

GUÍA PARA PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ÁREA MATERNAL

CONCEPCIÓN CARNICER FUENTES
OLGA PALOMA CASTRO
(Eds.)



textos básicos
UNIVERSITARIOS

Servicio de Publicaciones
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ



**GUÍA PARA PRÁCTICAS CLÍNICAS
DEL ÁREA MATERNAL**

GUÍA PARA PRÁCTICAS CLÍNICAS DEL ÁREA MATERNAL

CONCEPCIÓN CARNICER FUENTES

Profesora Titular de Escuela Universitaria
Delegación de Algeciras E.U. de Enfermería y Fisioterapia

M^º CARMEN BROULLÓN ACUÑA

Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

CARMEN HIDALGO FERRER

Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Hospital Universitario de Puerto Real

ROSARIO FERNÁNDEZ GARCÍA

Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Hospital Asociado Comarcal
de La Línea de la Concepción

ANTONIO MALAGÓN RUIZ

Profesor Asociado de Ciencias de la Salud. Hospital Asociado Punta de Europa. Algeciras

OLGA PALOMA CASTRO

Profesora Asociada de Enfermería Materno-Infantil II
E.U. de Enfermería y Fisioterapia

LUIS J. MORENO CORRAL

Catedrático de Enfermería Materno-Infantil
E.U. de Enfermería y Fisioterapia



Servicio de Publicaciones
Universidad de Cádiz
2002

Carnicer Fuentes, Concepción

Paloma Castro, Olga

Guía para prácticas clínicas del área maternal / Concepción
Carnicer Fuentes. -- Cádiz : Servicio de Publicaciones de la
Universidad, 2001. -- p.. 192

ISBN 84-7786-718-6

1. Obstetricia - Tratados, manuales, etc. 2. Enfermería. I.
Universidad de Cádiz. Servicio de Publicaciones, ed. II. Título.

618.2

© Concepción Carnicer Fuentes, Olga Paloma Castro.

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz

Diseño: Creasur

Fotocomposición: Consegraf

I.S.B.N.: 84-7786-718-6

Depósito Legal: CA - 456/02

Imprime: Imprenta Sur artes gráficas

1. PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE MATERNIDAD	9
PROCEDIMIENTOS DURANTE LA GESTACIÓN	9
1.1. Guía de orientación para los cuidados básicos a la gestante	9
Maniobras de Leopold.....	13
Especuloscopia	17
Tacto vaginal (TV)	21
Auscultación fetal.....	25
Registro cardiotocográfico (RCTG).....	29
Rasurado e higiene de genitales	35
Sondaje vesical	37
PROCEDIMIENTOS DURANTE EL PUERPERIO.....	41
1.2. Guía de orientación para los cuidados básicos a la puérpera.....	41
Preparación y educación para la lactancia materna.	
Plan de cuidados.....	47
Cuidados al recién nacido (RN).....	55
1.3. Guía de orientación para los cuidados básicos al recién nacido....	55
Preparación de un biberón.....	59
Prueba del talón en el RN	61
2. PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE PARITORIO.....	65
2.1. Guía de orientación para los cuidados básicos durante el parto	65
2.2. Guía para los cuidados inmediatos del RN tras el nacimiento	71
Determinación de la edad gestacional.....	75
Preparación de una mesa de parto.....	77
Preparación de la mesa para una cesárea	79
Amnioscopia.....	81
Amniorrexis.....	85

Ecografía	89
Amniocentesis	91

3. PROCEDIMIENTOS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ.....	95
Citología vaginal, triple toma o citología exfoliativa.....	95
Citología endometrial.....	101
Toma vaginal en fresco	105
Exploración mamaria	109
Citología mamaria. PAAF (punción-aspiración con aguja fina)....	113
Autoexploración mamaria	117
Biopsia ginecológica	123
4. PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA	127
Cuidados preoperatorios.....	127
Cuidados postoperatorios	139
ALGUNOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL ÁREA MATERNAL ..	149
ALGUNAS SIGLAS UTILIZADAS EN EL ÁREA MATERNAL	177
TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA	181
BIBLIOGRAFÍA	185

1. PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE MATERNIDAD

Procedimientos durante la gestación

1.1. Guía de orientación para los cuidados básicos a la gestante

Al ingreso de una gestante, las matronas/os y/o el tocólogo en Paritorio, hacen la valoración de la mujer con ayuda:

- Del Documento de Salud de la Embarazada del S.A.S. (donde normalmente vienen reflejados el seguimiento y curso del embarazo)
- La entrevista
- La exploración de la mujer.

Tras conocer la F.O., S.G.; F.U.R., F.P.P. (ver siglas) y conocer también los signos y síntomas y/o la causa por la que acude al hospital (pródromos de parto, estudio, tto, etc.), se pasa a:

- La exploración que proceda (T.V., especuloscopia, ...)
- La toma de constantes y F.C.F.
- La cumplimentación de la HOJA de ENFERMERÍA OBSTÉTRICA: en caso de ingreso, anotar número de cama de la Sala de Maternidad
- La entrega de camisión, bata, etc.
- La realización de RCTG de control al ingreso (mínimo de 30 minutos).
- Tras su ingreso la gestante podrá quedar o volver a Paritorio para:
 - Completar su valoración y cuidados en el momento del ingreso
 - Seguimiento durante el trabajo de parto en curso
 - Control y/o exploración
 - Tratamiento
 - Inducción de parto
 - Estimulación de parto
 - Frenación de parto

En la Unidad de Maternidad permanecerán ingresadas las gestantes por:

- Encontrarse en el periodo prodrómico o inicial del trabajo de parto
- Encontrarse en el primer trimestre de gestación para algún estudio y/o tratamiento.
- Encontrarse en el segundo trimestre de gestación para algún estudio y/o tto. por alto riesgo (diabetes, HTA...), A.P.P., etc.. (ver siglas).
- Encontrarse en el tercer trimestre de gestación para algún estudio o tratamiento (HTA, APP).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Tanto en el momento del ingreso como en el seguimiento diario de una gestante y tras la definición de su “PERFIL” (ver la hoja siguiente) es importante tener en cuenta ciertos signos y síntomas desde el punto de vista obstétrico:

- Edad de la gestante
- Semana Gestacional
- Motivo de ingreso
- ¿Pierde o ha perdido L.A ?
 - en caso afirmativo:
 - ¿desde cuándo?,
 - ¿qué cantidad?
 - ¿qué color?
- ¿Tiene contracciones?
 - en caso afirmativo:
 - ¿desde cuándo?
 - ¿cada cuánto tiempo?
 - ¿son dolorosas?
- ¿Ha tenido alguna pérdida hemática?
 - en caso afirmativo:
 - ¿de qué color?
 - ¿qué cantidad?
- ¿Se nota los movimientos fetales?

LA RECOGIDA DE DATOS

Para definir el “perfil” tanto obstétrico como general en la gestante, así como su control y seguimiento diario (signos y síntomas), hay que tener en cuenta ciertos datos desde su ingreso y durante su estancia en Maternidad:

- Historia General:
 - Edad
 - Antecedentes de interés:
 - Familiares: (padres, hermanos, pareja)
 - Personales:
 - hábitos
 - alergias
 - grupo sanguíneo y Rh. Test de Coombs si procede.
 - Si utiliza alguna prótesis
 - Intervenciones, tratamientos, dietas, etc.
- Historia Obstétrica:
 - F.O., S.G., F.U.R., F.P.P.
 - Curso de la gestación
 - Factores de riesgo
 - Enfermedades asociadas al embarazo
 - Antecedentes obstétricos de interés (tipo de partos anteriores, curso de los embarazos...)
 - Signos Vitales:
 - Tensión arterial (deberá ser inferior a 140/90)
 - Pulso
 - Temperatura
 - Frecuencia respiratoria
 - Tipo de control de embarazo (público o privado)
 - ¿Tiene documento de salud de la embarazada (DSE)?
 - ¿Ha asistido a las clases de educación maternal?
 - Exploraciones obstétricas (realizadas o por realizar):
 - Maniobras de Leopold
 - Auscultación FCF con estetoscopio o sonicaid
 - Registro cardiotocográfico (RCTG)
 - Especuloscopia
 - Tacto vaginal
 - Ecografía

- Amnioscopia
- Pruebas complementarias (realizadas o por realizar):
 - Analítica en sangre: perfil glucémico, curva de glucemia, test de tolerancia a la insulina (ITT), hemograma, bioquímica, coagulación, pruebas cruzadas, AgHbs...
 - Analítica en orina
 - E.C.G., Rx.
 - Cultivos de vagina y cervix uterino
 - Urocultivo
- Otros datos:
 - Estado anímico: ¿existen miedos, preocupaciones, angustias, etc?
 - Alimentación/ eliminación:
 - ¿Sigue algún tipo de dieta?
 - ¿Tiene algún tipo de alergia alimentaria o alteración metabólica?
 - ¿Hay estreñimiento?
 - ¿Alguna dificultad al orinar?
- Sueño/ actividad:
 - ¿Tiene alguna dificultad para moverse?
 - ¿Duerme bien?
 - ¿Realiza algún tipo de ejercicios circulatorios/ respiratorios y/o de relajación?
- Tratamientos (dosis, vía de administración, pauta)
- Ambiente social, hábitos de higiene, tipo de alimentación que deseará para su hijo/a, grado de conocimientos...

Todos estos datos se irán cumplimentando por el equipo de enfermería en las hojas de enfermería y/o de enfermería obstétrica durante el pase de sala de enfermería, lo que ayuda para la continuidad en los cuidados, control y seguimiento de la gestante entre Partorio y Maternidad. En caso de alta hospitalaria, además del Informe correspondiente y para fomentar la continuidad de cuidados entre los diferentes Equipos de Salud del S.A.S., se deben registrar los datos de enfermería en el Documento de Salud de la Embarazada.

MANIOBRAS DE LEOPOLD

1. Concepto

Exploración para determinar la estática fetal a través de la palpación del abdomen materno. Proporcionando información acerca de la situación, presentación, posición y grado de descenso de la parte presentada en la pelvis.

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Exploración obstétrica externa. No tiene contraindicaciones. Se realiza durante los últimos meses del embarazo y en los intervalos entre contracciones durante el parto.

3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar identificación de la paciente
- 3.3. Consultar protocolo de actuación
- 3.4. Preparar el material necesario:
 - Camilla de exploración o cama
- 3.5. Preparación de la paciente:
 - Explicar el procedimiento a la gestante
 - Gestante en decúbito supino, con las piernas extendidas
 - Abdomen descubierto
- 3.6. Preparación del personal:
 - Lavarse las manos
 - Calentarse las manos previamente a la exploración

4. Técnica

PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD: Determinación de la altura del fondo uterino (AFU) y qué parte fetal ocupa el fondo uterino.

Colocada la mujer en decúbito supino, nos colocaremos frente a ella para palparle con la superficie palmar de nuestras manos, la porción supe-

rrior de su abdomen y determinar la AFU y la parte fetal que ocupa el fondo uterino. Las nalgas dan sensación de un cuerpo nodular, mientras que la cabeza se percibe dura y redonda, se mueve libremente y pelotea.



SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD: determinación del dorso fetal.

Con las palmas de ambas manos y también de frente a la mujer, trataremos de determinar la localización del dorso fetal (que se sentirá firme y continuo) a través de la palpación del abdomen de la mujer. En el lado contrario al dorso se palparán las extremidades fetales (se apreciarán pequeñas irregularidades y protuberancias). Con ella determinamos si el dorso se dirige anterior, transversa o posteriormente. Esta maniobra sirve para saber donde auscultar el LCF



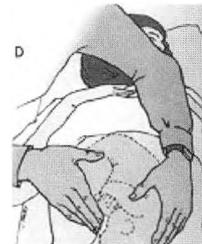
TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD: grado de encajamiento de la presentación.

Con el pulgar y los restantes dedos de la mano, se intenta abarcar la porción inferior del abdomen situada inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis. Si la presentación no está encajada, se percibe un cuerpo desplazable, generalmente la cabeza. Cuando la presentación está encajada se palpa la zona totalmente ocupada por la presentación fetal.



CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD: grado de flexión (actitud) de la cabeza fetal.

De cara a los pies de la embarazada se ejerce con las yemas de los tres primeros dedos de cada mano una presión profunda en la dirección del eje del estrecho superior de la pelvis. Si se presenta la cabeza, una mano se detiene más pronto que la otra al topar con un cuerpo redondeado, la prominencia cefálica, en tanto que la otra mano desciende más profundamente en la pelvis. En las presentaciones de vértice (flexionadas) la prominencia se halla en el mismo lado que las partes pequeñas, mientras que en las presentaciones de cara (deflexionadas) se encuentra en el mismo lado que el dorso.



5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución, la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

ESPECULOSCOPIA

1. Concepto

Exploración con espéculo, para la visualización de vagina y cuello uterino.

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Está indicado en la exploración ginecológica, para favorecer la inspección y la toma de muestras de vagina y cuello. Se utiliza también en procedimientos histeroscópicos o quirúrgicos por vía vaginal, para la preparación y mejor visualización del campo.

Está contraindicado en caso de negación de la paciente a la exploración o por imposibilidad motora.

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar identificación de la paciente

3.3. Consultar protocolo de actuación

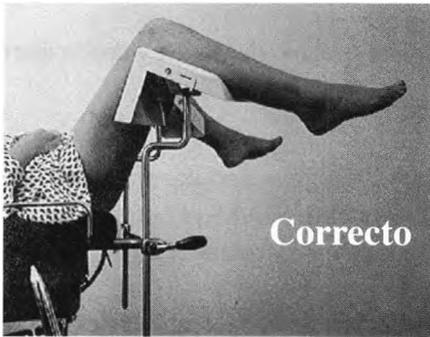
3.4. Preparar material necesario:

- Camilla ginecológica
- Guantes
- Espéculo adecuado
- Fuente de luz
- Sábana para cubrir a la señora o entremetidas y/o paño desechable
- Lubricante (opcional)
- Si se va a realizar una toma de muestras o cualquier otra exploración, también prepararemos todo lo necesario para ello.

3.5. Preparación de la paciente:

- Explicar el procedimiento a la mujer, haciendo hincapié en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo.
- Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla.

- *Colocar a la paciente en posición ginecológica (posición de litotomía):* decir a la mujer que se sienta al filo de la camilla ginecológica. Después se tumbará lentamente hacia atrás recostándose sobre la espalda, en decúbito dorsal, colocando los pies en los estribos o apoyando las piernas (los huecos poplíteos) en las perneras, y con la sábana se le cubren los muslos, hasta las rodillas.
- Los brazos pueden descansar a lo largo del cuerpo o sobre el pecho



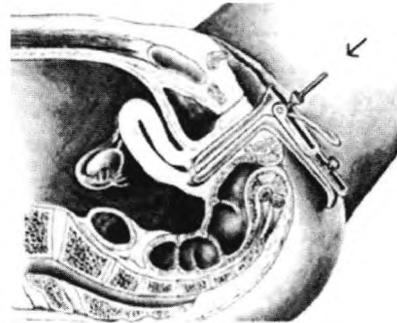
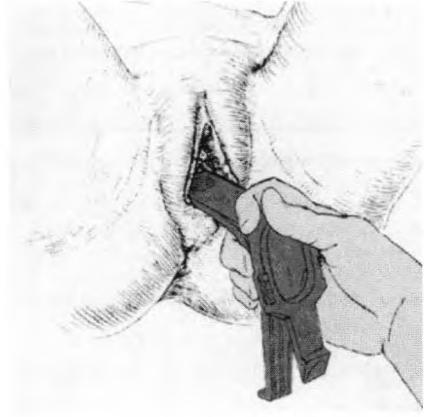
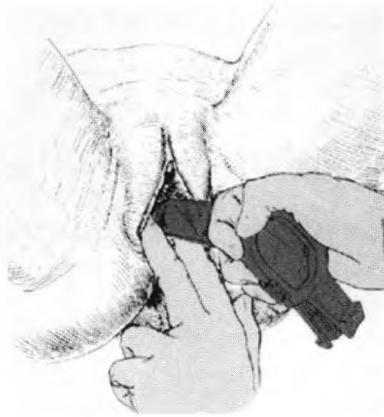
3.6. Preparación del personal

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento
- Colocarse guantes

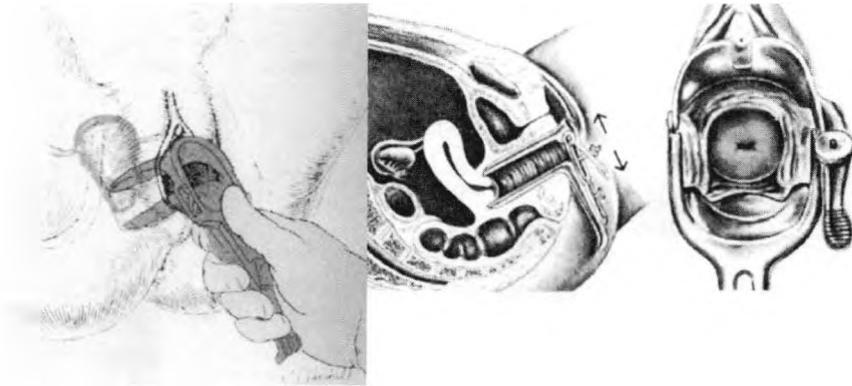
4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

- Una vez colocada la mujer, se coloca el foco de luz de forma que haya una buena visibilidad, para facilitar la inspección de la vulva y la especuloscopia.
- Colaborar con el médico, ofreciéndole:



- Guantes
- Espéculo (1)
 - (1) Introducción del espéculo:
 - Primero: se introduce lentamente con la abertura en vertical y completamente cerrado, siguiendo el eje de la vagina, (hacia abajo y hacia atrás).
 - Segundo: conforme vamos introduciendo el espéculo se va girando éste a su posición horizontal.
 - Tercero: se abre el espéculo hasta visualizar el exocérvix.
- Material para toma de muestras (citología triple toma, examen en fresco, citología endometrial)
- Ayudar a la mujer a su incorporación de la camilla, una vez terminada la exploración.



- Una vez finalizada la exploración, se le podrá ofrecer a la mujer celulosa para limpieza de la zona (sobre todo en caso de haber utilizado lubricante) o una compresa en caso de estar sangrando o que pudiera hacerlo debido a la exploración realizada (por ejemplo citología endometrial).

4.2. Con carácter general, ayudaremos a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias; la mujer debe dejarse caer completamente en la camilla, descansando las nalgas al filo de la camilla, dejando las piernas y el abdomen totalmente relajados y respirando normal.

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables

5.2. En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados

5.3. Prevención de complicaciones: la especuloscopia en sí no produce ninguna complicación importante, pero siempre que se haga una exploración ginecológica en la que se movilice o se manipule el cuello uterino debemos tener en cuenta la posibilidad de que se produzca un reflejo vagal. Ante esta circunstancia, retiraremos rápidamente la causa que lo provoque (en este caso la pinza de cuello y/o el espéculo) y colocaremos a la paciente en posición de seguridad.

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

TACTO VAGINAL. TV

1. Concepto

Exploración vaginal para valorar entre otras cosas, el cuello o cérvix uterino, dando unos valores al cociente cervical (CC).

$$\text{Cociente Cervical (CC)} = \frac{\text{Grado de borramiento / Dilatación (D)} \\ \text{Longitud del cuello (L)}}{\text{Consistencia (C) / Posición (P)}}$$

–Grado de borramiento (L):

- 3: sin borrar
- 2/1/0,5: semiborrado
- 0: borrado

–Dilatación: de 0 a 10 cm

–Consistencia del cérvix:

- I: blando (como el labio)
- II: semiblando (como el lóbulo de la oreja)
- III: duro (como el cartílago de la nariz)

–Posición del cérvix:

- P1: en retro
- P2: lateralizado
- P3: centrado
- P4: anterior

Durante el parto el cuello debe borrarse, dilatar hasta los 10 cm, adquirir una consistencia cada vez más blanda y orientarse de forma anterior en la pelvis (paralelo a la vagina)

2. Indicaciones/Contraindicaciones

El tacto vaginal (TV) se realiza para controlar la progresión del parto durante la dilatación. Además de estos parámetros, el tacto nos da informa-

ción sobre: estado de las membranas, presentación fetal y plano en el que se encuentra la presentación fetal.

Está contraindicado en caso de hemorragia, placenta previa y rotura prematura de membranas.

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar identificación de la paciente

3.3. Consultar protocolo de actuación

3.4. Preparar material necesario:

- Camilla o cama
- Entremetida
- Guantes estériles
- Lubricante (opcional)

3.5. Preparación de la paciente:

3.5.1. Explicar el procedimiento a la gestante

3.5.2. Paciente en posición ginecológica (litotomía). Si la gestante está en la cama, indicar que una los talones, flexione las piernas y separe las rodillas, para favorecer la exploración.

3.6. Preparación del personal:

3.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.6.2. Colocarse guantes

4. Técnica

4.1. Se introducen en la vagina el dedo índice y corazón de la mano dominante y se valoran los parámetros citados anteriormente: condiciones del cuello: longitud, dilatación, consistencia y posición, presentación fetal y plano en el que se encuentra, estado de las membranas y características de la pelvis.

4.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento

4.3. Si la bolsa está rota, debemos hacer los mínimos tactos vaginales, con la máxima asepsia, para no producir infecciones intrauterinas.

5. Postejecución

5.1. Comprobar que la paciente quede en condiciones confortables y seguras

6. Registro

6.1. Registrar el procedimiento. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora, todos los datos de la exploración, AFU, características del líquido amniótico si se ha podido objetivar... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

AUSCULTACIÓN FETAL

1. Concepto

Valoración de la frecuencia cardíaca fetal (FCF). La FCF normal es entre 120-160 lpm

2. Indicación

Exploración de la FCF. No tiene contraindicaciones

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar identificación de la paciente

3.2. Comprobar protocolo de actuación

3.3. Preparar material necesario:

- Camilla o cama

- Instrumento para tomar la FCF: según la señal que vayamos a recoger, podemos utilizar:

- Estetoscopio de Pinard (especie de cono que se coloca sobre el abdomen y, colocando el oído en la parte plana, se escucha directamente la F.C.F.). Recoge la señal sonora.

- Sonicaid (basado en el efecto Doppler). Se necesita gel conductor.

- Cardiotocógrafo: traductor para la FCF (basado en el efecto Doppler). Se necesita gel conductor.

- Ecógrafo: se visualiza el corazón fetal. Se necesita gel conductor.

- Ecocardiografía. Se necesita gel conductor.

- ECG fetal. Recoge la señal eléctrica.

- Gasas o papel para limpiar el gel, si procede.

3.4. Preparación de la paciente:

- Explicar el procedimiento a la gestante.

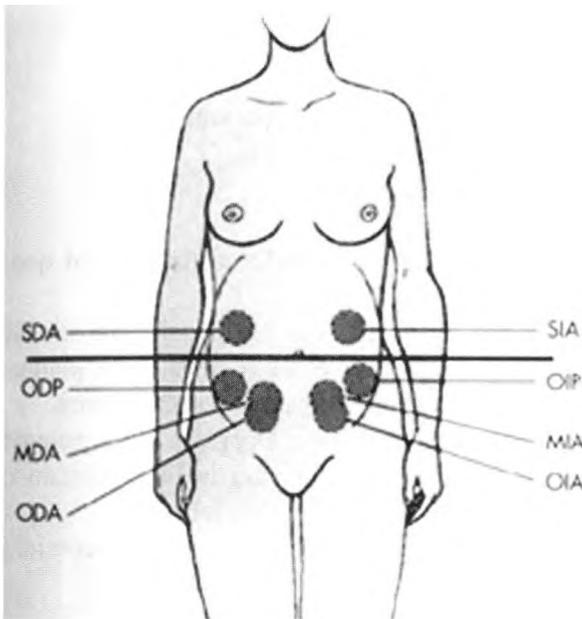
- Paciente en decúbito supino, con el abdomen descubierto.
- Preservar la intimidad de la paciente en todo momento.

3.5. Preparación del personal

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento

4. Técnica

- Determinar la semana gestacional
- Preparación del material necesario, según instrumento que vayamos a utilizar.
- Realizar la 2ª maniobra de Leopold para determinar la posición del dorso fetal (zona donde se recoge mejor la señal del corazón fetal).
- Aplicación del instrumento en el abdomen materno, sobre el dorso fetal, según la posición del mismo.



- Medida de la FCF. Asegurarnos de que estamos recogiendo la FCF y no otros ruidos abdominales maternos: movimientos fetales, pulso materno, ruidos intestinales...
- Limpieza del abdomen si se ha utilizado gel conductor.

5. Postejecución

5.1. Si la FCF es anormal, colocar a la gestante en decúbito lateral izquierdo y avisar a la matrona o al médico.

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha y hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO. RCTG

1. Concepto

Registro gráfico, simultáneo y continuo de la actividad cardíaca fetal y de la dinámica uterina, durante un determinado periodo de tiempo.

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Está indicado en:

- Todos los embarazos a partir de las 38 semanas de gestación
- Antes de la semana 38 en embarazos de alto riesgo
- Ante la aparición de dinámica uterina en gestaciones pretérmino
- Control diario durante la estancia de la embarazada en el hospital
- Tras el comienzo del trabajo de parto y sobre todo y de forma continuada en la fase activa del parto.

No debe realizarse con la gestante en hipoglucemia, ni después de hacer algún esfuerzo, o fumar, ya que podría alterar el registro. Por ello, diremos a la embarazada que no fume antes del registro, que no haga esfuerzos y procuraremos que no esté en hipoglucemia.

