



PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: TECNICO EN ENFERMERIA.
- Código del Programa de Formación: 331120 Version 3
- Nombre del Proyecto: Aplicación de cuidados de enfermería en las personas para mantente, recuperar y mejorar la calidad de vida.
- Fase del Proyecto: En Ejecución.
- Actividad de Proyecto: Ejecuta acciones de cuidados integrales a la salud en la persona según situación individual.
- **Competencia:** Asistir a la persona en relación a las etapas del ciclo vital.

Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

- Reconocer las acciones de promoción y prevención para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva de la persona y la pareja de acuerdo con normatividad vigente.
- Brindar cuidado a la familia teniendo en cuenta el ciclo vital, protocolos establecidos.
- Atender integralmente a la mujer y pareja antes y después del embarazo y el producto de la gestación.

Duración de la Guía: 60 horas (9 sesiones)

- 45 horas de trabajo directo (7)
- 15 horas de trabajo independiente (2)

2. PRESENTACIÓN

La presente guía ha sido preparada para que el aprendiz del técnico en enfermería pueda establecer acciones de cuidado requeridas por la mujer en la preconcepción, anticoncepción, embarazo y producto de la gestación. Los aprendices deben estar en la capacidad de detectar riesgos y posibles complicaciones en una gestante, realizar intervenciones oportunas y seguras durante las diferentes atenciones establecidas en la norma y a las que tienen derecho las gestantes en un proceso patológico, atención del trabajo de parto, parto y posparto, para impactar en instituciones de salud y especialmente disminuir de manera significativa la morbilidad, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y prevenir las muertes evitables.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO MATERNO PERINATAL

GFPI-F-135 V01



La mortalidad materna perinatal continúa siendo un problema en Colombia a la cual dirigen su atención diferentes sectores y disciplinas, entre ellas, la Enfermería. Su presentación ha estado dominada por la irregularidad de los indicadores y la disparidad en variables como la zona de residencia, nivel educativo y poder adquisitivo.

Esto se relaciona con varias problemáticas que influyen negativamente como la calidad y acceso al control prenatal, la violencia de género contra la mujer, el aumento de la gestación en los adolescentes, la violación de los derechos sexuales y reproductivos y los choques culturales que se presentan entre las gestantes y sus familias con el sistema sanitario y sus profesionales durante la atención.

Se adicionan las difíciles condiciones políticas, económicas y sociales del contexto colombiano como la pobreza y el desempleo; y el desarrollo del conflicto social y armado y la crisis humanitaria del desplazamiento forzado por la violencia.

RESOLUCIÓN 3280 DE 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

3.2 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

❖ Conjunto de atenciones que contribuyen a:

- Mejorar la salud materna
- Promover el desarrollo del feto
- Identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación
- Generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

❖ Consultas a realizar

- Primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería.
- Asesorar sobre opciones durante el embarazo: inscripción al programa de control prenatal e informar derecho a la IVE.
- Periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

❖ Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo

○ Anamnesis:

▪ Antecedentes personales a indagar o preguntar:

- Patológicos
- Quirúrgicos
- Nutricionales
- Traumáticos
- Tóxicos
- Alérgicos
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Sustancias psicoactivas
- Trastornos mentales
- Tratamientos recibidos durante la gestación
- Trombosis venosa profunda



- Tromboembolismo
- Trastornos de hipercoagulabilidad
- Antecedentes Ginecológicos
- Menarquía
- Ciclos menstruales
- Presencia de flujos vaginales
- Métodos anticonceptivos utilizados
- FUM
- ITS y VIH
- Tamizaje de Ca de cuello uterino
- Antecedentes Obstétricos
 - Total de gestaciones
 - Intervalos intergenésicos
 - Abortos
 - Ectópicos
 - Placenta previa
 - Abruption de placenta
 - Ruptura prematura de membranas
 - Polihidramnios y Oligoamnios
 - Retardo en el crecimiento intrauterino
 - Número de partos
 - Fecha del último
 - Parto únicos o múltiple
 - Prematuro a término o prolongado
 - Vía vaginal o por cesárea
 - Retención placentaria
 - Infecciones en el post parto
 - Preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP,
 - Número de nacidos vivos o muertos
 - Hijos con malformaciones congénitas
 - Muertes perinatales y causas
 - Peso y Talla al nacer
 - Antecedentes familiares
 - Hipertensión arterial crónica
 - Preclampsia
 - Eclampsia
 - Cardiopatías
 - Diabetes
 - Metabólicas
 - Autoinmunes
 - Infecciosas
 - Congénitas
 - Epilepsia
 - Trastornos mentales
 - Gestaciones múltiples
 - Tuberculosis



- Neoplasias y otras.

❖ **Examen físico completo por sistemas**

- Céfalo caudal
- Tomar signos vitales.

❖ **Tomar medidas antropométricas**

- Peso
- Talla
- Altura Uterina
- IMC.

❖ **Valoración Ginecológica**

- Valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos
- Comprobar existencia de la gestación
- Descartar gestación extrauterina

❖ **Valoración Obstétrica**

- Número de fetos, situación y presentación
- Fetocardia y movimientos fetales.

❖ **EXÁMENES DE LABORATORIO**

- Urocultivo y antibiograma
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia
- Prueba rápida VIH
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- IgG Rubeola
- IgG e IgM Toxoplasma
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino
- Ecografía entre las 10,6 sem y 13,6 sem

❖ **Plan de cuidado**

- Formulación de micronutrientes
 - Ácido fólico
 - Hasta la semana 12 de gestación
 - Reduce riesgo de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
 - 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.
 - Calcio
 - 1.200 mg/día a partir de la semana 14
 - Disminuye riesgo de Preclampsia.
 - Hierro
 - Suplemento de hierro de forma rutinaria
 - Valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dl no lo requieren

GFPI-F-135 V01

❖ **El esquema de vacunación para gestantes**



- Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
- Influenza estacional a partir de la semana 14
- Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.

❖ **Consulta de Control prenatal**

- Realizados por el profesional de medicina o enfermería
- Identificar síntomas, signos y otros eventos de alerta asociados con la gestación

❖ **Examen físico**

- Revisión de Tensión arterial → criterios de Preclampsia, mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones, o mayor o igual a 160/110 → deberá ser llevada a un servicio hospitalario).
- Curvas de ganancia de peso
- Altura uterina
- Frecuencia cardiaca Fetal (120 a 160 lpm)
- Situación y presentación fetal a partir de la semana 36

❖ **Educación y aducar en identificar los Signos y Síntomas de alarma:**

- Disminución marcada o ausencia de movimientos fetales
- Sangrado genital
- Amniorrea o leucorrea
- Sintomatología urinaria
- Intolerancia a la vía oral
- Hipertensión arterial
- Cefalea
- Trastornos visuales o auditivos
- Epigastralgia
- Edemas
- Patrón de sueño alterado
- Actividad uterina

❖ **Consulta de Control prenatal**

- **Solicitud de exámenes paraclínicos**
 - Urocultivo en tratamiento para bacteriuria asintomática.
 - IgG e IgM Toxoplasma
 - Prueba rápida para VIH (Realizar cada trimestre)
 - Prueba rápida para sífilis (Realizar cada trimestre)
 - Ecografía obstétrica (Realizar entre la semana 18 y 23,6)
 - Prueba de tolerancia oral a la glucosa - PTOG (Realizar entre la semana 24 y 28)
 - Hemograma (Realizar en la semana 28)

❖ **ACTIVIDAD 1. FORO DE EMBARAZO SEMANA A SEMANA**

- Consultar el desarrollo del Embarazo semana a semana → Encontrar los cambios fisiológicos, desarrollo, crecimiento, formación de órganos y demás.
- Realizaremos mesa redonda y se compartirán resultados y experiencias.
- Embarazo semana a semana → <https://www.youtube.com/watch?v=T9opb5LpbfY>
- Transformación Semana a Semana de mi cuerpo → <https://www.youtube.com/watch?v=B6MpBpEITwQ>



- Embarazo mes a mes → https://www.youtube.com/watch?v=b_19Mo5UXVw

3.3 ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción ha demostrado su eficacia en la disminución de la mortalidad materna, dado que previene los embarazos de alto riesgo, especialmente en mujeres de alta paridad y aquellas cuyo embarazo terminó en aborto inseguro.

El uso de métodos anticonceptivos modernos permite el ejercicio satisfactorio y seguro de la sexualidad tanto de mujeres como de hombres. Las mujeres pueden postergar o evitar un embarazo cuando así lo deseen, ejerciendo su derecho fundamental a la autonomía reproductiva.

La doble protección consiste en el uso simultáneo del preservativo o condón (masculino o femenino) y un método anticonceptivo de alta eficacia para prevenir al mismo tiempo el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

En Colombia, las políticas que se han desarrollado en torno a la salud sexual y reproductiva garantizan el derecho de las personas a la información y a una atención con calidad que incluye: consulta de anticoncepción, consejería y entrega de métodos anticonceptivos modernos.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

Introducción:

- Este procedimiento se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo → de un año → tiempo razonable de preparación para el embarazo.
- En condiciones ideales → la consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación. Se recomienda que participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso.

❖ Talento Humano y Duración

- Consultas
 - Profesionales en Medicina o Enfermería
 - Consulta preconcepcional para mujeres sin factores de riesgo.
 - Especialista en Ginecobstetricia
 - Cuando se requiera, o existan factores de Riesgo.
 - Duración de Consulta
 - Consulta inicial preconcepcional
 - Mínimo de 30 minutos
 - Consulta de control preconcepcional de seguimiento
 - Mínimo 20 minutos.

❖ Anamnesis: se indagan antecedentes e inforacion

- Antecedentes personales:
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad tiroidea
 - Epilepsia - trastornos convulsivos



- Hipertensión Arterial
 - Hipertensión Pulmonar
 - Artritis Reumatoidea
 - Lupus Eritematoso Sistémico
 - Enfermedad renal crónica
 - Enfermedad cardiovascular
 - Trombofilias heredadas o adquiridas
 - Anemia
 - Asma
 - Tuberculosis
 - Neoplasias
 - Obesidad mórbida (IMC > 35).
 - Sexarca y número de compañeros sexuales
 - Uso de preservativo y de anticonceptivos
 - Antecedentes de ITS
 - Antecedente de patología cervical / VPH
 - Cumplimiento de esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino
- Antecedentes Genéticos o Familiares:
 - Madre mayor de 35 años
 - Historia familiar de alteraciones genéticas → hasta de tres generaciones (ambos miembros)
 - Hemofilia
 - Antecedentes Ginecobstétricos:
 - Anticoncepción
 - Parto pre término previo
 - Cesárea previa
 - Abortos previos
 - Muerte fetal previa
 - Gran Multiparidad
 - Depresión postparto
 - Incompatibilidad Rh
 - Preclampsia en la gestación anterior
 - Período intergenésicos de menos de 18 meses
 - Hemorragia postparto
 - Embarazo molar
 - Antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 gr
 - Hábitos:
 - Consumo de alimentación
 - Consumo de suplementos dietarios y/o medicamentos utilizados para pérdida de peso
 - Hábitos de higiene general
 - Actividad física
 - Hábitos de descanso y sueño
 - Manejo del estrés y situaciones de alta tensión
 - Consumo de medicamentos
 - Consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.
 - Valoración Psicosocial:



- Estructura y dinámica familiar
- Redes de apoyo familiar, social y comunitario
- Situaciones de vulnerabilidad: exposición a violencias de género y/o sexual
- Exclusión social
- Pobreza

❖ **Examen Físico**

- Examen físico completo por sistemas → céfalo caudal
- Valoración de cavidad bucal
- Tomar medidas antropométricas (peso, talla, valorar el estado nutricional).
- Valoración ginecológica completa incluida especuloscopia.

❖ **Exámenes paraclínicos**

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- Glicemia en ayunas
- Hemoclasificación
- Hemograma
- Hemoparásitos (en zonas endémicas)
- IgG G Toxoplasma
- IgG G Rubéola
- IgG G Varicela
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Urocultivo (según caso)
- VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

❖ **Suplementación con micronutrientes**

- Suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día → prevención de defectos del tubo neural (iniciar 1 mes antes de la gestación).
- Mujeres con antecedentes de recién nacidos con defectos del tubo neural → 4mg al día (iniciados al menos 3 meses previos a la gestación).

❖ **Interconsultas que se pueden solicitar**

- Odontología
- Nutrición
- Psicología
- Trabajo Social
- Medicina Especializada.

- ❖ **Taller en Clase:** De acuerdo con los antecedentes reproductivos, los procedimientos e intervenciones derivados de antecedentes o riesgos detectados en esta consulta se realizan recomendaciones; ubicarlas en Numeral 4.1.6.5 Plan integral de cuidado primario o pagina 248 hasta 252 de Resolución 3280 de 2018.

3.4 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

En ciertas circunstancias, el embarazo puede representar un grave riesgo para la vida o para la salud de la mujer a nivel físico, emocional y biopsicosocial. Muchos países, incluyendo Colombia, han aprobado normas orientadas a garantizar la decisión que tomen las mujeres de interrumpir un



embarazo y recibir atención para un aborto seguro y sin riesgos, según normas basadas en el respeto y la garantía de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, con un enfoque de derechos, diferencial y género que implica el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad, calidad y oportunidad.

“La sentencia C355 de 2006 reivindica la autonomía sexual y reproductiva y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre sus cuerpos y sus vidas.”

En 2006 la Corte Constitucional de Colombia, a través de la Sentencia C-355, reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte integral e indivisible de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la mujer, en tres circunstancias específicas: (i) *Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;* (ii) *Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;* y, (iii) *Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.*

La atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) debe ser provista en forma integral y segura, abordando no solo los aspectos médicos, sino también los biopsicosociales que se consideran relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer cuando tiene que decidir si continúa o no su embarazo. Todos los actores del sistema de seguridad social en salud que tienen contacto con mujeres en edad reproductiva deben adaptar sus modelos de atención hacia la garantía de una atención integral que promueva el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la equidad de género y la prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva como elementos fundamentales que impactan la vida y la salud de las mujeres.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

- Es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia
- El derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006.
- Esta información debe ser suministrada en el primer contacto que tenga la gestante con los servicios de salud.

❖ Sentencia C 355 de 2006

- Declara EXEQUIBLE el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando se realiza con la voluntad de la mujer.

❖ La IVE se produce en los siguientes casos:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida
- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

GFPI-F-135 V01

❖ Definición de salud - Según diccionario



- Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.
- Serie de condiciones físicas en que se encuentra un ser vivo en una circunstancia o un momento determinados.
- ❖ **Definición de salud - Según OMS**
 - La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- ❖ **Talento Humano**
 - Equipo compuesto
 - Profesionales en Enfermería
 - Profesionales en Medicina
 - Medicina Especializada en Ginecología
 - Psicología
 - Trabajo Social
- ❖ **Consulta inicial por medicina**
 - Establecer efectivamente el embarazo
 - Determinar edad gestacional (FUM)
 - Confirmar embarazo intrauterino
- ❖ **Toma de Paraclínicos**
 - Hemoclasificación de la mujer
 - Cuadro hemático (sospecha de anemia)
 - prueba de tamizaje para VIH (voluntaria)
 - Prueba treponémica rápida para sífilis (voluntaria)
 - Exploración ecográfica no es necesaria en el primer trimestre
- ❖ **Consentimiento informado**
 - Es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE.
 - Deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.
 - Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho aun cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento.
 - Prevención de infección post aborto
 - El esquema más recomendado es:
 - Doxiciclina en dosis de 100 mg antes del procedimiento o 200 mg después del procedimiento.
 - Metronidazol por vía rectal en casos de lactancia materna, alergias a la doxiciclina o intolerancia gástrica a la misma.
 - Es necesario brindar asesoría anticonceptiva y provisión del método antes del alta hospitalaria.

3.5 ATENCIÓN DEL PARTO, ATENCIÓN DEL PUERPERIO, REGISTROS DE ATENCIÓN

GFPI-F-135 V01

ATENCIÓN DEL PARTO



DEFINICIÓN: Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación, en el que están implicados factores psicológicos y socio culturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento del producto de la gestación (feto).

❖ **CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE PARTO:**

- **Espontáneos:** Cuando se desencadena el trabajo de parto normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación esto quiere decir que se cumple con el periodo de maduración del feto.
- **Inducidos:** Cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la maduración cervical usando prostaglandinas PG2alta, o inducción con medicamentos oxitócicos.
- **Instrumentados:** Se define como un tipo de parto que requiere de apoyo instrumental, ya sea con Fórceps o Espátulas.

❖ **ETAPAS DEL PARTO:**

- Se divide normalmente en tres etapas:
 - Primera etapa o dilatación
 - Segunda etapa o periodo expulsivo
 - Tercera etapa o alumbramiento
- **PRIMERA ETAPA O DILATACIÓN:**
 - Se divide en tres fases: latente, activa y transitoria
 - **Fase latente:**
 - Las contracciones empiezan a volverse más frecuentes → cada 5 a 20 minutos.
 - La molestia es mínima.
 - El cuello uterino se dilata → aprox 4 cm.
 - En nulíparas → Esta fase suele ser la mas larga.
 - **Fase activa:**
 - Esta definida por la dilatación del cuello uterino → 4 a 7 centímetros.
 - Las contracciones se vuelven mas prolongadas, intensas y frecuentes → cada 3 a 7 minutos.
 - **Fase de transición:**
 - Durante la transición el cuello uterino pasa de 8 a 10 centímetros.
 - Las contracciones suelen ser muy intensas → duran de 60 a 90 segundos.

❖ **ACTIVIDAD 2. DILATACIÓN CERVICAL, VAMOS A MEDIR**

Elabore 10 círculos con diferentes diámetros así: desde 1 cm de diámetro hasta 10 cm. Reconozca con los ojos cerrados al realizar tacto con sus dedos los diferentes diámetros.

○ **SEGUNDA ETAPA O PERIODO EXPULSIVO**

- Comienza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado y borrado
- Finaliza con la expulsión del bebé.
- La posición del parto más habitual es en litotomía en una cama que permita las maniobras, la visión y la protección del periné.
- A menudo, la segunda etapa se le conoce como periodo de "pujar".
- Es el momento en que la cabeza del bebé se asoma por la abertura de la vagina y se denomina "coronamiento".



- La segunda etapa es más corta que la primera → de 30 minutos a dos horas.

❖ **Taller el Clase: PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL**

Escriba los tipos de pinzamiento de Cordón Umbilical y en que condiciones o casos se realiza cada uno; REVISAR LA NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.

○ **TERCERA ETAPA O ALUMBRAMIENTO**

- En el cual se realiza la expulsión de la placenta.
- No suele durar más de 15 minutos en el 95% de los partos
- Consiste en la salida de la placenta y las membranas a través de la vagina.
- El alumbramiento podrá ocurrir de forma espontánea o farmacológica.
- Farmacológicamente → incrementa el ritmo de perfusión de Oxitocina en el momento de la salida del feto.

