

ENFERMERÍA

en Gineco-Obstetricia

EDICIONES **MAWIL**



eBook



1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

Patricia Alexandra Espinoza Loja
Angélica Carolina Guaraca Pino
Prissila Banesa Calderón Guaraca
Ana Beatriz Guapacasa Yanza

EDICIONES **MAWIL**

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

AUTORES

Patricia Alexandra Espinoza Loja

Doctorando de Quinto Semestre de Doctorado en Salud Pública
Máster Universitario en Dirección y Gestión de
Unidades de Enfermería;
Maestrante en Administración y Gestión de la
Epidemiología y Salud Pública;
Licenciada en Enfermería;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad de Cuenca; Cuenca, Ecuador;
p.a.espinoza@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4767-0541>

Angélica Carolina Guaraca Pino

Magister en Criminalística; Médica General;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Católica de Cuenca; Cuenca, Ecuador
angelicag_1994@hotmail.es

 <https://orcid.org/0000-0002-9285-8383>

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Prissila Banesa Calderón Guaraca

Licenciada en Enfermería;
Magister en Gerencia Hospitalaria;
Docente de la Carrera de Enfermería de la
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador;
prissilacalderon@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3534-034X>

Ana Beatriz Guapacasa Yanza

Licenciada en Enfermería,
Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico,
Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de
Cuenca, Cuenca, Ecuador;
anitaguapacasa93@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6676-4191>

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

REVISORES

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez

Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;
Especialista en Enfermería Perioperatoria;
Licenciada en Enfermería;
Coordinadora de la Carrera de Enfermería,
Universidad Metropolitana
Guayaquil, Ecuador
yanetziarteaga@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

Cruz Xiomara Peraza de Aparicio

Ph.D. en Ciencias de la Educación;
Ph.D. en Desarrollo Social;
Especialista en Medicina General de Familia
Médico Cirujano;
Docente titular de la Universidad Metropolitana, Carrera de Enfermería
Guayaquil, Ecuador
xiomaparicio199@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES: Patricia Alexandra Espinoza Loja
Angélica Carolina Guaraca Pino
Prissila Banesa Calderón Guaraca
Ana Beatriz Guapacasa Yanza

Título: Enfermería en Gineco-Obstetricia

Descriptor: Ciencias médicas; Enfermería; Ginecología; Atención medica

Código UNESCO: 3213 Cirugía; 3213.99 Técnicas quirúrgicas

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.7 /Es656

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-602-21-3

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 200

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-21-3>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Enfermería en Gineco-Obstetricia**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

ÍNDICE



EDICIONES **MAWIL**



PRÓLOGO.....	13
INTRODUCCIÓN.....	16

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA GÍNECO-OBSTETRA	18
1.1. Introducción a la salud materna	19
1.2. Conceptos de enfermería gineco-obstetra	23
1.3. Bases generales, organización del centro obstétrico y sala de ginecología	29
1.4. Normativa general materna para todos los niveles de atención	38
1.5. Referencia y contrarreferencia	42
1.6. Descripción de las unidades operativas por niveles de atención	45

CAPÍTULO II

VALORACIÓN Y CONTROL PRENATAL.....	55
2.1. Cálculo de la edad gestacional y fecha probable del parto....	56
2.2. Diagnóstico de embarazo	63
2.3. Signos y síntomas de presunción, probabilidad y certeza.....	65
2.4. Fisiología del embarazo. Cambios generales en el organismo materno durante la gestación	69
2.5. Aspectos biofísicos y psicológicos en el embarazo	76
2.6. Cuidados nutricionales.....	79
2.7. Control prenatal. Enfoque de riesgo perinatal	83
2.8. Esquema de vacunación. Formularios y carné.....	94
2.9. Anamnesis, examen físico, examen obstétrico, maniobras de Leopold	101
2.10. Cálculo de la edad gestacional según Naegele, Pinard, McDonald.....	112
2.11. Psicoprofilaxis beneficios que le aporta a la gestante.....	114
2.12. Score MAMÁ y claves obstétricas, actividades	118
2.13. Clasificación de kit	121

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



CAPÍTULO III

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ETAPAS DE LABOR DE PARTO, Y EN EL PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO	123
3.1. Valoración del canal de parto	124
3.2. Rol de enfermería en el proceso de parto institucional	128
3.3. Atención del parto y posparto culturalmente humanizado	132
3.4. Trabajo de parto. Definición del parto, parto pretérmino, a término, postérmino, parto espontáneo e inducido	140
3.5. Mecanismo del trabajo de parto	143
3.6. Atención de enfermería en cada periodo de parto.....	147
3.7. Proceso de enfermería en la primera, segunda y tercera etapa de la labor de parto	149
3.8. Partograma.....	153
3.9. Uso de oxitócicos. Dosis, vías, precaución	157
3.10. Inducción y conducción del trabajo de parto	160
3.11. Episiotomía y episiorrafia	166
3.12. Transfusión sanguínea durante la gestación y parto	170
3.13. Lactancia materna. Apego precoz y alojamiento conjunto....	171
3.14. Definición de puerperio normal y patológico	180
3.15. Cuidados inmediatos, mediatos y tardíos en el puerperio posparto y poscesárea.....	182
3.16. Regulación de la temperatura corporal	184
3.17. Infección puerperal	185
3.18. Mastitis puerpera.....	188
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

TABLAS



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Cuadro 1. Niveles de complejidad, prevención y promoción.....	48
Cuadro 2. Descripción de las unidades operativas por nivel de atención	54
Cuadro 3. Edad gestacional según ecografía	59
Cuadro 4. Tabla obstétrica	61
Cuadro 5. Cambios generales en el organismo materno durante la gestación	71
Cuadro 6. Aspectos más relevantes biofísicos y psicológicos en el embarazo	77
Cuadro 7. Características de las etapas de parto y cuidados fundamentales de enfermería a la paciente	151
Cuadro 8. Oxitócicos.....	157
Cuadro 9. Tabla Score de Bishop	162

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

FIGURAS



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Figura 1. Salud materna.....	22
Figura 2. Unidad de Obstetricia o Tocología	31
Figura 3. Referencia y contrarreferencia.....	43
Figura 4. Niveles de atención.....	47
Figura 5. Altura del fondo uterino (AFU)	58
Figura 6. Discos gestacionales y/o gestogramas de bolsillo.....	62
Figura 7. Cinta obstétrica	63
Figura 8. Carné de vacunación.....	98
Figura 9. Formulario 051 de Ecuador	99
Figura 10. Técnica de las maniobras de Leopold.....	107
Figura 11. Regla de McDonald	112
Figura 12. Anatomía de la pelvis.....	124
Figura 13. Diámetros pélvicos.....	125
Figura 14. Tipos de pelvis	125
Figura 15. Planos de Hodge (la pelvis).....	127
Figura 16. Rol de la enfermería en el proceso de parto.	132
Figura 17. Mecanismos del trabajo de parto	144
Figura 18. Modelo de partograma	155
Figura 19. Amniotomía	165

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

PRÓLOGO



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

La enfermería es como una manía, una fiebre en la sangre, una enfermedad incurable que una vez contraída no se puede curar. Si no fuera así, no habría enfermeros.

Monica Dickens

Enfermería en gineco-obstetricia es un proyecto editorial, cuya finalidad es brindar una contribución real a nivel teórico como herramienta de enseñanza-aprendizaje, dirigido a cualquier lector interesado en conocer los principios básicos y fundamentales de la enfermería en gineco-obstetricia, de manera especial para quien se inicia en el arte de la salud, a quien le gusta mantenerse actualizado y cualquier persona interesada en la materia de salud, específicamente, en las especialidades de enfermería, ginecología, gineco-obstetricia. Ofrece una visión global del proceso de embarazo, el trabajo de parto, parto, el posparto, el parto humanizado, el acompañamiento, e inclusive la importancia de la lactancia materna, pero siempre haciendo hincapié en la intervención de la enfermería en las diferentes etapas.

Es decir, el texto que hoy tiene en sus manos, desarrolla de manera simple y directa, en su fondo la temática de la salud materna, considerada en el marco de la salud y, por tanto, en el contexto de un derecho humano consagrado por la mayoría de las Constituciones democráticas, social y derechos del mundo y por tratados internacionales y que define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que “comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto”.

El libro ha sido estructurado en tres capítulos denominados: Introducción a la enfermería gineco-obstetra, Valoración y control prenatal e Intervención de enfermería en las etapas de labor de parto y el puerperio normal y patológico, los cuales contribuyen al conocimiento y comprensión de los aspectos básicos de la gineco-obstetricia, especialidad médica dedicada estrictamente a las mujeres, su aparato reproductor, la procreación y el seguimiento del embarazo hasta su última etapa.

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

INTRODUCCIÓN



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

En el siglo xx, motivado por el crecimiento acelerado del conocimiento científico y médico, se acrecienta la toma de conciencia del rol que le corresponde desempeñar a la medicina en el sector de la salud y la protección de la mujer embarazada. Los problemas del tracto genital femenino se asumen como responsabilidad de los ginecólogos, quienes los incluyeron dentro del proceso de auscultación, diagnóstico y tratamiento de aspectos fisiológicos y endocrinos.

Las barreras de formación académica se fueron difuminando y los ginecólogos y obstetras comenzaron a estrechar su campo laboral y, como resultante, se constituyó la gineco-obstetricia.

En la actualidad, las mujeres cuentan con una atención integral en cuanto a su salud íntima, a través de esta especialidad médica, dedicada estrictamente a las mujeres, su aparato reproductor, la procreación y el seguimiento del embarazo hasta su última etapa.

Con el texto se pretende abordar los aspectos más fundamentales de la atención integral de las mujeres, específicamente, en lo referente al proceso de gestación hasta el puerperio, lo cual se desarrolla en tres capítulos contentivos de los siguientes temas: capítulo I, “Introducción a la enfermería gineco-obstetra”: la salud materna, conceptualización de enfermería gineco-obstetra; la organización del centro obstétrico y sala de ginecología; los niveles de atención y la normativa ecuatoriana; las referencias y contrarreferencias y la descripción de las unidades operativas por niveles de atención.

Por otra parte, el capítulo II, “Valoración y control prenatal”, se centra en temas como: el cálculo de edad gestacional y fecha probable de parto; el diagnóstico de embarazo con sus signos y síntomas, la fisiología, los cambios que ocurren en el organismo materno en proceso de gestación (ej. psicológicos, físicos, biológicos, etc.); los cuidados nutricionales; el control prenatal, el riesgo perinatal; la anamnesis, examen físico, examen obstétrico, maniobras de Leopold, la psicoprofilaxis, be-

beneficios que le aporta a la gestante, score mamá y claves obstétricas, entre otros.

Por último, el capítulo III, “Intervención de enfermería en las etapas de labor de parto y en el puerperio normal y patológico”, está referido a todo lo que constituye las definiciones y descripciones básicas y fundamentales sobre el trabajo de parto, el parto y los tipos de parto: parto pretérmino, a término, posttérmino, parto espontáneo e inducido, mecanismos del trabajo de parto, el rol y la atención de la madre por enfermería en cada una de las etapas o periodos, así como en el parto institucionalizado y en el parto y posparto culturalmente humanizado; el partograma; el uso de oxitócicos: dosis, vías, precaución; la lactancia materna el apego precoz y alojamiento conjunto, el puerperio y la infección puerperal, entre otros temas.

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA GINECO-OBSTETRA



EDICIONES **MAWIL**

Los estudios de enfermería en gineco-obstetricia tienen, hoy por hoy, rango universitario, en todos los niveles, pregrado, posgrado y doctorados. La carrera de Enfermería es acreditada por universidades certificadas por el Estado y, en algunos países, solo pueden ser estudiadas en universidades públicas, por su grado de importancia.

La enfermería obstétrica se remonta a los años 1925 en los Estados Unidos. El primer programa de educación en enfermería obstétrica en ese país comenzó en 1932, el cual utilizaba enfermeras diplomadas en salud pública, que hubieran sido educadas en Inglaterra. Estas enfermeras brindaban servicios médicos a la familia, además de cuidados de parto y lactancia en centros de enfermería en los Montes Apalaches. Esta especialidad ha permitido lograr un mejoramiento en los servicios de atención primaria para las mujeres, en hospitales públicos o en clínicas privadas, en áreas rurales y zonas marginadas, donde a veces es la única atención que tiene una mujer embarazada. En los últimos 20 a 30 años se ha demostrado que las enfermeras obstetras pueden manejar la mayor parte del cuidado perinatal, incluyendo los periodos prenatales, parto y posparto. Este personal, también está calificado para los acompañamientos y asesoramientos de planificación familiar y necesidades ginecológicas de las mujeres de todas las edades.

1.1 Introducción a la salud materna

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en la mayoría de las constituciones democráticas, social y derecho, así como en los tratados y convenios internacionales; salud a la que todas las personas deben tener la posibilidad de acceder.

Hoy por hoy, las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna continúan siendo un problema grave de derechos humanos y de gran preocupación a nivel internacional que afecta de manera calamitosa a las mujeres en el mundo, y de cuya realidad no escapa la región americana, lo cual repercute en sus familias y en sus comunidades. De hecho, uno de los sectores más vulnerables, y quienes tienen menos acceso

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Los servicios requeridos de salud materna, son las mujeres, que históricamente han sido marginadas por motivos de raza, etnia, posición económica y edad.

Pero existen también una serie de factores que influyen en la salud materna: ambientales, sociales, económicos, biológicos como, por ejemplo, la edad y la paridad.

Desde el contexto de los derechos humanos y desde la perspectiva de los diferentes enfoques de los derechos, como el de género, la atención integral de la salud sexual y reproductiva, la situación antes, durante y después de cualquier evento obstétrico, la prevención de patologías ginecológicas, implica reconocer la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y posparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar de un alto nivel de bienestar físico, mental y social, con la finalidad de vivir y afrontar su maternidad de manera digna. El cuidado de la mujer no debe ser exclusivamente un tema biológico o médico, sino también debe abordarse desde lo social y dentro de un marco de derechos.

La salud materna, es entendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) como aquella que “comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto”, y añade:

Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

En primera instancia, y de manera general, la atención a la futura madre está basada en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo y del parto normal, y esto se realiza con los debidos controles de la gestación, la preparación para el parto, la orientación sobre los primeros cuidados al recién nacido y sobre lactancia materna.

En síntesis, la salud materna constituye una especialidad que se encarga de promocionar y promover la salud de la madre, del embarazo, parto, puerperio; en general, de la salud de la mujer, desde el ciclo reproductivo, comenzando en la pubertad hasta la menopausia. “La finalidad es formar parte de todo ese grupo multidisciplinario que tienen como objetivo propiciar el nacimiento de un niño sano dentro de una familia saludable, definiendo un concepto integral: madre, niño y familia bajo los parámetros de sus derechos” (2).



Figura 1. Salud materna



UNPFA. Ecuador fortalece redes comunitarias para reducir la muerte materna. Salud materna [Internet]. 2016 [citado 10/06/2020]. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/noticias/ecuador-fortalece-redes-comunitarias-para-reducir-la-muerte-materna>

En los últimos tiempos, diferentes instituciones internacionales, profesionales en la materia gineco-obstétrica, gobiernos, etc., se han abocado a establecer rutas, programas, planes... con el objetivo de garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana de enfermedades, protección específica a la madre y al niño, así como al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el proceso continuo de atención, bajo parámetros que buscan la obtención de resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de

los recursos. Y, dentro de este marco, centrar la atención en las mujeres embarazadas, su gestación, su familia y comunidades, respetando los aspectos de cultura, contexto social y necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa y, sobre todo, contribuyendo a disminuir la mortalidad y morbilidad materna.

1.2. Conceptos de enfermería gineco-obstetra

En algunos países, la obstetricia y la ginecología es denominada ginecoobstetricia, tocoginecología o simplemente ginecología y obstetricia, entendida como la especialidad médica dedicada a los campos de la obstetricia y la ginecología, a través, en muchos casos, de un único programa de formación académica. La formación combinada convierte a los practicantes o médicos en expertos en el cuidado de la salud de los órganos reproductores femeninos y en el manejo y complicaciones obstétricas, incluso con intervenciones quirúrgicas.

Desde esta perspectiva, la gineco-obstetricia constituye una especialidad médica basada en las áreas de ginecología y obstetricia. Especialidad estrictamente dedicada a las mujeres, su aparato reproductor, la procreación y el seguimiento del embarazo hasta su última etapa.

De allí que, una enfermera/o obstetra, sería aquel profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad, de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles durante o después del parto. Por tanto, un profesional de la enfermería ginecoobstétrica tendría, además, en su haber los conocimientos y prácticas destinadas al área ginecológica.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Visto este aspecto, se incluye la exposición de conceptos o definiciones comúnmente usados que se aplican en diferentes situaciones durante el embarazo, parto y puerperio, a fin de contribuir al uso correcto de términos que permitan describir el momento del parto en que se encuentra una paciente, utilizando el lenguaje adecuado a la situación planteada. Entre ellos (3) (4) (5) (6):

Aborto: Es la expulsión o extracción de un embrión o feto de la madre de menos de 500 g de peso, que se alcanza a las 22 semanas (imperea el peso sobre las semanas de gestación).

Actitud: Es la relación que guardan los distintos segmentos fetales entre sí.

Amnioscopia: Consiste en la introducción de un fino tubo a través del cuello uterino con el objeto de observar la coloración del líquido amniótico y descartar la presencia de meconio (líquido verde). Este procedimiento se realiza sobre las 37 semanas de gestación en madres embarazadas con hipertensión, embarazo prolongado, trabajo de parto prolongado.

Amniocentesis: Consiste en la introducción de una fina aguja a través de la pared abdominal de la gestante con la guía de la ultrasonografía, con el fin de extraer líquido amniótico para su estudio: sea cromosomas del feto, madurez pulmonar fetal y otros. En caso de estudio cromosómico en el feto se realiza entre las 14 a 16 semanas de gestación.

Borramiento: Es el acortamiento o adelgazamiento del cuello uterino.

Dilatación cervical: Diámetro de la abertura del cuello uterino durante el parto medido por exploración vaginal y expresado en centímetros, considerando la dilatación completa cuando el orificio cervical alcanza 10 cm.

su paso por el canal del parto, teniendo como referencia el ecuador de la cabeza fetal. En total son en número de cuatro planos numerados desde arriba hasta abajo.

- **Primer plano:** Es el más superior de los cuatro, se extiende con una línea imaginaria que corre desde el extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que todavía está libre o móvil.
- **Segundo plano:** Es una línea recta imaginaria paralela a la anterior y pasa, por delante, desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la segunda vértebra del hueso sacro. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es una presentación fija.
- **Tercer plano:** Igualmente paralela a los primeros dos planos, es una línea recta que, a la altura de las espinas ciáticas, corta al isquion y la tercera vértebra sacra. Cuando la presentación fetal llega a este plano se dice que está encajada.
- **Cuarto plano:** Línea que parte, por detrás, del vértice del hueso sacro y se extiende paralela a todas las anteriores. Se dice que está profundamente encajada y autorreferencialmente compungida.
- Períodos clínicos del parto:
- **Pródromo del parto:** Es aquel en el que se empiezan a manifestar los primeros síntomas para el comienzo del parto.
- **Período de dilatación:** En el que el cuello del útero se dilata hasta alcanzar los 10 cm.
- **Período expulsivo:** Tercer periodo que termina con la salida completa del feto.
- **Período de alumbramiento:** El momento que transcurre después de la expulsión del bebé hasta la expulsión de la placenta.

Posición: Es la relación que guarda el punto guía con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Son dos:

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Derecha
- Izquierda.

Presentación: Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, lo ocupa, lo llena y es capaz de desencadenar un mecanismo de trabajo de parto. Situación. Es la relación que existe entre el eje longitudinal del feto, el eje uterino y el eje materno.

Puerperio: Periodo de transformación anatómico y funcional que ocurre de forma paulatina de todas las modificaciones que ocurren durante el embarazo con una duración de 60 días después del parto (42 días).

Riesgo: Es la probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos, de enfermar o morir según su asociación con el daño que se produzca.

Factores de riesgo potenciales: Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño, y se conviertan en factores de riesgo real. Se clasifica en:

- **El embarazo de bajo riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.
- **El embarazo de alto riesgo:** Es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas.

Variedad de posición: “Relación entre el punto toconómico de la presentación y la mitad anterior o posterior de la pelvis”: - anterior - posterior - transversa.

1.3. Bases generales, organización del centro obstétrico y sala de ginecología

Bases generales

Entre los aspectos o bases generales se enuncian las siguientes:

- La atención de la mujer en el área ginecológica y obstétrica que permita valorar, preparar, vigilar y diagnosticar con prontitud las diferentes patologías que puedan repercutir en el bienestar y calidad de vida de la gestante como del binomio madre-feto.
- Lo idóneo es que la infraestructura para el espacio o área ginecológica y obstétrica responda a principios de modernidad, agilidad y precisión.
- El diseño de la infraestructura para la atención ginecológica y obstétrica comprende un conjunto de áreas, espacios y locales donde se valora, prepara, vigila y atiende a la mujer embarazada, así como a su producto.
- El espacio arquitectónico debe contar con características específicas para la guarda momentánea de material, ropa y equipo estéril, lavado, preparación y esterilización; debe estar a continuación de la central de equipos y esterilización.
- Es fundamental que, entre las características de estas unidades, se contemple la continuidad entre sus diferentes áreas para otorgar una atención integral del binomio madre-feto.
- El espacio físico, por tanto, debe permitir la movilidad en todo momento.
- Las áreas o espacios que la conforman deben contar con tomas de aire y oxígeno, mobiliarios, equipos como, por ejemplo: camilla, mesa de Pasteur, material y equipo electromédico, de paro y reanimación, y los instrumentos necesarios para la atención de la gestante, la atención del binomio madre-bebe y para las actividades quirúrgicas, atención de recién nacido y, por ende, recuperación posanestésica.
- Debe contar con el equipo necesario para las actividades quirúrgicas, atención de recién nacido y, por ende, recuperación

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



posanestésica.

- En cada espacio físico que conforme el centro obstétrico o unidad se debe cumplir con las medidas, técnicas y normas dictadas para la adecuada desinfección y asepsia.
- El personal de salud requerido para el centro o unidad dependerá del tamaño de éste y los planes y programas de atención, según la clasificación del centro de salud u hospital, es decir, el recurso humano dependerá del nivel de atención, del indicador establecido en dicho nivel y para cada área existente. De manera general debe contarse con: médico, supervisor/a, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, y personal técnico-administrativo y obrero.

Organización de la unidad o centro obstétrico y sala de ginecología

1. Definiciones

- a. Unidad de Obstetricia o Tocología:** Es el conjunto de áreas interrelacionadas, en donde se lleva a cabo la valoración, preparación, vigilancia y atención, tanto de la mujer embarazada, como del recién nacido. Es decir, comprende su atención en el periodo de gestación, recibir y controlar a las pacientes durante el trabajo de parto, vigilar el puerperio inmediato, atención al recién nacido, atender el aborto y cualquier complicación generada por el proceso.
- b. Unidad Tocoquirúrgica:** Es el conjunto de áreas y locales en los que se llevan a cabo procedimientos quirúrgicos de tipo obstétrico, tales como: aborto, sangrado uterino, cesárea.

2. Objetivos del área, entre otros:

- Proporcionar atención gineco-obstétrica integral a pacientes con oportunidad, calidad técnica y humana y de calidez en todas las facetas clínicas.
- Contribuir a la disminución de mortalidad del binomio materno infantil atribuible a patologías obstétricas.
- Proporcionar a las embarazadas, cuidados progresivos, oportu-



nos y de calidad, acorde a sus necesidades.

- Tratar y prevenir la morbimortalidad del componente madre-hijo.

Figura 2. Unidad de Obstetricia o Tocología



tococirugiablog. Unidad de Obstetricia o Tocología [Internet]. 2016 [citado 9/06/2020]. Disponible en: <https://tococirugiablog.wordpress.com/2016/10/19/manual-de-toco-cirugia/>

3. Conformación de la Unidad de Obstetricia o Tocología

La unidad de manera general debe contar con las siguientes áreas: de valoración obstétrica, preparación, labor de expulsión, recuperación o atención de posparto.

a. Área de Admisión

Características:

- Ubicada de manera independiente a la atención del servicio de urgencias.
- De dimensiones suficientes para contar con mesa de exploración ginecológica, camilla, mesa de Pasteur, material y equipo

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



electromédico.

- Preferentemente con un baño y regadera anexo.

b. Área de Valoración Obstétrica

- **Características:** debe contar con un lugar físico, de fácil acceso, con recurso humano capacitado e información actualizada del listado de pacientes durante las 24 horas del día.
- **Ambiente físico:** debe disponer de una sala de examen individual que asegure privacidad y confidencialidad, de una superficie que permita incorporar el equipamiento necesario (aproximadamente 12 m²).
- **Recinto de espera de atención a usuarias - área gineco-obstétrica:** espacio que debe ser habilitado, iluminado y climatizado, con sillas de superficie lavable, en buenas condiciones y seguras, cercano a una estación de enfermería.

Equipamiento básico:

- Camilla fabricada en acero inoxidable a ser utilizada con el propósito de un examen médico.
- Banqueta de altura: con estructura de acabado en cromo, tubo acabado en cromo y cubierta de hule antiderrapante.
- Cuenta con ecógrafo.
- Detector de LCF monitor cardiofetal.
- Estetoscopio de Pinard o equipo equivalente para captar, contar o graficar los ruidos cardiofetales.
- Mesa de exploración ginecológica fabricada en acero inoxidable y utilizada con el propósito de efectuar un examen médico.
- Mesa de Pasteur con estructura tubular cubierta con acero inoxidable barandal de tubo cromado, cuatro ruedas de hule.

c. Sala de Preparación: sala de preparación individual, con una superficie no menor a 12 m², que permita la deambulacion, el acompañamiento, y que cuente con climatización y ventilación natural.

f. Unidad Tocoquirúrgica

Características:

- Se puede encontrar dentro de la infraestructura o a continuación de la de Tocología, siempre lo más independiente posible para disminuir el tráfico hacia las otras salas.
- Su ubicación preferente es cercana al área de labor. En el caso de que forme parte de un área quirúrgica, deberá ubicarse lo más independiente posible, procurando evitar el tránsito hacia las otras salas de operaciones.
- Debe contar con el equipo necesario para las actividades quirúrgicas, atención de recién nacido y, por ende, recuperación posanestésica.
- Debe contar con las áreas de restricción para transitar tanto en las áreas de Tocología como Tococirugía.
- Zona restringida: sala de operaciones y pasillo de acceso a ésta. Se localiza el lavabo para lavado quirúrgico. Se requiere uniforme quirúrgico completo, uso de gorro y botas.
- Zonasemirestringida: área donde ingresa la paciente en camilla para transportarla a la sala de operaciones o de recuperación. Incluye área de enfermería. Se transita con uniforme completo y dependiendo de su localización o distribución arquitectónica se requiere de gorro.
- Zona no restringida: área externa a la unidad quirúrgica, por lo que no se requiere uniforme quirúrgico, por ejemplo, área de vestidores y descanso.

Mobiliario. Sala de Operaciones

- Asiento con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Brazo giratorio.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

- Mesa carro de anestesiólogo.
- Portacubeta rodable.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Mesa de Mayo con charola; mesa riñón; mesa transportadora de material.
- Portalebrillo doble - estructura de tubo de 1" de diámetro calibre 18, acabado en cromo. - 2 aros de acero de ½ ", para soportar lebrillos de 5 litros - ruedas de plástico de 5,5 cm - medidas: 86 cm (alto) x 70 cm (largo).

Equipos

- Equipo básico para anestesia.
- Equipo móvil de rayos x.
- Unidad electroquirúrgica.
- Reloj segundero.
- Estetoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Lámpara doble para cirugía.
- Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
- Espirador de succión regulable.

g. Atención al Recién Nacido

En esta unidad se otorga una atención integral al recién nacido, hospitalización en caso de patologías o de factores de riesgo que requieran observación.

- **Ambiente físico:** área ubicada en la sala de parto o en área contigua a la sala de parto, debe contar con una superficie aproximada de 3,8 m² por cuna neonatológica, climatización e iluminación.
- **Mobiliario:** banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja) y cuneros.

Equipo

- Báscula pesabebés.

h. Central de enfermeras pediátricas

- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio Pinard.
- Estuche de diagnóstico completo.
- Lámpara de haz dirigible.
- Egatoscopio.
- Baño de artesa.
- Incubadora, en caso de atender pacientes neonatos.

i. Sala de Recuperación o Posparto

Este espacio se destina para la mujer que ha tenido algún procedimiento gineco-obstétrico en ella se busca precisamente su recuperación y la estabilización de sus signos vitales.

Está constituida por un sector de cuidados del postparto inmediato: destinado a promover una estrecha vigilancia de la madre y su hijo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato (luego de un parto normal u operatorio) y un sector de vigilancia estricta de pacientes durante el posoperatorio ginecológico.

Ambiente físico: contiguo al área quirúrgica, distancia 1,5 metros entre camas, mantiene la privacidad y superficie que permite la atención y el acompañamiento, iluminación natural y artificial regulable en su intensidad general e individual, climatización.

Instalaciones sanitarias con piso antideslizante, cantidad suficiente de lavamanos e instalaciones sanitarias para área sucia.

Equipamiento:

- Monitores de signos vitales, al menos 1 por 3 unidades.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Bombas de infusión 1 por 1 cama.
- Camas con barandales, permiten fowler, multipropósito (1 por cada 2 salas de hospitalización).

j. Central de Enfermeras: Es indispensable que su ubicación tenga libre y rápido acceso a las áreas en donde se encuentren internados los pacientes a su cargo. Debe contar con bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo); bote para RPBI (bolsa roja), cortinas divisorias de material antibacteriano; riel portavenocclisis.

