7 Hacer tactos vaginales asepticos y suaves para	
– detectar borramiento del cuello	
– detectar avances de la dilatacion del cuello	
– determinar estado de membranas	
– evaluar si el tamaño de la pelvis es adecuado	
– detectar avances del descenso fetal	
8 Diferenciar el trabajo de parto falso y verdadero	

Introduccion

Es importante evaluar la condicion de la mujer cuando inicia su trabajo de parto y hacer monitoreo cuidadoso y frecuente durante el progreso de su trabajo del parto. Debe obtener informacion completa sobre inicio de contracciones, antecedentes obstetricos, hemorragia y movimientos fetales.

Equipo

Fetoscopio (o estetoscopio si no hay), reloj con segundero, cinta metrica, guante esteril, solucion desinfectante o agua esteril para lubricacion del guante, partograma.

Procedimientos, o pasos del protocolo

Primeros pasos del examen abdominal La paciente debe estar acostada en la posicion supina, con rodillas dobladas, y vejiga vacia. El primer paso es mirar la apariencia del contorno uterino. ¿Su eje longitudinal corresponde? ¿Hay presencia de cicatriz, por una cesarea anterior u otra cirugia abdominal? Usara la cinta metrica para medir (en centimetros) la altura uterina desde el borde superior del pubis hasta el borde superior del fondo uterino. En este momento se considerara la posibilidad de prematurez (en caso de altura uterina menos de 29 cms) o de un bebe macrosomico, gemelos, o hidramnios (en caso de altura uterina de mas de 35 cms).

Maniobras de Leopold Se usan estas maniobras de palpacion uterina para identificar la presentacion fetal, para detectar gemelos o hidramnios, y para estimar el tamaño del feto. Parado (a) al lado de la cama, el/la enfermero (a) cumplira cuatro pasos.

- 1 Con ambas manos a la vez, se palpara el fondo uterino, tratando de identificar el contenido del fondo (cabeza o nalgas fetales).
- 2 Siempre usando ambas manos a la vez, las resbalara del fondo uterino hasta el pubis, palpando los dos lados del utero, buscando el lado donde esta ubicada la espalda (columna vertebral) del niño, y asegurandose que no haya una cabeza fetal en un lado (signo de presentacion transversa o de un segundo feto). Esta maniobra permitira tambien la oportunidad de estimar el tamaño del feto y la cantidad de liquido amniotico. Asegurese tambien con esta maniobra que el axis longitudinal del feto esta orientado en el mismo sentido que el de la madre. Volviendose para mirar en la direccion de los pies de la madre, se resbalara las puntas de dedos por los dos lados del segmento inferior del utero por el pubis para identificar la ubicacion o ausencia de la cabeza fetal, y para identificar hasta que nivel se ha bajado en la pelvis la parte que se presenta. Para distinguir presentacion cefalica de la podalica, trate de identificar el cuello fetal con esta maniobra.
- 3

- 4 Con una sola mano, tome la parte que se presenta (generalmente la cabeza), y trate de moverla de un lado al otro para ver si ya esta encajada

Mientras realiza estas maniobras, la enfermera tendra la oportunidad de detectar movimientos fetales (si hay) y contracciones uterinas (si hay) En caso de contraccion uterina de intensidad moderada o intensiva, se interrumpiran las maniobras de Leopold hasta que pase la contraccion A veces la madre no podra tolerar la posicion supina mientras tenga una contraccion dolorosa, en este caso usted la ayudara a volverse en decubito lateral para la duracion del mismo

Evaluación del descenso por palpación abdominal Siempre con la madre acostada en posicion supina, use el ancho de los cinco dedos de una mano para medir el progreso de la cabeza fetal entrando en el borde superior de la pelvis Si la cabeza esta completamente palpable sobre el borde, el descenso es 5/5 Cuando la cabeza ya inicio su descenso en la pelvis, la parte que todavia se queda sobre el borde sera medida con el ancho de los dedos Mas descenso, menos dedos (4/5, 3/5) Generalmente es aceptado que la cabeza este enlazada cuando la porcion sobre el borde es representada por dos dedos de ancho o menos (2/5, 1/5) Cuando la cabeza no esta palpable porque entro todo, el descenso es 0/5

Control y evaluación de las contracciones uterinas Con la mujer acostada en decubito lateral, la enfermera colocara su mano en el fondo uterino, esperando el inicio de una contraccion Usando un reloj, medira la

duracion de la contraccion desde su inicio hasta que comienza a calmarse, colocando siempre su mano en el fondo, medira tambien la frecuencia de las contracciones el intervalo entre el inicio de una contraccion hasta el inicio de la proxima Para evaluar la frecuencia, hay que palpar y contar las contracciones durante **10 minutos** Este periodo de observacion permitira tambien la evaluacion de la regularidad de las contracciones Mientras tanto, se evaluara tambien la intensidad de las contracciones si son leves, moderadas, o fuertes Con una contraccion de buena intensidad (labor activa) el musculo uterino se siente bien duro durante la contraccion, pero se relaja durante el intervalo de reposo En caso de induccion o conduccion es muy importante evaluar el grado de relajamiento entre las contracciones

Monitoreo del foco cardíaco fetal Se usa un fetoscopio (o un estetoscopio si no hay) para buscar el foco cardiaco fetal en el lado del utero donde identifico la ubicacion de la espalda fetal Si la presentacion es cefalica, el foco es mas audible abajo del ombligo, en caso de podalica, arriba del ombligo La localizacion del foco sirve para confirmar la presentacion En caso de altura uterina mayor que la esperada segun la edad gestacional, busque un segundo foco cardiaco en otra parte del utero

Usando un reloj con segundero, se cuentan los latidos del corazon fetal por minuto entre contracciones Los limites normales son de 120 a 160 por minuto Es normal que el ritmo disminuya un poco durante la contraccion, pero debe volver al ritmo normal inmediatamente despues, tambien si el ritmo no es regular Si hay

bradicardia, taquicardia, o irregularidad, es signo de sufrimiento fetal. En este caso, la enfermera tomara accion inmediata (cambiar posicion materna, administrar O₂ nasal e hidratacion intravenosa, interrumpir conduccion/ induccion si habia) mientras que llama al medico

Tacto vaginal Antes de hacer un tacto vaginal, hay que explicar el procedimiento a la madre, asegurar su privacidad, limpiar los genitales externos, y preguntarle sobre el estado de sus membranas y la presencia de sangrado vaginal. **Recuerde !! Si las membranas estan rotas y no hay trabajo de parto, o si hay sangrado, el tacto vaginal está contraindicado!!**

Usando un guante esteril y una solucion desinfectante o agua esteril como lubricante, introduzca suavemente dos dedos dentro de la vagina. Localice el cuello y evalúe su borramiento y dilatacion (de 0 a 10 cms o completo), y el estado de las membranas. Identifique la parte del feto que se presenta, y evalúe su descenso en relacion con las espinas. Si es la cabeza la que presenta, trate de identificar las suturas del craneo, lo que le permitira, identificar si la cabeza esta bien flexionada y su orientacion. Evalúe tambien el grado de moldeamiento de la cabeza.

Si el bebe no es prematuro, es util tambien evaluar la pelvis. Con los dedos intravaginales, trate de tocar y evaluar

- la prominencia de las espinas ciaticas
- la distancia hacia el promontorio del sacro
- el angulo anterior (subpubico)
- curvatura del sacro
- movilidad del coccix
- el diametro intertuberoso, o de la salida

La relacion entre los diametros maternos y fetales siempre es algo dinamica, estos diametros pueden cambiarse durante la labor. Por esta razon, nunca debe decir a la mujer que tiene una pelvis "inadecuada"

Cuando retire los dedos de la vagina, observe si hay sangre, flujo vaginal, o liquido amniotico en su guante. Si hay liquido, ¿de que color es? ¿Tiene mal olor?

Haga un examen vaginal a una mujer con trabajo de parto por los menos cada 4 horas. A veces necesitara examenes mas frecuentes. El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal, de la actividad uterina, presion arterial etc debe hacerse cada media hora durante el trabajo de parto activo. No olvide apuntar los resultados de cada examen, y la hora.

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 Defina presentacion, situacion del feto
- 2 Defina borramiento y encajamiento
- 3 Cuales son los elementos de actividad uterina que debe evaluar?
- 4 Describa como detectar gemelos por medio de examen clinico

- 5 Tres signos de sufrimiento fetal
- 6 Describa los pasos inmediatos a seguir, en caso de sufrimiento fetal agudo
- 7 Como se prepara la mujer para un examen vaginal en labor?
- 8 Liste los elementos que se evaluan por medio de un examen vaginal durante la labor de parto
- 9 Describa seis elementos de la pelvimetria clinica

Lista de chequeo de competencia

Preparacion de la madre para examen abdominal	_____
Examen visual del abdomen	_____
Medida de altura uterina	_____
Interpretacion de altura uterina	_____
Maniobras de Leopold	_____
Identificacion de presentacion fetal	_____
Localizacion de la espalda fetal, del foco cardiaco fetal	_____
Estimacion del tamaño del feto	_____
Estimacion de la cantidad de liquido amniotico	_____
Deteccion de gemelos	_____
Evaluacion de actividad uterina frecuencia, duracion, e intensidad de contracciones	_____
Cuenta de latidos del corazon fetal	_____
Identificacion de sufrimiento fetal agudo	_____
Intervencion inmediata y apropiada, en caso de sufrimiento fetal agudo	_____
Preparacion de la madre para examen vaginal	_____
Interrogatorio para descartar contraindicaciones de tacto vaginal durante el trabajo de parto	_____
Asepsia para examen vaginal	_____
Evaluacion de borramiento del cuello por examen vaginal	_____
Evaluacion de dilatacion del cuello por examen vaginal	_____
Evaluacion de estado de membranas por examen vaginal	_____
Evaluacion de presentacion fetal por examen vaginal	_____
Evaluacion de descenso fetal por examen vaginal	_____
Identificacion de suturas del craneo por examen vaginal	_____
Evaluacion del moldeamiento de la cabeza	_____
Pelvimetria clinica	_____
Interpretacion de resultados de pelvimetria clinica	_____
Informacion de los resultados de los exámenes a la madre y a sus familiares	_____
Anotacion de resultados	_____

MODULO # 5

Uso e interpretación de partogramas. Identificación de trabajo de parto anormal: trabajo de parto prolongado, detección de dilatación, detección de descenso. Línea de alerta, línea de acción

Meta	Definiciones
En este modulo la enfermera aprendera a usar e interpretar partogramas para el manejo de trabajo de parto	<u>Partograma</u> -- Hoja para representacion grafica del progreso del trabajo de parto en relacion con el tiempo
Objetivos	<u>Trabajo de parto prolongado</u> -- Trabajo de parto con fase latente (de 0 a 2 cms de dilatacion) de mas de 8 horas, o con fase activa (de 3 a 10 cms de dilatacion) de 7 horas o mas
La enfermera en los servicios de Maternidad a nivel de hospitales departamentales, sera capaz de	<u>Fase Latente</u> Periodo lento de dilatacion cervical, es de 0 a 2 centimetros, con una contraccion gradual del cervix
1 Anotar las observaciones en la hoja del partograma, trazando curva de trabajo de parto	<u>Fase Activa</u> Periodo rapido de dilatacion cervical, es de 3 a 10 centimetros (dilatacion cervical maxima)
2 Identificar e interpretar curvas de trabajo de parto	<u>Línea de alerta</u> -- Curva impresa en el partograma para representar el progreso minimo normal (En el Centro de Salud, si atraviesa la linea de alerta, para indicar que se debe referir a la paciente inmediatamente al hospital, canalizarle la vena con angiocath, facilitando las condiciones para operacion cesarea)
– Trabajo de parto normal	<u>Línea de accion</u> -- Curva impresa en el partograma a 4 horas mas alla (a la derecha) de la linea de alerta Significa el momento cuando hay que intervenir para el bienestar de la madre y/o del feto
– Trabajo de parto prolongado	
– Detencion de la dilatacion cervical	
– Detencion de descenso de la presentacion	
3 Definir linea de alerta, linea de accion	
4 Identificar acciones indicadas cuando la curva de una paciente se mueve a la derecha de la linea de alerta, de la linea de accion	

Introducción

El partograma es una herramienta esencial para el monitoreo del trabajo de parto. Cuando una madre ingresa al Hospital en trabajo de parto, la evaluación inicial debe identificar si tiene necesidad de intervención inmediata. En caso que la tenga, no pierda tiempo con un partograma, proceda a tratarla. En otra situación cuando ingresa una mujer que tiene trabajo de parto, hay que utilizar partograma. Seguir llenándolo y analizándolo cada vez que examine a la madre para evaluar el progreso, identificar cuando necesita intervención.

Observaciones que serán anotadas y monitoreadas en el partograma, incluyen presión arterial, pulso, y temperatura materna, dilatación cervical, descenso de la cabeza fetal, actividad uterina (frecuencia de contracciones por 10 minutos, duración de contracciones), frecuencia cardíaca fetal, estado de membranas, líquido amniótico, moldeamiento del cráneo fetal, volumen de orina, proteinuria, acetonuria, medicamentos o líquidos administrados, manejo de Oxitocina. El enfoque de este módulo es en el uso del partograma. Si la enfermera tiene preguntas sobre cómo hacer estas observaciones, referirse al módulo apropiado.

Equipo

Hoja de partograma, bolígrafo, fetoscopio

Procedimientos, o pasos del protocolo Registro de las observaciones en el partograma El elemento central del partograma es el gráfico para trazar la dilatación cervical de la mujer. Se usa

una "X" para marcar la dilatación observada al nivel que corresponde al número de centímetros (de dilatación) en la columna sobre la hora del examen.

Una vez que se comprueba que la madre tiene trabajo de parto (después de evaluar su actividad uterina), el examen vaginal revelará el grado de dilatación cervical. Si la dilatación es de 2 cms o menos, está en la fase latente. En este caso, apunte la hora del primer examen clínico en el primer cuadro de la línea para "Tiempo". Esto servirá como base para la evaluación de todo lo que sucede. Cada cuadro de esta línea representa una hora. Marque una "X" al nivel apropiado (según dilatación) en la primera columna (sobre la hora del primer examen).

Si la mujer ingresa con trabajo de parto en fase activa (3 cms o más), registre su dilatación al primer examen en la línea de alerta y escriba la hora de este primer examen en el cuadro, directamente bajo la "X", en la línea para tiempo.

Posteriormente se tocará el cuello cada 4 horas, si no hay contraindicación, se registrará la dilatación en el cuadro que corresponde a la hora del nuevo examen y la nueva dilatación. Se trazará una curva para conectar los ejes. Cada vez, que se trace la curva, analicela para asegurarse que todo procede normalmente. Si jamás el trazo se mueve a la derecha de la línea de alerta, ponga mucha atención en el apoyo y monitoreo de esta mujer, para evitar complicaciones. Informe al médico sobre la situación. Si se acerca a la línea de acción, llame al médico para que evalúe e intervenga, si atraviesa la línea de acción.

Cuando el trabajo de parto se cambia de la fase latente a la fase activa, se registra la dilatación observada en la columna correspondiente a la hora del examen, el trazo debe ser inmediatamente transferido por una línea punteada al mismo nivel de dilatación en la línea de alerta usando las letras "TR". La línea punteada no es parte del proceso de trabajo de parto.

El descenso de la cabeza (evaluado por palpación abdominal) será registrado de la misma manera en esta misma gráfica con la dilatación, pero con un "o" en vez de una "X". Se le trazará una curva de descenso, igual que para la dilatación. Normalmente el descenso empieza solamente a los siete cms de dilatación, entonces una curva horizontal se espera en las primeras horas del trabajo de parto. Una vez que empieza el descenso, se espera que progrese gradualmente, hasta el parto, si no hay obstrucción (desproporción) o distocia uterina.

En el tope de la hoja, hay una gráfica para monitoreo del foco cardíaco fetal. Aquí cada cuadro representa una **media hora**, esta observación se hace cada 15 a 30 minutos. Estos cuadros son de la mitad del tamaño de los de la Línea de Tiempo. Por esta razón todas las observaciones hechas a la misma vez, serán registradas en la misma columna vertical. Trace una curva para conectar sus observaciones del foco. Así se verá fácilmente si hay un cambio importante en las palpaciones fetales.

Bajo esta gráfica hay una línea para observaciones sobre la condición del líquido amniótico. En el cuadro de esta línea que corresponde a la hora de su observación, marque una de estas letras para apuntarla.

- I = membranas intactas
- C = líquido claro (membranas rotas)
- M = líquido con meconio (membranas rotas)
- S = líquido sanguinolento (membranas rotas)
- A = líquido ausente

La próxima línea en la hoja es para apuntar sus observaciones sobre el moldeamiento del cráneo fetal. Use este código.

- 0 = huesos separados y suturas se sienten fácilmente
- + = huesos se tocan justamente uno al otro
- ++ = huesos traslapados
- +++ = huesos gravemente traslapados

Bajo la Línea de Tiempo, hay una gráfica para registrar sus observaciones de la actividad uterina (contracciones). La actividad es observada cada hora en la fase latente y cada media hora en la fase activa. Las contracciones son observadas por frecuencia (número en 10 minutos) y duración (en segundos). En la columna que corresponde a la hora de la observación, se obscurece el número de cuadros que representa la frecuencia.

La duracion es indicada por la manera de obscurecer los cuadros, segun este sistema

duracion de contracciones

- <20 segundos
- 20 - 40 segundos
- >40 segundos

Justo abajo de la seccion para registrar la actividad uterina hay un area separada para registrar la administracion de Oxitocina, y despues, una seccion donde se anotan los medicamentos y liquidos IV administrados. Siempre se refiere a la misma Linea de Tiempo para ubicar la informacion en la columna apropiada

Igualmente con la ultima seccion, donde se registran las observaciones sobre la condicion materna pulso (cada media hora), presion arterial y temperatura (cada 4 horas o mas frecuente si hay indicacion), volumen de orina excretada y presencia de proteinuria o acetonuria (cada 2 a 4 horas)

Identificación e interpretación de curvas en el partograma La curva de trabajo de parto normal se queda completamente a la izquierda de la linea de alerta

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 ¿Que representa la linea de alerta?
- 2 ¿Que representa la linea de accion?
- 3 ¿Que debe hacer cuando la curva de una paciente atraviesa la linea de alerta?
- 4 ¿Que debe hacer cuando la curva de una paciente atraviesa la linea de accion?
- 5 ¿Cuando no debe usar partograma?
- 6 ¿Cuando se usa el partograma?
- 7 ¿Para que sirve el partograma?