❖ **ACTIVIDAD 4. CODIGO ROJO**

- a) En esta etapa es donde se corre el riesgo de complicaciones de tipo hemorrágicas “Código ROJO”
- a) Revisar protocolo de atención de Código Rojo según la Universidad de Antioquia y realizamos mesa redonda para discutir los medicamentos y manejo a brindar a la madre. Revisar enlace:
https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicas-salud/nacer/codigo-rojo/contenido/asmenulateral/introduccion!/ut/p/z1/1VRdk5owFP0r7gOPmJCAST9QqOu37mpVXnZCiJgdSFil2vbXN9TOzth1dT57PpQZBnI55-Tm3sMFIViBUJA9T4jiUpBUr9dh42k8cwILdeCw6yAbzvq2NfA93Jo7Dlj-BrTcDrl8Gw7hwHKgNwum4_mkM_X7CIQf4cN3Lg9-jH8BEF6W_wZCEFKhcrUF61wWiqS7mBEDkvJ0tZUZO75zsWel0jWi_I7iuwGLAybFLpdILWa1c18pZ4JyUtayKkTcmFO9-FHBU1lrq00MKAhlhcYeWTFPZK2Qz1JHpFBM8FhWaWRM7FKiWEHSKhNvyHhHqW5WdY6c8hisG7TZQiyiZmQx27Rt1DJdFGPTariuY22sDcRNxbfwTLQTONOdG43tr-1uz3u0m5cBgza6AkDOH8CrOSb-RAMafnA_tzDuWG8VejiAM3fsTHG3h-wm_lvhjL2uNbgPwiSV0dHLnohwKwFhwTasYEV9V-jwVqm8_GJAAx4Oh3oiZZKyOpWZvg14jrWVpQKrN2Cw1I5svuvFIQbLPWcHsBCyyHQ-j_Ysnt4ZQcffXKHK_LOTeXn8Lbyty3O3LqpPLY_Kd-_Nki1z_nzy0vo6XFYDZzv2uL_9TzUB0LFqDPSP25O1NbkYiPB6pUMVidksDoh59lischauPEQPASbkXliJ8me_PbYXPf3P08fQ7b0fgHFOpg/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?urile=wcm%3Apath%3A%2FPortalUdeA%2FasPortalUdeA%2FasHomeUdeA%2FInvestigaci!c3!b3n%2FGrupos%20de%20investigaci!c3!b3n%2FCiencias%20m!c3!a9dicas%20y%20de%20la%20salud%2FNacer%2FC!c3!b3digo%20Rojo%2FContenido%2FasMenulateral%2FIntroduccion
- b) Identifique las funciones que cumple el: Asistente 1, Asistente 2, Circulante
- c) Consultar y escribir los medicamentos utilizados en la atención en código Rojo:
- i. Medicamento
 - ii. Dosis
 - iii. Comentarios
- Podrán ser administrados por cualquier persona asignada del equipo de atención.
- d) Escribir el material necesario para el KIT de Código Rojo.

GFPI-F-135 V01

3.6 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, REGISTROS DE ATENCIÓN



Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. La gran mayoría de los fallecimientos de recién nacidos se producen en países en desarrollo con acceso escaso a la atención de salud. La mayoría de estos recién nacidos fallecen en el hogar, sin recibir cuidados profesionales que podrían aumentar en gran medida sus posibilidades de supervivencia.

Salud del recién nacido – OMS

Datos y cifras

- En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida; aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón en los 6 días siguientes.
- Las defunciones en los primeros 28 días de vida se deben a trastornos y enfermedades asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida.
- Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos.
- Las mujeres que reciben atención continuada supervisada por parteras profesionales formadas y homologadas según normas internacionales tienen un 16% menos de probabilidades de perder a sus niños, y un 24% menos de probabilidades de tener partos prematuros.

Salud del recién nacido – OMS

La OMS y sus asociados coinciden en que un principio fundamental de la labor de protección de la salud de la madre, el recién nacido y el niño es el acceso vitalicio a la atención de salud: una continuidad asistencial que comienza con la atención a la madre mucho antes del embarazo (durante su niñez y adolescencia) y continúa durante el embarazo y el parto. La continuidad asistencial comienza de nuevo con cada nacimiento, con la prestación de los cuidados pertinentes al recién nacido. Los cuidados pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar y la comunidad, o bien en dispensarios de salud y hospitales.

Taller en Clase: Consultar: Norma técnica para la atención al Recien Nacido → Hace parte de la Resolucion 412 de 2000.

- ❖ La atención inmediata en sala de partos, e incluye:
 - Secar al recién nacido el líquido amniótico
 - Realizar succión activa de las vías aéreas sólo cuando esté indicado (en casos de aspiración de meconio, sangre o pus).
 - Valorar el APGAR en el primer minuto, con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca y color.
 - Realizar el Pinzamiento del Cordón Umbilical
 - Tomar sangre del extremo placentario del cordón.
 - Secar, abrigar e iniciar la lactancia materna en la primera media hora después del nacimiento.
 - Valorar el APGAR a los 5 minutos.
 - Identificar al Recién Nacido
 - Tomar medidas antropométricas

GFPI-F-135 V01



- Peso → 2500 a 4000 gr
- Talla → 47 a 54 cm en promedio
- Perímetro Cefálico → 33 a 37 cm
- Perímetro Torácico → 1 a 2 cm menos que el cefálico.
- Registrar los datos en la historia clínica

❖ **Cuidados durante las primeras cuatro horas de vida:**

- La atención del recién nacido durante las primeras cuatro horas de vida debe ser prestada por el médico y por el personal de enfermería.
- Atención del recién nacido por Enfermería
- Atención del recién nacido por el médico

❖ **Atención del recién nacido por el médico**

- Examen físico general que incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas, para:
- Diagnosticar identidad sexual
- Calcular edad gestacional
- Evaluar correlación de peso para la edad gestacional
- Descartar malformaciones
- Descartar infección
- Comprobar permeabilidad rectal y esofágica
- Revisar los resultados de exámenes paraclínicos cuando haya lugar

❖ **Atención del recién nacido por Enfermería**

- **Profilaxis - Vitamina K**
 - Administrar 1 mg IM de Vitamina K, en 1/3 medio de la cara antero lateral de la pierna.
 - Si es de bajo peso, administrar sólo 0.5 mg
 - Previene los sangrados del RN.
- **Profilaxis Oftálmica:**
 - Aplicar ungüento de terramicina o gotas oftálmicas de Gentamicina.
 - Evita infecciones de los ojos por contacto con el canal vaginal o de parto y cualquier secreción o infecciones en sus alrededores.
- **Profilaxis de cordón Umbilical:**
 - Limpieza de cordón Umbilical con Alcohol.
 - Precaución: evitar el contacto del alcohol con la piel, puede ser absorbido.
 - Previene las infecciones del cordón umbilical y posible septicemia.
- Realizar aseo general y vestir adecuadamente → no es indicado remover el vórmix caseoso.
- Alojarse junto con la madre y apoyar la lactancia materna exclusiva a libre demanda, sin que excedan tres horas de intervalo (puede generar hipoglicemias).
- Después de comer el niño o la niña, debe colocarse en decúbito lateral derecho, evitar la posición prona sin vigilancia (riesgo de bronco aspiración).
- Controlar los signos vitales.
- Mantenerlo a temperatura adecuada (36.5 - 37.5 °C) y con poca luz.
- Vigilar estado del muñón umbilical.
- Verificar presencia de deposiciones y orina.
- Hacer valorar por médico en casos de vómito o sialorrea, o ante la presencia de otros signos que puedan indicar anormalidad.



- Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, y antihepatitis B.
- Brindar educación a la madre sobre:
- Nutrición, puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud.
- Inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación.
- Registro civil del recién nacido.
- Servicios de planificación familiar.
- Confirmar antes de dar de alta → toma de muestra para Tamizaje de hipotiroidismo congénito.
 - Si es anormal → debe ser remitido(a) al pediatra para confirmación (T4) y el tratamiento indicado.
 - Si el resultado es dudoso → citar nuevamente para repetir examen en 2 a 6 semanas.
 - Si no se cuenta con el resultado de la prueba al momento del egreso → indicar a la madre y al padre sobre la importancia de reclamar el resultado oportunamente y entregarlo al momento del primer control del recién nacido.
- Dar de alta y citar a control a las 72 horas siguientes al nacimiento.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
<ul style="list-style-type: none">• Evidencias de Conocimiento: Trabajos escritos, Exámenes de conocimiento, Talleres, Lectura de material complementario• Evidencias de Desempeño: Socialización de material leído exposiciones,• Evidencias de Producto: Socialización a compañeros, proceso de información (carteleras, folletos, rota folios, trabajos escritos).		<ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de guías• Evaluaciones en línea• Entrega de productos: videos, talleres, procesos de información.

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Absceso:** Herida infectada que contiene pus.
- **Benigno:** No canceroso.
- **Cáncer:** Enfermedad de las células del cuerpo. Las células se hacen anormales y crecen sin control. También se puede propagar a otras partes del cuerpo.



- **Ciclo menstrual (regla o período):** Período de 4 semanas en cada mes, en el que se desarrolla un óvulo en el ovario, el recubrimiento del útero se engruesa y el óvulo se libera. Si el óvulo no es fecundado, el ciclo culmina cuando el recubrimiento del útero se desprende y se elimina en la menstruación (la regla).
- **Cuello uterino:** El extremo inferior y estrecho del útero.
- **Dispositivo intrauterino (DIU):** Dispositivo insertado por un médico en el útero para prevenir el embarazo. Hay dos tipos de DIU que se usan en los Estados Unidos. Un tipo libera una hormona y debe reemplazarse cada año. El otro tipo no es medicado y puede dejarse colocado durante un período de hasta 6 años.
- **Ecografía (sonograma):** Procedimiento de imagen en el que se producen ecos a partir de ondas de sonido que pasan a través de tejidos y forman imágenes de estructuras internas del cuerpo.
- **Endometrio:** Tejido que recubre la parte interna del útero.
- **Enfermedad crónica:** Trastorno que persiste o sigue ocurriendo durante un largo período.
- **Enfermedad de transmisión sexual (ETS):** Enfermedad que puede transmitirse de una persona a otra durante contacto sexual; por ejemplo, la sífilis, la gonorrea o el SIDA.
- **Espéculo:** Instrumento de metal o plástico que el médico inserta en la vagina para ayudar a examinar la vagina y el cuello uterino.
- **Estrógeno:** Hormona producida en los ovarios que influye en el desarrollo y la salud de las funciones y los órganos reproductivos femeninos.
- **Hormona:** Sustancia química producida por el cuerpo que regula ciertas funciones corporales. Las hormonas sintéticas (manufacturadas por el hombre) se usan en las píldoras de control de la natalidad y en medicamentos para tratar ciertos problemas de salud.
- **IVE:** Interrupción voluntaria del embarazo.
- **Menstruación (regla o período):** El desprendimiento del recubrimiento del útero que ocurre cada mes cuando la mujer no queda embarazada.
- **Trompas de Falopio:** Trompas que se encuentran en ambos lados del útero y que movilizan a los óvulos desde el ovario hasta el útero.
- **Útero:** Órgano en el que crecen los bebés; matriz.
- **Vagina:** Apertura en forma de tubo que se extiende desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.
- **Vejiga:** Órgano en forma de saco que se encuentra en la región pélvica y en la que se almacena la orina antes de eliminarse del cuerpo.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- Resolución 3280 de 2018.
- Sentencia C-355 de 2006.
- NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.
- RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000: Norma técnica para la Atención al Recien Nacido.
- Protocolo de atención de Código Rojo según la Universidad de Antioquia:
https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/investigacion/grupos-investigacion/ciencias-medicas-salud/nacer/codigo-rojo/contenido/asmenulateral/introduccion!/ut/p/z1/1VRdk5owFP0r7gOPmJCAST9QqOu37mpVXnZCiJgdSFil2vbXN9TOzth1dTs7PpQZBnl55-Tm3sMFIViBUJA9T4jiUpBUR9dh42k8cwlLdeCw6yAbzvq2NfA93Jo7Dlj-BrTcDri8Gw7hwHKgNwum4_mkM_X7CIQf4cN3Lg9-



jH8BEF6W_wZCEFKhcrUF61wWiqS7mBEDkvJ0tZUZO75zsWel0jWi_I7iuwgLAYbFLpdILW
a1c18pZ4JyUtayKkTcmFO9-
FHBUIlrq00MKAhlhcYeWTFPZK2Qz1JHpFBM8FhWaWRM7FKiWEHSKhNVyHhHqW5W
dY6c8hisG7TZQiyiZmQx27Rt1DJdFGPTariuY22sDcRNxbfwtLQTONOdG43tr-
1uz3u0m5cBgza6AkDOH8CrOSb-RAMafnA_tzDuWG8VejiAM3fsTHG3h-
wm_lvhjL2uNbgPwiSV0dHLnohwKwFhwTasYEV9V-
jwVqm8_GJAAx4Oh3oiZZKyOpWZvg14jrWVpQKrN2Cw1I5svuvFIQbLPWcHsBCyyHQ-
j__Ysnt4ZQcffXKHK_LOTeXn8Lbyty3O3LqpPLY_Kd-
_Nki1z_nzy0vo6XFYDZzv2uL_9TzUB0LFqDPSP25O1NbkYiPB6pUMVidsDoh59lischauP
EQPASbkXliJ8me_PbYXPf3P08fQ7b0fgHFOfp/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/?urile=w
cm%3Apath%3A%2FPortalUdeA%2FasPortalUdeA%2FasHomeUdeA%2FInvestigaci!c3!b
3n%2FGrupos%20de%20investigaci!c3!b3n%2FCiencias%20m!c3!a9dicas%20y%20de%2
0la%20salud%2FNacer%2FC!c3!b3digo%20Rojo%2FContenido%2FasMenuLateral%2FInt
roduccion

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Gustavo Benavides Ardila	Instructor de Salud	Centro de Comercio y Servicios	Enero de 2022

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

2023

MANUAL ATENCIÓN MATERNO PERINATAL



Nurfay Mina Valencia



		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

PRESENTACION

La atención integral a la familia y sus integrantes, en las diferentes etapas del desarrollo, es uno de los aspectos especiales en los programas de atención en salud en los diferentes niveles de complejidad. Por ello su enfoque debe hacerse en forma integral y abarcar acciones primarias que fomenten el autocuidado y la promoción los hábitos y estilos de vida saludables.

Dentro de las políticas nacionales de atención, se establecen estrategias para enfrentar las contingencias de salud que puedan presentarse en la familia y sus integrantes en cualquier etapa del ciclo vital, estableciéndose prioridad al binomio madre-niño.

En este modulo se le proponen contenidos que facilitaran el logro de conocimientos y habilidades relacionadas con la atención integral a la familia en las diferentes etapas del curso de vida.

JUSTIFICACION.

Se hace necesario facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas al aprendiz del programa técnico enfermería, es por ello, que se elabora, este módulo de atención materno perinatal con el propósito de integrar un documento que facilite y oriente el desarrollo de la práctica y el logro de los objetivos.

OBJETIVO GENERAL.

Formar recurso humano con calidad y calidez humana para brindar cuidados maternos perinatales en instituciones de salud pública y privado, con base a la normatividad vigente y protocolos institucionales.

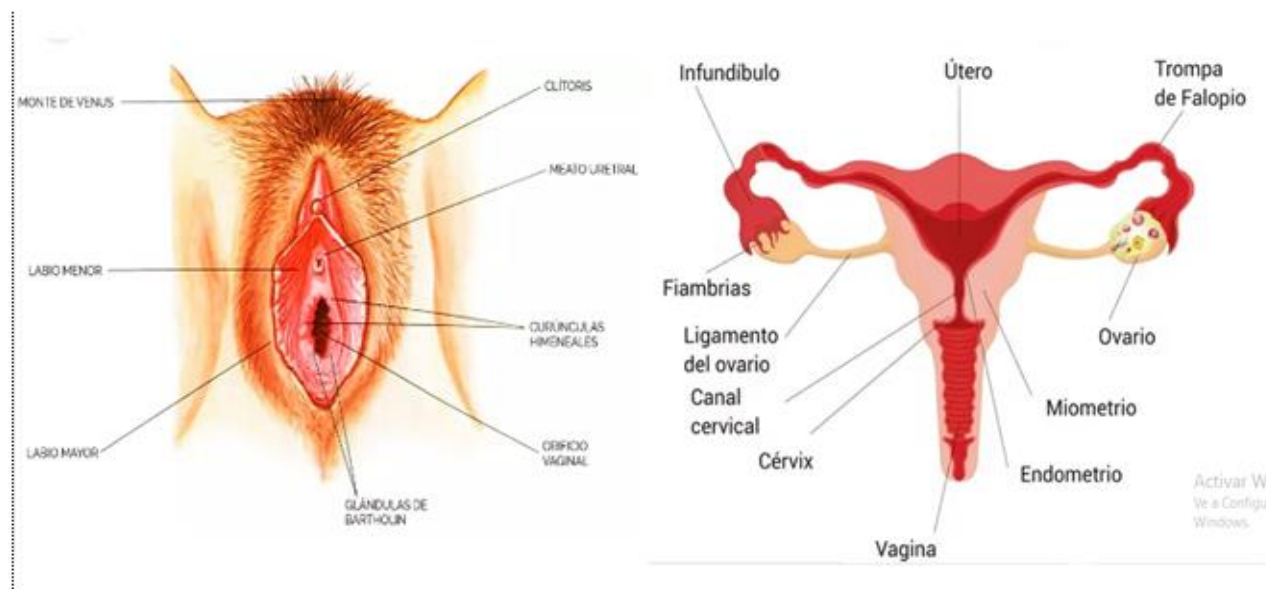
OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Revisión del manual con orientación del instructor(a)
- ❖ Desarrollo de actividades asignadas por el instructor(a) con base a los contenidos del módulo.
- ❖ Evaluación de conocimiento, desempeño y producto

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

Órganos del sistema reproductor femenino (externo e interno)



MONTE DE VENUS

Almohadilla formada por tejido adiposo, cuya piel está cubierta de pelos largos y gruesos, que aparecen en la pubertad. Está situado sobre el hueso del pubis por encima de los labios mayores.

❖ LABIOS MAYORES

Son dos pliegues longitudinales de tejido adiposo, recubierto de piel que se extiende hacia abajo. Cerca del ano, su función es proteger los órganos genitales que están ubicados entre ellos.

❖ LABIOS MENORES.

Son dos pliegues delgados recubiertos por una membrana delgada ubicada entre los labios mayores, se extiende desde el clítoris hacia abajo y atrás, a ambos lados del orificio vaginal.

❖ CLÍTORIS.

Estructura de tamaño variable, muy sensible con parte de tejido eréctil, nervioso; vaso sanguíneo, generalmente permanece oculto en los extremos anteriores de los labios menores.

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

❖ **ORIFICIO VAGINAL.**

Es por donde sale la sangre durante el periodo menstrual. También por aquí entra el pene a la vagina, o se dilata para dejar salir al bebe durante el parto.