1.4. Normativa general materna para todos los niveles de atención

En Ecuador, en el año 2008, se publica el Acuerdo Ministerial 0000474 (7) mediante el cual se establece el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos referentes a las Normas y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo integran: las Normas y protocolos de atención materno neonatal, incluida la Guía de atención del parto culturalmente adecuado y el Manual de estándares e indicadores para mejorar la calidad de atención materno neonatal. Estos instrumentos constituyen un esfuerzo importante para garantizar el derecho a una adecuada atención de salud de las mujeres y recién nacidos, abriendo el camino para fortalecer el sistema de salud materno-neonatal y proteger los embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos. El instrumento señala, en la Introducción, el objetivo y los fines propuestos, así como su obligatoriedad:

[...] por ende, las normas y protocolos para la atención de prestaciones del embarazo, parto y postparto deben constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad con oportunidad, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo y por niveles e inicia con el cuidado

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- La atención ancestral del parto se realizará en aquellas áreas en donde tanto la población como los agentes del servicio se encuentren capacitados. En estas áreas la partera calificada participará y acompañará a la paciente en su atención en el primer y segundo nivel.
- La Normativa Nacional de Salud Reproductiva debe ser cumplida por todas las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, la homologación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

El contenido inserto en la normativa referida versa sobre los siguientes puntos:

- Referencia y contrarreferencia
- Materno perinatal
- Control prenatal
- Anemia ferropénica durante el embarazo
- Diabetes y embarazo.
- Infección de las vías urinarias:
- Bacteriuria asintomática
- Cistitis aguda
- Pielonefritis
- Trastornos hipertensivos gestacionales
- Hipertensión crónica
- Hipertensión crónica más preeclampsia
- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia - eclampsia síndrome de HELLP

Manejo de las complicaciones de los trastornos hipertensivos gestacionales:

- Hematoma subcapsular hepático
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Edema agudo de pulmón
- Insuficiencia renal aguda
- Hemorragia y shock hipovolémico en obstetricia

- Aborto
- Amenaza de aborto
- Aborto en curso o inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto completo
- Aborto diferido
- Aborto séptico
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Hemorragias de la segunda mitad de la gestación
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).
- Rotura uterina
- Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto
- Atonía hipotonía uterina. Retención de placenta o fragmentos placentarios
- Inversión uterina
- Desgarros cervicales, vaginales y perineales
- Ruptura prematura de membranas (RPM).
- Trabajo de parto pretérmino
- Embarazo prolongado
- Compromiso del bienestar fetal. Muerte fetal
- Atención del parto normal
- Inducción y conducción del trabajo de parto
- Parto distócico
- Parto en pelviana
- Prolapso y procúbito de cordón umbilical
- Cesárea
- Atención del parto en pacientes con cesárea anterior
- Puerperio normal
- Infección y fiebre puerperal
- Mastitis puerperal
- Infección de las heridas perineales o abdominales
- Endometritis puerperal

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



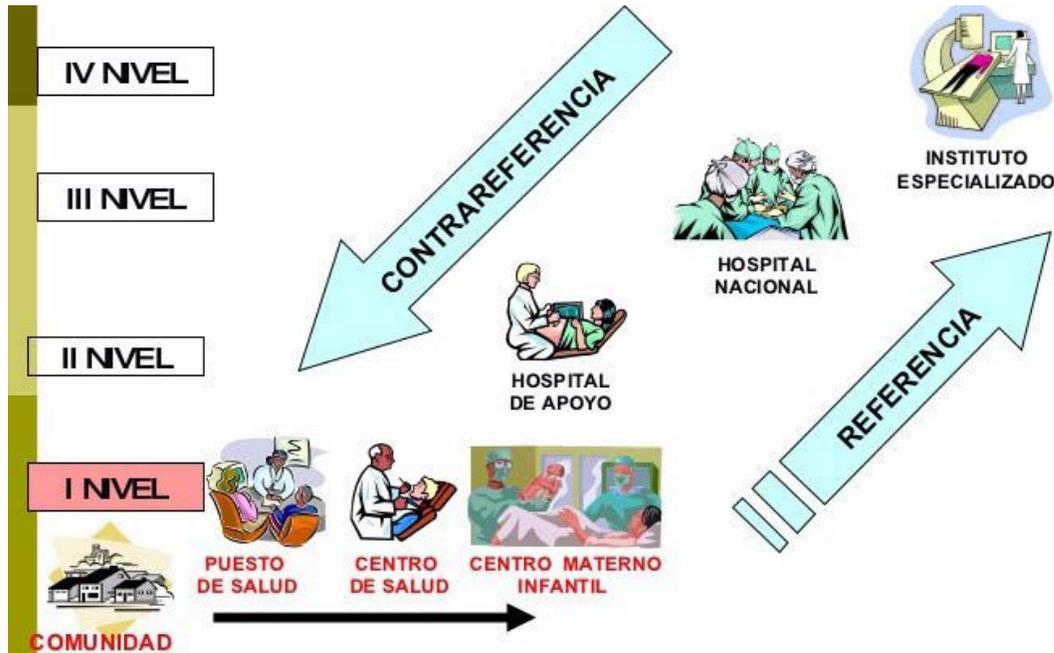
- Comprende, además: anexos, glosario y definiciones perinatales, y documentos ministeriales relacionados con el tema.

1.5. Referencia y contrarreferencia

La referencia y la contrarreferencia son dos sistemas para que los niveles de atención de salud funcionen de manera adecuada, deben coexistir, lo cual permite la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema de salud, los niveles de atención deben funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia, por lo tanto, es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para esto debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos, que esté en consonancia con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del paciente o usuario al sistema se dé desde el primer día de atención.

La Normativa General Materno Neonatal (7) define los dos conceptos básicos, en este instrumento, que forma parte del Plan de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal referidos a la movilidad de las pacientes de un centro de salud a otro, en aquellos casos que sean necesarios para contribuir al Plan General de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal.

Figura 3. Referencia y contrarreferencia



Lasaludysuscaracteristicasenvenezuela.com. Referencia y contrarreferencia [Internet]. 2017 [citado 09/06/2020]. Disponible en: [http:// https:// lasaludysuscaracteristicasenvenezuela.wordpress.com/2017/10/06/niveles-de-atencion-en-salud/](http://https://lasaludysuscaracteristicasenvenezuela.wordpress.com/2017/10/06/niveles-de-atencion-en-salud/)

Referencia

Es el proceso estructurado de envío de la paciente de un nivel de atención a otro superior en tecnicidad y competencia.

Es decir, la referencia es el procedimiento por el cual los prestadores de la salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud. La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

Contrarreferencia

Es el proceso inverso a la referencia, es decir, el retorno de la paciente

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

del nivel superior en que fue atendida al nivel de origen para su seguimiento (con información por escrito en la hoja de epicrisis).

Por tanto, este es el procedimiento obligatorio por el cual una usuaria que inicialmente fue referida/derivada es retornada luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención.

Asimismo, el documento, contempla otros conceptos que complementan los aspectos sobre la transferencia de los/las usuarias de un centro de salud a otro, en el país.

Transferencia: Es el transporte físico de la paciente de una unidad a otra. Siempre debe realizarse con la paciente estabilizada y en las mejores condiciones que permita la patología por la que se transfiere a otra unidad.

Referencia inversa: Es el proceso cuando el nivel superior envía a una paciente al nivel inferior con la debida información, sin que este paciente haya pasado por el nivel inferior. Generalmente se da después de una autorreferencia o sirve para corregir el funcionamiento del sistema.

Las premisas básicas para la referencia y contrarreferencia materno perinatal también están establecidas en la normativa e indican:

1. Cada unidad operativa debe conocer su capacidad de resolución para no demorar la referencia y hacerla de manera adecuada y oportuna.
2. Toda paciente que presente cualquiera de los signos o síntomas de alerta o es clasificada como de riesgo debe referirse de forma inmediata al nivel de resolución superior para asegurar un control adecuado del bienestar materno-fetal.
3. Se utilizará el carné perinatal, como documento de referencia y contrarreferencia institucional durante la etapa prenatal.



4. El mejor medio de transporte de un producto por nacer es el útero materno.
5. Si el caso implica riesgo materno perinatal no olvide enviar por escrito la impresión diagnóstica, los exámenes practicados y el motivo de la referencia.
6. Si una referencia o transferencia pudiera representar demora en el inicio del tratamiento de la emergencia, en lo posible atender el caso en la misma unidad de origen, si el parto es inminente se debe atender a la embarazada y a su hijo-a en las mejores condiciones antes de proceder a la transferencia.

1.6. Descripción de las unidades operativas por niveles de atención

En este punto se aborda una descripción general de los niveles de atención contemplados, los niveles de atención en Ecuador y, por último, las unidades operativas por niveles de atención establecidas o contempladas en la Normativa General Materno Perinatal.

Descripción de los niveles de atención desde el punto de vista general

En el año 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) (8) señalaron lo que es la clasificación de los niveles de atención:

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo con su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado.

Es decir, que los niveles de atención en salud constituyen una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

De manera clásica se distinguen tres niveles de atención.

- 1. El primer nivel de atención:** señalado de manera común como la puerta de entrada al sistema de salud, es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite solucionar las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, tales como: centros de salud, consultorios, policlínicas, etc. En este nivel se centra la resolución del aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.
- 2. El segundo nivel de atención:** se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de problemas de salud de la población. En el segundo nivel están ubicados los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, psiquiatría, etc.
- 3. El tercer nivel de atención:** aquí se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen, se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, es decir, que este nivel se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él.

Figura 4. Niveles de atención



Hurtado, Pia. Niveles de atención. [Internet]. 2012 [citado 08/06/2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/PiaHurtadoBurgos/niveles-de-atencion-en-salud-i>

En referencia a los **niveles de complejidad, niveles de prevención y promoción**, se detalla en cuadro anexo los aspectos fundamentales que la literatura indica de manera general:

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Cuadro 1. Niveles de complejidad, prevención y promoción

Niveles de complejidad	
<p>Por complejidad se entiende el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.</p>	
Primer nivel de complejidad	Está referido a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como médicos familiares y comunitarios, pediatras, ginecólogos, médicos generales.
Segundo nivel de complejidad	Al igual que en el primer el nivel de atención, se ubican los hospitales con especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, psiquiatría, etc.
Tercer nivel de complejidad	Se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.
Niveles de prevención	
<p>La OMS (9) define la prevención como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:</p>	
Prevención primaria	<p>Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (9).</p> <p>“Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (9).</p> <p>El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.</p> <p>Por ejemplo: programas educativos para enseñar cómo se transmite y cómo se previene el dengue, la administración de vacunas para enfermedades prevenibles, uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, etc.</p>

Prevencción secundaria	<p>Se destina al diagnóstico precoz de la enfermedad (sin manifestaciones clínicas).</p> <p>“En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. La captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas es fundamental. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas. Pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (9).</p> <p>Por ejemplo: Realizar prueba de papanicolaou en las mujeres en edad fértil para el diagnóstico precoz de lesiones en cuello uterino o el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando control periódico y seguimiento del paciente, con el objeto de monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.</p>
Prevencción terciaria	<p>Está referida a las acciones relativas a la recuperación integral de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. Son fundamentales en la prevención terciaria el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.</p> <p>Un ejemplo de rehabilitación es la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.</p>
Promoción de la salud	
<p>La promoción de la salud se la define como: “El proceso que proporciona a los individuos y a las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (8).</p>	
Promoción	<p>Esta estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone, involucrar a la comunidad en la implantación de las políticas. La promoción de la salud está ligada íntimamente a la salud e involucra sustancialmente a la vida cotidiana, esto es: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente</p>

Nota: Elaboración propia.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

La República del Ecuador, cuenta con la normativa que rige la materia de los establecimientos de salud por niveles de atención; las últimas resoluciones donde se evidencian los cambios sufridos en los últimos años son:

a. En el Registro Oficial No. 428 (2015) en Resolución No. 00005212 (10), se acuerda expedir la tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud y, en su capítulo referido a los establecimientos de salud, en el artículo 1, establece los niveles de atención según su capacidad resolutive:

Art. 1. Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud se clasifican por Niveles de Atención y según su Capacidad Resolutiva, conforme se detalla a continuación: Primer Nivel de Atención; Segundo Nivel de Atención; Tercer Nivel de Atención; Cuarto Nivel de Atención; y, Servicios de Apoyo, transversales a los Niveles de Atención.

b. La Resolución del 8 de junio de 2018, Registro Oficial No. 258 (11), cuyo objetivo fue acordar la Reforma del Acuerdo Ministerial No. 5212 publicado en el Suplemento del Registro Oficial 428 de 30 de enero de 2015, a través del cual se expidió la “Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud”. Contemplando estas reformas en las disposiciones transitorias, la elaboración del instrumento que sustituya a la “Tipología Sustitutiva para Homologar los Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y Servicios de Apoyo del Sistema Nacional de Salud” en un plazo de siete (7) meses después de publicado el Acuerdo. Entre otros cambios importantes en el articulado del acuerdo están:

1. Se incorpora los Centros de Salud en Centros de Privación de Libertad (Art. 1) y la definición de dicho establecimiento en el Art. 2.
2. En el artículo 3, se establece agregar en el artículo 7, el siguiente:



te artículo enumerado, que dice: “-En los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, con excepción de los consultorios generales, podrán existir puestos periféricos de toma de muestras biológicas, pertenecientes a Laboratorios de Análisis Clínico, conforme a la normativa sobre la materia emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional”.

3. En el artículo 4, se sustituyen las definiciones de Centro de Especialidades y Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día), o cual conlleva a la modificación en cuanto a la atención al usuario y al contenido de estos establecimientos:
4. En el artículo 5, igualmente, se modifican o sustituyen las definiciones de Hospital Básico y de Hospital General.
5. El artículo 6 del capítulo VI “Servicios de apoyo”, en el segundo inciso del artículo 14, se le añade como última tipología: “Consultorio de Apoyo de Nutrición y Dietética”.
6. En el artículo 7, se solicita agregar al final del artículo 16, el párrafo: “Los laboratorios de análisis clínico podrán contar con puestos periféricos de toma de muestras biológicas, de conformidad con la normativa expedida por la Autoridad Sanitaria Nacional, mismos que obligatoriamente dependerán de un laboratorio de análisis clínico con capacidad de realizar las determinaciones solicitadas”.
7. La modificación que sufre el artículo 22 está añadida en el art. 8, el cual indica agregar un artículo enumerado referido a: Consultorio de apoyo de nutrición y dietética, como aquellos establecimientos de apoyo diagnóstico y/o terapéutico para manejo de pacientes en temas de nutrición y dietética, exclusivamente, y deberán ser atendidos por un profesional de tercer nivel de formación académica en esta rama, con título debidamente registrado de conformidad con la normativa legal vigente.
8. El artículo 9, dispone agregar las siguientes Disposiciones Generales: a. CUARTA. Los establecimientos de salud en los distintos niveles de atención, podrán incorporar temporalmente servicios y/o prestaciones específicas de programas o estrategias

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



de salud que la Autoridad Sanitaria Nacional desarrolle en base a necesidades de salud pública, debidamente justificadas. Estos servicios y/o prestaciones no se considerarán para asignar o cambiar la tipología del establecimiento de salud al cual se anclan, no requieren de permiso de funcionamiento específico, pero deben cumplir con los estándares de habilitación o licenciamiento definidos para los mismos, según su nivel de complejidad; y la “QUINTA. El detalle de los requisitos mínimos en cuanto a infraestructura, equipamiento y talento humano para cada establecimiento, lo definirá la Autoridad Sanitaria Nacional a través de las carteras de servicio y matrices de licenciamiento oficializadas por la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud”.

9. Y en las DISPOSICIONES TRANSITORIAS se acuerda un plazo de seis (6) meses contado a partir de la publicación del presente Acuerdo Ministerial en el Registro Oficial a. Los establecimientos de salud deberán homologarse a la tipología descrita en este instrumento, misma que deberá ser realizada previo a obtener por primera vez o renovar su permiso de funcionamiento, y b. A través de la Dirección Nacional de Normalización, actualizará las carteras de servicio y matrices de licenciamiento oficiales para las tipologías reformadas.

c. En el Oficio No. 00001.203, se acuerda “Expedir la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud” (12) e indica que los establecimientos de servicios de salud, se clasifican por Nivel de Atención y de acuerdo a su capacidad resolutive, mismos que son los siguientes: a. Primer Nivel de Atención, b. Segundo Nivel de Atención, c. Tercer Nivel de Atención, y d. Cuarto Nivel de Atención.

Y se definen los tres niveles:

1. Primer Nivel de Atención: es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo del paciente dentro del Sistema, ga-



garantiza una referencia y contrarreferencia adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo con normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.

2. El Segundo Nivel de Atención: comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención. Se desarrollan nuevas modalidades de atención, no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día).
3. El Tercer Nivel de Atención: corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad; tienen recursos de tecnología de punta, cuidados intensivos, intervención quirúrgica de alta severidad, realizan trasplantes, cuentan con subespecialidades reconocidas por la ley.

Descripción de las unidades operativas por nivel de atención de acuerdo con la Normativa General Materno Neonatal (7):

Para proveer los servicios de salud se establecen tres (3) niveles de complejidad en la atención: el Primer Nivel: servicios de atención ambulatoria; el Segundo nivel: servicios de atención ambulatoria de mayor complejidad e intrahospitalaria complementaria al primer nivel; y el Tercer nivel: servicios ambulatorios e intrahospitalarios de la más alta complejidad y especialización.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Cuadro 2. Descripción de las unidades operativas por nivel de atención

DESCRIPCION DE LAS UNIDADES OPERATIVAS POR NIVEL DE ATENCION			
	UNIDAD OPERATIVA	TIPO DE ATENCION EQUIPO (E)	UBICACIÓN
NIVEL I	Puesto de Salud	Ambulatoria. E: Auxiliar de enfermería.	Rural. Población <2000 habitantes.
	Subcentro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería.	Cabeceras parroquiales. Población >2000 habitantes.
	Centro de Salud	Ambulatoria. E: Médico Odontólogo. Enfermera o Auxiliar de enfermería. Laboratorio. Imagen.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
NIVEL II	Hospital Básico	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Cabecera cantonal. Población <30.000 habitantes.
	Hospital General	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y cabecera cantonal con mayor concentración poblacional.
NIVEL III	Hospital Especializado	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.
	Hospital de Especialidades	Ambulatoria. Emergencia. Hospitalización. E: multidisciplinario.	Capital de provincia y ciudades con mayor desarrollo y concentración poblacional.

Consejo Nacional de Salud (CONASA). Descripción de las Unidades Operativas por Nivel de Atención [Internet]. Año de publicación [citado Fecha de acceso]. Disponible en: <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Prestaciones/bt172%20-%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

CAPÍTULO II

VALORACIÓN Y CONTROL PRENATAL



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



2.1. Cálculo de la edad gestacional y fecha probable del parto

El embarazo se denomina al momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer una serie de cambios importantes: físicos y psíquicos, destinados a la adaptación a la nueva situación que no es más que el crecimiento de un nuevo ser. Se dice que el embarazo normal tiene una duración de 280 días, 40 semanas o 9 meses calendario.

Y por edad gestacional se entiende la duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto existen una serie de mecanismos, reglas o fórmulas que permiten su determinación, entre ellas:

a. Cálculo de la edad gestacional

Por interrogatorio

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), citado por Carvajal, Jorge A. y Ralph T. Constanza (13), para calcular la edad de la gestación debe contarse en semanas, a partir del primer día de la última menstruación, señalando su término (F.P.P.) al final de la cuadragésima semana (280 días).

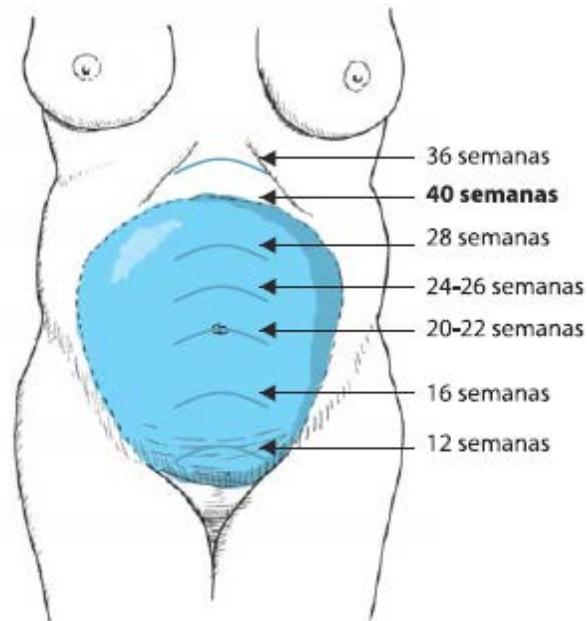
Regla de los 9

Se indica que la duración aproximada del embarazo es de 40 semanas, equivalente a 280 días o 9 meses. De manera popular se dice que un embarazo dura 9 meses, pero hay que precisar que esos nueve meses son lunares y corresponden a 266 días, es decir, 38 semanas, contados desde la fecha de la fecundación. Significaría que el embarazo tendría una duración de 10 meses lunares.

Esta forma de contar las semanas de gestación se debe a que las



Figura 5. Altura del fondo uterino (AFU)



Hard Working, G. Altura del fondo uterino (AFU) [Internet]. 2011 [citado 12/06/2020]. Disponible en <https://es.slideshare.net/HUGOGERARDO-TELLES/clculo-de-semanas-de-gestacin>

Regla de Alfehd

La fórmula de Alfehd es una de las más usadas y recomendadas por la literatura. Consiste en que a la altura del fondo uterino en centímetros, se le suma 4 y el resultado obtenido se divide entre 4 y el resultado dará el número de meses de gestación. Gráficamente la fórmula se representaría de la siguiente manera:

$$\text{AFU (Cm)} + 4 / 4$$

Regla de McDonald

Con este método se puede calcular las semanas de edad gestacional, determinando en centímetros el espacio comprendido entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino. El valor en centímetros del espacio se multiplica por 8 y se divide por 7.

Por ejemplo: $20 \text{ cm} \times 8 = 160 / 7 = 22,8$ semanas, con una mano se fija el extremo inicial de la cinta en el borde superior del pubis y con la otra mano se desliza la cinta entre los dedos índice y mayor hasta delimitar el fondo uterino con el borde cubital de esta mano.

Ecografía

La edad gestacional se calcula según lo que se ve en la ecografía:

- Saco gestacional: embarazo de 5 semanas.
 - Saco gestacional, embrión de menos de 5,5 mm con latidos cardíacos: embarazo de 6 semanas.
 - Embrión mayor de 5,5 mm: embarazo de más de 6 semanas.
- Entre las 6 a 12 semanas se mide la longitud del feto:
- Medición de la cabeza fetal: embarazo de 12 a 32 semanas.
 - Medición de la longitud del fémur: 12 a 32 semanas.

Si hay disponibilidad y el cuadro así lo requiere. Se determina diámetro biparietal, circunferencia cefálica, longitud del fémur y circunferencia abdominal. Ejemplo:

Cuadro 3. Edad gestacional según ecografía

SEMANAS DE GESTACIÓN	MEDIDAS DEL D.B.P. (mm) 97.5%	LONGITUD DEL FÉMUR (mm) 95%	PERÍMETRO CEFÁLICO (PC)+2DE (cm.)	PERÍMETRO ABDOMINAL (PA)+2DE (cm.)
12S.G.	27	13	8.9	8.1
20S.G.	53	36	19.4	17.7
36S.G.	94	73	34.4	34.3
40S.G.	99	79	36.4	37.9

Hard Working, G. Altura del fondo uterino (AFU) [Internet]. 2011 [citado 12/06/2020]. Disponible en <https://es.slideshare.net/HUGOGERARDO-TELLES/clculo-de-semanas-de-gestacin>

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Otra forma de calcular las semanas de gestación

- Contar los meses transcurridos.
- Se multiplica x 4
- Al resultado se le suma 2, 3 o 4 al final del 1.º, 2.º y 3.º trimestre, respectivamente.

b. Cálculo de la fecha probable de parto

Para un manejo adecuado de la obstetricia es preciso conocer la edad del feto, que desde el punto de vista clínico se mide en semanas de gestación. Para calcular la fecha probable del parto o precisar la edad del feto existen diversos métodos:

Según el día de la concepción

Solo se necesita descontar tres meses del calendario de la fecha indicada de la concepción para llegar aproximadamente a la fecha del parto.

Ejemplo: 18 - 5 - 2006 - 3 meses de calendario = 18 - 2 - 2007

Regla de Pinard

La fecha probable de parto se calcula a partir del día en que finalizó la última menstruación. A esta fecha se le suman diez días y un año y se retrocede tres meses.

$$\text{FPP} = \text{FUM} + 1 \text{ AÑO} - 3 \text{ MESES} + 10 \text{ DÍAS}$$

Regla de Naegele

Esta regla es usada de manera tradicional y se realiza sabiendo la fecha última de menstruación (FUM). Consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar tres meses. Esto da como resultado la fecha probable de parto (FPP). Se considera normal una variación de +/- 10 días (Primer día de la FUM) + 7 días - 3 meses.

$$\text{FPP} = \text{FUM} + 1 \text{ AÑO} - 3 \text{ MESES} + 7 \text{ DÍAS}$$

Regla de Wahl

La fecha probable de parto se calcula a partir del primer día de la última menstruación a esta fecha le añadimos un año, le restamos 3 meses y le sumamos 10 días. Es decir:

$$\text{FPP} = \text{FUM} + 1 \text{ AÑO} - 3 \text{ MESES} + 10 \text{ DÍAS}$$

Tabla obstétrica

Es otro método para calcular la fecha probable de parto.

Cuadro 4. Tabla obstétrica

TABLA OBSTETRICA																															9/24		
Ene.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	No.	
Oct.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	Nov.	
Feb.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				Dic.	
Nov.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5				Ene.	
Mar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Feb.	
Dic.	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	Mar.	
Abr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		Abr.	
Ene.	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4		May.	
May.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jun.	
Feb.	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	Mar.	
Jun.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		Abr.	
Mar.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		May.	
Jul.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jun.	
Abr.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	Jul.	
Agto.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Agto.	
May.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	Sept.	
Sept.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		Jun.	
Jun.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7		Jul.	
Oct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Agto.	
Jul.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	Sept.	
Nov.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		Oct.	
Agto.	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		Sept.	
Dic.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		Oct.
Sept.	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7		Sept.

Hard Working, G. Tabla obstétrica [Internet]. 2011 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/HUGOGERARDO TELLES/clculo-de-semanas-de-gestacin>

Uso de discos gestacionales y/o gestogramas de bolsillo

Especialmente diseñados, para la vigilancia del embarazo, en los que, tras fijar la fecha de la última menstruación, se marca la fecha probable de parto. Existen diversos modelos a los cuales se les agregan otros parámetros.

Figura 6. Discos gestacionales y/o gestogramas de bolsillo



Hard Working, G. Discos gestacionales y/o gestogramas de bolsillo [Internet]. 2011 [citado 12/06/2020]. Disponible en <https://es.slideshare.net/HUGOGERARDOTELLES/clculo-de-semanas-de-gestacin>

Cinta obstétrica

Permite controlar el crecimiento fetal y recordar los patrones para la vigilancia de la salud materno fetal y el seguimiento de la restricción del crecimiento fetal durante el embarazo.

Figura 7. Cinta obstétrica



Hard Working, G. Cinta obstétrica [Internet]. 2011 [citado 12/06/2020]. Disponible en <https://es.slideshare.net/HUGOGERARDOTELLES/clculo-de-semanas-de-gestacin>

La cinta obstétrica consta de dos lados: anverso y reverso.

- Anverso: Cinta métrica de 50 cm con divisiones de medio cm. Contiene técnica de medida de la altura uterina, los valores normales de altura uterina al término y los patrones de presión arterial sistólica y diastólica normal durante la gestación.
- Reverso: Contiene patrones de altura uterina, ganancia de peso materno, peso fetal estimado, contracciones uterinas por hora, según edad gestacional.

2.2. Diagnóstico de embarazo

Desde tiempos remotos el diagnóstico de embarazo se viene haciendo cuando la mujer dejaba de ver la menstruación y comenzaban a aparecer los signos presuntivos y probables de embarazo. La literatura señala que durante la época de los egipcios (6000 a 1200 a. C.), el diagnóstico de embarazo se realizaba con un sencillo procedimiento.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Consistía en que la mujer urinara en un envase el cual contenía semillas de trigo y cebada mezcladas con sal. Si las semillas germinaban, la mujer estaba segura de estar embarazada y además se creía que si germinaban las semillas de trigo nada más nacería un varón y si germinaban sólo las de cebada nacería una hembra.

Pero es en 1928 que se dan los primeros pasos para el diagnóstico precoz, cuando Ascheim y Zondek, descubren que la orina de la mujer embarazada es altamente estrogénica y puede ser usada como prueba de embarazo. La prueba propuesta por ellos es llamada de Ascheim-Zondek, y se utilizó durante más de 4 décadas en pacientes con un alto riesgo de morbilidad por causa obstétrica. Consistía en inyectar orina 2 veces al día durante 3 días a ratones hembra entre 3 y 5 semanas de edad. Pasadas 100 horas, los ratones se sacrificaban y sus ovarios examinados, si estaban grandes y congestivos, la mujer tenía 98% de posibilidad de estar embarazada.

Es para la década de los años 80 que se comienza a utilizar como prueba de rutina en el diagnóstico precoz de embarazo la gonadotropina coriónica humana (HCG) a pesar de que fue descubierta por Collip en 1930.

