

Ministerio de Salud

**Guías de atención de enfermería en
ginecoobstetricia y perinatología**



San Salvador, marzo de 2019

Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Unidad Nacional de Enfermería

Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología

San Salvador, marzo de 2019

Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante
Ministra de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos
Viceministro de Políticas de Salud

Dr. Julio Oscar Robles Ticas
Viceministro de Servicios de Salud

Ficha catalográfica

2019 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Tiraje: 1ª. Edición. 2019

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud

Unidad Financiera Institucional

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 25917000

Página oficial: <http://www.sprh.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud, Unidad Nacional de Enfermería. *Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología*. San Salvador, El Salvador. C.A.

Equipo técnico

Participante	Dependencia/Establecimiento
Licda. Josefina Concepción Castaneda	Jefa Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL
Licda. Gloria del Carmen Arias Bautista	Enfermera Supervisora Nivel Central, Unidad Nacional de Enfermería, MINSAL.
Licda. Vilma Ruth Hernández Valencia.	Enfermera Jefa Depto. de Enfermería, Hospital Nacional de Chalchuapa.
Licda. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Enfermera Supervisora, Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico ISSS.
Licda. Ana Isabel Rauda de Abarca	Enfermera Subjefe Departamento de Enfermería, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Dinora Barrera de Recinos	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Licda. Rosa María Ayala de Reyes	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
Licda. Patricia Elizabeth Vargas Machado	Enfermera Jefe de Unidad, Hospital Nacional Rosales
Licda: Maria Rosario Gonzalez de Torres	Enfermera Supervisora, Hospital Nacional de la Mujer” Dra. María Isabel Rodríguez”
Licda. Patricia del Rosario Sanchez de Alfaro	Enfermera, Unidad Comunitaria de Salud Familiar, Barrio San Miguelito, San Salvador
Licda. María Magdalena Baches de Fuentes	Enfermera Supervisora, Región de Salud Central.

Comités de apoyo:

Integrantes de comités locales de:

- Hospital Nacional Rosales
- Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Hospital Nacional de La Mujer Dra. María Isabel Rodríguez”
- Hospital Nacional Zacamil
- Hospital Nacional de San Bartolo
- Hospital Nacional Saldaña
- Hospital Nacional de Soyapango
- Hospital Nacional San Rafael
- Hospital Nacional de Sonsonate
- Hospital Nacional de Ahuachapán
- Hospital Nacional de Santa Ana
- Hospital Nacional de San Miguel

Equipo validador:

Licda. Catalina de Carranza	Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
Lic. Héctor Aníbal Barrera Erazo	Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
Licda. Mirna Herenia Figueroa de Fuentes	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
Licda. Alba Armida Escobar de Segura	Dirección Nacional de Hospitales
Licda. María Vicenta Flores de Flores	Hospital Nacional de Sonsonate “Dr. Jorge Mazzini”
Licda. Ana María López de Castillo	Enfermera, Hospital Nacional Zacamil “Dr. Juan José Fernández”

Índice

No	Contenido	N° de pág.
	Introducción	9
I	Base legal	10
II	Objetivos	10
III	Ámbito de aplicación	10
IV	Desarrollo del contenido, intervenciones de enfermería en pacientes con:	11
	a. Condiciones de salud-enfermedad Condiciones de salud-enfermedad obstétricas	11
	1. Aborto	11
	2. Aborto recurrente o habitual	14
	3. Isoinmunización por factor Rh negativo y embarazo	17
	4. Abruption de placenta (Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)	19
	5. Amenaza de parto prematuro	21
	6. Enfermedad gestacional del trofoblasto (Mola hidatidiforme)	23
	7. Embarazo ectópico	25
	8. Embarazo múltiple	27
	9. Embarazo prolongado	30
	10. Hipertensión arterial inducida por el embarazo	33
	11. Síndrome de HELLP	37
	12. Placenta previa	40
	13. Retardo del crecimiento intrauterino	44
	14. Ruptura Prematura de membranas	45
	15. Corioamnionitis	47
	16. Accidentes de cordón umbilical	49
	17. Alteraciones del volumen de líquido amniótico	51
	18. Inducción y conducción del parto	54
	19. Parto distócico	56
	20. Parto con compromiso del bienestar fetal	61
	21. Síndrome de feto muerto	64
	22. Infección de fiebre puerperal	65
	23. Acretismo placentario	67
	24. Hemorragia postparto	69
	25. Coagulación intravascular diseminada (CID)	72
	26. Edema agudo de pulmón en el embarazo	75
	27. Reanimación cardiopulmonar	77
	28. Tomboembolismo pulmonar	80
	29. Anemia por deficiencia de hierro y embarazo	82
	30. Infección de vías urinarias	84
	31. Sífilis materna y embarazo	86
	32. Toxoplasmosis y embarazo	89
	33. Varicela y embarazo	91
	34. Dengue, zika y chikungunya	93
	35. Obesidad mórbida	95
	36. Diabetes y embarazo	96
	37. Hígado graso agudo del embarazo	98