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobación identificación de la paciente

3.3. Consultar protocolo de actuación

3.4. Preparar material necesario:

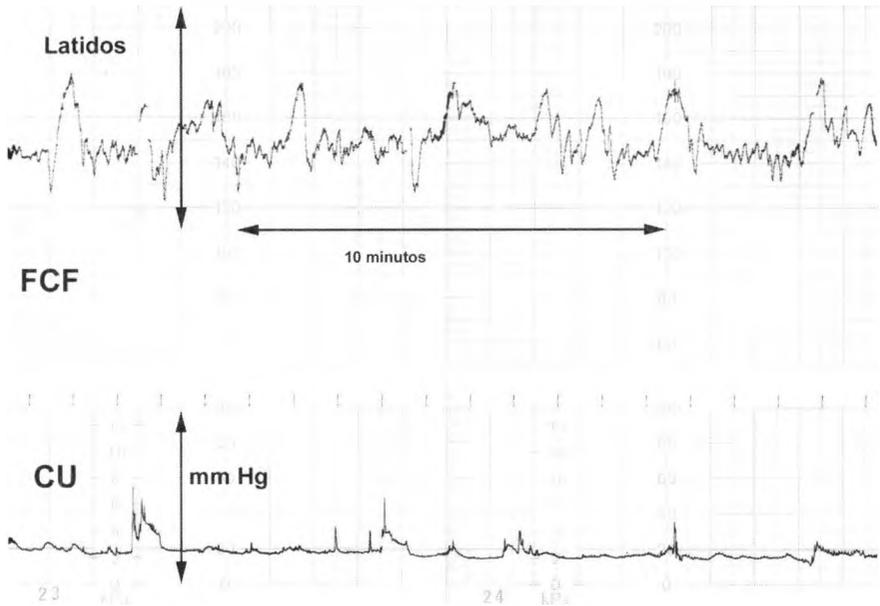
- Cama, camilla o sillón adecuado
- Registro Cardiotocográfico (Hay varios modelos) equipado con:
 - Gel Conductor
 - Traductores y sistemas de fijación (Bandas elásticas)

- Gráfica / Papel de registro, especial para cada aparato
 - Hoja de anotación
 - Gasas o celulosa para limpiar
- 3.5. Preparación de la paciente:
- Explicar el procedimiento a la gestante
 - Acomodación de la gestante: normalmente en decúbito supino o semisentada (posición semi Fowler) con el abdomen descubierto.
 - Se procurará que previamente orine.
- 3.6. Preparación del personal:
- 3.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

4. Técnica

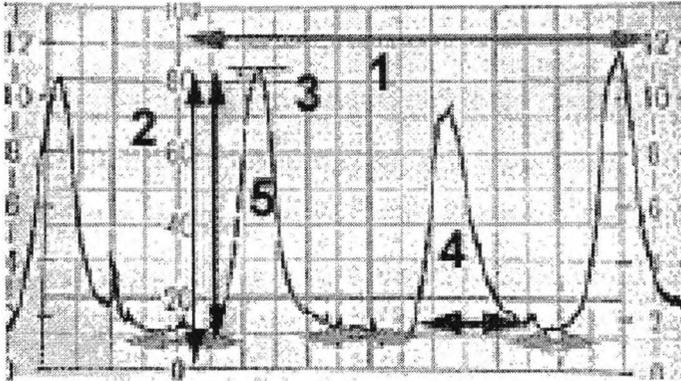
- Traductor materno, mide la contracción uterina de forma externa: se coloca sobre el Fondo Uterino (1ª M. Leopold)
- Traductor Fetal, mide la frecuencia cardíaca fetal: se procede a ponerle gel conductor y, mediante la 2ª M. de Leopold, se determina la posición y localización del dorso fetal, donde colocaremos el traductor, moviéndolo hasta recoger una buena señal de la FCF.
- Sujetar ambos traductores en el abdomen de la paciente mediante los cinturones elásticos, cuidando que no estén muy apretados ni torcidos, para no producir molestias a la embarazada
- Calibrar la línea del tono basal, según protocolo del hospital y el volumen del LCF.
- Identificar la gráfica mediante el nombre, número de cama, fecha y hora. Anotar igualmente cambios posturales, administración de medicamentos, constantes vitales...
- La duración del R.C.T.G. variará dependiendo de la evolución del registro y del parto (mínimo 30 minutos). El registro se debe iniciar cuando estén colocados ambos cabezales y la señal e identificación sean correctas.
- Permanecer junto a la gestante para valorar los primeros minutos del RCTG y verificar que las señales se recogen de forma adecuada
- Valoración del RCTG:

FCF			
Nivel Línea de base		Variabilidad	
Normal:	120-160	Tipo 0	< 5 lpm
Taquicardia leve	161-180	Tipo 1	5-10 lpm
Taquicardia grave	> 180	Tipo 2(normal)	10-25 lpm
Bradicardia leve	119-100	Tipo 3	> 25 lpm
Bradicardia grave	< 100	Sinusoidal	



Alteraciones periódicas						
Aceleraciones			Deceleraciones			
Tipo	Amplitud	Duración	Tipo		Amplitud	Duración
Cortas	> 20 lpm	30''	DIP I	Leves	< 20	
Largas	> 30 lpm	2'		Moderadas	20-40	
Mixtas	Cortas y largas			Graves	> 40	
Combinadas tipo A	Aceleración + deceleración		DIP II	Leves	< 20	
Combinadas tipo B	Deceleración + aceleración			Moderadas	20-40	
				Graves	>40	
			Variables DIP III	Leves	FCF= 70-80 <60"	< 30''
				Moderadas	FCF= <70-80 FCF= 70-80	30-60'' >60"
				Graves	FCF<70	>60"

Semiología de la Contracción uterina:



1. Frecuencia: nº de contracciones en 10 minutos
2. Intensidad total (intensidad verdadera + tono de base)
3. Acmé (máxima intensidad)
4. Duración
5. Intensidad verdadera: medida de la intensidad desde el tono de base hasta el acmé
6. Tono de base: valor de la línea de presión sin contracción (suele pre-fijarse manualmente)

Si detectamos algo anormal (FCF alterada, Alteraciones de la variabilidad, deceleraciones), colocaremos a la gestante en decúbito lateral izquierdo y avisaremos a la matrona o al médico.

5. *Postejecución*

- 5.1. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables
- 5.2. Una vez finalizado el R.C.T.G., dejaremos el aparato en perfectas condiciones para su próxima utilización.

6. *Registro*

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

RASURADO E HIGIENE DE GENITALES

1. Indicaciones

Procedimiento frecuente en las unidades de hospitalización ginecológica y obstétrica con el objeto de preparar el área perineal para: una intervención quirúrgica, preparar a la mujer para el periodo expulsivo del parto, así como profilaxis de infecciones en la rotura de membranas, tanto espontánea como artificial.

2. Preparación/Preejecución

2.1. Comprobar indicación

2.2. Comprobar identificación de la paciente

2.3. Consultar protocolo de actuación

2.4. Preparar material necesario:

- Camilla o cama.
- Jarra con agua y solución jabonosa no alcohólica diluida
- Palangana o chata.
- Rasuradoras/rasuprones.
- Gasas o compresas

2.5. Preparación de la paciente:

2.5.1. Explicar el procedimiento a la gestante.

2.5.2. Gestante en posición ginecológica (litotomía)

2.5.3. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento

2.6. Preparación del personal:

2.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

2.6.2. Colocación de guantes (no son necesarios los guantes estériles)

2.6.3. Inspeccionar la vulva antes de iniciar el rasurado.

2.6.4. Comprobar correcta dilución del preparado antiséptico y correcta temperatura del agua.

4. Técnica

- 4.1. Coger torundas de algodón y empapar en solución antiséptica, exprimir encima de la vulva, sin llegar a tocarla.
- 4.2. Lavar a continuación los genitales externos y partes próximas de los muslos y región anal, siempre de delante hacia atrás y del centro a la periferia.
- 4.3. Rasurar vulva y periné dirigiendo la rasuradora siempre, de arriba hacia abajo, estirando la piel para no producir lesiones.
- 4.4. Se vuelve a lavar los genitales con solución antiséptica, siempre de arriba hacia abajo.

5. Postejecución

- 5.1. Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables

6. Registro

- 6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora...así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

SONDAJE VESICAL

1. Concepto

Procedimiento que consiste en introducir una sonda a través de la uretra hasta la vejiga urinaria, para evacuar la orina, y/o recoger una muestra de orina. Puede ser permanente o no permanente.

2. Indicaciones

Es un procedimiento frecuente en las unidades de hospitalización ginecológica y obstétrica para: preparar a la mujer para una intervención quirúrgica, para vaciar la vejiga durante el trabajo de parto, por complicaciones postquirúrgicas o puerperales.

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar identificación de la paciente

3.3. Consultar protocolo de actuación

3.4. Preparar material necesario:

- Sonda vesical estéril del calibre adecuado. En caso de sondaje no permanente, se utiliza una sonda de calibre muy fino y sin globo (Nelaton). En caso de sondaje permanente se suelen utilizar con globo y de un calibre mayor. (Foley).
- Guantes estériles
- Lubricante urológico anestésico
- Solución antiséptica
- Dos paños estériles: sobre uno se prepara todo el material y otro se coloca como paño de campo, debajo del periné.
- Gasas estériles
- En caso necesario, recipiente estéril para recogida de muestras
- Jeringa de 10 cc*

- Bolsa colectora y soporte*
- Ampolla de suero fisiológico de 10 cc*
- * En caso de sondaje permanente.

3.5. Preparación de la paciente:

- 3.5.1. Explicar el procedimiento a la gestante
- 3.5.2. Gestante en posición ginecológica
- 3.5.3. Lavado de genitales y aplicación de antiséptico.
- 3.5.4. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento.

3.6. Preparación del personal:

- 3.6.1. Lavado de manos antes y después del procedimiento

4. Técnica

4.1. Sondaje no permanente

- Colocación de guantes estériles
- Preparación del campo
- Poner lubricante a la sonda
- Separar los labios e introducir la sonda en la uretra, hasta que salga orina
- Tras la micción, se retira la sonda suavemente

4.2. Sondaje permanente

- Colocación de guantes estériles
- Preparación del campo
- Comprobar el estado del balón
- Poner lubricante a la sonda
- Separar los labios e introducir la sonda en la uretra, hasta que salga orina. No emplear la fuerza ante el riesgo de dañar la uretra o provocar una doble vía
- Mantener una asepsia estricta, ya que en caso contrario la infección que provocaríamos podría causar severos problemas a la paciente
- Llenado del globo con el suero fisiológico
- Retirada suave de la sonda hasta que notemos el tope del globo de la sonda
- Conectar la bolsa colectora y colocarla por debajo del nivel de la vejiga, con ayuda del soporte
- Fijar la sonda a la pierna con esparadrapo evitando tirantez. En el esparadrapo anotaremos fecha y hora del procedimiento

5. *Postejecución*

- 5.2. Después del sondaje, si la paciente presenta globo vesical, vaciaremos la vejiga lentamente, pinzando y despinzando la sonda cada 1/2 hora, evacuando aproximadamente 100 cc. cada vez, para evitar que la paciente presente hemorragia o hipotensión.
- 5.3. Durante el tiempo que deba estar colocada la sonda se vigilará estrictamente una asepsia correcta de la sonda y de la zona perineal
- 5.4. Valoraremos la necesidad de hacer lavados vesicales con suero fisiológico, en caso de sondajes permanentes
- 5.5. Es necesario controlar el balance hídrico

6. *Registro*

- 6.1. Registrar el procedimiento: fecha, hora, así como las observaciones recogidas

PROCEDIMIENTOS DURANTE EL PUERPERIO

1.2. Guía de orientación para los cuidados básicos a la puérpera

Estos cuidados se inician tras el alumbramiento (salida de la placenta y anexos fetales); durante las dos primeras horas post-parto en Paritorio, en la Unidad de Maternidad hasta el momento del Alta Hospitalaria y continúan en los Equipos de Atención Primaria de Salud, con los Subprogramas de “Visita Puerperal” y de “Control al Niño Sano”.

Para hacer la valoración y planificar los cuidados puerperales, debemos informarnos de los siguientes datos:

- Tipo de parto: espontáneo, fórceps, cesárea; fecha y hora de parto
- Datos del R.N. (sexo, peso, Test de Apgar...)
- Datos de interés (complicaciones, factores de riesgo, alergias, ttos...)

VALORACIÓN PUERPERAL

1. Preparación de la puérpera

- Explicar el procedimiento. Pedir a la mujer que orine antes de las dos horas post-parto (con ello se asegura que una vejiga llena no provoque atonía uterina)
- Se coloca a la paciente en decúbito supino, con la cabeza sobre una almohada. La exploración será más cómoda si la señora flexiona las piernas y la ayudamos a relajarse
- Se descubre el abdomen y periné

2. Determinar la firmeza uterina

- El examinador coloca una mano extendida, sobre el segmento inferior del útero; con la otra mano palpar el abdomen hasta que se localice la parte superior del fondo.

- Determinar si éste está firme. Si no es así, aplicar masaje uterino hasta que endurezca (un fondo firme, indica que el útero está contraído y no existirá hemorragia).
- Durante la evaluación de la firmeza y masaje se observará el periné para controlar la aparición de una hemorragia o la expulsión de un coágulo.

3. Establecer la Altura del Fondo Uterino

La valoración de la altura del fondo uterino (A.F.U.) permite que se compruebe el curso de la involución uterina (disminución gradual del tamaño y descenso del útero hasta alcanzar la situación previa al embarazo):

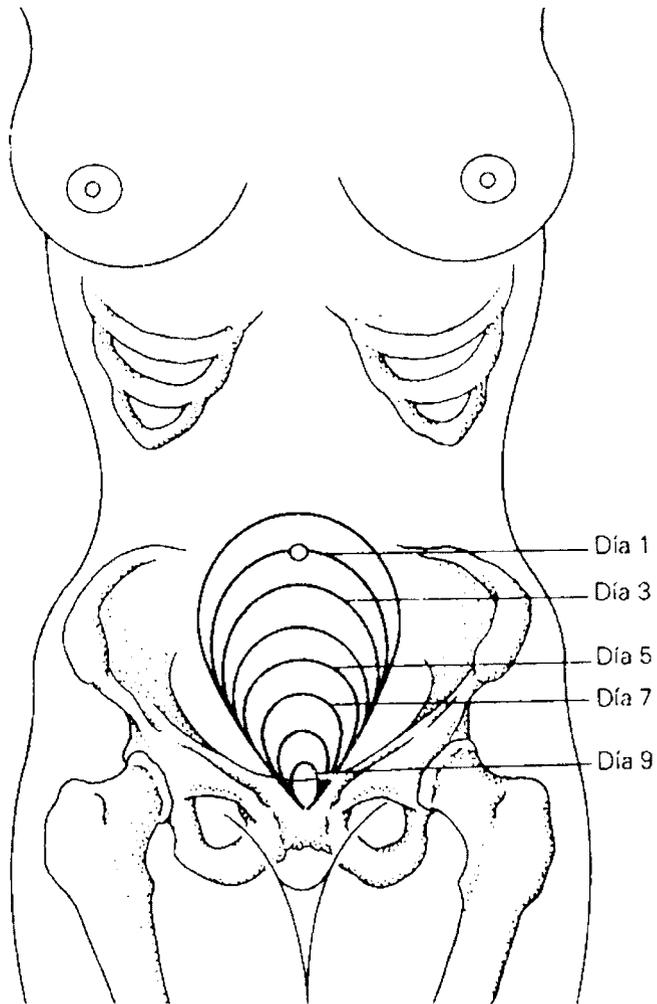
Momento puerperal	AFU
Tras la expulsión de la placenta	Mitad del ombligo/pubis
24 horas	Ombligo
Día 3	2-3 traveses de dedo bajo el ombligo
Día 5	Mitad del ombligo/pubis
Día 7	3 traveses de dedo sobre el pubis
Día 10	Sínfisis del pubis
Día 15	Retropúbico

- A las 24 horas después del alumbramiento, el fondo uterino se encuentra a nivel del ombligo. Luego decrece en tamaño y desciende a la velocidad de 1 cm (un través de dedo) por día. A los 10 días se encuentra a nivel de la sínfisis del pubis. Tras 2 semanas postparto, ya no se puede tocar por palpación abdominal

- Medir la A.F.U. en anchos (traveses) de dedo, en relación con el ombligo y la línea media del abdomen (ello brinda información sobre el progreso de la involución). Para asegurar una valoración exacta, palpe el fondo después de que la paciente haya miccionado).

4. Verificar la posición

- Cuando el fondo uterino está elevado o desviado de la línea media, valore la retención urinaria y la distensión de vejiga (el fondo puede desviarse cuando la vejiga está llena).



5. Correlacionar el estado uterino con los loquios

Después de dar a luz, tras el alumbramiento, la paciente presentará tres clases de loquios:

- Los lochia rubra, llamados así por su color rojo oscuro: aparecen en los primeros 2 \ 3 días.
- Los lochia serosa, son de color rosa y su consistencia no es tan densa como la de los anteriores. Se eliminan desde el 3° al 10° días.

- Los lochia alba, tienen un color cremoso o amarillento y persisten durante una o dos semanas.
- Observar la cantidad de loquios, presencia de coágulos, color y olor (normalmente, los loquios tienen un olor como agua de lavar carne), conforme se presenta la involución normal, los loquios disminuyen en cantidad y cambian de hemáticos a serosos. El aumento de la cantidad puede relacionarse con la atonía, relajación o infección uterina.
- Los loquios varían en cantidad de mujer a mujer. Es frecuente que los loquios aumenten con el ejercicio o deambulación, sobre todo las primeras veces que la mujer se levanta de la cama.

6. Valoración del periné:

¿Hay episiorrafia?, ¿qué aspecto tiene?, ¿está inflamada?, ¿se observan hematomas?, ¿hay desgarros?, ¿conoce la púérpera los cuidados perineales e higiene adecuada tras el parto? (siempre lavar genitales “por arrastre” y de delante hacia detrás).

7. Micción:

¿ Hay alguna molestia?, ¿fue sondada en el parto? (por lo general la micción debe ser espontánea entre las 6-8 horas post-parto).

8. Defecación:

Si la hubo o no, cuándo, si hay hemorroides, estreñimiento habitual, valorar si necesita ayuda farmacológica o dietética (por lo general, la defecación debe ser espontánea a las 24-48 horas postparto).

- Si bien al principio existe un ligero estreñimiento, posteriormente tiende a normalizarse, aunque en ocasiones la mujer puede precisar pequeñas ayudas que le faciliten la evacuación post-parto (dietas, zumos, etc).
- Frecuentemente la púérpera teme que su primera evacuación sea dolorosa y llegue a lesionar la sutura de la episiotomía. A veces, se administra un reblandecedor de las heces, para reducir las incomodidades perineales de la defecación.

9. Constantes vitales:

- Temperatura: vigilar la posibilidad de fiebre o febrícula como una posible complicación post-parto
- Tensión arterial: deberá ser inferior a 140/90
- Pulso
- Frecuencia respiratoria

10. Estado general:

- ¿En qué día/horas P.P. o P.C. se encuentra?
- Color de piel y mucosas
- Estado psicológico después del parto (actitud general, sensación de satisfacción, nivel de cansancio)
- ¿Cuál es su reacción y relación con su hijo/a?
- ¿Cómo vive su nueva experiencia?

11. Alimentación:

- ¿Está comiendo bien en el Hospital?, ¿sigue algún tipo de dieta?, en caso de cesárea, ¿tiene ya peristaltismo?, etc.
- En el Hospital existen diversos tipos de dietas instauradas por el Servicio de dietética: la basal, de 2500 calorías, dieta blanda, dieta libre, etc.

12. Sueño:

- ¿Duerme bien en el Hospital?, ¿está descansando bien?, ¿necesita reposo?, etc.
- El sueño puede estar alterado por las posibles molestias post-parto, el RN, la lactancia o por encontrarse en un ambiente desconocido.

13. Actividad/Movilización:

- En general, estimular la movilización precoz.
- ¿Se ha levantado ya?, ¿tiene dificultades para moverse?,
- ¿Hay edemas, varices, o cualquier otra complicación en miembros inferiores?

14. Registrar las valoraciones de todo el proceso

- PUNTOS DE ÉNFASIS:

- Para realizar un examen del fundus correcto, es necesario que la paciente orine antes de la prueba, ya que la vejiga llena produce una distensión que empuja al útero hacia arriba y a un lado impidiendo la aparición de contracciones.
- Si la paciente no puede orinar, será necesario realizar un sondaje.
- Si con el masaje no se estimulan las contracciones uterinas, puede pasarse a la administración de oxitócicos sintéticos. La lactancia libera sustancias naturales con propiedades oxitócicas que mantienen o estimulan las contracciones.
- La valoración que se debe seguir tras el parto es de :
 - Cada 15-30 minutos durante las 2 horas siguientes al parto.
 - Cada 24 horas, una vez al día, hasta dar de alta a la paciente
 - Enseñe a la paciente la importancia de la movilización precoz, el ejercicio, y la micción al menos cada 3\4 horas. La movilización precoz y el ejercicio estimulan la involución por mejora de la circulación, mejora del tono muscular y ayuda al drenaje de los loquios por la gravedad.

PREPARACION Y EDUCACION PARA LA LACTANCIA MATERNA (PLAN DE CUIDADOS)

1. Valoración

Con la valoración recogemos los datos objetivos y subjetivos necesarios para elaborar nuestro plan de cuidados individualizado, a través de la historia clínica, documento de salud de la embarazada, entrevista, observación, examen físico y actitud de la gestante o puérpera hacia la lactancia materna. Los datos más importantes de esta valoración son:

DATOS OBJETIVOS

- Detectar posibles contraindicaciones a la lactancia materna. Se consideran contraindicaciones para la L.M.:
 - Absolutas:
 - Enfermedad materna grave
 - Enfermedad transmisible
 - Consumo de determinados fármacos
 - Hábitos nocivos
 - Trastornos del R.N.
 - Relativas:
 - Anomalías anatómicas y funcionales
 - Grietas
 - R.N. pretérmino
- Exploración de las mamas

DATOS SUBJETIVOS

- Valorar los conocimientos maternos sobre la lactancia.
- Valorar la predisposición materna hacia la lactancia: qué ventajas e inconvenientes cree que va a tener, qué dificultades, dudas o miedos tiene:

- Los comentarios o las preguntas de la mujer indican necesidad de información adicional, aclaración o confirmación de la información sobre cómo realizar la tarea de amamantar.
- La falta de preguntas o comentarios de la persona indica que no desea información o no sabe lo suficiente para pedir más detalles sobre cómo realizar la tarea de amamantar.

2. Planificación

- Objetivo:
 - Conseguir que la lactancia materna se inicie y se mantenga sin problemas, siempre que no haya ninguna contraindicación para la misma.
- Posibles problemas:
 - Déficit de conocimientos sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
 - La mujer puede no saber:
 - Cuándo comienza el amamantamiento
 - Con qué frecuencia se dan las tomas
 - La duración preferible de los periodos de amamantamiento
 - Los tipos de prendas de vestir apropiadas para el amamantamiento
 - Los peligros de tomar fármacos durante la lactancia
 - La mujer no puede demostrar correctamente como:
 - Se limpian los pezones
 - Se debe colocar ella misma y como debe colocar al lactante durante la alimentación al pecho
 - Se estimula al lactante durante la alimentación
 - Se usan protectores o compresas para los pezones
 - La necesidad de una nutrición equilibrada
 - Incapacidad para la lactancia por problemas en el lactante

3. Actividades

- Enseñar fisiología de la lactancia, conductas del niño, establecimiento de la lactancia: a través de folletos, charlas informativas, donde

explicaremos la anatomía y fisiología de la mama, las técnicas de amamantamiento, alimentación adecuada durante la lactancia, problemas que pueden surgir, servicios de ayuda,...

- Fomentar la lactancia materna: existen Hospitales que cuentan con personal de enfermería experto en lactancia para atender a las madres. Otros proporcionan cursos y/o folletos informativos sobre el tema.

“ La Liga de la Leche” es una O.N.G. que hoy en día promueve la alimentación al pecho. Actúan en muchas Comunidades y sus miembros (madres, profesionales,..) ayudan a las madres resolviendo las dudas y dificultades que tienen durante la lactancia.

El siguiente decálogo (OMS y UNICEF, 1989) va destinado a promover las condiciones que favorecen la lactancia natural durante los primeros momentos de la vida del recién nacido, en los que tanto la madre como el bebé tienen que aprender, y en los que una correcta ayuda y apoyo han demostrado ser de una gran eficacia en el logro de una lactancia natural.

DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA FELIZ:

1. Disponer de un protocolo relativo a la lactancia materna conocido por todo el personal sanitario.
 2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo este protocolo.
 3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como realizarla.
 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
 5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si se ha de separar del niño
 6. Dar a los R.N. sólo leche materna.
 7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día
 8. Fomentar la lactancia a demanda.
 9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho
 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que la madre se ponga en contacto con ellos.
- Educar a la madre: enseñar a la madre el procedimiento de amamantamiento.

•Enseñar las posiciones alternativas que puede adoptar la madre durante la L.M.:



- Deje que el niño toque el pecho durante unos momentos. El contacto estimula el pezón, que abre la boca del niño.
- Dirija el pecho hacia el centro de la boca abierta del niño.
- El niño agarrará el pezón y la areola.
- Cuando el niño agarre el pezón acérquelo contra usted.

En estas fotos se ve como el RN debe introducir en su boca toda la areola para una succión más eficaz



- Demostrar la forma correcta de limpieza de los pezones; uso de protectores para los pezones...
- Proporcionar ayuda temporal durante el amamantamiento, hasta que la madre aprenda a hacerlo.
- Estimular a la mujer para que haga preguntas

• EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA LACTANCIA MATERNA:

- Explicar las ventajas e inconvenientes del amamantamiento (la leche materna es más nutritiva que la de vaca, carece de bacterias y rara vez causa alergia)
- Desmentir la mala información sobre el amamantamiento (el tamaño de la mama no afecta a la lactancia y los pechos no pierden su forma si se sujetan correctamente)
- Enseñar como se realiza la higiene del pezón antes del amamantamiento (lavar con agua templada)
- Enseñar como se da el pecho a un R.N. (en posición sentada y semisentada, hacer que el R.N. expulse los gases cada 10 minutos, sin prisas)
- Explicar los peligros según la posición del lactante durante la alimentación (atragantamientos, infección de oído)
- Recomendar la alimentación del R.N. según una pauta de autodemanda
- Explicar como se distingue el llanto por hambre del provocado por otras causas
- Explicar que la alimentación del R.N. alternando los dos pechos reduce la hipersensibilidad mamaria (se puede recomendar el empleo de alguna señal para no olvidar cual fue el último que se le dió, por ejemplo un pequeño lazo en el tirante del sujetador)
- Enseñar la expresión de la leche del pecho manual y mecánicamente
- Recomendar el uso de un buen sujetador para mantener en posición adecuada las mamas y el uso de un protector para el pezón.
- Explicar como se adaptan las prendas de vestir para cubrir las necesidades de salud (sujetadores, camisones, blusas y vestidos abiertos por delante).
- Explicar la necesidad de una alimentación equilibrada durante la lactancia materna.
- Explicar la razón de los métodos usados y el efecto pretendido.

4. Evaluación

Comprobar en qué medida se ha cumplido nuestro objetivo inicial y resolver las dudas o problemas que puedan surgir.