Siempre que se queda en esta region, el mejor manejo es solo de apoyo a la madre. No hay indicacion para intervenir. La curva de trabajo de parto prolongado puede representar una prolongacion de la fase latente (mas de 8 horas de latencia) o una prolongacion de la fase activa (menos de 1 cm por hora de dilatacion en esta fase). Es importante distinguir estos dos diferentes tipos de prolongacion, porque necesitan manejos diferentes. El manejo dependera tambien del estado de membranas, y de la paridad. Si hay prolongacion de la fase activa, o si las membranas estan rotas, necesita manejo medico, tal vez con conduccion. Si la prolongacion muestra la curva mas alla (a la derecha) de la linea de accion, es importante que el medico intervenga, porque alli aumentan rapidamente los riesgos maternos y fetales. La curva de detencion de dilatacion y la curva de detencion de descenso ambas indican distocias graves, tal vez desproporcion cefalo-pelvica. Cuando hay detencion, las curvas se ponen horizontales, entonces llegan muy rapido a la linea de accion, la intervencion medica es indicada

Lista de chequeo de competencia

Anotacion de observaciones	_____
Presion arterial	_____
Pulso	_____
Temperatura	_____
Dilatacion cervical	_____
Descenso de la cabeza fetal	_____
Frecuencia de contracciones	_____
Duracion de contracciones	_____
Ritmo cardiaco fetal	_____
Estado de membranas	_____
Liquido amniotico	_____
Moldeamiento del craneo fetal	_____
Volumen de orina	_____
Proteinuria	_____
Acetonuria	_____
Medicamentos o liquidos administrados	_____
Regimen de Oxitocina	_____
Trazo de curvas	_____
Interpretacion de curvas	_____
Trabajo de parto normal	_____
Trabajo de parto prolongado	_____
Detencion de dilatacion	_____
Detencion de descenso	_____

NOTA Ejercicios y graficas del partograma se describen en el Protocolo de Manejo de las Principales Emergencias Obstetricas

MODULO # 6

Monitoreo de inducción/conducción. Detección de hipotonía uterina, hipertonia uterina y sufrimiento fetal

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a hacer el monitoreo del trabajo de parto de una mujer con induccion o conduccion

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales sera capaz de

- 1 Hacer monitoreo y regulacion cuidadosa del goteo de infusion de Oxitocina, segun prescripcion medica
- 2 Hacer monitoreo cuidadoso de la actividad uterina de una paciente con induccion o conduccion
- 3 Hacer monitoreo cuidadoso de la condicion fetal de una paciente con induccion o conduccion
- 4 Detectar hipertonia uterina
- 5 Detectar hipotonía uterina
- 6 Detectar sufrimiento fetal
- 7 Actuar correcta e inmediatamente en caso de hipertonia uterina
- 8 Actuar correcta e inmediatamente en caso de sufrimiento fetal

Definiciones

Induccion — Iniciar y mantener el trabajo de parto por administracion de Oxitocina

Conduccion — Aumento de la fuerza y/o frecuencia de contracciones uterinas por administracion de Oxitocina, para lograr terminacion del trabajo de parto

Hipotonía uterina — Contracciones uterinas de poca intensidad, insuficientes para causar borramiento o dilatacion cervical

Hipertonia uterina — Contraccion uterina prolongada, que dura mas de 90 segundos

Sufrimiento fetal — Asfixia o hipoxia fetal intrauterina

Introducción

Aunque se usa mucho induccion o conduccion para tratar problemas de trabajo de parto, esta terapeutica no es sin riesgo. La Oxitocina es un medicamento fuerte, y la reaccion de cada paciente es muy individual. No se puede predecir la dosis adecuada para una mujer en particular. Su reaccion puede ser muy diferente de un dia al otro. Sin una prueba, no se puede decir que cantidad sera excesiva para ella. Por esta razon, el esquema de administracion de Oxitocina empieza con una dosis muy baja, acompañada de monitoreo, seguida de un incremento gradual y lento de la dosis, siempre con monitoreo cuidadoso para evitar el dar una dosis nociva.

Generalmente el monitoreo de induccion o conduccion debe ser por el medico tratante, pero en realidad, en los hospitales departamentales, en ausencia del medico, frecuentemente esta tarea recae dentro de las responsabilidades de la enfermera, o del auxiliar de enfermeria. Como esta terapeutica necesita un monitoreo, es mejor iniciar una induccion electiva a las seis de la mañana. Cuando sea posible, evite hacerlo durante la noche cuando hay poco personal disponible.

El mecanismo fisiologico del trabajo de parto consiste en alternacion de contracciones uterinas con periodos de relajamiento. Mientras se da la contraccion, la oxigenacion del feto esta comprometida. Con una contraccion de duracion normal (≤ 90 segundos), el feto normal tolera bien esta hipoxia breve y se recupera rapidamente despues de la contraccion. Con una contraccion prolongada (hipertonía uterina) que puede ser provocada por la administracion de Oxitocina continua, el feto puede ponerse acidotico, y perder su habilidad de recuperarse. Su hipoxia le ocasiona asfixia, y esta puede ocasionar muerte fetal.

Las contracciones hipertonicas repetidas tambien pueden causar agotamiento materno, y a veces provocan la ruptura uterina.

La Oxitocina es un medicamento muy rapido. Por esta razon, debe administrarse en infusion intravenosa continua. En caso de reaccion hipertonica del utero, la interrupcion inmediata de la infusion permitira el relajamiento del musculo uterino. Para la seguridad de la madre y de su feto, es

importantisimo hacer un monitoreo continuo cuando hay una induccion o conduccion.

Equipo

Fetoscopio, reloj con segundero, partograma, boligrafo.

Procedimientos, o pasos del protocolo

Indicacion problemas medicos u obstetricos en que sea necesario interrumpir el embarazo antes del inicio del trabajo de parto espontaneo, como problemas hipertensivos del embarazo, diabetes mellitus, embarazo post-termino, insoinmunizacion RH.

Contraindicaciones

Absolutas: sufrimiento fetal agudo, presentacion anormal del feto, hidrocefalia fetal, hemorragia genital no diagnosticada, deformidad pelvica marcada, cicatriz uterina corporea (cesarea, miomectomia).

Presentacion anormal del feto: hidrocefalia fetal, hemorragia genital no diagnosticada, deformidad pelvica marcada, cicatriz uterina corporea (cesarea, miomectomia), dos cesareas segmentarias anteriores, embarazo multiple, polihidratantes, gran multipara y una cesarea segmentaria anterior.

La puntuacion de Bishop. Es un parametro de condicion adecuada del cervix, para induccion sin riesgo debe ser mayor de 6 (ver tabla de Bishop en Protocolos de Manejo Obstetrico).

Administración de Oxitocina Explique a la paciente lo que le va hacer y cuales son los efectos esperados, asegurar una via intravenosa con angiocath No 18 y

aparato de infusion en "Y" Iniciar con una solucion sencilla de Hartman, Dextrosa o Mixto Diluir 1 ampolla (5 Unidades Internacionales) de Oxitocina (Sintocinon) en una segunda solucion de 500cc, coloquese una etiqueta de identificacion del medicamento y de su dilucion, e iniciela a 5 gotas por minuto (2.5 mUI/min), suspendiendo mientras tanto la primera solucion Mantenga siempre la solucion sencilla disponible al lado de la cama de la paciente En caso de reaccion hipertonica o sufrimiento fetal (ver monitoreo que sigue), interrumpa de inmediato la infusion de Oxitocina y reinicie la solucion sencilla

Segun prescripcion medica, y con monitoreo continuo y cuidadoso (usando un reloj con segundero), la dosis puede ser aumentada 5 gotas (2.5 mUI) cada 30 minutos hasta obtener 3 contracciones de buena intensidad en 10 minutos o 1 contraccion cada 3 minutos, o hasta un maximo de 60 gotas (30mUI) por minuto El personal mas calificado debe evaluar a la paciente por lo menos cada 30 minutos, y solo el podra incrementar la dosis de la Oxitocina

Monitoreo Uso de partograma es obligatorio Controle los signos vitales maternos y fetales segun protocolo para el manejo de la labor y nacimiento Una persona debe permanecer controlando la actividad uterina constantemente con su mano en el abdomen materno, y controlando frecuentemente el foco cardiaco fetal Con la mano sobre el fondo uterino y observando un reloj con segundero, cuente la duracion de cada contraccion para asegurarse que no hay hipertonia Cuente tambien la frecuencia de las contracciones (por 10 minutos) para asegurar periodos adecuados de

relajamiento Evalue tambien con su mano en el abdomen, la calidad de relajamiento del musculo uterino entre las contracciones ¿Se relaja adecuadamente? Escuche el foco cardiaco fetal frecuentemente, siempre despues de una contraccion para estar seguro que se recupera rapidamente Si detecta contracciones de mas de 90 segundos de duracion, o mas de 4 contracciones en 10 minutos, o bradicardia fetal (<120/min) o taquicardia fetal (>160/min) o irregularidad del foco cardiaco fetal, suspenda de inmediato la infusion de Oxitocina, substituya la solucion por una sencilla, administrele O₂ nasal a la madre, y llame al medico

Inducción fallida La induccion se considera como fallida si despues de 6-8 horas de Oxitocina no hay cambios cervicales ni descenso fetal, o si jamas logra 3 contracciones en 10 minutos o una contraccion cada 3 minutos En caso que eso suceda, suspenda la induccion para que la madre descanse hasta la mañana, cuando su caso sera re-evaluado

Atención de enfermería Desafortunadamente, la madre con induccion o conduccion debe quedarse en cama por razon de la infusion y para permitir el monitoreo necesario Como esta recibiendo bastante liquido intravenoso, no olvide ayudarle a vaciar frecuentemente su vejiga Si hay sospecha de desproporcion cefalopelvica, puede ser necesario pensar en la posibilidad de una cesarea eventual En este caso es necesario que la madre permanezca en ayunas

Las contracciones estimuladas por infusion de Oxitocina pueden ser muy fuertes y dolorosas para la madre, mas

dolorosas que en una labor espontanea
A veces la madre necesitara mucho

apoyo emocional de la enfermera para
poder tolerar esta experiencia

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 ¿Por que se aumenta la dosis de Oxitocina en pequeñas cantidades?
- 2 ¿Que quiere decir hipotonia uterina?
- 3 ¿Que quiere decir hipertonia uterina?
- 4 Describa los riesgos de la hipertonia uterina
- 5 ¿Que quiere decir induccion fallida?

Lista de chequeo de competencia

Establecimiento de via intravenosa con angiocath No 18 y equipo de infusion en "Y"	_____
Dilucion de Oxitocina en solucion para infusion intravenosa	_____
Identificacion de la solucion que contiene la Oxitocina	_____
Regulacion exacta del goteo de infusion segun prescripcion medica	_____
Manejo de dos soluciones	_____
Monitoreo de actividad uterina	_____
Monitoreo de condicion fetal	_____
Uso de partograma	_____
Deteccion de hipotonia uterina	_____
Deteccion de hipertonia uterina	_____
Deteccion de sufrimiento fetal	_____
Accion inmediata y apropiada en caso de hipertonia o sufrimiento fetal	_____
Identificacion de induccion fallida	_____
Accion apropiada en caso de induccion fallida	_____

MODULO # 7

Atención de parto normal. Atención inmediata del recién nacido normal. Apgar. Aspiración de flemas

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a atender un parto normal, y a dar atencion inmediata al recién nacido

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales, debe ser capaz de

- 1 Identificar dilatacion cervical completa
- 2 Instruir a la madre para pujar en el momento apropiado
- 3 Tomar acciones para evitar desgarros perineales al momento del nacimiento de la cabeza
- 4 Aspirar flemas de las fosas nasales y de la boca del bebe
- 5 Asistir a la rotacion externa antes de librar los hombros
- 6 Ligar y cortar el cordon
- 7 Mantener la temperatura corporal del recién nacido
- 8 Evaluar la condicion del recién nacido usando puntaje de Apgar
- 9 Apoyar "apego precoz" del recién nacido
- 10 Proveer atencion inmediata rutinaria al recién nacido

Definiciones

Rotacion externa — La rotacion de la cabeza despues del nacimiento de la

misma, es causada por la rotacion (interna) del cuerpecito mientras que desciende por el canal vaginal

Puntaje de Apgar — Sistema de evaluacion inmediata de la condicion del recién nacido, a fin de identificar niños asfixiados para iniciar reanimacion inmediata

Apego precoz — Contacto materno-infantil iniciado lo mas temprano posible, incluso el primer amamantado inmediatamente despues del nacimiento, generalmente en sala de partos

Periodo expulsivo — La etapa desde la dilatacion cervical completa hasta el nacimiento del bebe

Termorregulacion — Proceso del organismo de mantener su temperatura corporal normal

Introducción

Con el escaso personal medico, sucede frecuentemente que la enfermera o el/la auxiliar de enfermeria atiende partos en el hospital Sin embargo, puede ser que su preparacion basica no sea suficiente para llevar a cabo esta tarea Por esta razon incluimos aqui los pasos de procedimientos para atencion a un parto normal y a un recién nacido normal

Un parto es un proceso fisiológico normal y puede suceder sin intervención médica. La mujer se presenta al hospital porque busca un lugar seguro donde puede reducir su riesgo. Cuando la enfermera atiende partos, sus responsabilidades son 1) Detectar casos complicados que necesitan atención médica y referirlos, 2) prevenir tanto como sea posible, daños o complicaciones en las pacientes que atiende, asegurando así la mayor seguridad de la madre. Un aspecto clave de esta tarea es el monitoreo de la labor de parto, ya descrito en un módulo anterior. Este módulo se enfoca en la atención del parto mismo, y del recién nacido normal al momento de nacer, 3) dar apoyo efectivo a la parturienta, respetando sus valores culturales y 4) propiciar la participación activa de la madre, esposo y familia.

Equipo

Fuente de luz, compresas de gaza estériles, guantes estériles, perilla para aspiración, tijera estéril, 2 pinzas estériles, ligadura estéril para el cordón, toallas, mantita para envolver al bebé, ropita, lámpara fuente de calor, estetoscopio.

Procedimientos, o pasos del protocolo

Lávese las manos antes de iniciar el procedimiento y use guantes, dele líquidos a la paciente preferentemente con azúcar, para hidratarla y darle energía. Identifique la posición que la madre prefiera para el parto.

Identificación y manejo de la segunda etapa de labor La segunda etapa de labor empieza cuando la dilatación cervical está completa. Hay cambios de comportamiento (agotamiento materno, náusea, vómitos, escalofríos, deseo de

pujar, reducción temporal de la actividad uterina) que señalan que es inminente, dígame a la madre que no pujan antes de la dilatación completa, aunque pueda tener gran deseo de hacerlo. Es únicamente con un tacto vaginal que puede decir con seguridad que ya tiene dilatación completa. A veces una mujer necesitará mucho apoyo de la enfermera para resistir a su deseo de pujar precozmente, pero puede rasgarse si no espera hasta el momento apropiado.

Una vez que la dilatación está completa, la madre puede pujar con cada contracción para ayudar al descenso y nacimiento del bebé, oriente el pujo indicando a la madre que respire con cada contracción y mantenga una actitud positiva.

Prevención de desgarros perineales

Use una mano con una compresa de gaza para dar apoyo al perineo mientras que sale la cabeza de la vagina. Cuando la cabeza está a punto de salir de la vagina alargada, dígame a la madre que no pujan mientras se dan las contracciones, y trate de librar la cabeza usando solamente la fuerza de la contracción, o mientras que ella pujan de manera controlada, entre dos contracciones, chequee que el cordón no esté alrededor del cuello, si lo está, pince los extremos y corte el cordón. Use su segunda mano para controlar la rapidez de la salida de la cabeza, es deseable que la salida sea despacio. Si el perineo tiene la apariencia de estar a punto de rasgarse, es mejor cortar una episiotomía (ver módulo sobre este tema).

El perineo tiene más tendencia de rasgarse si la mujer está en posición de litotomía. Evite esta posición si es posible.

Limpieza de vías respiratorias del niño
 Después de la salida de la cabeza, mientras que esta esperando la rotación externa y la próxima contracción para librar los hombros y el cuerpecito, aspire la boca y las fosas nasales del bebé con una perilla. Después del nacimiento, use la perilla para aspirar nuevamente la boca y las fosas nasales.

Ayudando a la rotación externa y la liberación de los hombros
 Acuérdate de las maniobras de Leopold que uso para determinar la posición fetal cuando ingreso la paciente. La cabeza debe rotarse ahora para mirar el frente de su cuerpecito. Si se acuerda de donde encontro la espalda del feto, gire suavemente la cabeza para que mire al otro lado.

Entonces, con la próxima contracción puede halar **suavemente** la cabeza por abajo para librar el hombro anterior y por arriba para librar el otro hombro y el cuerpo.

Puntaje de Apgar
 Evalúe al niño bajo una buena luz, que debe ser una fuente de calor. Si la temperatura ambiental de la sala no está bastante caliente. Inmediatamente después del nacimiento, mientras que está secándolo, observe al bebé y use su estetoscopio para contar los latidos de su corazón. Observe la calidad o ausencia de su esfuerzo respiratorio, su tono muscular, la calidad o ausencia de sus reflejos y el color de su piel. Estos son los elementos que entran en la clasificación de APGAR. Observe al bebé y clasifíquelo dos veces: al minuto de su vida y a los cinco minutos, según el sistema que sigue.

Clasificación de Apgar

SIGNOS	PUNTOS		
	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	Ausente	<100 por minuto	>100 por minuto
ESFUERZO RESPIRATORIO	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
TONO MUSCULAR	Flacidez	Flexión leve de extremidades	Flexión completa
REFLEJOS	Ninguno	Algunos movimientos	Movimientos fuertes
COLOR DE LA PIEL	Cianosis en todo el cuerpo	Cianosis en boca y extremidades	Rosado

Una puntuación **mayor de 6** puntos significa bienestar (niño normal)

De 3 a 6 puntos significa asfixia moderada

Menos de 3 puntos significa asfixia grave

Si a la primera evaluación (a un minuto) el Apgar es de 6 o menos, inicie de inmediato la reanimación neonatal (ver módulo sobre este tema) mientras que un asistente llama al médico. Después de los cinco minutos, repita la evaluación. En los casos en que el recién nacido continúe asfixiado luego de los 5 minutos de vida, anote el Apgar cada 5 minutos hasta que este sea igual o superior a 7

Atención inmediata del cordón umbilical Pince el cordón con dos pinzas de anillos, sin dientes, la primera más de 15 cm del cuerpecito, y la segunda a 10 cm más allá. Usando una compresa estéril para prevenir que se manchen los alrededores con sangre, corte el cordón entre las dos pinzas con una tijera estéril. Después de haberse asegurado que el bebé no necesita reanimación, puede ligar el muñón con una ligadura estéril a una distancia de lo ancho de dos dedos del cuerpecito, y cortarlo más allá de eso. Aplique una solución antiséptica al muñón para desinfectarla y para ayudarlo a secar.

Termorregulación Para facilitar la adaptación fisiológica del recién nacido, es muy importante ayudarlo a mantener su temperatura corporal.

Para evitar que se enfríe, séquelo inmediatamente después del parto (usando toallas precalentadas si es posible), y use una mantita (de preferencia precalentada) para envolverlo. Póngalo lo más pronto posible en contacto con la piel de la madre, o bajo una lámpara fuente de calor. Practicar alojamiento conjunto, en la cama con su madre, siempre que no exista contraindicación médica. Proveale suficiente ropa para mantener su temperatura corporal en las condiciones ambientales. Ropa mínima incluye gorro (que cubre todo el cuero cabelludo y la frente), pañal, 4 capas de ropa (entre camisetitas, camisa, y suéter), guantes y calcetines. Si se moja con orina, no lo deje con ropa mojada. Es mejor no bañarlo en los primeros días de vida, el baño le enfría mucho, y no es necesario.

Cuidados rutinarios del recién nacido Después de haber secado y envuelto al niño, y si su Apgar es normal, peselo y mida su talla y perímetro cefálico. Administre 1mg de vitamina "K" IM a todo recién nacido. Póngale una pulsera de identificación y vestido. Si no hay contraindicación médica por la condición de la madre o del niño, dele su bebé a la madre para el apego precoz y su primera mamada, que ocurre de preferencia allí en la sala de partos. Con un niño normal, no hay razón para separar al bebé de su madre. Si hay contraindicación para el apego precoz, insista en que la madre pueda por lo menos ver a su bebé. En caso de mortinato, dele la oportunidad de verlo, esto le ayudará emocionalmente a la madre.

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 Describa cambios de comportamiento materno que señalen que la dilatación cervical está casi completa

- 2 Defina la segunda etapa de labor
- 3 Describa acciones que tomara para prevenir desgarros del perineo
- 4 ¿Como determina en cual direccion sera la rotacion externa?
- 5 ¿Para que sirve el puntaje de Apgar?
- 6 ¿Cuales son los elementos incluidos en el puntaje de Apgar, y como evalua cada uno de ellos?
- 7 ¿Que quiere decir apego precoz?
- 8 ¿Que quiere decir termorregulacion?