❖ **VESTÍBULO VULVAR.**

Es un espacio de forma navicular, que se observa al retirar los labios menores hacia los lados. Se encuentra entre los labios menores y el orificio de entrada a la vagina o introito. En la parte anterior del vestíbulo vulvar se ubica el glande del clítoris. La uretra femenina, Desemboca en el meato uretral. A ambos lados del meato u orificio uretral, desembocan los conductos de las dos glándulas de Suene, o para uretrales. Durante la excitación sexual, estas glándulas se llenan de líquido que es eliminado al producirse el orgasmo femenino. A los lados del orificio vaginal hay dos pequeñas glándulas de Bartoleen, encargadas de segregar una sustancia mucoide que lubrica el vestíbulo vulvar facilitando la penetración. Contiene 4 tipos de orificio: Uretral, Vaginal, glandular de bartolino y de sken.

❖ **HIMEN.**



El himen es una membrana fina y elástica de tejido conectivo laxo, de color rosa claro y de forma variable, situada en el fondo del vestíbulo vulvar. Establece el límite entre la vulva y la vagina. Por lo general el himen tiene forma semilunar, permitiendo que el flujo de sangre

- Himen no perforado: cubre totalmente la entrada a la vagina, con lo cual no puede salir la sangre menstrual al iniciarse el desarrollo sexual. La sangre se acumula en la vagina produciendo molestias y dolor abdominal.
- Himen micro perforado: obstruye casi todo el introito, dejando apenas una mínima abertura para el pasaje del flujo menstrual. En este caso es muy poco el sangrado que fluye por el introito, ocasionando similares problemas que el himen no perforado.
- Himen tabicado: es producto de una tira adicional de membrana que divide el introito en dos aberturas. Si bien la sangre menstrual puede fluir, en algunos casos es difícil la colocación de tampones durante la menstruación. La corrección de un himen no

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

perforado, micro perforado o tabicado se realiza mediante una sencilla intervención quirúrgica con el fin de quitar el himen en exceso para establecer una abertura normal. Con el primer contacto sexual, hecho conocido vulgarmente como “pérdida de la virginidad”, se desgarran sin que ello necesariamente se deba acompañar de dolor y pérdida de sangre.

NOTA

Si ello ocurre, es probable que la causa sea una penetración brusca y forzada junto a una excitación sexual escasa o nula. Otra causa de dolor y sangrado por desgarramiento del himen es el vaginismo, es decir, la involuntaria contracción de los músculos de la vagina producto de factores psicológicos, como temor a sentir dolor al ser penetrada, traumas durante la niñez, educación austera, etc. que impiden llevar a cabo el acto sexual.

Aquellas mujeres que alcanzan una buena lubricación producto de una excitación adecuada no sienten dolor ni presentan hemorragias en la primera penetración. Luego del primer acto sexual, el himen queda desplazado hacia los bordes del orificio vaginal externo. Recién desaparece cuando se produce el primer parto.

❖ OVARIOS

Son dos órganos glandulares de forma ovoide y algo aplanados, ubicados en la parte superior de la cavidad pelviana y a ambos lados del útero. Son de consistencia dura y miden unos 3-4 centímetros de largo por 1,5 centímetros de ancho. En la niña adquieren una coloración rosada y en la mujer adulta son gris blanquecinos con formaciones de color amarilla.

❖ TROMPA DE FALLOPIO.

Estas estructuras, también denominadas oviductos o trompas Uterinas, comunican la cavidad del útero con la cavidad abdominal. Son conductos pares de 10-12 centímetros de longitud que se extienden desde el útero hasta las cercanías de cada ovario. Producida la ovulación, las trompas de Falopio reciben el óvulo y lo conducen hasta el útero. También permiten el ascenso de los espermatozoides.

❖ ÚTERO.

Órgano muscular, impar y hueco. Tiene forma de cono invertido. Su longitud es de 7-8 centímetros y sus paredes tienen un grosor que varía entre 1-2 centímetros. El útero presenta tres capas.

❖ PERIMETRIO.

Es la cubierta más externa formada por tejido conectivo.

❖ MIOMETRIO.

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="center">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	---

Parte media muy irrigada y con gran desarrollo de musculatura lisa. Tiene la capacidad de soportar un notable estiramiento en la gestación avanzada. Sus contracciones rítmicas hace posible la salida del feto durante el parto.

❖ **ENDOMETRIO.**

Reviste la cara interna del útero, está dotada de numerosas glándulas mucosas.

El útero se divide en tres regiones: fondo, cuerpo y cérvix o cuello.

Fondo: Es la región superior del útero, de forma convexa. El límite inferior se relaciona con los orificios de las trompas de Falopio. El fondo es la región más ancha del útero, con 4-5 centímetros.

Cuerpo: Es de aspecto achatado en sentido entero posterior, con una longitud de 5-6 centímetros. Los bordes laterales presentan los ligamentos anchos del útero. Las trompas de Falopio desembocan en la parte superior del cuerpo uterino. El grosor del cuerpo uterino es de alrededor de 2 centímetros. La parte inferior se estrecha, continuándose con el cuello o cerviz a través de un istmo.

❖ **CUELLO DE CERVIX**

Es la parte más fija del útero. Posee forma cilíndrica y algo más de dos centímetros de largo, con un espesor de 1,5 centímetros. Está formado por dos orificios, el interno que limita con el cuerpo uterino y el externo, en contacto con la vagina. La mucosa tiene un epitelio cilíndrico que segrega moco cervical.

La arteria uterina, rama de la íliaca interna, es la encargada del riego sanguíneo del útero. Está sostenida por el ligamento ancho y se relaciona con los bordes del útero. La arteria uterina tiene la particularidad de ser muy tortuosa, acompañando el estiramiento del órgano cuando está en gestación.

Las funciones del útero son brindar nutrientes al embrión y al feto, alojarlos para permitir su crecimiento y contribuir a su expulsión cuando llega el nacimiento.

❖ **VAGINA.**

Órgano reproductor interno, hueco y fibromusculoso. Se extiende desde el cuello del útero, en el extremo superior, hasta la vulva en el inferior. La vagina tiene una longitud de 8-12 centímetros

Junto con la vulva, la vagina es un órgano de la copulación. Tiene por función alojar el pene durante el acto sexual, servir como canal de salida de la menstruación que viene del útero y dar paso al feto y a la placenta cuando se produce el alumbramiento.

❖ **LA URETRA.**

La uretra, es el conducto excretor de la orina que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario externo. En ambos sexos realiza la misma función, sin embargo, presenta algunas diferencias de las que es interesante destacar.

La uretra de la mujer mide cerca de 3.5 cm. de longitud; Se abre al exterior del cuerpo justo encima de la vagina, La uretra es mucho más corta pues su recorrido es menor; Está adherida firmemente a la pared de la vagina.

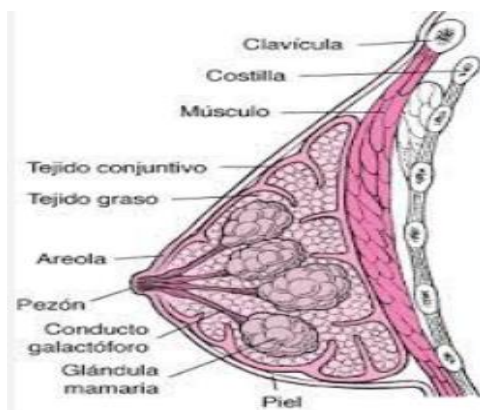
	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

Anexos órganos reproductores femeninos.

❖ PELVIS.

Cavidad del cuerpo humano determinada por los dos coxales, el sacro y el cóccix, donde se alojan órganos del aparato excretor y genital.

❖ MAMAS.



Órgano glandular ubicado en el pecho. La mama está formada por tejido conjuntivo, graso y tejido mamario que contiene las glándulas que pueden producir la leche materna. También se llama glándula mamaria.

❖ PERINEO.

Espacio que media entre el ano y las partes sexuales, también se le conoce con el nombre de suelo pélvico. Los músculos adyacentes son los que sostienen a la pelvis, el diafragma urogenital, compuesto por el músculo pubococcigeo, esta estructurado de tal modo que se adapta y amplía para el nacimiento, estos músculos se estiran hasta su límite durante el parto. Con el continuo uso va perdiendo su resistencia o integridad.

FASES DEL CICLO MENSTRUAL



Al inicio del ciclo menstrual, las hormonas sexuales se encuentran en estado basal, es decir, con una concentración mínima, ya que aún no han comenzado a producirse. A partir de este momento, será posible diferenciar entre varias etapas dentro del ciclo menstrual en función de los niveles hormonales y del proceso que ocurra.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Menstruación

El ciclo menstrual se inicia con la bajada de la menstruación. Este sangrado menstrual se corresponde con la descamación del endometrio debido a que no ha habido implantación embrionaria.

El endometrio es el revestimiento interno del útero, el cual se renueva todos los meses con cada ciclo menstrual con el objetivo de albergar un embarazo.

Si quieres saber más sobre este tema, te recomendamos leer el siguiente artículo: ¿Qué es el endometrio?

Fase folicular

La fase folicular, también conocida como fase proliferativa o preovulatoria, consiste en un proceso de crecimiento de los folículos ováricos que abarca desde el inicio de la menstruación hasta la ovulación.

Cuando la mujer llega a la pubertad, tiene una reserva ovárica de unos 500.000 folículos primordiales en sus ovarios. Éstos permanecen en estado latente, a la espera de ser seleccionados para desarrollarse en cada ciclo menstrual.

El aumento de la FSH hace que varios de estos folículos empiecen a crecer y migren hacia la superficie del ovario, constituyéndose una cohorte folicular

El desarrollo de la cohorte folicular provoca la síntesis y secreción del estradiol, cuya función de regulación consiste en bloquear la producción de FSH por parte de la hipófisis.

La consecuencia de esto es un reclutamiento folicular: al disminuir el nivel de FSH, los folículos ováricos no son capaces de sobrevivir y continuar con su desarrollo. Tan solo uno de ellos llegará a madurar completamente y se convertirá en un folículo preovulatorio final.

Este folículo dominante es el denominado folículo de Graaf, el cual llega a medir unos 18 mm antes de la ovulación. El resto de folículos quedarán bloqueados y degenerarán.

Además, los estrógenos producidos durante esta fase proliferativa también contribuyen a la aparición de un moco cervical más acuoso y elástico, el cual favorece la entrada de espermatozoides. Los estrógenos también actúan sobre el endometrio, favoreciendo su engrosamiento.

Fase ovulatoria

Alrededor del día 14 del ciclo menstrual, la hipófisis produce una subida de los niveles de LH, lo cual se conoce como *pico de LH* y que provoca la ovulación.

La **ovulación** es el proceso por el cual el folículo de Graaf se rompe y el óvulo maduro que contiene en su interior es liberado a la trompa de Falopio.

Habitualmente, en cada ciclo menstrual, un único óvulo maduro es expulsado en una de las trompas de Falopio. En ocasiones, puede suceder la ovulación de dos folículos, aumentando así la probabilidad de tener un embarazo gemelar.

El óvulo que se encuentra ahora en la trompa de Falopio permanecerá a la espera de un espermatozoide que pueda fecundarlo si ha habido relaciones sexuales. Si esto no sucede en las 24 horas siguientes a la ovulación, el óvulo envejecerá y ya no podrá fecundarse.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Fase lútea

La fase lútea, también llamada fase secretora o postovulatoria, es la que empieza justo después de la ovulación y que dura hasta el final del ciclo menstrual, es decir, hasta que vuelve a haber un sangrado menstrual.

El folículo roto se transforma en un cuerpo amarillento denominado cuerpo amarillo o cuerpo lúteo. Este cuerpo es el responsable de producir estrógenos y progesterona, las dos hormonas que van a actuar sobre el endometrio.

En este momento, la progesterona es ahora la encargada de modificar el moco cervical para que se vuelva nuevamente impenetrable por los espermatozoides.

La progesterona también actúa sobre el **endometrio**, que se vuelve más grueso y esponjoso como resultado de un mayor riego sanguíneo. Gracias a ello, el endometrio se vuelve receptivo para recibir al embrión y que se produzca la implantación.

Si tiene lugar un embarazo, el cuerpo lúteo sigue produciendo estrógenos y progesterona hasta la octava semana. A partir de este momento, la placenta será la encargada de seguir con su síntesis.

Fase isquémica e inicio de un nuevo ciclo

En caso de que el óvulo liberado no sea fecundado por un espermatozoide, el cuerpo lúteo desaparece. En consecuencia, la producción de estrógenos y progesterona disminuye gradualmente en lo que se conoce como *fase isquémica Del ciclo menstrual*.

MENOPAUSIA.

Es el instante donde se interrumpe la menstruación y no vuelve a aparecer, con lo cual la mujer entra en la etapa no reproductiva.

Características: Si desde la fecha de la última menstruación hasta transcurridos 9-12 meses no hubo ningún tipo de pérdida, se considera que la mujer entró en la menopausia. En general, la última menstruación se manifiesta entre los 48-52 años de edad. El 1% de las mujeres pueden tener una menopausia precoz antes de los 40 años. Cuando la menopausia es tardía se presenta a partir de los 53-55 años.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Todos los meses la mujer presenta un ciclo a nivel de sus ovarios, cuya duración oscila entre 21 y 36 días con un promedio de 28 días en la mayoría de las mujeres.

Se denomina ovulación el proceso mediante el cual en el ovario se desarrolla y libera un óvulo (el gameto femenino) listo para ser fecundado. Cada mes durante la regla los ovarios están en reposo y es en ese momento cuando empiezan a crecer entre 10 y 20 óvulos, dentro de sacos llenos de líquido que se denominan folículos, pero antes del día 10 del ciclo solo uno sigue creciendo y los demás se atrofian. Ese folículo que siguió creciendo madura y se rompe liberando al óvulo (ovulación).

Esto sucede aproximadamente entre 12 y 16 días antes de la próxima regla, sin importar la duración total del ciclo. Para saber cuándo está ovulando, la mujer debe calcular el día aproximadamente 14 días antes del fin de su ciclo. Para aumentar sus oportunidades de embarazo la pareja debe tener relaciones sexuales durante el periodo fértil comprendido desde dos días antes hasta dos días después de la ovulación.

Constituye una serie de cambios fisiológicos repetitivos y cíclicos que afectan al sistema hormonal femenino, a los ovarios y al útero. El ciclo menstrual está definido por dos fenómenos: Días. El intervalo entre reglas puede variar entre 25 y 35 días. La edad de aparición de la primera regla (menarquia) en la mujer mediterránea generalmente se sitúa entre los 9 y 14 años con unos extremos máximos entre los 8 y los 17.

❖ **ALTERACIONES DEL CICLO MESTRUAL.**

➤ **ANOMALÍAS DE INTERVALO.**

Oligomenorrea: ciclos de más de 35 días.

Polimenorreas: ciclos con intervalo menor de 24 días.

➤ **ANOMALÍAS DE LA INTENSIDAD.**

Hipomenorreas: reglas escasas de 1-2 días de duración.

Menorragias o hipermenorreas: reglas abundantes con pérdidas superiores a 180 ml (una compresa tiene aproximadamente una absorbencia de 20-30 ml).

➤ **OTRAS ANOMALÍAS DEL CICLO MESTRUAL.**

Metrorragias: hemorragia irregular, fuera del ciclo que puede variar desde un manchado escaso hasta una gran hemorragia.

Amenorreas: Ausencia de regla durante más de 3 meses en mujer con ciclos previos o falta de menarquia a los 18 años.

➤ **CAUSAS DE LAS ANOMALIAS EN EL CICLO MESTRUAL.**

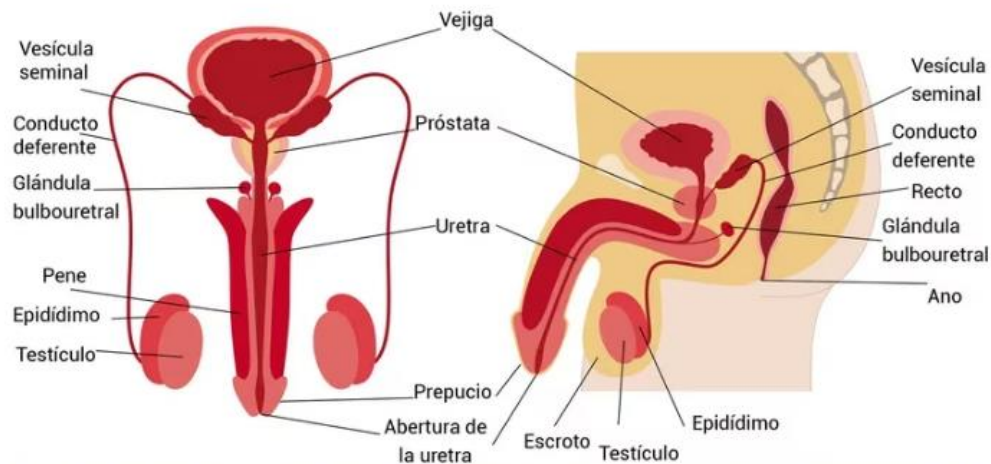
Las alteraciones en el intervalo en la mayoría de los casos se deben a una alteración funcional. En la adolescente indica que la ovulación no se ha establecido de forma regular. En la mujer premenopáusica es muy frecuente y se debe a la declinación de la función ovárica pero siempre debe descartarse una causa orgánica.

Las alteraciones en la intensidad y las metrorragias suelen ser de origen orgánico

(Miomas, infecciones, pólipos, endometriosis, quistes, tumores etc.) y obligan a una Minuciosa exploración y pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico preciso. Existen otras causas no ginecológicas que también pueden ser responsables de Alteraciones del ciclo como: alteraciones sanguíneas, hepáticas, renales, tiroideas, suprarrenales, diabetes, anorexia nerviosa, trastornos psíquicos, ejercicio físico intenso, medicamentos e

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

Aparato genital masculino, junto con el femenino, es el encargado de garantizar la procreación, es decir la formación de nuevos individuos para lograr la supervivencia de la especie.



ÓRGANOS INTERNOS.

❖ TESTÍCULOS.

Son órganos sólidos de forma oval, que miden unos 2,5 cm. de ancho por 5 cm. de longitud. Tienen como función la producción de espermatozoides y de las hormonas masculinas (andrógenos y testosterona).

Los testículos son como fábrica que trabajan continuamente para producir hormonas y espermatozoide aunque no exista actividad sexual.

❖ EL EPIDÍDIMO.

Tiene continuación en el conducto deferente, una estrecha vía que va a parar a las vesículas seminales, lugar donde se produce el líquido necesario para que los espermatozoides estén en movimiento.

❖ EL CONDUCTO DEFERENTE.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Transporta los espermatozoides desde el testículo a la uretra. Son dos canales por las cuales los espermatozoides que han madurado inician el acceso hacia las vesículas seminales.

❖ **VESICULAS SEMINALES.**

Las vesículas seminales son dos sacos pequeños situados debajo de la vejiga urinaria. Su misión consiste en acoger en los espermatozoides maduros. Las vesículas seminales se encargan de fabricar un líquido viscoso, llamado porción seminal para que los espermatozoides puedan nutrirse, protegerse y desplazarse con facilidad.