INTERNET

Podemos encontrar páginas muy interesantes sobre la lactancia materna en internet:

- <http://www.lalecheleague.org>
- <http://netdial.caribe.net/~prlacta/benef2.htm>

CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO (RN)

1.3. Guía de orientación para los cuidados básicos al recién nacido

Entre las 2 a 6 horas postparto, según protocolo de cada hospital, el R.N. es explorado por el Pediatra, si procede, y es trasladado en una cuna a la Unidad de Maternidad, donde permanece en la habitación con su madre, hasta el Alta Hospitalaria.

En Maternidad, el personal de enfermería que recibe al R.N.:

- Comprueba los datos de identificación (pulseras) con la Historia Clínica. Existe un protocolo de identificación del RN: “programa BEBE”
- Valora y/o planifica los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta las anotaciones de la historia (tipo de lactancia, controles a realizar, etc.)
- Prepara material diverso (gasas, pañales...) que coloca sobre la cuna, antes de llevárselo a la madre.
- Traslada al R.N. con su madre, a la que dará las recomendaciones que procedan (higiene, alimentación...)

Para establecer un plan de cuidados específico para cada R.N., durante la permanencia de la madre y el R.N. en Maternidad, el personal de enfermería deberá tener en cuenta si ésta acudió a las clases de educación maternal o no, si es primípara o múltipara, etc.

Valoración del recién nacido:

- Coloración de la piel:
 - Piel rosada: normal
 - Piel cianótica, palidez: anormal
 - Observar la posibilidad de ictericia; medición con el bilirrubinómetro.

- FC: 120-140 lpm.
- Función respiratoria:
 - Normal: 30-60 rpm.
 - Anormal: aleteo nasal, tiraje intercostal, quejido, taquipnea (>60 rpm)
- Temperatura corporal normal: 36-37°C.
 - Temperatura rectal (generalmente se determina a la hora del baño)
 - ¿Cómo se toma la temperatura rectal?:
 - o Bajar el termómetro por debajo de los 36 grados.
 - o Untar su extremidad plateada con un poco de vaselina.
 - Colocar al R.N. en decúbito supino, se coge por los tobillos con una sola mano, se alzan sus piernas y se introduce el extremo del termómetro en el ano.
 - Debemos procurar mantener quieto tanto al R.N. como al termómetro, durante un mínimo de dos minutos.
 - Recordemos que la temperatura interna del cuerpo supera en medio grado la externa.
- Defecación: frecuencia, color y consistencia de las heces. Hay varios tipos:
 - Meconio: de color verde oscuro y pegajoso.
 - De transición: pastosa, con mal olor y color marrón-amarillenta
 - Amarilla granulada
- Micción: Los niños alimentados al pecho orinan con mayor frecuencia. La primera micción debe producirse antes de las 24 horas.
 - Los primeros 2 días orinan de 2 a 6 veces al día.
 - Después orinan de 5 a 20 veces al día.
- Patrón de alimentación del neonato: amamantamiento o alimentación con biberón. Cantidad, dificultades,...
- Cordón umbilical: manteniéndolo limpio y seco (curas con una gasa rodeando la pinza, y aplicando solución según protocolo de cada hospital)

- Hospital Universitario Puerto Real: se utiliza la siguiente solución:
 - Por cada 100 cm³ de alcohol, 1 cm³ de hibimax.
 - Hospital Universitario Puerta del Mar: alcohol a 70°
- Interacción entre los padres y el niño/a.
 - Baño (generalmente por la tarde), el cambio de pañales por las madres y el vestido.
 - Control del peso (siempre tomando de referencia las tomas y los pesos anteriores)
 - Valor medio: 3300 g.
 - Prueba del talón.
 - Grupo y Rh. (Test de Coombs).

Con las valoraciones y seguimiento diario de la madre y del R.N., el personal proporcionará en todo momento un ambiente adecuado, aplicará los cuidados que ambos requieran, así como dará la información y/o educación que los padres precisen.

Sobre las 48 horas y antes del alta hospitalaria, habrá un nuevo reconocimiento del R.N. por parte del pediatra. Se le entregará a la madre la Cartilla para la Salud Infantil (S.A.S.) y se derivará para el seguimiento del niño al “Subprograma de Control del Niño Sano” en Atención Primaria de Salud. También se le hará entrega del Grupo y Rh del R.N. y de su certificado de vacunación, así como el sobre para la fenilcetonuria.

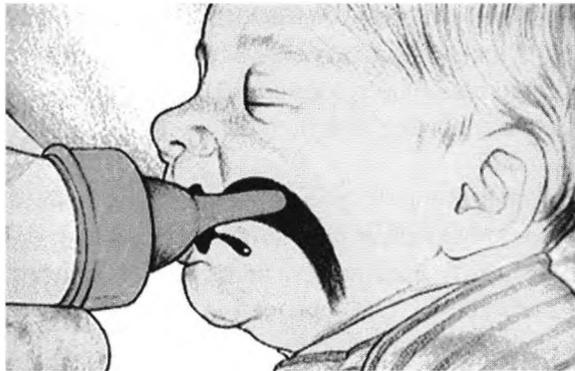
Al quinto día del nacimiento, en el Centro de Salud, se le hará la 2ª prueba del talón y se continuará con las siguientes dosis de vacunación según calendario de vacunas.

La Historia personal del R.N., abierta durante el parto y con los registros médicos y de enfermería de las Unidades del área Materno-Infantil, quedará archivada en el Hospital.

PREPARACIÓN DE UN BIBERÓN

1. Material necesario

- Biberón de cristal, tetina adecuada (silicona o caucho) y protector de la tetina.
- Leche en polvo según protocolo de cada hospital.
- Agua mineral hervida.
- Gasas, compresas o baberos para evitar que el bebé se manche.
- Guantes o mascarillas si se considera necesario.



2. Técnica

1. Correcto lavado de manos: Se realizará con jabón y el aclarado desde los dedos al antebrazo para eliminar los gérmenes por arrastre. Se recomienda el uso de guantes y la preparación de todo lo necesario antes del lavado.

2. Colocación de un paño estéril sobre la superficie destinada a la preparación del biberón. Sobre el mismo se colocarán los biberones y tetinas adecuadas, según procedan. En este punto debemos resaltar la importancia de la identificación de los biberones para evitar confusiones.

3. Conocer el porcentaje adecuado para cada niño:

- Para los R.N. corresponde el 12% y una medida rasa, por lo que se calentarán 40 cc de agua.
- A las 24 horas corresponde un 15% y dos medidas rasas, por lo que se calentarán 60 cc de agua.

4. Hervir el agua suficiente (según porcentaje):

5. Añadir al biberón el nº. correspondiente de medidas rasas y sin comprimir. Utilizar únicamente el medidor del envase. Añadir protector.
 6. Agitarlo hasta la completa disolución del polvo.
 7. Identificar los biberones para evitar confusiones.
 8. Comprobar la temperatura de la leche, por ejemplo en el dorso de la mano.
 9. Comprobar que el orificio de la tetina sea adecuado (si es demasiado pequeño el niño se cansará debido a que no extrae leche suficiente y si es demasiado grande se puede atragantar).
10. Instruir a la madre acerca de como lactar:
- La correcta posición de la madre y del biberón.
 - El eructo:
 - Sentado sobre las piernas de la madre, semi-incorporado
 - Boca abajo sobre las rodillas de la madre
 - En brazos, apoyando su barriga contra nuestro pecho
 - Boca abajo en su cuna, con la cabeza ladeada, si además de los eructos sufre regurgitaciones.
 - Las alergias e intoxicaciones que se manifiestan por cambios en el humor del bebé (irritables, malhumorados...)
 - Durante la lactancia, pueden aparecer vómitos, diarreas, no aumento de peso y erupciones cutáneas

3. Precauciones a tener en cuenta

- Los biberones han de tener una boca amplia para facilitar su correcto lavado con ayuda de un escobillón (los restos de leche suponen un caldo de cultivo para los gérmenes). Hay que mantener un especial cuidado en cuanto a la limpieza y asepsia del material usado.

PRUEBA DEL TALÓN EN EL RN

1. Concepto

Prueba para hacer diagnóstico precoz en el R.N. de enfermedades congénitas del metabolismo (hipotiroidismo y fenilcetonuria): causas de sub-normalidad.

En el Hospital se toma la primera muestra (prueba de hipotiroidismo), a las 48 horas de vida. La segunda (prueba para la fenilcetonuria) la suelen hacer en Atención Primaria, al 5º día del nacimiento.

2. Material necesario

- Papel especial para la recogida de las muestras
- Algodón o gasa y solución antiséptica
- Aguja, lanceta o similar para la punción
- Guantes desechables
- Tiritas
- Capilar de cristal para la recogida de sangre (opcional)

3. Procedimiento previo

- Antes de pinchar al R.N., se deben cumplimentar de forma clara nombre y dirección así como comprobar que se corresponden con los de las pulseras de identificación. Es muy importante confirmar y escribir con claridad en ambos sobres.
- Tener el equipo y material previamente preparado.

4. Técnica

1. Pondremos al R.N. en decúbito supino sobre la camilla y le quitaremos la ropa que proceda. Evitaremos la pérdida de temperatura en todo

momento (Se recomienda la utilización de una fuente de calor durante el proceso).

2. Colocación de guantes por la persona que va a realizar la técnica.

3. Antes de la punción y durante la recogida de las muestras se recomienda masajear el pie del R.N.

4. Pincharemos con precisión en la parte externa del talón del R.N. presionándole el pie para favorecer la salida de sangre y tomar las diversas muestras. Esto se podrá hacer directamente “exprimiendo” y colocando la sangre sobre el papel especial o con ayuda de un capilar de cristal, pero en ambos casos rellenando los cuatro círculos (es importante que la sangre cale por detrás del papel).



5. Se limpiará la zona de la punción con antiséptico y se colocará una tirita sobre la misma, asegurando la hemostasia de la zona.

6. Se vestirá nuevamente al R.N.

7. Se recogerá, ordenará y/o limpiará lo que proceda.

8. Antes de guardar las muestras en el sobre, se dejarán secar y posteriormente se cursarán según el protocolo de cada hospital.

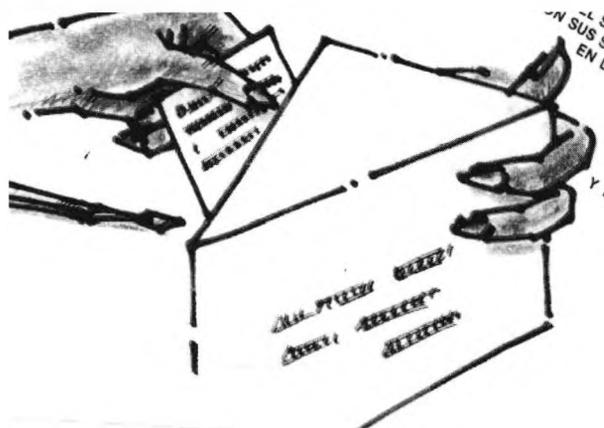
9. Al irse de alta, entregaremos el segundo sobre junto con la Cartilla del R.N. a los padres.

5. Precauciones a tener en cuenta

- Antes del Alta Hospitalaria se le dará a los padres el material necesario para la segunda muestra, indicándoles que no lo manipulen has-

ta el momento de la prueba. Ésta será realizada por el personal del Centro de Salud que les corresponda (durante la visita puerperal o en la Consulta del Programa “Niño Sano”) a partir del quinto día del nacimiento del hijo/a.

ada en los mismos.



- Los resultados llegarán a los padres, generalmente por correo, a su domicilio particular en un plazo máximo de dos meses. Sin embargo, en caso de ser positivos se comunicarán con ellos inmediatamente desde la Subdirección de Atención Primaria de la Provincia que corresponda.
- En caso de no recibir los resultados en el tiempo estimado, los padres podrán reclamarlos en la dirección indicada en el sobre.

2. PROCEDIMIENTOS EN LA UNIDAD DE PARITORIO

2.1. Guía de orientación para los cuidados básicos durante el parto

RECOMENDACIONES PARA LOS ALUMNOS DURANTE EL PARTO:

- Para permanecer dentro del paritorio en el momento del parto, el alumno deberá pedir permiso a la persona que vaya a realizarlo. Debemos conocer y cumplir la obligatoriedad de la utilización de mascarilla, calzas y gorro para poder estar presentes en el parto. Es conveniente también conocer y revisar la localización de materiales y fármacos previamente. También será obligatorio el uso de guantes y bata estéril, si vamos a colaborar. Podremos colaborar en la acomodación de la parturienta en la camilla en posición obstétrica (las nalgas lo mas al borde posible), ajustándole a su vez las correas a las perneras, en la higiene y rasurado de genitales, preparación de la mesa de partos, etc. Tenemos que tener preparada la cuna térmica del R.N. así como todo el material necesario para ayudar al personal en los primeros cuidados al R.N.

ASISTENCIA AL PARTO NORMAL O EUTÓCICO

La mayoría de los partos que evolucionan espontáneamente precisan de pocos recursos; basta con profesionales cualificados y los medios de control materno-fetal adecuados. Pero todas las parturientas y el proceso en sí mismo necesitan que quien los atiende disponga de estos elementos debidamente armonizados: CIENCIA, PACIENCIA, CORAZÓN, CEREBRO Y DESTREZA.

FASES:

- I. Periodo prodrómico
- II. Periodo de dilatación

- III. Periodo expulsivo
- IV. Periodo de alumbramiento
- V. Periodo de post-parto inmediato

I. ASISTENCIA AL PERIODO PRODRÓMICO

Valoración materna:

- Historia Clínica
- Cartilla de la embarazada
- Constantes vitales

Valoración fetal:

- RCTG
- Ecografía

Medidas generales

- Ducha
- Rasurado perineal (bolsa rota)
- Dieta blanda/líquida
- La paciente puede andar o estar de pie, salvo que tenga la bolsa rota

II. ASISTENCIA AL PERIODO DE DILATACIÓN

Valoración materna :

- Constantes vitales (poner frecuencia de tomas : c/2h, c/1h., c/30'), según dilatación.

Valoración fetal :

- RCTG

Valoración progresión del parto :

- Tacto vaginal

MEDIDAS GENERALES

- Ducha
- Enema si procede (<6 cm. de dilatación) y rasurado perineal.

- Vigilancia de la formación de globo vesical, si no tiene micción espontánea, proceder al sondaje aséptico.
- Ayuna (instaurar venoclisis con suero glucosado 5% o fisiológico).
- Posición : informar que puede adoptar la que esté más cómoda, y permita el buen control materno-fetal. Puede andar si lo desea cuando existe integridad de la bolsa y no existe riesgo de prolapso del cordón umbilical.
- Apoyo afectivo: secar el sudor, ayudar en las respiraciones, dar masaje, relajar, mojar los labios, mantener un entorno limpio, tranquilo y seguro.
- La participación familiar en el apoyo a la mujer, durante el período de dilatación puede ser muy útil siempre que las condiciones del parto y del Hospital lo permitan. La idoneidad del acompañamiento familiar debe ser considerada en cada caso.
- El personal asistencial debe proporcionar apoyo emocional e información sencilla y veraz a la mujer y a su familia sobre la evolución del parto, de forma periódica.

III. ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO

MEDIDAS GENERALES

- La asistencia al período expulsivo del parto se debe realizar en el medio hospitalario, en una sala específicamente preparada, siendo deseable un ambiente acogedor, y la presencia y apoyo de un familiar.
- Preparación de la mujer:
- Rasurado de la zona de episiotomía, en caso de no haberse hecho anteriormente.
- Sondaje vesical no permanente, en caso de sospecha de retención de orina.
- Limpieza perineal con desinfectante tópico adecuado.
- En el caso de no haberse realizado previamente, se instaurará una venoclisis, manteniendo una vía de perfusión intravenosa.
- Control periódico del estado materno, incluyendo:
 - Tensión arterial
 - Frecuencia cardíaca

- Temperatura
- Estado de hidratación
- Estado anímico-emocional

- Posición materna:

Posición de litotomía, en una cama que permita el pujo y la visión y protección del periné, la expulsión fetal o su extracción si fuese necesaria, y la sutura de la episiotomía si hubiese sido realizada.

- Utillaje:

- Camilla que permita la posición de litotomía
- Equipo de aspiración continua
- Toma de oxígeno
- Equipo y utillaje para aplicar anestesia
- Mesa auxiliar con instrumental estéril para la atención al parto (ver preparación mesa de parto)
- Equipo para la atención al recién nacido, incluyendo:
 - Toma de oxígeno
 - Equipo de aspiración continua
 - Regulación de la temperatura
 - Equipo de reanimación neonatal

La participación familiar en el apoyo a la mujer, durante el período expulsivo, puede ser muy útil siempre que las condiciones del parto y del Hospital lo permitan. La idoneidad del acompañamiento familiar debe ser considerada en cada caso.

El personal asistencial debe proporcionar apoyo emocional e información sencilla y veraz a la mujer y familia sobre la evolución del parto, de forma periódica.

CONDUCTA DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO

- Exploración vaginal.
- Control de la actividad uterina y del bienestar materno-fetal mediante la toma de constantes vitales maternas y R.C.T.G.
- Atención a la madre y recién nacido.

IV. ASISTENCIA AL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

CONDUCTA DURANTE EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

–Signos de desprendimiento placentario:

- o Signos clínicos de sospecha:
 - o Cambios en la forma del útero.
 - o Elevación y lateralización uterina.
 - o Salida de sangre por vagina
 - o Percepción por la parturienta de contracciones uterinas dolorosas.
 - o Sensación de peso y ocupación vaginal
 - o Signo de Kustner: La elevación manual del útero no es seguida por el cordón umbilical.

- o Maniobras para facilitar la expulsión de la placenta y su recogida: .
 - o Esfuerzo de pujo dirigido.
 - o Suave masaje uterino para favorecer la contracción.
 - o Una vez que la placenta se ha expulsado y aparece en vulva debe ser recogida con ambas manos dejándola salir por su propio peso, y facilitando la extracción de las membranas mediante la torsión de las mismas para evitar su desgarro.
- o Revisión de la placenta, membranas y cordón umbilical.
- o Tras la expulsión de la placenta y membranas ovulares se debe comprobar la formación del globo de seguridad de Pinard y valorar el estado materno.

A continuación, y una vez comprobada la integridad de la placenta y de las membranas ovulares, se debe realizar la revisión del canal del parto; también se revisará el periné y la vulva.

– Sutura de la episiotomía.

La profilaxis farmacológica de la hemorragia se puede realizar mediante la perfusión intravenosa continua de 10UI de oxitocina en 500 ml de suero glucosado al 5%.

V. ASISTENCIA AL PERIODO PUERPERAL

CONDUCTA DURANTE EL POSTPARTO INMEDIATO

El control del estado materno durante las dos horas siguientes al nacimiento es de vital importancia para la prevención y diagnóstico de complicaciones. Durante este periodo en la sala de atención postparto, se deben controlar:

- Tensión arterial.
- Frecuencia cardíaca
- Valoración de la hemorragia genital.
- Características del útero: tamaño, estado contráctil (globo de seguridad).
- Características de la herida de la episiotomía.
- Posible retención urinaria. Globo vesical.

Pasadas las dos primeras horas sin complicaciones, y con el estado general de la mujer estable, será trasladada a la Unidad de Maternidad para seguir con la evolución puerperal hasta que sea dada de alta.

La matrona cumplimentará la historia con los datos previos, relativos y posteriores al parto (antecedentes, tipo de parto, fármacos utilizados, hora del parto, medidas de reanimación, etc...), así como el certificado de nacimiento, el documento de salud de la embarazada y el libro de partos del S.A.S.

2.2. Guía para los cuidados inmediatos del RN tras el nacimiento

Al nacer, el R.N. es recogido por la matrona, quien lo seca y tras su valoración, pinzamiento y corte del cordón, lo coloca en el vientre de la madre y/o lo traslada a la cuna térmica, según proceda.

Para la valoración del RN se tiene en cuenta el test de Apgar :

Signo/Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Lenta, <100	>100 Normal
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Ausente	Disminuido	Buena flexión
Respuesta a estímulos (irritabilidad refleja)	No hay respuesta	Algún movimiento	Llanto, estornudo
Color de la piel	Azul pálido	El cuerpo sonrosado extremidades azules	Totalmente sonrosado

La evaluación de las cinco categorías se realiza al minuto y a los 5 minutos del nacimiento y se repiten hasta que se estabilice el estado del RN. Unas puntuaciones totales de 0-3 representan dificultades marcadas, de 4 a 6 significan dificultades moderadas y de 7 a 10 indican ausencia de dificultades para adaptarse a la vida extrauterina.

Durante y/o tras la valoración, se procede a los cuidados inmediatos del RN en paritorio:

- o Hay que evitar la pérdida de calor: secar inmediatamente al RN, cubrirlo y colocarlo sobre la madre y/o en la camilla calentada previamente con una fuente de calor
- o Limpieza de las vías respiratorias:
 - o Limpiar la cara para evitar la aspiración de líquido: al nacer, limpiar inmediatamente la cara y las coanas del RN.

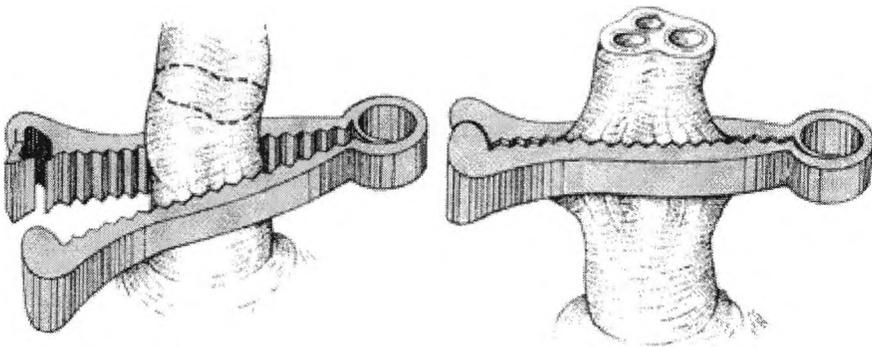
o Ayudados por una sonda de Nelaton, se realiza, si procede, la aspiración de posibles secreciones: primero por la boca y después por la nariz.

o Aporte de oxígeno si procede.

Pinzamiento del cordón umbilical:

Para el pinzamiento del cordón, se colocará éste en el centro de la pinza umbilical, guardando una separación aproximada de 1cm a cada lado, evitando así posibles retracciones al secarse, que podrían desprender la pinza.

o Es importante que la pinza esté bien cerrada, ya que de no ser así podrían producirse hemorragias muy peligrosas.



o Comprobar la existencia de los tres vasos umbilicales (1 vena y 2 arterias)

o Antes de cortar el cordón se extrae sangre del mismo para determinar el grupo sanguíneo y Rh del R.N. así como para el protocolo de identificación. En caso de existir alguna dificultad para ello, se puede extraer la sangre de la placenta.

o Identificación del RN:

o Se procede a la identificación del RN (según protocolo de identificación madre-hijo del SAS) a través de una pulsera de identifica-

- ción en el tobillo y otra en la muñeca. Los datos que deben figurar son: nombre y apellidos de la madre, la fecha y sexo del RN.
- o Todos estos datos son introducidos en un programa de identificación del SAS (“Programa bebe”) según protocolo de cada hospital.
 - o Tras la valoración y sus primeros cuidados, el RN se cubre con un paño estéril y se le da nuevamente a la madre, si procede.
 - o El RN es transportado a la Unidad de Neonatología donde, según protocolo de cada hospital, permanecerá en observación, entre 2 a 6 horas.

DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional es el tiempo de duración del embarazo. Convencionalmente se define como el tiempo transcurrido desde el primer día de la última regla normal hasta el nacimiento. Normalmente la duración del embarazo es de 40 semanas, 10 meses lunares, 9 meses solares ó 280 días. Para calcular la semana gestacional en la que se encuentra una embarazada necesitamos saber la fecha de última regla (FUR), a partir del Documento de Salud de la Embarazada (cartilla maternal) o preguntándolo directamente a la gestante.

Para determinar la fecha probable de parto (FPP), puede hacerse:

1. A través del calendario obstétrico: Se hace coincidir la línea de la F.U.R. con el día del mes en que se produjo y siguiendo la rueda del calendario podremos obtener la F.P.P., así como la semana gestacional (SG) en que se encuentra en los diferentes meses del año, hasta el parto.

2. A través de la Regla de Naegele:

F.P.P.= Al primer día de la F.U.R. se le añaden 7 días y se le restan tres meses:

Ej: F.U.R.: 17/10/97
F.P.P= 24 (17+7) / 7 (10-3) / 1998

NOTA: cuando la suma del día de la FUR+7 sea mayor de 30, se restan sólo 2 meses:

Ej: F.U.R.: 27/10/97
F.P.P= 4 (27+7) / 8 (10-2) / 1998

Según la semana gestacional en la que tenga lugar, éste se clasifica en:

Parto	Semana Gestacional
Inmaduro	21-27
Pretérmino	28-36
A término	37-42
Postérmino	>42

PREPARACIÓN DE UNA MESA DE PARTO

Para preparar la mesa de parto necesitamos un paquete quirúrgico y una caja de partos, ambos estériles. Cada paquete consta del siguiente material estéril:

- Cinco paños
- Compresas de vientre
- Gasas
- Dos batas

Con los paños, el médico o la matrona que va a hacer el parto, crea el campo quirúrgico, colocando uno por debajo de las nalgas de la mujer, otro por encima de su abdomen y uno sobre cada pierna. El quinto se reserva sobre la mesa quirúrgica para el R.N.

A la mesa se añadirán también el instrumental de la caja de partos, guantes estériles, una aguja I.M., una jeringa de 10 c.c. y las suturas necesarias en cada caso. En este sentido, el personal de campo (incluido los alumnos/as), estará pendiente para que no falte nada (gasas, compresas, suturas...), añadiéndolo correctamente cuando proceda, se necesite o lo pida la matrona o el tocólogo.

Cada caja de partos consta de:

- 3 Pinzas de Kocher
- 2 Pinzas de disección (con y sin dientes)
- 1 porta
- 1 tijeras
- 1 tijeras de cordón

PREPARACIÓN DE LA MESA PARA UNA CESÁREA

Para preparar la mesa se necesita un paquete quirúrgico y una caja de cesárea, ambos estériles. Cada paquete consta del siguiente material estéril:

- Cinco paños
- Compresas de vientre
- Gasas
- Dos batas

A la mesa, se añadirá también el instrumental de la caja de cesárea, guantes estériles, una placa de bisturí y un bisturí eléctrico, dos plásticos, un aspirador, suturas apropiadas (daxon, seda...), perla grande, pistola de suturas para piel (grapas) y apósito. En este sentido, el personal de campo (incluido los alumnos/as), estará pendiente para que no falte de nada (gasas, compresas, suturas...), añadiéndolo correctamente cuando proceda o se necesite.