Lista de chequeo de competencia

- | | |
|---|-------|
| Apoye a la madre para que no puje antes de la dilatacion completa | _____ |
| Identifique la dilatacion completa por tacto vaginal | _____ |
| Instruya a la madre a pujar en el momento apropiado | _____ |
| Apoye el perineo durante la salida de la cabeza | _____ |
| Controle la velocidad de la salida de la cabeza | _____ |
| Libre la cabeza entre dos contracciones, o sin que la madre puje | _____ |
| Identifique cuando una episiotomia esta indicada | _____ |
| Aspire la boca y las fosas nasales del niño con perilla antes de librar los hombros | _____ |
| Aspire nuevamente la boca y las fosas nasales fetales despues de librar el cuerpo | _____ |
| Identifique el sentido correcto para la rotacion externa | _____ |
| Ayude a la rotacion externa y la liberacion de los hombros y del cuerpo | _____ |
| Use puntaje de Apgar para evaluar al recién nacido al minuto de vida | _____ |
| Use puntaje de Apgar para evaluar al recién nacido a 5 minutos de vida | _____ |
| En caso de Apgar ≤ 6 , identifica necesidad de reanimacion inmediata | _____ |
| Corte y ligue cordon umbilical de manera aséptica | _____ |
| Evite ensuciar los alrededores con sangre umbilical | _____ |
| Deja un muñon umbilical bastante largo | _____ |
| Secar rapidamente al niño | _____ |
| Poner al bebe en contacto con su madre lo antes posible | _____ |
| Apoye a la madre durante la primera mamada en sala de partos, si es posible | _____ |
| No separe a la madre del bebe excepto en caso de indicacion medica | _____ |
| Apoye alojamiento conjunto | _____ |
| Vestir al bebe con ropa adecuada para mantener su temperatura en el ambiente | _____ |
| Pesar al niño | _____ |
| Medir la talla y el perimetro cefalico del niño | _____ |
| Administre vitamina K | _____ |
| Colocar pulsera de identificacion al niño | _____ |

MODULO # 8

Manejo del alumbramiento normal Monitoreo del post-parto normal

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a manejar el alumbramiento normal, y a monitorear la condicion de la madre en el post-parto

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Identificar signos de desprendimiento placentario
- 2 Tomar acciones para favorecer separacion de la placenta
- 3 Usar traccion controlada para librar la placenta
- 4 Tomar acciones para favorecer contraccion uterina despues del alumbramiento
- 5 Administrar Oxitocico despues del alumbramiento
- 6 Monitorear la condicion materna inmediatamente despues del parto
- 7 Monitorear la condicion materna en los dias despues del parto
- 8 Identificar las tres causas mayores de mortalidad materna en el periodo post-parto
- 9 Diferenciar entre sangrado normal y hemorragia
- 10 Identificar signos de infeccion materna en el post-parto
- 11 Diferenciar entre endometritis y otros problemas en el post-parto

Definiciones

Endometritis — Infeccion del endometrio

Hemorragia del post-parto — La perdida de 500 cc o mas de sangre de la region genital despues del nacimiento del bebe (Recuerde que la madre anemica puede entrar en shock con una perdida de sangre menor a los 500 cc)

Loquio — El flujo vaginal de sangre y suero en los dias despues del parto

Tercer periodo del parto —Es el tiempo despues del nacimiento hasta el desprendimiento y la expulsion de la placenta

Introducción

La mayoría de la mortalidad materna no sucede durante el parto mismo, pero si en el periodo de post-parto — principalmente en las primeras 24 horas. La causa mayor de mortalidad materna es por hemorragia en el post-parto. Una atencion cuidadosa del alumbramiento y del monitoreo post-parto puede prevenir muchos problemas, y asi disminuye la mortalidad y morbilidad materna

Equipo

Esfigmomanometro, estetoscopio, guantes, termometro, jeringa y aguja esteril, Oxitocico, sonda Foley

Procedimientos, o pasos del protocolo Manejo del alumbramiento

Normalmente el alumbramiento se produce entre los 5-30 minutos después del parto. Después del nacimiento del bebé, observe a la madre por signos de separación de la placenta: sangre roja de la vagina, o alargamiento del cordón. Cuando aparecen algunos de estos signos, pida a la madre pujar otra vez mientras que usted aplica tracción controlada del cordón para librar la placenta, usando la maniobra de Brand-Andrews. No espere más de diez minutos después del nacimiento para probar la tracción controlada del cordón.

Maniobra de Brand-Andrews se sostiene el cordón con una mano y la otra se coloca en el área suprapúbica del abdomen encima del útero empujando suavemente hacia atrás y hacia arriba (para prevenir inversión uterina). Al mismo tiempo, hale con tensión firme, uniforme y cuidadosa en el cordón. Si la placenta está separada, resbalara y se librara con facilidad.

Cuando la placenta aparece en la vagina, puede dejar de hacer presión suprapúbica. Use sus dos manos para sostener la placenta cuando salga para que no se caiga, y para librar despacio las membranas ovulares. Si permite que la placenta caiga, la fuerza de la caída puede ocasionar que se rompan las membranas ovulares antes de que estén bien desprendidas del útero, y un pedazo puede ser retenido. A veces ocurre una contracción fuerte del útero cuando sale la placenta, y esta contracción puede retener las membranas. En este caso, tenga paciencia, sostenga la placenta, y espere un ratito hasta que se relaje el

útero, y las membranas también resbalaran.

Una vez que la placenta esté libre, coloque otra vez una mano en la región suprapúbica para estabilizar el útero, y haga un masaje suave en el fondo uterino para evacuar coágulos, si hay dentro del útero, y para estimular una buena contracción uterina. Examine la placenta para asegurarse que está completa.

Si la placenta tarda más de media hora para expulsarse, verifique si la vejiga está vacía. En el caso de que haya retención urinaria, estimule a la madre a orinar, y si no puede, vacíe la vejiga con sonda Foley usando una técnica aseptica. Coloque al bebé para mamar, o estimule los pezones de la madre. Ayude a la madre a ponerse en cuclillas para empujar. Pruebe otra vez librar la placenta con tracción controlada del cordón. Si todavía no sale, coloque una infusión intravenosa de Hartman's con angiocath #18, llame al médico, o, en caso que no haya médico disponible y la madre está sangrando, haga alumbramiento artificial (ver módulo sobre hemorragia del post-parto para este procedimiento).

Atención después del alumbramiento
Haga un masaje suave del fondo uterino (con la otra mano, estabilizando la parte inferior del útero) para evacuar coágulos del útero y para estimular una contracción. Si la madre tiene algún factor de alto riesgo para hemorragia post-parto, inyectela con un oxitocico intramuscular.

Factores de alto riesgo para hemorragia post-parto

- hemorragia post-parto anterior,
- ruptura o inversión uterina anterior,

- cirugía uterina anterior
- cesarea,
- legrado,
- fibromectomía,
- retención placentaria anterior,
- problemas de coagulación sanguínea,
- gran multipara,
- anemia,
- placenta previa,
- abrupción placentaria,
- pre-eclampsia/eclampsia,
- obito fetal,
- gemelos,
- hepatitis,
- polihidramnios,
- inducción/conducción,
- trabajo de parto prolongado,
- corioamnionitis,
- trabajo de parto menor de tres horas,
- sangrado genital anteparto (por cualquier razón)

Tomele la presión arterial y el pulso a la madre y anótelos. Limpie los genitales externos, y examínela para ver si sufrió algún desgarro. Si ese fuera el caso, llame al médico para suturarlo, o si usted está capacitada, suturelo. Dele a la madre su bebé para que lo abraze y amamante, apoyele en este apego precoz.

Monitoreo del post-parto inmediato

Cada quince minutos durante la primera hora, tomele la presión arterial y el pulso, palpe el útero (globo de seguridad de Pinard), y examine la cantidad de sangre que sale de la vagina. En la segunda hora, haga este monitoreo cada media hora y cada hora, por dos horas más. Observe a la madre hasta que haya podido vaciar su vejiga espontáneamente, y hasta que este segura que su útero se quedará contraído.

Recuérdese de lavar sus manos, tanto antes, como después de tener contacto con una madre en post-parto o con un recién nacido

Monitoreo en los días después del parto El monitoreo diario debe incluir estos elementos

- signos vitales temperatura, pulso, presión arterial
- anamnesis sobre estado general, loquios, lactancia, dolor en cualquier parte, excretas, etc
- palpación del útero (tamaño cuantos dedos arriba o abajo del ombligo, consistencia, forma globular, dolor)
- examen de loquios (color, cantidad, mal olor, presencia de coágulos)
- examen del perineo y suturas si hay (curación de desgarros o suturas, edema, enrojecimiento, supuración, mal olor, limpieza)
- examen de mamas y pezones (presencia de calostro o bajada de leche, mamas edematizadas, duras, calientes o dolorosas, grietas en los pezones, enrojecimiento)
- observación de amamantamiento
- hemoglobina o hematocrito, una vez antes del egreso

La pérdida normal de sangre después del parto es de 200 (150 - 250) cc. Una pérdida de 500 cc es considerada como hemorragia, y amenaza la vida de la madre (ver módulo sobre hemorragia). Durante los días después del nacimiento, la cantidad y el color del loquío (flujo vaginal puerperal) se cambian.

- Durante los tres primeros días, el loquío normal será rojo, como de

sangre, pero sin coagulos. Cada dia va disminuyendose, y se cambia ahora por aproximadamente una semana en un color rosa

- Despues de estos 10 primeros dias, la cantidad del flujo debe ser muy poca y de color claro o amarillo. El loquio normal no tiene mal olor
- Despues de tres o cuatro semanas, si todo esta bien, no hay mas loquio

Causas La sepsis puede ser producida por Microorganismos que se encuentran en el tracto genital, nariz, boca y otros, por contacto con personas que brindan cuidados a madres y niños

Señales y síntomas de problemas durante el post-parto

El proposito del monitoreo en el post-parto es detectar problemas para poder intervenir, antes de que sean mayores y puedan amenazar la vida de la madre (o del bebe). Las tres grandes causas de mortalidad materna en el periodo post-parto son hemorragia, sepsis, y eclampsia. Otros problemas comunes en este periodo son problemas con la lactancia, problemas con la cicatrizacion de suturas, y otras infecciones

Hemorragia La deteccion de hemorragia no es dificil si la enfermera esta pendiente de observar frecuentemente la cantidad de sangre perdida. Puede tambien preguntarle a la madre cuantas toallas sanitarias ha mojado. Recuerdese que una hemorragia importante puede presentarse con chorros de sangre, o con

un goteo persistente por varias horas. Este goteo persistente puede ser muy peligroso si la enfermera no hace monitoreo frecuente, porque no se dara cuenta de la hemorragia hasta el momento que la mujer ya esta en shock. Es importante tambien monitorear frecuentemente el pulso y la presion arterial, porque la hemorragia puede ser interna (como en caso de ruptura uterina), sin sangre visible de los organos genitales externos. ¡Llame inmediatamente al medico y coloque liquido intravenoso si el pulso y la presion arterial no se estabilizan despues del parto!

Eclampsia Una crisis de eclampsia puede aparecer en las 24 horas despues del parto. El monitoreo frecuente de la presion arterial despues del nacimiento le dara el aviso cuando sube. Si la mujer ya tenia pre-eclampsia antes del parto, observela bien durante el primer dia por cambios del estado de conciencia, comportamiento, cefaleas, dolor epigastrico, trastornos visuales, etc

Sepsis puerperal La otra causa importante de mortalidad materna es sepsis puerperal, una infeccion abrumadora que **se origina con infección de una herida en el tracto genital después del parto**. El sitio mas frecuente de la infeccion primaria es la herida del endometrio de donde se separo la placenta. Monitoreo cuidadoso del utero en el periodo post-parto puede detectar endometritis en su etapa inicial, cuando es mas facil tratarlo con antibioticos. El utero puede ser doloroso, blando (no bien contraido) o demasiado grande. El liquido puede ser abundante, a veces con hemorragia importante y/o coagulos, y mal oliente. Casi siempre la madre tendra fiebre

Otros problemas La fiebre provocada por la endometritis se caracteriza por ser persistente y es acompañada de calofríos, por lo que **NO** debe confundirse con la deshidratación después del trabajo de parto, o con la bajada de la leche, la cual **NO** dura más de 24 horas

Otras infecciones también pueden causar fiebre persistente, pero presentan otros síntomas. Por ejemplo, la infección urinaria presenta disuria y/o frecuencia urinaria, la pielonefritis presenta dolor de riñones, la mastitis presenta pechos dolorosos, edematizados, calientes y pueden estar enrojecidos

Con fiebre en el período post-parto hay también que pensar en la posibilidad de malaria o de dengue, si la madre proviene de una zona endémica. Tromboflebitis y mastitis, pueden ser causa de fiebre

El monitoreo del post-parto debe incluir el examen diario de las suturas, si hay. La madre debe estar orientada para que mantenga su perineo limpio. Su examen evaluará si su limpieza es adecuada. ¿Hay señales de infección: hinchazón, enrojecimiento, dolor, mal olor? Finalmente, observe como amamanta la madre, especialmente si es primípara. ¿Detecta algún problema con la lactancia?

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 Mencione dos signos de desprendimiento placentario
- 2 Mencione acciones que puede tomar para favorecer la separación de la placenta
- 3 Describa la maniobra de Brand-Andrews
- 4 Mencione acciones que puede tomar para favorecer contracción uterina después del alumbramiento
- 5 ¿Cómo define una hemorragia post-parto? ¿La pérdida normal de sangre después del parto es de cuantos cc?
- 6 Describa el monitoreo de una madre en el puerperio inmediato (primeras 4 horas)
- 7 Describa el monitoreo diario en el período de puerperio
- 8 Mencione signos de endometritis post-parto
- 9 ¿Cuáles son las tres causas más importantes de mortalidad materna en el período post-parto?
- 10 ¿Cuáles son las causas más comunes de fiebre en el post-parto?

Lista de chequeo de competencia

Detectar señales de expulsión de la placenta _____

Usar tracción controlada del cordón para la salida de la placenta _____

Usar presión suprapúbica para estabilizar el útero mientras que sale la placenta _____

- Sostener la placenta para que las membranas ovulares no salgan bruscamente _____
- Masaje del fondo uterino despues del alumbramiento _____
- Examen de la placenta _____
- Tomar acciones para favorecer expulsion placentaria y alumbramiento espontaneo _____
- Examen para descartar retencion urinaria _____
- Estimular a la madre a orinar _____
- Vaciar la vejiga con sonda Foley, si es necesario _____
- Colocar al bebe para que mame, o estimular los pezones de la madre _____
- Ayudar a la mujer a ponerse en cuclillas para empujar _____
- Si la placenta no ha salido despues de media hora, tomar acciones apropiadas _____
- Colocar liquido intravenoso _____
- Llamar al medico de urgencia _____
- Detectar sangrado excesivo, para seguir pasos para controlar hemorragia (otro modulo) _____
- Identificar factores de alto riesgo para hemorragia post-parto _____
- Administrar Oxitocico despues del alumbramiento en caso de alto riesgo de hemorragia _____
- Lavar y examinar genitales externos _____
- Apoyar apego precoz entre madre y niño _____
- Monitoreo en el post-parto inmediato _____
- Monitoreo diario en post-parto _____
- Identificar problemas en el post-parto (si los hay) _____
- Lavado de manos _____

MODULO # 9

Identificación y reanimación inmediata del recién nacido asfixiado, respiración artificial, masaje cardíaco, termorregulación

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a hacer la reanimacion del recién nacido en ausencia del medico

Objetivos

La enfermera de los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Identificar al recién nacido deprimido
- 2 Iniciar reanimacion tan pronto se identifique que es necesario
- 3 En ausencia del medico, despejar vias aereas, realizar respiracion artificial y masaje cardiaco suave al recién nacido
- 4 Apoyar termorregulacion neonatal durante la reanimacion

Definiciones

Reanimacion — Acciones para despejar la vias aereas, dar respiracion artificial, y dar masaje cardiaco al recién nacido deprimido para que se establezca su respiracion y circulacion independientes

Asfixia — La asfixia perinatal es una agresion al feto o neonato debido a la falta de oxigeno en los diversos organos. Un puntaje de Apgar de 2 a 6 o cinco minutos, es considerado como asfixia

Introduccion

Escuche cuidadosamente durante el trabajo de parto los latidos del corazon fetal. Esto ayudara a la enfermera a darse cuenta si el bebe esta recibiendo suficiente oxigeno, de lo contrario necesita reanimacion al nacer. El puntaje de Apgar al primer y al quinto minuto de vida, señala cuando un niño ha sufrido asfixia intrauterina o intra partum. En caso de Apgar bajo, hay que actuar rapido para salvarle la vida al niño.

Dentro del utero, el corazon fetal late 120 - 160 veces por minuto. La sangre fetal circula por la placenta, donde recibe oxigeno, para todo su cuerpecito. Despues del nacimiento, la placenta se separa y cesa de proveer oxigeno. Para sobrevivir, es esencial que el niño inicie su respiracion independiente dentro de uno o dos minutos, y que su corazon siga latiendo durante su transicion circulatoria. En los primeros minutos de vida, los vasos umbilicales se cierran, y la sangre circulara desde ahora por los pulmones para estar oxigenada. Si la respiracion esta deprimida, el corazon estara deprimido de oxigeno, y el tambien sera afectado. Si no recibe reanimacion inmediata, el corazon se detendra y el bebe morira.

La respiracion es la primera funcion del recién nacido. Al momento de nacer, la boca y la nariz deben estar despejadas para evitar que las secreciones ingresen.

a los pulmones cuando el recién nacido comienza a introducir aire. Cuando el bebé comienza a llorar, cualquier obstáculo que este obstruyendo el paso del aire en las vías aéreas debe ser eliminado. La enfermera debe estar atenta para limpiar las secreciones que salen de la boca y de la nariz del bebé.

Equipo

Perilla, oxígeno, mascarilla, ambu pediátrico, ropa calentada, lámpara fuente de calor

Procedimientos, o pasos del protocolo

Vías aéreas Use una perilla o una aspiradora pequeña para despejar las vías aéreas cuando sale la cabeza (antes de librar los hombros). Es importantísimo hacer esto antes que comience a respirar, especialmente en caso de líquido amniótico con meconio para evitar que entre en sus pulmones con la primera inspiración. Después que sale el cuerpecito, debe mantenerse al bebé en una posición con la cabeza abajo del resto de su cuerpo para que las secreciones puedan desaguarse de su boca y de su nariz, y repetir la limpieza con la perilla. Actúe rápido. Uso de la perilla Comprima la perilla antes de introducirla dentro de la boca o la nariz del bebé, luego suéltela para que aspire las secreciones, entonces extraígalas y comprímala para desechar las secreciones aspiradas. Repita este proceso hasta que las vías aéreas estén limpias.

Mantener la temperatura del bebé Es importante secar al niño inmediatamente después de limpiar las vías respiratorias,

y de envolverlo con ropa calentada, o de colocarlo bajo una lámpara fuente de calor, durante la reanimación para que no se enfríe. Si le baja su temperatura, esto aumenta su sufrimiento y su consumo de oxígeno, e impide su adaptación cardio-respiratoria a la vida extrauterina.

Apgar 5 a 7 Si el bebé está un poco deprimido, generalmente responderá bien a la estimulación de secarlo y despejarle las vías respiratorias. Entonces adminístrele oxígeno por mascarilla para mantener su temperatura por un período de una hora en observación.

Apgar menor de 5 Siempre su asistente debe solicitar ayuda médica mientras que se está iniciando la reanimación.

Niño que no respira, o que respira mal Colocar al niño en posición dorsal, asegurándose que la vía respiratoria este libre y que el cuello este derecho. Después de secarlo y envolverlo rápido, inicie **respiración artificial** boca a boca o con Ambu pediátrico — 20 soplos suaves por minuto (Respiración boca a boca cubrir la boca y la nariz del niño con su boca abierta y sople suavemente para inflar sus pulmones). Actúe rápido, y siga soplando hasta que el niño respire independientemente.

Niño que no tiene pulso Coloque su mano en el pecho del niño, si no puede sentir los latidos del corazón, hay que iniciar **masaje cardíaco** inmediato. Use la técnica de los dos dedos o pulgares. Coloque dos dedos de una mano o sus dos pulgares al centro del pecho abajo de la línea de los pezones y presione el esternón de 100 a 120 veces por minuto. No levante los dedos del pecho mientras

que presiona para no perder tiempo El esternon del bebe se dobla facilmente, no necesita mucha presion para comprimir el corazon Continue con el masaje cardiaco hasta que pueda sentir el pulso femoral o precordial independiente de 80 latidos por minuto (el ritmo normal es de 100 latidos por minuto) Observe el color del bebe y manejele con delicadeza

Coordinación de respiración artificial con masaje cardíaco Coordine la compresion del corazon con la respiracion boca a boca, contando mientras que comprime el corazon "uno, dos, tres, y respire" Repita tres compresiones del corazon mientras que cuenta, y luego sople suavemente en la nariz y la boca Siga asi, alternando tres compresiones cardiacas rapidas con un soplo suave

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 ¿Que quiere decir asfixia?
- 2 ¿El pulso neonatal normal es de cuantos latidos por minuto?
- 3 Cuando se hace respiracion artificial a un recien nacido, ¿cuantos soplos dara por minuto?
- 4 Describa la tecnica de masaje cardiaco de los dos dedos o pulgares
- 5 ¿Como deben estar coordinados la respiracion artificial y el masaje cardiaco de un neonato?
- 6 ¿Como apoya la termorregulacion neonatal durante la reanimacion, y por que?