La importancia del diagnóstico de embarazo y la seguridad o certeza de este radica en varias razones: personales, médicas y legales. Desde el ámbito personal, una mujer puede estar interesada en conocer si está embarazada o no, para poder realizar planes de estudio o trabajo a futuro. Desde el punto de vista médico, puede ser importante hacer el diagnóstico de embarazo antes de proceder a someter a la paciente a un estudio radiológico o a una intervención. En lo legal, puede ser necesario saber si existe un embarazo a la hora de cualquier trámite o hacer valer algún derecho personal, por ejemplo, que involucre al feto por nacer.

2.3. Signos y síntomas de presunción, probabilidad y certeza

Los signos y síntomas se han clasificado de manera tradicional en: presuntivos, probables y certeza o positivos.

1. Signos presuntivos: Generalmente los signos presuntivos son subjetivos y la aparición de estos ocurre generalmente al final de la cuarta semana, Entre ellos están: náuseas y vómitos matutinos, alteraciones en el apetito y en las mamas sensación de tensión de dolor y cambios de pigmentación de la aureola. A continuación, se presentan los más comunes:

- a. Náuseas y vómitos matutinos.** Las náuseas son un signo típico del primer trimestre que se presentan con más frecuencia en la mañana y pueden ser de intensidad y severidad variable de la gestación. Este signo no es exclusivo del embarazo porque se puede presentar en trastornos digestivos, uso de anticonceptivos orales, factores emocionales, etc.
- b. Cambios en las mamas.** La congestión de las mamas está asociado a la elevada producción de hormonas. Se considera un signo precoz, sobre todo en la primigrávida. La aparición de calostro puede ocurrir en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina. Este signo es considerado como presuntivo, debido a que también se puede observar en mujeres bajo terapia hormonal, tumores hormono-funcionantes como adenomas hipofisarios, tumores de ovario, con el uso de ciertos tranquilizantes y antes de la menstruación, sobre todo en pacientes con displasia mamaria. En mujeres con amenorrea anovulatoria, se presenta con mayor intensidad, simulando la congestión que se ve en la embarazada.
- c. Fatiga.** La fatiga es un síntoma frecuente en los primeros meses de la gestación que se debe a la elevada producción de progesterona durante el embarazo. Se caracteriza por falta de ganas de trabajar al levantarse, somnolencia y disminución de la capacidad física normal.



- d. Manifestaciones cutáneas.** La aparición de una hiperpigmentación de los pómulos, conocida con el nombre de cloasma gravídico, es solo un signo presuntivo porque se puede observar en enfermedades del colágeno y con el uso de anticonceptivos orales. Las estrías cutáneas que pueden aparecer en las mamas y en el abdomen, aunque bastante típicas del embarazo, se pueden observar en el síndrome de Cushing, lo mismo se puede decir de la hiperpigmentación que aparece en línea media infraumbilical, llamada línea negra del embarazo, que aparece alrededor del tercer mes, aunque puede aparecer antes en las multíparas.
- e. Percepción de los movimientos fetales.** Es un síntoma subjetivo y depende mucho de la importancia que la paciente le dé al embarazo; no es extraño encontrar una primigesta ansiosa que manifiesta sentir movimientos desde el primer mes. Apartando estos casos pocos frecuentes, es un signo que permite tener una idea aproximada de la edad gestacional porque se registran de una manera más o menos constante y, en forma evidente, alrededor de la semana 20 de gestación. Se pueden confundir los movimientos fetales con la peristalsis intestinal exagerada, contracciones involuntarias de los músculos abdominales y con cambios de posición de las estructuras abdominales al girar el cuerpo en decúbito.
- f. Síntomas urinarios.** Durante los primeros meses, el útero gravido comprime la vejiga ocasionando polaquiuria, signo que se observa en muchas otras condiciones, por lo que solo es presuntivo. Al final de la gestación, el encajamiento del polo de presentación fetal en la pelvis también ocasiona un síntoma similar. Se pueden ver en casos de infecciones urinarias, cistocele, tumores pélvicos, tensión emocional, etc.
- g. Elevación de la temperatura basal.** En mujeres que llevan el registro gráfico de la temperatura basal por tratamiento de infertilidad o como forma de mejorar la seguridad del método del ritmo, la elevación de la temperatura durante tres semanas luego de la



fecha probable de ovulación es un signo presuntivo de embarazo. Se puede observar en caso de infecciones, persistencia del cuerpo lúteo, terapia con progesterona, etc.

2. Probables: estos cambios se producen a nivel uterino y genital, los principales son:

a. Amenorrea: Toda mujer con vida sexual activa y con una menstruación normal que se presente con el síntoma de amenorrea, inicialmente se debe considerar que se encuentra en estado de embarazo, hasta que se demuestre lo contrario, porque, aunque la amenorrea puede ser de tipo funcional, su causa más frecuente es la gestación. Se considera cuando ocurre una ausencia de periodo menstrual mayor de 10 o más días de la fecha que debía presentarse.

Cabe indicar que la presencia de sangrado genital que simula una regla no descarta un embarazo porque el sangrado genital es muy frecuente en la embarazada, al punto que 1 de cada 4 mujeres puede tener algún tipo de sangrado macroscópico durante el embarazo, siendo más frecuente en multíparas que en primigestas.

La fecha de la última menstruación no constituye un signo seguro para el cálculo de la edad gestacional, porque es posible que una mujer logre embarazo sin una regla previa. También es factible que la ovulación no ocurra unos 14 días luego de la última regla y, por tanto, el embarazo puede tener más o menos tiempo del que se cree. En estos casos, la ecosonografía es de gran utilidad para aclarar la edad gestacional, sobre todo cuando se realiza en etapas precoces de la gestación. La amenorrea es solo un signo presuntivo, porque se puede presentar en casos de problemas emocionales, tumores de ovario, problemas tiroideos, hipofisarios e hipotalámicos, menopausia, desnutrición severa, anorexia nerviosa, atletas sometidas a ejercicios vigorosos, tuberculosis genital, etc.

res, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana).

d. Niveles de gonadotropina coriónica humana (GCh). La gonadotropina coriónica humana (GCh) u hormona del embarazo aporta los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo de la gestación, evita la menstruación y activa la producción de hormonas necesarias durante este período. Esta es la hormona que se detecta en los análisis de sangre y orina para el diagnóstico del embarazo. Es la responsable de la sensación de náuseas y vómitos. Ésta puede aparecer precozmente y presentarse en sangre y orina.

2.4. Fisiología del embarazo. Cambios generales en el organismo materno durante la gestación

Durante la gestación ocurren muchos y variados cambios fisiológicos que repercuten prácticamente en todos los órganos y sistemas de la madre. Estas adaptaciones permiten que la madre se acomode a la demanda metabólica de la unidad fetoplacentaria y resista la hemorragia del parto. Es decir, se incrementan de manera notable las necesidades nutritivas, lo cual se debe, por un lado, a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto, y por otro, para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación.

Para muchas mujeres gestantes esta nueva etapa de la vida implica cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte también los cambios en el estado físico y anímico. Todos estos cambios son consecuencia de la acción de las hormonas aumentadas durante el embarazo que segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, lactógeno placentario humano o gonadotropina coriónica, entre otras.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Entre los cambios físicos, se encuentran: el retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero, mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones y entre los cambios psicológicos es muy frecuente, sobre todo en el primer embarazo, los estados depresivos con llanto fácil e irascibilidad. Es decir, las modificaciones en el organismo de la futura madre influyen no solo sobre su estado físico sino también en el estado anímico.

Las modificaciones más significativas que ocurren en el organismo materno durante el estado de gravidez afectan principalmente al aparato reproductor femenino y a todos los órganos que constituyen los diferentes sistemas, como son: el respiratorio, cardiovascular, urinario, etc. A continuación, se mencionan, en cuadro anexo, algunos cambios en los sistemas orgánicos:

Cuadro 5. Cambios generales en el organismo materno durante la gestación

SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	<p>a. Útero. Los principales cambios se desarrollan con respecto al tamaño, forma y peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al final del embarazo puede tener una longitud de 32 cm, un ancho de 24 y espesor de 22. • Sufre cambios de hipertrofia y neoformación musculares. • El volumen del útero al final del embarazo ha sufrido un aumento de 519 veces si se compara con el de la mujer no gestante. • Al terminar la gestación el peso uterino puede ser de 1 kg a 1,200 kg. • Los vasos sufren modificaciones importantes, especialmente en cuanto a su diámetro y trayecto. • El crecimiento uterino sufre cambios producidos por acción de los estrógenos y a esto se le suma un factor mecánico ocasionado por la presión que ejercen el feto, placenta y líquido amniótico. La forma guarda relación con la edad gestacional. <ul style="list-style-type: none"> • En la semana 12 es palpable en la sínfisis púbica. • A la semana 20 el fondo del útero llega al ombligo. • A la semana 36 alcanza la apófisis xifoidea. • Dos semanas antes del parto el feto se encaja en posición para el parto, el útero cambia de posición y se separa a un ángulo más anterior, disminuyendo la presión sobre el diafragma. • La circulación uterina se modifica sustancialmente para poder facilitar la nutrición del órgano que sufre un aumento notorio. <p>b. Cuello. Sufre cambios de longitud, estructura y maduración, se vuelve cilíndrico y cónico; la maduración y ablandamiento se deben a características bioquímicas y a la acción del estradiol (esta produce una sustancia denominada prostaglandina que ayuda a madurar el cérvix).</p> <p>c. Anexos. Las trompas de Falopio cambian de posición a medida que el embarazo progresa. La mayor modificación guarda relación con la congestión y edema que se produce en el aparato reproductor femenino por la falta de ovulación, la cual no tiene lugar durante el embarazo.</p> <p>d. Glándulas mamarias. Los cambios iniciales son motivos de consulta precoz de las embarazadas. Porque existe una sensación de dolor, peso y congestión provocada por acción de los estrógenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mamas aumentan su tamaño y sufren cambios de hipertrofia e hiperplasia. • Es frecuente encontrar nódulos al realizar la palpación. • Los pezones se tornan gruesos e hipertróficos, las areolas toman un color más intenso. • La vascularización aumenta y es frecuente observar una circulación muy pronunciada. • Durante los últimos meses del embarazo se puede comenzar a observar la salida de calostro. <p>e. Vagina y genitales externos. La vascularización aumentada le da a la vagina un aspecto violáceo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es frecuente y se considera normal el aumento de la secreción vaginal, generalmente tiene un color blanquecino y un aspecto grumoso, la cual no produce molestias.
---	---

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



<p>SISTEMA RESPIRATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none">• El cambio más importante desde el punto de vista respiratorio es la disminución de la capacidad pulmonar por la elevación del diafragma a medida que progresa el embarazo. Se ha comprobado que hay un ascenso de 4 cm.• Existe un ensanchamiento del tórax porque las costillas pueden sobresalir y modificar la configuración de la caja torácica.• Cuando entra más sangre al sistema aparece la congestión nasofaríngea y la mujer se siente como si estuviera resfriada.• Aumentan las secreciones y a veces causan molestias debido al edema y fragilidad tisular. Este cambio volverá a la normalidad con el nacimiento.• Recomendaciones: a. valorar las características de la respiración; b. aconsejar cambios posturales que faciliten la respiración y disminuyan la disnea; y c. enseñar a humidificar la mucosa nasofaríngea si aparecen molestias.
--	---



<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p>	<p>El sistema cardiovascular también ve alterado su función ya que aumenta la frecuencia y el gasto cardíacos y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Luego se normaliza en el tercer trimestre. Se describen a continuación los cambios aceptados:</p> <p>a. Volumen sanguíneo</p> <ul style="list-style-type: none">• El VST (volumen sanguíneo total) se encuentra aumentado un 35%, aproximadamente. Sin embargo, existen factores que pueden afectar dicha cifra como, posición, estado emocional, temperatura y la alimentación de la gestante.• El volumen plasmático aumenta un 50% encima del promedio encontrado en la mujer no embarazada, cuando termina el puerperio regresa a los valores normales.• Se desconocen los mecanismos de estos cambios, probablemente se deba a los cambios hormonales. <p>b. Corazón</p> <ul style="list-style-type: none">• Existe un aumento en el volumen cardíaco debido a una hipertrofia y dilatación, especialmente en las cavidades izquierdas causado por el gran aumento de tamaño del útero que desplaza el diafragma hacia arriba, el corazón ocupa la posición más izquierda y anterior.• Uno de los cambios más importantes es el aumento de la capacidad contráctil del corazón para expulsar la sangre que recibe. El aumento oscila entre 15-20 latidos más por minuto.• El gasto cardíaco se ve aumentado en el embarazo, principalmente en el tercer trimestre. Éste puede ser aumentado aún más con la posición, por lo que se recomienda a la gestante colocarse en decúbito lateral izquierdo con el objeto de disminuir la precarga y que exista un mayor riego sanguíneo materno fetal.• En las primeras 24 semanas la tensión arterial sistólica disminuye entre 5 y 10 mmhg, y la diastólica entre 10 y 15 mmhg, también aumenta la presión del pulso.• Recomendaciones: a. valorar los cambios de la función circulatoria; b. controlar el pulso y la tensión arterial; c. detectar signos y síntomas de hipertensión arterial inducida por el embarazo; d. explicar a la gestante signos y síntomas de alarma; e. aconsejar el decúbito lateral izquierdo. <p>c. Sangre</p> <ul style="list-style-type: none">• El aumento del volumen sanguíneo se presenta principalmente al final del segundo trimestre cuando el incremento puede llegar al 50% y se sostiene durante el tercero.• Existe una inversión de los valores en esta etapa de la gestación y el hematocrito disminuye hasta en un 7%. Ésta es la razón para considerar que existe una anemia fisiológica gestacional y es importante que las reservas de hierro sean normales para que aquel no descienda mucho. La cantidad de hierro que requiere el feto lo adquiere a través de la madre, razón para mantener unos depósitos de hierro materno superior a dos gramos. El 75% del hierro en los humanos se encuentra en la hemoglobina. Cuando el embarazo avanza los requerimientos de hierro deben aumentar para compensar las necesidades de la unidad feto placentaria.
--	--

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

<p>SISTEMA GASTROINTESTINAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El feto en crecimiento comprime los órganos vecinos y la acción de la progesterona se manifiesta sobre la musculatura lisa del estómago, en la cual se produce una disminución del tono contráctil y, como consecuencia, una distensión gástrica con vaciamiento disminuido. • Son frecuentes el reflujo gastroesofágico y esofagitis, así como también, la constipación por disminución de motilidad y aumento de la absorción de agua. • Los cambios del pH en la saliva debido a las modificaciones en su constitución, pueden favorecer el desarrollo de caries y gingivitis durante la gestación. Finalmente, el centro nervioso del apetito se puede estimular y esto explicaría la polifagia que ocurre en las gestantes. • Recomendaciones: a. realizar la valoración de las náuseas y los vómitos y su frecuencia; b. enseñar a identificar y a controlar los posibles factores ambientales y personales que pueden producir náuseas y vómitos; c. promover el cuidado e higiene bucal; d. recomendar medidas para prevenir la constipación y la aparición de hemorroides.
<p>SISTEMA URINARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la gestación normal se produce un aumento del volumen y dilatación de las estructuras renales. Se indica que se produce como consecuencia de la hormona (progesterona), y que también puede ocurrir a causa de los factores mecánico-compresivos que sufren los uréteres, especialmente al final del embarazo. Cabe destacar que la embarazada tiene predisposición a la infección del árbol urinario por la estasis que ocurre en este sistema. • Recomendaciones: a. valorar los cambios en la función renal y la eliminación urinaria; b. explicar la polaquiuria (signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones) y leve incontinencia.
<p>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El estado emocional de la embarazada se encuentra alterado, especialmente durante el tercer trimestre, se queja de depresión, fatiga y ansiedad, la cual desencadena un aumento del apetito. • Una queja muy frecuente al comienzo del embarazo es el sueño, su causa aún no se conoce. • En algunas gestantes se puede apreciar un leve desequilibrio mental, que es la base para una psicosis gestacional o posparto. De manera afortunada estos cambios no son constantes y juega un papel muy importante la personalidad previa. • Recomendaciones: a. explicar los posibles cambios emocionales que pueden aparecer durante la gestación.
<p>OTROS CAMBIOS</p>	

<p>CAMBIOS MÚSCULO -ESQUELÉTICOS</p>	<p>El esqueleto sufre cambios para adaptarse al útero creciente y prepararse para el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para mantener el centro de gravedad sobre las piernas de la mujer la columna vertebral desarrolla una lordosis. • La curvatura anormal origina dolor. El dolor dorsal se debe al peso del útero sobre los débiles músculos abdominales y dorso lumbares. • Los calambres se presentan al final del embarazo y a menudo de noche. La causa puede estar relacionada con un cambio en los niveles de electrolitos, calcio y fósforo. • Recomendaciones: a. explicar los cambios posturales y ejercicio que favorezcan los músculos dorsos lumbares; b. aconsejar el uso de zapatos cómodos, tacos bajos y posturas que alivien el dolor
<p>CAMBIOS TEGUMENTARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el embarazo aparecen angiomas y estrías gravídicas rosadas o purpuras al principio, las que con el tiempo se tornan pardas o plateadas. • La eliminación y excreción de sebo aumenta, por lo que es necesario realizar lavados más frecuentes, sobre todo si hay antecedentes de piel grasa y acné. • El crecimiento del pelo se acelera y los folículos se activan. • Las hormonas inducen el aumento de la pigmentación en los pezones; las areolas se oscurecen y se hacen más prominentes. • A partir de la semana 14 comienza a producirse calostro. • Recomendaciones: a. Valorar los cambios de la piel y de los tegumentos.
<p>GANANCIA DE PESO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo, puesto que durante la gestación es normal que engorde de 9 a 12 kg: 1,5 a 1,8 kg durante el primer trimestre; unos 3,5 kg suplementarios en el segundo y el resto en el tercero (0,4 kg/semana). • Ese incremento de peso se debe a: crecimiento del feto (3-3,5 kg), placenta (0,7 kg), líquido amniótico (0,9 kg), aumento del útero (0,9 kg), aumento de las mamas (0,7 kg), aumento del volumen de sangre (1,8 kg), tejido adiposo o grasa materna (3,5 kg), aproximadamente. • En las primeras semanas, a veces, incluso se adelgaza un poco (1 a 2 kilos) como consecuencia de los problemas digestivos, náuseas y vómitos que se presentan. No debe ser motivo de preocupación ya que esa pérdida se recupera en las siguientes semanas. • Es más difícil controlar el aumento de peso en fases más avanzadas del embarazo, por lo que es imprescindible no concentrar el incremento del peso total durante los primeros meses. • En ocasiones, la simple retención de líquidos provoca un aumento de peso, que se perderá a la semana siguiente al parto. • Los pesos máximos aceptables y compatibles con embarazos y partos normales son muy variables, por tanto, la embarazada debe dejarse guiar por las orientaciones de los profesionales sanitarios que atienden la evolución del embarazo para evitar complicaciones en el parto. • De manera general se acepta como ganancia ideal entre 10-15 kg. • Recomendaciones: a. valorar el estado nutricional de la gestante en todas las consultas.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



CAMBIOS PSICOSOCIALES	<p>Existen una variedad de cambios enmarcados dentro de lo psicosocial. A manera de síntesis se puede indicar que:</p> <p>La embarazada sola o con su pareja pueden sentirse inseguros acerca de los cambios de roles que se aproximan.</p> <p>Se pueden presentar sentimientos de ambivalencia acerca de las nuevas funciones y preocupación acerca de la capacidad de ejercer como madre o padre, así como los cambios en las relaciones y funcionamiento familiar.</p> <p>La sexualidad puede verse alterada en su funcionamiento por los cambios psicofísicos, el esquema corporal y los miedos.</p> <p>Recomendaciones: a. enseñar conductas que necesite la pareja en su rol de padres y la preparación para el parto, cuidado del recién nacido, ambiente e integridad familiar; b. promover la capacitación de familiares en apoyo a los cuidados prenatales; c. informar los cambios en la imagen corporal de acuerdo con las etapas del embarazo; d. asesorar acerca de los cambios en la sexualidad y formas alternativas de expresión sexual.</p>
------------------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

2.5. Aspectos biofísicos y psicológicos en el embarazo

En este aparte, de manera sintética o resumida y repasando aspectos detallados en el punto anterior se aborda aquellos temas más importantes tanto físicos como psicológicos en el embarazo.

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

El blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 al 16, tras la fecundación.

El embarazo en la especie humana tiene una duración de 38 semanas (266 días) posfecundación o de 40 semanas (280 días o 10 meses lunares) tras la fecha de la última regla.

- Se considera embarazo a término entre las 37-42 semanas post última regla.
- Menos de 37 semanas sería el período pretérmino.
- Más de 42 semanas sería el período posttérmino.

En cuadro resumen anexo a continuación, se presentan los aspectos más relevantes biofísicos y psicológicos en el embarazo, siguiendo a Sevilla Miguélez, Lourdes (15):

Cuadro 6. Aspectos más relevantes biofísicos y psicológicos en el embarazo

Aspectos más relevantes biofísicos y psicológicos en el embarazo	
Modificaciones generales	
Peso corporal	Aumento normal de 11 kg (valor promedio) debido a feto, placenta, líquido amniótico, útero y mamas y al aumento del líquido extracelular.
Modificaciones locales genitales y mamarias	
Útero	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tamaño. • Cambio de consistencia. • Cambio de contractibilidad • Cambio de situación y posición. • Formación del tapón mucoso del cuello uterino.
Vagina y vulva	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y reblandecimiento. • Aumento de la longitud. • Edematosa y violácea.
Modificaciones sistémicas	
El sistema cardiovascular	a. Aumenta la frecuencia y el gasto cardiaco y disminuye la tensión arterial especialmente durante los primeros dos trimestres.
	b. Cambios en el corazón <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tamaño del corazón • Cambio en posición del corazón • Alteraciones en el ECG • Soplos cardiacos
	c. Cambios en el metabolismo del calcio, que facilitan la movilización de éste para la formación del esqueleto fetal. Por acción de ciertas hormonas se absorbe más cantidad de calcio en el tracto gastrointestinal y disminuye su eliminación.
	d. Aumenta el volumen de sangre provocando una disminución en las concentraciones de hemoglobina que se traduce en anemia fisiológica de la embarazada.
Ovario	<ul style="list-style-type: none"> • Cese de la ovulación y maduración folicular • Aumento de tamaño • Producción de relaxina

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Trompas	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la gestación experimentan escasa hipertrofia de su musculatura. • El epitelio de la mucosa se aplana comparado al estado no grávido. • En el estroma se pueden observar células deciduales.
Mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tamaño • Aumento de sensibilidad • Aparición de la red venosa de Haller • Pigmentación de los pezones • Aparición de la segunda areola de Dubois • Tubérculos de Montgomery
Modificaciones en el aparato respiratorio	
Aparato respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios anatómicos • Cambios en el flujo aéreo • Hiperventilación • Cambios en la capacidad de difusión del O₂ • Capacidad vital estable • Disminución volumen residual • Aumento de la capacidad inspiratoria • Alcalosis respiratoria
Modificaciones renales y urinarias	
Renales y urinarias	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño del riñón
	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de los uréteres y pelvis renal • Polaquiuria • Dilatación de la uretra • Aumento del flujo renal • Retención de sodio extravascular
Modificación en el aparato digestivo	
Aparato digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Encías hiperémicas • Cardias relajado • Hipotonía e hipomotilidad del estómago e intestino • Vaciamiento más lento de las vías biliares

Modificaciones endocrinas	
Sistema Endocrino	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución secreción FSH y LH • Aumento de prolactina • La TSH desciende en el primer trimestre • Aumento de la glándula de la tiroides • Aumento de peso • Cambios en el metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas • Cambios en el metabolismo mineral.
Modificaciones músculo esqueléticos	
Músculo esqueléticos	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la pelvis y articulaciones pelvianas.
Sistema tegumentario	
Sistema tegumentario	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios pigmentarios • Cambios vasculares • Cambios estructurales • Cambios glandulares • Crecimiento piloso
Cambios en los órganos de los sentidos	
Ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo de ojo normal • La presión intraocular disminuye • Edema de la córnea
Oído	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la agudeza
Gusto	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbaciones caprichosas de la alimentación
Olfato	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad de rechazo a ciertos olores
Tacto	<ul style="list-style-type: none"> • Ligera disminución de la agudeza
Cambios psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional

Nota: Elaboración propia

2.6. Cuidados nutricionales

Durante el periodo de la gestación, nueva etapa de la vida de muchas mujeres, ocurren cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte los cambios en el estado físico y anímico de la futura madre, además se incrementan de manera importante las necesidades nutricionales. El incremento se debe por un lado a:

- a. Las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto;
- b. Para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre); y
- c. Para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



demandas energéticas que van a presentarse en el parto y durante la lactación.

La Organización Mundial de la Salud (16), expresa:

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante éste, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos.

La educación y el asesoramiento sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. Ello también puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como, por ejemplo, suplementos de micronutrientes múltiples que contengan hierro y ácido fólico.

Igualmente, indica que la educación y el asesoramiento sobre nutrición pueden ser proporcionadas como parte de un programa integral de educación sanitaria que puede ser impartido por medio de diversos canales como, por ejemplo: visitas domiciliarias, sesiones organizadas en dispensarios o establecimientos de salud. Los programas deben

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



deben recibir 1.000 miligramos de calcio al día

- d. La vitamina D** ayuda al calcio a formar los huesos y dientes del bebé. Las mujeres embarazadas o no, deben recibir 600 unidades internacionales de vitamina D al día.

Es importante señalar que solo debe tomarse las vitaminas y suplementos minerales indicados por el profesional de la salud, ya que el consumir cantidades grandes de un suplemento puede ser perjudicial, por ejemplo: niveles muy altos de vitamina A pueden causar defectos congénitos.

Asimismo, las mujeres embarazadas necesitan más proteínas que cuando no están en ese estado. Las fuentes saludables de proteínas incluyen: carnes magras, huevos, frijoles, guisantes, mariscos, nueces y semillas sin sal.

La hidratación es otra necesidad nutricional especial durante el embarazo. La embarazada, necesita más agua para mantenerse ella y su bebé hidratados. Es importante tomar suficientes líquidos todos los días.

Existen una serie de alimentos o productos que deben ser evitados consumir durante el embarazo, entre ellos:

- Alcohol: no hay una cantidad conocida de alcohol que sea seguro para una mujer durante el embarazo.
- Pescado que pueda tener altos niveles de mercurio: limite el atún blanco (albacora) a 6 onzas por semana. No coma, por ejemplo: tiburón, pez espada o macarela rey (caballa).
- Productos que pueden tener gérmenes que causen enfermedades transmitidas por alimentos, incluyendo:
- Productos del mar ahumados refrigerados como pescado blanco, salmón y caballa.
- Perro caliente o hot dogs y fiambres a menos que se sirvan calientes.

- Productos untables de carne refrigerada.
- Leche o zumos sin pasteurizar.
- Ensaladas preparadas en la tienda, como de pollo, huevo o de atún
- Quesos blandos sin pasteurizar, como el queso feta sin pasteurizar, queso Brie, queso blanco, queso fresco y quesos azules.
- Brotes crudos de cualquier tipo (alfalfa, trébol, rábano y frijol mungo).
- Demasiada cafeína: beber grandes cantidades de cafeína puede ser perjudicial para su bebé. Las cantidades pequeñas o moderadas de cafeína (menos de 200 miligramos por día) parecen ser seguras durante el embarazo. Esta es la cantidad en unas 12 onzas de café. Se debe consultar al profesional de la salud si está bien consumir una cantidad limitada de cafeína

En conclusión, es necesario que la madre siga una alimentación correcta, llevando una dieta equilibrada y rica en nutrientes (ej. dieta mediterránea) para prevenir carencias que la puedan conducir a un estado de agotamiento, que a su vez pueda favorecer la aparición de sintomatología psicoemocional. A su vez, es importante fomentar una adecuada ingesta de líquidos para el mantenimiento de la salud y de la lactancia, evitando de esta manera la aparición de preocupaciones al respecto. Por último, se debe insistir en la conveniencia de suprimir el consumo de bebidas alcohólicas, ya que, además de estar contraindicado en el embarazo y en la lactancia, puede agravar la sintomatología depresiva.

2.7. Control prenatal. Enfoque de riesgo perinatal

Control prenatal. Definición

El control prenatal es definido como el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido o recién nacida.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Es decir, que el control prenatal se entiende a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Objetivos

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.
- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.

Componentes que abarca el control prenatal

Los componentes que abarca el control prenatal están: a. la promoción; b. prevención; c. recuperación; y d. rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

Características fundamentales del control prenatal

- Para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado.
- Se requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.
- Un control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado, acorde al riesgo, contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.
- Un control prenatal eficaz y eficiente debe cumplir con cuatro (4) requisitos básicos:

1. Precoz

La primera visita se debe efectuar de manera temprana, si es posible, durante el primer trimestre de la gestación lo cual permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Por otro lado, vuelve factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

2. Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. De manera general se sugiere que para la población de bajo riesgo se requieren cinco (5) controles. Sin embargo, como ya se indicará más adelante la OMS (17) recomienda un mínimo de ocho (8) controles prenatales o visitas.

3. Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

4. Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal.

Objetivos específicos del control prenatal

Entre ellos:

- Confirmar el embarazo
- Confirmar la existencia de vida fetal
- Mejorar la calidad del control prenatal
- Obtener datos para planificar el control prenatal, la atención del parto, el puerperio

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador
- Detectar riesgo en la población gestante
- Conocer información relevante del embarazo
- Prevenir el tétanos neonatal y puerperal
- Detectar posibles procesos sépticos bucodentales
- Detectar posibles alteraciones del pezón
- Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras
- Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea
- Prevenir, detectar y tratar la anemia materna
- Brindar contenidos educativo-informativos para la preparación del parto, el parto y la crianza, así como asesoramiento en lactancia materna

Número de controles o visitas durante el embarazo

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (17) presenta las “Recomendaciones generales de sobre atención prenatal sistemática”, cuyo objetivo es mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal sistemática en el contexto de la salud y el bienestar centrados en la persona como parte de un enfoque más amplio y basado en los derechos. En materia de número mínimo de controles durante el embarazo la recomendación del organismo es que haya un mínimo de ocho controles durante el embarazo: el primero antes de la semana 12 y, luego, en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40.