Cada caja de cesárea consta de:

- 8 Pinzas de hemostasia
- Pinzas de disección: 2 con dientes y 2 sin dientes
- 3 portas
- 3 tijeras
- 4 pean
- 4 clanes
- 2 pinzas rectas de cordón
- 5 pinzas mosquito
- 5 cangrejos
- 2 valvas suprapúbicas
- 2 valvas laterales
- 2 valvas bayonetas

- 2 valvas maleables
- 2 bisturí nº 21
- 4 pinzas de anilla
- 1 pinza de garfio

Tras la intervención, llevar un adecuado control del material utilizado, su correcto mantenimiento, esterilización y funcionamiento.

En cuanto a la medicación de anestesia, en caso de ser epidural se preparará mesa accesoria con paños verdes, set de punción epidural, gasas, betadine, y la medicación apropiada según protocolo de cada hospital.

AMNIOSCOPIA

1. Concepto

Es la observación, a través de las membranas, del polo inferior del huevo y de las características del líquido amniótico, mediante la introducción en el cuello uterino de un dispositivo denominado “amnioscopio”.

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Indicaciones

- En todos los embarazos de alto riesgo a partir de las 36 semanas de gestación.
- Ante un cardiotocograma prepatológico o patológico.
- A partir de la semana 40-41 de embarazo y, especialmente si se supera la semana 42
- Ante un parto insidioso, con condiciones locales del cuello uterino para la inducción.
- Idealmente, ante cualquier trabajo de parto, para advertir la presencia de meconio (amnioscopia positiva)

Contraindicaciones

- Por lo general está contraindicada antes de la semana 36
- Ante un diagnóstico de placenta previa total o parcial
- Ante la presencia de una bartholinitis o un absceso vulvar

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición.

3.3. Comprobar identificación de la paciente.

3.4. Consultar protocolo de actuación.

3.5. Material necesario:

- Amnioscopio
- Mandril u obturador
- Fuente de luz fría
- Portatorundas y torundas estériles o sonda de aspiración
- Paños estériles
- Guantes estériles



3.6. Preparación de la paciente:

3.6.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma en que puede hacerlo

3.6.2. Colocación adecuada: posición ginecológica

3.7. Preparación del personal:

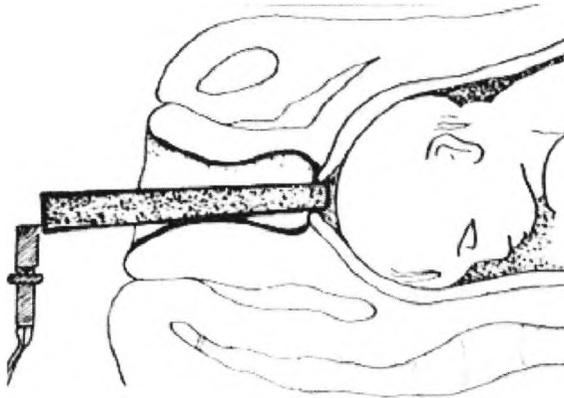
3.7.1. Lavado de manos

3.7.2. Colocación de guantes estériles.

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

- Se realizará observando las normas asépticas, sin anestesia y de forma ambulatoria y con una localización ecográfica previa de la inserción placentaria.
- Desinfección perineal con líquido antiséptico incoloro.
- Localización del cuello uterino mediante tacto vaginal y valoración de la permeabilidad de éste para escoger el calibre adecuado del amnioscopio.
- Introducción del amnioscopio con el mandril, guiado por el dedo índice que ha penetrado en el orificio cervical.
- Retirada del dedo índice y su lugar lo ocupa el amnioscopio que se introduce un poco más hasta entrar en contacto con las membranas y el tapón mucoso.
- Retirada del mandril y se conecta seguidamente la fuente de luz.



- Limpieza del polo inferior de las membranas, fundamentalmente del tapón mucoso, mediante torundas estériles o sonda de aspiración.
- Una vez expuestas y limpias las membranas, se procede a la valoración de las características del líquido amniótico.

4.2. Se suspende el procedimiento si:

- Orificio cervical totalmente cerrado y en situación posterior.
- Canal cervical ocluido por un tapón mucoso muy adherente que dificulta la maniobra.
- Cabeza fetal muy encajada que impida entrar en contacto con las aguas anteriores y posteriores.

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables, no obstante, puede aparecer una pequeña hemorragia, que no es importante

5.2. Recoger el material desechable y contaminado en recipientes adecuados

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la hora y fecha de la ejecución, así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

AMNIORREXIS

1. Concepto

Rotura de las membranas corioamnióticas. Puede ser:

- Espontánea: la bolsa amniótica suele romperse de forma espontánea en el curso del parto. Si se rompe antes del término, recibe el nombre de rotura prematura de membranas, cuyo tratamiento y gravedad dependerá de la semana gestacional a la que se produzca. Si se rompe antes del parto, pero a término, recibe el nombre de rotura precoz de membranas.
- Artificial: rotura de las membranas con un amniotomo, durante el parto, para acelerar su curso. Otros objetivos secundarios pueden ser el deseo de observar el color de las aguas, la práctica de una microtomía de la sangre fetal o la colocación de un catéter para monitorización interna.

2. Condiciones previas

- Parto en curso
- Presentación cefálica (relativa).
- Ambiente no infeccioso.

3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar identificación de la paciente
- 3.3. Consultar el protocolo de actuación
- 3.4. Preparar el material necesario:

- Amniotomo.
- Guantes estériles.

- Solución antiséptica.
- Compresas ginecológicas.
- Recipiente recolector.
- Camilla o cama

3.5. Preparación de la paciente:

3.5.1. Informar correctamente a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo



3.5.2. Colocar a la paciente en posición ginecológica (litotomía).

3.6. Preparación del personal:

3.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento.

3.6.2. Colocarse los guantes estériles para evitar infecciones.

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

- Asepsia genital.
- Introducción de los dedos índice y medio de la mano derecha dentro del cuello, buscando las membranas.
- Con la mano izquierda se introduce, guiada por los dedos de la mano derecha, el amniotomo, con la punta hacia arriba.
- Con un movimiento de rascado se desgarran las membranas.
- La maniobra puede ayudarse con una moderada compresión en el fondo uterino.
- Los dedos no se retiran hasta que se comprueba que sale líquido amniótico y que no se ha producido prolapso funicular.

- Observar color, cantidad y olor del LA.
- La salida del líquido amniótico debe ser lenta y no tumultuosa, para evitar prolapso de cordón.
- Es una buena técnica efectuar la amniorrexis bajo visión amnioscópica, especialmente si se teme que exista un vaso previo o un prolapso de cordón

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables. Tras la amniorrexis, la parturienta debe permanecer en cama, para evitar posible prociencia (prolapso) de cordón.

5.2. En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados

5.3. Valorar la FCF.

6. Registro

6.1. Anotar en el partograma la fecha, hora, cantidad de líquido expulsado, olor y color, así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

ECOGRAFÍA

1. Concepto

Método diagnóstico mediante el uso de ultrasonidos. La ecografía puede ser: ginecológica u obstétrica, por vía vaginal o abdominal.

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Obtener imágenes del aparato genital interno femenino y del embarazo. Es un método totalmente inocuo, no tiene contraindicaciones. Así, se usa en múltiples procesos como método diagnóstico y/o accesorio de otras técnicas (amniocentesis, funiculocentesis,...)

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición

3.3. Comprobar identificación de la paciente

3.4. Consultar protocolo de actuación

3.5. Preparar material necesario: Camilla, Ecógrafo, Gel conductor, Sábanas o entremetidas, Papel u otro material, Preservativo (en las vaginales)

3.6. Preparación de la paciente:

3.6.1. Explicar el procedimiento a la paciente.

3.6.2. Para las ecografías obstétricas, en caso de embarazos en estadios iniciales, y en las ginecológicas, se debe indicar a la mujer que acuda con la vejiga llena, lo que facilita la visualización de los genitales internos durante la exploración. En su defecto, se le recomendará beber líquido y que nos avise cuando tenga ganas de orinar.

3.6.3. Paciente en decúbito supino, con el abdomen descubierto hasta la sínfisis púbica, protegiendo la ropa de la paciente con papel para no mancharla con el gel (abdominales).

3.6.4. Paciente en posición ginecológica: litotomía (vaginales).

3.7. Preparación del personal:

3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica

Ecografías Abdominales

- Se aplica gel sobre el abdomen.
- Se aplica el cabezal del ecógrafo sobre el abdomen, visualizándose las estructuras pélvicas y/o el embarazo.
- Tras la exploración, limpieza del abdomen.

Ecografías Vaginales

- Se coloca gel conductor sobre el cabezal.
- Se pone un preservativo sobre el cabezal, y nuevamente se coloca gel conductor.
- Se introduce el cabezal en la vagina y se visualizan en el monitor las estructuras pélvicas.
- Tras la exploración, ayudaremos a que la mujer se incorpore y le ofreceremos celulosa o una compresa para retirar el gel.

4.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento.

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

AMNIOCENTESIS

1. Concepto

Extracción de líquido amniótico (LA), por vía abdominal o vaginal, mediante punción de la bolsa amniótica. Puede ser:

Precoz: a las 16 semanas, para el diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas o defectos del metabolismo.

Tardía: a partir de las 16 semanas, para el estudio de la madurez pulmonar fetal o para valorar el grado de afectación fetal en los casos de isoinmunización.

También puede realizarse con fines terapéuticos, en caso de polihidramnios (para extraer líquido amniótico) u oligoamnios (para amnioinfusión).

2. Indicaciones/Contraindicaciones

Amniocentesis precoz

Riesgo de anomalías en los cromosomas fetales:

- Edad materna > 35 años
- Hijo anterior con anomalías
- Translocación familiar
- Abortos espontáneos múltiples
- Trastornos ligados a X
- Enfermedad metabólica o hemoglobinopatías
- Riesgo de defecto del tubo neural

Amniocentesis tardía

- Estudio de la madurez pulmonar fetal
- Valoración del estado fetal en caso de isoinmunización
- Amniocentesis terapéutica

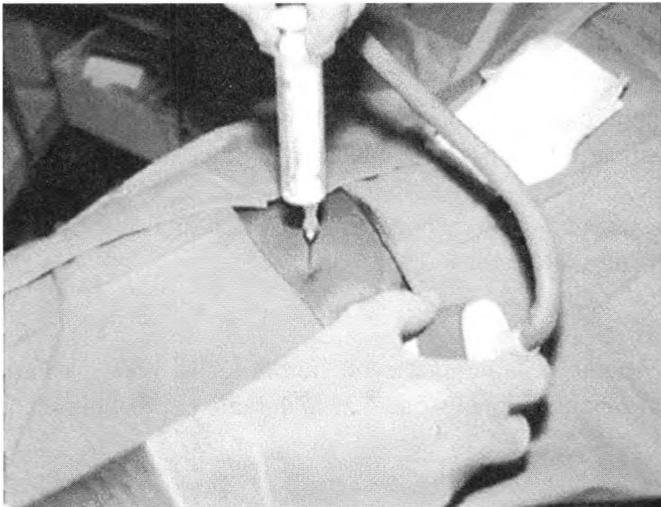
3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición
- 3.3. Comprobar identificación de la paciente
- 3.4. Consultar protocolo de actuación
- 3.5. Preparar material necesario: Camilla adecuada, Ecógrafo, Paños y gasas estériles, Guantes estériles, Agujas de punción raquídea (18-22G) con mandril, Jeringas de 20 ml, Solución antiséptica, Tubos colectores, Anestesia local (opcional)
- 3.6. Preparación de la paciente:
 - 3.6.1. Información correcta a la paciente, haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo.
 - 3.6.2. Asesoramiento:
 - Implica punción del útero
 - No se detecta todo
 - No garantiza un niño normal
 - Tiene riesgos potenciales
 - Demora en el resultado
 - Se puede conocer el sexo
 - 3.6.3. Explicar el procedimiento a la gestante y firma del consentimiento informado por parte de la misma
 - 3.6.4. Pruebas complementarias:
 - Ecografía
 - Cardiotocograma (20-30 minutos)
 - Exploración obstétrica
 - Muestras de sangre de ambos padres (cariotipo y Rh)
 - 3.6.5. Acomodación de la gestante: normalmente en decúbito supino (vía abdominal) o en posición ginecológica (vía vaginal).
- 3.7. Preparación del personal:
 - 3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento
 - 3.7.2. Colocarse guantes
 - 3.7.3. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento.
 - 3.7.4. Prevenir complicaciones maternas y fetales: infección, pérdida crónica de LA, hemorragia, contracciones uterinas, amenaza de parto pretérmino, lesiones, sufrimiento fetal.

4. Técnica

Procedimiento vía transabdominal

- Vaciado de la vejiga
- Decúbito supino
- Asepsia de todo el abdomen
- Preparación del campo estéril
- Punción de la zona de mayor lago amniótico y menor posibilidad de lesión (guiado por ecografía). Retirar el mandril. Extracción lenta de LA (20 cc)
- Retirar la jeringa. Colocar de nuevo el mandril
- Extraer la aguja rápidamente
- Colocar apósito
- No más de tres punciones



Procedimiento vía vaginal

- Vaciado de la vejiga
- Posición ginecológica
- Asepsia del periné
- Preparación del campo estéril

- Especuloscopia
- Asepsia cavidad vaginal
- Tracción cervical con pinza de cuello
- Punción del fondo de saco anterior, posterior o transcervical (guiado por ecografía), hasta llegar a la zona de LA prefijada
- Retirar el mandril
- Extracción lenta de LA (20 cc)
- Retirar la jeringa
- Colocar de nuevo el mandril
- Extraer la aguja rápidamente

5. *Postejecución*

Posición decúbito lateral izquierdo

- RCTG de 30 minutos
- Ecografía
- Alta a las 2 horas, según el estado de la embarazada y protocolo del hospital
- Aconsejar reposo relativo
- Gammaglobulina anti-D, si embarazada Rh(-)
- Verificar que la paciente queda en condiciones seguras y confortables
- En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados

6. *Registro*

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

3. Procedimientos en la Consulta de Ginecología y/o Diagnóstico Precoz

CITOLOGÍA VAGINAL. TRIPLE TOMA O CITOLOGÍA EXFOLIATIVA

1. Concepto

Consiste en la recogida y posterior estudio de las células descamadas de la vagina, así como del cuello uterino, tanto de la zona exocervical como del canal endocervical.

2. *Indicaciones.* Método de screening para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Método diagnóstico para la patología vaginal y cervical

3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición
- 3.3. Comprobar identificación de la paciente
- 3.4. Consultar protocolo de actuación
- 3.5. Preparar material necesario: Camilla ginecológica. Fuente de luz. Espéculo. Espátula de Ayre. Escobillón. Guantes. Porta esmerilado. Lápiz para escribir los datos de identificación de la muestra en la zona esmerilada del porta. Impreso de petición. Fijador citológico. Cartera o recipiente para el transporte de las muestras.
- 3.6. Preparación de la paciente:
 - 3.6.1. Información correcta a la paciente, haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo.
 - 3.6.2. Condiciones previas de la mujer:
 - No haber realizado el coito en 48 horas
 - Ausencia de medicación tópica vaginal y de irrigaciones vaginales 48 horas antes de la exploración.

- No haber realizado manipulaciones en el cuello uterino previas a la citología.
- No estar durante el periodo menstrual.
- Ayudar a la paciente a colocarse en posición ginecológica (ver especuloscopia)

3.7. Preparación del personal:

3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.7.2. Colocarse guantes

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica

- Inspección de genitales externos (vulva)
- La enfermera colabora con el médico durante el procedimiento de la siguiente forma:

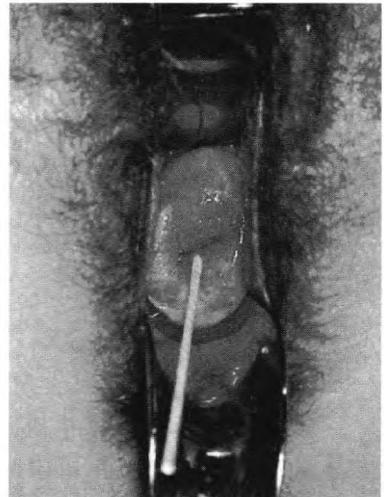
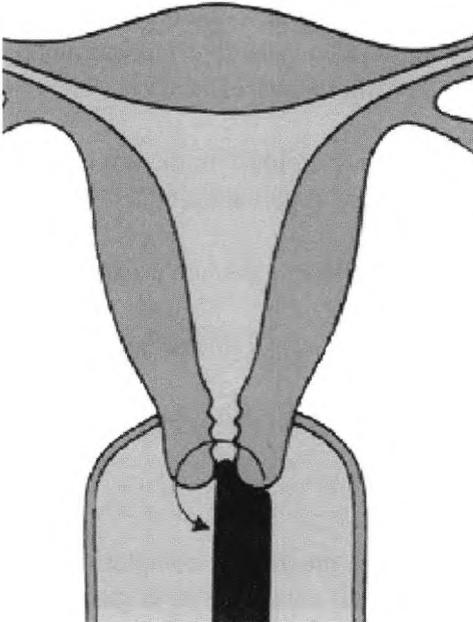
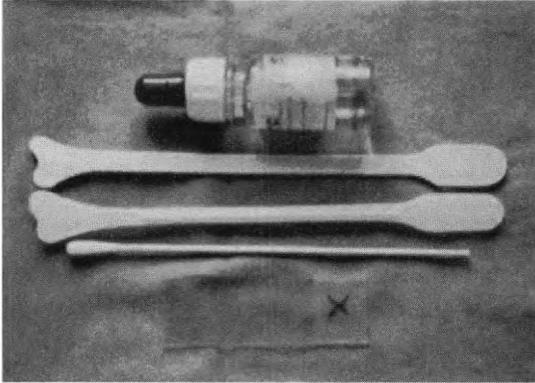
- Ofrece los guantes, el espéculo y coloca adecuadamente la fuente de luz, para una correcta inspección de genitales y especuloscopia.
- Con una mano sostiene el porta (siempre con guantes) debidamente escrito con lápiz el nombre de la señora, la fecha y el tipo de toma y con la otra la espátula de Ayre y el escobillón.
- Ofrecer primero la espátula de Ayre y luego el escobillón.
- El ginecólogo hace la especuloscopia y toma las muestras con ayuda de la espátula de Ayre y el escobillón, de la siguiente forma:

Primero

- Obtención de la muestra vaginal, con el extremo de una curvatura de la espátula de Ayre. La muestra se toma de fondo de saco de Douglas.
- Extensión de la muestra en la primera porción del porta, la más próxima a la zona de identificación, y en sentido perpendicular al porta.

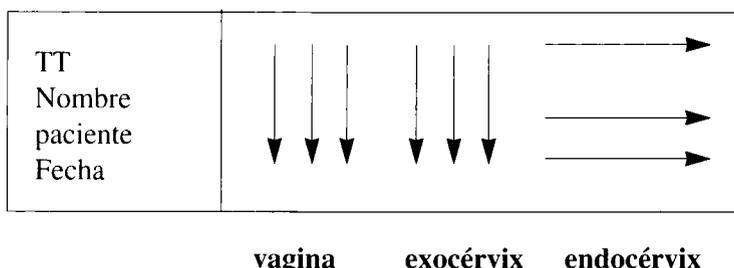
Segundo

- Obtención de la muestra de exocérvix, con el extremo de doble curvatura de la espátula de Ayre: apoyando sobre el OCE la espátula y haciendo un movimiento de rotación sobre el exocérvix.
- Extensión de la muestra en la porción central del porta, paralela a la anterior.



Tercero

- Obtención de la muestra endocervical, con el escobillón, rotándolo en el interior del canal endocervical. Extensión de la muestra en la última porción del porta, en dirección perpendicular a las otras dos muestras.



- Una vez tomadas se fijarán con un spray, esperaremos a que se sequen y se colocarán en una cajita, junto con la petición debidamente cumplimentada, para su posterior tinción y estudio microscópico.
- Una vez finalizada la exploración, se le podrá ofrecer a la mujer celulosa para la limpieza de la zona (sobre todo en caso de haber utilizado lubricante) o una compresa en caso de estar sangrando o que pudiera hacerlo debido a la exploración realizada.

4.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla.

4.3. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias.

4.4. No se deben dejar las muestras sin fijar, ya que se secarían y no podrían ser utilizadas

4.5. Hay que escribir los datos de la paciente en el/los porta/s antes del procedimiento

5. Postejecución

5.1. Comprobar la identificación de la muestra, la completa cumplimentación de la hoja de petición y el correcto transporte de la misma.

5.2. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables

5.3. En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

CITOLOGÍA ENDOMETRIAL

1. *Concepto*

Consiste en la obtención, para su posterior estudio citológico, de células endometriales.

2. *Indicaciones*

Método de diagnóstico de la patología endometrial

3. *Preparación/Preejecución*

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición

3.3. Comprobar identificación de la paciente

3.4. Consultar protocolo de actuación

3.5. Preparar material necesario:

- Impreso de petición
- Camilla ginecológica
- Fuente de luz
- Porta esmerilado
- Lápiz para escribir los datos de identificación de la muestra en la zona esmerilada del porta.
- Guantes
- Espéculo. Citorrecolector endometrial (Cánula de Mi-Mark u otro tipo)
- Fijador citológico
- Cartera o recipiente para el transporte de las muestras

3.6. Preparación de la paciente:

3.6.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo

3.6.2. Ayudar a la paciente a colocarse en posición ginecológica (ver especuloscopia)

3.6.3. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla

3.7. Preparación del personal:

3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.7.2. Colocarse guantes

4. Técnica

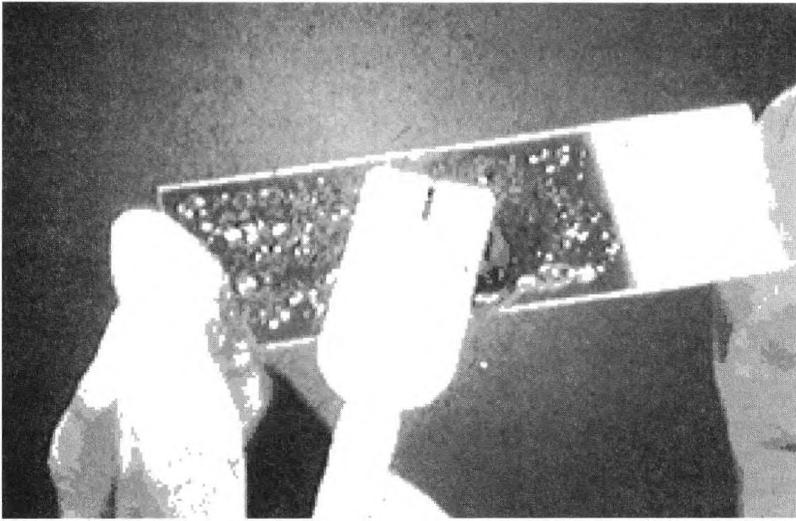
4.1. Pasos de la técnica:

- Inspección de genitales

La enfermera colabora con el médico durante el procedimiento de la siguiente forma:

- Ofrece los guantes, el espéculo y coloca adecuadamente la fuente de luz, para una correcta inspección de genitales y especuloscopia
- Con una mano sostendremos el porta (siempre con guantes) debidamente rotulado con lápiz el nombre de la señora, la fecha y el tipo de toma y con la otra la cánula de Mi-Mark
- Ofrecer la cánula al médico de forma que no la contaminemos
- El ginecólogo hace la especuloscopia y toma la muestra con ayuda de la cánula, de la siguiente forma:
 - Introduce la espiral en el interior del útero, a través del OCE, y extrae la espiral impregnada de tejido endometrial
 - Extensión de la muestra en el porta, en sentido paralelo al mismo, con ayuda de la espátula que tiene una ranura para extraer el material de la espiral

nombre paciente TE Fecha	m. Endometrial →
--------------------------------	---------------------



- Una vez extendida la muestra, se fija con un spray fijador, espere a que seque y se colocará en una cajita, junto con la petición debidamente cumplimentada, para su posterior tinción y estudio citológico
- Al finalizar la exploración ayudaremos a la mujer a que se incorpore de la camilla y le ofreceremos una compresa, ya que puede manchar de sangre después de la toma endometrial

4.2. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias

4.3. A veces, es normal que se realicen TT y TE en la misma exploración. En este caso prepararemos el material previamente y se realiza primero la TT y luego la TE.

5. Postejecución

- 5.1. Confirmar que se ha rellenado correctamente la hoja de petición
- 5.2. Confirmar que se haya hecho un correcto fijado de la muestra
- 5.3. Comprobar la identificación de la muestra y el correcto transporte de la misma
- 5.4. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables

5.5. En caso necesario recoger material y depositar material contaminado en recipientes adecuados

5.6. Tener en cuenta que, al manipularse el cuello, puede producirse un reflejo vagal

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

TOMA VAGINAL EN FRESCO

1. Concepto

Método diagnóstico que consiste en la obtención, para su posterior estudio al microscopio, en el mismo momento de la exploración, de una muestra de flujo vaginal.

2. Indicaciones

Diagnóstico de patología vaginal

3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar identificación de la paciente
- 3.3. Consultar protocolo de actuación
- 3.4. Preparar material necesario:

- Camilla ginecológica
- Fuente de luz
- Espéculo
- Espátula de madera o de plástico, con una curvatura
- Guantes. Porta, no necesita ser esmerilado
- Cubre. Suero fisiológico
- Cloruro potásico (ClK); se ven mejor las infecciones por hongos
- Cuenta gotas. Microscopio

- 3.5. Preparación de la paciente:

3.5.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo

3.5.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla

3.5.3. Colocación adecuada: posición ginecológica (ver especuloscopia)

3.6. Preparación del personal:

3.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.6.2. Colocarse guantes

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

- Inspección de genitales externos
- La enfermera colabora con el médico durante el procedimiento de la siguiente forma:
 - Ofrece los guantes, el espéculo y coloca adecuadamente la fuente de luz, para una correcta inspección de genitales y especuloscopia
 - Con una mano sostendremos el porta (siempre con guantes), sobre el que echaremos una gota de suero o de cloruro potásico
 - Ofrecer la espátula al médico
- El ginecólogo hace la especuloscopia y toma la muestra con ayuda de la espátula, de la siguiente forma:
 - Introduce la espátula y extrae el material del fondo de saco de Douglas.
 - Extensión de la muestra sobre la gota de suero.
 - Una vez extendida la muestra, se cubre y se observa al microscopio
 - Si no se va a realizar ninguna toma de muestra más, ayudaremos a la mujer a incorporarse
 - Una vez finalizada la exploración, se le podrá ofrecer a la mujer celulosa para limpieza de la zona (sobre todo en caso de haber utilizado lubricante) o una compresa en caso de estar sangrando o que pudiera hacerlo debido a la exploración realizada (por ejemplo citología endometrial)

4.2. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

EXPLORACIÓN MAMARIA

1. Concepto

Exploración clínica de la mama

2. Indicaciones

Método de diagnóstico de patología mamaria

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar identificación de la paciente

3.3. Consultar protocolo de actuación

3.4. Preparar material necesario: camilla

3.5. Preparación de la paciente:

3.5.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma de hacerlo

3.5.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla

3.5.3. Colocación adecuada: paciente desnuda de cintura hacia arriba, tumbada en la camilla en decúbito supino, con las manos detrás de la cabeza.