❖ **PRÓSTATA.**

Glándula masculina que se encuentra situada entre la vejiga de la orina, la uretra y el reto. Que segrega un fluido viscoso y blanquecino muy parecido a al liquido seminal. Ambos líquidos juntos con los espermatozoides forman el semen.

❖ **LA URETRA.**

La uretra, es el conducto excretor de la orina que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario externo. En ambos sexos realiza la misma función, sin embargo, presenta algunas diferencias de las que es interesante destacar. La uretra mide cerca de 12 cm. de largo. Pasa por la glándula prostática y luego a través del pene al exterior del cuerpo.

La uretra es un conducto común al aparato urinario y al aparato reproductor.

Su función es llevar al exterior tanto la orina como el líquido seminal.

La uretra parte de la zona inferior de la vejiga, pasa por la próstata y forma parte del pene.

❖ **LAS GLÁNDULAS DE BULBO-URETRAL. (Glándulas de Cowper).**

Debajo de la glándula prostática, existe dos glándulas pequeñas que reciben el nombre de Cowper, su función es la de segregar un liquido que se vierte en la uretra cuando se produce la excitación sexual. Esta secreción limpia la uretra y la lubrica dejándola preparada para la eyaculación.

Hay que tener en cuenta que esta secreción puede contener espermatozoide, por lo tanto si hay penetración puede haber embarazo, aunque la eyaculación se produzca fuera de la vejiga.

ÓRGANOS EXTERNOS:

❖ **PENE.**

Órgano reproductivo externo del hombre. Contiene un tubo llamado uretra, que lleva el semen y la orina al exterior del cuerpo. De característica elástica y tiene una zona móvil llamada prepucio, que es la que recubre el glande, cuando se produce la erección.

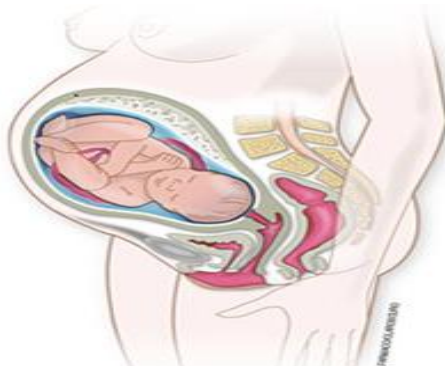
Partes del pene

- Glande: Es la parte visible, formada por una mucosa y provista de numerosas terminaciones nerviosas.
- Cuerpo: Es la continuación del glande y no se aprecia a simple vista. Tiene una longitud de 3-4 centímetros y 5 milímetros de ancho aproximadamente.
- Prepucio: Se caracteriza por ser móvil, elástico y estar auto lubricado. Está formado por una capa externa, denominada prepucio externo, y una cara interna que está en contacto con el glande y está recubierto por una mucosa. La zona mucocutánea está inervada y se encuentra cerca del borde del prepucio. El prepucio está unido al glande mediante el frenillo del pene.

❖ EL ESCROTO.

Es una bolsa de piel dividida en su interior en dos cámaras que alojan los testículos o glándulas sexuales masculinas. Su función es protegerlo, esta bolsa tiene la característica de encogerse cuando esta expuesto a temperaturas bajas o en caso de excitación sexual.

EMBARAZO



- ❖ **EMBARAZO.**(Gestación, embarazo o gravidez)Es el período que transcurre entre la implantación fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia..

❖ CONCEPCION

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

De los miles de espermatozoides eyaculados uno alcanza el ovulo lo penetra y lo fecunda fundiéndose los pro núcleos femeninos y masculinos, el cigoto entidad unitaria desde el punto de vista genético comienza a dividirse al mismo tiempo en que emigra hacia la cavidad uterina , en cuya pared se implanta.

❖ **IMPLANTACION**

La implantación generalmente tiene lugar en la cara frontal o posterior de la cavidad endometrial cerca del fondo Las células trofoblásticas proliferan a partir de la superficie del blastocito invadiendo el endometrio, de forma que el blastocito penetra hasta la capa central del endometrio. Este proceso comienza entre los días 5.º y 8.º y es completo hacia el día 9.º o 10.º Alrededor del 10.º día pueden identificarse las células sincitiales (del sincitiotrofoblasto) y las del citotrofoblasto. Ya desde este momento, la tinción fluorescente muestra la presencia de gonadotropina corionica en las células sincitiales.

❖ **SIGNOS PRESUNTIVOS DEL EMBARAZO.**

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son

- **VÓMITOS:** matutinos, mareos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos) Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer día de la concepción.
- **CAMBIOS EN LAS MAMAS:** Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina, entre otras hormonas. las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas.
- **SIALORREA:** se produce aumento en la producción de saliva
- **INTERRUPCIÓN DE LA MENSTRUACIÓN:** Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación.
- **GUSTOS Y ANTOJOS:** El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos y bebidas, y al humo de cigarrillos. sialorrea, irritabilidad, lipotimia, somnolencia, fatiga
- **DESEOS FRECUENTES DE ORINAR:** A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	

Última
actualización
25 / 04 /
2023

❖ **SIGNOS DE PROBABILIDAD DE EMBARAZO.**

Son signos y síntomas fundamentalmente característicos del embarazo que aportan un alto nivel de probabilidad al diagnóstico del embarazo.

➤ **TAMAÑO ABDOMINAL:**

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis cúbica o monte de Venus. Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. El aumento del tamaño abdominal puede también deberse a otras causas que excluyen al embarazo, como son los miomas uterinos, tumores de ovario, ascitis, etc.

Formas del útero: A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca.□ Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

➤ **PRUEBAS CONFIRMATORIA DE EMBARAZO**

- Prueba de embarazo en orina
- Prueba de embarazo en sangre gonadotropina corionica (BHCG)

❖ **SIGNOS DE CERTEZA DE UN EMBARAZO.**

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

➤ **ACTIVIDAD CARDÍACA FETAL.**

La identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetoscopio especial o con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido entre 120 y 160 latidos por minuto y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana 19 y 20, excepto en mujeres obesas en las que se dificulta oír el foco fetal.

➤ □

➤ **RASTREO ECOGRÁFICO.**

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

En cualquier momento del embarazo, en especial en presencia de un feto maduro en la segunda mitad del embarazo, es posible demostrar por ecografía bidimensional o tridimensional tanto sus partes anatómicas como el saco vitelino.

CAMBIO ANATOMO FISIOLOGICOS PRODUCIDOS POR EL EMBARAZO

Se inician con el embarazo, se desarrollan con el y desaparecen después de el; cada organismo reacciona en forma diferente ante las modificaciones, es importante reconocer estas modificaciones por que si se ignoran pueden interpretarse como patológicas.

❖ **SINDROME DE ADAPTACION AL EMBARAZO**

- **1 PERIODO: DE 1 – 3 MESES**
Puede tornarse aprehensiva, temor a lo desconocido, llanto fácil, molestias físicas provocadas por la actitud mental creada por el embarazo.
- **2 PERIODO: DE 3 – 7 MESES**
Cambia la actitud entra en la etapa de tranquilidad
- **3 PERIODO: ULTIMAS 8 SEMANAS**
Vuelve a sentir temor por el bebe, por el procedimiento, por la hospitalización.

❖ **CAMBIO HORMONALES**

- **Estrógenos:** Sensibilizan el útero, ayuda agrandar la cavidad uterina y aumentar la vascularización.
- **Progesterona:** Preparar el útero para mantener el embarazo
- **Prolactina:** Estimula la producción de calostro y leche
- **Relaxina:** Relaja la sínfisis púbica
- **Oxitocina:** Estimula la producción de contracciones uterinas
- **Melanofora:** produce la hiperpigmentacion

❖ **CAMBIO MAMARIOS**

Hipertrofia, red venosa aumentada, hiperpigmentacion de areola, sensibilidad, aumento de los tubérculos de Montgomery puede haber salida de calostro.

❖ **CAMBIO GENITALES**

Hipertrofia de útero y ovarios, vulva hipertrofica reblandecida y se torna cianótica, vagina hipertrofica, reblandecida, hay aumento del acido láctico.

❖ **CAMBIO EN SISTEMA CIRCULATORIO**

- **CORAZON:** hay desplazamiento hacia arriba y hacia la izquierda por elevación del diafragma, se pueden producir soplos cardiacos por que al desplazarse el corazón hay

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

acodación de los grandes vasos eso hace que aumente el gasto cardiaco. Se pueden producir lipotimias por supinación del corazón

➤ **VOLUMEN SANGUINEO:**

Hay aumento del volumen sanguíneo de un 30%, sobre todo en la mitad del embarazo, esto origina hidremia y hemodilución, se puede dar por el aumento de las hormonas que producen cambios renales.

Hay disminución de la hemoglobina por que aumenta el plasma

➤ **ARTERIAS Y VENAS**

Hay dilatación de los vasos sanguíneos, la progesterona debilita las tunicas vasculares facilitando su dilatación esto explica la aparición de las varices precoz. Hay ensanchamiento de la sangre en miembros inferiores por que la presión venosa aumenta debido a que el útero gravidico ejerce presión sobre las arterias iliacas y cava inferior, también puede producirse hemorroides .Se produce disminución de la TA por compresión del útero a la vena cava

❖ **ORGANOS HEMATOPOYETICOS**

➤ **BASO:** Se hipertrofia

➤ **MEDULA OSEA:** Aumenta su función para equilibrar la destrucción de glóbulos rojos.

❖ **SISTEMA DIGESTIVO**

Debido al aumento de la progesterona se presentan nauseas, vomito disminución de la motilidad gástrica por la presión que ejerce el útero sobre el recto, lo cual favorece la aparición de estreñimiento. Puede haber dificultad para segregar bilis debido a los progestagenos que producen hipotonía.

❖ **CAMBIOS CUTANEOS**

Aumenta la sudoración, puede incrementarse el crecimiento de pelo, en algunas mujeres aparecen estrías en el abdomen, las mamas y los glúteos, aparece la línea alba que va desde mesogastrio hasta la el apéndice xifoides, la piel de la nariz, los pómulos y los arcos superciliares se oscurece; este fenómeno se llama cloasma o mascar gravidica

❖ **CAMBIOS PULMONARES**

La frecuencia respiratoria aumenta y disminuye la reserva inspiratoria y espiratoria

❖ **CAMBIOS RENALES**

La tasa de filtración glomerular y el flujo renal aumentan en un 30% se puede presentar hidronefrosis gravídica como consecuencia de la presión que ejerce sobre los uréteres y por efecto de la progesterona

❖ **CAMBIOS DE PESO**

El aumento de peso fisiológico oscila entre 8.5 y 12 Kg.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

❖ CAMBIOS NUTRICIONALES

Las necesidades de hierro, proteínas y calcio aumentan desproporcionada mente en relación con las necesidades globales de caloría

CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL

Apenas la mujer queda embarazada su primera inquietud será saber cuanto tiempo tiene, cuando tendrá su bebe y cuanto tiempo le falta.

❖ TABLA GINECO-OBSTÉTRICA

Herramienta para calcular la fecha probable de parto.

El primer día de la última menstruación es un dato clave para hacer un cálculo aproximado del día en que nacerá el niño. La regla es simple:

A esta fecha se le suma siete días y al año se le restan tres meses. Los expertos señalan que sobre esta fecha puede haber un margen de error de 5 días, antes o después del día calculado.

Por eso se le llama Fecha Probable de Parto, FPP, que también puede calcularse a través de ecografías.

❖ OTRA FORMULA.

Si la FUM es 22/2023 de febrero. $FPP = 20 + 7 = 27$ de febrero del 2024 Luego se restan 3 meses. FPP Noviembre 27/2023.más o menos 5 días.

CLASIFICACIÓN DE TERMINOS DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO, SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN

- ❖ Embarazo hasta 20 semanas = ABORTO
- ❖ Embarazo antes de las 37 semanas = PARTO PREMATURO O PRETERMINO
- ❖ Embarazo entre las 37 - 40 semanas = PARTO A TERMINO
- ❖ Embarazo después de las 41 semanas = PARTO POSTERMINO

DESARROLLO FETAL.

❖ ZIGOTO.

Sólo un espermatozoide penetra el óvulo de la madre y la célula resultante es llamada cigoto. El cigoto contiene toda la información genética (ADN) necesaria para convertirse en un niño. La mitad de esta información genética proviene del óvulo de la madre y la otra mitad del espermatozoide del padre. El cigoto emplea los siguientes

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

días para bajar a través de la trompa de Falopio y se divide para formar una bola de células.

El cigoto continúa dividiéndose, creando un grupo interno de células con una envoltura externa, etapa que se denomina.

❖ **BLASTOCISTO.**

El grupo interno de células se convertirá en el embrión, mientras que el grupo externo pasará a convertirse en las membranas que lo nutren y lo protegen.

Nota: El blastocito alcanza el útero alrededor del quinto día y se implanta en la pared uterina aproximadamente al sexto día. En ese momento en el ciclo menstrual de la madre, el revestimiento del útero ha crecido y está listo para brindar soporte al feto. El blastocito se adhiere fuertemente al revestimiento, donde recibe nutrición a través del torrente sanguíneo de la madre.

❖ **EMBRIÓN.**

Las células del embrión ahora se multiplican y comienzan a ocuparse de sus funciones específicas. Este proceso se llama diferenciación y conduce a los diversos tipos de células que conforman un ser humano (como las células sanguíneas, renales y nerviosas).

Hay un rápido crecimiento y las principales características externas del bebé comienzan a tomar forma. Es durante este período crítico de diferenciación (la mayor parte del primer trimestre) que el bebé en desarrollo es más susceptible a daños.

FACTORES QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL DESARROLLO DEL BEBÈ.

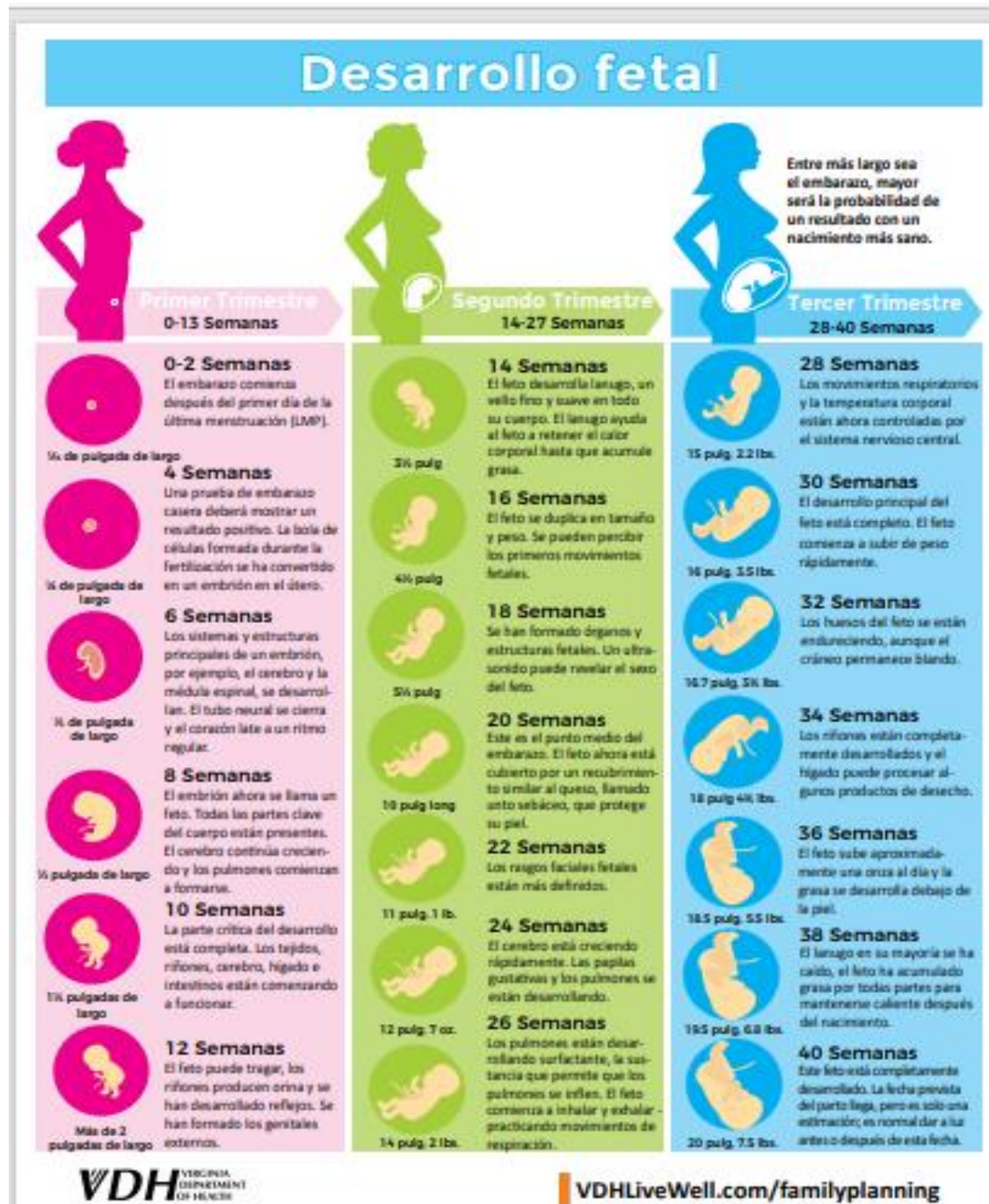
El alcohol, ciertos medicamentos recetados o drogas estimulantes y otras sustancias que causan anomalías congénitas.

Infección (como rubéola, toxoplasmosis y citomegalovirus).

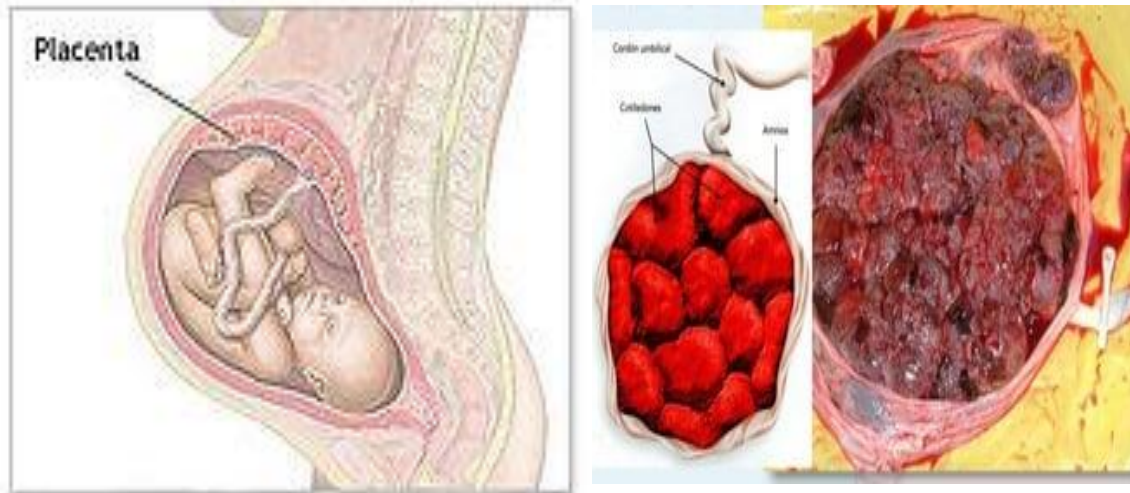
Deficiencias nutricionales.