Recomendaciones generales de control prenatal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (17), recomienda en materia de atención prenatal:

- Que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por profesionales capacitados, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista gineco-obstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse
- La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación con su



entorno comunitario.

- En la atención prenatal debe haber continuidad y debe ser realizada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta comfortable.
- El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc.
- La embarazada debe tener su propio carné prenatal. Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la embarazada y el personal de salud involucrado en su atención.
- Entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: ¿en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto?
- La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.
- A la embarazada se le debe informar oportunamente sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, y otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar.
- La comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo con sus necesidades, tomando en cuenta las discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje. La información también puede explicarse con material educativo y debe ser apoyada con información escrita.
- Se debe dar toda la oportunidad a la embarazada para discutir sus problemas y resolver dudas.
- Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones sobre el estilo de vida, incluyendo

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- información sobre la dieta y pruebas de laboratorio
- La embarazada debe ser informada sobre la finalidad de las pruebas de laboratorio, antes de que éstas se realicen, teniendo como derecho la aceptación o rechazo de las mismas.
 - Las intervenciones que se realicen en el periodo prenatal deben ser efectivas y probadas, adicionalmente tienen que ser aceptadas por la paciente.

Enfoque de riesgo prenatal

La evaluación del riesgo constituye la base del cuidado prenatal. Por tanto, su propósito es detectar trastornos o desórdenes que envuelvan riesgo para la madre o el feto, es decir, identificar factores ambientales, sociales o biológicos casuales o permanentes que aumenten la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Con la identificación de aquellos embarazos en riesgo se pretende dar una mejor atención a quien más lo necesite y puede permitir la intervención a tiempo con prevención de la morbimortalidad, la cual depende directamente de las variaciones en la calidad y disponibilidad de dicha evaluación materno-fetal, inclusive cuando se comparan grupos con nivel similar de desarrollo socioeconómico.

Al embarazo de alto riesgo obstétrico se le define como aquella gestante que presenta afecciones o circunstancias (factores) observadas tanto en forma preconcepcional, prenatal, intraparto o puerperal, que conllevan a un peligro (riesgo) para su salud, la del feto, o la de ambos.

En este contexto, el enfoque de la medicina actual, incluyendo la obstetricia y la perinatología, tiene como primer objetivo la base en el criterio preventivo y el diagnóstico precoz a fin de identificar al paciente más susceptible de daño, pues se hace necesario orientar los recursos humanos, técnicos, financieros a los de mayor riesgo, es decir, que el primer eslabón en la asistencia perinatal es identificar el embarazo de alto riesgo.

El término “riesgo” involucra la presencia de una característica o factor (o varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias desfavorables o adversas. El concepto de gestación o de parto de riesgo, pretende indicar que en presencia de determinados factores las posibilidades de morbilidad materno-fetal se encuentren elevadas.

Por tanto, un factor de riesgo obstétrico es aquel cuyas características o circunstancias son identificables en una o más gestaciones, asociándose con un riesgo anormal de desarrollar o de ser especialmente afectadas de forma desfavorable por una enfermedad. En vista de esto se hace necesario la existencia de Scores que permitan su identificación, estudio y comportamiento en el tiempo.

Enfoque de riesgo: es identificar el conjunto de factores que, de estar presentes en el individuo, aumenta la probabilidad que se experimente un daño. Los factores de riesgo pueden ser un atributo biológico, ambiental o social, variados (únicos o múltiple) y que debe ser objeto de valoración en un proceso dinámico.

El Ministerio de Salud de Argentina (18) indica en referencia a la constatación de la presencia o ausencia de factores de riesgo:

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados sobre la base de la observación y la experiencia de sus autores, y solo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador de éste. Los sistemas basados en puntajes adolecen todavía de exactitud respecto del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos, y hay grandes variaciones de acuerdo con su aplicación a individuos o poblaciones. Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores. El uso simple de listados permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

prenatal de bajo riesgo. Esto es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, la frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente. Debemos asegurar que todas las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden ocurrir.

Valoración del riesgo gestacional

En la valoración del riesgo gestacional están implicados 2 niveles de actuación:

1. En el primer nivel se detectan aquellas gestaciones que tienen mayor probabilidad de un resultado perinatal adverso por asociarse a uno o más factores de riesgo, lo que en la actualidad se realiza aplicando un test de riesgo gestacional cualitativo, mediante el cual la gestante es asignada a un grupo de gestantes de alto riesgo obstétrico, si presentan uno más de los factores considerados en el test de riesgo.
2. En un segundo nivel de detección se determina cuáles pacientes dentro de la población en riesgo, identificada inicialmente, presenta un medio adverso para el feto, este segundo nivel significa el uso de un arsenal de recursos tecnológicos y terapéuticos, en materiales y en personal que son finitos, por tanto, su uso debe ser racional.

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo, se indican los siguientes:

Factores de riesgo socio demográficos. Entre estos se encuentran la edad, el estado nutricional, el hábito al tabaco, bebidas alcohólicas y drogas, etc. Se identifica en la primera consulta prenatal.

- Las gestantes precoces, se indica de manera general que estas gestantes presentan una mayor frecuencia de trabajo de parto pretérmino (10%) de neonatos con bajo peso al nacer (12%), de anemia ferropénica (25%).

- El inicio de un control, prenatal tardío el cual es un factor muy importante y que condiciona a un menor número de controles posteriores.
- Edad avanzada de las gestantes, factor que condiciona un peor resultado perinatal, motivado a la mayor frecuencia de problemas médicos concomitantes con el embarazo, siendo en este grupo de edad las patologías más frecuentes: diabetes, hipertensión arterial, trabajo de parto pretérmino y alteraciones placentarias, en las pacientes con edades superiores a los 40 años presentan mayores índices de cesárea por fallas de inducción y por intolerancia fetal al trabajo de parto.
- Las pacientes con hábitos tóxicos tienen una mayor incidencia de neonatos con bajo peso al nacer. Así, los neonatos de madres fumadoras tienen puntuaciones de la prueba de Apgar a los 5 minutos de vida menores a los hijos de madres no fumadoras, estando éste relacionado con una mayor morbilidad neurológica a largo plazo. Las gestantes con hábito alcohólico crónico, tienen un riesgo incrementado de abortos espontáneos, complicaciones perinatales y mortalidad fetal, por ejemplo: anomalías congénitas, partos pretérmino, bajo peso al nacer y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Factores de riesgo antecedentes médicos. Las enfermedades médicas que están presentes antes del embarazo o que se presentan de manera concomitante con éste, incrementan la morbimortalidad materna y fetal, así las complicaciones médicas que afectan o son afectadas por la gestación, deben ser tratadas de forma oportuna, con el fin de obtener el mejor resultado perinatal y evitar el deterioro posterior de la salud de la gestante. También tiene vital importancia identificar las gestantes predispuestas o con enfermedad latente, ya que con frecuencia éstas no son valoradas de forma adecuada en su nivel de riesgo.

Factores de riesgo antecedentes reproductivos. La existencia de antecedentes reproductivos adversos condiciona un mayor riesgo obsté-

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

trico, dada la posibilidad de su recurrencia, más aún cuando la causa es desconocida, esto obliga a la búsqueda exhaustiva de las posibles causas.

- Los embarazos obtenidos por técnicas de fertilización asistida pueden presentar una mayor frecuencia de abortos, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino, más cuando el resultado de ésta es un embarazo múltiple.
- El bajo peso al nacer, el trabajo de parto pretérmino o restricción del crecimiento intrauterino tienen la tendencia a repetir.
- Se ha observado que las gestantes con antecedentes de muerte perinatal previa muestran en el embarazo actual una mayor tendencia al parto inmaduro y el nacimiento tiene un riesgo de muerte 2 veces más alto. La identificación de estas pacientes y la utilización de protocolos de vigilancia fetal permite mejorar el pronóstico. Igualmente, tienen una mayor frecuencia de partos instrumentales y de cesáreas.

Factores de riesgo: embarazo actual. La gestación, al ser un proceso dinámico, obliga a la evaluación continua del nivel de riesgo. Un control adecuado permite detectar en sus inicios la presencia de factores de riesgo, lo cual posibilita la actuación adecuada que, si bien en ocasiones no será capaz de desaparecer la patología observada, sí logrará, con frecuencia, detener o disminuir la velocidad de progresión, con lo que se puede mejorar los resultados reproductivos.

Identificación de factores de riesgo

Los factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas, se han sintetizado en el siguiente listado:

a. Condiciones sociodemográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años
- Desocupación personal y/o familiar
- Analfabetismo
- Desnutrición

- Obesidad
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general
- Tabaquismo
- Violencia doméstica

b. Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores
- Recién nacido con peso al nacer < de 2.500 g, igual > a 4.000 g
- Aborto habitual o provocado
- Cirugía uterina anterior
- Hipertensión
- DBT gestacional en embarazos anteriores
- Nuliparidad o multiparidad
- Intervalo intergenésico < de 2 años

c. Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal
- Embarazo múltiple
- Oligoamnios/ polihidramnios
- Ganancia de peso inadecuada
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada
- Preeclampsia
- Hemorragias durante la gestación
- Ruptura prematura de membranas ovulares
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización
- Óbito fetal

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Enfermedades infecciosas: TBC, sífilis, HIV; Rubéola; citomegalovirus, parvovirus B19; varicela, herpes genital, HPV, hepatitis A, B y C, chagas, toxoplasmosis aguda

d. Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías
- Neuropatías
- Endocrinopatías
- Hemopatías
- Hipertensión arterial
- Epilepsia
- Enfermedades infecciosas

Niveles de riesgo

Cada nivel de riesgo consta de una serie de factores individuales, que le son asignados al correspondiente nivel en función de su frecuencia, especificidad y sensibilidad:

RIESGO 0: Cuando no se ha identificado ningún factor de riesgo.

RIESGO 1: Cuando la gestante es portadora de factores de riesgo muy frecuentes, pero con baja sensibilidad y/o especificidad.

RIESGO 2: Cuando la gestante es portadora de factores de riesgo relativamente frecuentes, y con sensibilidad y/o especificidad relativamente elevadas.

RIESGO 3: Cuando la gestante es portadora de factores de riesgo poco frecuentes, pero con una alta sensibilidad y/o especificidad.

2.8. Esquema de vacunación. Formularios y carné

Esquema de vacunación

Se entiende de manera general por vacuna, la suspensión de microorganismos vivos, inactivados o muertos, fracciones de éstos o partícu-

las proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmune que previene la enfermedad contra la que está dirigida.

Las vacunaciones durante la gestación es un tema aún controvertido en cuanto al establecimiento de aquéllas que deben ser aplicadas en ese periodo, además, es fuente de dudas y preocupación entre el profesional sanitario, las mujeres embarazadas y sus familias. Se han emanado opiniones diversas llegando a afirmarse que la no aplicación de algunas vacunas trae consigo el desaprovechamiento de oportunidades para mejorar la protección de las gestantes y los recién nacidos.

El enfoque del tema debe contemplar a la vez distintas perspectivas:

- La seguridad de las vacunaciones en la gestación, para la propia gestante y para el resultado de ésta: el feto en desarrollo, elemento clave de cualquier intervención en este periodo de tiempo.
- La propia gestación conlleva una mayor vulnerabilidad de la mujer ante ciertas infecciones, como es el caso de la gripe.
- La vacunación de la gestante tiene la capacidad de proteger también al recién nacido en sus primeros meses de vida.

Según algunos autores, deben ser aplicadas a las gestantes la vacuna Tdap (tétanos - difteria - tos ferina acelular) en la población residente en el área urbana, a partir de la semana 26 de gestación y en la población rural dispersa, a partir de la semana 20 de gestación y la vacuna influenza estacional a partir de la semana 14 de gestación.

Por otro lado, varios autores señalan que las vacunas especialmente recomendadas en todos los embarazos de cada mujer son la de la gripe, con vacuna inactivada, en temporada gripal y en cualquier momento del embarazo y la tos ferina, con vacuna Tdpa, entre las semanas 27 y 36 y preferiblemente en las semanas 28-32, con ello se indica que no existe un criterio único en cuanto al periodo de aplicación de las vacunas señaladas.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Las vacunas no recomendadas rutinariamente, pero que pueden administrarse si están indicadas por un riesgo de exposición elevado y susceptibilidad materna:

- Solo vacunas inactivadas. Se cuenta con escasos estudios de seguridad, evaluar riesgo/beneficio.
- Vacunaciones de calendario: hepatitis B, meningococos, neumococo, poliomielitis, tétanos y difteria.
- Vacunas para viajeros y situaciones especiales: cólera, encefalitis centroeuropea y japonesa, fiebre tifoidea parenteral, hepatitis A y rabia.

Y las vacunas no recomendadas o contraindicadas:

- No recomendada la vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).
- Las contraindicadas son todas las vacunas vivas atenuadas, como fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral, gripe intranasal, triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) y varicela-zóster.

Observaciones:

- Fiebre amarilla: evaluar riesgo/beneficio en caso de elevado riesgo de exposición de mujer susceptible que no puede evitar el viaje a zona endémica.
- Rubeola: no es necesario el cribado serológico si hay constancia de un cribado positivo previo o vacunación con, al menos, una dosis, después de cumplir los 12 meses de edad.

En cuanto a este tema o esquema de vacunación la Guía de Práctica Clínica (GPC) (19) referida al control prenatal emanada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Dirección Nacional de Normatización-MSP) realizó una serie de recomendaciones acerca de las vacunas durante el embarazo, entre las que se indican:

Las vacunas con virus vivos atenuados afectan al feto

El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) y un panel de expertos clínicos y de salud pública, se reunieron para definir los grupos de la población que deberían recibir la vacuna contra influenza H1N1 2009, incluyen: embarazadas.

La única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo es la del tétanos (antitoxina tetánica) aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29.

Se recomienda realizar tamizaje de anticuerpos anti-rubéola en embarazadas, y en caso de que sean seronegativas, se recomienda vacunarlas posparto.

Indicar a la paciente que acuda a recibir la vacuna de rubéola al terminar su embarazo.

Identificar grupo sanguíneo y factor Rh negativo, así como realizar Coombs indirecto en la mujer embarazada permite prevenir la enfermedad hemolítico urémico del recién nacido.

Se recomienda la profilaxis anti-D en dosis única entre las 28 y 30 semanas a las embarazadas con factor Rh negativo, que no estén sensibilizadas.

En las embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la varicela se recomienda administrar la primera dosis de la vacuna tan pronto termine el embarazo y, siempre que sea posible, antes de ser dada de alta del hospital.

La segunda dosis de la vacuna debe administrarse entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Se recomienda la vacuna de la influenza inactivada a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

El carné

El carné de manera general es un documento importante en el que se van registrando todas las vacunas que recibe una persona. Cada nueva aplicación debe ser registrada en el mismo por parte del personal de salud interviniente en el acto de vacunación, en función de: dejar constancia escrita de la vacuna aplicada, generar el historial de vacunación del individuo y facilitar la identificación de los esquemas incompletos.

- Guárdalo en un lugar seguro.
- Guarda una fotocopia o foto de la última versión, por si se extra-
vía
- Verifica que el profesional de la salud registre cada vacuna re-
cibida.

Figura 8. Carné de vacunación

CARNÉ DE VACUNACIÓN DE INFLUENZA

Biológico	Nro. dosis	Fecha	Lote	Responsable
dT	1er Contacto			
	Al mes de la primera dosis			
	A los 6 meses de la segunda dosis			
	Al año de la tercera dosis			
Influenza	Una dosis cada año	Año 2012		
		Año 2013		
		Año 2014		
		Año 2015		
		Año 2016		
		Año 2017		
Neumococo 23	Una dosis 1er Contacto			
	Refuerzo Cada 5 Años			
Otros				

OBSERVACIONES:

No olvide, la vacuna es gratuita

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
Programa Ampliado de Inmunizaciones

CARNÉ DE VACUNACIÓN DE INFLUENZA

PROVINCIA:

CANTÓN:

ÁREA:

UNIDAD OPERATIVA:

EDAD: C.I.

DIRECCIÓN:

NOMBRES:

APELLIDOS:

LA EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública. Carné de vacunación [Internet]. 2012 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LINEAMIENTOS%20CAMPAÑA%20DE%20VACUNACIÓN%20CONTRA%20INFLUENZA%20ESTACIONAL.pdf>

Formulario

Un formulario sirve para recoger ciertos datos de un individuo, tales como el nombre completo, la edad, la dirección, el grado de instrucción, entre otros. La intención es registrar información específica de una persona. Los formularios pueden ser tanto físicos como digitales.

Todo aquello que involucra en el periodo de gestación al bebé y a la madre se debe reportar; es decir, cualquier enfermedad que presente

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

el recién nacido o infante durante el proceso de su formación, así los médicos tratantes del caso tendrán una noción de lo que pueda padecer él bebe.

El Ecuador cuenta en este sentido con el denominado **formulario 051**, que constituye un reporte de toda la historia clínica de una mujer embarazada y de las condiciones en que se formó y nació él bebé. Este formulario 051 es emitido por el Ministerio de Salud Pública, así los centros de salud tienen un registro de los nacimientos que se realizan en el mismo. El cual se puede llenar de una manera fácil y rápida, ya que la situación lo amerita.

Figura 9. Formulario 051 de Ecuador

El formulario 051 de Ecuador, titulado "CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPCIONS", es un documento detallado que recopila información médica y personal de una mujer embarazada y su bebé. Se divide en varias secciones:

- Datos personales:** Incluye nombre, apellido, domicilio, teléfono, fecha de nacimiento, etnia, estudios y nivel de escolaridad.
- Antecedentes:** Sección amplia que cubre antecedentes familiares (TBC, diabetes, hipertensión, etc.), personales (enfermedades, cirugías, VIH) y obstétricos (gestos previos, abortos, vágnales, nacidos vivos, etc.).
- Gestación actual:** Contiene datos de peso anterior, talla, EG confiable, uso de fármacos, drogas, alcohol, vólcica, antiruseola, antitetánica y ex normal.
- Exámenes y Diagnóstico:** Incluye secciones para Cervix, Grupo Rh, Toxoplasmosis, Folicatos, VIH, Sífilis, Diagnóstico y tratamiento, Bacteriuria, Glucemia en ayunas, Streptococo B, Preparación para el parto, Consejería lactancia materna, etc.
- Seguimiento:** Una tabla al final del formulario para registrar "signos de alarma, exámenes, tratamientos" día a día.

Ministerio de Salud Pública. Formulario 051 de Ecuador [Internet]. 2012 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LINEAMIENTOS%20CAMPANA%20DE%20VACUNACION%20CONTRA%20INFLUENZA%20ESTACIONAL.pdf>

2.9. Anamnesis, examen físico, examen obstétrico, maniobras de Leopold

En este punto se exponen los controles tomando en cuenta dos tiempos, el primero durante el primer control prenatal y en los subsiguientes controles prenatales.

A. Primer control prenatal

Anamnesis

Para Carvajal, Jorge A. y Ralph T. Constanza (13), la anamnesis incluye: anamnesis general, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e historia del embarazo actual. La cual exponen y comprende:

a. Anamnesis en el primer control prenatal

El objetivo de la anamnesis es recabar información remota y próxima, de elementos normales y mórbidos, personales y familiares. Además, permite conocer el motivo de consulta y la aparición de síntomas, normales y patológicos.

Anamnesis general:

- Identificación de la mujer y su pareja
- Antecedentes personales: nombre, edad, domicilio, trabajo, nivel educacional, etnia de pertenencia, estado civil, previsión, etc.
- Anamnesis remota personal
- Antecedentes mórbidos, antecedentes quirúrgicos, hábitos, alergias.
- Anamnesis remota familiar
- Antecedentes mórbidos de carácter hereditario: cáncer de mama, ovario, colon, etc.

Antecedentes ginecológicos:

- Menarquia
- Ciclos menstruales: características (periodicidad, cantidad, dismenorrea)

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Fórmula obstétrica (FO)
- Método anticonceptivo (MAC)
- Actividad sexual (AS)
- Antecedente de infecciones del aparato genital
- Antecedentes obstétricos (permite identificar factores de riesgo)

1. Historia detallada de partos previos

- Número de embarazos
- Año y lugar del parto
- Complicaciones del embarazo
- Edad gestacional al parto
- Vía de parto: vaginal, cesárea o fórceps
- Patología del puerperio
- Datos del RN: peso, talla, sexo, APGAR y salud actual

2. Historia detallada de abortos previos

- Año y lugar en que ocurrió
- Indagar si el aborto fue espontáneo o provocado
- Necesidad de legrado uterino
- Complicaciones posteriores al aborto

Anamnesis respecto del embarazo actual

- Fecha de última menstruación (FUM): primer día de la última menstruación
- Cálculo de edad gestacional (EG)
- Fecha probable de parto (FPP)
- Síntomas gestacionales “normales”: náuseas, vómitos, cansancio, sueño, sensación de mareo, distensión abdominal, dolor pelviano, congestión mamaria, antojos, pirosis.
- Síntomas patológicos: sangrado genital, dolor pelviano intenso, flujo genital que produce mal olor o prurito vaginal.
- Inicio de control y exámenes prenatales: averiguar si ya inició control y si trae exámenes de rutina.
- Evaluación del bienestar fetal: interrogar respecto de la percep-

ción de movimientos fetales. Los movimientos fetales son percibidos por la madre desde las 20 semanas en adelante, y su presencia son un buen signo del bienestar fetal. Esta es una evaluación subjetiva, y así debe quedar registrada en la ficha clínica (ejemplo: buena percepción de movimientos fetales).

Examen físico

El examen físico incluye cuatro (4) tipos de exámenes, según los autores citados:

a. Examen físico general en el primer control prenatal

- Se debe efectuar un examen físico completo.
- Se debe hacer especial énfasis en la toma de presión arterial (PA) y peso.
- En el primer control se mide la estatura de la paciente, lo cual permitirá, junto al peso, estimar su estado nutricional en cada control. Para evaluar el estado nutricional es posible usar índice peso/talla (IPT) o el índice de masa corporal (IMC), los cuales se calculan en cada control prenatal.
- En el carné de control de la embarazada, que se usa frecuentemente en la atención primaria, es posible graficar los cambios en el IPT o IMC a medida que la gestación progresa.
- En las primeras semanas de embarazo se puede observar baja de peso ocasionada generalmente por las náuseas, vómitos e intolerancia digestiva propia del embarazo.

b. Examen físico segmentario

- Cabeza y cuello: observar piel y mucosas, haciendo énfasis en su coloración (rosada, pálida o icterica) y grado de hidratación.
- Examen bucal buscando caries o sangrado de encías.
- En el cuello palpar tiroides y ganglios.
- Tórax: examen pulmonar y cardíaco.
- Abdomen: observación y palpación abdominal. Detectar presencia de cicatrices, estrías y la presencia de línea parda.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Extremidades: forma, simetría, movilidad, presencia de edema.

c. Examen ginecológico

- En el primer control prenatal, se debe efectuar un examen ginecológico completo, incluyendo el examen físico de mamas y los genitales.
- Examen mamario: se efectúa mediante inspección y palpación. Permite determinar las características de las mamas (volumen, consistencia, forma, presencia de nódulos), el pezón y la presencia o ausencia de secreción láctea
- Inspección de genitales externos, para determinar características de genitales externos (presencia de posibles lesiones) y de flujo genital.
- Especuloscopía: se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal, permitiendo la toma del frotis de Papanicolaou (PAP).
- Tacto vaginal: se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal. Permite caracterizar el tamaño uterino (para saber si es acorde con la edad gestacional estimada por FUM) y los anexos.

d. Examen obstétrico abdominal (se expone en el siguiente punto)

Examen obstétrico

- Se efectúa en el primer control prenatal
- Se repite en todos los controles siguientes
- Comprende o incluye:
 - Palpación abdominal
 - Maniobras de Leopold (en embarazos mayores a 28 semanas).
 - Auscultación de latidos cardíacos fetales (en embarazos mayores a 12 semanas).
 - Medición de altura uterina (en embarazos mayores a 20 semanas).
 - Estimación clínica del peso fetal (en embarazos mayores a 28 semanas).
- En algunas ocasiones se requerirá del tacto vaginal obstétrico (se efectúa con la mano más hábil).

B. En los controles prenatales siguientes

Ya en el ingreso a control prenatal se registró la anamnesis y examen físico completo de la mujer embarazada, por tanto, en los restantes controles de rutina se hará una anamnesis más breve y orientada a aspectos concretos del embarazo o de las patologías detectadas. En general, se realizará solo examen obstétrico abdominal y el tacto vaginal obstétrico, en aquellas situaciones que ameriten.

a. Anamnesis en los controles prenatales

Anamnesis respecto del embarazo actual

- Cálculo de edad gestacional (EG)
- Síntomas gestacionales “normales”: náuseas, vómitos, cansancio, sueño, sensación de mareo, distensión abdominal, dolor pelviano, congestión mamaria, antojos, pirosis.
- Síntomas patológicos: sangrado genital, dolor pelviano intenso, flujo genital que produce mal olor o prurito vaginal, contracciones uterinas. Interrogar respecto de la percepción de movimientos fetales.
- Evaluación de la adherencia a las indicaciones (vitaminas, medicamentos, exámenes de laboratorio).

Anamnesis respecto de patologías detectadas:

- De acuerdo con la enfermedad, por ejemplo: HTA, diabetes, etc., se hará una anamnesis dirigida a síntomas propios de esa condición. Evaluar la asistencia de la mujer a los controles médicos con especialistas a los que haya sido derivada.

b. Examen físico en los controles prenatales

- Examen físico general
- Toma de presión arterial (PA) y peso.
- Cálculo del IMC y representación gráfica en el carné de control prenatal o sistema de registro similar.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

c. Examen físico segmentario

- Se hará si la paciente presenta síntomas de alguna condición patológica.

d. Examen ginecológico

- Especuloscopía o tacto vaginal se realizará si la paciente presenta síntomas sugerentes de alguna enfermedad (ejemplo: flujo vaginal, prurito vulvar, sangrado, etc.).

e. Examen obstétrico

- El examen obstétrico abdominal se efectúa en cada control.
- Es importante registrar en la ficha clínica todos los datos.
- Tacto vaginal obstétrico se hará solo cuando sea necesario.
- El examen obstétrico abdominal constituye el examen del abdomen de la mujer embarazada.
- Debe realizarse con la paciente en decúbito dorsal, con los brazos a los lados del cuerpo y con el respaldo de la camilla levemente inclinado.
- Siempre procurar que la paciente haya evacuado la vejiga previamente.
- Antes de las 12 semanas: el útero aún se encuentra dentro de la pelvis, por lo que el examen abdominal en este periodo es similar al de una mujer no embarazada.
- Entre 12-20 semanas: recién a las 12 semanas la parte superior de útero gestante se encuentra al nivel de la sínfisis púbica, siendo posible palparlo en el examen obstétrico abdominal. A esta edad gestacional, el examen obstétrico abdominal consiste en palpación y auscultación de latidos cardíacos fetales

Palpación: en este período es posible palpar el útero, comprimiendo suavemente la pared abdominal, para determinar su tamaño, el que debiera relacionarse con la edad gestacional. Si bien esta evaluación se ve afectada por la contextura de la mujer embarazada, el borde superior del útero debiera palparse considerando los siguientes reparos

anatómicos:

- 12 semanas: suprapúbico.
- 16 semanas: entre pubis y ombligo.
- 20 semanas: umbilical.

Auscultación de latidos cardíacos fetales (LCF): a esta edad gestacional, los LCF se pueden auscultar mediante el doppler obstétrico, pero no con el estetoscopio de Pinard. La región donde los latidos fetales se escuchan más nítidos es en la parte media del tronco fetal. Este foco se ubica a esta edad gestacional, semanas, en la zona subumbilical. En embarazos más avanzados, el foco de auscultación dependerá de la situación, presentación y posición fetal.

Después de las 20 semanas: a esta edad gestacional el útero es fácilmente palpable sobre el ombligo. El examen obstétrico abdominal incluye a esta edad gestacional: palpación abdominal, maniobras de Leopold (en embarazos mayores a 28 semanas), auscultación de latidos cardíacos fetales, medición de altura uterina y estimación clínica del peso fetal (en embarazos mayores a 28 semanas).

Maniobras de Leopold

Las maniobras de Leopold son un conjunto de maniobras o acciones descritas por Christian Leopold y Spodin en 1984, constituyen la realización de palpaciones abdominales, con el objeto de determinar la presentación, situación y posición del feto.

Es decir, que las maniobras de Leopold se realizan sobre el abdomen de las mujeres gestantes y buscan identificar la estática fetal.

Existen cuatro (4) maniobras de Leopold y cada una de éstas busca determinar un componente de la estática fetal (2):

- Las primeras tres (3) maniobras de Leopold se realizan frente a la paciente.
- La última y cuarta maniobra se realiza de espaldas, viendo a los

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

pies de la paciente.