Lista de chequeo de competencia

- Despejar vias aereas neonatales con perilla _____
- Secar inmediatamente al niño _____
- Envolverlo con ropa calentada o colocarlo bajo una lampara de calor _____
- Identificar al niño deprimido usando puntaje de Apgar _____
- Identificar el nivel de reanimacion requerido _____
- Iniciar la reanimacion tan pronto que identifique "niño deprimido" _____
- Administrar oxigeno _____
- Dar respiracion artificial boca a boca o con Ambu pediatrico _____
- Dar masaje cardiaco _____
- Coordinacion de masaje cardiaco con respiracion boca a boca, con ritmos correctos _____
- Monitorear pulso femoral o precordial _____

MODULO # 10

Hemorragia en el post-parto

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a identificar una hemorragia durante el post-parto, examinar a la mujer para diagnosticar la causa de la hemorragia, y tomar acciones inmediatas para controlar la hemorragia en ausencia del medico

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Identificar una hemorragia durante el post-parto
- 2 Examinar a la madre para determinar la causa de una hemorragia (atonía uterina, retención de placenta, desgarros perineales, vaginales o cervicales, otros)
- 3 Examinar la placenta para diagnosticar retención de restos
- 4 Monitorear el estado hemodinámico de la mujer con sangrado
- 5 Estimar la cantidad de sangre perdida
- 6 Administrar líquidos intravenosos para reemplazar volumen perdido
- 7 Enviar muestra de sangre para tipo, Rh, y compatibilidad y organizar donadores de sangre
- 8 Tomar acciones apropiadas para controlar hemorragia causada por **atonía**

- Masaje del fondo uterino
- Administración de oxitocicos
- Identificación de retención urinaria y uso de sonda Foley para vaciar la vejiga en caso que sea necesario
- Amamantar al bebe o estimulación manual de pezones
- Si por algun motivo la hemorragia persiste, aplicar compresión bimanual externa del utero, y llamar de urgencia al medico para ayuda

9 Tomar acciones apropiadas para controlar hemorragia causada por **desgarros**

- Aplicar compresión externa al vaso sangrante
- Llamar al medico para suturar el desgarro
- En ausencia del medico, suturar el desgarro segun procedimientos del modulo #11

10 Tomar acciones apropiadas para controlar hemorragia causada por **retención de la placenta o de restos**

- Identificación de retención urinaria y uso de sonda Foley para vaciar la vejiga en caso que sea necesario
- Tracción controlada del cordón
- Llamar al medico para alumbramiento artificial (extracción manual)

- En ausencia del medico, practicar alumbramiento artificial
- Repetir administracion de oxicoticos
- Masaje del fondo uterino
- Iniciar antibioticos
- En caso que la hemorragia persista, haga compresion bimanual externa del utero, y llame inmediatamente al medico para ayuda

- 11 Tomar las precauciones universales
- 12 Monitorear la condicion de la madre despues de una hemorragia
- 13 Consejos de nutricion, hierro, y planificacion familiar en el post-parto

Definiciones

Alumbramiento artificial -- Extraccion manual de la placenta Un procedimiento para sacar la placenta retenida del utero con la mano

Atonia uterina — Cuando los musculos del utero no se contraen adecuadamente

Compresion bimanual del utero — Un procedimiento para controlar la hemorragia post-parto, a traves del cual se ejerce presion en el utero con ambas manos para estimular una contraccion uterina y comprimir los vasos uterinos. Puede ser **compresión externa**, con ambas manos, presionando en el abdomen, o **compresión interna**, con una mano presionando en el abdomen y la otra mano en la vagina

Hemorragia post-parto — La perdida de 500cc o mas de sangre, a traves de los organos reproductores despues del parto (definicion de OMS) Nota Las mujeres pequeñas o anemicas pueden entrar en shock y sufrir gran daño por una hemorragia menor de 500cc

Hemorragia post-parto primaria -- Hemorragia genital que sucede en las 24 horas despues del parto

Hemorragia post-parto secundaria -- Hemorragia genital despues del primer dia y antes de seis semanas despues del parto

Oxicoticos -- Sustancias que estimulan la contraccion uterina Incluyen oxitocina, secrecion natural de la pituitaria posterior (estimulada cuando el bebe mama), y productos sinteticos (Ergotrate, Sintocinon, etc)

Retencion de la placenta La retencion placentaria parcial o total, despues de la primera hora (definicion de OMS) Sin embargo, se intenta la expulsion de la placenta dentro de los 15 minutos, especialmente si hay sangrado activo

Introduccion

Hemorragia es la causa mayor de muerte materna en el post-parto Aunque ciertos factores señalan a madres que tienen un riesgo elevado, en muchos casos la hemorragia sucede despues del nacimiento sin aviso previo La enfermera que atiende partos o que cuida pacientes en el periodo post-parto tiene que estar lista para actuar rapido y controlar una hemorragia, y salvar así la vida de su

paciente Cuando no hay medico presente, un sangrado subido y masivo puede costar la vida de la madre si la enfermera no interviene de manera apropiada

La perdida de sangre normal despues del parto es de 150 - 250cc Normalmente, la placenta se separa de la pared uterina y es expulsada pocos minutos despues del nacimiento del bebe, la contraccion uterina que sigue, ayuda a contraer los vasos de la herida intrauterina y parar el sangrado despues de 5 o 10 minutos

Las hemorragias post-parto tienen varias causas Si la placenta no se separa completamente, el utero no puede contraerse, y habra una hemorragia Si esta separada pero no expulsada, o si hay retencion de restos placentarios o de restos de membranas amnioticas, el utero tampoco se contraera, y habra una hemorragia En ciertas condiciones el utero muy cansado quedara atonico despues del parto por ejemplo despues de un trabajo de parto prolongado o precipitado, o si ha estado muy distendido, como por ejemplo con gemelos o hidramnios, o si la madre es una gran multipara o muy joven, o si la mujer ha recibido anestesia general (por una cesarea), etc Una vejiga distendida con retencion urinaria puede causar atonia Si hay atonia, habra hemorragia

Las hemorragias post-parto pueden provenir de desgarros del perineo, de la vagina, del cuello, o de ruptura uterina A veces hay un sangrado importante, la incision de una episiotomia que no es reparada rapidamente

Una infeccion del utero puede tambien causar hemorragia Las hemorragias

secundarias del post-parto son frecuentemente causadas por infeccion o retencion de restos placentarios

Recuerdese que una madre pequeña o anemica a veces no puede tolerar una perdida de sangre menor a los 500cc (definicion del OMS)

Equipo

Guantes esteriles, esfigmomanometro, estetoscopio, reloj con segundero, liquidos para infusion intravenosa, equipo para colocar infusion intravenosa, angiocath #16-18, equipo para tomar muestras de sangre, jeringas y agujas esteriles, oxtocicos, solucion antiseptica y lubricante, sonda Foley, compresas de gaza esteril, equipo para suturar laceraciones o episiotomias (ver modulo #11)

Procedimientos, o pasos del protocolo

Identificación de una hemorragia

Despues del parto (antes y despues del alumbramiento), observe bien y frecuentemente la cantidad de sangre que la madre esta perdiendo

La hemorragia puede ser masiva, a chorro, o con coagulos, pero no es siempre asi Un goteo de sangre rutilante que persiste despues del alumbramiento es muy peligroso, porque no se detecta sin monitoreo muy cuidadoso Mantenga a la madre en observacion cercana en las primeras horas despues del parto, y examínela frecuentemente Observe la ropa de cama, debe estar seca Preguntele a la madre cuantas toallas sanitarias (u otra ropa sanitaria) ha usado

No debe ser un numero excesivo. Trate de estimar la cantidad de sangre perdida, y anotela en su papeleta

Solicitar ayuda Si hay hemorragia, ¡pida ayuda! Si hay compromiso del estado hemodinamico, necesita por lo menos dos personas que actuen rapido una para reemplazar el volumen de liquido circulante, la otra para controlar el sangrado. Una vez que su asistente haya colocado liquidos intravenosos, si la hemorragia no esta controlada, debe llamar al medico inmediatamente

Monitoreo del estado hemodinámico

Controle frecuentemente (cada diez minutos) los signos vitales por taquicardia (pulso >100) o hipotension (presion arterial $<90/60$). Observe si la madre tiene mareos, nausea, o sudoracion. Si hay compromiso del estado hemodinamico, su asistente debe pedir ayuda al medico inmediatamente, mientras que usted inicia tratamiento rapido. En caso de perdida de sangre continua y/o masiva, la madre puede progresar muy rapidamente a un shock, al coma, o a la muerte

Examen para diagnosticar la causa de hemorragia Mientras que su ayudante esta canalizando la vena y administrando liquidos intravenosos, su primer tarea es identificar el problema determinar de donde proviene el sangrado. Su examen tendra tres elementos claves: palpacion del utero, examen de la placenta, y examen de los organos genitales

1 Palpacion del utero Con la palma plana de su mano, presione en el abdomen de la mujer en la region abajo del ombligo

Busque para encontrar el utero contraido que es globular y tiene la consistencia y el tamaño aproximado de una toronja grande. Si el utero es atonico, su mano no encontrara este globo (el globo de seguridad de Pinard), aun cuando a veces el hecho de presionar y buscar con su mano, puede estimular la contraccion y el globo aparece bajo su mano despues de algunos segundos. Lo mas inquietante es cuando no hay globo, y el utero no responde al masaje. Si el utero se contrae como reaccion a la estimulacion de su mano, ponga su mano en este lugar sobre el utero algunos minutos para monitorear si se quedara contraida. Mientras, su asistente puede examinar la placenta para ver si esta completa

2 Examen de la placenta Si la placenta entera esta retenida en el utero, el diagnostico del problema es facil. Si ya salio, abra y separe las membranas ovulares para revelar la cara materna de la placenta, y mire si no falta un cotiledon o un pedazo. Haga una buena inspeccion de los bordes de la placenta (donde se implantan las membranas) porque muchas veces un pedazo puede estar arrancado de alli. Examine tambien las membranas mismas, para ver si hace falta algun pedazo

3 Examen de los organos genitales Examine cuidadosamente el perineo, la vagina, el cuello y el area cerca de la uretra por vasos sangrantes. El procedimiento para examen de la vagina y del cuello esta descrito en el modulo numero 11

Síntomas en el diagnóstico de la causa de hemorragia

	Atonía Uterina	Retención de Placenta o Restos	Laceraciones
Palpación del útero	útero blando, suave, pantanoso	utero a veces blando y luego duro	útero duro y contraído
Examen de la Placenta	placenta completa	placenta incompleta o retenida en el utero	placenta completa
Examen de los Organos Genitales	ningún desgarro	ningun desgarro	desgarro perineal, vaginal, periuretral o cervical

Evaluando la información del examen rápido de la mujer y de la placenta, decida cual es la causa de la hemorragia atonía uterina, retención de placenta o restos, o laceración. Su diagnóstico determinará su manejo.

Finalmente, si el parto ha estado muy prolongado o traumático, o en caso de cesárea anterior, etc., piense en la posibilidad de una ruptura uterina.

Estabilización del estado hemodinámico Reemplazo de volumen circulante. Si la madre ya tiene una vena canalizada, adminístrele 500-1000cc de Salina Normal, o Hartman's, o de lactado de Ringer con goteo lo más rápido posible. (Si no tiene ninguna de estas soluciones, use Dextrosa 5% o cualquier otra solución). Controle frecuentemente los signos vitales, y cuando se estabilice,

reduzca el goteo, pero siga controlando frecuentemente el pulso y la presión arterial. Si la vena no está canalizada, canalícela con angiocath #18 y adminístrele los líquidos intravenosos lo más rápido posible.

Agregue una o dos ampollas de oxitocina al frasco de líquido intravenoso que está dando con goteo rápido.

Tome dos muestras de sangre: una para hemoglobina o hematocrito, y la otra para grupo, Rh, y compatibilidad sanguínea. Envíe inmediatamente las muestras al laboratorio/banco de sangre. Busque donadores de sangre entre los familiares de la paciente y envíelos al banco de sangre.

Manejo de hemorragia por atonía. Que su asistente llame al médico. Mientras tanto, con una mano estabilizando el

segmento inferior, haga un masaje firme pero suave del fondo uterino para tratar de estimular una contraccion y evacuar coagulos de dentro del utero. Palpe la region suprapubica para ver si hay retencion urinaria. Si hay retencion de orina, estimule el vaciamiento, o use una sonda Foley para vaciar la vejiga (usando tecnica asptica) despues de dar masaje uterino para tratar de estimular una contraccion. Su asistente debe de darle un oxicotico a la madre (Ergotrate 0.2mg [1 ampolla] intramuscular Stat, y Oxitocina [sintocinon] 4 ampollas [20 unidades] agregadas en 500cc Dextrosa o Mixto a goteo rapido), y poner al bebe al pecho de la madre para mamar. En caso que el bebe no pueda mamar, puede hacer estimulacion manual de los pezones, (eso es para estimular la secrecion de oxicotina natural)

Si la atonia persiste y la hemorragia continua despues de los pasos descritos en el ultimo parrafo, y el medico no esta presente, la enfermera hara compresion bimanual externa del utero

- 1 Explique a la madre lo que va a hacer
- 2 Ponga una mano en la parte baja de la pared abdominal (la region suprapubica)
- 3 Ponga la otra mano en el abdomen presionando hacia abajo detras del utero
- 4 Presione con ambas manos al mismo tiempo. Esto comprime los vasos sanguineos de la region de implantacion placentaria mientras que el utero se contrae
- 5 Continue con la compresion bimanual hasta que la hemorragia se pare (puede ser 10 - 15 minutos o mas), o hasta que el medico

llegue y se haga cargo de la situacion

Manejo de hemorragia a causa de desgarrs Este manejo esta descrito en detalle en el modulo #11. Sin embargo, vale la pena repetir aqui los dos pasos inmediatos

- 1 Haga un examen rapido pero completo de los organos genitales (perineo, vagina, cuello, y area periuretral) para ver si hay una laceracion a causa del sangrado
- 2 Si hay un vaso, o vasos, fuente de hemorragia, tome una compresa de gaza esteril en su mano y haga presion firme y continua sobre ese vaso por lo menos 10 minutos, o hasta que pare el sangrado, o si no para, hasta que el medico o la enfermera capacitada este lista/o para hacer la reparacion

Manejo de hemorragia por retención de placenta o de restos En caso de **retención de la placenta** Palpe el area suprapubica para verificar que no haya retencion urinaria. En caso haya, estimule a la madre para orinar, o si ella no puede, use una sonda Foley para vaciar la vejiga. Luego, trate de librar la placenta usando traccion controlada del cordon

- 1 Ponga una mano en la parte baja del abdomen sobre el segmento inferior del utero para estabilizarlo (para evitar inversion uterina)
- 2 Mientras, con la otra mano hale haciendo contraccion suave y uniforme al cordon

- 3 La direccion de traccion debe seguir los vectores del canal reproductivo primero por abajo, hacia las nalgas de la madre, y despues mas hacia arriba del orificio vaginal
- 4 A veces hay resistencia porque hay un espasmo del cuello En caso de encontrar resistencia cuando hale, no hale mas fuerte, porque hay riesgo de arrancar el cordon de la placenta En cambio, mantenga la traccion suave, uniforme, y controlada en el cordon por uno o dos minutos para ver si puede inducir asi el relajamiento del cuello y la liberacion de la placenta
- 5 Explique a la madre lo que usted esta haciendo
- 6 Despues de la salida de la placenta, de masaje al fondo uterino para estimular una buena contraccion

Si no logra librar la placenta con traccion controlada en el cordon, y no hay sangrado, llame al medico, coloque una infusion intravenosa, y observe a la madre con monitoreo frecuente hasta que llegue el medico para atender el problema

Si la madre sigue sangrando, y no hay medico presente, la enfermera hara extraccion manual de la placenta (alumbramiento artificial)

- 1 Examine otra vez la vagina etc para asegurarse que el sangrado proviene del utero y no de una laceracion
- 2 Explique a la madre lo que le va a hacer y la razon
- 3 Dele medicamento analgesico (Petidine 25 mg IM o Talwin 50 mg IM) y calmante (Diazepam 10 mg

- IM o Fenobarbital 30 mg IM o Fenergan 50 mg IM)
Si no tiene ningun analgesico disponible, continue con la extraccion, para salvarle la vida
- 4 Si la mujer todavia no tiene infusion intravenosa, coloquee una
- 5 Use sonda Foley para vaciar la vejiga, si es necesario y saque la sonda
- 6 Haga masaje del fondo uterino para estimular una contraccion
- 7 Pongase guantes esteriles
- 8 Limpie la vagina con solucion antiséptica y lubrique su mano que tiene el guante con la solucion
- 9 Con la otra mano, agarre el cordon umbilical firmemente mientras que introduce la mano lubricada en la vagina, con el pulgar en la palma de la mano Siga el cordon hasta llegar a la placenta
- 10 **¡Una vez que haya puesto su mano dentro del útero, no la saque hasta que logre separar y extraer la placenta!** No introduzca y saque la mano, ya que esto incrementa el riesgo de infeccion del utero
- 11 Con la otra mano, suelte el cordon y agarre el utero a traves del abdomen para estabilizarlo Esto ayudara tambien a mantenerlo contraido
- 12 Palpe la placenta para ver en que parte del utero esta implantada Busque el borde inferior de la placenta
- 13 Deslice suavemente sus dedos entre el borde de la placenta y la pared uterina Con la palma de su mano contra la cara materna de la placenta, avance su mano con movimientos cuidadosos de un

- lado a otro para desprender suavemente la placenta. Usted sentirá la textura esponjosa de la placenta en su mano mientras que se separa del útero.
- 14 Cuando toda la placenta se haya desprendido y se encuentre en la palma de su mano, de masaje al fondo uterino con la otra mano, para estimular una contracción.
 - 15 Suavemente, saque la placenta entera con su mano durante la contracción. No hale de un solo lado la placenta, porque podría rasgar un pedazo. Las membranas también requieren extracción lenta y cuidadosa para no rasgarlas. Recuerde que aun un pedacito de membrana que se quede dentro del útero es suficiente para causar hemorragia o infección post-parto.
 - 16 Haga una vez más un masaje del fondo uterino para estimular una contracción.
 - 17 Examine bien la placenta. Si falta un pedazo, llame al médico y prepare a la madre y la sala para un legrado uterino instrumental.
 - 18 Administre oxitocina a la madre.
 - 19 Inicie antibióticos según prescripción médica. (Ejemplo ampicilina 1 gramo Stat y 500 mg cada 6 horas por una semana.)
 - 20 Administre líquidos intravenosos suficientes para reemplazar el volumen perdido.
 - 21 Haga un monitoreo frecuente (cada 30 minutos) de los signos vitales, el sangrado vaginal, y la contracción uterina hasta que este seguro que la madre está estable y que no sangra más, después tres veces al día.

- 22 Dele tabletas de oxitocina oral (Ergotrate 0.5 mg o Metergin 0.2 mg tres veces al día por tres días), analgésicos y hierro, si es necesario.

Precauciones universales Póngase guantes en cada situación donde haya posibilidad de contacto con sangre para examinar la placenta, hacer tracción controlada del cordón, limpieza del perineo, examinar una toalla sanitaria cuando está estimando la cantidad de sangre perdida, hacer la limpieza de la sala o de la paciente después de una hemorragia, cambiar la ropa de cama de la madre que tuvo una hemorragia, etc. No olvide cambiarse los guantes cada vez que cambie de paciente, para estar seguro/a de no infectar de una paciente a otra. Generalmente, no es necesario usar guantes estériles. Use guantes estériles para cateterismo de la vejiga, hacer tactos vaginales, examinar los órganos genitales, desgarro, extracción manual de la placenta, compresión de un vaso sangrando, reparación de desgarros, etc.

Monitoreo después de una hemorragia

Monitoreo cada 30 minutos de pulso, presión arterial, globo de seguridad, y cantidad de sangrado hasta que este seguro/a que está estable, luego tres veces al día.

Temperatura tres veces al día.
Hemoglobina o hematocrito después de 24 horas.