Radiografías o radioterapia

ETAPAS DE DESARROLLO FETAL



FISIOLOGIA MATERNO FETAL.



❖ PLACENTA.

Estructura de forma redonda y aplanada, se desarrolla, durante los 3 primeros meses embarazo, se implanta en la parte alta de cavidad uterina, en ella se distinguen dos caras: la cara materna, la placenta provee oxígeno y nutrientes al feto y a través de ella se eliminan los productos de desechos del mismo.

Cara materna: llamadas así porque es la parte que va pegada al útero, es de color rojo y oscuro, presenta unas carnosidades, cotiledones (entre 15 a 20 lobulitos)

Cara fetal: es lisa, brillante y de ella sale el cordón umbilical y las membranas que forman la bolsa de las aguas. El tamaño es variable y su peso es más o menos la sexta parte del peso del niño al nacer.

La placenta se forma a partir de las mismas células que su bebé. Se adhiere a la pared del útero. El cordón umbilical del bebé se forma en el lado de la placenta más cercano a él.

Una vez que nace el bebé, la placenta ha cumplido su tarea y por lo general se expulsa a los pocos minutos, su médico examinará la placenta después del parto, para asegurar que está completa y que no queda ninguna parte dentro de su cuerpo. Si el bebé tiene ciertas complicaciones en el crecimiento o infección, la recomendación es llevar la placenta al laboratorio para realizar más análisis e identificar la causa del problema.

❖ GENERALIDADES DEL FUNCIONAMIENTO PLACENTARIO.

Es un órgano multifuncional.

- COMO PULMÓN: para la transferencia de gases.
- COMO SISTEMA DIGESTIVO: para el transporte de nutrientes.
- COMO RIÑÓN: para la excreción de desperdicios.
- COMO PIEL: para la transferencia de calor.

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

➤ **COMO HÍGADO:** para metabolizar fármacos y sintetizar hormonas.

❖ **COMO ÓRGANO ENDOCRINO**

Ya que produce sustancias como progesterona y estrógenos que: Estimulan el crecimiento del útero y la irrigación. Sanguínea útero-placentaria. Estimula la actividad contráctil del endometrio. Favorece el crecimiento del tejido mamario y Tiene efectos en el Metabolismo materno.

En la circulación útero-placentaria el flujo sanguíneo corresponde a casi el 10% del gasto cardíaco materno, de este casi el 90% pasa a la circulación fetal, mientras el porcentaje restante irriga el miometrio. Durante el reposo diferentes mecanismos humorales y neuronales producen vasos constricción incrementando así el flujo sanguíneo uterino, por lo tanto esta es la razón por la cual a la gestante con amenaza de aborto o parto prematuros se le recomienda el descanso como medida terapéutica.

❖ **FACTORES QUE DISMINUYEN EL FLUJO SANGUÍNEO UTERINO.**

Las contracciones uterinas: durante ese tiempo el feto debe subsistir con los nutrientes que ha almacenado o emplear la sangre estancada en el espacio Inter-Belloso.

- El aumento o la disminución de la presión arterial materna.
- La compresión de la vena cava inferior.
- Fármaco, sobre todo los vasos opresores.
- Ejercicio materno vigoroso.



❖ **CORDÓN UMBILICAL.**



Es un cordón emblanquecido y brillante con medidas aproximadas de 50-60 cm. de largo y un espesor de 1 a 2 cm. con un desarrollo en espiral, que une al feto a la placenta.

Contiene en su interior tres vasos, una vena y dos arterias, con la característica especial que la vena conduce sangre arterial (oxigenada) y las arterias llevan a la placenta la sangre fetal (no oxigenada).

Cuando la longitud del cordón umbilical es menor de 40 cm., se considera un cordón corto y puede presentar dificultades en el periodo expulsivo (momento del parto).

Desde los 45 días de concepción que es cuando se define el cordón umbilical, desde ese momento se convierte en el lazo más efectivo entre madre e hijo, gracias a sus dos arterias y una vena, que facilitan el intercambio con la madre.

❖ **MEMBRANAS OVULARES Y LÍQUIDO AMNIÓTICO.**

Después de la implantación del huevo, a partir del trofoblasto, se forman dos membranas alrededor del embrión:

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	

Última
actualización
25 / 04 /
2023

- CORION: membrana externa que se adosa a la placenta.
- AMNIOS: membrana interna, la cual está en contacto con el feto, el amnios segrega un líquido llamado, líquido amniótico de aspecto claro y de color amarillo.

❖ **FUNCIONES DEL LÍQUIDO AMNIOTICO.**

Permitir los movimientos fetales.

Mantiene constante la temperatura y la humedad que rodea al feto.

Brinda protección al feto de violencias externas.

Limpia la vagina en el momento del parto.

❖ **ALTERACIONES EN EL LÍQUIDO AMNIOTICO.**

- OLIGOHRDRAMNIO: Poco líquido amniótico; esta condición afecta aproximadamente el 8% de los embarazos. Puede desarrollarse en cualquier momento durante el embarazo; aunque es más común en el último trimestre del embarazo.
- POLIDRAMNIO: Demasiado líquido amniótico, la principal causa del polidramnio es un defecto congénito del sistema nervioso central; el trato gastro intestinal, la vejiga y los riñones. El polidramnio puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluida la ruptura prematura de membrana, nacimiento prematuro, accidente del cordón umbilical, desprendimiento de placenta, poco crecimiento del bebé y nacimiento sin vida.
- ANHIDRAMNIO: Ausencia de líquido amniótico.

❖ **CIRCULACION FETAL.**

Durante el embarazo, el sistema circulatorio fetal, no funciona como lo hace después del nacimiento:

El feto se encuentra conectado por el cordón umbilical a la placenta, órgano que se desarrolla e implanta en el útero de la madre durante el embarazo.

A través de los vasos sanguíneos del cordón umbilical, el feto recibe de la madre la nutrición, el oxígeno y las funciones vitales indispensables para durante su desarrollo mediante la placenta.

Los productos de desechos y el dióxido de carbono del feto se envían al sistema circulatorio de la madre a través del cordón umbilical y la placenta para su eliminación.

La sangre de la madre ingresa al feto a través de la vena del cordón umbilical. Se dirige al hígado y ahí se divide en tres ramas. Luego llega a la vena cava inferior, una vena principal conectada al corazón; detrás del corazón fetal.

La sangre ingresa a la aurícula (también llamada "atrio") derecha, la cavidad superior derecha del corazón. La mayor parte de la sangre fluye a lado izquierdo a través de una abertura fetal especial entre las aurículas.

❖ **CIRCULACIÓN DE LA SANGRE LUEGO DEL NACIMIENTO.**

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

Las primeras aspiraciones de aire del bebé al momento de nacer cambia la circulación fetal. Se envía una mayor cantidad de sangre a los pulmones para recoger oxígeno. A dejar de utilizarse, el ductus arteriosos (la conexión normal entre la Orta y la válvula pulmonar) comienza a secarse y a cerrarse. La circulación en los pulmones aumenta y una mayor cantidad de sangre fluye dentro de la aurícula izquierda del corazón

CONTROL PRENATAL.

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”..

COMPONENTES DEL CONTROL PRENATAL.

El análisis temprano y continuo del riesgo.

La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.

Las intervenciones médicas y psicosociales; Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son:

Identificación de factores de riesgo.

Diagnóstico de la edad gestacional.

Identificación de la condición y crecimiento fetal.

Identificación de la condición materna.

Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

❖ COMO DEBE SER EL CONTROL?

Precoz: propender a la atención preconcepción o desde el primer trimestre.

Periódico: varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.

De buena calidad: propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo. Incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.

Universal: con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud. Libre escogencia: garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana.

❖ IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas

Y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.

❖ **PRIMERA CONSULTA POR MEDICINA GENERAL.**

En la primera consulta prenatal busca evaluar el estado de salud, factores de riesgo biológico, psicosociales, asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles.

➤ **DATOS DE IDENTIFICACION**

- Nombre
- Documento
- Raza
- Nivel socio económico

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

- Obstétricos: menarca, cesarca, gravidez, paridad, ultima citología vaginal, numero de compañeros sexuales
- Quirúrgicos
- Patológicos
- Alérgicos
- Examen físico.

GENERALIDADES DE LA CONSULTA

- Para clínicos
- Esquema de vacunación
- Nota: Dependiendo la multiparidad debe tener mínimo dos (02) dosis de tétano
- Formulación de micro nutriente
- Sulfato ferroso
- Educación a la madre compañero y familia
- Remisión a consulta odontología, Psicología, Nutrición

		
	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>	<p align="center">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>

- Entrega de carnet materno y su importancia
- Consulta de seguimiento y control
- Consulta por enfermería
- Riesgo medio o bajo
- Actividad de enfermería en control prenatal (anamnesis,)

GRUPO SANGUÍNEO. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación.

La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre.

- **MADRE RH NEGATIVO:** Se manejará de acuerdo a normativa respectiva.
- **MADRE RH POSITIVO:** se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

❖ **DEL CONTROL PRENATAL.**

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

❖ **EN EMBARAZOS SIN FACTORES DE RIESGO.**

La frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control, Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas:

En el primer y segundo trimestre de la gestación.

En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

❖ **EXAMENES QUE SE ORDENAN A MUJERES EMBARAZADAS:**

➤ **PRIMERA CONSULTA**

- Serología
- V.I.H.
- Cuadro hemático
- Ecografía transvaginal.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

- Glicemia
- Hemoclasificación
- Frotis vaginal. Citología vaginal

➤ **SEGUNDO TRIMESTRE.**

- Ecografía transvaginal.
- Serología.
- Hemograma
- Parcial de orina.
- Citología vaginal.
- Toxoplasma.
- Antígeno de hepatitis B.

➤ **TERCER TRIMESTRE.**

- Cuadro hemático.
- Parcial de orina.
- Ecografía abdominal u obstetricia.
- Glicemia.
- Serología.

CONTROL PRENATAL POR ENFERMERA (CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERÍA.

Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

EL CONTROL POR ENFERMERA DEBEN INCLUIR:

Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas.

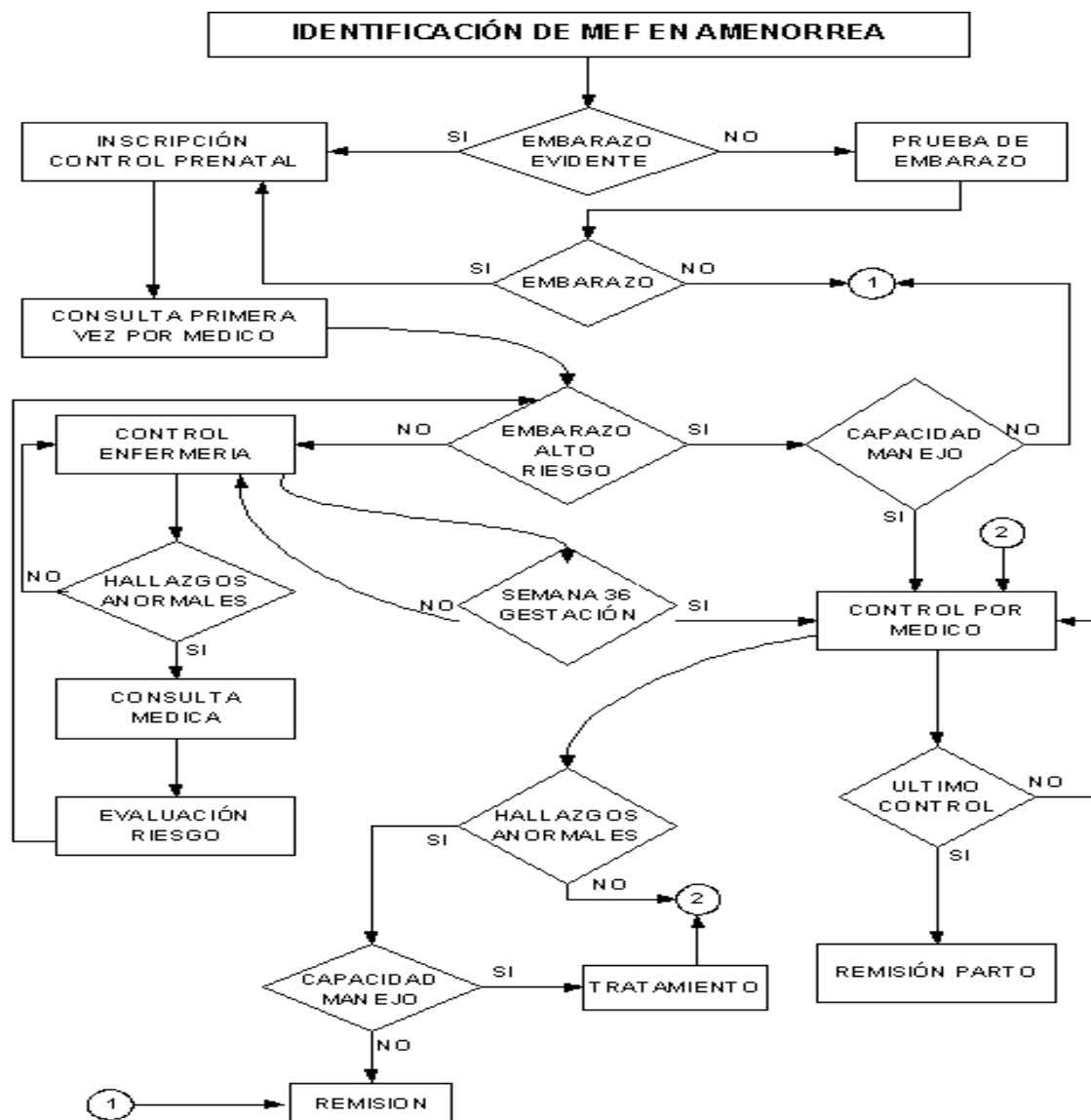
Realizar examen físico completo.

Analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.

Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.



COMPLICACIONES EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

❖ ABORTO

Es la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de embarazo, puede ser:

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

- **ESPONTÁNEO:** Es producido por causas naturales
 - Ovulares: Tumores en útero mala implantación del ovulo
 - Endocrinas: Diabetes, hipotiroidismo, tumores en útero, malformaciones fetales, incompetencia cervical
 - Orgánicas: Enfermedades virales o bacterianas como, sífilis, sarampión, rubeola, infección de vías urinarias
 - Traumáticas: Golpes

➤ **PROVOCADO**

Aborto terapéutico: Interrupción del embarazo por prescripción facultativa es realizado por el médico general o ginecólogo. Ejemplo I.V.E

Aborto criminal: Interrupción del embarazo en cualquier circunstancia prohibida por la ley

CLASIFICACION SEGÚN SU EVOLUCION

- Amenaza de aborto: Contracciones uterinas, sangrado vaginal
- Aborto en curso: Contracciones uterinas, cambios cervicales, puede haber ruptura de membranas y sangrado vaginal
- Aborto incompleto: Síntomas anteriores, expulsión del feto sin restos placentarios.
- Aborto completo: Síntomas anteriores, expulsión completa del feto
- Aborto retenido: Hay muerte fetal sin expulsión de el

❖ **MOLA HIDRATIFORME O ENFERMEDAD TROFOBlastica**

Es producida por degeneración de las vellosidades coriónicas, es una neoplasia benigna del corion, la Anatomía muestra la placenta transformada en racimos de vesículas similares a un racimo de uvas

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Útero aumentado mayor a lo correspondiente por edad gestacional

Salida de líquido acuoso o sangrado por vagina

Nauseas, Edema, Hipertensión, Ausencia de latidos fetales

Anemia, Hipertiroidismo

MEDIOS DIAGNOSTICO

Gonadotropina coriónica: el valor esta por encima de 100,000 UI

Ecografía

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

TRATAMIENTO

Legrado obstétrico

Histerectomía si es necesario

❖ EMBARAZO ECTOPICO

Cuando el producto de la concepción se implanta en otro sitio diferente al útero. Es mas frecuente en multíparas que en nulíparas

- Tubárico
- Ovárico
- Abdominal
- Cervical vaginal

CAUSAS

Anomalías que impiden el paso del ovulo a la cavidad uterina

Salpingitis crónica

- Adherencias
- Aborto, post parto
- Tumores que comprimen la trompa
- Cirugías plásticas anteriores
- Alteraciones congénitas

SIGNOS Y SINTOMAS

Amenorrea

Sangrado vaginal de color oscuro

Dolor en fosa iliaca que irradia al hombro

COMPLICACIONES

Ruptura de la trompa de Falopio, en este caso la paciente se torna diaforética, hipotensa puede llegar a un estado de chok

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Gonadotropina coriónica

Ecografía

TRATAMIENTO

Quirúrgico, dependiendo de la gravedad pueden realizar: Laparotomía exploratoria, fimbrectomía, histerectomía.

❖ HIPEREMESIS GRAVIDICA

Las nauseas y el vómitos del embarazo, reproducen durante le primer trimestre, son autolimitados y rara vez persisten después de la semana 18; la hiperémesis dravídica es el extrema mas severo, produciéndose en algunos casos.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

CAUSAS

La etiología no es clara, pero se asocia con trastornos psicológicos

SIGNOS Y SINTOMAS

Vomito persistente, generalmente matutinos

Gastritis

Reflujo gastro esofágico

Deshidratación

Perdida de peso

COMPLICACIONES

Desnutrición

Erosión dental

Neuropatía periférica

Necrosis hepática

Hemorragias retinianas

Estado de coma y muerte

TRATAMIENTO

Antieméticos

Hidratación

Soporte nutricional y psicológico si es necesario

❖ INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Según la localización principal del tracto urinaria donde se localiza la infección

Se considera:

- URETRITIS: Infección urinaria localizada en la uretra.
- CISTITIS: Localizada en la vejiga urinaria.
- PÍELO NEFRITIS: Localizada en los riñones.

CLASIFICACION DE INFECCIONES URINARIA.

- INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA: es la infección urinaria en pacientes que tienen alteraciones metabólicas (en las células) o en la respuesta inmunológica (de defensa frente A agentes extraños), anomalías funcionales o anatómicas del aparato urinario, etc.
- INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE: es la repetición del episodio con una frecuencia de 3 o más veces al año.

CONSEJOS PARA PREVENIR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.

Tome bastante agua (o líquidos) para eliminar las bacterias.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

No retenga su orina. Orine cuando sienta la necesidad de hacerlo.

Límpiese con movimientos de adelante hacia atrás después de tener una evacuación intestinal.

Orine después de tener relaciones sexuales para ayudar a eliminar las bacterias.

Use suficiente lubricación durante el sexo.

Trate de usar una pequeña cantidad de lubricante antes de tener sexo si se siente un poco seca.

Si a usted le dan infecciones del tracto urinario con frecuencia, es posible que deba evitar el uso del diafragma.