3.6. Preparación del personal:

3.6.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.6.2. El explorador debe frotarse las manos previamente a la exploración, para calentárselas

4. Técnica

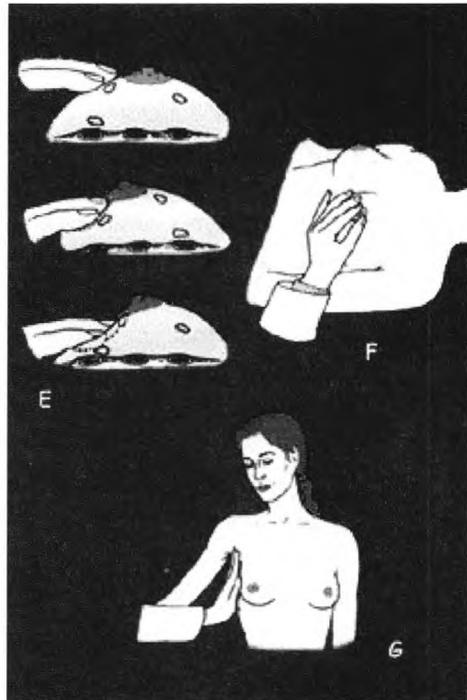
4.1. Pasos de la técnica:

Inspección

- Inspección de las mamas. Se observa: tamaño, piel, forma, piel de la areola, pezón, forma de la areola, forma del pezón

Palpación

- Debe realizarse con los dedos juntos formando un solo plano que se desliza tangencialmente sobre la mama
- La palpación debe ser suave y ordenada y no debe producir dolor



- Se realiza expresión de los pezones
- Se palpan las axilas y las fosas supraclaviculares
- Tras la inspección y palpación en posición supina se realiza la inspección y palpación con la paciente sentada en la camilla, primero con los brazos caídos a lo largo del cuerpo, y luego con los brazos hacia arriba

4.2. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias.

5. Postejecución

5.1. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables.

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

CITOLOGÍA MAMARIA. PAAF (PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA)

1. Concepto

Técnica diagnóstica que consiste en la obtención de material o células de la mama mediante punción de una zona sospechosa de lesión, cuando se hace citología de la mama. También se puede obtener material, para su fijación y posterior estudio, por secreción del pezón, mediante presión en la mama y pezón, aplicando el porta sobre el mismo.

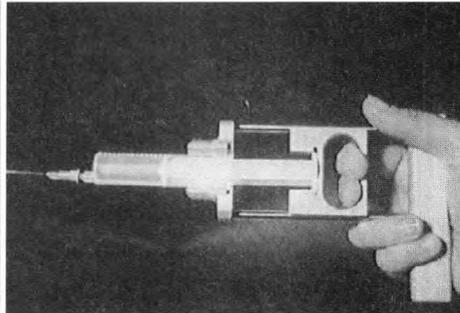
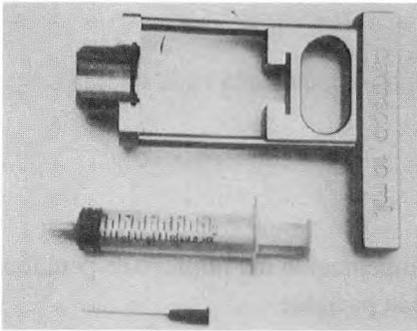
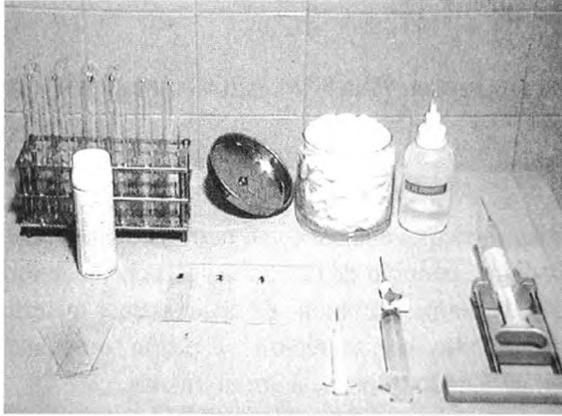
2. Indicaciones

Estudio de una lesión o zona sospechosa localizada en la mama

3. Preparación/Preejecución

- 3.1. Comprobar indicación
- 3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición
- 3.3. Comprobar identificación de la paciente
- 3.4. Consultar protocolo de actuación
- 3.5. Preparar material necesario:
 - Camilla adecuada
 - Guantes, Pistola para PAAF (opcional)
 - Jeringa de 20 cc.
 - Agujas de 0,6x25
 - Porta esmerilado
 - Lápiz para escribir los datos de identificación de la/s muestra/s en la zona esmerilada.
 - Fijador citológico
 - Solución antiséptica

- Gasas Impreso de petición
- Cartera o recipiente para el transporte de las muestras



3.6. Preparación de la paciente:

3.6.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma en que puede hacerlo

3.6.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla

3.6.3. Posición adecuada: paciente en decúbito supino, desnuda de cintura para arriba y con las manos detrás de la cabeza, ayudándole a estar lo más tranquila posible, ya que la punción no es muy dolorosa. También puede hacerse con la paciente sentada

3.7. Preparación del personal:

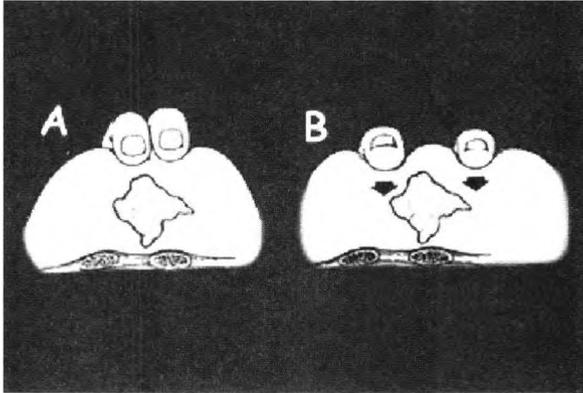
3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento

3.7.2. Colocarse guantes

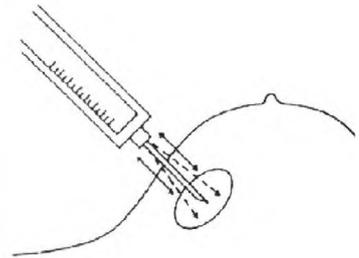
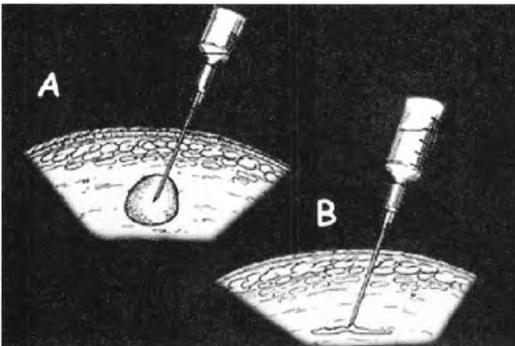
4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

- Preparación de la zona con antiséptico
- Infiltración de la zona con anestesia local (opcional)
- Localización y fijación de la zona de lesión con los dedos índice y medio



- Realización de la punción y aspiración de la zona en distintos planos, sin llegar a sacar la aguja de la zona, con movimientos de vaivén, y sin soltar la aspiración



- Se suelta el vacío
- Se retira la jeringa. Se retira la aguja
- Se cubre la zona de punción, previa aseptización de la misma
- Se extiende la muestra sobre los cristales preparados previamente. Para ello, llenaremos la jeringa de aire, la conectamos a la aguja y proyectamos el material sobre los cristales. Se repite esta operación, hasta haber conseguido todo el material que se encuentra en el émbolo de la aguja, sin olvidar desconectar la aguja para volver a llenar de aire la jeringa y así evitar la pérdida del material en la jeringa
- Se fijan las muestras. Esperamos que se sequen y se colocan en una cajita junto con la petición debidamente cumplimentada, para su posterior tinción y estudio citológico

4.2. Antes de iniciar el procedimiento hay que identificar los cristales, especificando el tipo de toma (toma de mama: derecha o izquierda): MD, MI

4.3. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias.

5. *Postejecución*

- 5.1. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables
- 5.2. Advertir a la mujer de que puede aparecer un pequeño hematoma en la zona

6. *Registro*

- 6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento

AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

1. Concepto

Exploración mamaria que realiza la propia mujer, para detectar precozmente posibles anomalías en sus mamas. Se debe iniciar la exploración a partir de los 20-25 años, como técnica para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, tras el aprendizaje correcto. Se realiza cada mes, preferiblemente al 5º día después de la menstruación, para evitar las molestias premenstruales y, cuando la mujer no tiene regla (en la menopausia), un día fijo cada mes.

2. Material necesario

- Un espejo

3. Procedimiento previo

- Elegir un momento y lugar en el que la mujer esté cómoda y relajada
- Mujer desnuda de cintura para arriba

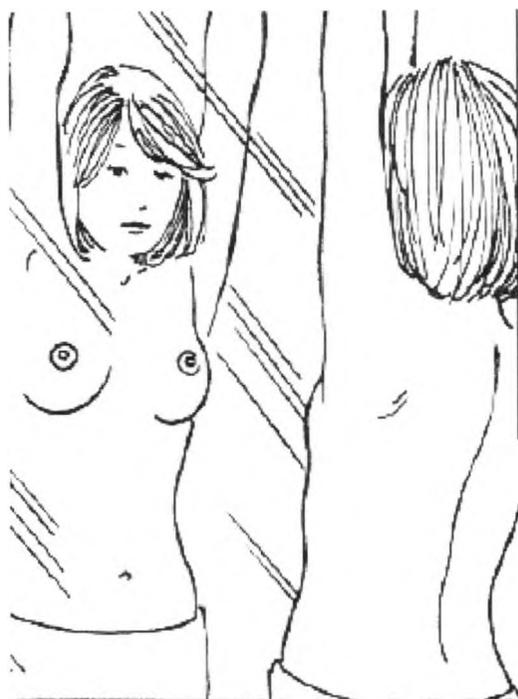
4. Técnica

Primero: observación

Objetivos: la mujer se familiarizará con el color, la textura, la apariencia, la forma y el tamaño normal de sus mamas. También observará si hay diferencia entre ambas mamas y areolas.

- La mujer observará, frente al espejo, la forma de las mamas, el contorno y la forma de la areola y los pezones: con los brazos a lo largo del cuerpo, de frente, y luego girará lentamente hacia un lado y otro hasta explorar completamente ambas mamas.

- Repetirá la misma operación con los brazos apoyados en la cadera y con los brazos en alto, para ver si ambas mamas están a la misma altura.



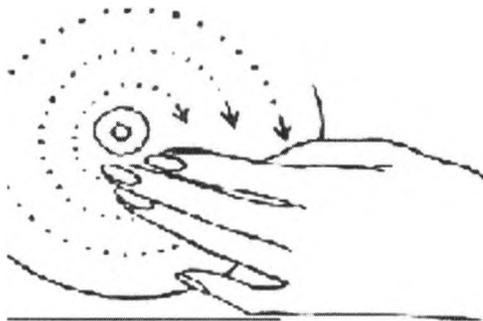
Segundo: palpación

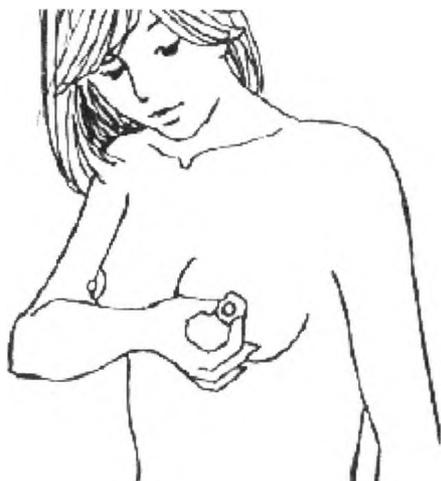
Objetivos: la mujer aprenderá a palpar sus mamas y así, podrá notar cualquier diferencia.

- La mujer se tumbará sobre la cama, o frente al espejo y se palpará con una mano la mama del lado contrario, manteniendo la mano homolateral a la mama que explora, detrás de la cabeza.



- La palpación se realiza con las yemas de los dedos índice, corazón y anular, de forma espiral desde el centro hacia la perifería de la mama, o de forma radial. En cualquier caso se debe palpar la totalidad de la mama.
- Se deben expresar los pezones por si existe secreción. Si existe, comprobar: color, cantidad, olor.





- Palpar los huecos axilares y los huecos supraclaviculares, por si existen nódulos.



3.6. 5. Precauciones a tener en cuenta

- La autoexploración debe realizarse mensualmente porque, tanto si se realiza en intervalos más pequeños como más grandes, la mujer no podría percibir los cambios que pueden ocurrir en su mama.
- Es importante que, sea cual sea la forma en la que la mujer aprenda la autoexploración, lo haga siempre del mismo modo y siempre

en las mismas condiciones. Por ej: siempre delante del mismo espejo, descalza o con los mismos zapatos, o en la ducha, sentada o de pie.

- Es normal que una mama sea un poco mayor que otra, lo que no es normal es que de un mes a otro la señora note un tamaño bastante desigual entre una mama y otra.

- La mujer debe acudir al médico si:
 - Una mama aumenta o reduce su tamaño o su dureza en relación a la otra.
 - La piel de la mama aparece retraída, con manchas, hoyuelos, o cualquier otro cambio en la textura y características de la piel.
 - Existe retracción de pezón.
 - Existe secreción por el pezón.
 - Se nota un bulto.
 - Existe dolor persistente en una zona de la mama.
 - Existen cambios en cicatriz o bulto antiguo.
 - Existe hinchazón en axila o parte superior del brazo.

BIOPSIA GINECOLÓGICA

1. Concepto .

Obtención de material para estudio histológico o anatomopatológico. El material puede tomarse de cualquier zona, las más frecuentes son las de cuello uterino y vulva.

2. Indicación

Diagnóstico anatomopatológico de patología ginecológica

3. Preparación/Preejecución

3.1. Comprobar indicación

3.2. Comprobar la correcta cumplimentación del impreso de petición

3.3. Comprobar identificación de la paciente

3.4. Consultar protocolo de actuación

3.5. Preparar material necesario:

- Camilla ginecológica
- Hoja de petición
- Recipiente para transportar la muestra debidamente rotulado (nombre de la paciente, fecha, tipo de toma y zona de la toma) y con formol
- Antiséptico
- Bisturí, pinza de biopsia, asa de corte, según la zona a biopsiar y la técnica a utilizar
- Pinza de cuello, en caso de biopsia de cuello
- Porta y sutura en caso de biopsia vulvar, por si es necesario dar un punto en la piel
- Gasas y compresas. Anestesia local

3.6. Preparación de la paciente:

- 3.6.1. Información correcta a la paciente. Haciendo énfasis en los puntos en los que puede colaborar con el personal y la forma en que puede hacerlo
- 3.6.2. Preservar la intimidad de la paciente en todo momento: indicarle de forma clara dónde puede desvestirse, qué ropa debe quitarse y dónde puede dejarla
- 3.6.3. Preguntar por posibles alergias a la anestesia local
- 3.6.4. Paciente en posición de litotomía

3.7. Preparación del personal:

- 3.7.1. Lavarse las manos antes y después del procedimiento
- 3.7.2. Colocarse guantes

4. Técnica

4.1. Pasos de la técnica:

Biopsia vulvar

- Actualmente, se debe biopsiar toda zona vulvar cuya inspección, o tras el test de Collins, sea anormal
- Puede hacerse directamente tomando una pequeña muestra de tejido mediante un corte con bisturí y cerrando la herida resultante con un punto de seda. Se requiere sólo anestesia local de la piel
- También se puede realizar con una especie de punzón que tiene forma de cilindro hueco, con un diámetro de 2mm. y de bordes cortantes. Con un botón de anestesia local en la piel, se introduce profundamente en la zona que se quiere biopsiar.
- Normalmente, la biopsia se toma de la zona de la vulva cuyo aspecto sea anormal.

Biopsia del cuello uterino

- Normalmente la biopsia se toma de la zona del cuello cuyo aspecto sea anormal, a simple vista, por colposcopio o tras el test de Schiller.

Para realizarla existen varias formas:

- Raspado epitelial del exocérnix: realizado con una cucharilla cortante
- La biopsia grande en cuña y la biopsia anular del círculo escamocolumnar son procedimientos intermedios entre la biopsia pequeña selectiva y la conización. En los últimos años se ha propuesto la extirpación total o parcial de la zona de transición mediante un asa diatérmica, que corta a la vez que coagula el tejido
- Pequeñas biopsias múltiples radiales o circunferenciales
- Biopsia selectiva: obtenida con pinzas adecuadas para tal fin. Recoge una pequeña muestra de tejido de varios milímetros de diámetro, dirigida por colposcopio
- Una vez finalizada la técnica, se le podrá ofrecer a la mujer celulosa para limpieza de la zona o una compresa en caso de estar sangrando o que pudiera hacerlo debido a la biopsia realizada

4.2. La enfermera ayudará a la mujer a relajarse durante la exploración, para evitar molestias

5. Postejecución

- 5.1. Advertir a la mujer de que puede aparecer un pequeño hematoma en la zona (en caso de biopsia vulvar)
- 5.2. Dar las instrucciones necesarias para el cuidado de la herida: mantenerla limpia y seca. Aseptizarla y volver a los 7 días para retirar el/los puntos (en caso de biopsia vulvar)
- 5.3. Verificar que la paciente quede en condiciones seguras y confortables
- 5.4. Preparar adecuadamente el envase de transporte de la muestra, rotulado de forma correcta y clara, y garantizando un transporte adecuado que asegure un buen estado de la muestra para su posterior estudio.

6. Registro

6.1. Anotar en la hoja de evolución la fecha, hora... así como cualquier circunstancia de interés que ocurra durante el procedimiento.

Actividades en la Unidad de Ginecología

CUIDADOS PREOPERATORIOS A UNA PACIENTE GINECOLÓGICA

Los cuidados quirúrgicos ginecológicos son similares básicamente a los cuidados de cualquier otra cirugía, con algunas especificaciones, por ejemplo:

- La anestesia puede ser espinal, epidural, local ó general.
- A veces se inserta preoperatoriamente un catéter epidural para controlar el dolor durante el postoperatorio.
- Para cirugía general, se suele sondar a la paciente en quirófano.
- Se emplea con frecuencia una unidad electroquirúrgica.
- Se emplea el láser asociado ó por lo general a un colposcopio, laparoscopia o histeroscopia.
- Puede emplearse un sistema de drenaje aspirativo o algún otro tipo de drenaje para impedir la formación de hematomas o el acúmulo de sangre o suero en la pelvis y/o la herida.
- La trombosis postoperatoria es una complicación grave en la cirugía pélvica, debido a las relaciones anatómicas entre los grandes vasos profundos y el campo quirúrgico. Además la posición de litotomía retarda la circulación. Por lo que suele utilizarse anticoagulación profiláctica con heparina, medias antiembólicas y movilización precoz.

En las Unidades de hospitalización ginecológica, nos encontraremos la mayoría de las veces con pacientes ingresadas para algún procedimiento quirúrgico ginecológico (por vía vaginal, abdominal o cirugía mamaria) diagnóstico o terapéutico, en el que la paciente ya cuenta con una historia clínica preoperatoria previa, un examen físico completo y una serie de pruebas complementarias, todo ello necesario antes de la intervención quirúrgica.

En otras ocasiones la paciente ingresa sin preoperatorio previo y deben realizarse todas las pruebas en el hospital.

A. Valoración

Deberemos informarnos de los datos más relevantes de la historia clínica de nuestra paciente:

- Datos obtenidos de la entrevista preoperatoria
 - Datos de filiación
 - Antecedentes familiares de interés
 - Antecedentes personales:
 - Médicos y quirúrgicos
 - Hábitos nutricionales
 - Hábitos nocivos
 - Obstétricos:
 - Nº y tipo de embarazos
 - Partos
 - Cesáreas
 - Abortos
 - Recién nacidos: peso, sexo, tipo de lactancia
- Ginecológicos:
 - Fórmula menstrual
 - Fecha de última y penúltima regla
 - Infecciones genitales/tratamientos prescritos
 - Tratamientos hormonales
 - Sintomatología urinaria; por lo estrechamente relacionadas que están las enfermedades de las vías urinarias con las del aparato reproductor
 - Motivo de ingreso/Tipo de intervención
 - Datos de la valoración preanestésica:

Se evalúan los riesgos asociados con la anestesia y se suele prescribir medicación preanestésica, además de solicitarse pruebas diagnósticas si se precisan

- Datos obtenidos de la exploración física
 - Peso
 - Talla
 - Constantes vitales
 - Auscultación cardíaca y pulmonar
 - Examen ginecológico:
 - Exploración abdominal
 - Exploración ginecológica
 - Inspección
 - Palpación: el útero y los anexos son examinados mediante tacto vaginoabdominal o rectoabdominal, para determinar su posición, consistencia, tamaño, movilidad, posibles irregularidades y el dolor asociado con el movimiento.
 - Exploración mamaria
 - Datos obtenidos de las pruebas y exploraciones complementarias
 - Exámenes de laboratorio
 - Hemograma: hemoglobina, hematocrito, serie blanca
 - Orina: sedimento y/o urocultivo si está indicado
 - Bioquímica: electrolitos
 - Estudio de coagulación
- Rx posteroanterior (PA) y lateral (L) de tórax
- Electrocardiograma
- Los síntomas sugestivos de enfermedad hepática, renal o metabólica deben ser cuidadosamente investigados mediante estudios específicos y consultas al especialista correspondiente

B. Síntesis de la valoración (Diagnóstico)

Una vez consultada la historia clínica, se completarán los datos o exploraciones que falten y haremos nuestra entrevista de valoración para determinar los posibles problemas de la paciente en el preoperatorio. Los datos fundamentales para nuestra valoración serán:

a) Problemas psicosociales

El personal sanitario en general y, en nuestro caso, el personal de las unidades de hospitalización de ginecología manejan tan a menudo y de forma tan rutinaria los procedimientos quirúrgicos, que existe un riesgo considerable de perder la perspectiva acerca del impacto de la cirugía sobre la vida de la mujer sometida a esta tensión. Para las pacientes, cada procedimiento es una experiencia única que puede amenazar en un instante su sentido de salud y bienestar, el control sobre su propio cuerpo y su seguridad; a veces puede incluso amenazar o destruir el centro de su identidad sexual.

Aún cuando el propósito último del tratamiento quirúrgico consiste en aumentar la salud de la paciente, el proceso para lograr ese objetivo puede representar una amenaza aguda. Así, el personal sanitario debe tener en cuenta las tensiones psicológicas que suelen desencadenarse con la extirpación de partes del cuerpo que son sinónimos emocionales de la naturaleza femenina (mastectomía, histerectomía, vulvectomía...), así como las tensiones inherentes al ingreso hospitalario y al tratamiento quirúrgico.

De ahí la importancia de que en nuestra primera valoración tengamos muy en cuenta el valorar las respuestas emocionales comunes a la cirugía y los mecanismos de afrontamiento de la paciente:

1. Inseguridad y vulnerabilidad
 - Sensación de ser manipulada
 - Despersonalización
 - Desamparo
 - Sentimientos de ser atacada
2. Ansiedad
 - Temor a morir
 - Temor al dolor
 - Temor a la pérdida de identidad (rol, independencia, atractivo, etc.)
 - Temor al efecto adverso sobre la vida sexual
3. Labilidad emocional: tristeza, llanto, irritabilidad
4. Regresión y dependencia
5. Sensación de enfermedad: un estado de falta de salud (rol de "enferma")
6. Duelo

La paciente que experimenta una cirugía genital (o mamaria) ablativa se encuentra bajo la influencia de muchos factores emocionales que suelen ser de naturaleza aditiva. A medida que la paciente atraviesa la experiencia prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica está en tensión; a menudo se siente acosada por todas las manos y, de hecho, puede verse inundada más allá de su capacidad de compensación. Si no cuenta con ayuda para facilitar la recuperación física (cicatrización...) y psíquica, puede experimentar un daño emocional permanente.

b) Déficit de conocimientos

- Sobre el tipo de intervención
- Sobre la estancia hospitalaria
- Sobre las molestias postoperatorias
- Sobre las posibles complicaciones
- Sobre el tipo de anestesia

La paciente que desconoce alguno o todos estos aspectos tendrá un mayor grado de ansiedad, lo que repercutirá negativamente en todo el proceso. Así, deberemos suplir los déficits de conocimientos de nuestra competencia y el resto, derivarlo al cirujano, anestesista o personal correspondiente.

Especial atención debemos tener también con los familiares de la paciente. Les informaremos de cualquier procedimiento o duda que nos pregunten y de las normas de funcionamiento del Hospital (lugar de información, sitio de espera,...)

c) Alteración del bienestar y descanso

Es importante que la paciente duerma bien la noche previa a la intervención. Dado que el ambiente hospitalario a menudo genera ansiedad, es frecuente que el anestesista prescriba algún sedante la noche anterior. También ayudará el que sepamos disminuir su ansiedad y le demos toda la información necesaria, como hemos visto en los apartados anteriores.

d) Alteración del estado nutricional e hidratación

Una mala nutrición, así como hábitos tóxicos (fumar, beber alcohol, consumir drogas) hará más difícil la recuperación postquirúrgica y aumentará el riesgo de complicaciones.