Consejos después de una hemorragia

Aconseje a la madre a tomar hierro (una tableta tres veces al día con la comida durante seis semanas), y debe tener una dieta rica en proteínas, hierro, vitamina C, y calcio. Si es posible, que tome

multivitaminas tambien Aconsejele usar un metodo seguro de planificacion familiar (pildora, dispositivo, inyectable) por dos años, para permitir la recuperacion de su organismo

Expliquele que tiene alto riesgo de tener otra hemorragia en sus sus futuros partos, y que jamas debiera tener un parto domiciliario

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 ¿Cuanto es la perdida normal de sangre despues del parto?
- 2 Defina una hemorragia del post-parto ¿Que es una hemorragia post-parto primaria? ¿Secundaria?
- 3 Mencione algunos factores de alto riesgo de hemorragia post-parto
- 4 Mencione las causas mayores de hemorragias en el post-parto
- 5 Defina retencion de la placenta
- 6 Describa los pasos del examen para identificar la causa de una hemorragia post-parto
- 7 ¿Que quiere decir globo de seguridad de Pinard?
- 8 Describa la destreza de traccion controlada del cordon
- 9 Describa la posicion de las manos para compresion bimanual externa del utero
- 10 Cuando hace extraccion manual del la placenta, ¿por que no debe introducir y sacar la mano dentro del utero?
- 11 ¿Que examen de laboratorio esta incluido en el monitoreo post-hemorragia?
- 12 Describa precauciones universales que tomaria en caso de hemorragia
- 13 ¿Que consejos daria a la madre que tuvo una hemorragia post-parto?

Lista de chequeo de competencia

Identificar madres con complicaciones por hemorragia post-parto	_____
Estimar cantidad de sangre perdida	_____
Identificar hemorragia post-parto	_____
Solicitar ayuda	_____
Examen para diagnosticar causa de hemorragia	_____
Palpacion del utero	_____
Examen de la placenta	_____
Examen para desgarros	_____
Identificacion correcta de la causa del sangrado	_____
Monitoreo del estado hemodinamico	_____
Reemplazo de volumen	_____
Canalizacion de vena con angiocath	_____
Uso de liquidos apropiados	_____
Administrar volumen de liquido apropiado, con goteo apropiado	_____
Tecnica aseptica	_____

Tomar muestras de sangre, enviar al laboratorio/banco de sangre	_____
Organizar donadores de sangre	_____
Manejo de hemorragia causada por atonia	_____
Masaje del fondo uterino	_____
Administracion de oxitocicos	_____
Identificacion de retencion urinaria	_____
Cateterizacion de la vejiga usando sonda Foley	_____
Tecnica aseptica	_____
Estimulacion de pezones por amamantado o manualmente	_____
Compresion bimanual del utero	_____
Llamar para ayuda	_____
Manejo de hemorragia causada por desgarros	_____
Compresion de vasos fuentes de sangrado	_____
Llamar al medico para hacer reparacion	_____
En ausencia del medico, hacer reparacion segun nivel de capacitacion (ver modulo #11)	_____
Manejo de hemorragia causada por retencion de la placenta o de restos	_____
Identificacion de retencion urinaria	_____
Cateterizacion de la vejiga usando sonda Foley	_____
Traccion controlada del cordon	_____
Llamar al medico para alumbramiento artificial	_____
En ausencia del medico, practicar alumbramiento artificial	_____
Uso de oxitocicos	_____
Masaje del fondo uterino	_____
Iniciacion de antibioticos	_____
En caso de hemorragia persistente, compresion bimanual mientras que llama y espera ayuda del medico	_____
Monitoreo de la condicion materna despues de hemorragia	_____
Signos vitales	_____
Examen fisico (globo de seguridad, sangrado)	_____
Hemoglobina o hematocrito	_____
Consejeria despues de hemorragia	_____
Nutricion	_____
Hierro, multivitaminas	_____
Planificacion familiar	_____
Uso de precauciones universales	_____

MODULO # 11

Atención del parto podálico de urgencia

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a atender un parto en presentacion podalica, en ausencia del medico

Objetivos

La enfermera de servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales sera capaz de

- 1 Solicitar asistencia medica desde que identifica que la parte que se presenta no es cefalica
- 2 Estar lista para reanimacion inmediata de un niño que nace en presentacion podalica
- 3 No tocar el cuerpecito precozmente
- 4 Colocar un paño para que no se enfrie el bebe
- 5 Monitorear detenidamente el foco cardiaco fetal durante el descenso de un bebe en podalica
- 6 Librar los brazos si no salen espontaneamente
- 7 Asegurar la rotacion correcta de un niño que se presenta como podalico
- 8 Mantener flexion de la cabeza fetal mientras que desciende por el canal vaginal
- 9 Librar la cabeza si no sale espontaneamente
- 10 Identificar cuando una episiotomia esta indicada, y hacerla si es necesaria

Definiciones

Presentacion podalica — Presentacion de nalgas, de piernas, de rodillas, o de una combinacion de estas

Rotacion correcta de un bebe en podalica — Rotacion de la cabeza fetal en Occipito Anterior, con el occipito bajo el pubis materno, y el rostro fetal mirando en el sentido de las nalgas maternas

Introduccion

El parto podalico es un parto distocico, con mucho riesgo de asfixia fetal o de otros daños maternos y fetales que ocurren mientras se realizan las maniobras para librar la cabeza. Es preferible que una persona experimentada atienda el parto en una presentacion podalica, pero no es siempre posible. A veces una mujer llega con un feto en presentacion podalica, y en proceso de expulsion del mismo. Si no hay medico disponible, la enfermera no tiene otra opcion, excepto brindar una buena atencion a la madre. En este modulo se explica que se puede hacer, y que **no se debe hacer**.

Cuando el tacto vaginal diagnostica una presentacion podalica, repita las maniobras de Leopold para asegurarse que no haya un segundo feto. La importancia de este examen es diferenciar entre una presentacion cefalica y una podalica.

Equipo

Paño (precalentado), fetoscopio, reloj con segundero, presencia de un asistente, tijera esteril

Procedimientos, o pasos del protocolo

- 1 Solicitud de ayuda** Al ingreso de la paciente, una vez que el examen abdominal o el tacto vaginal han revelado una presentación podalica, el primer paso es llamar al medico responsable del servicio y al pediatra. Contar con la asistencia de un asistente, por si debe atender el parto antes de que llegue el medico. Si no hay otra enfermera o auxiliar de enfermeria disponible, solicite la ayuda de una comadrona o familiar que acompañe a la madre.
- 2 Tener paciencia para permitir la dilatación del cuello y descenso espontáneo** En una presentación podalica, la dilatación cervical puede ser muy lenta. Aunque las piernas sean visibles fuera de la vagina, es posible que el cuello este parcialmente dilatado. Es importantísimo esperar la dilatación completa antes de iniciar la expulsión del bebe.

Examine con mucho cuidado el cuello, buscando a la vez que no haya prolapso del cordón. Si el cuello no esta completamente dilatado, la madre **no debe de pujar**. Mientras que esperan la dilatación completa, y el descenso espontáneo del bebe hasta el nivel

del ombligo, **no toque al bebé** excepto para colocar un paño (precalentado si posible) para que no se enfrie.

Durante el periodo de espera, preparese para la posibilidad de reanimación de un niño asfixiado. Escuche el foco cardiaco fetal a intervalos frecuentes. Estimule a la madre a vaciar su vejiga frecuentemente.

- 3 Manejo de las fase expulsiva** Cuando la dilatación esta completa, espere el descenso y expulsión espontánea del bebe hasta el nivel del ombligo. Mientras suceda la expulsión, es importante que la rotación del bebe sea de manera que la cabeza llegue en occipito anterior. (El rostro del feto mirando a las nalgas de la madre). Si es necesario, guie suavemente la rotación del cuerpo en la dirección correcta.

Si los brazos y los hombros no se liberan espontáneamente, introduzca un dedo en la vagina enfrente del bebe. Busque un codo, y tomándolo con su dedo, halelo por afuera, pasando enfrente del pecho y del abdomen del niño. Repita con el otro codo y brazo. Luego los hombros, hale suavemente el cordón umbilical. En este momento es importante asegurarse que la cabeza se mantenga en flexión.

Ahora necesita a su asistente para aplicar presión superpubica en el abdomen de la madre, para evitar que la cabeza se extienda.

Si la cabeza no sale de manera rapida y espontanea, se hace una episiotomia media-lateral. Introduzca dos dedos en la vagina y dentro de la boca del niño, y hale suavemente por la vagina para favorecer la salida de la cabeza del niño

Estos procedimientos se haran suave, pero rapidamente, porque en este momento el cordon esta comprimido por la cabeza en la vagina

4 Atención inmediata al niño Si la fase expulsiva ha tardado, es posible que el niño nazca deprimido y ¡son necesarias dos personas! Uno/una de ustedes evaluara inmediatamente al bebe, para poder iniciar reanimacion lo mas rapido posible, la otra persona puede atender el alumbramiento

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 Describa la rotacion correcta de parto en presentacion podalica
- 2 ¿Por que se necesitan dos personas para atender un parto podalico? (Mencione dos razones)
- 3 ¿Hasta que punto es apropiado esperar la evolucion espontanea del trabajo de parto?
- 4 ¿Antes de este momento, cual es la unica razon para tocar al bebe?
- 5 Describa dos acciones que pueden hacerse para asegurarse que la cabeza del bebe se mantenga en flexion para el nacimiento

Lista de chequeo de competencia

- Llamar al medico responsable del servicio y solicitar la presencia del pediatra _____
- Si el medico no esta disponible, llamar a una enfermera o auxiliar de enfermeria _____
- Maniobras de Leopold para descartar presencia de un segundo feto _____
- Esperar con paciencia la dilatacion completa _____
- Envolver partes fetales para que no se enfrie _____
- No tocar al bebe (excepto para colocar un paño) hasta que haya salido al nivel del ombligo _____
- Examen vaginal para verificar dilatacion y para descartar prolapso del cordon _____
- Apoyar a la madre para que no puje antes de la dilatacion completa _____
- Monitoreo del foco cardiaco fetal _____
- Estimular a la madre a vaciar su vejiga _____

- Preparacion para reanimacion neonatal _____
- Asegurar rotacion correcta _____
- Liberacion de brazos y hombros _____
- Presion suprapubica para mantener flexion de la cabeza _____
- Evaluar si hay necesidad de episiotomia _____
- Episiotomia _____
- Liberacion de la cabeza _____
- Evaluacion inmediata del recién nacido para reanimacion _____
- Episiorrafia _____

MODULO # 12

Episiotomía y espisiorrafia Revisión del perineo, de la vagina y del cuello. Rasgaduras y suturas de las mismas. Cuidados de las suturas en el post-parto

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a identificar y suturar laceraciones, cortar y suturar episiotomias, y curar suturas en el periodo post-parto

Objetivos

La enfermera al servicio de obstetricia a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Definir laceraciones de 1°, 2°, y 3° grado, episiotomía media, episiotomía medio-lateral
- 2 Identificar señales y sintomas que indiquen que la madre necesita una episiotomía
- 3 Hacer el corte para una episiotomía en caso de que la madre la necesite
- 4 Poner anestesia local para cortar episiotomía o para suturar episiotomias o laceraciones
- 5 Hacer un examen vaginal y cervical para comprobar si la madre tiene una laceración en el tracto genital
- 6 Identificar laceraciones (o extensiones de episiotomias) de 1°, 2°, o 3° grado
- 7 Suturar episiotomias (media y medio-lateral) y laceraciones de 1° y 2° grado

- 8 Curar suturas en el periodo post-parto
- 9 Explicar a la madre la necesidad de hacer un corte para episiotomía, realizar un examen vaginal, y/o curar una laceración o una episiotomía
- 10 Aconsejar a las madre sobre autocuidado de suturas en el periodo post-parto

Definiciones

Episiotomía — Un corte que se hace en el perineo al final de la segunda fase del trabajo de parto para prevenir desgarros (laceraciones) o para permitir un parto mas rapido Episiotomía media se corta por abajo en el centro del perineo en una línea recta vertical, Episiotomía medio-lateral se corta tambien por abajo desde el centro del perineo, pero en una línea recta que es inclinada a 45° por un lado u otro

Laceración — Una herida o desgarro irregular del tejido Laceraciones perineales pueden ser de tres grados laceraciones de 1° grado involucran solamente la piel y la mucosa vaginal, pero no los musculos, laceraciones de 2° grado involucran los musculos del perineo pero no el esfínter del recto, laceraciones de 3° grado incluyen extensión en el esfínter rectal

Musculos profundos del perineo— es el musculo elevador del ano y el grupo de musculos coxigeos

Sutura continua — Un metodo para suturar, en que la sutura no se corta y se amarra hasta llegar al final de una hilera de puntos

Sutura interrumpida — Un metodo de suturar, en que se corta y amarra la sutura despues de cada punto

Introducción

Cuando no hay medico presente, la enfermera capacitada debe cortar una episiotomia, si existe alguna de estas **indicaciones para episiotomía**

- Para prevenir un desgarramiento perineal o un estiramiento excesivo de los tejidos perineales, como en el caso de un bebe muy grande Señales y sintomas de laceracion perineal inminente Sale sangre muy roja (color brillante) de la vagina antes de que salga la cabeza debido a un desgarramiento vaginal, o la piel perineal se ve muy palida (blanquecina) y tiene una apariencia brillante porque se ha estirado hasta el punto de casi rasgarse
- Para proteger al bebe de cualquier daño, como en el caso de un bebe prematuro para que no tenga excesiva compresion de la cabeza fetal, o para acelerar el parto como en el caso de un sufrimiento fetal
- Para prevenir el daño que puedan sufrir tanto la madre como el bebe, como en el caso de una

presentacion anormal (de nalgas, de cara, del occipito posterior) proporcionando mas espacio para que haya un parto con menos traumatismo

- Para disminuir la duracion de la segunda fase para mujeres que sufren enfermedades cardiacas, eclampsia, etc

Las laceraciones y episiotomias que no se suturan pueden llevar a una abundante perdida de sangre, una infeccion, cicatrices, relaciones sexuales insatisfactorias y a la muerte Una pequeña laceracion en el cuello que no se sutura, puede costarle la vida a una madre Es importante que la enfermera sepa como suturar para disminuir la morbilidad y mortalidad materna Las laceraciones pequeñas (primer grado), podrian ser manejadas con compresion local

Equipo

Una buena fuente de luz, como un reflector, linterna, lampara de pie en angulo, u otra luz fuerte, jabon y agua para limpiar los genitales, guantes esteriles, tijera recta esteril, 2 curaciones, hilo de sutura, porta aguja esteril, anestesia local como hidoclorido de lidocaina al 1%, si es posible, jeringa de 10 o 20 cc con aguja de 1 5 pulgadas (5 cms)

Procedimientos, o pasos del protocolo

Colocar anestesia local Ponga una aguja de 4 o 5 cms en una jeringa de 10 cc Se pueden usar agujas mas largas y jeringas mas grandes La Xilocaina (hidroclorido de lidocaina) al 1% es la

anestesia local mas conocida, aunque hay muchas disponibles Expliquele a la madre lo que usted va a hacer y ayudele a relajarse

Llene la jeringa con anestesia

Ponga dos dedos de una mano con un guante esteril en la vagina, entre la cabeza del bebe y el perineo Es importante que sus dedos sirvan como proteccion enfrente de la cabeza del bebe, si inyecta anestesia en la cabeza del bebe puede causar la muerte del bebe

Inserte todo el largo de la aguja desde la horquilla vulvar justo debajo de la piel, abajo del perineo Hale el aplicador de la jeringa y vea si aspira sangre Si aspira sangre, retire la aguja y recomiende (Si usted inyecta anestesia local directamente en un vaso sanguineo puede ocasionar irregularidad cardiaca) Si no aspira sangre, inyecte uniformemente mientras retira la jeringa

Ahora ponga la aguja en angulo hacia un lado del centro y repita estos pasos Repita el mismo procedimiento en el otro lado

Usted debe haber inyectado cerca de 10 cc de anestesia hasta este momento Cambie la posicion de la aguja otra vez, ahora en direccion por arriba, al centro de la pared posterior de la vagina Aspire de nuevo, y si no esta en un vaso, inyecte mientras retira la aguja Recuerdese que debe proteger la cabeza del bebe con sus dedos

Espere uno o dos minutos antes de cortar la episiotomia si es que hay tiempo para esperar, de lo contrario el adelgazamiento

y estiramiento del perineo le va a ayudar anestesiando naturalmente

La anestesia ya debe haber hecho efecto en el momento en que usted empiece a suturar

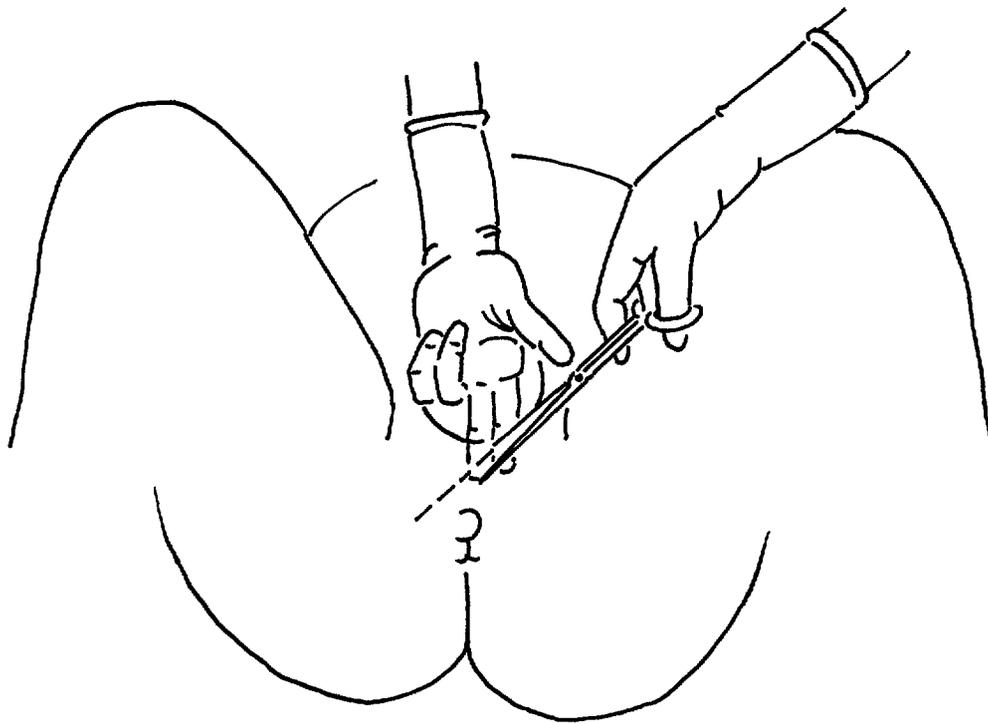
Mientras que sutura, si la mujer no se siente bien, inyecte hasta 10 cc mas de anestesia en el area donde siente dolor Mientras inyecta, retire lentamente la jeringa para prevenir que la solucion se concentre solo en un area, y para disminuir la posibilidad de inyectar en un vaso sanguineo

Cómo cortar una episiotomía (media, medio-lateral) El saber cuando cortar una episiotomia llega con la experiencia Es preferible que espere hasta 4 - 5 cms en que la cabeza ya sea visible Habra menos perdida de sangre, si espera hasta que el perineo este distendido y adelgazado Observe el perineo ¿Es corto o largo? (Si es corto, hay probabilidad de extension en el esfinter rectal si no escoge episiotomia mediolateral) ¿Es grueso o delgado? (Si es grueso, mejor esperar un poco para permitir mas estiramiento — si la condicion materna o fetal no es urgente) ¿El perineo tiene venas varicosas, verrugas u otros problemas? (Oriente la direccion de cortar para evitar estos obstaculos)

Si no hay un obstetra capacitado disponible, es mas seguro realizar una episiotomia medio-lateral Aunque toma un poco mas tiempo para suturar y curarse, este tipo de episiotomia tiene menos posibilidad de extenderse en el recto — y menos riesgo de causar complicaciones, tales como fistulas recto-vaginales que pueden ocasionar grandes

gastos y dificultades para la madre en el futuro Use una tijera recta esteril Inserte dos dedos (con guante esteril) de la otra mano en la vagina entre la tijera y la cabeza del bebe, evitando dañar la cabeza Comience al centro del perineo e inserte la tijera en un angulo oblicuo de 45°, dirigida en el sentido de una de las nalgas de la madre

Corte la episiotomia (3 cms o menos) con una o dos cortaduras grandes Muchas cortaduras pequeñas le darian un borde escabroso a la herida, lo que seria dificil de suturar y de curar En caso de episiotomia media, el corte perineal no debe de estar mas largo que 2 5 cm



(Dibujo de como cortar una episiotomia medio lateral)

Despues de la incision perineal, gire la tijera para hacer un corte de 5 a 8 cms por arriba, en el centro de la pared posterior de la vagina, usando siempre dos dedos de la otra mano para proteger la cabeza del bebe Esto crea mas espacio en la vagina, disminuyendo el riesgo de extension de la episiotomia, durante el descenso y la rotacion del bebe

Despues de cortar, use una gaza esteril para comprimir el area incisiva, mientras que la madre puja en cada contraccion, esto limitara la perdida de sangre Recuerde siempre usar tecnica aseptica Cada vez que retire la gaza de la herida, botela, y tome una nueva gaza esteril, teniendo el cuidado de no contaminar la herida con material fecal

Examen del tracto genital para identificar laceraciones vaginales y cervicales

Explíquelo a la madre que es lo que usted esta haciendo. Digale que este procedimiento puede causar molestias, pero que usted lo hara lo mas rapido y suavemente posible. Digale que es importante asegurarse que ella no tenga desgarros que puedan ocasionar un sangrado abundante.