TIPO DE INFECCIÓN DE VÍAS BAJAS EN MUJERES.

Infección urinaria episódica: Cuando la infección se da menos de 3 veces al año,

Infección urinaria aislada: Cuando ocurre menos de 1 vez al año.

URETRITIS: La uretritis, es una inflamación, irritación con hinchazón de la uretra (el conducto por el que se elimina la orina del cuerpo) que puede continuar durante semanas o meses. También se la conoce con el nombre alternativo de síndrome uretral.

CISTITIS: Es la inflamación aguda o crónica de la vejiga urinaria, con infección o sin ella.

SÍNTOMAS.

Los síntomas más característicos de cistitis son:

Quemazón y dolor al orinar

Micciones frecuentes y de poca cantidad

Necesidad urgente de orinar.

Orina con mal olor y color anormal (orina turbia).

Sangre en la orina.

Pus en la orina, o secreción de pus desde la uretra.

Dolor abdominal por encima de la vejiga y en parte inferior de la espalda.

Presión en la parte inferior de la pelvis.

Necesidad de orinar en la noche.

❖ PIELONEFRITIS O INFECCIÓN DEL RIÑÓN.

Es una infección aguda o crónica del riñón. Suele ser más habitual en mujeres que en hombres y su origen puede ser desde una infección que asciende desde las vías urinarias al riñón, a directamente una infección del riñón por un cálculo, traumatismo o estenosis del uréter. El riesgo es que evolucione a una insuficiencia renal que ya es una enfermedad muy grave.

SINTOMAS.

El dolor de riñones.

Fiebre.

Quemazón al orinar.

Dolor abdominal.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Las nauseas.

COMPLICACIONES LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

❖ PLACENTA PREVIA

Es una complicación del embarazo en la cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre todo o parte de la abertura hacia el cuello uterino.

La placenta previa ocurre aproximada mente en 1 de 200 embarazos, y con más frecuencia en mujeres, fumadoras, alcohólicas y fármaco dependientes mayores de 35 años de edad.

El 90% de los casos de placenta previa se diagnostica en el segundo trimestre de gestación.

FACTORES PREDISPONENTES

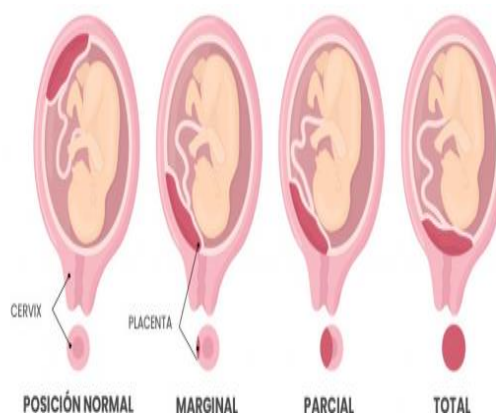
Multiparidad
Embarazos múltiples
Cesárea previa
Antecedentes de endometritis
Curetaje uterino (aborto, biopsia)
Edad avanzada

SIGNOS Y SINTOMAS

Sangrado uterino indoloro, progresivamente mayor
Sangre de color rojo rutilante

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Por clínica
Especuloscopia
Ecografía obstétrica



TRATAMIENTO

Hemorragia leve embarazo < de 36 semanas: útero inibidor, inductor de maduración pulmonar, monitoria fetal

Hemorragia leve embarazo > de 36 semanas: cesárea

Hemorragia severa: independiente de la edad gestacional se estabiliza la paciente y se lleva a cesárea

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Monitorizar signos vitales
Canalizar vena catéter # 18(administrar LEV. s/g orden medica)
Exámenes de laboratorio (hemograma, pruebas de función renal, PT y PTT hemoclasificación)
Monitoria fetal continua

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Trasfusión sanguínea
Pasar sonda vesical, Vigilar diuresis
Informar cambios

❖ **ABRUPTIO DE PLACENTARIO**

Es el desprendimiento prematuro de la placenta

Coagulo retoplacentario
Separación de la placenta
Sangre en cavidad uterina
Cabeza fetal

CLASIFICACION

LEVE: separación placenta marginal o muy pequeña
Ruidos fetales disminuidos
Signos vitales maternos sin alteración
Sangrado leve
Puede haber dolor abdominal

MODERADO: desprendimiento placentario de una ¼ parte
Sangrado vaginal oscuro
Contracciones uterinas
Hipertonía

Ruidos fetales difíciles de escuchar
Puede presentar síntomas de show (Piel fría, taquicardia, diaforesis)

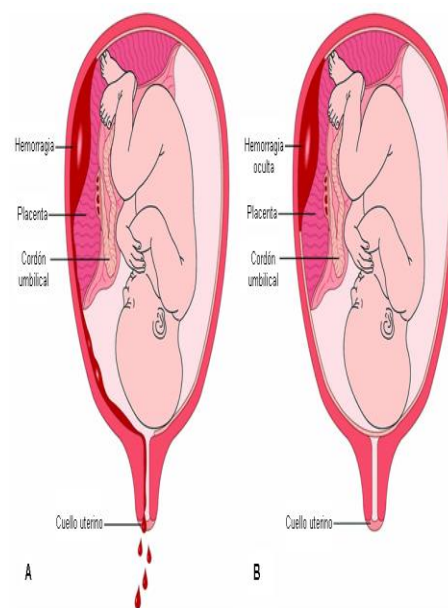
SEVERO: desprendimiento placentario >al 50%
Dolor uterino insoportable
Puede haber muerte fetal
Trastorno de la coagulación
Shock progresivo

FACTORES ASOCIADOS

Enfermedad vascular materna (HTA)
Multiparidad
Trauma externo
Brevedad del cordón umbilical
Antecedentes de aborto inducido
Anemia crónica
Habitudo de fumar

SIGNOS Y SINTOMAS

Dolor uterino



	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Hipovolemia
Ausencia de ruidos fetales
Taquicardia

MEDIOS DIAGNOSTICOS

Clínica

TRATAMIENTO

Parto vaginal: si hay monitoreo fetal normal, pruebas de coagulación normal, paciente hemodinamicamente estable

Cesárea: estado fetal no satisfactorio

Alteración de pruebas de coagulación previa corrección con plasma

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Monitorizar signos vitales

Canalizar vena catéter # 18(administrar LEV. s/g orden medica)

Exámenes de laboratorio (hemograma, pruebas de función renal, PT y PTT hemoclasificación)

Monitoria fetal continua

Pasar sonda vesical, Vigilar diuresis

Informar cambios

en algunos casos es necesario transfusión sanguínea

❖ RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.

(RPM). La ruptura prematura de membranas es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto período de dilatación.

FACTORES INCIDENTES EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA.

- Infecciones de transmisión sexual.
- Parto prematuro previo.
- Hemorragia vaginal.
- Tabaquismo o fármaco-dependiente.
- Ausencia de control prenatal.



COMPLICACIÓN DE RPM.

Infección grave de los tejidos de la placenta: llamado corioamnionitis, la cual puede resultar muy peligrosa para la madre y el bebé.

Desprendimiento de la placenta: separación prematura de la placenta y el útero.

SÍGNOS DE RPM.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Pérdida o flujo abundante de liquido por vagina
Humedad constante en la ropa interior

DIAGNÓSTICO.

La evaluación inicial de la rotura prematura de membranas en un feto pretérmino debe incluir.

Examen con especulo estéril: para documentar hallazgos sospechosos de la patología.

Tés de hehecho: prueba de laboratorio que estudia el líquido vaginal para determinar si es líquido amniótico.

La ecografía: se documenta la edad gestacional, peso fetal, presentación fetal y se Establece el índice de líquido amniótico.

TRATAMIENTO

Control de signos de infección: como por ejemplo: fiebre, dolor, disminución de la frecuencia cardiaca fetal (FCF).

Administración de corticosteroide a la madre que se utiliza para maduración pulmonar del feto; sin embargo, los corticosteroide pueden ocultar una infección en el útero.

Antibiótico terapia: para prevenir o tratar infecciones

❖ HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO.

Es cuando las mujeres embarazadas presentan tensiones arteriales por encima de 120/80.

Nota: a este tipo de patología se le ordenan los siguientes paraclínicos, los cuales arrojan resultados normales, lo que indica que esta paciente tiene esta patología es que continúa con presiones arteriales por encima de 120/80.

Creatinina (normal)

Hemograma (normal)

Electrolitos (normal)

TGO TGP LDH. (normal)

Parcial de Orina. (normal)

BUN. (normal)

Estas pacientes quedan a criterio del especialista (Ginecólogo).



❖ PREECLAMPSIA.

La preeclampsia: es un trastorno que se manifiesta en el tercer trimestre del embarazo y se manifiesta por la presencia de presión arterial alta, hinchazón (edema) y proteínas en la orina.

Las pacientes con elevación de la presión arterial durante el embarazo tienen mayores probabilidades de enfermedad y mortalidad materno fetal, que las mujeres con presión arterial normal.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores que predisponen a la aparición de este problema son:

Primerizas

Raza negra.

Edad materna menor de 20 años y mayor de 35 años

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

Estado socio económico bajo
Embarazo múltiple
Polihidramnios (excesiva cantidad de líquido amniótico)
Diabetes
Hipertensión arterial crónica
Enfermedad renal pre-existente.

SIGNOS – SÍNTOMAS

La Preeclampsia aparece después de la semana 20 del embarazo. Se caracteriza por:

Tensión arterial elevada (PA 140/ 90 mmHg)

Edema (En cara y manos).

Aumento de peso mayor de lo esperado.

Síntomas neurológicos: cefalea, visión de luces centellantes(fosfenos), , reflejos exaltados.Tinnitus

Dolor epigástrico.

CLASIFICACIÓN.

De acuerdo a la gravedad de los síntomas y signos se clasifica en:

Preeclampsia leve: La tensión arterial está entre 140/ 90 mmHg y 159/ 109 mmHg, y no hay síntomas neurológicos.

Preeclampsia severa: La tensión arterial es mayor o igual a 160/ 110 mmHg, y hay síntomas neurológicos.

EXÁMENES

Prueba de función renal (Creatinina BUN)

Parcial de orina.

Acido úrico

Hemograma

Prueba de función hepática (TGO. TGP. LDH).

Proteinuria espontanea o en orina de 24 horas

Monitoria fetal

ECLAMPSIA.

La eclampsia: es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma. Que son los síntomas que la diferencian de la preeclampsia. Se presenta durante el último trimestre del embarazo y es frecuente que se presente durante el parto o durante las primeras 24 hrs. del mismo. La eclampsia no controlada es una causa importante de muerte materna. Y solo el 5% de los casos de preeclampsia evolucionan a eclampsia.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo de la eclampsia son los mismos que los de la preeclampsia grave, pero además incluyen:

Historia familiar de pre o Eclampsia.

Obesidad.



		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Diabetes mellitus.
Polihidramnios.

SIGNOS – SÍNTOMAS.

La eclampsia aparece después de la semana 20 del embarazo. Se caracteriza por:

Tensión arterial elevada (PA 140/ 90 mmHg)

Edema (hinchazón en cara y manos).

Aumento de peso mayor de lo esperado.

Síntomas neurológicos: cefalea, visión de luces centellantes (fosfenos) reflejos exaltados, Tinitus.

Dolor epigástrico

Nota: estos síntomas además de ser los mismos de la Preeclampsia, la paciente convulsiona, en la orina se encuentra que hay salida de proteína.

❖ SÍNDROME DE HELLP

Se caracteriza por hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Puede ser detectado en sus etapas iniciales, en las cuales las mujeres se quejan de dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho, antecedente de malestar durante varios días antes, náuseas y otros síntomas parecidos a un síndrome viral (50 %).

La hipertensión puede estar ausente en el 20 % de los casos y ser leve en el 30 % de ellos. Por esta razón en toda embarazada que presente cualquiera de los síntomas mencionados deberá indicársele una hematimetría completa, con recuento de plaquetas y mediciones de enzimas hepáticas, independientemente del nivel de presión arterial. *Magann²⁵ and Martin* consideran que el síndrome de HELLP está presente en el 10 % de las preeclampsia graves y las clasifican en 3 grupos, basados en la disminución del conteo de plaquetas:

HELLP Grupo I conteo de plaquetas < 50,000.

HELLP Grupo II conteo > 50,000 hasta 100,000.

HELLP Grupo III conteo > 100,000 hasta 150,000.

La mortalidad y morbilidad materna y perinatal, están en relación con el grado de la enfermedad. El síndrome de HELLP se considera una complicación de la preeclampsia o eclampsia, pero en ocasiones no guarda relación con el grado o incremento de la presión arterial, el ácido úrico y la proteinuria, de tal manera que pacientes con síndrome de HELLP del grupo I pueden presentar presiones arteriales moderadas y proteinuria ligera. La razón de esta disparidad es desconocida, pero puede reflejar el fundamento fisiopatológico entre pacientes con enfermedad típica o atípica.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los signos y síntomas del síndrome HELLP pueden aparecer de manera distinta en diferentes mujeres.

Dolor de cabeza.

Dolor súbito en el abdomen (estómago) o en el costado derecho inmediatamente debajo de las costillas.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Malestar estomacal con o sin vómito.

Hinchazón en la cara y manos, pies y tobillos.

Sangrado proveniente de la nariz, encías o vagina. También puede haber presencia de sangre en las evacuaciones intestinales.

Sentir más cansancio y debilidad de lo normal.

Presión arterial alta.

EXÁMENES

Creatinina.

Hemograma

Electrolitos.

LDH TGO TGP

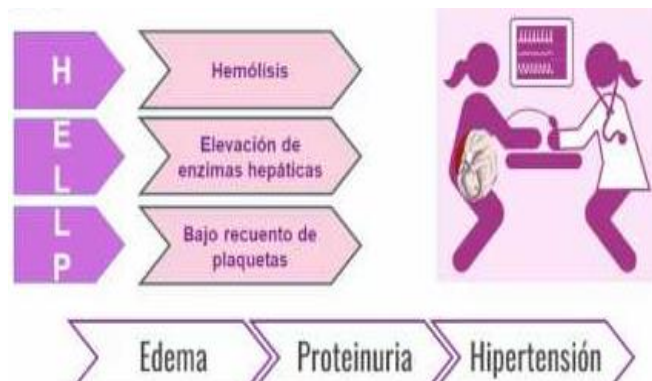
Parcial de Orina.

Proteinuria en 24 horas.

Acido úrico

Gases arteriales.

BUN.



❖ DIABETES GESTACIONAL.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se descubre por primera vez cuando una mujer está embarazada. Diabetes significa que hay demasiada azúcar en la sangre. El azúcar en la sangre se llama “glucosa”. La glucosa proviene de los alimentos que se consumen. El cuerpo usa la glucosa para obtener energía y así funcionar bien.

FACTORES DE RIESGO

Tener más de 25 años al quedar embarazada

Antecedentes familiares de diabetes

Parto previo de un bebé con un peso por encima de 4 kg (9 lb)

Obesidad

Infecciones repetitivas

Aborto espontáneo o muerte de un recién nacido de manera inexplicable

SÍNTOMAS.

Visión borrosa.

Fatiga.

Infecciones frecuentes, incluyendo las de vejiga, vagina y piel

Aumento de sed.

Incremento de la micción.

Náuseas y vómitos.

Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito.

OBSERVACIÓN: La diabetes gestacional puede no causar síntomas. Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

ANEXO. ACTIVIDADES MÉDICAS, ESPECIALES EN LOS PROCEDIMIENTOS DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA ELACIONADADAS CON EL TRABAJO DE PARTO.

TACTO VAGINAL

Es una prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano de un explorador en la vagina de la mujer para obtener información mediante el sentido del tacto.

En las mujeres embarazadas se utiliza para conocer la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino y el descenso y rotación de la cabeza fetal.

La valoración de la exploración es muy subjetiva y su exactitud queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional y estando la mujer en la misma posición en todos los tactos.

Un tacto vaginal puede ser experimentado por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invade su privacidad e intimidad. Debe realizarse siempre previo consentimiento y es recomendable que el profesional explique exactamente qué es lo que va a hacer y cómo lo va a hacer. De esta manera, creando un clima de respeto y estableciendo una mínima confianza es probable que resulte menos incómodo y doloroso. No se aconseja el tacto vaginal a mujeres que presenten contracciones regulares, intensas y se encuentre en fase activa de parto ya que no tiene ningún valor pronóstico, es decir, no tiene sentido realizar una maniobra invasiva como es el tacto vaginal cuando sabemos que una mujer puede estar varios días con 1 cm. de dilatación y otra puede no haber comenzado a dilatar y parir 24 horas después.

AMNIOTOMÍA.

La amniotomía es el procedimiento en donde se rompe la bolsa amniótica. En la mayoría de las veces la bolsa se rompe de manera espontánea durante el trabajo de parto. Sin embargo tú médico o el personal de salud puede decidir romperla por diferentes razones; para facilitar o inducir el trabajo de parto, para revisar las características del líquido amniótico y verificar si hay meconio, o cuando hay que colocar sensores para monitorear al bebé.

EQUIPO

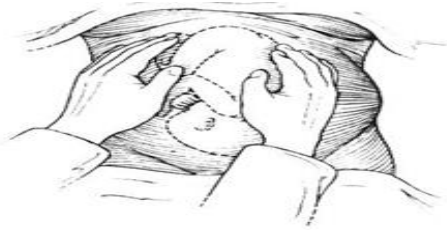
Amniótomo o pinza con garra.

Guantes.

Compresas.

Pato.

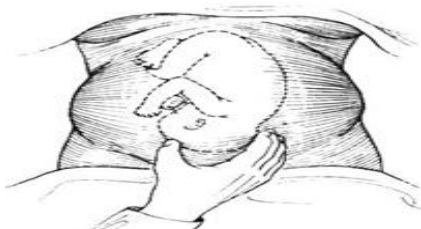
MANIOBRAS DE LEOPOLD.



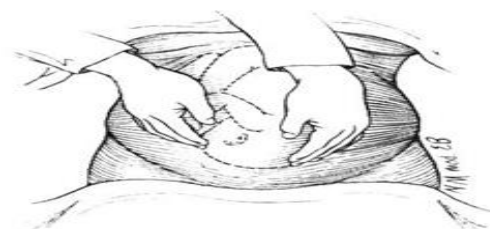
PRIMERA MANIOBRA.



SEGUNDA MANIOBRA



TERCERA MANIOBRA



CUARTA MANIOBRA

PRIMERA MANIOBRA.

Después de identificar el contorno uterino y determinar la distancia entre los cartílagos xifoides y el fondo uterino con los extremos de los dedos de ambas

Manos para establecer el polo fetal presente en el fondo uterino. Las nalgas se palpan como un cuerpo nodular voluminoso, mientras que la cabeza es una estructura dura y redondeada con una mayor movilidad.

SEGUNDA MANIOBRA.