La deshidratación y la hipovolemia representan problemas críticos y frecuentes en el desarrollo de complicaciones postoperatorias, sobre todo en pacientes de edad avanzada (más de 65 años), por lo que es fundamental cuidar y mantener una adecuada hidratación durante todo el proceso.

e) Alteración de la función respiratoria y/o cardiovascular y/o hepática y/o renal y/o metabólica

En toda intervención quirúrgica, la disminución de la reserva cardíaca, pulmonar o las alteraciones en el funcionamiento hepático, renal o metabólico establecen las bases de una inestabilidad fisiológica. Esto hace que la estabilización de estas alteraciones deba ser previa a la intervención, siempre que se pueda. Así, durante y después de la intervención habrá que valorar cualquier signo o síntoma de descompensación.

f) Riesgo de tromboembolismo

Tres factores contribuyen al desarrollo de trombosis venosa profunda:

- Hipercoagulabilidad
- Éstasis venoso
- Lesiones de las paredes vasculares

Antes de la cirugía, toda paciente debe ser evaluada para detectar posibles factores que aumenten el riesgo de enfermedad tromboembólica:

- Enfermedad maligna
- Radioterapia previa
- Obesidad
- Infección aguda o crónica de la pelvis
- Edema de miembro/s inferior/es
- Uso de ACHO antes de la cirugía
- Otros:
 - Procedimientos quirúrgicos con pérdida importante de sangre
 - Anestesia prolongada
 - Antecedentes de tromboembolia o una historia familiar de hipercoagulabilidad.

Evaluación de riesgo de tromboembolismo venoso en las pacientes ginecológicas

Complicaciones tromboembólicas	Bajo riesgo*	Riesgo moderado**	Alto riesgo***
Trombosis de las venas de las pantorrillas	<3%	10-30%	30-60%
Trombosis de las venas proximales	<1%	2-8%	6-12%
Embolia pulmonar	<,01%	0,1-0,7%	1-2%

* Bajo riesgo: menos de 40 años, intervenciones quirúrgicas de menos de 30 minutos, sin inmovilización

** Riesgo moderado: más de 40 años, tratamiento con estrógenos, intervenciones quirúrgicas de más de 30 minutos, obesidad, infección postoperatoria

*** Alto riesgo: tromboembolismo previo, intervenciones quirúrgicas abdominales o pélvicas por enfermedad maligna, inmovilización

g) Alteración de la función inmunitaria

La infección siempre es un riesgo en cirugía, aumentado si la paciente está inmunodeprimida, lo que hará que debamos valorar cualquier alteración del sistema inmunitario previa a la intervención. Así como mantener en todo momento las medidas necesarias para evitar la infección.

C. Planificación y realización

Planificación, procedimientos e intervenciones de enfermería en el periodo preoperatorio

a) Información preoperatoria

Informaremos a la paciente y familia sobre cualquier duda que tengan sobre el procedimiento, para disminuir la ansiedad y conseguir una mejor recuperación postquirúrgica.

Además de la información deberemos dar una enseñanza preoperatoria estructurada: educar a la paciente en ejercicios, cambios posturales, nutrición e hidratación adecuada, etc.

b) Firma del consentimiento informado

Si todavía no lo ha firmado, explicaremos a la paciente todo lo relacionado con el mismo.

c) Preparación de la paciente para la intervención

- Función respiratoria: valoración (síntomatología, clínica, pruebas complementarias si precisa)
- Función cardiovascular: valoración (síntomatología, clínica, pruebas complementarias si precisa)
- Nutrición preoperatoria: adecuada al tipo de cirugía, edad y con una buena hidratación
- Prevención de las complicaciones más importantes:
 - Tromboembolismo:
 - Uso de medias elásticas
 - Movilización precoz
 - Protocolo heparinización
 - Hemorragia:
 - Buena hidratación y nutrición
 - Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación, pruebas cruzadas
- Infección:
 - Buena hidratación y nutrición
 - Mantener normas de asepsia
 - Protocolo antibioterapia
- Dolor:
 - Información a la paciente
 - Valoración y tratamiento adecuado en el postoperatorio
 - Protocolo de tratamiento del dolor
- Evacuación intestinal

El colon debe ser evacuado mediante un enema preoperatorio la tarde previa al día de la operación, y nuevamente antes de ésta, según protocolo de cada intervención.

• Antibioterapia profiláctica

El uso de antibióticos de amplio espectro como medida profiláctica se utiliza a veces en ciertas pacientes sometidas a intervenciones quirúrgicas

vaginales y abdominales. Las infecciones postoperatorias que se desarrollan tras intervenciones quirúrgicas genitales son a menudo consecuencia de la contaminación del campo quirúrgico por la flora vaginal normal.

- Nutrición preoperatoria

La comida ingerida la noche antes de la operación debe ser liviana y fácil de digerir. La sobrecarga del sistema digestivo poco antes de la operación aumenta el riesgo de la anestesia y las molestias postoperatorias como consecuencia de las náuseas y la flatulencia. La paciente debe ayunar durante toda la noche y no ingerir NADA (ni agua, caramelos,...), a menos que la intervención haya sido preparada para una hora avanzada del día. En tal caso se permite la ingesta de un desayuno ligero o una dieta líquida, pero no durante el periodo de las 8 horas previas a la operación.

- Preoperatorio inmediato

- Premedicación anestésica

Administración de la premedicación prescrita

- Preparación de la paciente:

- Ducha

- Ropa limpia: camión y ropa de cama

- Debe quitarse:

- Joyas: anillos, cadenas, pulseras, pendientes, etc.

- Prótesis dentarias

- Laca de uñas

- Preparación del lugar de la incisión quirúrgica

- Operaciones por vía abdominal

En general y, según protocolo de cada Unidad, antes de llevar a la paciente a quirófano, se prepara de la siguiente forma:

- En caso necesario, la vulva y/o la parte inferior del abdomen de la paciente pueden ser afeitadas.

- Irrigación vaginal, según protocolo

- Cateterización vesical

- Limpieza y aseptización del periné

- Preparación de la piel del abdomen, prestando especial atención a la limpieza del ombligo. El área preparada quirúrgicamente debe abarcar desde el límite inferior de la parrilla costal, por arriba, hasta la parte media del muslo, por abajo. Los bordes laterales de la preparación cutánea se extienden hasta la espina ilíaca anterior y la línea media axilar anterior. En algunas ocasiones se utiliza un apósito plástico transparente pegado a la piel ya preparada para proteger la piel.

Por lo general, una vez en quirófano, cuando la paciente ya ha alcanzado un plano de anestesia suficiente se realiza un cuidadoso examen pélvico bimanual. Después del examen pélvico (que puede ofrecer información valiosa imposible de obtener con la paciente despierta) se efectúa la limpieza del periné y la vagina antes de cualquier operación pélvica (siempre existe la probabilidad de que los hallazgos intraoperatorios indiquen la necesidad de un abordaje vaginal. En estos casos la vagina ya estaría adecuadamente preparada).

En los casos en los que la intervención requiera un abordaje doble (vagino-abdominal), suele realizarse primero el abdominal y luego el vaginal.

- Operaciones por vía vaginal
 - Preparación del periné y de la vagina:
 - Rasurado del periné
 - Rasurado del Monte de Venus, si precisa
 - Lavado de vulva y periné con antiséptico
 - Lavado de la vagina con antiséptico, o ducha vaginal, según protocolo, para disminuir el riesgo de infección
 - Preparación quirúrgica de todo el periné y la vulva
- Cateterización vesical
- Operaciones de mama
- Rasurado de axilas y desinfección de la axila, mama y hemitórax correspondiente

D. Evaluación

Evaluaremos todo el proceso para ver si hemos alcanzado nuestros objetivos:

- La paciente presenta normalización fisiológica
- La paciente y familia demostrarán comprensión del procedimiento quirúrgico
- La paciente demuestra haber comprendido el fundamento de la hoja de consentimiento informado
- La paciente y familia son capaces de exteriorizar sus miedos e inquietudes, y comparten sus sentimientos en relación con la operación y sus resultados
- La paciente demuestra comprensión de las enseñanzas preoperatorias de preparación para la intervención
- La paciente describe acciones que pueden ayudar a reducir las complicaciones postoperatorias

CUIDADOS POSTOPERATORIOS A LA PACIENTE GINECOLÓGICA

En general, en los cuidados postoperatorios la aplicación de los conocimientos fisiológicos y psicosociales, de los principios de la asepsia y el conocimiento y habilidades técnicas son necesarios para favorecer, restaurar y mantener los procesos fisiológicos de la paciente en un ambiente eficaz, cómodo y seguro. Especial atención se debe prestar al control de la oxigenación, ventilación y circulación

El periodo más crítico del curso postoperatorio de un paciente abarca las primeras 72 horas después de la operación. El control preciso de los síntomas cardiovasculares, renales y respiratorios proporciona la información más valiosa acerca de la condición postoperatoria de la paciente. La morbilidad postoperatoria puede ser reducida mediante una evaluación preoperatoria apropiada, así que el primer paso será haber realizado unos correctos cuidados preoperatorios (existe un nexo de unión entre la preparación preoperatoria y la recuperación postoperatoria).

La duración y el tipo de cuidados postoperatorios variará en función de:

1. La situación de la paciente (consciente/inconsciente)
2. La necesidad de soporte fisiológico (intubada/extubada)
3. La complejidad del procedimiento quirúrgico
4. El tipo de anestesia administrada
5. La necesidad de tratamiento para el dolor
6. El periodo prescrito para controlar los parámetros vitales y evaluar el estado fisiológico

A. Valoración

Recogida de datos de la historia clínica (periodo intraoperatorio)

1. Datos basales de valoración antes de la cirugía
2. Postura y preparación de la piel

3. Empleo de equipo quirúrgico especializado, como láser o endoscopio
4. Líquidos de irrigación intraoperatorios
5. Administración de medicamentos o colorantes en el campo quirúrgico
6. Cualquier tipo de implante, trasplante o explante realizado
7. Tipo de vendajes y presencia de drenajes, cánulas, taponamiento, sonda vesical, etc.
8. Cualquier otra información referida; curso de la operación, material enviado a Anatomía Patológica, constantes vitales, tipo de anestesia, tipo de incisión...
9. Órdenes médicas postoperatorias, dadas por el cirujano y/o el anestesista:
 - Monitorización
 - Terapéutica de líquidos y oxígeno
 - Tratamiento del dolor
 - Antibioterapia
 - Otros tratamientos
10. Localización de los familiares u otra persona relevante que pueda estar esperando.

Valoración de la paciente

- Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria
- Estado de conciencia
- Estado general: dolor, estado de la piel
- Valoración de apósitos, drenajes, vía/s venosas o arteriales, sonda vesical, taponamiento vaginal, etc.
- Administración del tratamiento prescrito
- Instauración de la hoja de registro de la valoración postoperatoria (según protocolo y prescripciones facultativas)

B. Síntesis de la valoración (Diagnóstico)

Necesidades y/o problemas de la paciente durante el postoperatorio:

1. Necesidades y/o problemas físicos:

- Respiración
- Nutrición e hidratación
- Eliminación
- Dolor, bienestar, descanso y sueño
- Movilidad física
- Higiene y protección de la piel

2. Posibles complicaciones postoperatorias:

- Complicaciones pulmonares
 - Hipoventilación
 - Insuficiencia respiratoria aguda
 - Atelectasia
 - Neumonía
- Complicaciones cardiovasculares:
 - Hemorragia, hipovolemia, shock
 - Trombosis venosa
- Complicaciones vesicales:
 - Atonía (retención urinaria)
 - Hemorragia
- Complicaciones de la herida:
 - Infección
 - Dehiscencia
 - Fístulas
- Complicaciones gastrointestinales:
 - Íleo paralítico
 - Obstrucción intestinal

Diagnóstico diferencial entre íleo paralítico y obstrucción postoperatoria

Clínica	Íleo	Obstrucción
Dolor abdominal	Molestias por la distensión pero sin dolores cólicos	Dolores cólicos de severidad creciente
Relación con una operación previa	Por lo general, en el curso de 48-72 horas después de la operación	Por lo general retardada, pueden transcurrir 5 a 7 días para su instalación
Náuseas y vómitos	Presente	Presente
Distensión	Presente	Presente
Ruidos intestinales	Ausentes o hipoactivos	Borborismos con aceleraciones bruscas del peristaltismo y ruidos timpánicos de tonalidad elevada
Fiebre	Sólo en presencia de una peritonitis asociada una gangrena intestinal	Raras veces presente a menos que se desarrolle
Radiología abdominal	Asas distendidas de intestino delgado y colon; casi siempre aire presente en el colon	Asas intestinales distendidas, múltiples o solitarias, y por lo general nivel hidroaéreo en el intestino delgado

3. Necesidades y/o problemas psicosociales:

- Ansiedad
- Déficit de conocimientos
- Comunicación
- Trabajo, realización y ocio
- Posible alteración de la imagen corporal

C. Planificación y realización

Planificación, procedimientos e intervenciones de enfermería en el periodo postoperatorio

a) Medidas para optimizar la función respiratoria:

- Valoración de la función respiratoria
- Valoración de los factores de riesgo para los problemas respiratorios postoperatorios:
 - Fumar
 - Obesidad
 - Enfermedad respiratoria crónica
 - Inmovilidad prolongada
 - Incisión quirúrgica cerca del diafragma
 - Debilitación
 - Desnutrición y/o deshidratación
- Prevención de la aspiración:
 - Colocar a la paciente de lado con almohadas apoyándole la espalda y las rodillas ligeramente flexionadas
- Ejercicios respiratorios
- Movilización precoz y/o cambios posturales
- Fomentar una adecuada nutrición e hidratación
- Reforzar la educación preoperatoria sobre la importancia de cambiar de postura, toser y respirar profundamente.

b) Medidas para optimizar la función cardiovascular:

- Valorar signos y síntomas de hemorragia/shock:
 - Aumento de la frecuencia cardíaca
 - Tensión arterial normal o disminuida
 - Diuresis <30ml/h
 - Inquietud, agitación, disminución de la capacidad mental
 - Pulsos periféricos disminuidos
 - Piel fría, pálida o cianótica
 - Sed

- Prevención de la enfermedad tromboembólica:
 - Valoración de la función cardiovascular
 - Valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica
 - Tratamiento anticoagulante, si prescripción
 - Movilización precoz
 - Uso de medias elásticas

c) Movilidad de la paciente en el postoperatorio:

- Valoración del grado de movilidad y respuesta a la actividad
- Estimular la movilización precoz
- Cambios posturales
- Enseñanza de ejercicios
- Aumento gradual de la actividad

d) Analgesia postoperatoria:

- Valoración del dolor postoperatorio
- Administración de medidas no farmacológicas
- Administración de medidas farmacológicas

e) Medidas para optimizar la cicatrización y prevenir la infección:

- Medidas generales: nutrición, hidratación, higiene...
- Cuidados de la herida quirúrgica:
 - Valoración de la herida, controlando los signos y síntomas de infección:
 - Inflamación y enrojecimiento
 - Dehiscencia de la herida
 - Drenaje aumentado o purulento
 - Hipotermia/hipertermia
 - Dolor en aumento
- Curas:
 - Mantener las normas de asepsia:
 - Lavarse las manos antes y después de cambiar el apósito
 - Llevar guantes hasta que la herida esté cerrada
 - Limpiar la zona de alrededor de los tubos de drenaje
 - Mantener los tubos alejados de la incisión

- Vigilar sondas y drenajes: limpieza y asepsia de las zonas en contacto con la piel, medida de las sustancias drenadas, retirada según prescripción y estado de la herida.
- Vigilar apósitos
- Enseñar y ayudar a la paciente a:
 - Sujetar la herida quirúrgica cuando se mueva
 - Sujetar la zona cuando tosa, estornude o vomite

f) Nutrición e hidratación postoperatorias:

- Dieta adecuada: se individualizará la vuelta a la dieta anterior a la operación
- Medidas para reducir las náuseas y vómitos:
 - Restringir los líquidos antes de las comidas y las grandes cantidades de líquido en todo momento.
 - Enseñar a la paciente a moverse lentamente.
 - Reducir o eliminar los olores o cosas desagradables para la paciente.
 - Enseñarle técnicas de respiración profunda.
 - Instruir a la paciente para que evite tumbarse durante al menos 2 horas después de comer.
 - Administrar un antiemético antes de las comidas, si está indicado.
- Mantener una correcta higiene bucal, especialmente tras el vómito.
- Valorar balance hídrico y equilibrio hidroelectrolítico.

g) Eliminación:

- Intestinal
 - Valoración para prevenir fíleo u obstrucciones: auscultación abdominal. La presencia de sonidos intestinales indica el retorno del peristaltismo
 - Promover los factores que contribuyen a una evacuación intestinal óptima:

- Dieta equilibrada
 - Adecuada ingesta de líquidos
 - Movilización precoz
 - Hora regular para la deposición
 - Avisar al médico si los ruidos intestinales no retornan en 6-10 horas o si no hay deposiciones a los 2-3 días de la intervención.
- Registrar eliminaciones
- Vesical:
 - Valoración, para prevenir complicaciones
 - Balance hídrico
 - Vigilar sonda vesical: color de la orina y diuresis
 - Educación sanitaria:
 - Cuidado de la zona operatoria
 - Restricciones (dieta, actividad)
 - Tratamiento
 - Signos y síntomas de complicaciones
 - Seguimiento

D. Evaluación

Durante todo el proceso evaluaremos los cuidados para ver si hemos alcanzado nuestros objetivos:

- La paciente se encuentra consciente, orientada, con un buen estado de hidratación, las constantes vitales son normales y estables.
- No han aparecido complicaciones:
 - Campos pulmonares limpios
 - Sistema cardiocirculatorio estable
 - La herida cicatriza favorablemente
 - La paciente tiene un buen balance hídrico

- La paciente informa de una reducción progresiva del dolor y de un aumento de la actividad.
- La paciente reanuda la ingesta diaria sin complicaciones.

– La paciente y familia demuestran haber aprendido todo lo relacionado con la recuperación postquirúrgica:

- Tratamiento medicamentoso
- Cuidados de la zona intervenida
- Ejercicios de recuperación
- Restricciones necesarias
- Seguimiento

ALGUNOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL ÁREA MATERNAL

El consumo de ciertos medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto. Antes de tomar algún medicamento, la embarazada debe consultar siempre con el médico y, en caso de tomar algún fármaco o complemento vitamínico durante el embarazo, se hará siempre por prescripción facultativa.

Consideraciones generales en la administración de fármacos:

1. Antes de la administración de cualquier medicamento, debe investigarse en la paciente la posible existencia de alergias. Además se debe comprobar el nombre de la paciente, el fármaco, y la dosis, hora, vía y pauta de administración prescrita.
2. Hay que ser conscientes de las diferencias entre la administración de medicamentos en el niño y en el adulto.
3. Se debe seleccionar el equipo necesario para administrar medicamentos por la vía de administración prescrita, ya sea oral, intramuscular, intravenosa, subcutánea, etc. Así como conocer la técnica correcta de administración y prevenir las posibles complicaciones.
4. Conocer las medidas terapéuticas adecuadas ante la aparición de reacciones alérgicas.
5. Registrar la administración de medicamentos: fecha, hora, firma, observaciones y respuesta al tratamiento.

A continuación se adjunta información de algunos de los fármacos usados en el área maternal, ordenados alfabéticamente.

AERO-RED GOTAS

PRINCIPIO ACTIVO: Dimeticona

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral

ACCIÓN: Es una silicona antiespumante completamente atóxica, que destruye las burbujas de gas, facilitando su eliminación.

INDICACIONES: Aerofagia y meteorismos en todas sus manifestaciones.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del preparado.

INTERACCIONES: Es compatible con cualquier otro.

EFFECTOS SECUNDARIOS: no se han descrito.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: No se llega a la intoxicación.

AUGMENTINE

COMPOSICIÓN : Amoxicilina, Ácido Clavulánico , Sacarina sódica.

ACCIÓN: Es un preparado antibacteriano de amplio espectro constituido por amoxicilina y ácido clavulánico.

La amoxicilina es una penicilina semisintética de amplio espectro, de acción bactericida frente a microorganismos gram positivos y gram negativos.

El ácido clavulánico es una molécula beta-lactámica, que de por sí tiene un bajo grado de actividad antibacteriana, radicando su actividad en la propiedad de inhibir una gran variedad de beta lactamasas, bloqueándolas y transformando en sensibles a amoxicilina a los gérmenes productores de ellas.

INDICACIONES: Augmentine está indicando en el tratamiento por vía oral de los procesos infecciosos producidos por los microorganismos productores de beta-lactamasas y de los procesos infecciosos mixtos producidos por gérmenes sensibles a la amoxicilina y por gérmenes productores de beta-lactamasas sensibles a la amoxicilina/Ac. clavulánico tales como infecciones del aparato respiratorio; otitis media; infecciones genitourinarias; infecciones de la piel, tejidos blandos y óseos; infecciones intrabdominales.

Como profilaxis en la rotura prematura de membranas, aborto séptico, sepsis pélvica o puerperal.

Puede ser administrado durante la lactancia.

POSOLOGÍA: Adultos: Un comprimido o sobre de 500 miligramos tres veces al día. En procesos severos la dosis debe ser 40 mg/kg/día basados en el componente de amoxicilina, divididos en dosis iguales cada ocho horas.

ADVERTENCIAS: Antes de la administración debe investigarse en el paciente la posible existencia anterior de manifestaciones de hipersensibilidad a penicilinas, cefalosporinas, o de un fondo alérgico fundamentalmente de naturaleza medicamentosa.

CONTRAINDICACIONES: No debe ser administrado en pacientes con hipersensibilidad a las penicilinas, o afectos de mononucleosis infecciosa.

PRECAUCIONES: Debe administrarse con precaución en pacientes con hipersensibilidad a cefalosporinas o con antecedentes de un fondo alérgico fundamentalmente a medicamentos.

En el embarazo no se ha establecido su inocuidad durante el mismo.

INTERACCIONES: Debe evitarse la administración simultánea de antibióticos bacteriostáticos por la posibilidad de que se produzca antagonismo debido a su diferente mecanismo de acción. El alopurinol incrementa la posibilidad de aparición de reacciones cutáneas.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Se ha descrito la aparición de náuseas, vómitos, molestias gástricas y diarrea. Las náuseas suelen estar asociadas con la administración de dosis elevadas. En el caso de aparecer trastornos gastrointestinales se recomienda administrar augmentine coincidiendo con las comidas. La incidencia de erupciones urticariales con erupciones eritematosas es escasa. Las erupciones eritematosas suelen asociarse con una mononucleosis infecciosa simultánea. El tratamiento debe suspenderse ante la aparición de cualquier tipo de erupción cutánea.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Con las dosis recomendadas no se han descrito síntomas de intoxicación. Si se produjese una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración aplicándose el tratamiento específico adecuado a la naturaleza e intensidad de la misma.

ATARAX

PRINCIPIO ACTIVO: Hidroxicina diclorhidrato

PROPIEDADES: Es un tranquilizante con efecto ansiolítico, antiemético, antiespasmódico y antihistamínico. No es un depresor cortical. Su acción es debida a la disminución de la actividad, en ciertas regiones claves del área subcortical del sistema nerviosos central.

No produce dependencia ni física ni psíquica, así como tampoco trastornos de la memoria.

INDICACIONES: En la inestabilidad, irritabilidad e insomnio nerviosos. Angustia. En trastornos orgánicos de origen emocional. Síndromes psiquiátricos menores (melancolía ansiosa) y, en general, siempre que se desea conseguir un efecto tranquilizante o atáxico.

En psiquiatría se usa en la neurosis de angustia, estados depresivos,...
En anestesiología en el pre y postoperatorio
En obstetricia durante el pre y postparto
En dermatología en diversas manifestaciones cutáneas psicógenas.

POSOLOGIA: Debe adecuarse a las indicaciones y a la edad del paciente:

- Adultos: 50-100 mg hasta 3 ó 4 veces al día
- Niños mayores de 6 años: 50-100 mg en varias dosis
- Niños menores de 6 años: 1 mg/Kg peso/día

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad al producto.

Durante el primer mes de embarazo.

EFFECTOS SECUNDARIOS: El más común es la somnolencia. En algunos casos aparece dificultad de concentración, vértigos, laxitud, hipotensión...

Raramente aparecen náuseas, vómitos, diarreas o estreñimiento, dolor en epigastrio. A dosis muy elevadas, especialmente en niños, pueden originar convulsiones e hipertermia.

BECOZYME

COMPOSICIÓN : Tiamina, Riboflavina, Nicotinamida, Piridoxina, Dexpantenol, Biotina, Cianocobalamina.

ACCIÓN E INDICACIONES: Factores del complejo vitamínico B. Convalecencia, neurastenia y geriatría, regímenes. Coadyuvantes en terapias antibacterianas. Trastornos gastrointestinales. Trastornos nerviosos y postconmocionales. Afecciones miocárdicas. Toxicosis. Insuficiencia hepática y coma hepático. Deficiencias en pediatría. Embarazo, lactancia. Celiacía, Coadyuvante en dermatosis.

ADMINISTRACIÓN Y POSOLOGÍA: 1-3 grageas "forte" diarias, según casos.

CONTRAINDICACIONES: No se han descrito.

INCOMPATIBILIDADES: No presenta.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Se desconocen hasta el momento, únicamente en el caso de Becozyme ampollas, en raras ocasiones, pueden presentar síntomas de hipersensibilización a la vitamina B1 y que corresponden a los de un shock.

ADVERTENCIA: Las grageas contienen lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes, originando cuadros de diarrea complicadas con infección intestinal, deshidratación y acidosis. De presentarse esos síntomas, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento.

BUSCAPINA

PRINCIPIO ACTIVO: M- butilbromuro de hioscina.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Parenteral.

ACCIÓN: Espasmolítica.

INDICACIONES:

- Enfermedad ulcerosa, espasmos y trastornos de la motilidad del tracto gastrointestinal, vómitos postanestésicos, estreñimiento espástico.
- Espasmos y disgenesias de las vías biliares y urinarias.
- Coadyuvante en el parto durante el periodo de dilatación para reducir espasmos del segmento uterino inferior y del cérvix.

CONTRAINDICACIONES:

- Glaucoma agudo
- Estenosis pilórica orgánica

- Hipertrofia de próstata
- Taquicardia
- Megacolon

PRECAUCIONES: No se han establecido. Seguridad durante la lactancia. Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertiroidismo.

INTERACCIONES: Su acción anticolinérgica puede ser potenciada por los antidepresivos tricíclicos, la quinidina y la amantadina.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Practicamente carece de efectos secundarios. Raramente y a altas dosis: sequedad de boca, midriasis, náuseas, taquicardias, urticarias, shock.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Por vía parenteral podría producirse shock, respiración de cheyne-stokes, parálisis respiratoria, convulsiones clónicas, parestias.

En caso de coma, se administrarán analépticos de acción central, y en caso de agitación psíquica neurolépticos. Si se produce parálisis respiratoria se practicará intubación y respiración artificial.

CANESTEN

PRINCIPIO ACTIVO: Clotrimazol, crema, solución en frasco atomizador y polvo al 1%.