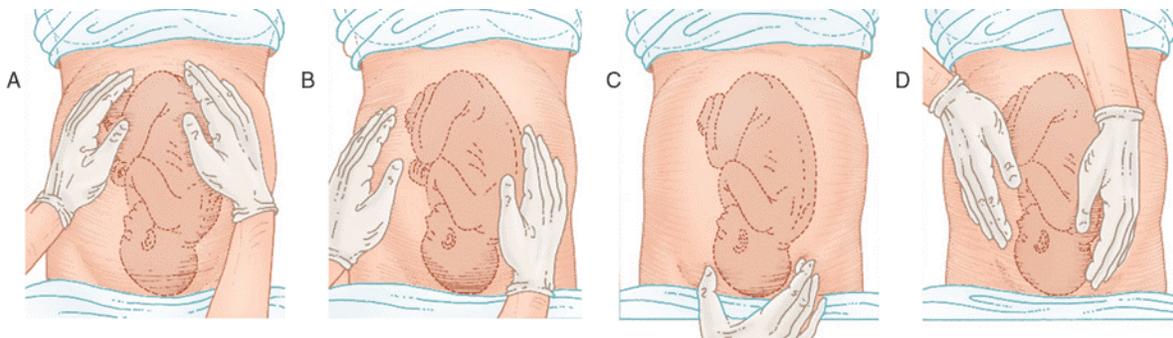
Con las maniobras de Leopold es posible identificar:

- Número de productos o fetos presentes en el embarazo.
- Situación fetal.
- Posición fetal.
- Presentación fetal.
- Muchas veces se pueden identificar presentaciones anómalas y definir la viabilidad del parto.

Técnica de las maniobras de Leopold.

Las maniobras de Leopold cobran un mayor valor semiológico a partir de la semana 32 de gestación, sin embargo, dependiendo de la experiencia del profesional de salud éstas pueden realizarse a partir de las 28 semanas.

Figura 10. Técnica de las maniobras de Leopold



Parrales, H. Técnica de las maniobras de Leopold [Internet]. 2018 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://cerebromedico.com/maniobras-leopold>

Preparación de la paciente

- a. Antes de realizar las maniobras de Leopold, es preciso explicar a la paciente el procedimiento. Ciertas pacientes pueden sentir molestias o dolor durante las maniobras. Es importante que



- la paciente se encuentre relajada en posición de cúbito dorsal y con las rodillas semiflexionadas. El abdomen de la paciente debe encontrarse descubierto, pero siempre vigilando el pudor.
- b. La realización de las maniobras de Leopold se puede dificultar en pacientes con obesidad, con polihidramnios o placenta anterior.
 - c. Para facilitar la realización de las maniobras de Leopold se recomienda que la paciente tenga vacía la vejiga y se encuentre en un ambiente cómodo.

Realización de las maniobras de Leopold

a. Primera maniobra de Leopold

- La primera maniobra de Leopold busca identificar la presentación fetal. Ubicado a la derecha y frente al paciente se palpa con ambas manos el abdomen superior. Esta maniobra busca determinar qué polo fetal se encuentra ocupando el fondo del útero.
- La primera maniobra de Leopold, entonces, permite identificar si la estática fetal corresponde a una presentación cefálica o pélvica.

Para diferenciar entre cefálico y pélvico:

- Para identificar cual polo fetal se encuentra ocupando el fondo del útero mediante las maniobras de Leopold, se utilizan las “3 R”.
- La cabeza fetal suele palparse como una masa; redonda, regular y resistente.
- En el caso de las nalgas del feto se palpan como una masa: blanda, grande e irregular.
- La presentación fetal hace referencia a la porción del cuerpo fetal que se encuentra más próxima al canal de parto.
- La presentación fetal será cefálica, si lo que se identifica que está ocupando el fondo del útero son las nalgas del feto.
- La presentación fetal será pélvica si lo que se identifica es que



el fondo del útero se encuentra ocupado por la cabeza fetal,

b. Segunda maniobra de Leopold.

La segunda maniobra de Leopold busca determinar la posición fetal. Mediante esta maniobra se puede determinar si el dorso del feto se encuentra del lado derecho o izquierdo con relación a la madre.

- Para realizar la segunda maniobra de Leopold el examinador se debe encontrar siempre frente a la paciente.
- Una de las manos debe ejercer una presión constante mientras la mano contraria palpa el lado contrario del abdomen.
- Para la palpación se utilizan las palmas de las manos y se debe aplicar una presión profunda, pero gentil.
- Para concluir la maniobra se intercambia la mano examinadora.
- El dorso fetal se puede identificar como una masa convexa, dura y resistente a la palpación. Mientras que el lado contrario se palpará como masas irregulares y de consistencia variable.

c. Tercera maniobra de Leopold

La tercera maniobra de Leopold busca identificar cual polo fetal ocupa la parte inferior del abdomen materno y, además, permite confirmar la primera maniobra y establecer si existe o no encajamiento.

- El examinador debe estar frente a la paciente, al igual que en las maniobras anteriores.
- Utilizando el pulgar y dedos de una sola mano se realiza una palpación en garra por encima de la sínfisis del pubis.
- La mano contraria puede apoyarse sobre uno de los lados del abdomen para facilitar la maniobra.
- Como en la primera maniobra, para identificar el polo fetal se utilizan las características de las “3 R”:
- La cabeza suele percibirse como una masa redonda, regular y resistente.
- La presentación cefálica es la que se encuentra con mayor frecuencia.
- En caso de no existir encajamiento la cabeza fetal se percibe

como una masa móvil.

- Si se tiene dudas sobre el encajamiento se puede realizar un pequeño peloteo para comprobar la movilidad, lo cual además sirve para establecer el grado de encajamiento fetal.

d. Cuarta maniobra de Leopold

La cuarta maniobra de Leopold busca confirmar el encajamiento de la maniobra anterior y determinar la actitud fetal. Entonces en la presentación cefálica, permite identificar si la cabeza se encuentra flexionada o extendida.

- Es la única de las 4 maniobras en la que el examinador debe estar frente a los pies de la paciente
- Para realizar la maniobra primero debe ubicarse la sínfisis del pubis y encima de ésta comenzar a palpar.
- La palpación se realiza con los pulpejos de los dedos de ambas manos y desde el borde inferior del útero hasta la sínfisis del pubis.
- El objetivo de la palpación es identificar la frente de la cabeza fetal.
- La frente suele reconocerse por presentar una mayor resistencia al descenso de los dedos.
- La cuarta maniobra de Leopold entonces puede determinar si la actitud fetal presenta flexión o extensión. Si la frente se identifica del lado opuesto al dorso, entonces la cabeza se encuentra flexionada. Lo que se traduce en una presentación cefálica de vértice en la mayoría de los casos. Mientras que si lo que se palpa es el occipucio, la cabeza se encuentra extendida. Lo que nos indica una presentación cefálica de cara.

Grados de encajamiento fetal

la tercera y la cuarta maniobras de Leopold se complementan para determinar el grado de encajamiento fetal en la presentación cefálica. En total existen 4 grados de encajamiento:

- 1. Flotante o alta:** se confirma mediante el peloteo de la tercera

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



maniobra de Leopold. En estos casos el feto se encuentra en presentación cefálica. Sin embargo, la cabeza aún no ha llegado al estrecho superior de la pelvis materna.

- 2. Insinuada:** se confirma por la ausencia del peloteo de la Tercera Maniobra de Leopold. Lo cual confirma que la cabeza fetal ya se encuentra en el estrecho superior de la pelvis materna. Este suele ser el grado de encajamiento más frecuente. Es en este nivel que mediante la cuarta maniobra de Leopold podemos establecer la actitud fetal.
- 3. Encajada:** es cuando la cabeza fetal ha pasado del estrecho superior de la pelvis al estrecho inferior. Se sospecha al encontrar un vacío al realizar la tercera maniobra del Leopold. Y se confirma con la cuarta maniobra de Leopold.
- 4. Muy encajada:** este grado de encajamiento suele preceder al trabajo de parto. Ocurre cuando la cabeza fetal ya se encuentra en íntimo contacto con el estrecho inferior de la pelvis materna. Puede confirmarse con la tercera y cuarta maniobras de Leopold.

2.10. Cálculo de la edad gestacional según Naegele, Pinard, McDonald

Estas reglas usadas para el cálculo de la edad gestacional ya se han señalado con anterioridad, pero se hará un repaso de éstas:

Regla de Naegele

Tradicionalmente se utiliza y consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar tres meses. Se considera normal una variación de +/- 10días.

(Primer día de la FUM) + 7 días - 3 meses

Regla de Pinard

Al día que terminó la menstruación se le agregan diez (10) días y se retroceden tres (3) meses.

Ejemplo: último día FUM: 15-09-2016

$$\text{FPP} = (15 + 10 \text{ días}) - (9 - 3 \text{ meses}) - (2016 - 1 \text{ año})$$

$$\text{FPP} = 25-06-2017$$

Regla de McDonald

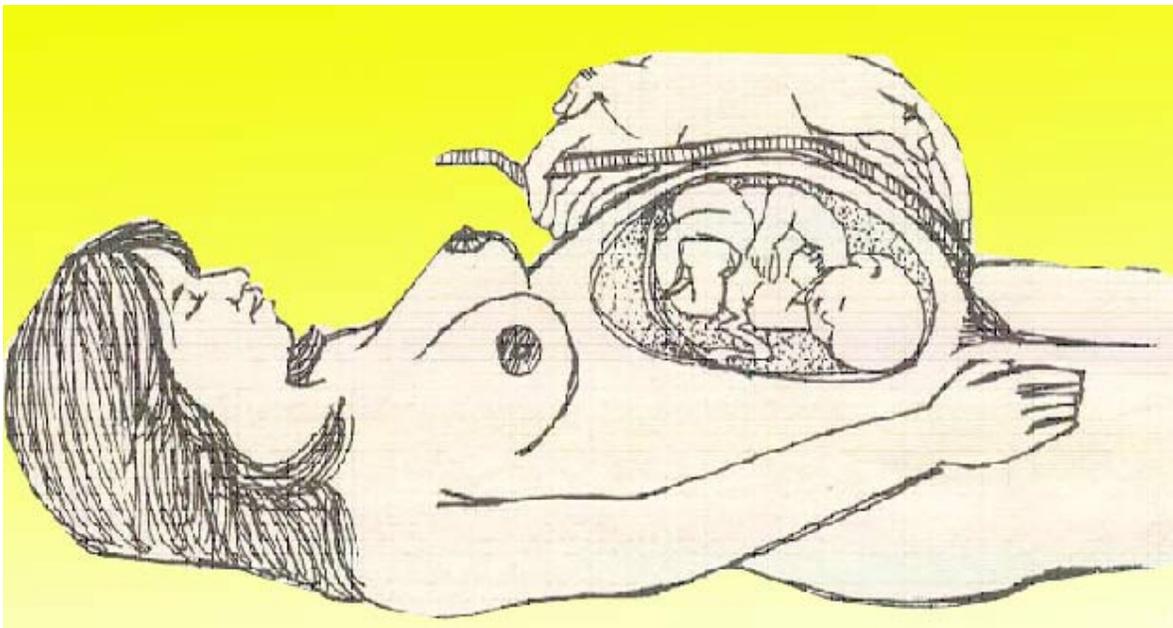
Con este método se puede calcular las semanas de edad gestacional, determinando en centímetros el espacio comprendido entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino.

El valor en centímetros del espacio se multiplica por 8 y se divide por 7.

Ejemplo: $20 \text{ cm} \times 8 = 160/7 = 22,8$ semanas

Con una mano se fija el extremo inicial de la cinta en el borde superior del pubis y con la otra mano se desliza la cinta entre los dedos índice y mayor hasta delimitar el fondo uterino con el borde cubital de esta mano.

Figura 11. Regla de McDonald



Del Pozo, P. Regla de McDonald [Internet]. 2015 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/2745457/>

2.11. Psicoprofilaxis beneficios que le aporta a la gestante

La psicoprofilaxis obstétrica, es definida por el Ministerio de Salud del Perú (2011) en la Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) y Estimulación Prenatal (EPN), (20) referida al “fortalecimiento de la atención del parto normal, la integración de la pareja y familia, el empoderamiento de la mujer y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”, como:

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o posparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludable y positiva en la madre y bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz. Asimismo, fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. Además, la PPO disminuye las complicaciones, y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal.

Objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, según el documento antes señalado, es:

El principal objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente, a través de actividades educativas, técnicas de relajación neuromuscular, técnicas de actividad respiratoria, ejercicios gestacionales, posiciones antálgicas, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal, acorde a sus condiciones obstétricas, para lograr en ella conocimientos, actitudes y prácticas saludables, que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, posparto y lactancia, de esta manera, mejorar su calidad de vida y condiciones generales y obstétricas.

Los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica

1. Promoción del parto natural

A través de la psicoprofilaxis obstétrica se promueve el parto natural, con el objeto de que las gestantes sean conscientes de los beneficios de éste. La aplicación de las normas técnicas dictadas por Ecuador incluye en los planes de acción el abordaje a través de: clubes, talleres individuales o grupales, con el objeto de informar a la gestante acerca de todo lo relacionado con su gestación y parto e incluso lo relativo al tema de los cuidados del recién nacido, de manera tal que la gestante sea consciente de tomar las mejores decisiones para su salud y la de su hijo, y también ejerce su empoderamiento como mujer al dialogar con los profesionales de la salud y elegir el parto natural, si no hay ningún impedimento para el mismo.

Zabala J. O. (21) menciona entre los principales beneficios que brinda el parto natural, los siguientes:

- Al nacer en un parto natural o psicoprofiláctico, el bebé se beneficia principalmente en la oxigenación que recibe durante la primera respiración, ya que las contracciones del trabajo de parto lo estimulan de tal forma que puede respirar mejor en el momento del nacimiento y estar más activo los primeros días de vida.
- La mujer que ha tenido un parto natural garantiza un vínculo estrecho con su bebé y facilita el proceso de la lactancia, ya que la experiencia de su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo, lo que favorece positivamente la nueva relación, provocando que la madre no quiera separarse de su bebé.
- Este tipo de partos es un proceso que vive la mujer con su pareja desde el embarazo, y el apoyo que éste les brinda, les permite crecer de pareja conyugal a pareja parental. La presencia de la pareja en el nacimiento favorece el apego y la formación del vínculo padre-madre-hijo.

2. Integración pareja/familia

Por otra parte, la Norma Técnica de Psicoprofilaxis del (22), señala con respecto a la pareja y la familia de la gestante:

Se fomentará la participación activa de la pareja durante toda la jornada obstétrica (gestación, parto y posparto), contribuyendo al manejo adecuado de los temores o rechazo a las molestias y/o dolores que se presentan durante la gestación y el trabajo de parto, cuyo conjunto de reacciones negativas podrían dificultar su normal proceso. Por ello existen un conjunto de objetivos, criterios y procesos que conforman las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, para ser brindadas a la gestante y su pareja, lo cual se proyecta en un buen eje de prevención y promoción de estilos de vida saludable para la familia y comunidad.

Asimismo, entre sus objetivos establece:

- Brindar a la gestante y su pareja una preparación integral, teórica, física y psicoafectiva con enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- Describir los contenidos de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal que preparen integralmente a la gestante y su pareja,
- Fortalecer el vínculo afectivo prenatal entre los padres y respecto de la llegada de su hijo.
- Identificar las acciones más costo-efectivas para mejorar la calidad de atención a gestantes y la participación activa de la pareja, la familia y la comunidad.

Es importante que en el proceso de psicoprofilaxis obstétrica se integre principalmente a la pareja de la gestante lo cual no obsta que también pueda integrarse cualquier otro familiar cercano, el cual brinde confianza y apoyo suficiente a la madre durante el embarazo, parto y cuidados del recién nacido, de esta forma se garantizará un mejor desarrollo de la gestación, y obtención de mejores resultados en los tra-

soporte permanente para el personal de salud que trabaja en la atención de este grupo poblacional en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. El presente protocolo complementa los documentos normativos relacionados con la salud del binomio madre/hijo, durante el embarazo, parto y posparto.

Score MAMÁ

El glosario de términos incluido en mencionado protocolo define Score MAMÁ como:

“la herramienta de puntuación de signos vitales para reconocimiento de alerta temprana en el embarazo basada en indicadores fisiológicos, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica. Se aplica al primer contacto con pacientes obstétricas, en cualquier nivel de atención”.

El Score MAMÁ es una herramienta “complementaria”, su uso es servir de apoyo a la toma de decisiones y la transferencia oportuna de una paciente, no reemplaza la actual categorización del riesgo obstétrico que se encuentra en los documentos normativos del Ministerio de Salud Pública. Su objeto central es identificar los casos de riesgo biológico y para ellos cuenta o se compone de seis (6) indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria a los que se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. Debido a que los signos vitales son el elemento fundamental del Score, éstos deberán ser registrados y tomados en todas las pacientes, tal como lo indica el protocolo:

1. Frecuencia respiratoria
2. Presión arterial
3. Frecuencia cardiaca
4. Saturación de oxígeno
5. Temperatura corporal
6. Nivel de conciencia
7. Proteinuria.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Las claves obstétricas

“Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna” (24).

Los componentes importantes del cuidado obstétrico según las recomendaciones dadas por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia incluyen:

1. La implementación de sistemas de alerta temprana en obstetricia
2. El desarrollo de protocolos y listas de chequeo
3. Disponer de kits de emergencias obstétricas
4. Usar estrategias de comunicación efectiva en crisis
5. Simulacros

Entre los aspectos fundamentales de las claves obstétricas, se encuentran:

- La aplicación efectiva del protocolo requiere de simulaciones periódicas que se facilitan dada la utilidad operativa del mismo.
- El objetivo de las claves obstétricas es mejorar la calidad de la atención en emergencias, mediante la implementación de medidas que mejoren el trabajo coordinado de diferentes profesionales.
- Esta estrategia fortalece el trabajo en equipo frente a una emergencia obstétrica, mediante un trabajo coordinado, estandarización de protocolos y capacitaciones continuas basadas en simulaciones y simulacros.

Se seleccionaron tres (3) claves obstétricas, en función de las 3 principales causas de mortalidad materna en el Ecuador, las cuales deben ser activadas de manera oportuna y de acuerdo con las instrucciones establecidas en mencionado documento:



1. CLAVE ROJA (manejo de hemorragia obstétrica).
2. CLAVE AZUL (manejo de trastornos hipertensivos severos obstétricos).
3. CLAVE AMARILLA (manejo de sepsis o choque séptico obstétrico).

En relación con la activación de las claves, expresa:

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puérpera, por lo tanto, se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación, que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud.

El equipo de respuesta ante la activación de la clave estará conformado de acuerdo con la disponibilidad de cada establecimiento de salud y su nivel de complejidad.

Se deberá contar mínimo con 2 personas, ideal 4:

- Primer nivel de atención: 2 personas.
- Segundo y tercer niveles de atención: 2 a 4 personas.

2.13. Clasificación de kit

Para la implementación de las claves es importante, primero, acordar un sistema de activación, para ello, todo establecimiento del Sistema Nacional de Salud debe, entre otras cosas:

- Proveer y verificar si el establecimiento de salud posee todos los dispositivos médicos y medicamentos para conformar los kits de emergencias obstétricas.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Los kits de emergencias corresponden o se clasifican atendiendo a las claves obstétricas y, al momento de activarse alguna de éstas, se debe contar con el correspondiente kit:

- CLAVE ROJA (manejo de hemorragia obstétrica) debe tener el kit rojo.
- CLAVE AZUL (manejo de trastornos hipertensivos severos obstétricos) debe tener el kit azul.
- CLAVE AMARILLA (manejo de sepsis o choque séptico obstétrico) debe tener el kit amarillo.

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

CAPÍTULO III INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS ETAPAS DE LABOR DE PARTO, Y EN EL PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

3.1. Valoración del canal de parto

En este punto se tratarán de manera resumida los temas relativos a la valoración del canal de parto, anatomía, diámetros pélvicos y tipos de pelvis.

El canal del parto es:

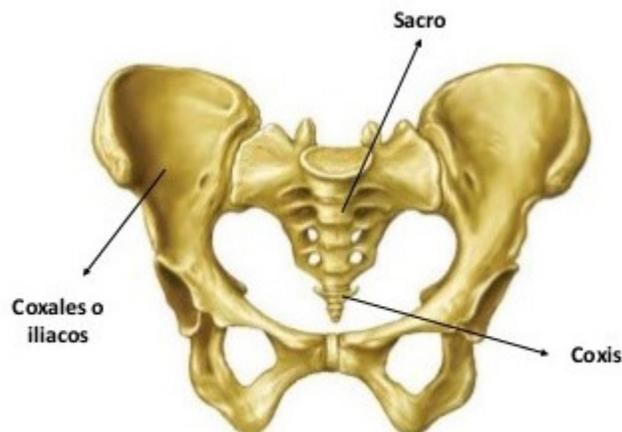
- La vía que recorre el feto para su expulsión.
- El canal adopta la forma de un conducto cilíndrico acodado y está constituido por una estructura ósea: la pelvis y un conjunto músculo aponeurótico, el canal blando o suelo de la pelvis.

Anatomía de la pelvis

Está constituida por cuatro (4) huesos:

- Sacro
- Cóccix
- Dos ilíacos

Figura 12. Anatomía de la pelvis



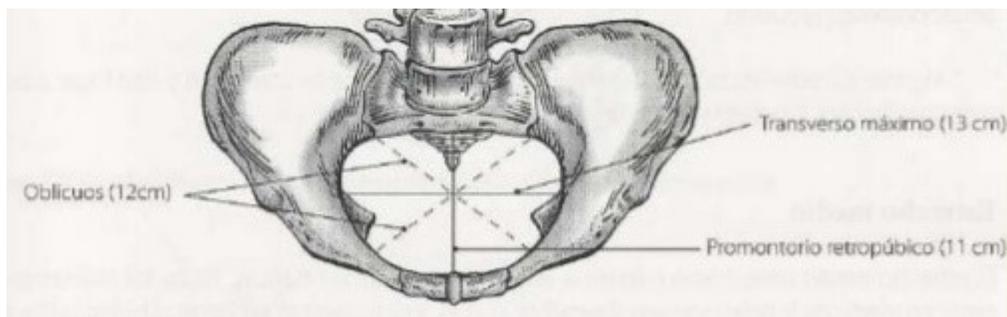
Rosario, P. Anatomía de la pelvis [Internet]. 2016 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/jesminde1/anatoma-de-la-pelvis-61921565>

Diámetros pélvicos del estrecho superior

Estos diámetros son los siguientes:

- Promontorio retropúbico: se dirige del promontorio a la cara posterior de la sínfisis púbica.
- Transverso máximo: se encuentra comprendido entre las dos prominencias iliopectinas; constituye el diámetro mayor del estrecho superior.
- Oblicuos: parten de la articulación sacroilíaca al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del pubis.

Figura 13. Diámetros pélvicos



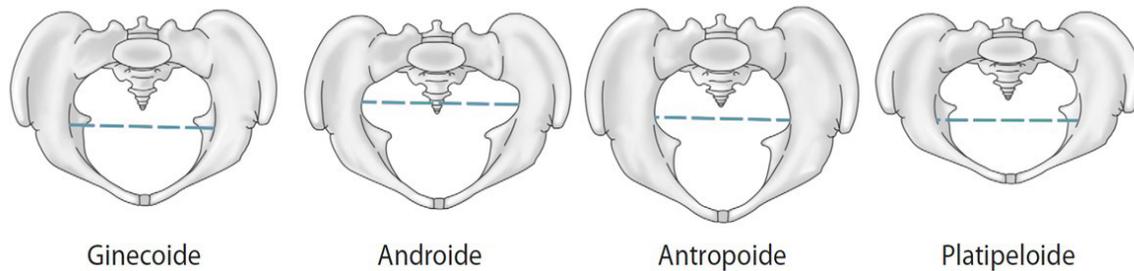
Rosario, P. Diámetros pélvicos [Internet]. 2018 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/jesminde1/anatoma-de-la-pelvis-61921565>

Morfología de la pelvis en el estrecho superior

La pelvis puede presentar cualquiera de cuatro distintas formas características, que son:

- Ginecoide
- Androide
- Antropoide
- Platipeloide

Figura 14. Tipos de pelvis



Rosario, P. Tipos de pelvis [Internet]. 2018 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/jesminde1/anatoma-de-la-pelvis-61921565>

Diferencias

- Ginecoide: en este tipo de pelvis el diámetro anterior es sensiblemente igual que el transverso y ambos se cruzan en la parte media.
- Androide: el diámetro anteroposterior es más amplio que el transverso; tiende a presentar una forma triangular.
- Antropoide: en la pelvis antropoide el diámetro anteroposterior es excesivamente alargado, en tanto que el diámetro transversal es reducido.
- Platipeloide: el diámetro transverso es excesivamente alargado y el diámetro transversal es reducido.

Planos de la pelvis

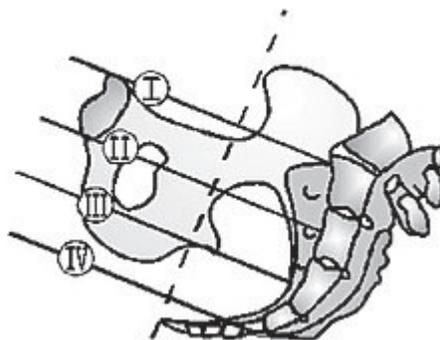
Hodge descubrió cuatro planos imaginarios y paralelos entre sí, con objeto de dividir la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto.

Los planos de Hodge: Es un término obstétrico usado para dividir la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, incluyendo la excavación pélvica con el fin de ubicar la altura de la presentación fetal en su paso por el canal del parto, teniendo como referencia el

ecuador de la cabeza fetal. En total son en número de cuatro planos numerados desde arriba hasta abajo, estos son los siguientes:

1. Primero: Es el más superior de los cuatro, se extiende con una línea imaginaria que corre desde el extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que todavía está libre o móvil.
2. Segundo: Es una línea recta imaginaria paralela a la anterior y pasa, por delante, desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la segunda vértebra del hueso sacro. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es una presentación fija. Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis púbica
3. Tercero: Igualmente paralela a los primeros dos planos, es una línea recta que, a la altura de las espinas ciáticas, corta al isquion y la tercera vértebra sacra. Cuando la presentación fetal llega a este plano se dice que está encajada.
4. Cuarto: Línea que parte, por detrás, del vértice del hueso sacro y se extiende paralela a todas las anteriores. Se dice que está profundamente encajada y autorreferencialmente compungida.

Figura 15. Planos de Hodge (la pelvis)



Wikipedia. Planos de Hodge (la pelvis) [Internet]. 2019 [citado 12/06/2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Planos_de_Hodge#:~:text=Los%20planos%20de%20Hodge%20es,ecuador%20de%20la%20cabeza%20fetal

3.2. Rol de enfermería en el proceso de parto institucional

Se denomina “parto institucional” a aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

Indica la literatura que, en la época antigua, un grupo de mujeres expertas en esa tarea, denominadas comadronas, eran quienes atendían el parto y que este arte era enseñado de una mujer a otra, el recinto estaba vedado a los hombres. Al transcurrir los años, con el avance de la medicina y la tecnología, los partos pasan a ser institucionalizados en un ambiente aséptico, con la participación de médicos y enfermeras capacitados para la atención de la madre y del recién nacido.

En líneas generales, este proceso trajo consigo un énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psicosociales y una tendencia a medicalizar procesos biológicos normales. Es decir, medicalización del embarazo y parto con sus condiciones prácticas rutinarias y despersonalizadas como el uso de: medicación, enema, rasurado, episiotomía, inmovilidad, aislamiento y la separación de la madre y bebé. Pero desde hace algún tiempo esta situación se ha venido revisando en la búsqueda de humanizar la atención del parto y recuperar la concepción del embarazo y del parto como un proceso de salud normal y fisiológica, entendiendo que el parto es un proceso fisiológico saludable para el que las mujeres están innatamente preparadas.

La humanización implica una serie de cambios, por ejemplo, el fomento de la participación de la parturienta y de su pareja, es decir, el acompañamiento por quien ella considera que la puede contener de manera afectiva, en cuanto a sus temores o sensación de soledad. Asimismo, la parturienta puede aportar su opinión o decidir sobre la forma o mecanismo para dar a luz, siempre con la opinión acertada del profesional, entre otros cambios.

Se han propuesto una serie de recomendaciones generales para el trabajo de parto y el parto más natural, entre ellas: la confección de

la historia perinatal como instrumento de registro, evitar el enema evacuante y el rasurado perineal, promover el acompañamiento de la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto, disminuir el número de tactos vaginales durante el trabajo de parto, restringir la práctica de episiotomía y no demorar la interacción entre madre - hijo - padre.

Todos estos nuevos cambios perfilan la redefinición del rol de la enfermería durante el parto en el ámbito institucional, es decir, dentro del servicio de salud. Cabe indicar que el rol de la enfermería ha existido desde el inicio mismo de la civilización y estuvo siempre basada en la relación de confianza y de complicidad que son capaces de establecer con la mujer y la familia durante los cuidados en el parto.

Báez H. (25) describe al cuidado por Enfermería como “la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado”.

La contribución de la enfermería a la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención durante el trabajo de parto y evaluar los resultados. Se señalan como objetivos de la enfermería en esta etapa, las siguientes: identificar los signos y síntomas que determinan el trabajo de parto normal, detectar los signos y síntomas que pueden alterar el trabajo de parto normal, establecer prioridades en la asistencia a la parturienta durante el trabajo de parto, limitar y evitar las intervenciones innecesarias, conducir y enseñar la respiración adecuada y procurar la presencia de la pareja o un acompañante de la parturienta.

Entre las acciones a ejecutar se mencionan, por ejemplo: ingresar a la parturienta al servicio de maternidad, recabar los datos para comenzar a elaborar la historia clínica, trasladar a la gestante y a su pareja hasta el servicio de dilatación, ayudar en la colocación de vestimenta adecuada, colocar a la parturienta en una posición cómoda y segura,

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

preferentemente en decúbito lateral izquierdo (mientras la bolsa de las aguas esté íntegra, la parturienta puede deambular y adoptar un decúbito diferente; y cuando está acostada se recomienda el decúbito lateral izquierdo por las razones ya enunciadas), controlar los signos vitales y el patrón actual de las contracciones, estimular a que la parturienta realice ejercicios respiratorios en el momento conveniente y hacer participar al familiar / pareja durante los mismos, controlar la frecuencia cardíaca y la tensión arterial materna (la tensión arterial y la frecuencia cardíaca en la embarazada serán un referente durante las horas sucesivas. Reconocer las variaciones de la tensión arterial permite detectar precozmente valores de alarma en esta etapa, como también alteraciones de la frecuencia cardíaca durante la administración de oxitocina) y controlar los latidos cardíacos fetales, los cuales deben mantenerse entre 120-160 latidos por minuto, etc.