Después de determinar el polo fetal presente en el fondo del útero,

El examinador coloca las palmas de las manos a ambos lados del abdomen y ejerce una presión suave pero firme. De uno de los lados es posible percibir una estructura dura y resistente que corresponde a la espalda; del lado opuesto la palpación revela numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles correspondientes a las extremidades fetales. En las mujeres con una pared abdominal delgada las extremidades fetales a menudo pueden diferenciarse con precisión. En presencia de obesidad o de una cantidad considerable de líquido amniótico, la espalda se percibe con más facilidad si se ejerce una presión firme con una mano y contra palpación con la mano opuesta. La determinación de la dirección anterior, Transversal o posterior de la espalda permite evaluar con mayor precisión la orientación fetal.

TERCERA MANIOBRA. Mediante el pulgar y los dedos de

Una mano, el examinador pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Si la parte de presentación no se encuentra encajada es percible percibir una parte libremente móvil, por lo general la cabeza fetal. La diferenciación entre la cabeza y las nalgas se establece de acuerdo a lo indicado en la primera maniobra. Si la parte de presentación no se encuentra encajada sólo resta determinar la actitud de la cabeza. Si mediante una palpación cuidadosa es posible establecer que la prominencia cefálica se

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	
	Última actualización 25 / 04 / 2023	

encuentra del mismo lado que la espalda, la cabeza debe estar extendida. Sin embargo, si la parte de presentación se encuentra profundamente encajada, los hallazgos resultantes de esta maniobra solo indican que el polo fetal inferior se encuentra fijo en la pelvis y los detalles deberán determinarse mediante la cuarta maniobra

CUARTA MANIOBRA.

En esta maniobra el examinador se ubica de cara a los pies de la madre y con los extremos de los dedos índices, medio y anular de cada mano ejerce una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis. En el caso de una presentación cefálica, la trayectoria de una de las manos se interrumpirá antes que la de la otra por una parte redondeada (la prominencia cefálica), mientras que la otra mano podrá descender con más profundidad hacia el interior de la pelvis. En el caso de una presentación de vértice, la prominencia cefálica se encuentra del mismo lado que las partes pequeñas; en la presentación de cara la cabeza se encuentra del mismo lado que la espalda. La facilidad con la que se palpa la cabeza indica el grado de descenso fetal. En muchos casos, cuando la cabeza descendió en el interior de la pelvis la tercera maniobra permite diferenciar con claridad el hombro anterior. En la presentación de nalgas la información resultante de esta maniobra es menos certera

INDUCCIÓN DEL PARTO

Es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas, antes del comienzo del parto espontáneo, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal, cuando hay Indicación de finalizar la gestación.

Tiene que explicarse a la paciente la indicación de la inducción y solicitar consentimiento verbal y escrito para poder realizar el procedimiento.

Cuando la situación clínica refleja que la gestación debe finalizar con rapidez o que la evolución vaginal del parto no puede continuar con seguridad para la madre y el hijo, se debe realizar una cesárea.

CONTRA INDICACIONES:

La inducción del parto está contraindicada en caso de:

Placenta previa; situación transversa.

Miomectomía previa con acceso a cavidad.

Cesárea anterior con incisión uterina clásica o en T invertida.

Rotura uterina previa.

Macrosomía fetal importante.

Carcinoma invasor del cérvix uterino y herpes genital activo.

PRECAUCIONES ESPECIALES.

El riesgo aumentado de rotura uterina en caso de cesárea anterior.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Cuando hay hiperdistensión uterina (embarazo gemelar, polihidramnios, multiparidad y macrosomía importante).

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO.

Lea correctamente las indicaciones médicas

Aliste el equipo y los LEV

Coloque primero los LEV sin mezclarlo con el medicamento.

Controle el goteo según orden medica, generalmente se inicia con un goteo lento y auméntelo gradualmente, hasta lograr la orden médica. Una vez colocado el goteo, coloque el medicamento.

Rectifique el goteo, páselo por bomba de infusión

Coloque rotulo con los datos completos.

Registre

Vigile la FCF y actividad uterina

Controle signos vitales de la paciente.

Valore e informe cualquier anomalía.

RIESGO PARA LA MADRE EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO.

Aumento progresivo de la ansiedad.

Prolongación del parto.

Trabajo de parto precipitado.

Contracciones fuertes y sin descanso, que puede ocasionar desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina o desgarros del cuello uterino.

RIESGO PARA EL FETO EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO.

Peligro de premadurez

Lesiones físicas por trauma durante el parto.

Prolapso del cordón umbilical.

Sufrimiento fetal, debido al trabajo de parto tan violento, aporte inadecuado de oxígeno.

Medicamentos.

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Estimulo de la dinámica uterina cuando las contracciones naturales han fallado en lograr la dilatación del cuello uterino progresivo y/o el descenso del feto.

ADMISIÓN DE LAS GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO.

Se define como el ingreso que hace el médico o enfermero a la gestante para realizar el trabajo de parto y posteriormente la atención de parto.

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA ADMISION.

Saludo cordial.

Ubicar al paciente en el servicio.

¿Cuál es el motivo de consulta.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

¿Desde cuándo tiene las contracciones?
¿Cuántos hijos han tenido?
¿Ha eliminado por vía vaginal moco o líquido? Indague cantidad, color y olor
¿Percibe movimientos fetales
¿Se ha realizado control prenatal
Informe al médico o al enfermero el ingreso de la paciente

ACTIVIDADES DE AUXILIAR DE ENFERMERIA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE TRABAJO DE PARTO.

Revisar la historia clínica: para obtener información a cerca de la atención perinatal.

Tratamientos.

Riesgo fetal y materno

Laboratorios etc.

Brindar apoyo psicoafectivo a la gestante.

Revisión o valoración a la gestante, evolucionando al estado de salud materno fetal.

Signos vitales

Control de actividad uterina

Control de frecuencia cardiaca fetal

CONTROL DE CONTRACCIONES

Acueste la paciente en decúbito dorsal.

Descubra totalmente la región abdominal.

Tenga a la mano reloj con segundero.

Valore colocando la palma de la mano sobre el fondo uterino, durante 10 min., espere a que se produzca la contracción del útero, este va subiendo y se pone duro.

Registre la duración de la frecuencia e intensidad de las contracciones.

Deje caminar a la gestante, si no tiene membrana rota.

Suministre dieta líquida, si no hay contracciones.

Acompañe siempre a la paciente cuando esta vaya al baño, o coloque pato si está contra indicada la de ambulación.

Controle FCF cada media hora.

Verifique la diuresis de la paciente y característica.

Informe oportunamente al medico cualquier cambio anormal como: Cambio de latidos del corazón, salida de meconio, alteraciones de las contracciones, hemorragia vaginal, prolapso de cordón o alguna parte fetal.

Informar oportunamente al medico si la paciente manifiesta: cefalea dolor en el epigastrio, zumbido en los oídos, visión borrosa, deseo de pujar.

Trasladar oportunamente la paciente a sala de parto.

TRABAJO DE PARTO

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la expulsión del producto de la concepción por los genitales externos

TEORIA DEL TRABAJO DE PARTO

La distensión del útero produce una estimulación al hipotálamo haciendo que libere oxitocina (1 reflejo de ferguson)

Si las contracciones uterinas son de buena calidad hacen que dilate el cuello del útero, esto estimula nuevamente al hipotálamo haciendo que produzca más oxitocina (2 reflejo de ferguson)

PREPARTO O FALSO TRABAJO DE PARTO

Se caracteriza por contracciones irregulares, cortas de poca irradiación a región dorsal. Contracciones de intensidad regular o mala con una frecuencia de 3 a 10 minutos. Estas contracciones no producen mayores cambios en el cuello del cérvix Dilatación = 2 cm.

VERDADERO TRABAJO DEPARTO

Contracciones regulares
Duración de 30 a 35 minutos aumentan progresivamente
Intensidad buena
Frecuencia 3 en 10 minutos haciéndose mas fuertes
Dilatación del cuello uterino > 3 cm.

ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

DILATACION: Es la apertura del orificio uterino expresado en centímetros, es la etapa mas larga del trabajo de parto que inicia con 3 cm. y termina con 10 cm. de dilatación. En esta etapa el feto realiza su proceso de acomodación, descenso y encajamiento.
Primigestantes 8 – 12 horas
Multigestantes 6 – 8 horas

BORRAMIENTO: Es la disminución del espesor del cuello uterino y se expresa en %

EXPULSIVO: Inicia con 10 cm. de dilatación, 100% de borramiento y termina con la salida del feto
Primigestantes de 30 – 60 minutos y Multigestantes 30 minutos

ALUMBRAMIENTO: Inicia con la salida del feto y termina con la salida de la placenta y membranas ovulares. Primigestantes y multigestantes de 15- 30 minutos

FASES DEL TRABAJO DE PARTO

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

FASE LATENTE: Las contracciones se van haciendo progresivamente más coordinadas, las molestias son menos intensas y el cérvix presenta borramiento y se dilata hasta 4 cm. La duración de esta fase es difícil de precisar y es muy variable puede ser de 8 horas en Primigestantes y 5 horas en multigestantes

FASE ACTIVA: El cérvix continúa dilatándose y la presentación desciende a la pelvis media. La duración de esta fase puede ser de 5 horas en Primigestantes y 2 horas en Multigestantes. la paciente puede sentir necesidad de pujar a medida que la presentación desciende en la pelvis. Sin embargo, debe evitarlo hasta que el cérvix esté completamente dilatado para prevenir laceraciones cervicales y una pérdida de energía.

CARACTERISTICAS QUE SE CONTROLAN EN LAS CONTRACCIONES UTERINAS

FRECUENCIA: Numero de contracciones en 10 minutos

INTENSIDAD: Es el aumento de la presión uterina producida por la contracción y puede ser
B= buena R= regular M=mala

DURACION: es el tiempo que dura la contracción se expresa en minutos, el útero inicia duro y termina blando.

TONO: es la presión del útero entre contracción y contracción

INTERVALO: Es el tiempo que transcurre entre los dos vértices de contracción consecutiva.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Canalizar vena, rasurar, colocar enema evacuante s/g criterio medico

C/ Signos vitales maternos

v/ signos premonitorios

Proporcionar Posición adecuada a la paciente (de cubito lateral izquierdo)

c/ Actividad uterina

c/ Frecuencia cardiaca fetal

V/Pérdidas vaginales

V/Movimientos fetales

Brindar apoyo emocional

Proporcionar comodidad confort

Partograma (Lo diligencia el medico)

SIGNOS DE ALARMAS EN EL TRABAJO DE PARTO.

Ruptura prematura de membranas

Líquido amniótico meconiado

Hemorragia

Hiperdinamia uterina

Hipertonía uterina

Signos premonitorios de preeclampsia

PARTOGRAMA



	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="center">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	---

Hipertensión arterial
Taquicardia materna
Fiebre
Perdida de movimientos fetales
Alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal
Prolapso de cordón umbilical

ATENCION DEL PARTO



EL PARTO: También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso.

El proceso del parto natural se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el

Nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

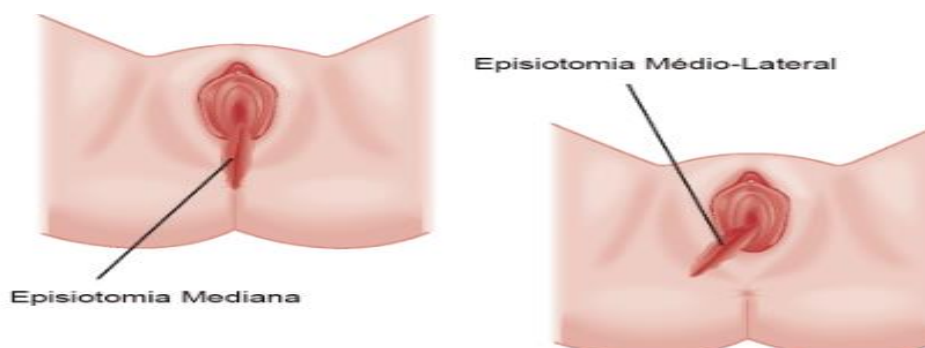
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN SALA DE PARTO.

Realizar lavado antiséptico de mano. Verificar que la sala
Esté equipada con todo el material necesario.
Recibir a la gestante para atención del parto y explicar el procedimiento.
Colocar a la gestante en posición ginecológica.
Colocarse elementos de protección personal.
Realizar aseo perineal con técnica aséptica.
Abrir equipos y paquetes estériles, utilizando técnica establecida.
Vestir a la gestante para atención del parto.
Administración de medicamentos previa prescripción médica.
Escribir en con letra clara, legible todas las actividades realizadas durante el trabajo de parto.

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Actualizar en hoja de drogas medicamentos administrados

EPISIOTOMÍA.



LA EPISIOTOMÍA. Consiste en una incisión quirúrgica realizada en el periné para agrandar la apertura vaginal justo en el momento que nace el bebé. Se realiza en el primer parto en el 80/90% de los nacimientos y a partir del segundo parto en el 50% de los casos. Es un procedimiento quirúrgico menor, que está en el medio de una calurosa discusión desde hace ya muchos años y que comenzó a utilizarse en forma masiva en los años 50. En algunos cursos de preparación para el parto dicen que la episiotomía no es necesaria y los médicos obstetras piensan que es ridícula tal aseveración.

¿QUIÉN TIENE LA RAZÓN?

¿Parto con episiotomía?

¿Parto sin episiotomía?

Es una discusión constante entre el personal de la salud y preparadoras para el parto que sostienen que los inconvenientes de desgarro del periné son menores que los de una episiotomía.

TIPOS DE TIPOS DE EPISIOTOMÍA.

Hay dos tipos de episiotomía.

LA MEDIAL: se realiza en forma longitudinal hacia el ano, tiene como ventajas que permite una mayor apertura del canal de parto, cicatriza más rápido, técnicamente es más sencilla para suturar y provoca menos dolor en el postparto. Es menos usada porque tiene más riesgos de complicarse con lesiones del esfínter anal si se desgarra en el momento del nacimiento.

LA MEDIO LATERAL. La mayoría de los médicos prefieren la incisión medio lateral, que se mantiene siempre alejada del recto.

QUIÉNES ESTÁN A FAVOR DE LA EPISIOTOMÍA?

	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL		Última actualización 25 / 04 / 2023
---	---	--	--

Tradicionalmente los médicos están a favor de la episiotomía por varias razones. La incisión quirúrgica es más fácil de suturar que un desgarro espontáneo, previene lesiones en los músculos del periné y la vagina y además acorta en 15 ó 30 minutos el período expulsivo. Esto último es particularmente ventajoso en los casos de períodos expulsivos prolongados, sufrimiento fetal o agotamiento materno.

¿**QUIÉNES SE OPENEN A LA EPISIOTOMÍA?**

Los que se oponen a la episiotomía aducen que es antinatural, en la mayoría de los casos innecesaria, y que significa una intromisión en el mecanismo natural del nacimiento. Aseguran que la incisión es mucho mayor que un desgarro espontáneo, que aumenta la hemorragia, el dolor posparto y el de las relaciones sexuales en los primeros meses del puerperio.

¿**CUÁNDO SE DEBE OPTAR POR UNA EPISIOTOMÍA?**

Entre los médicos, hay algunos que realizan de rutina la episiotomía, incluso en los casos que no es necesario. Es un tema que realmente se debe valorar en la sala de partos cuando la cabecita del bebé comienza a asomarse a este mundo. Es solamente en ese momento que el médico o la partera pueden darse cuenta si el periné puede o no distenderse para permitir la salida del bebé sin lesiones o desgarros importantes o si el período expulsivo puede o no comprometer la salud de la madre o del bebé. El médico o la partera prudente seguramente optarán por la episiotomía ante la duda de un desgarro descontrolado.

EPISIORRAFIA

Es el término con el que conocemos a la sutura de la episiotomía, que, salvo raras ocasiones, tiene lugar inmediatamente tras el alumbramiento. Se emplean suturas reabsorbibles rápidas de grosor entre 00 y 1. Se iniciará por el ángulo vaginal superior, para conseguir una pronta hemostasia. La vagina se suturará, habitualmente con una sutura continua, desde el punto anterior hasta la horquilla vulvar. Posteriormente se sutura en dos planos y con puntos sueltos la musculatura perineal, para terminar aproximando la piel.

Existen variantes de “episiorrafia sin nudos”, mediante suturas continuas únicas que, en vaivén, se inician en el ángulo vaginal o en el ángulo perineal distal profundo y recorren los distintos planos arriba expuestos, para terminar con una sutura intradérmica de la piel.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DURANTE EL EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA

La auxiliar debe hacer de circulante, atendiendo las necesidades del médico y del paciente. Realizar baño obstétrico de acuerdo a los protocolos institucionales

EQUIPO

Guantes estériles.

Material de sutura: Catgut cromado 2-0 o 3-0

Porta aguja.

Tijera e tejido punta roma

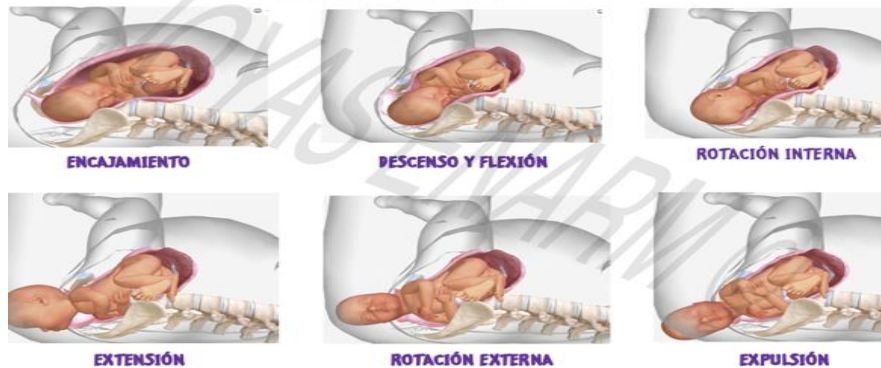
Pinzas de hemostasia – Kelly.

Pinzas de disección con garra o sin garra.
Jeringas de 10 CC y 2 agujas hipodérmicas.
Xilocaina 2%.
Gasa. Apositos.

PARTO

Conjunto de fenómenos que llevan a la expulsión del feto y los anexos al cabo de 37 a 41 semanas de gestación. Expulsión del producto de la concepción, una vez llegada la madurez del feto.

MECANISMOS TRABAJO DE PARTO



COMPLICACIONES PLACENTARIA POR EL TIPO DE IMPLANTACION

PLACENTA ACCRETA: Placenta acreta es: una placenta que penetra excesivamente la pared uterina y se encuentra muy adherida a ella.

PLACENTA INCRETA: Es una placenta que se fija con una profundidad aun mayor a la pared uterina.



PLACENTA PERCRETA: Placenta que se fija a través del útero y a veces se extiende hasta los órganos circundante como la vejiga.