Observe y palpe mientras limpia rapido y suavemente los genitales de la madre. Con la mano en la que se ha puesto un guante esteril, separe los labios (de la vagina). Pidale a su ayudante que alumbré (con linterna u otra fuente de luz) la vagina de la mujer. Observe cuidadosamente para ver si hay desgarros o hematomas (sangrado debajo del tejido).

Presione firmemente con sus dedos la pared posterior de la vagina. Examine dentro de la vagina. El sangrado de una laceracion puede fluir lentamente o puede salir abundante sangre de una arteria.

Presionando lentamente la pared vaginal, mueva sus dedos por arriba en un lado para sentir y visualizar toda esta pared lateral de la vagina, y la pared del otro lado.

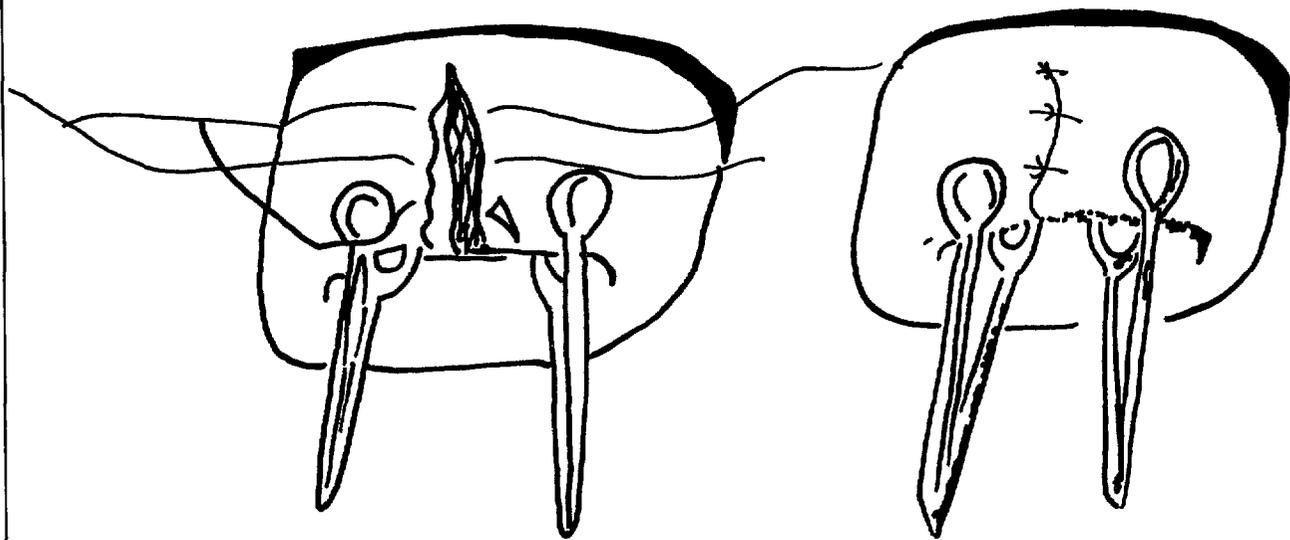
Observe y palpe. ¿La superficie esta blanda? ¿Hay algun(os) punto(s) de donde usted ve que sale sangre? ¿Ha visualizado y palpado todo desde la vagina hacia el cuello?

Luego, su asistente debe presionar firmemente en el fondo uterino de la mujer.

Esto hara que el cuello baje en la vagina, de manera que usted pueda examinarlo mas cuidadosamente. Presione firmemente la pared posterior de la vagina con dos dedos de una mano. Con la otra mano tome una pinza de anillos sin dientes, y sujete el labio anterior (labio superior) del cuello. Hale para examinarlo.

ADVERTENCIA Si usted no presiona una cantidad suficiente de tejido del cuello, puede arrancar un pedazo del mismo, ocasionando un sangrado más abundante. Si usa pinzas con dientes para el cuello, debe tener muchísimo cuidado. Después del parto, el cuello es muy frágil, los instrumentos dentados pueden cortar el cuello y causar una hemorragia. Preferentemente use pinzas de anillos sin dientes.

Ahora usted podra ver claramente el cuello. Observe todos sus lados cuidadosamente. ¿Puede ver flujo o chorros de sangre? Las laceraciones ocurren con mayor frecuencia en los dos lados del cuello en direccion de las 3 o las 9 (es decir, al medio a la derecha y al medio a la izquierda). Si hay sangre y es dificil de ver de donde sale, tome una gaza o un paño esteril y limpie la sangre. Observe y vea de donde viene el sangrado. ¿Sale del utero, de una laceracion vaginal, o de una laceracion cervical? Si sale del utero, administre tratamiento para atonia uterina o retencion de restos placentarios, dependiendo del caso. Si hay laceracion del cuello, de la vagina, o del perineo, proceda a la curacion de estas (ver abajo).



(Dibujos de sutura del cuello)

Reparación de laceraciones

Los desgarros alrededor del clitoris y de la uretra pueden sangrar mucho y pueden ser difíciles de suturar. En este caso, comprima la herida con un vendaje estéril colocado contra la vulva, haga que la madre mantenga las piernas apretadas y juntas mientras que llama al médico especialista para atenderla.

Si usted misma debe suturar la laceración, administre anestesia local (ver arriba), use técnica aseptica, y siga estos pasos:

Introduzca un catéter en la vejiga. Esto le ayuda a identificar la uretra y evitar que por error usted cierre o haga daño a la uretra con una sutura.

Para suturar desgarros alrededor del clitoris o de la uretra, elija la sutura más delgada que tenga. (Ver ayuda de

aprendizaje al final de este módulo.)

Las laceraciones son como rompecabezas, las piezas desiguales deben ser unidas otra vez de manera que se vean como antes. Una el tejido presionándolo de ambos lados para ver la mejor manera de juntarlo. Mientras mejor sea el trabajo que usted haga uniendo el tejido mediante presión y planificando donde debe hacer cada punto, mejor se verá este lugar cuando cicatrice.

Haga puntos interrumpidos (individuales) a lo largo del desgarro dejando una distancia aproximada de 1 cm entre cada punto.

Para hacer un punto interrumpido

- Use un porta agujas para traer la aguja.
- Tome un pedazo de tejido con la aguja, insertándola aproximadamente 1 cm o

- menos, mas alla de un borde de la laceracion
- Traiga la aguja hacia el centro del desgarro
- Tome la aguja
- Revise que no este demasiado profunda o demasiado superficial
- Halela atravesando hasta el otro lado del desgarro, tomando una porcion igual en tamaño y profundidad del lado opuesto
- Hale la sutura dejando apenas lo suficiente (5 a 8 cms) en un extremo para que usted pueda amarrar la sutura con un nudo cuadrado
- Despues de amarrar un nudo, corte la sutura, dejando ambos extremos de 1 cm

Continue haciendo puntos interrumpidos (individuales) a todo lo largo de la laceracion. Cuando termine, coloque una bolsa de hielo sobre los puntos por una o dos horas, si hay

Recuerdese que lo mas importante es **controlar el sangrado**. Si sigue fluyendo sangre de la laceracion, presione firmemente con una gaza sobre la herida por un par de minutos entonces, con mucho cuidado, retire la gaza. Si el desgarro ha dejado de sangrar, la madre esta bien. Si todavia fluye sangre, ponga una gaza sobre la herida y presione de manera firme, continúe uniformemente durante unos diez minutos por lo menos. No deje de hacerlo ni para dar una mirada rapida a la herida. El tiempo normal de coagulacion es de aproximadamente 7 minutos. Si todavia hay sangre, usted

debe hacer presión uno o dos minutos mas para controlar el sangrado

Laceracion del cuello El cuello no se contrae como el utero, por esta razon, los oxitocicos no ayudan a parar el sangrado de un desgarro del cuello. Si no hay medico disponible, sera necesario que la enfermera suture un desgarro del cuello lo mas rapido posible, porque este tipo de laceracion tiene tendencia a sangrar mucho. Procedimiento: aprete el cuello a un lado del desgarro. Si tiene una segunda pinza de anillos sin dientes, usela para apretar el cuello al otro lado del desgarro. Tome los mangos de ambas pinzas y con una mano hale suavemente para visualizar mejor el desgarro. Use puntos interrumpidos, un punto cada centimetro a lo largo del desgarro, para coserlo. Si no tiene pinza, pidale a su asistente que se ponga un guante esteril y que use sus dedos para presionar en la pared posterior de la vagina para permitir la visualizacion del cuello y de la sutura del desgarro. Es bastante dificil suturar el cuello sin forceps de esponja para estabilizarlo, pero eso puede hacerse en caso de emergencia.

Cómo suturar episiotomías o laceraciones perineales La enfermera puede suturar laceraciones de 1° o 2° grado, y episiotomias que no se han extendido al esfinter del recto. Para descartar la posibilidad de un 3° grado o extension en el esfinter, explique a la madre lo que va hacer, introduzca un dedo (con guante no esteril) dentro del ano de la madre, y preguntele si puede apretarlo. Si el musculo del esfinter esta dañado, ella no podra apretar el dedo introducido, llame al medico especialista para la reparacion. Si la madre puede

apretar el dedo introducido, no hay extension en el esfinter, y la enfermera puede proceder con la reparacion

Descarte el guante contaminado

Preparacion para la reparacion Coloque la mujer en posicion ginecologica Limpie los genitales externos, y descarte la ropa de cama sucia Pongase guantes esteriles, y coloque un campo esteril o muy limpio abajo de sus nalgas Verifique si el area a suturar tiene anestesia local adecuada Si la madre siente dolor cuando usted la toca alli con una aguja, o si no ha tenido tiempo para administrar anestesia hasta ahora, inyectela antes de proceder (ver arriba) Procure que haya una buena fuente de luz, y asegurese que pueda visualizar toda la herida Sientese para trabajar Haga un examen cuidadoso del perineo, de la vagina y del cuello (ver arriba)

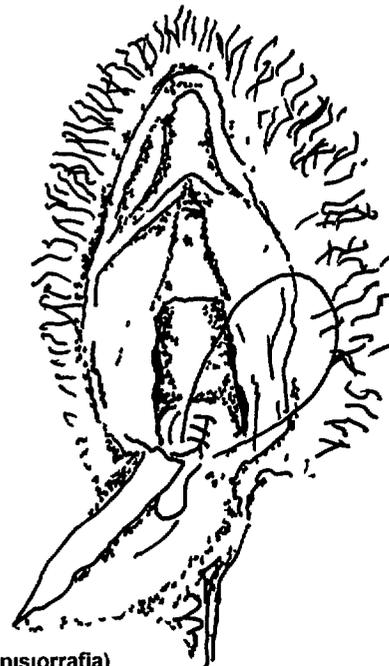
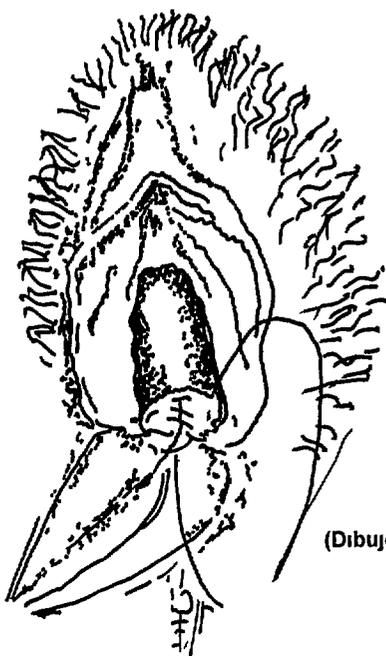
Elija sutura de catgut cromico 2-0 o 3-0 si hay disponible Si no hay, use cualquier sutura con aguja curva que tenga

Con guantes esteriles, abra la sutura y estirela para eliminar torceduras y nudos

Aprete la aguja en angulo recto a manera de asegurarla en el porta aguja

Pasos de la episiorrafia Con guantes esteriles, pase su dedo por toda la herida (corte) Vea claramente donde esta el extremo superior de la herida Haga el primer punto de un cm aproximadamente mas alla del extremo superior de la herida en la vagina Amarrela con un nudo cuadrado, y corte el extremo del hilo sin aguja a un cm Este punto superior sirve para prevenir una extension superior de la herida mientras que usted esta suturando y manipulando el tejido vaginal

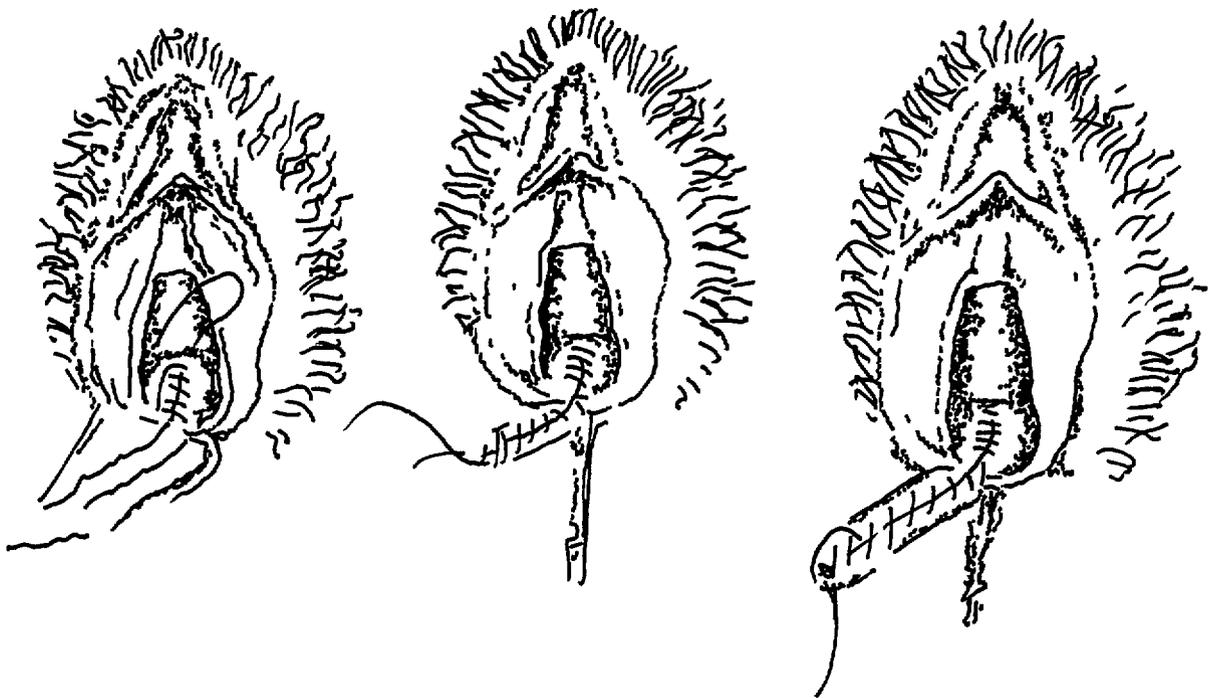
Con el extremo de su hilo fijo en el primer punto, suture la mucosa vaginal con puntos continuos, suturando hacia el aro himenal Traiga ahora la aguja por la mucosa vaginal (atras del aro himenal) para salir en la parte superior de la herida del perineo Siga suturando con puntos continuos desde arriba por abajo para cerrar la capa de musculos profundos del perineo



(Dibujos para mostrar pasos de la episiorrafia)

Una vez que ha llegado al otro extremo (al borde inferior) de la herida, encima del recto, gire la aguja y empiece a suturar otra vez con puntos continuos desde abajo para arriba, para cerrar el tejido subcuticular

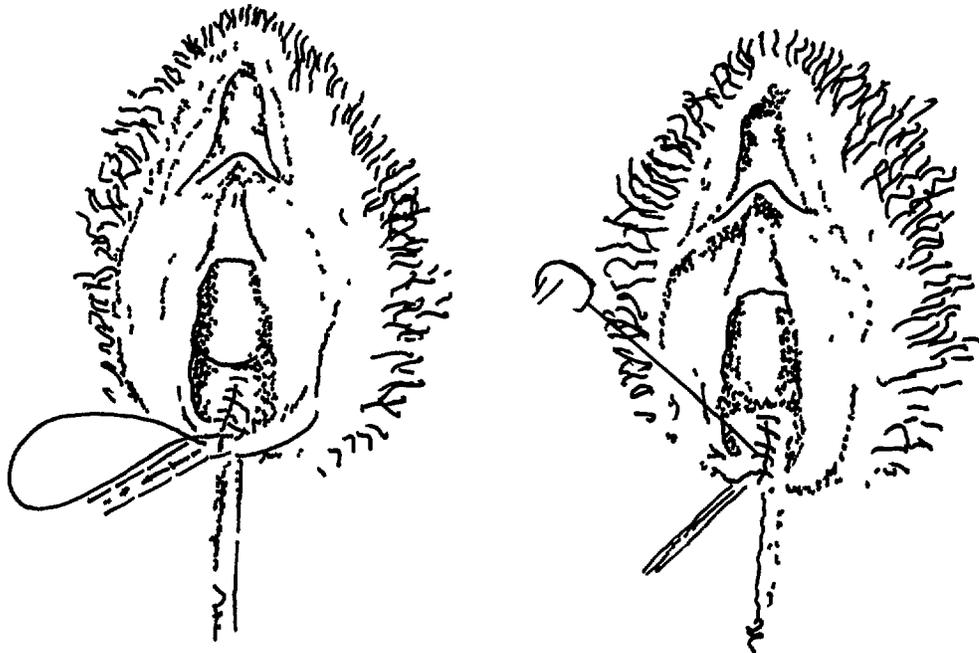
Ahora usted esta haciendo la segunda capa de sutura en la misma area, esta segunda capa de sutura dejara una abertura de aproximadamente un cm en la herida Esta abertura se va a cerrar bien por si sola cuando cicatrice



(Dibujos para mostrar pasos de la episiorrafia)

Ahora la sutura se ha extendido de la parte perineal de la herida hacia el aro himenal Traiga la aguja por el tejido subcuticular para que salga dentro de la vagina atras del aro himenal Ponga un ultimo punto alli Este punto es el mas importante de todos

Para asegurarlo bien, amarre la ultima sutura con un nudo cuadrado y medio Corte los dos extremos del hilo de sutura dejando aproximadamente 1 cm Si deja extremos demasiados cortos, el punto puede abrirse Si esto sucede, toda la episiotomia se afloja o se abre



(Dibujos para mostrar pasos de la episiorrafia)

Introduzca un dedo dentro del recto
 Palpe la parte superior del recto para ver si la sutura penetro Si usted siente la sutura con su dedo, es importantisimo repetir el examen rectal despues de 6 semanas Si no ha cicatrizado, existe fistula recto-vaginal, hay que referir a la madre, con el medico especialista para tratamiento

Cuando termine de suturar, haga una doble revision para asegurarse de que no ha dejado gazas, toallas higienicas o instrumentos en la vagina Limpie los genitales con agua y jabon y sequelos Ayude a la madre a ponerse mas comoda Si tiene disponible, coloque una bolsa de hielo sobre las suturas durante las primeras horas

Nota A veces será necesario modificar o adaptar este procedimiento a cada situación individual Si la madre tiene un desgarrro o extensión muy profunda, puede agregar otra

capa (más profunda) de suturas interrumpidas para fortalecer la unión de los músculos profundos del perineo