PROPIEDADES: Antimicótico de amplio espectro de acción frente a dermatofitos, levaduras, mohos y otros micetos. También actúa frente algunas bacterias grampositivas o gramnegativas.

INDICACIONES: Está indicado en infecciones vaginales simple o de etiología mixta causada por especies de Cándidas, así como algunas bacterias grampositivas o gramnegativas.

POSOLOGIA: Aplicaciones diarias, preferentemente antes de acostarse.

Durante el embarazo:

Para disminuir la influencia de muget en el recién nacido es aconsejable eliminar las levaduras de la vagina materna. Durante el primer trimestre sólo e utilizará cuando la valoración del riesgo/beneficio aconseje su utilización.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad demostrada al clotrimazol.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Suele tener una excelente tolerancia. En casos aislados produce síntomas de irritación local, sensación de quemazón y picor, normalmente moderados y transitorios.

INTERACCIONES: No se han descrito

CARIBAN

PRINCIPIO ACTIVO: Cada comprimido contiene Doxilamina succinato, 10 mg; piridoxina, 10 mg.

PROPIEDADES: El succinato de doxilamina puede considerarse un antihistamínico-antiemético. El clorhidrato de piridoxina en combinación con antieméticos se recomienda en el tratamiento de la náusea y el vómito.

INDICACIONES: Tratamiento sintomático de náuseas y vómitos.

POSOLOGIA: En adultos y niños mayores de 12 años se recomienda dosis de 3 cápsulas al día (la dosis máxima aconsejable es de 70 mg/día). No se recomienda su uso en niños menores de 6 años. Las cápsulas deben ingerirse enteras, sin masticar.

CONTRAINDICACIONES: Sensibilidad conocida a cualquier componente de la fórmula. Está contraindicado en pacientes con glaucoma e hipertrofia prostática.

EFFECTOS SECUNDARIOS: El principal es la somnolencia. Rara vez provoca nerviosismo, alucinaciones, irritabilidad, vértigo y desorientación.

PRECAUCIONES: Puede producir somnolencia, por lo tanto no se recomienda el uso de maquinaria ni la conducción de ningún tipo de vehículo.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Los síntomas de la sobredosis son agitación, alucinaciones, ataxia, incoordinación, convulsiones,... Aparecen de forma intermitente. Las pupilas se vuelven fijas y dilatadas.

El tratamiento es el lavado gástrico, eméticos, antídoto universal, agentes colinérgicos,...

CELESTONE CRONODOSE INYECTABLE

PRINCIPIO ACTIVO: betametasona.

PROPIEDADES: Proporciona un potente efecto antiinflamatorio, anti-reumático y antialérgico en el tratamiento de los trastornos que responden a corticoesteroides.

La betametasona causa efectos metabólicos profundos y modifica la respuesta inmune del cuerpo ante diversos estímulos.

INDICACIONES: Esta indicado para el tratamiento de diversas enfermedades endocrino-reumáticas, alérgicas, oftálmicas, gastrointestinales, respiratorias, hemáticas y de otros tipos que responden al tratamiento con corticosteroides.

Uso antes del parto para prevención del síndrome de dificultad respiratoria en neonatos prematuros: cuando se considera necesario inducir el parto antes de la 32 semanas de gestación o cuando el parto prematuro, antes de la 32 semana de gestación, es inevitable, debido a complicación obstétrica, se recomienda inyectar 2 ml de celestone cronodose inyectable por vía intramuscular a la gestante, por lo menos 24 horas antes del tiempo esperado del parto. Una segunda dosis (2 ml) debe administrarse 24 horas más tarde a menos que se hubiese ocurrido el parto.

Se usa también para madurar el pulmón fetal cuando el índice de lecitina/esfingomielina está alterado.

POSOLOGIA: Se puede administrar por vía I.V. , I.M. , intraarticular, intralesional o en tejidos blandos.

CONTRAINDICACIONES: Esta contraindicado en pacientes con infecciones fungales sistémicas, en las que presentan reacciones de sensibilidad a la betametasona, o a otros corticosteroides o a cualquier componente de este producto.

No deben administrarse a mujeres embarazadas con preeclampsia, eclampsia o evidencia de daño placentario.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Las reacciones adversas se relacionan con la posología y la duración del tratamiento.

PRECAUCIONES: Es obligatorio usar una técnica estrictamente aséptica durante la administración de Celestone Inyectable.

Debe administrarse por vía I.M. con cautela a pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.

INTERACCIONES: El uso concomitante de fenobarbital, fenitoína, rifampicina, o efedrina, pueden acentuar el metabolismo de corticosteroides, reduciendo sus efectos terapéuticos.

En los enfermos en los que se administra conjuntamente un corticosteroide y un estrógeno se deberá observar el posible incremento de los efectos del corticosteroide.

DOSTINEX

PRINCIPIO ACTIVO: cabergolina 0,5 mg.

PROPIEDADES: Inhibe o suprime la lactancia fisiológica, al inhibir la secreción de prolactina

INDICACIONES:

1. Evitar la lactancia fisiológica inmediatamente después del parto y para suprimir la lactación establecida.
 - a. Tras el parto cuando la madre decide no dar el pecho a su hijo o cuando la lactancia está contraindicada.
 - b. Tras dar a luz un feto muerto o un aborto.
2. Tratamiento en trastornos con hiperprolactinemia, amenorrea, oligomenorrea, anovulación y galactorrea.

POSOLOGIA: Administración por vía oral. Tomar preferentemente con alimentos, ya que su efecto mejora con las comidas. Se deberá administrar el primer día postparto. Se administra 1 mg a dosis única cuando la lactancia no se ha iniciado aún.

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática y con toxemia en embarazada. No administrar en mujeres con medicación antipsicótica o con historial de psicosis puerperal.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Mareos, vértigos, náuseas, dolor de cabeza y abdominal. Pocas veces aparecen palpitaciones, dolor en epigastrio, somnolencia. La mayor parte de los efectos secundarios son transitorios y de severidad leve o moderada.

PRECAUCIONES: En sujetos con enfermedades cardiocirculatorias, insuficiencia renal, úlcera péptica, hemorragia digestiva.

INTERACCIONES: Dado que ejerce un efecto terapéutico mediante estimulación directa de los receptores de la dopamina, no administrar concurrentemente con fármacos de actividad antagonista a la dopamina (fenotazina) ya que produce una disminución del efecto reductor de la prolactina que tiene Dostinex.

ENEMA CASEN

INDICACIONES: En todos los casos que sea necesario vaciar o limpiar el recto.

DOSIFICACIÓN: Como norma orientativa : Adultos: 1 ó 2 enemas de 140 ó 250 ml., según la naturaleza de la exploración o del cuadro clínico presente.

CONTRAINDICACIONES: No debe administrarse a pacientes que tengan náuseas, vómitos, dolores abdominales y trastornos electrolíticos.

En ningún caso en enfermo con sospecha de oclusión intestinal, megacolon, estenosis anorrectal, enfermedad de hirschprung o insuficiencia renal grave o moderada.

PRECAUCIONES: Se administrará con precaución a pacientes afectos de insuficiencia renal leve y sólo bajo prescripción facultativa a niños menores de 2 años.

INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES: No se han descrito.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Aunque hay muy pocos pueden darse casos de hipocalcemia e hiperfosfatemia graves. Si se presenta en el paciente irritabilidad, hipotension, cianosis, tetania....

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: En los casos raros en que la mayor absorción de fosfatos produzca un cuadro clínico dependiente de la alteración del equilibrio calcio-fósforo secundaria a la administración de un enema de fosfatos, el tratamiento debe consistir en la corrección de las alteraciones electrolíticas por aporte de sales cálcicas y magnésicas, al mismo tiempo que se favorece la eliminación del fósforo exógeno mediante diálisis, si fuera necesario, todo ello bajo monitorización en una unidad de cuidados intensivos.

ADMINISTRACIÓN: Vía rectal únicamente.

ERNODASA

PRINCIPIO ACTIVO: Por cápsula:

Estreptoquinasa 10.000 UI

Estreptodornasa 2.500 UI

Excipientes: lactosa, estearato magnésico, talco, gelatina, dióxido de titanio (E171), Indigotina (E132) y azorubina (E122)

INDICACIONES: Tratamiento de procesos inflamatorios en los que se presenten colecciones de sangre y/o exudados fibrinosos y purulentos.

POSOLOGIA: 1 cápsula cada 6 horas durante 4 a 6 días.

En cuadros agudos pueden utilizarse, como terapéutica de ataque, dosis mayores.

Dosis terapéutica máxima: 2 cápsulas 4 veces al día.

CONTRAINDICACIONES: Pacientes con procesos hemorrágicos activos, o que presenten alguna deficiencia en la hemostasia.

Contraindicaciones relativas: pacientes con un elevado riesgo de hemorragia (hipertensos, hemipléjicos, etc.)

EFFECTOS SECUNDARIOS: Debido a la pureza del preparado se originan raramente. En ocasiones pueden aparecer fenómenos de sensibilización en individuos con índice alto de antiestreptoquinasa y antiestreptodornasas. El tratamiento consiste en la supresión de la administración del fármaco y las medidas usuales antialérgicas.

PRECAUCIONES: En las intervenciones quirúrgicas mayores conviene no iniciar el tratamiento con ERNODASA hasta el 7º día postoperatorio y bajo control adecuado.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Los componentes activos de ERNODASA no presentan toxicidad “per se”. Las reacciones de tipo alérgico, aunque poco usuales, se tratan del modo habitual en estos casos (antihistamínicos y corticoides).

En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 915620420

FABROVEN CÁPSULAS

PRINCIPIO ACTIVO: Ruscus aculeatus

INDICACIONES: tratamiento de las manifestaciones de la insuficiencia venosa de los miembros inferiores, funcional u orgánica.

CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS E INCOMPATIBILIDADES: No se conocen.

FABROVEN CREMA

PRINCIPIO ACTIVO: Ruscus aculeatus

INDICACIONES: Pesadez de piernas con o sin varices, edema nocturno perimaleolar, periflebitis primitivas o secundarias de las inyecciones esclerosantes, molestias en las piernas.

CONTRAINDICACIONES, EFECTOS SECUNDARIOS E INCOMPATIBILIDADES: No se conocen.

FERO-GRADUMET

PRINCIPIO ACTIVO: Sulfato ferroso.

GRUPO TERAPEÚTICO: Anemia.

PRESENTACIÓN: comprimidos, que pueden ingerirse en ayunas, con zumo de naranja, para favorecer su absorción (1-2 comp. diarios)

INDICACIONES: Prevención y tratamiento de anemias ferropénicas.

EFECTOS INDESEABLES: Es muy rara la intolerancia gástrica. Color negro de las heces.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Si existieran síntomas de intoxicación, debe procurarse la rápida eliminación del hierro y tomar las medidas necesarias de sostén.

CONTRAINDICACIONES: No se conocen.

FRAXIPARINA

PRINCIPIO ACTIVO: nadroparina cálcica.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Subcutánea.

ACCIÓN: Efecto anticoagulante.

INDICACIONES:

- Profilaxis de la enfermedad tromboembólica, asociada con cirugía general y cirugía ortopédica.
- Tratamiento de la trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores.

PRESENTACIÓN: solución inyectable contenida en jeringas preparadas para inyección subcutánea.

CONTRAINDICACIONES:

- Hipersensibilidad a nadroparina cálcica.
- Antecedentes de trombopenia inducida por nadroparina cálcica.
- Signos de hemorragia o incremento del riesgo hemorrágico en relación con alteraciones de la hemostasia, excepto las debidas a coagulación intravascular diseminada (CID) no inducida por heparina.

- Lesiones orgánicas susceptibles de sangrar (como úlcera péptica activa).
- Accidente cerebrovascular hemorrágico.
- Endocarditis bacteriana aguda.
- La utilización concomitante de salicilatos, ticlopidina o AINEs representa una contraindicación relativa para la administración de Fraxiparina.

PRECAUCIONES:

- No administrar por vía intramuscular.
- Debe usarse con extrema precaución en las situaciones de aumento de riesgo de hemorragia (hipotensión, úlcera péptica, alteraciones de la coagulación...).
- Monitorización del recuento de plaquetas, por riesgo de trombocitopenia.
- Cuando se administra la inyección por vía subcutánea, la zona de inyección habitual es la pared abdominal anterolateral, alternativamente en el lado derecho e izquierdo. La aguja debe ser introducida en toda su longitud, perpendicularmente, en un pliegue cutáneo formado entre el pulgar y el índice, que se mantendrá hasta el final de la inyección.

INTERACCIONES:

- Sustancias que interfieren los mecanismos de la coagulación: ácido acetilsalicílico, otros salicilatos y antiinflamatorios no esteroideos (vía sistémica), anticoagulantes orales.
- Glucocorticoides: aumento riesgo hemorrágico propio de la corticoterapia.
- Debe ser administrada con precaución en pacientes tratados con anticoagulantes orales (efecto anticoagulante aditivo).

REACCIONES ADVERSAS:

- Hemorragia.
- Trombocitopenia.
- Irritación local (dolor, hematoma, necrosis).
- Elevación de las transaminasas, normalmente de forma transitoria.

INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO: La sobredosificación accidental tras la administración intravenosa o subcutánea, puede conducir a complicaciones hemorrágicas. Los efectos pueden ser neutralizados por la inyección intravenosa lenta de protamina (sulfato o clorhidrato).

EMBARAZO Y LACTANCIA.

EMBARAZO: Estudios en animales no han evidenciado efectos teratógenos ni fetotóxicos. En clínica humana se dispone de información limitada en relación al paso trasplacentario. El uso de Fraxiparina en el embarazo no es aconsejable.

LACTANCIA: debido a la limitada información sobre la excreción por leche materna y la consecuente absorción por el neonato, a pesar de que parece improbable, no es aconsejable el uso de Fraxiparina durante la lactancia materna.

METHERGIN

PRINCIPIO ACTIVO: Metilergometrina (DCI) maleato.

PROPIEDADES: La metilergometrina, es un uterotónico potente y específico.

Su acción se manifiesta con gran rapidez y se prolonga durante 4-6 horas.

INDICACIONES: Atonía y hemorragias del alumbramiento y del post-partum.

Alumbramiento dirigido, maniobra de Credé, hemorragias uterinas en el curso de cesáreas, hemorragia de aborto, abortos iniciados e incompletos, legrados....

PRESENTACIÓN: solución gotas y ampollas de 1 cm³.

POSOLOGÍA: Alumbramiento dirigido: 1/2 a 1 ml. por vía I.V. en el momento de la salida de la cabeza fetal, o cuando aparece el hombro o como máximo inmediatamente después de la salida del feto.

Parto bajo anestesia: 1 ml. por vía I.V.

Atonía uterina: 1 ml. por vía I.M. o de 1/2 a 1 ml. por vía I.V.

Cesárea: después de la extracción del niño 1 ml. I.M. o de 1/2 a 1 ml. I.V. o intramural.

Involución uterina: de 10 a 15 gotas, 3 veces al día, generalmente 2 ó 3 días

Hemorragia puerperal, subinvolución uterina, *loquimetra*: de 15 a 25 gotas 3 veces al día.

CONTRAINDICACIONES: Embarazo, inercia uterina primaria o secundaria.

Períodos de dilatación y expulsión, hasta que corone la cabeza.

Angor pectoris.

PRECAUCIONES: En la presentación de nalgas, no deberá administrarse hasta después del nacimiento del niño; en los partos múltiples se deberá esperar hasta el nacimiento del último niño.

Se deberá obrar con precaución en casos de hipertensión, sepsis y vasculopatías o si existe alteración de las funciones hepáticas o renales.

Las inyecciones intravenosas deberán administrarse lentamente.

EFFECTOS SECUNDARIOS: A dosis elevadas puede producir náuseas, vómitos y dolores abdominales.

Se han presentado casos aislados de erupciones cutáneas, cefaleas...

INTERACCIONES: Administración concomitante de simpaticomiméticos y TAO.

INCOMPATIBILIDADES: No se han descrito hasta la fecha.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Una intoxicación por sobredosificación con el preparado produciría: náuseas, vómitos, dolor abdominal, *torpor*, hiper o hipotensión, depresión respiratoria, hipotermia, convulsiones, coma.

En casos de hipotensión persistente, administrar noradrenalina en infusión.

Si aparecen convulsiones, utilizar sedantes o barbitúricos.

Para contrarrestar los espasmos vasculares periféricos, aplicar vasodilatadores.

MICRALAX

COMPOSICION: Citrato trisodico dihidrato, lauril sulfoacetato sódica glicerol.

ACTIVIDAD: Laxante por vía rectal.

INDICACIONES: Para el alivio sintomático del estreñimiento y para facilitar el vaciado intestinal en casos necesarios.

POSOLOGIA: Administrar el contenido de un microenema por vía rectal, insertando la longitud total de la cánula.

No es necesario la utilización de lubricantes.

REACCIONES ADVERSAS: Ocasionalmente dolor , irritación, escozor, picor anal.

NOLOTIL

COMPOSICIÓN: Metamizol Magnésico 1g.

INDICACIONES: Dolor agudo post-operatorio o post-traumático. Dolor de tipo cólico. Fiebre alta que no responda a otros antitérmicos.

POSOLOGÍA Y NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:

Ampollas: Una ampolla por vía intramuscular profunda o intravenosa lenta cada 8 horas, salvo criterio médico. El contenido de las ampollas puede incorporarse a soluciones intravenosas de gran volumen, excepto las indicadas en incompatibilidades.

Supositorios Adultos: Adultos y niños mayores de 12 años un supositorio por vez, que puede repetirse tantas veces como el médico lo considere necesario.

Cápsulas: una cápsula ,3 ó 4 veces por día.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a las pirazolonas. Anemia aplásica o agranulocitosis de causa tóxico-alérgica.

PRECAUCIONES: En niños muy pequeños o embarazadas, sólo se administrará bajo criterio médico. En tratamientos muy prolongados o a dosis muy elevadas se deberá realizar un control hemocitológico.

INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES: Se potencia con otros derivados pirazolónicos. Potencia la acción de los anticoagulantes cumarínicos. Es potenciado por el PAS. Hay una reducción mutua de sus acciones con los barbitúricos y con la fenilbutazona. Potencia, a dosis altas, los efectos de algunos depresores del SNC.

No deberá añadirse el contenido de la ampolla a soluciones iv. de gran volumen correctoras del pH, PAS, o para nutrición parenteral.

EFFECTOS SECUNDARIOS: En pacientes especialmente hipersensibles, puede provocar agranulocitosis por anticuerpos periféricos y menos veces por acción Mielo-depresora. Por vía inyectable puede provocar también en personas predispuestas con una incidencia excepcionalmente baja, cuadro de shock tóxico-alérgico. Ocasionalmente puede ocasionar erupciones cutáneas de tipo alérgico. Puede apreciarse sensación de calor o sofoco, rubor, palpitaciones e incluso náuseas si la administración i.v. se realiza a más velocidad que la aconsejada.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Sólo se presenta a dosis muy elevadas a las de mayor indicación terapéutica, originando un cuadro de vómitos, depresión del SNC, hipotermia e hipotensión. El tratamiento se realizará con medidas de índole general, diuresis forzada y analépticos.

PANTOMICINA

PRINCIPIO ACTIVO: Eritromicina.

INDICACIONES: *Clamidia trachomatis*: conjuntivitis del recién nacido, neumonía en la infancia e infecciones urogenitales durante el embarazo.

Neisseria gonorrhoeae: en mujeres con historia de sensibilidad a la penicilina, puede administrarse eritromicina por vía parenteral, conjuntamente con eritromicina oral, como terapéutica alternativa a la penicilina en la inflamación pélvica aguda.

EFFECTOS INDESEABLES: Dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarrea y anorexia. Reacciones alérgicas en forma de urticaria, erupciones cutáneas moderadas y fenómenos anafilácticos. Pérdidas reversibles de la audición. En muy raras ocasiones: confusiones, alucinaciones, convulsiones, vértigo, arritmias cardíacas, taquicardia ventricular, dolor en el pecho y palpitaciones.

ADVERTENCIA: La pantomicina contiene sacarosa, lo que deberá ser tenido en cuenta por los enfermos diabéticos.

INTERACCIONES: Con terfenadina hay peligro de aparición de torsades de pointes. Evitar el tratamiento simultáneo con alcaloides vasoconstrictores del cornezuelo.

Con triazolam administrarlo con precaución.

Con lovastatina debe ser monitorizado.

Con teofilina y derivados, posible toxicidad (más peligrosa en niñas).

Antagonismo entre eritromicina y las lincosamidas.

Precaución asociada con ciclosporina, digoxina, carbamazepina, hexobarbital, fenitoína, antiácidos y penicilinas.

Con warfarina u otros anticoagulantes orales, prolongación del tiempo de protrombina.

Evitar la toxicidad de bromocriptina.

CONTRAINDICACIONES: La eritromicina está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a este antibiótico.

PARLODEL

PRINCIPIO ACTIVO: Bromocriptina.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Oral (comprimidos).

ACCIÓN: Inhibe la secreción de la prolactina, consigue así la supresión de la lactación.

INDICACIONES:

- Inhibición de la lactación postparto.
- Síndrome de galactorrea con o sin amenorrea.
- Síndrome de amenorrea.
- Síndrome de tensión premenstrual.
- Hipogonadismo en el varón.
- Prolactinomas.
- Tratamiento complementario en la acromegalia y enfermedad de Parkinson.

PRESENTACIÓN: comprimidos de 2,5 mg. Dosis: 1 comp. 2 veces al día durante 14 días. Debe ingerirse siempre con alimentos.

CONTRAINDICACIONES:

- Infecciones y sepsis.
- Afecciones vasculares.
- Hipersensibilidad a la bromocriptina u otros alcaloides del corne-zuelo de centeno.
- Toxemia del embarazo, hipertensión arterial en el postparto y en el puerperio.

PRECAUCIONES:

- No debe utilizarse en el postparto ni en mujeres puérperas con presión sanguínea elevada, enfermedad arterial coronaria o síntomas y/o historial de trastornos psíquicos graves.

- No utilizar en pacientes acromegálicos con historia o evidencias de úlcera péptica por aparición de hemorragia gastrointestinal.
- Vigilar la tensión arterial.
- Precaución en pacientes con trastorno psicótico y Síndrome de Raynaud.

INTERACCIONES:

- No existe ningún tipo de incompatibilidad conocida.
- Debe tenerse en cuenta que la administración concomitante de psicofármacos puede frenar la acción inhibidora de la prolactina.

EFECTOS SECUNDARIOS:

- Náuseas, vómitos, vértigo.
- Reducción de la tensión arterial.
- Estreñimiento, excitación psicomotora, somnolencia, cefalea, alucinaciones, disgenesia, sequedad de boca, calambres de tipo nocturnos en las piernas y reacciones alérgicas de la piel.

INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO: Provoca vómitos y disminución de la tensión arterial con *colapso*. El tratamiento sería eliminar el fármaco, mantener constantes cardiocirculatorias e instaurar terapia sintomática complementaria.

PLANTABEN

PRINCIPIO ACTIVO: cutículas de semilla de plantago ovata (ispaghula huste).

VÍA DE ADMINISTRACIÓN: oral (monodosis, contenido polvo efervescente).

ACCIÓN: Capacidad de sustención de líquido, por lo que incrementa el volumen de la masa fecal. Actúa como regulador de la evacuación de todas las difunciones intestinales que cursen con diarrea y/o estreñimiento.

INDICACIONES:

- Afecciones que cursan con alteración de episodios de diarreas y estreñimiento.

- Pacientes con colostomias.
- Diarreas en pacientes con enfermedad de crohn.
- Hemorroides, absceso anal.
- Prevención del estreñimiento durante el embarazo

CONTRAINDICACIONES: Obstrucción intestinal o hipersensibilidad a ispaghula.

ADVERTENCIAS: Este medicamento contiene 1077 gr de sacarosa por dosis, lo que deberá ser tenido en cuenta en enfermos diabéticos.

PRECAUCIONES: No administrar cuando hay dolor abdominal, náuseas o vómitos.

INTERACCIONES : No se recomienda a pacientes en tratamiento con digitálicos.

No administrar con antidiarreicos y productos inhibidores de la motilidad intestinal.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Flatulencia, sensación de plenitud, dolor abdominal.

INTOXICACIÓN Y TRATAMIENTO: No se han descrito fenómenos de intoxicación, en caso de ingestión masiva se procederá a su tratamiento sintomático.

PRE -PAR

COMPOSICIÓN: Clorhidrato de Ritrodina .

PROPIEDADES: Es un relajante uterino por acción *betasimpaticomimética*.

INDICACIONES:

- Amenaza de parto prematuro.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Prevención del trabajo de parto prematuro tras intervenciones quirúrgicas.

POSOLOGÍA: Amenaza de parto prematuro: infusión iv.: se iniciará lo antes posible tras el comienzo de los síntomas. La dosis inicial de 0,05 mg/minuto, se irá incrementando gradualmente según respuesta, a una tasa de 0,05 mg/minuto cada diez minutos, hasta obtener los resultados deseados. La dosis eficaz usualmente oscila entre 0,15 y 0,35 mg/min. La infu-

sión deberá ser continuada hasta 12-48 horas después que las contracciones uterinas hayan cesado. Inyección im: en caso de no disponerse de los elementos necesarios para realizar la infusión, el tratamiento puede iniciarse con la inyección im. de 1 ml. Si el efecto obtenido resulta insuficiente se administrarán otra vez 10 mg al cabo de una hora, seguido de 20 mg cada 2-6 horas posteriormente cada 12-48 horas. La dosificación se incrementará o disminuirá de acuerdo con la respuesta de la paciente con la posible aparición de efectos adversos.

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO POR VÍA ORAL: Aproximadamente 30 minutos antes de la terminación de la infusión iv. se administrará un comprimido de pre-par. La dosis usual durante las primeras 24 horas es la de un comprimido cada 2 horas. Posteriormente la dosis usual diaria será de 80-120 mg/día divididos en dosis iguales. El tratamiento puede continuar tanto tiempo como el médico lo juzgue necesario para prolongar el embarazo.

Sufrimiento fetal agudo: el objetivo buscado al utilizar Ritrodina en estos casos es ganar el tiempo necesario para tomar una decisión definitiva sobre la mejor manera de realizar el parto. La infusión de pre-par deberá iniciarse a una velocidad de 0,05 mg/min incrementándose rápidamente hasta que se consiga la supresión de actividad uterina.

La dosis eficaz que inicialmente oscila entre 0,15 y 0,35 mg/min. Mientras se administra la infusión, se prepara todo lo necesario para realizar el parto asistido.

PREVENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO PREMATURO DESPUÉS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Si se produce motilidad uterina indeseable, el procedimiento recomendado es el mismo que en el caso de amenaza de parto prematuro.

NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN: Es aconsejable mantener inicialmente un cuidadoso control de la presión sanguínea y del pulso de la madre y de la frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos. Cuando la situación de la enferma se haya estabilizado, los controles pueden hacerse a intervalo de 1-6 horas. En caso de acidosis fetal, el control continuo es esencial.

CONTRAINDICACIONES: Está contraindicada en aquellas condiciones materno/fetales que hagan peligrosa la continuación del embarazo. Las más específicas son: hemorragia antepartum, infección intrauterina, enfermedad cardíaca materna, eclampsia y preeclampsia graves, muerte fetal intraútero, compresión del cordón.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Están relacionados con su actividad betamimética, observándose principalmente con la Administración iv. Se controlan generalmente ajustando la dosis. Puede incrementarse la frecuencia cardiaca materna y fetal, por lo cual se recomienda realizar un estrecho control. La taquicardia desaparece poco después de la reducción o discontinuación de la infusión. Deberá evitarse una frecuencia cardiaca superior a 140 latidos/minuto de pacientes sanas. Deberá evitar la aparición de hipotensión, siguiendo el esquema de dosificación recomendada manteniendo a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

Se ha descrito la producción de edema pulmonar materno en pacientes tratadas con Ritrodina, algunas veces después del parto. Esto se ha producido más a menudo cuando los pacientes recibieron corticoides, concomitantemente. El estado de hidratación de la paciente deberá ser cuidadosamente vigilado evitándose la pérdida de líquido. Si se produce edema pulmonar durante la administración, el fármaco deberá ser discontinuado y el edema se controlará por medios convencionales.

Puede producirse elevación transitoria de glucosa en sangre, por lo cual el uso de ritrodina en pacientes con diabetes latente o establecida, requiere una monitorización cuidadosa de los niveles sanguíneos de glucosa, equilibrio ácido base y potasio. En algunos casos se ha observado rubor, sudoración, temblor, náuseas y vómitos.

PRECAUCIONES: En pacientes en que exista sospecha de enfermedad cardiovascular, se requerirá una cuidadosa selección y vigilancia durante el tratamiento iv. Las pacientes con hipertiroidismo no deberán ser tratadas con *Ritrodina* a menos que el médico lo considere oportuno después de sopesar el cociente beneficio / riesgo.

INCOMPATIBILIDADES E INTERACCIONES: Se prestará atención especial a la paciente que reciba fármacos que pueden interactuar con *Ritrodina*, como son los diuréticos que producen deplección de potasio, anestésicos utilizados en cirugía, otros simpático-miméticos y agentes bloqueantes betaadrenérgicos no selectivos, IMAOS, antidepresivos tricíclicos, y corticosteroides.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: Los síntomas de intoxicación, la estimulación adrenérgica; junto con la discontinuación de la infusión se instaurará el tratamiento con un agente betabloqueante, como antídoto.

PRIMPERAN INYECTABLE

AMPOLLAS: Metoclopramida clorhidrato.

INDICACIONES: tratamiento sintomático de náuseas y vómitos. Trastornos funcionales de la motilidad digestiva.

PRESENTACIÓN: comprimidos, inyectables (2 ml: 10 mg), solución gotas, solución oral.

POSOLOGÍA: La administración se realiza por vía I.V. lenta y en dosis que oscilan entre 1 y 2 mg./kg.

Para dosificaciones superiores a 10 mg. (1 ampolla), diluir la *inyección* en 50 ml. de una solución parenteral.

CONTRAINDICACIONES: No administrar a pacientes cuya estimulación de la motilidad gástrica pueda resultar perjudicial (hemorragias, *obstrucción, perforación*).

PRECAUCIONES: No debe administrarse en el primer trimestre de embarazo.

Durante el tratamiento deben evitarse situaciones que requieran un estado especial de alerta, como la conducción de vehículos o el manejo de maquinaria peligrosa.

INTERACCIONES: Potencia los efectos de las fenotiazinas y otros antidopaminérgicos sobre el sistema nervioso central.

Disminuye el efecto de la digoxina y la Cimetidina.

Su administración unida a alcohol, tranquilizantes, hipnóticos o narcóticos potencia los efectos sedantes.

EFFECTOS SECUNDARIOS: En niños y adolescentes si se sobrepasan las dosis recomendadas, pueden originarse reacciones extrapiramidales con espasmos de los músculos de la cara, del cuello o de la lengua.

En tratamientos largos se ha observado hiperprolactinemia, tensión mamaria, galactorrea, amenorrea, ginecomastia y/o impotencia.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO: Por sobredosificación puede aparecer somnolencia, desorientación y reacciones extrapiramidales que por norma desaparecen al suspender el tratamiento.

De persistir los síntomas se practicará lavados de estómago y medicación sintomática.

Las reacciones extrapiramidales se controlan con la administración de antiparkinsonianos, anticolinérgicos, antihistamínicos, con propiedades anticolinérgicas.

ROSALGIN SOBRES

PRINCIPIO ACTIVO: Bencidamina clorhidrato, 500 mg.

PROPIEDADES: La bencidamina clorhidrato posee acción antiinflamatoria.

INDICACIONES: Vaginitis inespecíficas. Coadyuvante en la terapia de las vaginitis específicas.

POSOLOGIA: 1 ó 2 irrigaciones vaginales o lavados externos. Para los dos se recomienda utilizar Rosalgin Equipo, para hacer más accesible las zonas internas. La preparación consiste en disolver el contenido de 2 sobres en 1 litro de agua, la cual puede estar tibia.

CONTRAINDICACIONES: No han sido descritas

EFFECTOS SECUNDARIOS: No se han descrito

INTOXICACIÓN: No se ha descrito

SYNTOCINON

PRINCIPIO ACTIVO: Oxitocina.

GRUPO TERAPEÚTICO: Inducción del parto.

PRESENTACIÓN: ampollas de 10 UI (1 ml)

INDICACIONES: Provocación del parto a término. Estímulo de contractibilidad en casos de inercia uterina primaria o secundaria. Control de la hemorragia postparto, en pacientes donde los derivados del cornezuelo no estén indicados.

EFFECTOS INDESEABLES: Hipertonicidad, espasmos, contracciones tetánicas, ruptura de útero. Ligero efecto antidiurético. Bradicardia fetal, ictericia neonatal, reacciones anafilácticas, hemorragia postparto, arritmias cardíacas, contracciones ventriculares prematuras, náuseas, vómitos, hematoma pélvico, afibrinogenemia.

ADVERTENCIA: La utilización de oxitocina para inducción al parto debe realizarse estrictamente por razones médicas, no por conveniencia.

INTERACCIONES: Los anestésicos generales de gran poder útero-relajante (haloteno, cloroformo, etc.) pueden antagonizar el efecto de la oxitocina.

Precaución en la administración concomitante de prostaglandinas u otros estimulantes de las contracciones uterinas. La administración con agentes vasopresores puede resultar en hipertensión arterial severa durante el periodo de postparto.

CONTRAINDICACIONES: Desproporción cefalopélvica, presentación anormal, toxemia severa, predisposición a embolia por el líquido amniótico. Historial de cesárea o cualquier acto quirúrgico afectando el útero, placenta previa, contracciones hipertónicas, distocias mecánicas, sufrimiento fetal si no es inminente el alumbramiento, historial de hipersensibilidad a la oxitocina.

TARDYFERON

PRINCIPIO ACTIVO: Sulfato ferroso

PROPIEDADES: Preparado de hierro de acción prolongada para el tratamiento de las anemias ferropénicas y de los estados carenciales de hierro.

INDICACIONES:

- Anemias ferropénicas como las de tipo hipocrómico y las posthemorrágicas
- Carencia latente de hierro de los niños y adolescentes en periodos de fuerte crecimiento.
- A título profiláctico, en caso de incrementarse las necesidades de hierro durante el embarazo, puerperio, lactancia, menstruaciones intensas, frecuentes donaciones de sangre y hemorragias así como durante los periodos de fuerte crecimiento.

INCOMPATIBILIDADES: Como quiera que los iones de hierro inhiben la reabsorción de las tetraciclinas administradas por vía oral, deben evitarse la medicación simultánea.

POSOLOGIA:

- Anemias ferropénicas leves, estados carenciales de hierro y necesidades incrementadas de hierro: una gragea una vez al día, ingerida sin masticar antes de la comida principal
- Anemias ferropénicas graves con menos del 8-9% de hemoglobina: una gragea por la mañana y otra por la tarde, durante 3 semanas, y a continuación 1 gragea diaria antes de la comida principal.

Para completar las reservas de hierro del organismo, debe proseguirse el tratamiento, en las anemias ferropénicas, durante 1-3 meses después de haberse normalizado los valores de la hemoglobina.

CONTRAINDICACIONES: Hemocromatosis. Las anemias infecciosas y tumorales auténticas, sin hemorragia, no reaccionan a la feroterapia

EFFECTOS SECUNDARIOS: Como cualquier otra feroterapia oral, también las grageas de TARDYFERON, de acción prolongada, oscurecen las heces. Esto carece de importancia.

PRECAUCIONES: Puede producir somnolencia, por lo tanto no se recomienda el uso de maquinaria ni la conducción de ningún tipo de vehículo.

INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO: La posibilidad de intoxicación con TARDYFERON es prácticamente nula, ya que la mucosa gástrica queda protegida por la presencia de mucoproteasa. En caso de intoxicación por ingestión masiva de grageas, como medida inmediata administrar huevos y leche. Si fuera necesario, lavado gástrico, protectores de la mucosa y vitamina C. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 915600420

TERMALGIN

COMPOSICION: Paracetamol, sacarina sódica y glucosa.

ACCION: Analgésico, antipirético.

INDICACIONES: Dolor de intensidad leve o moderado, estados febriles.

POSOLOGIA:

1 ó 2 comprimidos 3 ó 4 veces cada 24 h.

No se excederá de 4 g. (8 comp.) en 24 horas.

CONTRAINDICACIONES: Enfermedades hepáticas.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Hepatotoxicidad a dosis alta o tratamientos prolongados. Raramente pueden aparecer erupciones cutáneas y alteraciones hematológicas como neutropenia o leucopenia.

VALIUM

COMPOSICIÓN: Diazepam

ACCIÓN E INDICACIONES: Tensiolítico activo y ansiolítico potente y bien tolerado, acción miorrelajante. Indicado en todos los tipos de excitación y tensión psíquica y neurosis de órgano. Estados de agitación. Alco-

holismo. Fobias. Psiconeurosis. Espasmos musculares. Facilitación del parto normal. Amenaza de aborto. Placenta previa. Trastorno del sueño.

ADMINISTRACIÓN Y POSOLOGÍA: Dosis media oral: 2,5-30 mg. según casos, al día. Dosis media im. , iv. o en perfusión 10-20 mg

CONTRAINDICACIONES: No tiene, a no ser la miastenia grave y ciertos glaucomas.

INCOMPATIBILIDADES: Debe inyectarse solo porque es incompatible con soluciones acuosas de otros medicamentos que han de administrarse al mismo tiempo. La solución inyectable de VALIUM roche permanece estable en una solución glucosada al 5-10% o en una isotónica de cloruro sódico, siempre que la solución de las ampollas se añada rápidamente y agitando, al volumen total del líquido de perfusión y se perfunda en seguida.

EFFECTOS SECUNDARIOS: Si la posología no se adapta, pueden aparecer signos de somnolencia, fatiga, vértigo y debilidad muscular que ceden al rebajar la dosis.

ADVERTENCIA: La ampolla contiene 31,4 mg de alcohol bencílico como conservador. Salvo criterio médico no usar en recién nacidos, especialmente prematuros. Los comprimidos contienen lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes, originando cuadros de diarreas complicadas con infección intestinal, deshidratación y acidosis. De presentarse esos síntomas, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento.

Las ampollas, por contener etanol como excipiente puede ser causa de riesgos en pacientes con enfermedades hepáticas, alcoholismo, epilepsia y mujeres embarazadas y niños.

VARIDASA

COMPOSICIÓN: Estreptoquinasa-estreptodornasa.

ACCIÓN E INDICACIONES: Varidasa Oral es un potente antiinflamatorio, y como tal debe utilizarse en el tratamiento de la inflamación aguda o crónica, infecciosa o traumática (con edema y/o hematoma).

ADMINISTRACIÓN Y POSOLOGÍA:

Por vía oral 1 tableta 4 veces al día.

CONTRAINDICACIONES: Hemocoagulopatías graves o hemorragia activa.

EFFECTOS SECUNDARIOS: en casos aislados pueden aparecer reacciones leves de hipersensibilidad individual, cuando se administra por vía oral.

SIGLAS DEL ÁREA MATERNAL

De la A a la Z, quedan detalladas a continuación, las siglas que normalmente se emplean para la recogida, de forma abreviada, de la terminología propia del Área Maternal:

- A.F.U.: Altura de Fondo Uterino
- A.P.P. Amenaza de Parto Pretérmino
- B.R.: Bolsa Rota = Amniorrhexis (E-Espontánea / A-Artificial)
- CC: Cociente cervical
- C.I.R.: Crecimiento Intrauterino Retardado
- C.U.: Cicatriz Umbilical (t.de d.= través de dedo)
- D.B.P.: Diámetro Biparietal fetal (medido mediante ecografía)
- Día/s P.C.: día/s Post-Cesárea
- Día/s P.P: día/s Post-Parto
- D.I.U.: dispositivo intrauterino
- DPPNI: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
- E.F.P.: Examen del Fundus Post-Parto
- E.M.: Educación Maternal

- F.C.F. ó L.C.F.: Frecuencia Cardíaca Fetal o Latido Cardíaco Fetal (120-160)
- F.M.: Fórmula Menstrual que indica los días de duración de la menstruación en la mujer y cada cuanto tiempo la tiene
 - Ej: (3-4) / (28-30)..... indicaría que:
- La duración de la menstruación es de 3-4 días con una periodicidad de 28-30 días.
- F.O.: Fórmula Obstétrica: Se refiere al nº de gestaciones (G) y a la forma de finalizarlas (A: Abortos/ C: Cesáreas/ P: Partos):
 - Ej: una mujer embarazada, que tiene ya dos hijos (uno por cesárea y otro por vía vaginal) y que anteriormente tuvo también tres abortos, en estos momentos tendría una F.O. de:

• G 6 P 1 A 3 C 1

- F.P.P.: Fecha Probable de Parto
- F.U.R.: Fecha de la última Regla
- H.IE: Hipertensión inducida por el embarazo
- H.T.A.: Hipertensión Arterial
- H.T.S.: Histerectomía
- ITT: Test de tolerancia a la insulina.
- I.V.E.: Interrupción Voluntaria del Embarazo
- L.A.: Líquido Amniótico

- L.F.: Longitud Femoral fetal (medida por ecografía)
- L.M.: Lactancia Materna
- M.F.: Movimientos Fetales
- MFIU: Muerte Fetal Intrauterina
- M.I.: Miembros Inferiores
- N/A: Nada Anormal
- O.C.E.: Orificio Cervical Externo
- O.C.I.: Orificio Cervical Interno
- O.I.D.A.: Occípito Ilíaca Derecha Anterior (estática fetal)
- O.I.D.P.: Occípito Ilíaca Derecha Posterior
- O.I.I.A.: Occípito Ilíaca Izquierda Anterior
- O.I.I.P.: Occípito Ilíaca Izquierda Posterior
- O.P.: Occípito Púbrica
- P.A.A.F.: Punción Aspiración con Aguja Fina
- P.P.O.: Placenta Previa Oclusiva
- R.C.T.G.: Registro-Cardio-Toco-Gráfico (E:externo/I:interno)
- R.E.B.A.: Rotura Espontánea de Bolsa Amniótica
- R.N.: Recién Nacido

- R.P.M.: Rotura Prematura de Membranas
- S.G.: Semana de Gestación
- S.I.D.A.: Sacro Ilíaca Derecha Anterior
- S.I.I.A.: Sacro Ilíaca Izquierda Anterior
- S.I.D.P.: Sacro Ilíaca Derecha Posterior
- S.I.I.P.: Sacro Ilíaca Izquierda Posterior
- S.P.: Según Protocolo
- T.E.: Toma Endometrial (en citología)
- T.H.S.: Tratamiento Hormonal Sustitutivo
- T.T.: Triple Toma (en citología)
- T.V.: Tacto Vaginal (exploración vaginal para valorar, entre otras cosas, el cuello o cérvix uterino (C.C)

$$\text{Cociente Cervical (CC)} = \frac{\text{Grado de borramiento /Dilatación}}{\text{Consistencia /Posición}}$$

TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA

A continuación y también por orden alfabético, quedan reflejadas las definiciones de algunos de los términos y materiales relacionados con el área:

- Aborto: Expulsión o extracción del útero, de un feto o embrión de menos de 500 g. de peso (aproximadamente igual a 22 semanas completas o 154 días de gestación), independientemente de la viabilidad o no del producto y del carácter espontáneo o provocado del mismo.
- Abruptio placentae: desprendimiento o separación de la placenta de su lugar de implantación, antes del parto.
- Alumbramiento: Expulsión de la placenta y membranas en el parto.
- Amniocentesis: Extracción de LA para estudio por punción a través de la pared abdominal materna o a través del cuello uterino. Siempre bajo control ecográfico. Puede hacerse por motivos diagnósticos, para diagnosticar precozmente algunos defectos congénitos, estudiar la madurez pulmonar fetal, o con fines terapéuticos en caso de polihidramnios u oligoamnios.
- Amniorrexis: Rotura de las membranas corioamnióticas. Puede ser espontánea o artificial.
- Amnios: capa celular embrionaria que se origina entre el trofoblasto y ectodermo y que forma la cavidad amniótica.
- Amnioscopia: Procedimiento que permite observar el estado de la bolsa y el aspecto del LA al introducir el amnioscopio en el canal cervical. Sólo puede realizarse a partir de las 36 SG, y al comienzo del parto.
- Amnioscopio: Instrumento que se utiliza para visualizar el estado de la bolsa de las aguas y el color del LA. Hay diversos tamaños.
- Amniotomía: incisión de las membranas fetales.
- Amniotomo: Instrumento para realizar la amniorrexis de forma artificial.

NOTA: En la amniorrexis artificial debe tenerse especial cuidado en las medidas de asepsia y en la expulsión lenta del LA para evitar descompresiones bruscas del útero y procedencia de cordón.

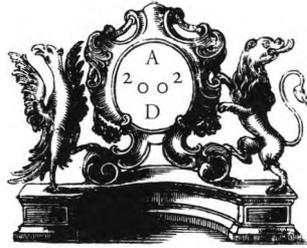
- Bajo peso al nacer: recién nacido cuyo peso está por debajo del percentil 10 ó -2DE del peso que le correspondería por su edad gestacional.
- Bilirrubinómetro: Instrumento para medir la bilirrubina en el R.N.
- Corion: membrana exterior del huevo que sirve de envoltura protectora y nutricia.
- Crecimiento intrauterino retardado: feto con un peso al nacer inferior al percentil 10 para su edad gestacional, consecuente con una restricción patológica en su capacidad para crecer.
- Decidua: mucosa uterina hipertrofiada durante la gestación y que se expulsa después del parto.
- Ecografía: Aplicación de las técnicas de ultrasonidos para el seguimiento del crecimiento intrauterino fetal y detección precoz de algunas anomalías. Permite asimismo la amniocentesis dirigida.
- Edad gestacional: duración de la gestación, que se mide desde el primer día del último periodo menstrual normal. El tiempo de gestación se expresa en días o semanas completas.
- Entuertos: Contracciones espasmódicas del útero posteriores al parto (más pronunciadas generalmente en las múltiparas)
- Episiorrafia: Restauración por sutura de la episiotomía
- Episiotomía: Incisión quirúrgica del periné en el momento del desprendimiento de la presentación fetal, para evitar que se produzca desgarro espontáneo de la zona. (M.L.D.= Media Lateral Derecha/ M.L.I.= Media Lateral Izquierda)
- Espéculo: Instrumento destinado a examinar el cuello \ cérvix uterino a través de la vagina (especuloscopia)
- Estetoscopio de Pinard: Instrumento para la práctica de la auscultación fetal.
- Fecundación: penetración, en el óvulo maduro del espermatozoide y fusión de ambos pronúcleos.
- Fórceps: instrumento obstétrico en forma de pinza, destinado a extraer la cabeza fetal.
- Implantación: fijación del huevo en la decidua.

- Índice de fertilidad: número de nacidos vivos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años de edad.
- Índice de líquido amniótico: medida ecográfica resultante de la suma de las mediciones del diámetro vertical del mayor depósito de líquido amniótico que se encuentre en cada uno de los cuadrantes uterinos.
- Índice de natalidad: número de nacidos por 1000 habitantes.
- Insuficiencia cervical: incapacidad del cérvix para mantener una gestación hasta su término.
- Loquios: Secreción uterina después del parto, que duran unas tres semanas
- Macrosoma: feto de peso al nacer mayor de 4.499 gramos.
- Metrorragia: Hemorragia uterina independiente de la menstruación.
- Multípara: mujer que ha dado a luz varias veces, específicamente, a partir del segundo parto.
- Nuligesta: mujer que no está y nunca ha estado embarazada.
- Nulípara: mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más allá de un aborto.
- Parto distócico: parto en el que se necesitan maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto.
- Parto estimulado: parto iniciado espontáneamente, pero acelerado medicamentosamente.
- Parto eutócico: parto de inicio espontáneo, de una gestante con un feto a término, en presentación de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- Parto inducido: parto planeado; parto iniciado y guiado medicamentosamente.
- Parto precipitado: Es aquel que dura menos de tres horas desde el inicio de la primera contracción, hasta el nacimiento del niño/a. Los factores que contribuyen son una pelvis grande y una historia previa de partos rápidos. Conllevan riesgos para la madre y para el feto (desprendimiento de placenta o rotura uterina, embolismo de L.A., hemorragias post-parto, hipoxia fetal, desgarros de los tejidos implicados,...)
- Perfil Glucémico: Medición de la glucemia capilar antes y dos horas después de cada comida, para un control de la tasa de glucosa en sangre. Cuando está por encima de 120, se requiere tratamiento insulínico y se seguirán haciendo perfiles glucémicos diarios hasta conseguir la normalidad.

- Polihidramnios: volumen de líquido amniótico mayor de 2000 ml, o índice de líquido amniótico mayor de 25 cm.
- Posición fetal: parámetro de la estática fetal que relaciona la presentación fetal con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna.
- Preeclampsia: Patología del embarazo que se caracteriza por HTA que se desarrolla a partir de la 20ª semana de embarazo, asociada a proteinuria y edemas. La preeclampsia puede progresar rápidamente a un estado de convulsiones y coma llamado eclampsia.
- Presentación fetal: parámetro de la estática fetal que indica la parte del cuerpo fetal más baja dentro del canal del parto y que se palpa a través del cuello uterino durante el tacto vaginal.
- Primigrávida: mujer embarazada por primera vez.
- Primípara: mujer que pare por primera vez.
- Pródromos de parto: periodo que precede al parto.
- Prueba de Pose: Se realiza primero un R.C.T.G. basal de 15 a 20 minutos de duración. Posteriormente se valora la respuesta fetal tras la provocación de dinámica uterina (2-5 contracciones en 10 minutos) provocadas por la administración de oxitocina en un suero siguiendo la pauta protocolizada.
- Puerperio: periodo que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la madre vuelven al estado ordinario anterior a la gestación.
- Pujo: contracción voluntaria o involuntaria de la prensa abdominal que acompaña a la contracción uterina durante el periodo expulsivo del parto.
- Secundípara: mujer que pare por segunda vez.
- Situación: parámetro de la estática fetal que relaciona el eje longitudinal del feto con el del útero.
- Teratógeno: agente que causa, o puede causar, anomalías en un embrión en desarrollo.
- Vacuoextractor (ventosa): aparato para sacar la cabeza del niño con ayuda del vacío. Consiste en una campana plana metálica de aspiración que se aplica sobre el cuero cabelludo fetal fijándola firmemente a ella, al producirse la presión negativa. Cuando la cabeza ha salido, se anula el vacío y se retira la campana. En el RN aparece normalmente un caput succedaneum, correspondiente a la forma del vacuoextractor.

BIBLIOGRAFÍA

- BURROUGHS, A: "Enfermería materno-infantil (de Bleier)". Méjico: Ed. Interamericana. McGraw-Hill. (Sexta edición), 1994
- OLDS, LONDON AND LADEWIG: "Enfermería materno-Infantil". Méjico, D.F.: Ed. Interamericana. McGraw-Hill. (Cuarta edición), 1995
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA: "Guía para la educación maternal en Atención Primaria". Sevilla, 1987
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA: "Nacer a la vida". (Revistas). Sevilla, 1991
- EISENBERG, MURKOF Y HATHANAY: "Que se puede esperar cuando se está esperando". Barcelona: Ed. Medici, 1993
- MARVIN S. EIGER, M.D. & SALLY WENDKOS OLDS: "El gran libro de la lactancia". Barcelona: Ed. Medici, 1989
- NURSING PHOTOBOOK: "Ginecología y obstetricia en enfermería". Barcelona: Ed. Doyma, 1986
- KNOR, E.R.: "Decisiones en enfermería obstétrica". Barcelona: Ed. Doyma, 1990
- CARRERA MACIÁ, J.M.: "Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus". Barcelona: Ed. Salvat. Segunda edición, 1988
- RUIZ JIMÉNEZ, M.A.: "Enfermería Pediátrica"
- SEGURANYES GUILLOT, GLORIA: "Enfermería Maternal". Masson. S.A, Barcelona, 1995
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA: "Manual de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio". Sevilla, 1994
- HAMILTON, P.M.: "Enfermería pediátrica básica". Madrid: Ed. Interamericana. McGraw-Hill. Quinta edición, 1990
- ZIMMERMAN, G.: "Cuidados intensivos y urgencias en pediatría". Madrid: Ed. Interamericana. McGraw-Hill, 1988
- FABRE E. Manual de asistencia al embarazo normal. Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de Medicina Perinatal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Zaragoza: EBROLIBRO, SL, 1984
- LACALLE, M. ANDÉRICA, G. Y cols. Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1994.



*Este libro se terminó de componer el 9 de enero
en el que se conmemora al anacoreta Palemón
que vivió solo y callado, sin molestar
ni ser molestado, en la Tebaida*

textos básicos
UNIVERSITARIOS



SERVICIO DE
PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD
DE CÁDIZ

ISBN 84-7786-718-6



9 788477 867180