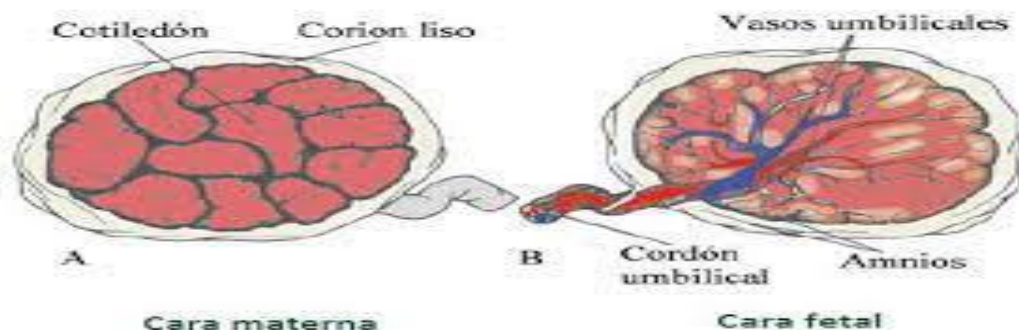
SALIDA DE PLACENTA.(ALUMBRAMIENTO)

Se puede dar por 2 mecanismos:

TIPO SHULTZ: La placenta sale con las superficies fetales brillantes hacia el exterior.

TIPO DUNCAN: La placenta se enrolla en la vagina y sale al exterior con superficie materna por la parte externa.

Estos trastorno por lo general suele ocurrir en 1/2500 embarazos; suelen causar hemorragia vaginales en el tercer trimestre y con frecuencias resulta en un parto prematuro. Dado que la placenta no se puede separar fácilmente de la pared del útero después del parto, por lo general se extirpa quirúrgicamente. Suele ser necesario realizar una histerectomía.



ACTIVIDADES DE ENFERMERIA AL RECIEN NACIDO EN SALA DE PARTO.

CUIDADOS INMEDIATOS CON EL RECIEN NACIDO

Recibir al recién nacido en una mesa de calor radiante, con técnicas aséptica. Aspirar secreciones con pera o con sonda # 6 si lo recomienda el médico.

Secar al recién nacido con compresas tibias.

Realiza profilaxis ocular con garamicina oftálmica o yodopobidona 1 gota en cada ojo, profilaxis umbilical (alcohol) vitamina K 0.5mg <2500gr y en >de 2500gr 1 mg intramuscular en la pierna.

VALORACION DEL APGAR

Se valora en el primer minuto, a los cinco minutos y a los diez minutos. Con énfasis en esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, y color.

SIGNOS	CALIFICACION		
	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100	>100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flacidez	Hipotonía	Tono normal
Irritabilidad refleja	No responde	Muecas	Llanto
Color de la piel	Palidez o cianosis	acrosianosis	Rosado

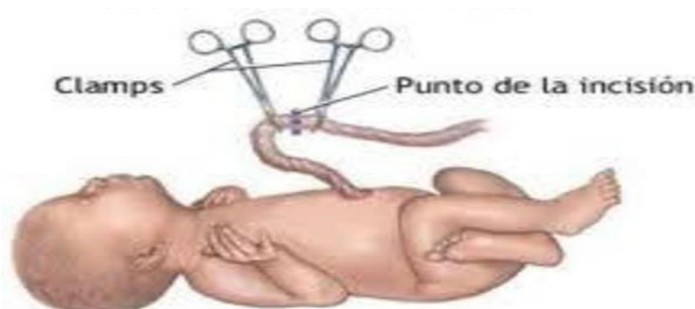
		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Inducir adaptación neonatal inmediata si el APGAR es < de 4 valorar la capacidad de la institución y remitir a nivel mayor complejidad

Conducir a la adaptación neonatal inmediata si el APGAR es de 5 a 7, valorar la capacidad resolutive de la institución y remitir a nivel de mayor complejidad.

Apoyar el curso espontaneo de la adaptación si el APGAR es >7 consolidar su satisfactoria estabilización realizando el pinzamiento del cordón umbilical.

PINZAMIENTO DE CORDON UMBILICAL



PINZAMIENTO HABITUAL: tiene como objetivos clínicos los siguientes:

Satisfactoria perfusión pulmonar permitiendo la transfusión placentofetal (descenso de la presión de resistencia en el circuito menor, base del viraje de la circulación fetal).

Satisfactoria perfusión tisular, después que el territorio capilar pulmonar haya obtenido adecuada irrigación.

Las condiciones clínicas requeridas para este tipo de pinzamiento son: Interrupción de la palpación de las arterias umbilicales: la verdadera transfusión placentofetal se inicia a partir del momento en que la circulación sigue tan solo el curso placentofetal, habiéndose interrumpido el flujo fetoplacentario con la interrupción de la palpación arterial.

Disminución de la turgencia de la vena umbilical (equivalente al fenómeno de disminución del flujo placentofetal después de haberse completado la transfusión requerida).

Satisfactoria reperfusión de piel: se estiman cubiertas las necesidades viscerales cuando la redistribución del flujo sanguíneo permite recuperar la perfusión de la piel.

Tiempo habitual para cumplirse las condiciones clínicas requeridas: de 45 segundos a 1 minuto y 15 segundos.

PINZAMIENTO INMEDIATO

Su propósito es interrumpir la pérdida de sangre fetal y está indicado en caso de sangrado placentario grave, como en placenta previa sangrante y abrupcio.

PINZAMIENTO PRECOZ

Este tipo de pinzamiento está indicado en los siguientes casos:

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	--	--	--

Los fetos presuntamente poliglobúlicos como son los hijos de madres con diabetes y con toxemia; en este caso el pinzamiento precoz busca reducir el riesgo precalificado de poliglobulia.

Isoinmunización materno fetal grave sin tratamiento antenatal adecuado, para reducir el paso de anticuerpos maternos a la circulación feto neonatal

Miastenia Gravis, para reducir el paso de anticuerpos maternos a la circulación fetal neonatal.

PINZAMIENTO DIFERIDO

(Fetos presuntamente hipovolémicos sin sangrado placentario)

Su propósito es recuperar el compartimento vascular fetal y está indicado en:

Prolapso y procidencia del cordón.

Nacimiento en Podálica para recuperar el compartimento vascular fetal depletado por la compresión funicular.

Nacimiento vaginal con ruptura Prolongada de membranas.

Cuando coexisten, la indicación de Pinzamiento precoz y diferido, prevalece el precoz.

Cuando se aplica la técnica de Pinzamiento diferido, se deben esperar las condiciones clínicas propuestas en el Pinzamiento habitual antes de proceder al corte del cordón.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- Peso.
- Talla.
- Perímetro cefálico
- perímetro torácico
- perímetro abdominal



TOMAR MUESTRA DE CORDÓN UMBILICAL PARA: TSH Y HEMOCLASIFICACION ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR PARA REALIZAR EL TSH NEONATAL.

Alistar todo el material a utilizar

Diligenciar los datos completos del formato de tamizaje neonatal.

Verificar los datos directamente con la madre o la historia clínica, antes de tomar la muestra.

Cortar el cordón a 25 cm. del ombligo aprox.

Tomar la muestra directamente del cordón umbilical que se encuentra unida a la placenta

Extraer de 2 a 3 cm. de sangre con la jeringa

Retirar la aguja de la jeringa y colocar una gota en cada gotero del papel filtro

Verifique que cada gota traspase el papel filtro




	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

CUIDADOS MEDIATOS CON EL RECIEN NACIDO

Además de los cuidados prestados en las primeras cuatro horas de vida se debe: Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, anti hepatitis B y anti polio. (Vacunación contra tuberculosis 99.3.1.03, administración de vacuna contra poliomielitis 99.3.5.01, vacunación contra hepatitis B 99.3.5.03).

• Brindar educación a la madre sobre:

Nutrición, puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud.

Inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación.

Registro civil del recién nacido.

Inscripción del niño y la niña en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fortalecimiento de los vínculos afectivos entre madre, padre e

Evite tocar papel filtro con la mano o cualquier otro objeto, después de colocar la muestra.

Regístrela en la hoja de enfermería con el sello de atención del parto en hoja se formato del TSH neonatal

CESÀREA.



Una cesárea: Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

TIPOS DE CESÀREA

La incisión clásica: Es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para el parto. Se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.

El segmento inferior: Es la más común, hoy en día, se hace un corte transversal justo por encima del borde de la vejiga. La pérdida de sangre es menor y la reparación más fácil.

Una histerectomía cesárea es el parto mediante cesárea y posterior extracción del útero, que se puede realizar en casos de sangrado intratable o cuando la placenta no se puede separar del útero. Veces se han practicado otros tipos, como la extraperitoneal o la de Porro.

RAZONES INDICADAS PARA LA CESÀREA

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="center">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	---

Los ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

Trabajo de parto prolongado o distocia
 Sufrimiento fetal aparente
 Sufrimiento materno aparente
 Complicaciones como PRE-eclampsia o eclampsia
 Nacimientos múltiples
 Mala colocación del bebé, (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis)
 Presentación anormal
 Inducción del trabajo de parto fallida
 Parto instrumental fallido
 Bebé muy grande (macrosomía)
 Placenta muy baja o placenta previa
 Pelvis contraída
 Evidencia de infección intrauterina
 Algunas veces, cesárea previa.

RIESGOS PARA EL BEBÉ.

Anestesia: Algunos bebés se ven afectados por los medicamentos que se le administran a la madre para la anestesia durante la cirugía. Estos medicamentos adormecen a la mujer para que ella no sienta dolor. Pero también pueden ocasionar somnolencia o inactividad en el bebé. Problemas respiratorios: Aunque nazcan a término, los bebés que nacen por una cesárea tienen más probabilidades de tener dificultades para respirar que los bebés que nacen por la vagina. La lactancia: Las mujeres que tienen partos por cesáreas tienen menos probabilidades de lactar o amamantar a sus bebés que las mujeres que tienen partos vaginales. Estas mujeres pueden sentirse incómodas después de la cirugía o pasar menos tiempo con el bebé en el hospital...

RIESGO PARA LA MADRE.

Algunas mujeres pueden sufrir una o más de las siguientes complicaciones después de una cesárea: Infección en la incisión, el útero u otros órganos pélvicos cercanos
 Sangrado abundante que puede dar lugar a una transfusión de sangre
 Lesiones en la vejiga o intestinos
 Coágulos en las piernas, órganos pélvicos o pulmones
 Reacciones a los medicamentos o a la anestesia (medicamentos que la adormecen para no sentir el dolor)

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

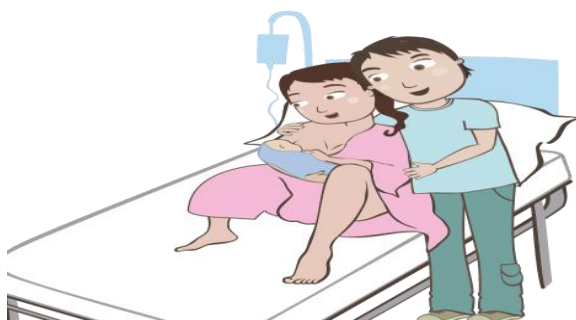
Vigilar signos de infección de la herida quirúrgica.
 Realizar curaciones con buena técnica aséptica para evitar infecciones.
 Colocar lámpara de calor radiante para favorecer la cicatrización.
 Aplicar medicamento según orden médica.
 Evaluar el grado de dolor. Valorar anomalías Como hematuria.

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

Alimentación hipo grasa y liquida o blanda.

Indicarle al paciente que va a sentir molestias durante la micción y defecación por el edema y trauma.

PUERPERIO.



PUERPERIO: Es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo.

Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

UTERINO

El útero sufre una reducción rápida en volumen y peso, disminuye de 30 a 32 cm. Que mide al final de la gestación a unos 7 - 8 cm. y de 1500 g a 60 – 80 g de Peso. Así mismo las fibras musculares hipertrofiadas del miometrio comienzan a Recobrar su longitud normal y desaparecen también numerosas fibras Neoformadas en la gestación. Este fenómeno se produce exagerado y así el Número de fibras musculares que desaparecen es mayor a las neoformadas, esto Explica la tendencia a predominio del tejido conjuntivo en el útero de grandes Multíparas.

ENDOMETRIO

Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización Espontánea del endometrio, es espontánea porque la cicatrización es Independiente de estímulos hormonales conocidos. Tras esto el endometrio crece Discretamente en espesor y esto si es dependiente del estímulo estrogénico. Después de 40 – 45 días tras el parto, reaparece la primera menstruación aunque

	<p align="center">TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL</p>		<p align="right">Última actualización 25 / 04 / 2023</p>
---	---	--	--

Este primer ciclo, a veces primeros, suele ser anovulador. Si la madre da lactancia Endometrio permanece en reposo, sin estímulos hormonales o con estímulos Insuficientes. Lo más frecuente es que no exista ciclo genital ni menstruación Durante la lactancia, aunque no siempre es así.

CICATRIZACIÓN

El cuello uterino, vagina, vulva, himen y perineo suelen cicatrizar de modo Rápido si existe buena higiene durante el puerperio. La cicatrización del Himen nunca es perfecta, pierde uniformidad y sus restos se llaman carúnculas Multiformes.

NORMALIZACIÓN HORMONAL

Los estrógenos cuya concentración plasmática había aumentado unas mil veces en la gestación, se normalizan a los 3 – 4 días del parto, la progesterona a los 10 días, la gonadotropina y el lactógeno placentario son indetectables a los 8 – 10 días. La hormona tiroidea y el cortisol se vuelven normales a los 6 – 8 días.

DOLORES DE ENTUERTOS

Son contracciones uterinas dolorosas propias del puerperio. Se presentan con mayor intensidad en las primeras horas y más en multíparas que en primíparas sin saber por qué. También aumenta la intensidad de los entuertos la lactancia por la liberación de oxitocina. No es aconsejable la administración de inhibidores de la contracción uterina porque se facilita la pérdida hemática, sin embargo si puede precisarse tratamiento analgésico.

LOQUIOS

Pérdidas que fluyen por los genitales externos durante el puerperio, es la suma de exudado producido en la regeneración endometrial, las secreciones cervicales y el exudado de los desgarros en fase de cicatrización.

NOTA: (De loquios). Los primeros son rojos debido al predominio de sangre en su composición, luego adquieren color rosado. Cuando cesa la hemorragia y predominan los leucocitos propios de la reparación hística son de color amarillento.

Los loquios tienen un olor característico pero en condiciones normales no son fétidos, si así lo fueran indicarían un proceso inflamatorio en el canal del parto.

CALOSTRO

Secreción expulsada a través del pezón rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días. Las hormonas que intervienen en la lactancia son:

La prolactina, que favorece la producción de leche que se queda en el alveolo mamario.

La oxitocina, que produce eyección de leche estimulada por la succión del niño.

ELIMINACION

La micción se facilita si la paciente se levanta para ello, si no, debería recurrirse a la cateterización vesical esporádica o permanente. La evacuación intestinal suele ser

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

espontánea al tercer día del parto, aunque a veces solo el miedo al dolor es suficiente para inhibir el reflejo. Se recurrirá en este caso a un laxante suave, y es importante recordar que la defecación alivia y no empeora la cicatrización perineal.

INGURGITACIÓN MAMARIA:

Las mamas aumentan su tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que no puede superar los 38° C ni las 24 horas en tiempo. La ingurgitación se debe al gran vaso dilatación producida en los vasos mamarios, y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día.

CLASIFICACION DEL PUERPERIO

PUERPERIO INMEDIATO: Que comprende las primeras 24 horas después del alumbramiento.

PUERPERIO MEDIATO: Que abarca los 10 días posteriores al alumbramiento.

PUERPERIO TARDÍO: Que vas desde los 10 días hasta los 60 días después del puerperio mediato.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Abrigo: este previene el escalofrió que presenta la paciente inmediatamente después del parto. Control de pulso y tensión arterial cada 15` durante la 1º hora después del parto.

Avisar si las cifras bajan o suben del valor normal.

Revisar cada 15` durante la 1º hora: después del parto el globo de seguridad y los loquios. si el sagrado es persistente haga masajes circulares y simultáneamente ejerza presión sobre el útero para expulsar los coágulos retenidos que impiden la contracción firme del útero.

PERINE: Después de epiforrafia o desgarros valora.

SI HAY HINCHAZON, o cambios de color que indique formación de hematoma; avisar inmediatamente al médico o enfermera.

SI EL SANGRADO ES ESCASO: Haga presión con gasas o Apositos estériles durante 5-10` hasta que deje de sangrar.

SI EL DESGARRO SANGRA BASTANTE: Coloque una compresa en el periné e indíquele a la paciente que mantenga las piernas cerradas; avise al medico o enfermera.

LIQUIDOS Y ALIMENTACION: Suministrar dieta líquida y blanda si la paciente esta consistente y no vomita, esto ayuda a recuperar sus fuerzas.

CUIDADOS EMOCIONALES: Siempre que sea posible se debe permitir a los padres estar juntos y que sostengan y examinen a su hijo, esto satisface la necesidad de la madre de compartir la alegría con su pareja y satisfacer la inquietud y curiosidad de saber si el bebe es normal.

ACTIVIDADES DIARIAS DURANTE EL PUERPERIO.

		
	TECNICO EN ENFERMERIA MANUAL ATENCIO MATERNO PERINATAL	Última actualización 25 / 04 / 2023

Son ciudadanos prestados a la madre y al recién nacido en el hospital y sirven para brindar la educación de los cuidados domiciliarios, estos son:

REVISIÓN DEL Recién nacido: utilizar las técnicas de inspección, palpación, auscultación, de forma céfalo caudal y si sospecha alguna anormalidad informar inmediatamente al médico.

REVISIÓN A LA MADRE: valorar mamas, palpar los extremos para determinar si están duro o blando; observen los pezones si aparecen grietas; estos fácilmente se agrietan.

Interrogar por secreción Láctea si es normal o escasa, si encuentra senos duros adoloridos, piel enrojecida y caliente informe al medico.

UTERO

Valore la involución uterina.

Revise loquios y observe sus características, si se encuentran fétidos o si persisten loquios rojos después del 4º día avise al médico.

Revise episiorrafia: coloque a la paciente en posición de sims, si hay separación de la herida y secreción purulenta, remita a consulta médica.

. ATENCION DIARIA DE LA MADRE

Comprende el control de signos vitales, principalmente temperatura

De ambulación temprana: la paciente puede levantarse a las 6 horas después del parto, esto facilita la eliminación, la expulsión de loquios y previene complicaciones circulatorias. Baño general en ducha: 6-24 horas después del parto. Baño genital con agua y jabón 3-4 veces en el día.

ENFERMEDAD POR INCOMPATIBILIDAD RH.

Es la enfermedad por incompatibilidad materno fetal más severa que se puede producir en una madre Rh (-), cuyo hijo es Rh (+). Esta enfermedad es causada por la formación de anticuerpos anti "factor Rh" en la circulación materna, y sólo tiene lugar en caso de una madre Rh negativa expuesta previamente a sangre Rh positiva, ya sea desde un feto anterior Rh (+), o bien producto de una transfusión no compatible.

INCOMPATIBILIDAD RH.

La enfermedad por incompatibilidad Rh es la enfermedad por incompatibilidad materno fetal más severa que se puede producir en una madre Rh (-), cuyo hijo es Rh (+). Esta enfermedad es causada por la formación de anticuerpos anti "factor Rh" en la circulación materna, y sólo tiene lugar en caso de una madre Rh negativa expuesta previamente a sangre Rh positiva, ya sea desde un feto anterior Rh (+), o bien producto, de una transfusión no compatible.