Atención de suturas en el período post-parto

Instrucciones para la madre

- Mantener el perineo limpio y seco
- Evitar el uso de hierbas tradicionales si son nocivas
- Lavar el perineo con agua y jabon 3 - 4 veces al dia, pero evitar baños con agua demasiado caliente
- No hay contraindicacion para usar temascal
- Consumir una alimentacion con mucha fibra para evitar constipacion
- No tener relaciones sexuales por 6 semanas

Examine las suturas cada día hasta que se le de egreso para evaluar limpieza, curación, y para detectar signos de infección, sangrado, hinchazón anormal (formación de hematoma) Dele egreso con cita en una semana para evaluación de la curación de la herida

Ayuda de aprendizaje # 1 Elección de Sutura

Hay dos tipos de sutura la absorbible y la no absorbible La sutura absorbible, que frecuentemente se le llama catgut plana, es hecho de tejido conectivo del intestino delgado de oveja Se disuelve en una semana Sin embargo, el catgut empapado en óxido cromo resiste la absorción y retiene su resistencia por un periodo de 10 a 40 días Comúnmente se le llama catgut cromo Debido a su resistencia y a su lenta disolución, el catgut cromo es ideal para suturar episiotomías y laceraciones del parto

La sutura sintética también puede ser absorbible Las suturas Vicryl o Polyglactin 910 son ejemplos de suturas absorbibles Se absorben completamente en un periodo de 60 a 90 días

La sutura no absorbible puede ser hecha de algodón, seda, tejido vegetal, metal, o fibra sintética Tienden a causar cierta reacción del tejido (como inflamación con hinchazón, o enrojecimiento) Si no puede conseguir suturas absorbibles, use sutura no absorbible Recuerde, una laceración que no se sutura, puede llevar a una hemorragia, a la anemia, y a la muerte

El material de sutura está clasificado por medidas 3-0 significa 000 Mientras más ceros tenga la medida, el grosor de la

sutura es menor Por lo tanto, 2-0 o 3-0 es una sutura muy fuerte y buena para suturar laceraciones La 6-0 es muy buena para suturar heridas en el rostro La 9-0 es muy buena para cirugía en los ojos

La sutura ideal para episiotomías o laceraciones genitales es el catgut cromo 2-0 o 3-0 Es flexible, fuerte, dura hasta que la herida cicatriza, y ocasiona una reacción mínima del tejido Sin embargo, si usted está en una situación en la cual no puede conseguirla, use la que tenga a mano Recuerde que hay mujeres que mueren por la pérdida de sangre de laceraciones simples que no son suturadas o detectadas

Ayuda de Aprendizaje # 2 Principios para Hacer Nudos

- ✓ El nudo debe estar firmemente amarrado para que no se resbale Por lo tanto, es preferible usar el tipo de nudo más simple
- ✓ El nudo debe ser tan pequeño como sea posible para evitar una reacción del tejido (una inflamación) Los extremos del nudo deben ser cortados dejando aproximadamente 1 centímetro
- ✓ Al amarrar cualquier nudo, se debe evitar el roce excesivo de los dos cabos Esto puede romper los hilos de la sutura que luego podría romperse
- ✓ Tenga cuidado de no dañar la sutura al manejarla Si agarra la sutura con el porta-agujas, puede romper los hilos
- ✓ Cuando una el tejido con la sutura, tenga cuidado de no halar o apretar demasiado

Esto puede hacer que se interrumpa la circulación del tejido
Si apreta demasiado, la sutura también puede romperse



Los nudos cuadrados y los nudos de cirugía son los preferidos porque se quedan planos, ocupan un mínimo de espacio, y sujetan bien

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 Defina los dos tipos de episiotomias
- 2 Mencione cuatro indicaciones para cortar episiotomias
- 3 Mencione las señales en que una madre podría tener un desgarro si no se le hace una episiotomía
- 4 ¿Cuáles son los signos y síntomas de laceraciones vaginales y cervicales?
- 5 Defina laceraciones de 1º, 2º, y 3º grado
- 6 ¿Cuáles son los pasos a seguir para realizar un examen vaginal y cervical?
- 7 Explique cómo se inyecta la anestesia local para episiotomía o sutura del mismo
- 8 ¿Cuáles son los tipos de sutura y qué tipo es preferible usar para suturar episiotomias y laceraciones genitales? ¿Por qué?
- 9 Explique la diferencia entre suturas continuas y suturas interrumpidas
- 10 Explique la atención de suturas en el período post-parto

Lista de chequeo de competencia

Identificar indicaciones para cortar episiotomía	_____
Identificar signos y síntomas de laceración perineal inminente	_____
Identificar el momento apropiado para cortar episiotomía	_____
Anestesia Local	_____
Preparar a la madre	_____
Proteger la cabeza del bebé	_____
Halar el embolo de la jeringa para ver si aspira sangre	_____
Inyectar uniformemente mientras retira la jeringa	_____
Inyectar en el lugar correcto	_____
Inyectar en el momento apropiado	_____
Cortar episiotomía	_____
Preparar a la madre	_____
Elegir tipo de episiotomía apropiado	_____
Proteger la cabeza del bebé	_____
Hacer incisión de tamaño y ángulo apropiado	_____
Usar cortaduras grandes	_____
Presionar sobre la incisión para limitar pérdida de sangre	_____
Usar técnica estéril	_____

- Examinar tracto genital _____
- Preparar a la madre _____
- Usar tecnica aseptica _____
- Visualizar y palpar todas las partes de la vagina _____
- Visualizar todos los lados del cuello _____
- Cuidar laceraciones de la vagina y del cuello _____
- Preparar a la madre _____
- Comprimir vasos que sangran _____
- Cateterizar la vejiga para proteger la uretra, si esta indicado _____
- Administrar anestesia local _____
- Elegir sutura apropiada _____
- Unir tejido adecuadamente _____
- Hacer puntos interrumpidos _____
- Amarrar nudos seguros _____
- Suturar laceracion del cuello _____
- Suturar episiotomias o laceraciones del perineo _____
- Preparar a la madre _____
- Verificar integridad del esfinter rectal _____
- Elegir sutura apropiada _____
- Anestesia local correcta _____
- Usar tecnica aseptica _____
- Unir diferentes capas de tejido correctamente _____
- Usar sutura continua _____
- Amarrar nudos seguros _____
- Examinar el recto para excluir penetracion con sutura _____
- Limpiar y hacer sentir comoda a la madre despues del procedimiento _____
- Aconsejar a la madre sobre autocuidado de las suturas _____
- Evaluar curacion de la herida diariamente hasta su egreso _____

MODULO # 13

Sepsis del Recién Nacido

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a detectar un recién nacido con sepsis, y como actuar en el caso que atienda a un bebe con esos sintomas

Objetivos

La enfermera en los servicios de obstetricia a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Identificar factores de riesgo elevado para sepsis neonatal
- 2 Tomar en consideracion, las precauciones pertinentes para proteger al recién nacido con infeccion nosocomial
- 3 Examinar recién nacidos con sintomas de sepsis
- 4 Identificar recién nacidos con sepsis
- 5 Aislar (con su madre) inmediatamente un recién nacido con sospecha de sepsis
- 6 Solicitar evaluacion inmediata al pediatra en caso de sospecha de sepsis neonatal
- 7 Dar especial importancia a la lactancia materna en caso de un recién nacido con sepsis

Definiciones

Bacteremia — Presencia de bacterias en la circulacion sanguinea

Infeccion Nosocomial — Infeccion contraida en el hospital Infeccion transmitida por contacto con personal medico, otros pacientes, instrumentos o equipos medicos contaminados

Neonato — Recien nacido

Sepsis — Sindrome clinico caracterizado por signos sistemicos de infeccion y acompañados por bacteremia

Introducción

El recién nacido, especialmente si es prematuro o de bajo peso, esta mas propenso a desarrollar sepsis que un niño a termino Su sistema inmunologico es inmaduro y por esta razon tiene menos capacidad de resistir estas infecciones Cuando contrae una infeccion, su cuerpo, por ser pequeño, tiene dificultad para mantenerla como infeccion localizada, y rapidamente se desarrolla como una infeccion generalizada, es la condicion que llamamos sepsis Sin tratamiento con antibioticos apropiados, es probable que morira poco tiempo despues Infecciones nosocomiales son las mas dificiles de tratar Los germenos presentes en el hospital son probablemente resistentes a todos los antibioticos comunes Los antibioticos con los que se pueden tratar estos germenos resistentes, son los mas caros y los menos disponibles Es esencial tomar todas las precauciones posibles para prevenir la transmision de

infecciones a recién nacidos en el hospital

Factores de riesgo elevado de sepsis neonatal incluyen infección materna (diarrea, infección urinaria, bronconeumonía, etc), trabajo de parto prolongado (>12 horas), mayor de 3 a 4 tactos vaginales durante el trabajo de parto (independiente de que haya sido por comadrona o por personal de salud), ruptura prolongada de membranas (>24 horas), parto en condiciones sépticas (calle, ambulancia, etc), prematuridad o bajo peso, reanimación neonatal (entubación con cánulas sépticas), aspiración de meconio en tráquea, fiebre materna (>38° C), y líquido amniótico fetido

Equipo

Estetoscopio, termómetro, reloj con segundero, batas, mascarilla, agua, jabón y toallas limpias disponibles para uso de personal y visitantes

Procedimientos, o pasos del protocolo

Prevención La prevención empieza en el periodo prenatal con el tratamiento oportuno de infecciones maternas, con la prevención de prematuridad y/o bajo peso, y con la educación a comadronas y madres, de no tener partos en condiciones sépticas. Durante el trabajo de parto, limitar el número de tactos vaginales al mínimo posible, usar guantes esteriles y lubricantes antisépticos, usar partograma para identificar y manejar activamente el trabajo de parto prolongado, no hacer tactos vaginales en caso de ruptura prematura de membranas, identificar presencia de meconio en el líquido amniótico y, cuando

haya meconio, llamar al pediatra para atender al recién nacido al momento de nacer (por si necesita entubación) En la atención del parto, tener ropa limpia (bata) y mascarilla (especialmente en caso de tener infección respiratoria) Usar guantes, instrumentos, perilla, y campos esteriles. Proteger al niño de contaminación con materia fecal materna. Ligar el cordón con un instrumento estéril y ligarlo con cinta estéril. Usar equipo estéril para reanimación en caso que lo necesite. En el periodo post-parto, insistir que toda persona que tenga contacto con un recién nacido (personal de salud, familiares, visitantes) se lave las manos antes de tocarlo. No permitir la entrada de personas enfermas en el servicio de post-parto. Estimular o apoyar la lactancia materna, especialmente el uso de calostro. No alojar recién nacidos normales en la misma sala con niños enfermos. Desinfectar instrumentos (por ejemplo estetoscopio) antes de cada uso con un recién nacido. Atención diaria al muñón del cordón umbilical

Identificación de sepsis Revise la historia del embarazo y del trabajo de parto, para saber si tuvo algún factor de riesgo elevado

Diariamente haga un examen completo de cada recién nacido. Pregunte a la madre cómo está su niño, si mamá bien, o si ha tenido algún problema (vómitos, diarrea, irritabilidad, letargia, etc) desde el último examen. Si es posible, observe cómo succiona. Lávese las manos y póngase una bata limpia antes de examinar al bebé. Desvistalo y peselo. Tómese la temperatura y controle el pulso y las respiraciones. Observe sus respiraciones (ritmo, presencia de retracciones etc) y el color de su piel y de

sus conjuntivas. Palpe el abdomen para ver si hay distension, y examine el muñón del cordón umbilical. Evalúe su estado de hidratación, su respuesta al examen, y observe su llanto.

Los signos clínicos principales de sepsis neonatal incluyen anorexia (succión débil o ausencia de succión), hipertermia (temperatura axilar $>37^{\circ}\text{C}$), hipotermia (temperatura axilar $<36^{\circ}\text{C}$), apnea (dificultad respiratoria), cambios de coloración en la piel, irritabilidad (llanto persistente), letargia (el bebé que duerme demasiado, que "se comporta demasiado bien"), vómitos, distensión abdominal, diarrea, ictericia, taquicardia y convulsiones.

Acciones en caso de sospecha de sepsis neonatal. Lávese las manos después de examinar al bebé, y llame inmediatamente al pediatra para consultar. Si el pediatra puede confirmar el diagnóstico, separe al niño y a su madre de los otros recién nacidos sanos.

Lactancia materna y sepsis neonatal. El recién nacido recibe anticuerpos irremplazables en la leche materna. El calostro es especialmente rico en anticuerpos y valioso para el niño con sistema inmunológico inmaduro. Es muy importante que la enfermera apoye la lactancia materna en caso de sepsis neonatal, porque el bebé enfermo a veces no succiona bien, aunque necesita la alimentación y los anticuerpos. Cuando el bebé no mama, o no mama bien, hay riesgo de pechos congestionados, dolor y grietas en los pezones, mastitis, y/o leche insuficiente.

El pediatra colocará una infusión intravenosa para administrar antibióticos y para asegurar la hidratación del niño si no tiene fuerza para mamar.

Si el bebé no mama bastante para vaciar el pecho, es esencial que la madre se saque la leche. Si no sabe cómo hacerlo, la enfermera tiene que enseñarle cómo sacarla (ordeñarse). Los objetivos son prevenir mastitis, mantener la lactancia hasta que el bebé pueda succionar bien, obtener calostro (rico en anticuerpos) y leche materna para alimentar al bebé por sonda nasogastrica mientras que no tiene fuerza suficiente para mamar. Cuando se está sacando la leche para dársela al bebé, o al banco de leche en caso que haya, es importante que la madre se lave las manos, y que use un recipiente estéril. Si usa una bomba, debe estar esterilizada. Guarde la leche en una refrigeradora limpia (no con muestras para exámenes de laboratorio). Si no va a usar la leche el mismo día, mejor congéla.

Según el Protocolo de Manejo de las Principales Emergencias Perinatales, el recién nacido menor de 1,500 gramos de peso debe recibir 5cc de calostro cada 24 horas hasta que supere los 1,500 gramos de peso. El calostro se utiliza para la prevención de enterocolitis, por sus propiedades inmunológicas, no para alimentar al bebé.

Durante el período que el bebé no puede mamar, o no mama bien, la madre necesita mucho apoyo, para que no abandone la lactancia. Sacarse la leche toma mucho tiempo, necesita paciencia y mucho compromiso.

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 Mencione factores que indican alto riesgo para sepsis neonatal
- 2 Describa que puede hacer para prevenir sepsis neonatal durante el periodo prenatal
- 3 Defina la infeccion nosocomial
- 4 Explique la dificultad para tratar infecciones nosocomiales
- 5 Mencione los sintomas de sepsis neonatal
- 6 Explique el papel de la leche materna en el tratamiento de sepsis neonatal
- 7 ¿Por que es necesario dar mucho apoyo a la madre lactante cuando su bebe tiene sepsis?

Lista de chequeo de competencia

Prevencion de sepsis neonatal

- Reconocer factores de riesgo elevado en la historia del embarazo, labor y nacimiento _____
- Usar tecnica aseptica para atender partos _____
- Limitar exámenes vaginales _____
- Usar partograma para prevenir o manejar trabajo de parto prolongado _____
- Evitar tactos vaginales en caso de ruptura prematura de membranas _____
- Identificar meconio en el liquido amniotico _____
- Solicitar la presencia del pediatra en el parto, en caso de meconio _____
- Proteger al niño de contaminacion con materia fecal materna _____
- Usar tecnica aseptica para ligadura del cordon _____
- Mantener equipo de reanimacion esteril _____
- Practicar e insistir en lavado de manos antes de tener contacto con el recién nacido _____
- Prohibir entrada de personas enfermas al servicio de post-parto donde estan los recién nacidos _____
- Estimular la lactancia materna _____
- Separar a los recién nacidos normales de los septicos _____
- Desinfectar los instrumentos entre cada contacto con recién nacido _____
- Atencion diaria al muñon del cordon umbilical _____

Examen completo del recién nacido

- Interrogatorio de la madre _____
- Observacion de la succion _____
- Tomar precauciones para prevenir transmision de infeccion _____
- Tomar signos vitales _____
- Observacion y evaluacion de respiraciones _____

- Observacion y evaluacion de color de piel y conjuntivas _____
- Palpacion abdominal _____
- Examen del muñon del cordon umbilical _____
- Observacion y evaluacion del estado de hidratacion _____
- Observacion y evaluacion de la respuesta al examen _____
- Observacion y evaluacion del llanto _____
- Identificacion de niño con signos de sepsis _____
- En caso de encontrar signos de sepsis, consultar de inmediato al pediatra _____
- En caso de sepsis, aislar el niño (con su madre) de los niños sanos _____
- En caso de sepsis, apoyo especial a la lactancia materna _____
 - Explicarle a la madre la importancia de mantener la lactancia _____
 - Explicarle a la madre el valor del calostro para su bebe _____
 - Enseñarle a la madre como sacarse el calostro o la leche con bomba o manualmente, si es necesario _____
 - Usar tecnica aseptica para recoger y guardar leche materna _____
 - Mantener la leche materna en refrigeracion _____
 - Dar apoyo emocional a la madre _____

MODULO # 14

Cuidados del bebé prematuro y de bajo peso al nacer

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a dar cuidado basico a un niño prematuro o de bajo peso al nacer, y le enseñara a la madre como cuidar a su hijo pequeño en la casa

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales sera capaz de

- 1 Identificar niños prematuros o de bajo peso
- 2 Proteger de infeccion, a niños prematuros o de bajo peso
- 3 Monitorear el crecimiento de un niño prematuro o de bajo peso
- 4 Enseñarle a la madre como cuidar a su niño prematuro o de bajo peso, con metodo de madre Canguro
- 5 Si el niño prematuro o de bajo peso no esta en contacto con la madre, mantenerlo en ambiente termico neutral
- 6 Apoyar la lactancia materna para niños pequeños
- 7 Calentar leche o soluciones en baño de Maria a 32° C
- 8 Aconsejar a la madre sobre el cuidado de su hijo prematuro o de bajo peso en casa

Definiciones

Ambiente termico neutral — Temperatura ambiental entre 32° y 36° C, para apoyar la termorregulacion neonatal Es la temperatura de la piel materna cuando hay contacto piel a piel en el metodo de madre Canguro Es la temperatura ideal dentro de la incubadora

Baño de Maria — olla de agua caliente que se usa para calentar lentamente biberones o frascos con liquidos

Bajo peso al nacer — Cualquier recién nacido que pesa menos de 2,500 gramos (5 libras, 8 onzas) al nacer, independientemente de la edad gestacional

Madre Canguro — Un metodo de cuidado materno de niños prematuros o de bajo peso El bebe se coloca en contacto constante con la piel de su madre, dentro de su ropa, para facilitar la lactancia frecuente y el mantenimiento de su temperatura

Prematuro — Recién nacido de menos de 37 semanas completas de edad gestacional, idealmente calculadas a partir del primer dia, de la ultima regla (FUR), independientemente del peso al nacer

Introducción

Los niños prematuros y los de bajo peso tienen un riesgo elevado de mortalidad. Cuanto más prematuro o pequeño sea el niño, más intensivo será el cuidado que necesita para sobrevivir. En los hospitales de área, no existen las condiciones apropiadas para el cuidado intensivo de recién nacidos. Por esta razón, la enfermera del servicio de maternidad se encargará del cuidado de los niños prematuros o de bajo peso que no presenten complicaciones.

Equipo

Estetoscopio, termómetro, reloj con segundero, batas, mascarilla, agua, jabón y toallas limpias disponibles para uso de personal y visitantes, balanza para bebés, cinta métrica, incubadora, baño de María.

Procedimientos, o pasos del protocolo

Identificación de niños prematuros

La detección empieza en el período prenatal o durante el trabajo de parto. Calcule la edad gestacional desde la fecha de la última regla (la FUR = el primer día de la última regla). Palpe el abdomen, usando maniobras de Leopold, para estimar el tamaño del feto. Si la edad gestacional es menor de 37 semanas, o el tamaño estimado es de 5 libras o menos, solicite la presencia de un pediatra para el nacimiento.

Después del nacimiento, pese y examine al bebé para ver si es prematuro o de bajo peso. Bajo peso es menor de 5 libras 8 onzas (2500 gramos). Un niño prematuro no tiene la capa gruesa en la piel de un

recién nacido a término. Puede parecer delgado, con la cabeza grande en relación con su cuerpecito.