Llegada la hora del parto, los objetivos y acciones de la enfermería se traducen básicamente en:

a. Objetivos

- Estimular a la parturienta durante los pujos para que se relaje y ventile adecuadamente entre las contracciones.
- Favorecer la relajación entre las contracciones.
- Promover la participación activa de la gestante y de un miembro del grupo familiar que la acompañe durante la expulsión del feto.
- Establecer el contacto precoz madre e hijo y favorecer la lactancia.

b. Acciones

- Colocar a la parturienta en la camilla o sillón de parto, en posición cómoda. Se recomienda la posición sentada o semisentada, ya que fisiológicamente es la que permite que la parturienta realice los pujos con eficacia favoreciendo el descenso y la expulsión del feto. Desde el punto de vista anatómico, permite la expansión torácica y el descenso del diafragma sobre los órga-



nos abdominales. Desde esta posición también se puede ver el nacimiento del bebé.

- Controlar los latidos cardiacos fetales. Se considera normal el descenso de la frecuencia cardiaca hasta 100 latidos por minuto por compresión, durante la expulsión del polo cefálico.
- Ayudar y guiar los pujos según la dinámica uterina. Durante las contracciones los pujos deben ser originados por la parte del diafragma sobre los órganos abdominales. Si la parturienta realiza la fuerza a nivel de la cara y cuello, no favorece el descenso del feto a través del canal de parto y conduce al agotamiento de la mujer.
- Colocar al recién nacido sobre el cuerpo de la madre después de la expulsión. El contacto precoz favorece el vínculo madre-hijo. Se estimulará a la pareja para que participe de este momento único. Este es el momento más favorable para comenzar con la lactancia.

Todas estas acciones están acorde con las normas que se deben cumplir al realizar un parto humanizado en las instituciones de salud, dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (26) donde se definen diversas prácticas consideradas humanizadoras y establecidas como directrices de asistencia humanizada en el parto y nacimiento: es esencial proporcionar información a las mujeres y a sus familiares siempre que sea necesario; en la admisión, se deben respetar la privacidad de la mujer y la elección de su acompañante; durante el trabajo de parto, debe ofrecerse alimentos, dar soporte emocional, brindar información sobre los procedimientos realizados y alentar a la posición verticalizada, ofreciendo la libertad de posición y movimiento a la parturienta; el control del dolor debe ser hecho por medios no invasivos y no farmacológicos, tales como técnicas de relajación, masajes, entre otros.



Figura 16. Rol de la enfermería en el proceso de parto

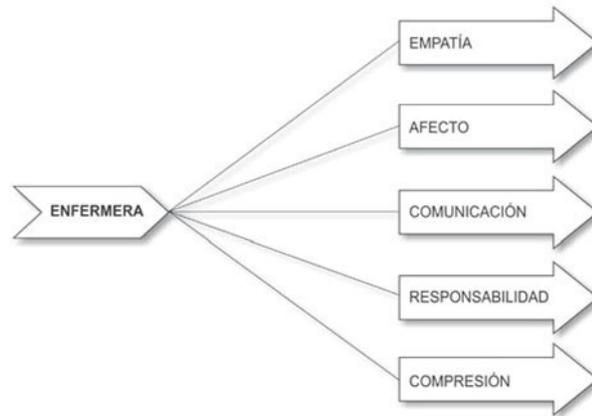


Figura 3. Actitudes de la enfermera y la humanización del cuidado a la mujer durante el parto.

Coral, R. Rol de la enfermería en el proceso de parto [Internet]. 2008 [citado 12/06/2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262008000100007

3.3. Atención del parto y posparto culturalmente humanizado

Humanización

En materia de salud, se entiende por humanizar, al conjunto de acciones que realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones favorables y más adecuadas posibles para las distintas etapas del proceso reproductivo de las personas. Humanizar, entonces, consiste en buscar disminuir los sentimientos y emociones negativas que impliquen factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden ser prevenidas o atenuarse en la madre, padre, hijo/a y en la relación familiar.

Para Marsden W. (27), la atención humanizada significa que el equipo de salud a cargo de la atención del trabajo de parto debe ser el responsable del cuidado de la madre y su bebé, explicándole todos los procedimientos que se le van a realizar a la madre y a la familia e involucrándolos en las decisiones de su parto.

La humanización comienza con el cuidado del embarazo otorgando servicios que consideren los distintos aspectos psicológicos, sociales y biológicos, al ser el parto un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

Para humanizar este tipo de procedimientos, su frecuencia y escenario, indican Pascali V.L. y Bottone, A. (28) que se deben considerar los aspectos psicológicos y sociales del proceso, modificar el carácter amenazante de la atención producto de la priorización tradicional de los aspectos biológicos, y la capacidad de las personas de decidir y asumir de forma responsable su papel protagónico en el proceso.

Según Agudelo-Londoño, Sandra Milena, González-Ortiz, Luz Denise, Vélez-Álvarez, Gladis Adriana, Gómez-Dávila, Joaquín, & Gómez-Arias, Rubén Darío (29), el parto humanizado es un modelo de atención del parto que toma en cuenta las opiniones, necesidades y esferas personales de la gestante y su familia, en el cual prima la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual, psicológica y social, creando un ambiente cálido, cómodo y no medicalizado, donde la intervención del profesional es proporcional a las necesidades que se produzcan, evitando la aparición de eventos adversos por administración de medicamentos o factores estresantes del entorno.

Por otro lado, Laako (30) señala que el parto humanizado es un modelo de atención, el mismo que pretende generar en la gestante un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, protagonismo y libertad para la toma de decisiones sobre las condiciones en las que quiere dar a luz.

En conclusión, el parto humanizado es un modelo de atención al parto que pretende generar cambios en el cuidado que los profesionales de la salud deben brindar a la gestante en este momento especial, con plenitud, en condiciones de dignidad humana, protagonismo y libertad

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

para la toma de decisiones sobre las condiciones en las que quiere parir, tratando de disminuir sensaciones de miedo e inseguridad por medio del acompañamiento por parte del personal de enfermería, basado en el cuidado humanizado y bienestar de la gestante o del familiar.

El concepto de parto humanizado ha sido evaluado en diferentes países del mundo y en Latinoamérica con las finalidades primordiales de buscar en las instituciones de salud la disminución de la mortalidad materna y las cesáreas a través del manejo de una actitud humanizada, por parte de los profesionales de la salud, respecto al tiempo biológico y psicológico que conlleve a un parto exitoso. El concepto y la finalidad está acorde con el Objetivo del Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna, la cual es indispensable para prevenir la mortalidad de muchas gestantes que han sido afectadas por complicaciones en la gestación y el parto.

Humanización del parto

La atención humanizada del parto o humanización del parto comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto y el parto, impidiendo que ella genere sentimientos de pérdida de autonomía, soledad, incomprensión y percepción de peligro durante su trabajo de parto o al momento de éste. En este proceso se llevan a cabo diferentes alternativas como maniobras, posiciones, implementación de música en el parto, e inclusive la adaptación de las salas para el trabajo de parto brindando comodidad a la gestante, las cuales son avaladas por diferentes organizaciones de la salud.

Entre las alternativas propuestas se encuentran: propiciar el respeto, comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia. El respeto a la autonomía de la gestante, lo cual no implica dejar que la gestante tome decisiones por sí misma sobre los procedimientos a realizar, sino haciéndolo en conjunto médico-paciente previo a brindarle la información clara, precisa y oportuna, dándole a conocer los riesgos y

beneficios del trabajo de parto que ésta haya elegido, dejando en ella el interés y la satisfacción de ser partícipe de esta decisión y proceso.

Es importante destacar dos puntos fundamentales en el parto humanizado: el acompañamiento en el trabajo de parto y la educación permanente de las características de un parto humanizado al equipo de salud, ya que es un proceso gradual y continuo, que actúa en la transformación del modelo asistencial del parto por medio de las conductas y de las actitudes del equipo de salud y familiares, “siendo la educación permanente una práctica distinta que tiene en cuenta la ética y beneficios de la gestante en el parto humanizado de una manera certera, al articular el conocimiento científico con las prácticas y derechos de la gestante, generando y sedimentando nuevos conocimientos según las necesidades personales e institucionales” (31) buscando la salud materna.

Constituyen indicadores generales, señalados por la literatura, de estar ante la humanización del parto en condiciones normales, cuando en la unidad médica de atención obstétrica, el personal responsable de la atención al parto, realizan los procedimientos haciendo énfasis en aspectos como los siguientes:

- Elaboración del expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma, a toda mujer cuando ingrese para atención obstétrica.
- Propiciar, durante el trabajo de parto normal, la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.
- No se debe llevar a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;
- No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de apurar el parto, según lo indica la Organización Panamericana de la Salud (32).

- Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
- Mantener libertad de posición y movimientos durante todo el trabajo de parto.
- Estímulo para evitar el decúbito supino durante el parto.
- Realizar seguimiento cuidadoso del trabajo de parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
- Uso profiláctico de oxitocina en la tercera fase del trabajo de parto en la mujer con riesgo de hemorragia posparto, o en peligro por la pérdida de sangre.
- Esterilidad al cortar el cordón.
- Prevenir la hipotermia en el recién nacido.
- Realizar el contacto inmediato piel a piel de la madre y el hijo.
- Apoyar el inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.
- Realizar examen sistemático de la placenta y las membranas (33).
- Conocer los antecedentes religiosos y culturales de la mujer embarazada, en razón de que, dentro de cada cultura, las mujeres poseen una forma de comportarse durante el parto y de reaccionar ante el dolor que experimentan. Estos comportamientos pueden variar desde el silencio total hasta los gritos, pero no son en sí mismos una medida del grado del dolor (34).

Beneficios fisiológicos y psicológicos del parto humanizado en la gestante

Entre los beneficios indican Ovalle, Rosales, Palma y Echeverría (35):

- “El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna



- y placentaria, no afectando la oxigenación del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
 - Existe un mejor equilibrio ácido base fetal.
 - Influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante.
 - Permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro anteroposterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal.
 - El trabajo de parto se acorta ostensiblemente en 8 minutos.
 - Proporciona mayor rol protagónico en la decisión de cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento de su hijo.
 - El volumen de sangrado es menor.
 - Evita infecciones debido a que si se rompen las membranas los fluidos fluyen.
 - Permite que la cabeza del bebé se apoye en el anillo cervical y la madre dilate más rápido.
 - Facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida.
 - El nervio presacro se ve más liberado y los dolores disminuyen.
 - Disminuye la percepción del dolor porque el uso del agua provoca el reblandecimiento de los tejidos, lo cual evita desgarros perineales, ejerce un importante efecto relajante y reduce la compresión de los tejidos y el abdomen.
 - El parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de ellos devienen, menor estancia hospitalaria.
 - Menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuirían los costos de atención”.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Actividades del personal de salud en la atención del parto humanizado

Para brindar esa atención oportuna es necesario realizar actividades que satisfagan las necesidades de forma adecuada a las circunstancias que esté pasando la paciente, teniendo en cuenta el protocolo que la institución ha especificado para cada profesional, entre éstas la evaluación física, partograma, monitorización de signos vitales, y el registro de cada actividad realizada. De acuerdo con las fases vivenciadas por la gestante en el proceso del trabajo de parto, se encuentran las siguientes actividades:

a. Atención del periodo de dilatación

Dentro del periodo de dilatación se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Control de funciones vitales cada hora.
- Evaluar la frecuencia cardiaca fetal cada 30 a 45 minutos (al inicio e inmediatamente después de cada contracción).
- Llevar un registro estricto del partograma, el mismo que permitirá tomar las medidas necesarias en caso de identificarse complicaciones.

b. Atención del periodo expulsivo

El personal de salud, de acuerdo con sus competencias y funciones asignadas, realizará lo siguiente:

- Verificar los materiales básicos necesarios para la atención de la parturienta y recién nacido.
- Acondicionar o verificar que la sala de partos cuente con: con calor producido por calefactores, camilla o silla adecuada para el parto vertical, soga colgada de una viga.
- Facilitar una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de Mayo acondicionada para este propósito.

Les corresponde al médico obstetra y al personal de enfermería realizar las siguientes actividades en la atención del parto humanizado:

a. Médico obstetra

- Elaborar el expediente clínico, la historia clínica y el partograma.
- La episiotomía debe practicarse solo por personal médico calificado con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.
- Informar sobre la evolución del trabajo de parto y progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales.
- Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial estén en parámetros manejables por el cuerpo fisiológicamente, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.

b. Personal de enfermería

Entre las estrategias que implementa el profesional de enfermería a fin de mantener la gestante en un estado de confort son: a. la educación, b. la orientación, y c. la vigilancia de las técnicas de respiración y control del dolor en cada contracción. Asimismo, brindar el apoyo a la mujer gestante al acercarse el momento del parto, logrando en ella una sensación de importancia y protagonismo, así también se enfocan en el estado del bebé para llegar a un nacimiento sin complicaciones y con plenitud del momento.

Periodo de dilatación

- Acompañar a la gestante en la deambulación.
- Informar a la gestante acerca de posiciones para el parto, como vertical (de pie, en cuclillas y sentada); cuadrúpeda (mano-rodii-

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



llas); y decúbito lateral.

- Proporcionar técnicas de relajación o recomendar al acompañante que realice masajes a la gestante durante el periodo de dilatación.

Periodo expulsivo

- Aplicar termoterapia en el periné durante 5 minutos a fin de reducir el dolor perineal.
- Verificar si la gestante no ha tenido ningún tipo de complicación en la preparación del parto y a continuación ayudarla a sumergirse en una bañera de partos que debe ser indicada en el protocolo de la institución de salud, hasta nivel pectoral en agua caliente y adecuar la temperatura del agua a 36,5 - 37 °C, durante un tiempo máximo de 2 horas.
- Aplicar un masaje de presión sobre los puntos reflejos específicos del cuerpo, lo cual presenta un efecto relajante como consecuencia de la liberación de endorfina y oxitocina.
- Permitir, durante el trabajo de parto, la hidratación y alimentación, tal como el consumo de bebidas isotónicas, de manera preferente a temperatura ambiente.

3.4. Trabajo de parto. Definición del parto, parto pretérmino, a término, postérmino, parto espontáneo e inducido

Trabajo de parto

El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

Definición de parto y tipos de parto

La palabra parto etimológicamente proviene del latín *partus*, que es el participio del verbo *parere*, que puede traducirse como parir.

La noción de parto se emplea para designar al proceso y al resultado de parir (dar a luz). Por tanto, el parto, marca el final del embarazo y el nacimiento de la criatura que se engendraba en el útero de la madre. Consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

En conclusión, de manera general, el parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto.

Se deduce, entonces, que se puede clasificar el parto atendiendo a muchos aspectos: dependiendo de las semanas de gestación, de la manera de finalización de éste o del uso de medicación o técnicas médicas.

a. Tipos de parto según las semanas de gestación

Si se atiende solamente a las semanas de gestación de la finalización del embarazo, existen tres tipos de parto:

- 1. Parto a término:** es decir, a tiempo normal, es el parto que se produce entre las 37 semanas de gestación y las 42 semanas desde la fecha de la última regla.
- 2. Parto pretérmino o parto prematuro:** Este tipo de parto ocurre cuando el embarazo finaliza antes de las 37 semanas de gestación, es decir, cuando la expulsión o nacimiento del producto de la gestación que ocurre entre la semana 21 y la 37.
- 3. Parto posmaduro o postérmino:** Se produce cuando el embarazo sobrepasa las 42 semanas de gestación.

b. Tipos de parto según su finalización

a. Parto eutócico o normal: El parto eutócico se produce con la salida del bebé y la placenta mediante los pujos maternos por vía vaginal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (36) define el parto normal como:

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

El comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Atendiendo a esta última conceptualización, los especialistas en la materia ginecológica y obstétrica realizan la observación de que en ésta se excluyen lo que se conoce como partos provocados (que no se inician espontáneamente), partos prematuros o cesáreas. La OMS define el parto normal como el parto de bajo riesgo en el que el bebé nace de manera espontánea con el esfuerzo materno en posición cefálica (con la cabeza fetal hacia abajo).

b. Parto distócico: Es cuando un parto se desarrolla de manera natural, el proceso empieza a partir de un ensanchamiento del cuello uterino. El bebé comienza entonces a descender hasta ser alumbrado, cuando sale del cuerpo de su madre a través de la vagina. Tomando en cuenta la vía del parto éste se denomina parto vaginal.

c. Los tipos de parto según el inicio

- 1. Parto espontáneo:** Es el que se inicia de forma artificial y ha sido provocado por geles de prostaglandinas y/o oxitocina sintética.
- 2. Parto inducido:** Es aquel que debe finalizar antes de que empiecen de forma natural las contracciones uterinas porque existe una indicación materna o fetal, en la que se considera que la permanencia del bebé dentro supone un riesgo para él o la madre. Este parto también denominado parto programado, debe ser siempre bajo prescripción médica, y solo en casos excepcionales la gestante puede solicitarlo. La según la OMS, señala que los partos no deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) por conveniencia.

En referencia a este tipo parto, ciertos profesionales indican que desde el punto de vista médico el término correcto es inducción, aunque los pacientes lo ven como un acontecimiento programado. Las situaciones que requieren este procedimiento se pueden englobar en tres grandes bloques, según describe Juan León, citado por Martínez Arredondo, Eva (37):

1. Indicaciones maternas

“Una vez alcanzada la maduración del feto, hay pacientes para las que es mejor dar a luz porque existen enfermedades que durante el embarazo se descompensan. Las más frecuentes son la hipertensión y la diabetes”, describe León.

2. Indicaciones fetales

Hay situaciones en las que permanecer dentro del útero comporta un riesgo para el bebé. “La más común es la bolsa rota que, una vez que ocurre, cuánto más tiempo pase sin que se produzca el parto de forma espontánea, hay más posibilidades de infecciones desde la vagina al útero”, comenta este especialista. En estos casos concretos, la inducción depende del protocolo de cada hospital.

3. Otras situaciones

León destaca que “a veces no hay patologías ni maternas ni fetales, pero se dan otras circunstancias como una placenta insuficiente por lo que es mejor alimentar al bebé fuera”. En este apartado se incluye la gestación prologada cuando, después de la semana 42, aún no se ha producido el parto de forma natural. “Cuando esto pasa, solemos inducirlo entre la 41 o 42 porque, aunque los riesgos después de la 42 y 44 no son muy elevados, no queremos perder ningún feto”.

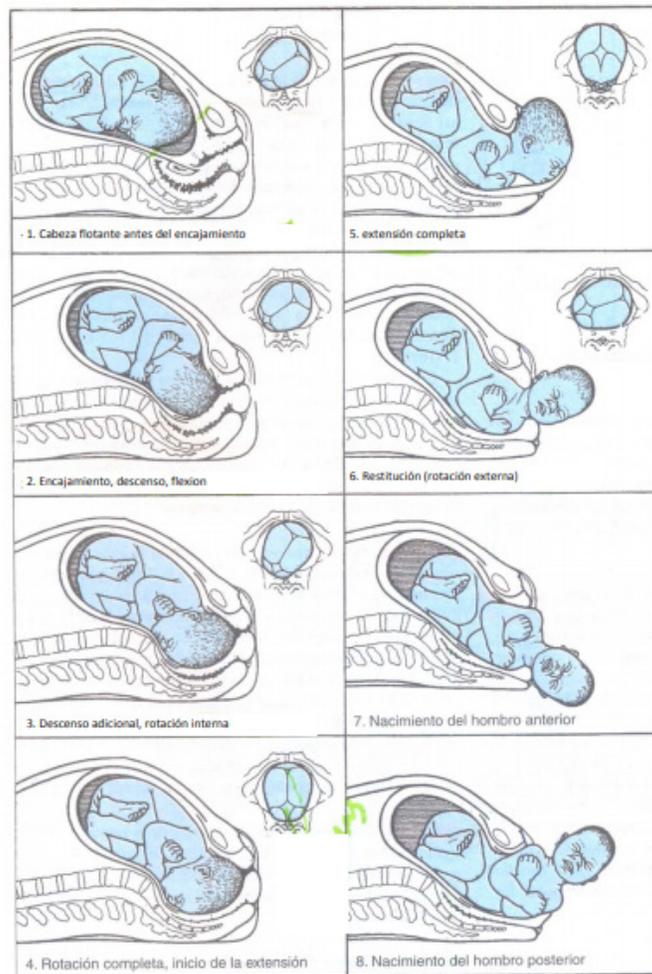
3.5. Mecanismo del trabajo de parto

Los mecanismos del trabajo de parto son los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son:

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

- Encajamiento
- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

Figura 17. Mecanismos del trabajo de parto



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Mecanismos del trabajo de parto [Internet]. 2010 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <http://www.archivos.ujat.mx/DACS/taller%20simulacion/parto.pdf>

Encajamiento

Se conoce como encajamiento al mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto. En ciertas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza “flota”. Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección anteroposterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua.

Descenso

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del neonato.

- a. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo.
- b. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas:
 - presión de líquido amniótico, presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos, extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

Flexión

Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipito-frontal, más largo.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Rotación interna

Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, o menos a menudo, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro.

La rotación interna es indispensable para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño.

- a. En multíparas, cuando la cabeza no ha rotado al alcanzar el piso pélvico, suele hacerlo durante las siguientes una a dos contracciones.
- b. En nulíparas, la rotación suele ocurrir durante las siguientes tres a cinco contracciones.

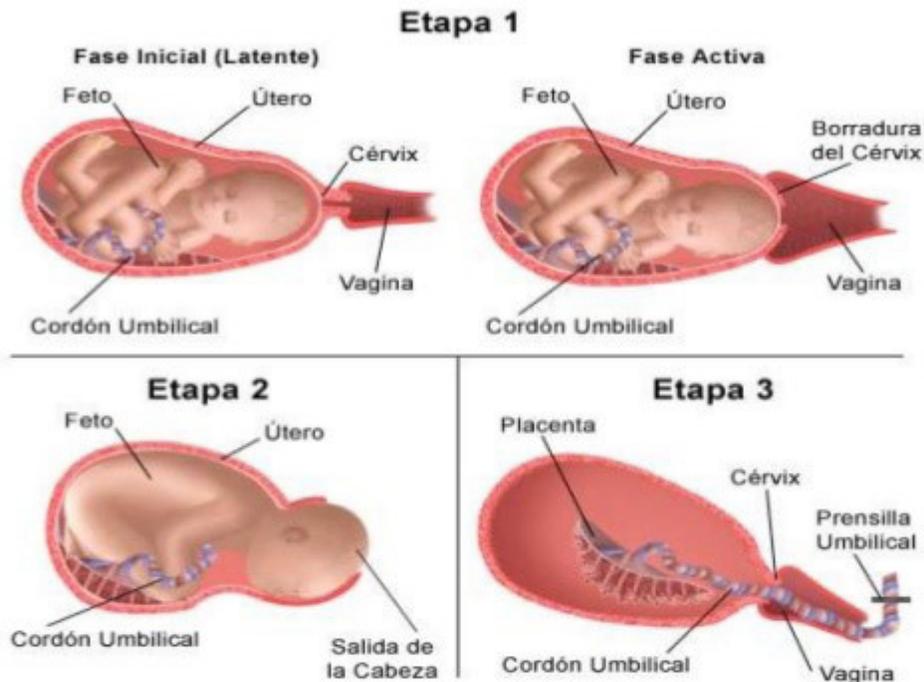
Es decir, la rotación interna de la cabeza es aquella que se produce en el interior de la pelvis, en este tiempo, la fontanela posterior (lambda) rota hacia la sínfisis del pubis (rotación anterior: casi siempre hacia anterior, desde donde se encuentre) en un movimiento similar a la rotación de un tornillo, para orientar el diámetro suboccípito bregmático al diámetro anteroposterior de la pelvis.

Extensión

Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva y presenta extensión. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico, sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada.

Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas:

- a. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior.
- b. La segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resul-



Periodos del parto

1. Período de dilatación (1ª etapa)
2. Período expulsivo (2ª etapa)
3. Alumbramiento (3ª etapa)

IMSS Enfermeras. Periodos del parto [Internet]. 2010 [citado 12/06/2020]. Disponible en: [slideshare.net/yoaldin/periodos-clinicos-del-trabajo-de-parto?next_slideshow=1](https://www.slideshare.net/yoaldin/periodos-clinicos-del-trabajo-de-parto?next_slideshow=1)

La atención de enfermería en cada periodo de parto será tratada en el siguiente punto.

3.7. Proceso de enfermería en la primera, segunda y tercera etapa de la labor de parto

Etapas de la labor de parto

1. Dilatación y borramiento:

1.1. Dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

centímetros (0 a 10).

1.2. Borramiento: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido de 0 a 100%.

- **Fase latente:** Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4 cm.
- **Fase activa:** Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4 cm y descenso de la presentación fetal.

2. Expulsivo: Etapa comprendida desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

3. Alumbramiento: Etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el canal del parto.

Proceso de enfermería en la primera, segunda y tercera etapa de la labor de parto

Existen una serie de recomendaciones acerca de la atención del trabajo de parto, parto y posparto, sin embargo, se indica que éstas son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino que constituyen una orientación basada en evidencia científica para la misma. La aplicación de las recomendaciones en la práctica se debe basar, además, en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes. Se anexa un cuadro donde se sintetizan y recogen actividades del proceso de enfermería en las etapas de la labor de parto. Cabe señalar, además, que éstas deben ser revisadas, actualizadas o completadas, en caso de ser necesario. Sirven de guía u orientación:

Cuadro 7. Características de las etapas de parto y cuidados fundamentales de enfermería a la paciente

CARACTERÍSTICAS DE LAS ETAPAS DE PARTO Y CUIDADOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE		
EL PARTO		
"El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto viable (u óbito) y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto".		
CARACTERISTICAS DE LAS ETAPAS DE PARTO		
Dilatación y Borramiento	Alumbramiento	Expulsiva
<ul style="list-style-type: none"> • Se inicia desde la primera contracción verdadera hasta la completa dilatación del cérvix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta etapa se inicia cuando el cuello uterino tiene una dilatación de 10 cm y un borramiento del 100% y termina con el nacimiento del bebé. • La decisión de trasladar a la paciente a la sala de expulsión se realiza cuando se observa la cabeza del feto en el introito vaginal. • Signos y síntomas <ul style="list-style-type: none"> • Urgencia de pujar. • El dolor de las contracciones es más fuerte y dura más. • Se descontrola y dice no poder más. • El perineo empieza a abultarse y a adelgazarse. • Se observa la cabeza del bebé en la entrada de la vagina. • La madre piensa que necesita defecar. • Se siente incapaz y frustrada de llevarlo a cabo sin ayuda. • Preparación para el parto Incluye limpieza vulvar y perineal. Pueden colocarse campos estériles, de manera que solo se exponga la región circundante inmediata a la vulva. <ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía Incisión quirúrgica que se realiza en el periné para agrandar la apertura vaginal en el momento en que nace el bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el nacimiento del bebé hasta el alumbramiento de la placenta

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



CUIDADOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERÍA A LA PACIENTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarla dentro y fuera de la cama. • Limpiar zona perianal aplicando técnica aséptica. • Para el examen vaginal utilizar guantes estériles. • Controlar FCF. • Reportar cualquier anomalía que se presente. • Vigilar el nivel de conocimiento sobre el proceso del parto. • Enseñar técnicas de respiración y relajación. • Controlar contracciones uterinas. • Permanecer cerca de la paciente. • Proporcionar confianza. • Darle ánimo. • Se vigilan signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar la paciente al cuarto de expulsión. • Colocar a la paciente en posición de litotomía • Garantizar que la posición de la parturienta sea lo más cómoda posible. • Calentar la cuna de calor radiante. • Ayudar a la madre en el uso efectivo del pujo. • Registre y reporte los signos vitales, T/A. • Explicarle como debe respirar. • Permanecer todo el tiempo con ella. • Brindarle apoyo continuo. • Estar pendiente de la aparición de complicaciones y reportarlas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria a que puje al sentir dolor. • Verificar hora del alumbramiento. • Verificar que la placenta y las membranas estén completas. • Valorar signos vitales de la usuaria; presión arterial, pulso, temperatura, respiración. • Valorar el sangrado vaginal, este puede ser: leve, moderado o intenso. • Reparar episiotomía o desgarro si se presenta. • Orientarla sobre este periodo.
<p>Valoración de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto, valoración integral entrevista, resolver inquietudes y disminuir temores. • Admisión. • Evolución de signos vitales, examen físico, identificación de factores de riesgo. 	<p>Acciones de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales. • Medición altura uterina. • Efectuar maniobras de Leopold. • Valorar frecuencia cardiaca fetal. • Corroborar movimientos fetales. • Valorar dinámica uterina. • Identificar los periodos clínicos del trabajo de parto. 	<p>Acciones específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar ropa y pertenencias. • Instalación en la unidad. • Colocación de identificación. • Canalizar vena periférica (sol glucosa al 5%). • Tricotomía genital. • Enema evacuante. • Registrar y valorar signos vitales cada 4 horas.
<p>Valoración materna fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir oportunamente, brindar cuidados encaminados al bienestar físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre-hijo. Intervenciones apropiadas. • Evaluación de las contracciones uterinas: intervalo – duración – intensidad • Evaluación de la frecuencia cardiaca fetal: normal entre 120 y 160 latidos por minuto. Si se encuentran valores por encima o debajo de esta cifra habrá que realizar un monitoreo fetal. 		