Use el Método de Capurro para examinar al bebé y estimar su edad gestacional. En este método se examina y apunta cinco parámetros del desarrollo físico del bebé: la forma de la oreja, el tamaño de la glándula mamaria, la formación del pezón, la textura de la piel, y los pliegues plantares. Usando este sistema de puntaje, se calcula la edad gestacional en días, sumando los puntajes obtenidos de cada parámetro + 204. Un esquema del sistema de puntaje de Capurro está presentado en los Protocolos de Manejo de las Principales Emergencias Perinatales.

Monitoreo de Crecimiento La infancia es un período de crecimiento rápido. Es anormal que no crezca el niño. El control de crecimiento se hace para señalar que el niño está bien. Con niños prematuros o de bajo peso, hay que pesarlos cada día, usando una balanza fiable que pueda detectar cambios de 5 - 10 gramos. Para proteger al niño de infecciones, limpie la balanza con una solución desinfectante después de cada uso, y/o use una hoja de papel limpia para cubrir la superficie, se coloca al niño para ser pesado. Verifique que la balanza esté calibrada antes de cada uso, calibre la balanza antes de desvestir al niño. Péselo en una sala precalentada. Desvístalo y péselo rápido, para que no se enfríe. Vístalo de nuevo inmediatamente después de pesarlo. Con una cinta métrica (limpia o descartable), evalúe semanalmente la talla y el perímetro cefálico.

Método de Madre Canguro En este sistema de cuidado del prematuro, la madre lo mantendrá en contacto constante con su piel. Coloque a su bebé dentro de su blusa o su guipil y su sueter para que oiga los latidos de su corazón, para estimularlo con los movimientos maternos, para mantener su temperatura estable, y para permitirle que mame con facilidad y gran frecuencia. Cuando la madre quiera descansar un ratito (para bañarse, por ejemplo), coloque al niño en la incubadora precalentada, o dentro de la ropa de otra persona (papa, abuela, etc)

Mantenimiento de ambiente térmico neutral Mantenga la temperatura de la incubadora entre 32° y 36° C. Controle la temperatura del niño frecuentemente (por lo menos una vez cada turno) para asegurarse que mantenga su temperatura corporal entre 36.5° y 37.5° C. regule la temperatura de la incubadora si es necesario para apoyar su termorregulación.

Trate de hacer todo procedimiento o examen del niño dentro de la incubadora. Si tiene que sacar al niño de la incubadora por cualquier razón, vístalo con ropa adecuada antes de sacarlo, y tenga cuidado de precalentar la sala donde están. Si no hay incubadora disponible, y si no hay energía eléctrica para conectarla, use el método de madre Canguro para mantener la temperatura corporal del niño.

El traslado a una cuna ha de ser efectuado cuando el bebé se encuentre alrededor de los 1700 gramos, si el recién nacido no participa en el programa Canguro. Niños pequeños para edad gestacional no pueden ser trasladados a

una cuna con pesos inferiores, porque su sistema de termorregulación es más maduro.

Lactancia materna La lactancia materna es importantísima para niños pequeños. La leche materna es la más fácil de digerir, y su composición nutricional es óptima para el bebé. Adicionalmente a estas ventajas, los anticuerpos en la leche materna disminuyen el riesgo de infecciones serias. Es preferible que en los primeros 4 - 6 meses el niño no reciba ningún otro alimento.

Si por alguna razón el bebé no puede succionar bien, será necesario suplementar la pequeña cantidad que mama con leche materna que es extraída y dada por sonda nasogastrica después de cada amamantamiento. La cantidad a dar será indicada por el médico responsable. La enfermera del servicio de maternidad será responsable de enseñarle a la madre como usar la bomba o como extraerse la leche manualmente. Es importante que use un frasco estéril para recibir la leche, y que se lave las manos antes de comenzar. (No es necesario desinfectar los pechos). La leche debe estar guardada en una refrigeradora limpia. Si no se usa el mismo día, es mejor congelarla. Antes de dar la leche fría al bebé, hay que calentarla. Use un baño de María para calentar la leche en su frasco estéril. Ponga el frasco de leche fría en el agua del baño de María y enciéndalo para calentar la leche muy despacio, mientras que se calienta el agua. No permita que el agua hierva. Controle frecuentemente la temperatura de la leche hasta llegar a la temperatura ideal (32° C).

Si es demasiado caliente o demasiado fria, puede hacerle daño al bebe

El bebe tiene un estomago muy pequeño
Por esta razon necesita mamar a intervalos muy cortos cada 2 a 3 horas
El bebe no dormira de noche hasta que sea mas grande

En caso que la madre no este disponible para amamantar (muerte materna por ejemplo) busque una donadora de leche materna, en vez de dar leche artificial o de vaca

Consejos para el cuidado domiciliario del niño prematuro o de bajo peso

Para que un niño pueda egresar del hospital, debe pesar un minimo de 1800 gramos (salvo los que participan en el programa Canguro), succionar bien, tolerar bien su alimento, ganar peso, y ser capaz de mantener su temperatura dentro de 36.5° a 37.5° C. Su hematocrito ha de ser satisfactorio (no menos de 40%)

El cuidado domiciliario del bebe prematuro o de bajo peso depende de los mismos principios como el cuidado

hospitalario: prevencion de infeccion, amamantados frecuentes (leche materna), y mantenimiento de la temperatura corporal

Aconsejele a la madre aislar su niño de personas enfermas (personas con gripe o diarrea), y lavarse las manos antes de tocar al bebe. Aconsejele que continúe con la lactancia materna sin alimento suplementario, y que mantenga siempre a su bebe cerca para que pueda amamantarlo frecuentemente evitando que el bebe se resfrie, que le ponga ropa adecuada. El bebe no necesita un baño diario, es mejor bañarlo solo si esta sucio, para que no se resfrie.

El bebe egresara con una receta de hierro, y hay que darle las gotas de hierro cada dia, segun la prescripcion medica. Se le dara tambien una cita para regresar a la clinica de seguimiento en los primeros 8 dias despues de su egreso.

Finalmente, recomiendele a la madre usar un metodo de planificacion familiar seguro para poder amamantar al niño por lo menos, durante dos años.

Preguntas de repaso (post-test)

- 1 Defina niño prematuro
- 2 Defina bajo peso al nacer
- 3 Describa el Metodo de Capurro
- 4 ¿Que quiere decir ambiente termico neutral?
- 5 ¿Que es un baño de Maria?
- 6 Describa el metodo de madre Canguro
- 7 ¿Cuándo puede trasladar a un niño prematuro o de bajo peso de incubadora a una cuna?
- 8 Mencione tres razones importantes para usar solo leche materna para alimentar niños prematuros o de bajo peso

- 9 ¿Cuándo se le debe dar egreso a un niño prematuro o de bajo peso?
 10 ¿Que consejos daría usted a una madre cuando egresa su niño prematuro o de bajo peso?

Lista de chequeo de competencia

- Detectar prematuridad durante el trabajo de parto (calcular edad gestacional) _____
- Detectar bajo peso durante el trabajo de parto (estimación con palpación abdominal) _____
- Solicitar presencia del pediatra para nacimiento, en caso de prematuridad o bajo peso _____
- Examen del niño para detectar prematuridad (Método de Capurro) _____
- Pesar al niño _____
- Medir talla del niño _____
- Medir perímetro cefálico del niño _____
- Enseñar el método de madre Canguro _____
- Monitorear temperatura del niño prematuro o de bajo peso _____
- Mantener al niño en ambiente térmico neutral _____
- Graduar la temperatura de la incubadora según necesidad _____
- Vestir al niño (a) prematuro o de bajo peso con ropa adecuada _____
- Identificar niños listos para traslado de incubadora _____
- Enseñar a las madres cómo usar la bomba para sacarse su leche _____
- Enseñar a las madres cómo extraerse manualmente la leche _____
- Usar equipo estéril y técnica aseptica adecuada para colección y almacenaje de leche materna _____
- Calentar frasco de leche en baño de María _____
- Identificar temperatura ideal para la leche _____
- Identificar niños listos para egresar _____
- Aconsejar a las madres cuando egresan niños prematuros o de bajo peso sobre _____
- Prevención de infección _____
- Lactancia materna _____
- Termorregulación _____
- Administración de hierro _____
- Planificación familiar _____
- Cita para seguimiento en los servicios de salud _____

MODULO # 15

Utilidad de Estadísticas

Meta

En este modulo la enfermera aprendera a compilar y usar estadísticas del servicio de maternidad

Objetivos

La enfermera en los servicios de maternidad a nivel de hospitales departamentales debe ser capaz de

- 1 Anotar datos completos en los registros de maternidad
- 2 Tener registros de maternidad al dia
- 3 Compilar estadísticas mensuales del servicio
- 4 Preparar un informe mensual de estadísticas del servicio
- 5 Analizar y discutir estadísticas mensuales en equipo
- 6 Usar estadísticas para identificar problemas y prioridades
- 7 Usar estadísticas para mejorar servicios prestados
- 8 Usar estadísticas para documentar el impacto de acciones tomadas
- 9 Usar estadísticas para planificar y justificar demandas para equipo, medicamentos, material, etc

Definiciones

Muerte materna -- La muerte de una mujer embarazada o en los 45 dias post-parto No importa el resultado del embarazo (aborto, obito fetal, nacido vivo, etc) Generalmente no se incluyen muertes que no tienen ningun vinculo con el embarazo (por ejemplo muertes en accidentes de trafico), pero si se incluyen muertes por causa obstetrica relacionada, (por ejemplo, sepsis causada por aborto provocado, o enfermedad cardiaca agravada por el embarazo, etc) y muertes causadas por complicaciones de tratamiento (por ejemplo muerte causada por complicacion de anestesia)

Muerte perinatal -- La muerte de un feto de 28 semanas o mas de edad gestacional, hasta los primeros 7 dias de nacido

Proporcion de mortalidad materna -- La proporcion anual de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos Tasa de mortalidad materna -- La tasa anual de muertes maternas por 100,000 mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años)

Tasa de cesareas -- El porcentaje de cesareas Se calcula tomando el numero de cesareas, dividido por el numero total de nacidos vivos en el periodo dado

Tasa de mortalidad neonatal -- La tasa de mortalidad neonatal es la tasa anual de muertes de niños en los primeros 28 días después de nacidos, por 1000 nacidos vivos

Tasa de mortalidad perinatal -- La tasa de mortalidad perinatal es la tasa de muertes perinatales multiplicada por 100 y dividida por el total de nacimientos. Se calcula tomando el número de muertes perinatales X 100, dividido por el número total de nacimientos (= nacidos vivos + obitos de fetos de 28 semanas o más)

Introducción

Las estadísticas del servicio de maternidad incluyen información importante sobre la población servida y sus necesidades, el uso del servicio, los servicios prestados (calidad y cantidad), y la morbilidad y mortalidad encontrada. Esta información puede ser muy útil para la planificación de los servicios, la evaluación de los mismos, abastecimiento de recursos, personal, y equipos. La colección, análisis, reportaje, y uso de estadísticas, son responsabilidades básicas del personal del servicio.

Equipo

Registros de maternidad, bolígrafos, lápices, papel, partogramas y otra papelería de maternidad.

Procedimientos, o pasos del protocolo Registros de maternidad Instrucciones para el proceso de llenar la hoja del Libro de Monitoreo Materno Perinatal están detalladas en el Manual de Monitoreo

Materno Perinatal Para Hospitales Departamentales, (MotherCare, Guatemala, Abril de 1996) y por ello, no serán repetidas aquí. Recuerdese que siempre la hoja de Monitoreo del registro debe ser llenada para **cada paciente**, y **antes de su egreso**. Use bolígrafo para apuntar información en el registro.

Compilación y reporte de estadísticas mensuales del servicio Después de cada mes, el personal del servicio debe compilar sus estadísticas mensuales. Sume los datos del mes pasado del registro de Monitoreo Materno Perinatal de su servicio.

- 1 Edad de pacientes Calcule la edad promedio, y examine la distribución.
- 2 Municipio de procedencia Investigue de donde vienen sus pacientes.
- 3 Grupo étnico Calcule la proporción de indígenas, de ladinas.
- 4 Escolaridad Sume el número de pacientes de diferentes niveles de escolaridad según el código "A".
- 5 # de Gesta Calcule el número promedio, cuente el número de primigestas, y el número de gran multiparas.
- 6 Años desde el último parto Sume el número de parturientas con un intervalo de menos de dos años y el número con intervalo de dos años o más.
- 7 Lugar del parto previo Sume el número de mujeres que tuvieron su último parto en el hospital, y calcule la proporción.
- 8 Uso de planificación familiar Sume el número de mujeres que nunca han usado un método de planificación familiar y calcule la proporción.

- Papanicolau Suma el número de mujeres que nunca han tenido un examen de Papanicolau, y calcule la proporción del total
- Último control prenatal en el tercer trimestre Suma y calcule la proporción de mujeres que tuvieron su último control prenatal en cada lugar y las que no tuvieron ningún control prenatal
- Referencia Suma y calcule la proporción de mujeres que fueron referidas por cada fuente y también las que no fueron referidas
- CAT acompañó Calcule la proporción que fue acompañada por comadrona, y de estas, la proporción de comadronas que entraron con sus pacientes
- Tipo de complicación Suma el número de cada tipo de complicación materna (según código "B") y neonatal (código "C") Para cada tipo de complicación, ¿qué tipos de intervención recibieron las pacientes? Ver las columnas "manejo" (código "D") y "tratamiento médico" (código "E")
- Manejo Basándose en el número total de nacimientos, calcule la proporción de casos que recibieron cada tipo de manejo (código "D")
- Tratamiento médico Igualmente con los diferentes tratamientos médicos (código "E")
- Quién atendió el parto Calcule el porcentaje atendido por médico, por enfermera profesional, por auxiliar de enfermería, y por otro (bombero, estudiante, etc)
- Resultado madre ¿Cuántos obitos hubo en el mes?
- Resultado recién nacido Calcule los porcentajes según el código "F" ¿Cuántos niños sobreviven? ¿Porcentaje del total?
- Apgar recién nacido Calcule el porcentaje de recién nacidos con Apgar de 7 o menos
- Desea un embarazo antes de 2 años? Calcule el porcentaje
- Desea usar un método de P F ? Calcule el porcentaje
- Salio usando un método Calcule el porcentaje que salio usando un método De las que salieron con un método, ¿qué métodos usaban (código "G")? (Suma y calcule porcentajes)

La información que resulta, debe estar reportada cada mes en un informe escrito para el jefe de servicio y la dirección del hospital

Al final de cada año, calcule las tasas de mortalidad materna, perinatal y neonatal y la tasa de cesareas Comparelas con los años anteriores

Análisis y discusión de estadísticas El equipo de personal del servicio debe reunirse cada mes para compartir y discutir las estadísticas mensuales. El grupo debe examinar

- el uso del servicio (¿De donde vienen las pacientes? ¿Quién está usando el servicio? ¿Hay grupos en la población que no usan el servicio? ¿Cuál porcentaje de las pacientes tienen un riesgo elevado o una complicación? ¿Cuál porcentaje han tenido control prenatal, y donde? ¿El servicio está respondiendo a las necesidades de la comunidad o no?)
- el sistema de referencia (¿Qué porcentaje de las pacientes fue referida? ¿Por quién fue referida? ¿Qué porcentaje fue acompañada por comadrona? ¿Cuántas veces permitieron a la comadrona entrar con su paciente? ¿Existen barreras que interfieren con referencias?)
- el uso de planificación familiar (¿Uso anterior? ¿Deseo de planificar? ¿Salidas con método?)
- los servicios prestados (¿Volumen de partos atendidos? ¿Volumen de complicaciones tratadas? ¿Tasa de cesáreas? ¿Cuanto tiempo promedio paso entre la entrada de una paciente y su parto?)
- y otros puntos según la

situación y el interés del grupo y de la comunidad. Hagan también un estudio de casos de obitos maternos y perinatales para considerar

- las causas de los obitos (Causas médicas, obstétricas, administrativas, socioculturales, económicas, etc.)
- la posibilidad de retraso del tratamiento (¿Cuanto tiempo paso entre la entrada de la paciente y el fallecimiento? ¿Cuanto tiempo paso entre la detección del problema y el fallecimiento? ¿Cuanto tiempo paso entre el parto y el fallecimiento?)
- problemas con el manejo (¿Problemas con el diagnóstico? ¿Problemas con el tratamiento? ¿Problemas de comunicación? ¿Escasez de personal calificado, escasez de medicamentos, de equipo, etc.)
- si hubiera sido posible prevenir esta muerte, y como

Uso de estadísticas Aunque el reporte de ciertas estadísticas es requerido por las autoridades, la información recogida puede ser muy útil al personal del servicio mismo. Los datos deben ser puestos a la disposición de todos los miembros del equipo para su información y discusión. Esto requiere realizar por lo menos una reunión mensual del equipo para analizar y discutir juntos las estadísticas del mes

pasado, mirandolas en el contexto de la informacion de todo el año pasado y de los años anteriores, para ver cambios y tendencias a largo plazo. Todo el personal del servicio debe participar en la reunion y contribuir en la discusion

Con la informacion del monitoreo el equipo puede

- identificar problemas emergentes
- identificar necesidades de la poblacion y del servicio
- identificar prioridades
- hacer un plan de trabajo para responder a las necesidades y prioridades identificadas
- distribuir recursos de manera logica
- identificar necesidades de capacitacion del personal

- identificar aumento o reduccion en el uso de los servicios por diferentes elementos de la poblacion
- identificar necesidades de medicamentos, equipo u otros recursos
- justificar demandas para personal, medicamentos, equipo, etc
- evaluar resultados de actividades implementadas para mejorar los servicios prestados
- documentar mejoramiento en los servicios prestados
- documentar impacto de actividades de prevencion comunitaria

Preguntas para repaso (post-test)

- 1 ¿Que quiere decir proporcion de mortalidad materna? ¿ tasa de mortalidad materna?
- 2 ¿Que quiere decir tasa de mortalidad perinatal?
- 3 ¿Que quiere decir tasa de mortalidad neonatal?
- 4 ¿Que quiere decir tasa de cesareas?
- 5 ¿Cuando debe llenar la hoja de Monitoreo Materno Perinatal del registro de maternidad?
- 6 ¿Que tipo de informacion esta incluida en el monitoreo del servicio de obstetricia?
- 7 ¿Cuantas veces al año debe hacer y reportar un resumen de las estadisticas del servicio?
- 8 ¿Para que sirve la discusion de estadisticas en el equipo?
- 9 ¿Quien debe participar en la reunion para discutir las estadisticas del servicio?
- 10 ¿Por que es util estudiar los casos de muerte materna y perinatal?
- 11 Describa como las estadisticas pueden ser utilizadas para mejorar los servicios prestados

Lista de chequeo de competencia

Tener registros de Monitoreo Materno Perinatal al dia	_____
Anotar informacion correcta para cada paciente	_____
Anotar informacion completa para cada paciente	_____
Anotar informacion antes del egreso de la paciente	_____
Seguir protocolo del <u>Manual de Monitoreo Materno Perinatal</u> para escribir la informacion	_____
Anotar informacion de manera legible	_____
Usar boligrafo para escribir informacion	_____
Hacer resumen mensual de la informacion del mes anterior	_____
Sumar totales correctos	_____
Calcular promedios y/o tasas correctas	_____
Hacer informe escrito de las estadisticas del mes anterior para las autoridades del hospital	_____
Analizar informacion de manera critica y creativa	_____
Comparar informacion corriente con datos de años anteriores	_____
Compartir informacion con otros miembros del equipo	_____
Discutir y analizar informacion en grupo, con todo el equipo	_____
Usar estadisticas para identificar problemas	_____
Usar estadisticas para identificar prioridades	_____
Usar estadisticas para evaluar impacto de intervenciones	_____
Usar estadisticas para evaluar utilizacion y cobertura de la poblacion	_____
Usar estadisticas para evaluar funcionamiento del sistema de referencia	_____
Usar estadisticas para evaluar calidad y cantidad de servicios prestados	_____
Usar estadisticas para determinar necesidades de personal, equipo, medicamentos	_____
Usar estadisticas para justificar las solicitudes de recursos	_____
Usar estadisticas para planear y justificar presupuesto	_____
Usar estadisticas para identificar necesidades de capacitacion	_____
Estudiar en equipo los casos de muertes maternas y perinatales	_____
Usar el estudio de casos de muertes para planear como mejorar los servicios prestados (para prevenir muertes)	_____