Se habla de una cuarta etapa del parto: Es un par de horas después del alumbramiento, es cuando la madre reposa en cama, mientras se monitorea su recuperación.

Nota: Elaboración propia.

3.8. Partograma

Para Villacaqui, Rubén, Mosquera, Vidal, Olivencia, Mario, Penaranda, Alberto, Herrera, Iliana(38):

Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que constan en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

El partograma fue anunciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los avances más importantes de la asistencia obstétrica moderna y propugna su uso como herramienta para el manejo del trabajo de parto, recomendando su uso universal para evitar intervenciones innecesarias y detectar desviaciones de la normalidad.

El partograma tiene como objetivos

- Proporcionar un resumen pictórico del trabajo de parto y alertar a los profesionales de la salud sobre cualquier problema con la madre o el feto.
- Proveer al personal médico un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- Diagnosticar precozmente las desviaciones en la evolución del trabajo de parto, para disminuir la morbilidad materno neonatal.
- Prevenir o diagnosticar, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Reducir el índice de operación cesárea, la asfixia y sus secuelas

Es decir, en líneas generales permite evaluar el progreso del trabajo de parto de un vistazo, identificar rápidamente los patrones de distocia y conservar un registro de la atención a la paciente. Su diseño puede variar, pero debe incluir las siguientes variables: a. dilatación cervical versus tiempo; b. descenso versus tiempo; c. frecuencia cardíaca fetal; d. constantes vitales maternas; y e. medicación empleada, todo ello representado en papel impreso mediante una gráfica.

Figura 18. Modelo de partograma

REFERENCIA

FRECUENCIA CARDIACA - FETAL _____
 PLANOS DE HODGE Y _____
 VARIEDAD DE POSICIÓN _____
 DILATACIÓN CERVICAL _____ (REH)
 ROTURA DE MEMBRANAS _____ (RAM)
 ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN
 Fuente _____ Suprapúblico _____ SP
 Normal _____ Saco _____ S
 Dbbi _____
 Frecuencia - Contracciones _____

FRECUENCIA CARDIACA FETAL:
 Dips tipo I _____ I
 (Desaceleración precoz) _____ II
 Dips tipo II _____
 (Desaceleración tardía) _____ V
 Dips variables (Observación variable) _____ M
 Misceláneo _____

POSICIÓN MATERNA
 Lt. Derecho _____
 Lt. Izquierdo _____
 Dorsal _____
 Semipróspera _____
 Próspera _____
 Práda o Camillardo _____

SCHWARZ, R. DIAZ, A.G.
 NIETO F. CLAR.

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas p10)

VERT. TODAS MEMBRANAS	HORIZONTAL MULTIPARAS	VERT. INTÉ. GRAS	HORIZONTAL INTÉ. ROTAS	VERT. INTÉ. ROTAS	HORIZONTAL INTÉ. ROTAS
0.15	0.15	0.05	0.30	0.20	0.20
0.25	0.25	0.10	0.35	0.35	0.35
0.35	0.40	0.25	0.40	0.50	0.50
1.00	0.55	0.35	1.00	1.05	1.05
1.15	1.25	1.00	1.30	1.25	1.25
2.10	2.30	2.30	3.15	2.30	2.30

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PARTOGRAMA

APPELLIDO PATERNO: _____ NOMBRES: _____

MATERNO: _____

PARTE: _____

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

HORA REAL: _____

HORA: _____

POSICIÓN MATERNA _____
 TENSIÓN ARTERIAL _____
 PULSO MATERNO _____
 FRECUENCIA CARDIACA FETAL _____
 DURACION CONTRACCIONES _____
 FREC. CONTRACCIONES _____
 DOLOR / Localiz. / Intens _____

Imprenta Orlan Edic. - Tel.: 5912-1770

Villacaqui, R. Modelo de partograma [Internet]. 1998 [citado Fecha de acceso]. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/986/948>

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Modelo básico de un partograma

El modelo básico de un partograma se centra en un papel cuadrícula en el que se construyen gráficas curvas del trabajo de parto.

- En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde el 0 hasta el 10.
- En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto.
- En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal, sorteada en orden descendente, por lo general basado en los planos de Hodge.
- La curva del parto suele tener una pendiente mayor en las multíparas mientras que las primigestas tienden a ser curvas más planas.
- El 90% de los partos suelen seguir los patrones establecidos en la curva del parto normal y predice el momento en el que la intervención médica debe actuar para prevenir la distocia y el estrés fetal y el riesgo materno.

Intervalos normales

- En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer período del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas.
- Por su parte, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% u 8 cm.

Alteraciones en el partograma

- La duración anormal del trabajo de parto aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad infantil y materna.
- La OMS indica que después de ocho (8) horas de trabajo de parto en la fase latente (fase que le antecede al nacimiento del producto) se debe considerar el parto como prolongado.
- Si no ha ocurrido el parto naturalmente, se debe realizar la rotura artificial de membranas (RAM) y administrar oxitocina.

- Si la paciente no pasa a la fase activa o segunda fase del parto natural, se debe realizar un parto por cesárea.

3.9. Uso de oxitócicos. Dosis, vías, precaución

Los fármacos oxitócicos estimulan las contracciones uterinas, tanto en la inducción del parto, como para contener la hemorragia posparto, y los estimulantes beta2-adrenérgicos relajan el útero y previenen el parto prematuro.

Cuadro 8. Oxitócicos

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN
Carboprost trometamina	Frasco vial	0,332 y 3,32 mg
Demoxitocina maleato	Tabletas	50 U
Dinoprost trometamina	Solución inyectable	15 mcg/ml
Dinoprostona (Prostaglandina E2)	Tableta Tableta vaginal Óvulos vaginales	0,5 mg 0,5 y 3 mg 10 y 20 mg
Ergometrina (ergonovina)	Tabletas e inyectable	0,2 mg
Metilergometrina maleato	Grageas Inyectable	0,125 mg 0,2 mg/ml
Oxitocina	Inyectable	5 y 10 UI

Medicentro. Oxitócicos [Internet]. 2001 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/OXITOCICOS%20Y%20RELAJANTES%20UTERINOS.htm>

Oxitocina

La inyección de oxitocina está indicada por el médico quien elige la inducción para la labor, por conveniencia en un embarazo a término.

a. Usos

Preparto: Oxitocina parenteral está indicada para el inicio o mejoramiento de las contracciones uterinas, se consideran las condiciones del feto y la madre para el parto vaginal. Está prescrito para iniciar la inducción de labor en pacientes con indicación médica como es en: problemas de Rh (-), diabetes materna, preeclampsia o ruptura prematura de membranas y en el parto; y como adyuvante en el manejo de aborto inevitable.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- **En el primer trimestre** se usa como 1.^a terapia para curetaje, en el segundo trimestre en el aborto.
- **Posparto:** Oxitocina es indicada para producir contracciones uterinas durante el 3.^{er} estadio de labor y en el control de sangrado posoperatorio, hemorragia.

b. Precauciones generales y contraindicaciones

Precauciones generales

No debe administrarse durante periodos prolongados en pacientes con inercia uterina resistente a oxitocina, toxemia preeclámpsica grave o trastornos cardiovasculares graves.

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad al fármaco.
- Hipertonía de las contracciones uterinas, sufrimiento fetal y cuando la expulsión no es inminente.
- Cualquier estado en que por razones fetales o maternas está contraindicado el parto por vía natural, como en el caso de desproporción cefalopélvica significativa, presentaciones anormales, placenta previa, presentación o prolapso de cordón umbilical; distensión uterina excesiva o disminución de la resistencia del útero como en mujeres multíparas, embarazos múltiples o antecedente de cirugía anterior incluyendo la cesárea.

c. Dosis y vía de administración:

La dosis de oxitocina está determinada por la respuesta uterina.

d. Inducción al parto o estimulación de las contracciones

Debe ser administrada en forma de perfusión intravenosa gota a gota o, de preferencia, por medio de una bomba de perfusión de velocidad variable. Para la perfusión gota a gota se recomienda mezclar asépticamente de 5 a 10 U.I. (1 a 2 ml) de oxitocina en una solución fisiológica y agitarse vigorosamente para asegurarse que la mezcla contiene 10 mU (miliunidades) de oxitocina por ml.

La velocidad inicial de perfusión se deberá fijar a 1-4 mU/min (2-8 gotas por min). Puede acelerarse gradualmente a intervalos no inferiores a 20 minutos, hasta establecer unas características de contracción análogas a las del parto normal. En el embarazo casi a término, esto se puede conseguir a menudo con una velocidad de perfusión inferior a 10 mU/min (20 gotas/min), siendo la velocidad máxima recomendada de 20 mU/min (40 gotas/min).

La frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, así como la frecuencia cardiaca fetal deben vigilarse cuidadosamente durante la perfusión.

En caso de hiperactividad uterina y/o sufrimiento fetal se interrumpirá la perfusión inmediatamente.

Operación cesárea: 5 U.I. por vía intramural o por inyección intravenosa lenta inmediatamente después de la extracción del feto.

Prevención de la hemorragia uterina durante el posparto: La dosis usual es de 5 U.I. por inyección I.V. lenta o de 5-10 U.I. por vía I.M., tras la expulsión de la placenta.

En pacientes a los que se les administra oxitocina para inducción del parto o estimulación de las contracciones, podría continuarse la perfusión a una velocidad acelerada durante el tercer periodo del parto y durante algunas horas después.

Tratamiento de la hemorragia uterina durante el posparto: 5 U.I. por inyección I.V. lenta o 5-10 U.I. por vía I.M. seguidas en los casos graves de perfusión intravenosa de una solución con 5-20 U.I. de oxitocina en 500 ml de un diluyente no hidratante a una velocidad necesaria para controlar la atonía uterina.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

Hemorragia puerperal, subinvolución uterina, loquiómetra: 2-5 U.I. por inyección I.M., repetida según las necesidades de cada paciente.

Aborto incompleto, inevitable o fallido con feto muerto: 5 U.I. por inyección I.V. lenta o 5-10 U.I. por vía I.M. seguidas, en caso necesario, por una perfusión intravenosa a una velocidad de 20-40 mU/min o más.

3.10. Inducción y conducción del trabajo de parto

Inducción

Alan H. (39), señala el objetivo de la inducción del parto como el “Procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas para conseguir un parto vaginal” y, lo conceptualiza como “Provocar a voluntad la aparición de contracciones en el útero grávido, antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, con el propósito de lograr el nacimiento”.

Por lo tanto, la inducción del trabajo de parto hace referencia a un conjunto de maniobras encaminadas a iniciar y mantener contracciones uterinas que modifiquen el cuello (borramiento y dilatación) y provoquen la expulsión fetal después de la semana 22 de gestación.

Indicaciones

Las indicaciones se refieren a aquellas situaciones obstétricas en las cuales el modo más conveniente de optimizar el desenlace materno-fetal es la inducción del trabajo de parto.

Cuando los beneficios de la inducción son más grandes que los riesgos de continuar el embarazo, esta serie de procedimientos para desencadenar el parto pueden justificarse como una intervención terapéutica, es decir, cuando los beneficios de finalizar la gestación para la madre y feto sobrepasan los beneficios potenciales de continuarla.

La práctica más común hasta hace poco tiempo ha sido el de inducir el trabajo a finales de la 42.^a semana de gestación. Sin embargo, estudios recientes han demostrado un mayor riesgo de mortalidad infantil

de los nacimientos en la 41.^a y en particular 42.^a semana de gestación, así como un mayor riesgo de lesiones a la madre y al bebé. Por lo tanto, la fecha recomendada para la inducción del trabajo de parto se ha trasladado al final de la semana 41 de gestación en muchos países, tales como Canadá y Suecia.

Las indicaciones no son absolutas; deben considerarse las particularidades maternas y fetales, la edad gestacional, el estado del cuello y otros factores.

Se indica en los siguientes casos:

- Cuando se sospecha de macrosomía fetal.
- Embarazo postérmino, es decir, si el embarazo ha pasado de las 42 semanas.
- Retardo del crecimiento fetal intrauterino.
- Cuando existe un marcado descontrol hipertensivo o se encuentra en situación de preeclampsia o eclampsia.
- Ruptura prematura de membranas, así como ruptura prematura de membranas pretérmino.
- Terminación prematura del embarazo.
- Muerte fetal en el útero.

Predictores

A mayor grado de madurez cervical, mejoran las probabilidades de lograr una inducción sin complicaciones. Por eso es fundamental hacer una valoración de las condiciones del cuello uterino o condiciones cervicales, basado fundamentalmente en el test de Bishop, también conocido como score de Bishop, el cual es un conocido sistema de puntuación que constituye un puntaje, que se usa como instrumento para objetivar y estandarizar la evaluación del cuello uterino previo a la inducción.



Cuadro 9. Tabla Score de Bishop

Puntaje de Bishop	0	1	2	3
Consistencia	Firme	+/- blando	Blando	-
Posición	Posterior	Semicentral	Central	-
Borramiento	0-30%	30-50%	50-80%	> 80%
Dilatación	Sin dilatación	1 cm	2 cm	> = 3 cm
Apoyo cefálico	>= espinas -3	Espinas -2 a -1	Espinas 0	> = espinas +1

Wikipedia. Tabla score de Bishop [Internet]. 2019 [citado 12/06/2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Inducci%C3%B3n_del_parto

Observaciones:

- El cuello es considerado desfavorable si el score de Bishop es menor o igual a 6, y favorable si es mayor a 6.
- Cuando suma un total igual o mayor a 7 las posibilidades de éxito de la inducción son altas.
- Una puntuación mayor de 9 indica que las probabilidades de un parto espontáneo son muy elevadas.
- Si la puntuación de Bishop suma 6 o menos, se suele recomendar la administración de un agente que contribuya a la maduración cervical antes de la inducción del parto.

Para la maduración cervical y la inducción del trabajo, existen enfoques no farmacológicos, que incluyen compuestos de hierbas, aceite de ricino, baños calientes, los enemas, el acto sexual, la estimulación de las mamas, la acupuntura, acupresión, estimulación nerviosa transcutánea, así como modalidades mecánicas y quirúrgicas.

Las modalidades o enfoques mecánicos y métodos quirúrgicos han demostrado eficacia para la maduración cervical o la inducción del trabajo de parto efectiva, aparte de las farmacológicas.

Algunos agentes farmacológicos disponibles para la maduración cervical y la inducción del trabajo incluyen las prostaglandinas, el misoprostol, la dinoprostona, la mifepristona y relaxina. Cuando el puntaje

de Bishop produce una puntuación favorable, el mejor agente farmacológico es la oxitocina.

Contraindicaciones

Antes de iniciar una inducción del parto hay que comprobar que no existan circunstancias que la contraindiquen y que señalen la realización de una cesárea electiva. Entre estas circunstancias, se señalan:

- Desproporción pélvico-cefálico
- Placenta previa centro-oclusiva
- Vasa previa
- Prolapso de cordón
- Situación transversa
- Circular de cordón a cuello
- Infección activa de VHS (virus herpes simple)
- Presentación anómala
- Antecedente de cesárea previa en lapso menor a dos años de periodo intergenésico.
- Antecedentes de dos o más cesáreas anteriores u otras intervenciones ginecológicas previas con apertura a cavidad endometrial.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Carcinoma de cérvix invasor.
- Ciertas malformaciones genitales.
- Condilomatosis importante del canal vaginal.

Riesgos de la inducción

- Hipertonía: contracción uterina mayor de 120 segundos.
- Taquisistolía: más de 5 contracciones en 10 minutos.
- Fallo en lograr el trabajo de parto.
- Hiperestimulación uterina con compromiso fetal (hipertonía, taquisistolía o hiperestimulación).
- Mayor riesgo de parto quirúrgico.
- Riesgo de rotura uterina.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Conducción

Es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo (40).

En conclusión, la “Conducción del trabajo de parto” se refiere al procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en una paciente que ya se encuentra en trabajo de parto y consiste en la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falta de avance en la dilatación del cuello uterino y descenso fetal.

Es importante destacar que se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto, solo si:

- a. Se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o dilatación;
- b. Si existe sospecha de compromiso de la unidad fetoplacentaria.

Métodos para la conducción del parto

La conducción del parto consiste principalmente en tres (3) métodos:

1. Rotura artificial de membranas (RAM) o amniotomía

Se define como RAM la metódica a partir de la cual se produce la pérdida de continuidad de las membranas ovulares, realizada en forma artificial a través del tacto vaginal y usando una pinza, manteniendo estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia. Este procedimiento busca influir en la actividad uterina aumentando su frecuencia, intensidad y duración, es decir, que su objetivo es acelerar el trabajo de parto.

Figura 19. Amniotomía



EcuRed. Amniotomía [Internet]. 2015 [citado 12/06/2020]. Disponible en: <https://www.ecured.cu/Amniotom%C3%ADa>

Es importante asegurarse que la cavidad pélvica esté completamente ocupada por la presentación (I plano de Hodge), para evitar prociencias de cordón que pueden ocasionar un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal. Para esto la amniotomía debe ser realizada con el útero en reposo y permitir que el líquido amniótico escurra lentamente, de tal manera que no se arrastre el cordón.

Técnica por la cual se genera perforación de la membrana amniótica

- Temprana: Se realiza con 1 o 2 cm de dilatación
- Tardía: Se realiza con 5 cm de dilatación

2. Aceleración oxitócica

Se busca obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos, manteniendo un buen control de los latidos cardíacos fetales (LCF). Si las condiciones clínicas y logísticas lo permiten, se hará monitoreo continuo de éstos, de manera especial cuando exista una prueba de trabajo de parto o se haya indicado en mujeres con una cesárea anterior. Frente a casos de taquisistolia ($DU \geq 6$ en 10 min) se deberá disminuir o suspender la dosis oxitócica. (Ver aparte relacionado con la oxitócica).

3. Analgesia

El dolor de labor de parto es un dolor agudo, de inicio a final bien definido y de una gran variabilidad individual. El dolor asociado con el trabajo de parto afecta a todas las parturientas causando alteraciones tanto maternas como fetales que interfieren con el desarrollo normal del proceso. Es aquí donde juega un papel importante la analgesia, la cual es definida como la pérdida o abolición de la sensibilidad dolorosa.

Actualmente se dispone de alternativas analgésicas epidurales efectivas para controlar el dolor, proveer un alto grado de satisfacción a las pacientes y lograr desenlaces favorables desde el punto de vista clínico y de laboratorio. En la actualidad la analgesia epidural es la forma más efectiva de control del dolor durante el trabajo de parto.

3.11. Episiotomía y episiorrafia

Episiotomía

La episiotomía (del griego ἐπίσιον “pubis” y τόμος “corte”) consiste en la realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné de la mujer, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, y cuya finalidad es la de ampliar el canal blando para abreviar el parto y facilitar la expulsión del feto. Es realizada con tijeras o bisturí y requiere sutura.

a. Clasificación de acuerdo con la orientación de la sección o el corte

- Lateral
- Mediolateral u oblicua
- Media

Es preferente la incisión mediolateral u oblicua en vez de una incisión en la línea media por poseer esta un mayor riesgo de daño al esfínter anal y al recto.

b. Objetivos o condiciones de indicación

Este punto es un tema controvertido y no existe acuerdo unánime en cuanto a su uso. Sin embargo, se hará un breve resumen de las opiniones favorables y las que no apoyan su indicación:

El objetivo según algunos autores es:

- Abreviar el periodo expulsivo y disminuir la morbilidad fetal.
- Evitar distensión de los tejidos y desgarro perineal.
- Prevenir prolapso genital y la incontinencia urinaria.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud indica que la episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada ya que no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales. De hecho, la evidencia sugiere que una política de episiotomía solo en casos necesarios disminuye el riesgo para la mujer respecto a su uso indiscriminado

Otros autores indican la episiotomía en las siguientes condiciones:

Para evitar desgarros vaginovulvoperineales (en controversia):

- Por distocias de hombro.
- Por estrechez o hipoplasia vulvovaginal.
- Por escasa elasticidad vaginovulvoperineal.
- Por exceso de volumen fetal.
- Por afecciones locales predisponentes (edema, condilomas o cicatrices).
- En primíparas.
- En perineo alto y excesivamente musculoso.

Para evitar trauma obstétrico y acelerar el período expulsivo:

- En el parto pretérmino.
- En la presentación pelviana.
- En el parto gemelar.
- En el sufrimiento fetal.
- En el período expulsivo demorado.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- **Para aplicaciones instrumentales sobre el polo cefálico.**
- **Para evitar el prolapso genital (en controversia).**

Episiorrafia

La episiorrafia (del griego *episeion*, pubis y *raphé*, sutura) es la intervención que consiste en la sutura de la herida quirúrgica denominada episiotomía que se realiza durante el parto. Se lleva a cabo suturando las caras internas de los labios mayores, es decir, consiste en la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto.

a. Clasificación según el tiempo transcurrido:

- **Precoz:** inmediatamente después del parto.
- **Tardía:** entre 12 y 24 hrs después del parto.
- **Secundaria:** se trata de una restauración cuando no hubo una cicatrización adecuada.

b. Técnica

Después de realizar la antisepsia de la región, la revisión del cérvix y canal del parto, se obtiene una visión general de cómo afrontar de mejor manera la herida. Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico.

Posteriormente se coloca una compresa o gasa larga de control para evitar que la sangre que sale del útero impida visualizar la sutura, ocluyendo nuestro campo de observación.

Primer tiempo

Se inicia la sutura de la mucosa vaginal con catgut crómico de 0 o 00 por detrás del ángulo o vértice vaginal (1 cm aproximadamente) con sutura continua.

Segundo tiempo

Se continúa con la reconstrucción de la capa muscular del periné. Se

utilizan de preferencia puntos separados, se suturan los músculos bulbocavernosos y las fascias superficiales.

Tercer tiempo

Se termina la episiorrafia con sutura continua subdérmica o con puntos superficiales separados que unan simultáneamente la fascia superficial y la piel.

- Después de realizar la antisepsia de la región, la revisión del cérvix y canal del parto, se obtiene una visión general de cómo afrontar de mejor manera la herida.
- Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico.
- Posteriormente se coloca una compresa o gasa larga de control para evitar que la sangre que sale del útero impida visualizar la sutura, ocluyendo nuestro campo de observación.

c. Conclusiones y aspectos importantes:

- Realizarla una vez se haya completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente.
- Tener siempre presente que una buena episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía.
- Se recomienda la introducción de gasas u otros materiales en vagina para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento; la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente, exponiéndolas a cuadros infecciosos.
- Se prefieren las suturas reabsorbibles (catgut - vicryl).
- Previo a su inicio debe ser verificado nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína otra vez, de ser necesario, y cumplir con los criterios de asepsia y antisepsia generalmente recomendados.

3.12. Transfusión sanguínea durante la gestación y parto

La transfusión de sangre es un procedimiento que se realiza con frecuencia en la que recibe la sangre a través de una vía intravenosa (IV) en uno de los vasos sanguíneos.

A pesar de que recibir una transfusión de sangre durante el embarazo no es algo que la mayoría de las mujeres quieren pensar, existen dos (2) condiciones que pueden justificar una transfusión de sangre durante el embarazo:

- Desarrollo de anemia grave cerca de su fecha de vencimiento.
- Hemorragia en algún momento durante su embarazo.

Al respecto señala Santonja Lucas, José (41):

La disponibilidad de la transfusión sanguínea, en especial de hemáties, es imprescindible para poder afrontar muchas intervenciones quirúrgicas ginecológicas, ha contribuido a la disminución de la mortalidad materna, en especial por hemorragias relacionadas con el parto, y ha permitido el tratamiento de las anemias fetales, en su mayor parte secundarias a la aloinmunización Rh, actualmente de baja frecuencia por la profilaxis con gammaglobulina anti-D.

El mismo autor expone ciertos aspectos de las transfusiones en relación con pacientes obstétricas durante la gestación y el parto:

I. Durante la gestación

La indicación de transfusión durante la gestación surge de dos tipos de problemas:

- Los relacionados con alteraciones de la implantación y placentación: en el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica, la placenta previa, donde las situaciones son semejantes a las que acabamos de analizar en ginecología.
- En patologías coincidentes relacionadas con enfermedades infecciosas (malaria), situaciones carenciales (síndrome de malabsorción) o problemas hematológicos (anemia de células falciformes).

II. En relación con el parto

- La tasa más alta de transfusiones en la paciente obstétrica se relaciona con los problemas del parto y el IV periodo, cuando se concentran casi el 90% de las indicaciones.

También explica más adelante que, de igual manera a las indicaciones ginecológicas, la indicación de la transfusión dependerá del “cuadro hemático preexistente, del riesgo futuro de hemorragia (es recomendable que la hemoglobina sea superior a 9 g/dl. cuando se inicia el parto, o de 10 g/dl. si el riesgo de hemorragia es alto), de la rapidez de la pérdida sanguínea y de la clínica resultante. Mientras es difícil valorar la pertinencia de las transfusiones por hemorragias agudas, casi la mitad de las transfusiones que se indican en el puerperio no son pertinentes. Se propugna una mayor agresividad en la terapia férrica, incluso con su administración intravenosa”.

3.13. Lactancia materna. Apego precoz y alojamiento conjunto

Leche materna

Ayela, Trinidad (42) define la leche materna como: [...] un líquido creado por el cuerpo, su estructura cambia según la etapa y necesidades del bebé. Estableciendo un aporte insuperable y completamente único que el niño recibe de su madre. Desde la perspectiva nutricional en la actualidad no se ha creado ningún producto que se equipare a la leche humana.

La leche materna o leche natural ha sido denominada como la “sangre blanca” y su estructura es inestable, dependiendo del periodo en el que se encuentre: calostro, leche de transición y leche madura.

Por tanto, se clasifica en:

- **Calostro:** Es la leche que se produce desde el embarazo hasta los primeros de 3 a 5 días después del nacimiento.
- **Leche de transición:** Se produce después del calostro, hasta

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



los 10 o 14 días después del parto.

- **Leche madura:** Hasta el final de la lactancia.

Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (43) define la lactancia materna como “el proceso de alimentación del niño/a con leche que produce su madre...”.

Y Ayela, Trinidad (42) expresa la “lactancia materna exclusiva”: “Se denomina el hecho que ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida”.

Beneficios de la leche materna

Los principales beneficios de la leche materna se pueden sintetizar desde diferentes perspectivas, de la siguiente manera:

a. Beneficios para él niño

- a. La leche materna le aporta al bebé todos los nutrientes.
- b. Le proporciona mejor desarrollo psicomotor, emocional
- Fomenta una buena relación madre-hijo o hija.

b. Beneficios para la madre

- Es práctica, porque está disponible.
- Previene la formación de quistes mamarios.
- Es importante por sus propiedades anticonceptivas.
- Disminuye el riesgo de anemia, cáncer de seno.

c. Beneficios para la familia

- No tiene costo
- Está disponible en todo momento.

d. Beneficios para la sociedad

- Disminuye la mortalidad infantil.

- Previene la malnutrición infantil (desnutrición y obesidad).
- Disminuye las enfermedades infantiles (diarreas agudas).

De manera general la literatura especializada en la materia indica una serie de beneficios de la lactancia materna:

- La alimentación del recién nacido basada en leche materna cumple un papel fundamental en el inicio de la nutrición, dado que a nivel mundial la primera causa de muerte infantil en esta etapa de vida es la malnutrición, por ser considerada un factor de riesgo para desarrollar patologías infecciosas.
- En las primeras 6 semanas de vida del recién nacido cada vez que se alimenta con leche materna, se produce el estímulo del reflejo gastrocólico, aumentando el número de deposiciones, disminuyendo la recirculación enterohepática y, por consiguiente, la ictericia neonatal temprana (44).
- Los niños que toman leche materna directamente del pecho tienen menor riesgo de padecer enfermedades agudas y crónicas, las cuales se presentan en menor ocurrencia en los recién nacidos amantados con el seno materno con respecto a los que son alimentados por biberones, que fácilmente permiten la inoculación, entre ellas: la gastroenteritis *bacteriana por E. Coli, Salmonella, Shiguella*, y enterocolitis, que ocasionan alteraciones digestivas como disentería y deshidratación.
- Entre las enfermedades crónicas no transmisibles menos recurrentes están la obesidad y la desnutrición crónica, lo cual se ha evidenciado por estudios en pacientes que han recibido lactancia materna precoz y prolongada de 4 hasta 6 meses.
- Se ha observado que la succión al pecho previene la maloclusión, respiración bucal y paladar ojival (45) ya que al amamantar, el bebé obtiene la leche por acción de la lengua que, colocada por debajo del pezón y la areola, la exprime por movimientos peristálticos que genera presión negativa, hacia el fondo del paladar, en un verdadero ordeño.
- Favorece la relación madre-hijo por ser el primer vínculo afectivo

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



entre ambos, lo cual estimula el desarrollo cognitivo y establece una personalidad segura.

- Beneficia a la madre debido a que funciona como analgésico inmediatamente después del parto, reduce la respuesta al estrés, origina la involución del útero influida por la hormona oxitocina, lo cual reduce el sangrado y provoca amenorrea de la lactancia materna, previniendo el riesgo de padecer anemia, también se relaciona con la pérdida rápida de peso adquirida en el embarazo y menor ocurrencia de cáncer de ovario y seno (45).

El amamantar también aporta ventajas ecológicas y sociales, debido a que la cultura de la lactancia materna se aprecia como un conjunto de paz y armonía. “Se ha reconocido que la práctica de amamantamiento protege la naturaleza, respeta la tierra y armoniza con el ambiente”(44).

Lactancia materna precoz

La lactancia materna es el acto de alimentar al recién nacido a través de la madre inmediatamente después del parto, mediante el estímulo de la glándula mamaria que produce leche humana, contiene todos los macro y micronutrientes esenciales para cubrir los requerimientos energéticos óptimos para el inicio del desarrollo y crecimiento del niño.

La lactancia materna es considerada por la Unicef (46) como la forma más eficaz de suministro de alimento al neonato que se deduce como uno de los principales y más esenciales derechos del ser humano.

Beneficios de la lactancia materna precoz

- La primera succión de calostro por el recién nacido, al momento de nacer, posee un beneficio único sobre la nutrición y vitalidad del niño por “el alto contenido de proteínas y de vitaminas solubles en grasa y por sus propiedades antiinfecciosas constituye la primera inmunización del niño” (46).
- El líquido materno tiene diversos elementos que aportan al incremento y conservación de la inmunidad en el recién nacido,

debido a que son los responsables de transmitir las primeras defensas inmunes para evitar enfermedades infecciosas, esto diferencia a los RN nutridos con leche humana de los que toman sucedáneos.

- Las muestras de calostro y de leche madura, indican en varios estudios, la presencia de anticuerpos IgA anti-adhesinas del E. Coli entero patógeno. La IgA calostrual actúa también como opsonina promoviendo la muerte de estas cepas a través de los fagocitos del calostro.
- La primera succión de leche materna causa una descarga de gastrina y entero glucagón (producida por el estímulo de los triglicéridos de la leche) con cambio en la insulina plasmática y la glicemia, estos efectos pertenecen al inicio de la nutrición extrauterina.
- La hidrólisis de los lípidos de la leche empieza por la acción de la lipasa gástrica o lipasa lingual, promoviendo la división de los lípidos de la leche, esta ruptura original es primordial para prolongar el metabolismo de la grasa e incrementar la concentración de ácidos grasos libres, en conclusión, los triglicéridos son plenamente digeridos a glicerol y a ácidos grasos libres.
- Se ha comprobado, asimismo, que los bebés que toman leche materna desde el nacimiento conservan cifras altas de osteocalcina, esta proteína es sintetizada por los osteoblastos e incorporada a la matriz del hueso, creando sensibilidad para la constitución ósea, esta cifra aumenta tres veces más en los niños que continúan con lactancia materna hasta la edad de dos (2) meses comparado con los que toman sucedáneos.

Apego precoz

Para París Sánchez, Beltramino, & Copto (45) el apego precoz es el acto de colocar al niño sobre el abdomen de la madre inmediatamente después del parto, conservándolo a temperatura adecuada mediante el contacto piel a piel, envuelto únicamente con una tela tibia y seca sin alejarlo de su mamá en los 70 minutos posteriores al parto, que induce

La succión precoz del seno acelera la liberación de las hormonas que tienen dos acciones de relevancia; la primera es excitar la mayor producción de leche, la segunda es facilitar la salida de la placenta disminuyendo el riesgo de hemorragia posparto (49).

Además, el contacto precoz piel a piel influye en la regulación térmica que es un elemento importante para la prevención de la muerte del neonato, esta constituye una táctica barata, segura y efectiva para mantener su temperatura (48).

Los recién nacidos que gozan de apego precoz con sus madres recorran antes su glucemia y su equilibrio metabólico, desarrollan la flora materna beneficiosa, asimismo, existe una disminución en el llanto en comparación a los que se encuentran solos en una cuna, según la Asociación Española de Pediatría (AEP) (49).

Asimismo, el apego precoz, beneficia al vínculo afectivo entre la madre y el neonato, esto se realiza en condiciones óptimas para que las primeras relaciones se establezcan adecuadamente, pues la calidad del contacto o vínculo emocional creado entre madre e hijo se convierte en la raíz de su futuro incremento emocional y cognitivo. Indica la Asociación Española de Pediatría (50):

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura.

También se indica que a través del contacto piel a piel de la madre-hijo, el bebé siente el cariño y soporte de su madre, lo que crea el desarrollo de la confianza y seguridad en sí mismo. La lactancia forma la unión

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

entre madre-hijo que se produce en el embarazo, lo cual favorece el equilibrio emocional y afectivo del recién nacido. Se crea una ayuda mutua en el acoplamiento del proceso de separación, estableciendo un entendimiento exclusivo entre madre e hijo.

Por último, el apego precoz evita el síndrome denominado “Síndrome de confusión de pezón” el cual indica que la succión del pecho y del biberón es distinta y muchos bebés pueden confundirse y pretender mamar del pecho colocando labios y lengua como si se tratara de un biberón, lo que puede ocasionar lesiones en el pezón, tomas ineficaces y rechazo del pecho. Algunos bebés presentan problema para adherirse debidamente al seno y las madres manifiestan que a sus hijos les disgusta la leche de su pecho, la aclaración a este acontecimiento está en la diferencia entre la succión al pecho y con tetero. El repudio del líquido materno es ocasionado por la forma de succión distinta que ejerce el niño, por su cerebro inmaduro no logra ejecutar los dos (19) diferentes actos y al no conseguir leche niega el seno materno (44).

3. Alojamiento conjunto

Para la Asociación Española de Pediatría (AEP) (49), el alojamiento conjunto consiste en la ubicación del neonato y su madre en el mismo dormitorio durante las primeras 24 horas favoreciendo el vínculo madre-hijo-familiar, además del contacto precoz, apoya la lactancia materna debido a que el recién nacido puede alimentarse cada vez que lo desee, estimula un mejor agarre, mamada y vaciamiento del seno.

El alojamiento conjunto constituye uno de los diez pasos para una lactancia natural, en maternidades y establecimientos donde se atienden partos se indica que es fundamental la práctica del alojamiento conjunto con el fin de que la madre y la persona que la acompañe en la sala de posparto conozca rápido al bebé y se familiarice reconociendo su llanto, lo cual hace que la madre responda de manera rápida cuando el niño manifieste signos de hambre.

La interacción continua de contacto óptico y dérmico entre madre y recién nacido, establecida inmediatamente después del parto debe conservarse, y es necesario que la mamá no tenga prohibiciones de estar con el bebé. Por ende, el alojamiento conjunto debe evitar la práctica habitual de tener al recién nacido y a la madre en distintas salas limitando las visitas (51).

Este proceso tiene mucha importancia ya que el permanecer en una sola habitación madre e hijo y familiar favorece la colonización de la piel del niño y de su tracto gastrointestinal con los microorganismos de la madre, que tienden a ser no patógenos contra los cuales ella tiene anticuerpos en su propia leche. De esta forma los niños se ven expuestos a los gérmenes contra los que más adelante desarrollarán una inmunidad activa.

Se ha demostrado que, en cambio, los recién nacidos que se mantienen en nidos tienden a verse expuestos a las bacterias del personal hospitalario que, en general, son más patógenos y con frecuencia resistentes a muchos antimicrobianos, y contra los cuales la leche de la madre no contiene anticuerpos específicos.

Osorio, Rossello, & Capurro (52) indican que el proceso de alojamiento conjunto simboliza un progreso en la atención del recién nacido ya que promueve al lazo afectivo entre la madre, el hijo y el familiar, lo cual permite una relación íntima y, por otro lado, se crea un vínculo entre madre-pediatra, de esta forma el médico proporcionará instrucciones sobre los cuidados del neonato e impulsará a la madre a que acuda a los controles mensuales que el bebé necesita para la comprobación de un correcto desarrollo y crecimiento.

Ventajas de alojamiento conjunto

Según Correa, Gómez, & Posada (44) entre las ventajas, se encuentran:

- Educa a la madre para que atienda a su hijo.
- Aumenta el número de madres que dan de lactar a su hijo.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



- Disminuye la morbimortalidad de los niños en el primer año de vida.
- Consolida la conexión psicoactiva padres-RN.
- Reduce el estrés, angustia, intranquilidad y sentimiento de abandono de la madre.
- Se afianza en la labor de madre protectora.
- Adquiere experiencia en la atención del niño.
- Impulsa la colaboración de cuidados por parte del padre al hijo.
- Aumenta la autoimagen como padre, incrementando el sentido de amparo

3.14. Definición de puerperio normal y patológico

Puerperio

El puerperio es un concepto que tiene su origen etimológico en el vocablo latino *puerperium*, La noción permite nombrar la etapa que atraviesa una mujer después de dar a luz y antes de recuperar el mismo estado que tenía previo a quedar embarazada.

El puerperio comprende un período que se extiende de manera convencional hasta 45-60 días del posparto, en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido.

González Merlo (53), lo define:

El puerperio es un periodo de transformación de orden anatómico y funcional que comienza al término del periodo del alumbramiento, el cual se caracteriza por regresar a un estado no gravídico. Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad.

Desde el punto de vista clínico, se divide en diferentes etapas o momentos evolutivos:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 hs posteriores



al nacimiento.

- Puerperio precoz: abarca del 2.º al 10.º día posnatales.
- Puerperio alejado: se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto.
- Puerperio tardío: abarca desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento. De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades, CIE 10, este período se extiende hasta los 364 días cumplidos.

Puerperio normal

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de éstas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Solo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Es decir, que el puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparece la primera menstruación.

Se puede clasificar atendiendo al tipo de evolución, en:

- **Puerperio fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- **Puerperio patológico**

Puerperio patológico

Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relacionada con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa puede provocar una evolución patológica del puerperio. Entre sus principales síntomas se encuentran: fiebre o dolor en bajo vientre, el sangrado anormal y fetidez.

3.15. Cuidados inmediatos, mediatos y tardíos en el puerperio posparto y poscesárea

Cuidados inmediatos, mediatos y tardíos. Puerperio posparto.

a. Cuidados locales

- Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha diario y se evitará el de inmersión.
- La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua tibia y jabón neutro o antiséptico, por lo menos 2 veces al día o luego de las deposiciones.
- Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas.
- La episiotomía debe mantenerse limpia, y seca.
- Una vez finalizada la limpieza, es necesario colocar un apósito, compuesto por una planchuela de algodón hidrófilo rodeado de gasa.
- No se debe utilizar algodón directamente, porque al retirarlo, las hilachas que quedan adheridas favorecen la contaminación. El apósito se renovará varias veces al día.

b. Antiespasmódicos y analgésicos

El dolor en el puerperio inmediato o después de un parto normal puede ser causa de la episiotomía o de los dolores tipo cólicos en el hipogastrio (entuerros).

- Para el tratamiento del dolor se prescriben antiespasmódicos y analgésicos del grupo AINE (paracetamol, diclofenaco, ibuprofeno).

c. Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna:

- Se debe vigilar el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta y la prendida del bebé.
- Realizar hincapié en la importancia del amamantamiento a libre demanda.
- El profesional de salud debe conocer y transmitir los beneficios



tanto para la madre como para el bebé a corto, mediano y largo plazo de la lactancia materna.

- Anticonceptivos orales, se indicarán aquellos formulados solo de progestágeno (minipíldora), sin estrógenos, ya que los estrógenos son secretados por la lactancia materna.
- La lactancia materna exclusiva mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo de manera frecuente anovulación. Sumado a eso, el mecanismo de acción de la progesterona, que produce un espesamiento del moco cervical, dificultando el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, provee una anticoncepción altamente efectiva.
- Si la lactancia materna no es exclusiva, este anticonceptivo disminuye su efectividad.

d. Vacunación en el puerperio

- Antigripal: se indicará en caso de no haber recibido la misma durante el embarazo o si transcurrieron más de 12 meses de la última dosis.
- Doble viral (rubéola y paperas): única dosis si no recibió nunca la misma.
- Triple bacteriana acelular (dTpa): se indicará en caso de no haber recibido la misma durante el embarazo.
- Hepatitis B: se indicará solo si existen factores de riesgo (ver otras vacunas durante el embarazo).

Cuidados inmediatos, mediatos y tardíos. Puerperio poscesárea.

a. Cuidado de la herida

- Las puérperas de poscesárea recibirán indicaciones para el cuidado de la herida que deberán realizar en su casa, antes de concurrir al primer control puerperal en el centro de salud. Las indicaciones incluirán:
- Descubrir diariamente la herida, previa higiene de manos y cepillado de uñas.
- Realizar cura plana con gasas estériles embebidas en alcohol

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

de 96° o antiséptico tipo Iodopovidona.

- Observar signos de alarma como: dolor, rubor, tumefacción o secreción. Si aparece alguno de estos signos luego del alta a las 72 horas del posoperatorio, consultar al centro de salud más cercano al domicilio.
- Cubrir nuevamente la herida con gasa estéril y seca, y sostener con cinta adhesiva, hasta el día siguiente.

b. Analgésicos y antibióticos

- Antibióticos, en caso de ser necesarios y prescritos.
- Analgésicos del grupo AINE
- Paracetamol 500 mg c/ 6-8 hs
- Ibuprofeno 400 mg c/ 6-8 hs
- Diclofenaco 50 mg c/ 6-8 hs.
- Además de las anteriores, durante el primer control puerperal, al 7.º día del posoperatorio, se realizará la cura plana y la evaluación de la herida en el centro de salud por el profesional a cargo del control puerperal. En caso de identificar alguno de los signos de alarma se evaluará el riesgo. De ser necesario, será derivada a un centro de complejidad.

Se realizará un 2.º control a los 14 días del posoperatorio y se evaluará la herida teniendo en cuenta el retiro de los puntos de sutura de piel.

3.16. Regulación de la temperatura corporal

Fiebre en el puerperio: se define como fiebre en la paciente posparto a la detección de dos o más picos febriles $> 38^{\circ}\text{C}$ que se manifiesta entre el 1.º y 10.º día del puerperio.

La causa de la fiebre es detectable al realizar un examen físico completo y éste debe abarcar tanto las áreas genitales como extragenitales. Se deben solicitar, además, exámenes complementarios, tales como hemograma completo, urocultivos, hemocultivos, muestras de punciones y aspiraciones de áreas flogóticas para cultivo.

Entre los cuadros clínicos que de manera frecuente originan fiebre en el puerperio está:

La endometritis, es la infección del endometrio y decidua (si se extiende al miometrio se denomina endomiometritis).

La endometritis puerperal, es una infección polimicrobiana (cocos Gram positivos aerobios y anaerobios; bacilos Gram negativos aerobios y anaerobios).

- Cuando una paciente manifiesta fiebre alta y sostenida en las primeras 24 a 48 horas posparto, es importante considerar al estreptococo *agalactiae* y al hemolítico grupo A.
- En las endometritis tardías (14 a 40 días posparto), puede estar involucrada la *Chlamydia trachomatis* y debe ser contemplada en la elección del esquema antibiótico empírico.

En pacientes con fiebre y descartados otros focos, se debe comenzar con tratamiento antibiótico empírico y se evaluará la respuesta al tratamiento.

- Se sugiere utilizar en el tratamiento empírico, antibióticos con cobertura para bacilos Gram (-), estreptococos y anaerobios.
- Los antibióticos generalmente no modifican las manifestaciones clínicas en las primeras 24 horas de evolución, pero evitan que la infección se torne más severa.

3.17. Infección puerperal

Definición

Para González Merlo (53), la infección puerperal es:

[...] un proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el cuarto periodo del parto por dos elevaciones febriles mayores a 38 °C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del parto.

Otras clasificaciones realizadas los especifican así:

Específicos

a. Durante el embarazo

- Control prenatal deficiente.
- Infecciones de vías urinarias recurrentes o mal controladas y cervicovaginal.
- Procedimientos invasivos.
- Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas.
- Patologías presentes durante el embarazo.

b. Durante la cesárea

- Técnica quirúrgica inadecuada.
- Tiempo quirúrgico prolongado.
- Cesárea de urgencia.

Etiología

La infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital de las mujeres. La sinergia entre la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado y la condición de resistencia antibiótica de las pacientes aumenta potencialmente la patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son:

1. **Aerobios:** Estreptococos (A, B, D); Enterococos; *Escherichia coli*; *Klebsiella*; *Staphylococcus aureus*; *Gardnerella vaginalis*.
2. **Anaerobios:** Bacteroides spp; *Peptostreptococcus* spp; *Clostridium*; *Fusobacterium*
3. **Otros:** *Ureaplasma urealyticum*; *Mycoplasma hominis*; *Chlamydia trachomatis*

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



Tipos de infección

a. Localizada

- Endometritis - endomiometritis.
- Vía ascendente (como puerta de entrada a infecciones altas de los genitales internos y el peritoneo).

b. Generalizada

- **Por continuidad**
- Salpingooforitis
- Pelvipерitonitis

Hemática

- Tromboflebitis séptica pélvica
- Shock séptico
- Septicemia

Linfática

- Celulitis pélvicas
- Parametritis
- Peritonitis

3.18. Mastitis puerpera

Definición

La mastitis es una afección inflamatoria de la mama, que puede estar acompañada o no de infección. Casi siempre se asocia a la lactancia por lo que es conocida como mastitis puerperal o mastitis de lactancia.

Aspectos fundamentales de esta complicación del puerperio

- Es una de las principales causas por lo que se suspende la leche materna.
- Se han identificado tres factores como determinantes de la génesis de la mastitis: colonización materna por *Staphylococcus aureus*, flora nasofaríngea del recién nacido y la estasis de leche.

- Generalmente se presenta después de la primera semana postparto.
- Muchas pacientes con este diagnóstico revelan déficit en la técnica de amamantamiento, así como, antecedentes de episodios de mastitis en gestas previas.
- El personal médico desempeña un papel muy importante en la detección de aquellas mujeres que presentan los primeros síntomas en el posparto.
- Se debe dar información acerca de los cuidados que se debe tener con las mamas para así evitar una mastitis.

Clasificación

La mastitis se clasifica en:

- **No infecciosa:** Se origina por la aparición de la inflamación de la mama por la retención de leche. Habitualmente se produce por un mal vaciado de la mama, y en ciertos casos, este tipo de mastitis puede evolucionar a una mastitis infecciosa.
- **Mastitis infecciosa:** Es un cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, puede ser generalmente unilateral.
- Los agentes más frecuentes involucrados son: el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, también pueden estar presente bacterias tipo estreptococo, *haemophilus* o *Escherichia Coli* y con menor probabilidad, las enterobacterias
- La muestra de leche tendrá recuentos de leucocitos $> 106/ml$ y recuento bacteriano $> 103/ml$; sin embargo, el diagnóstico es generalmente clínico.
- Las maneras de contagio de estos microorganismos son aquellas que pueden favorecer la infección como a través de las manos y la vestimenta de la puérpera hasta las fisuras o grietas del pezón donde alcanzan los conductos galactóforos, también puede ser por antecedentes de mastitis.
- Otras vías de trasmisión pueden ser: canalicular o linfática, he-

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA



matógena. (El recuento de leucocitos en la leche, el recuento de colonias de bacterias y el cultivo pueden ser pruebas útiles para diferenciar la mastitis infecciosa de la no infecciosa).

- **Crónica:** comienza como complicación de un tratamiento ineficaz y tardío de una mastitis originaria.
- **Micótica:** aparece luego de una mastitis tratada con antibióticos, la cual se produce en gran parte por *Candidas albicans*.
- **Manifestaciones clínicas**
- Los síntomas se manifiestan por una induración dolorosa en la superficie de la mama generalmente es unilateral, acompañado de inflamación enrojecimiento, hinchazón y calor en la zona.
- Puede presentar fiebre de 39-40 °C junto con escalofríos.
- La infección puede organizarse y puede formar un absceso mamario (colección purulenta bien delimitada)
- Se acompaña de dolor y sensibilidad de las mamas 3-5 días después del parto, mamas agrandadas, duras con adenopatías axilares, por lo que es importante diferenciar del cuadro clínico de la ingurgitación mamaria.

Diagnóstico

- El diagnóstico de mastitis y abscesos superficiales se realiza a través del examen físico. En general son subareolares y se identifican al palpar el área eritematosa y dolorosa.
- Dado el actual aumento de prevalencia de esta patología y su mayor gravedad, la sospecha de mastitis requiere la consulta inmediata. Algunas estructuras de la mama (ligamentos de Cooper), actúan como barrera para mantener el proceso restringido a un solo lóbulo.
- Las colecciones retromamarias son más difíciles de identificar y en estos casos la mamografía o ecografía es necesaria.

Tratamiento

- El tratamiento antibiótico y el drenaje manual de la glándula deben ser establecidos precozmente. En general, se trata de una

patología no complicada que puede ser adecuadamente tratada en forma ambulatoria, sin embargo, es importante indicar reposo para la madre y licencia por enfermedad si trabaja en relación de dependencia.

- El tratamiento farmacológico solo será indicado por un profesional médico.
- Las cefalosporinas de primera generación (250 a 500 mg cada 6 horas) por vía oral durante 7-10 días son la primera opción terapéutica, siempre que no se sospeche *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente.
- Amoxicilina/ácido clavulánico (500 mg/125 mg cada 8 horas) y TMP-SMZ (800 mg/160 mg cada 12 horas).
- Clindamicina 300 mg c/8 hs por iguales períodos.
- Algunos autores recomiendan eritromicina, ampicilina o penicilinas cuando se aíslan microorganismos sensibles. Solo en casos excepcionales deberá indicarse antibióticos parenterales (compromiso del estado general o falla de respuesta al tratamiento).
- Ante el diagnóstico de absceso se indicarán antibióticos y se puede plantear los mismos esquemas referidos para la mastitis, debe realizarse el drenaje por punción o quirúrgico, y enviar material a cultivo y a estudio anatómo-patológico.
- Se suspenderá transitoriamente la lactancia de la mama afectada, empleando técnicas suaves de ablandamiento (masaje y/o extracción manual para mantener buen flujo y no disminuir la producción).

Prevención. Medidas de prevención señaladas para posibles dificultades de la lactancia.

- Atención temprana de grietas, fisuras y pezones dolorosos.
- Detección temprana de madres con episodios de mastitis en gestas previas.

Ingurgitación mamaria

Es la presencia de edema en ambas mamas, brillantes, turgentes y

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

pletóricas. Las mamas están blandas a la palpación, sin fiebre y sin eritema y aparece entre el 2.º y 6.º día posparto.

Las pacientes que lo sufren manifiestan sensación de calor, plenitud y pesadez en las mamas durante la aparición de diversos cambios fisiológicos que dan lugar a la producción de leche. Estos cambios se deben a un aumento y dilatación de la irrigación vascular, los leucocitos se instalan entre las células secretoras y al cúmulo de leche para fabricar inmunoglobulinas.

El tratamiento curativo debe realizarse tempranamente, ya que cuando el proceso infeccioso es inicial es posible evitar su evolución a complicaciones mayores.

Se debe elevar la mama con vendajes, telas adhesivas.

La lactancia es interrumpida temporalmente en la mama afectada, por lo cual ésta debe ser vaciada.

Si la mujer no amamanta y presenta ingurgitación o mastitis: administre antibioticoterapia efectiva con uno de los siguientes regímenes:

- Dicloxacilina 500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Eritromicina 250-500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Cefalexina 500 mg VO c/6 horas por 10 días.
- Amoxicilina 500 mg VO c/8 horas por 10 días.

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

BIBLIOGRAFÍA



EDICIONES **MAWIL**

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Materna. [Online].; 2015. Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/es/.
2. Loaiza J. Temas Obstétricos Selectos. Normas y pautas del Departamento de Ginecología y obstetricia Yaracuy: Hospital central "Dr. Plácido D. Rodríguez R."; 2019.
3. Médicos Ecuador. Guía médica Ecuador. [Online].; 2017. Available from: <https://www.medicosecuador.com/>.
4. Obstetricia de Schwarcz. Normas y protocolos del MINSA. [Online].; 2008. Available from: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/MINSA%20Normativa%2011%20Normas%20y%20Protocolos%20para%20la.pdf>.
5. Ministerio de Salud. México. Normativa - 011 Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo. [Online].; 2008. Available from: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-anteriores&alias=163-i-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-puerperio&Itemid=235.
6. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario Médico. [Online].; 2020. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico>.
7. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Componente Normativo Materno Neonatal. [Online].; 2008. Available from: <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Prestaciones/bt172%20-%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de salud. [Online].; 1986. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de promoción de la salud. [Online].; 1998. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1.
10. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles. Acuerdo Ministerial 5212 Registro Oficial Suplemento 428 de 30-ene.-2015 Estado: Vigente No. 00005212. [Online].; 2015. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/>

- Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf.
11. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Registro Oficial No. 258- Viernes 08 de junio de 2018. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del sistema nacional de salud. [Online].; 2018. Available from: <https://www.derechoecuador.com/registro-oficial/2018/06/registro-oficial-no-258-viernes-08-de-junio-de-2018->.
 12. Ministerio de Salud Pública Ecuador Oficio Número D0001203. Expedir la tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud. [Online].; 2019. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>.
 13. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Octava edición. 2017. [Online].; 2017. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>.
 14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Online].; 2016. Available from: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/ANC-OverviewBriefing-letter-SP.pdf>.
 15. Sevilla Miguélez L. Enfermería en la salud de la mujer. Tema 14. Cambios biofísicos y psicosociales en el embarazo normal. [Online].; 2018. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/673/course/section/670/tema_14.pdf.
 16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. [Online].; 2013. Available from: https://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/.
 17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Control Prenatal. Recomendaciones. [Online].; 2016. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
 18. Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Online].; 2013. Available from: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

19. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización-MSP Guía de Práctica Clínica (GPC) Control Prenatal. [Online].; 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
20. Ministerio de Salud del Perú. Normas legales. [Online].; 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
21. Zabala, J. Ginecología militar. [Online].; 2014. Available from: <http://ginecomilitar.com/beneficios-del-parto-psicoprofilactico>.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Propuesta. Norma psicoprofilaxis Obstetrica. Estimulación prenatal. [Online].; 2014. Available from: aplicaciones.msp.gob.ec. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722.
23. Carabantes A. Todo Maternidad. [Online].; 2014. Available from: <http://www.todomaternidad.com/informacion/nuestros-profesionales/la-comadrona/354-empoderamiento-de-la-mujer-en-el-embarazo>.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Primera edición. Quito: MSP, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. [Online].; 2017. Available from: <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>.
25. Báez F, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. AQUICHAN. 2009; 9(2).
26. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. [Online].; 2018. Available from: <pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>.
27. Marsden W. El cuidado maternal en España: La necesidad de humanizar el parto. Medicina Naturista. 2006;(10): p. 598-610.
28. Pascali V, Bottone A. Problemas bioéticos, deontológicos y médico-legales de la medicina perinatal. Revista Internacional de Bioética, Deontológica y Ética Médica. Universidad Anáhuac. 1993; IV(2).

29. Agudelo-Londoño S, González-Ortiz L, Vélez-Álvarez G, Gómez-Dávila J, Gómez-Arias R. Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(30).
30. Laako H. Los derechos humanos en los movimientos sociales: El caso de las parteras autónomas en México/Human rights in social movements: The case of autonomous midwives in México. *Revista Mexicana De Ciencias Políticas y Sociales.* 2016; 61(227).
31. Zabaleta J. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio del Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. [Online].; 2015. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf;-jsessionid=31A6CA5D5F0679586EF26D243D071117?sequence=1.
32. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la Partería Profesional. Washington, D.C: USAID; 2006.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. In Organización Mundial de la Salud. *Lancet.*: ACPAM; 1985. p. 436-437.
34. Lowdermilk D, Perry S. *Enfermería materno infantil España*: Ed. Océano; 1997.
35. Ovalle Cabrera D, Rosales P, Palma S, Echeverría G. OPS/OMS Guatemala – Documentos. [Online].; 2011. Available from: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518.
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidado en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Online].; 1996. Available from: index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf.
37. Martínez Arredondo E. Qué es el parto inducido. [Online].; 2017. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/2017/06/14/-parto-inducido-143407.html#:~:text=El%20parto%20inducido%20es%20aquel,-del%20Servicio%20de%20Obstetricia%20del>.
38. Villacaqui R, Mosquera V, Olivencia M, Penaranda A, Herrera I. Partograma con curvas de alerta en pacientes de la altura. *Ginecología y Obstetricia.* [Online].; 1998. Available from: spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/

ENFERMERÍA EN GÍNECO-OBSTETRICIA

- view/986.
39. DeCherney A, Nathan L, Goodwin M, Laufer N. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos: Manual Moderno; 1997.
 40. O Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol*. Pag. 1984; 63(4).
 41. Santonja Lucas J. Transfusión en Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2006. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/trasnfusiones_obstetricia.pdf.
 42. Trinidad A. Lactancia Materna. [Online].; 2009. Available from: <https://books.google.com.ec/books?id=PoLGDeSJyHIC&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna+pdf&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi94vyvnMPMAhUJ1B4KHR-BABsQ6AEISTAI#v=onepage&q&f=false>.
 43. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Lactancia Materna. [Online].; 2016. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/.
 44. Correa J, Gómez J, Posada R. Fundamentos de pediatría: Corporación para investigaciones biológicas CIB; 2015.
 45. París E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Pediatría. 6th ed.: Editorial Panamericana; 2013.
 46. Unicef. Hacia la promoción y rescate de la Lactancia Materna. [Online].; 2010. Available from: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>.
 47. Aguayo J. La lactancia Materna: Universidad de Sevilla; 2001.
 48. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Relación entre el alojamiento conjunto y la adecuada: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 49. Asociación Española de Pediatría (AEP). Manual de Lactancia Materna. Sevilla, Madrid: Médica Panamericana S.A.; 2008.
 50. Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [Online].; 2012. Available from: <https://www.aeped.es/comi->



te-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna.

51. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural : la función especial de los servicios de maternidad / declaración conjunta OMS/UNICEF Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
52. Osorio A, Rossello J, Capurro H. Perinatal. [Online].; 1995). Available from: <http://perinatal.bvsalud.org/vhl/fuentes-de-informacion/texto-completo/>.
53. González M, Vicens L, González F, González B. Obstetricia: Elsevier; 2018.

1^{ra} EDICIÓN

ENFERMERÍA en Gineco-Obstetricia

AUTORES INVESTIGADORES

Patricia Alexandra Espinoza Loja
 Angélica Carolina Guaraca Pino
 Prissila Banesa Calderón Guaraca
 Ana Beatriz Guapacasa Yanza

ISBN: 978-9942-602-21-3



© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

ENFERMERÍA EN GINECO-OBSTETRICIA