	38. Enfermedad tiroidea del embarazo	100
	39. Hipertensión arterial crónica en el embarazo	102
	40. Síndrome antifosfolípido (SAF)	105
	41. Cardiopatías más embarazo	106
	42. Uso de medicamentos en el embarazo	109
	43. Medicina transfusional	110
	44. Cordocentesis	112
	45. Transfusión intrauterina	113
	46. Pruebas de bienestar fetal	115
	47. Ultrasonografía obstétrica	116
	Condiciones de salud-enfermedad ginecológicas	117
	48. Hemorragia uterina anormal Infecciones vaginales	117
	49. Amenorrea	119
	50. Endometriosis	120
	51. Condilomatosis	121
	52. Infecciones vaginales	123
	53. Síndrome de ovario poliquístico (SOFQ)	124
	54. Miomatosis uterina	125
	55. Adenomiosis uterina	127
	56. Pólipo endometrial	129
	57. Hiperplasia endometrial	130
	58. Dismenorrea	130
	59. Masa anexial	132
	60. Dolor pélvico crónico	133
	61. Incontinencia urinaria	134
	62. Incontinencia anal	136
	63. Prolapso de órganos pélvicos	137
	64. Patología benigna de mama	139
	65. Enfermedad pélvica inflamatoria	140
	66. Sífilis	141
	67. Linfogranuloma venéreo	142
	b. Técnicas de obstetricia	
	1. Cerclaje	144
	2. Legrado	145
	3. Episiotomía	147
	4. Cesárea	148
	5. Parto vaginal poscesárea	150
	6. Ligadura de vasos pélvicos e hipogástricos	152
	7. Sutura compresiva en útero de B-Lynch	153
	8. Histerectomía obstétrica	155
	9. Inversión uterina	157
	10. Amnioinfusion	159
	11. Taponamiento uterino	161
	12. Amniocentesis	162
	c. Técnica de ginecología	164
	1. Histerectomía vaginal	164
V	Disposiciones finales	166
VI	Vigencia	167
	Referencias bibliográficas	168

Introducción

La Reforma de Salud visualiza a las profesionales de enfermería como integrante estratégico del equipo multidisciplinario e indispensable para la garantía del derecho a la salud de la población; es por ello que se considera necesario garantizar su cualificación técnica y formación continua.

Es por ello que el Ministerio de Salud (MINSAL), emite las guías de atención de enfermería en ginecología, obstetricia y perinatología, para proporcionar la información necesaria a ser aplicada en los hospitales de la RIIS, como herramienta que el profesional de enfermería aplica a las pacientes en diferentes patologías que han sido priorizadas.

Con el propósito de continuar documentando y estandarizando los cuidados de enfermería en la atención proporcionada a las usuarias que demandan atención en esta área.

I. Base legal

Constitución de la República

Que, de acuerdo a lo prescrito en la Constitución de la República, en su artículo 65, el cual establece que la salud de los habitantes, constituyen un bien público, por lo que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

Código de Salud

Artículo 40 el Ministerio de Salud (MINSAL), es el responsable de emitir las normas, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Según el art.- 42 numeral 2, del Reglamento, prescribe que el Ministerio de Salud, es el organismo responsable de emitir las normas pertinentes en materia de salud, así como organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

II. Objetivos

General:

Emitir las directrices necesarias para estandarizar la calidad del cuidado de enfermería en el área de ginecología, obstetricia y perinatología.

Específicos:

1. Establecer las intervenciones de enfermería que se proporcionan a la mujer en las etapas de promoción y prevención, curación y rehabilitación, en las enfermedades descritas en el presente documento.
2. Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el cuidado de enfermería en la atención integral de la mujer, en los hospitales de la RIIS.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de las presentes Guías de atención, todo el personal de enfermería que proporciona atención directa en los diferentes establecimientos de las RIIS.

IV. Desarrollo del contenido

a. Condiciones de salud-enfermedad

Condiciones de salud-enfermedad obstétricas

1. Aborto

1.1 Definición

El aborto es la pérdida espontánea o provocada de un embarazo intrauterino de 22 semanas o menos de edad gestacional o con un feto de 500 gramos de peso o menos.

1.2 Etiología

La frecuencia del aborto espontáneo varía según la celeridad con la que se identifica. Por ejemplo, Wilcox et al. (1988) estudiaron a 221 mujeres sanas a lo largo de 707 ciclos menstruales. Observaron que 31% de los embarazos se pierde después de su implantación. Es importante señalar que, con el uso de análisis altamente específicos para detectar concentraciones mínimas de gonadotropina coriónica humana b sérica (hCG-b) en la madre, 66% de estos abortos se consideró silencioso en términos clínicos¹.

Las anomalías cromosómicas paternas y las complicaciones tromboticas del síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos (APAS) son las únicas no disputadas de aborto recurrente.

Aunque el porcentaje exacto puede variar, se han establecido otras relaciones con anomalías anatómicas (12 a 16%), problemas endocrinos (17 al 20%), infecciones (0.5 al 5%) y factores inmunitarios, incluyendo los relacionados con APAS (20 al 50%).

Los factores causantes del aborto espontáneo son muchos y es necesario diferenciar los factores fetales de los maternos y estos a su vez de los relacionados con las causas externas.

Factores fetales o cromosómicos: es el desarrollo anormal de las células germinales y los defectos en la implantación del trofoblasto.

Causas fetales: Relacionadas con patología del huevo fecundado, anomalías localizadas en el embrión, anomalías de la placenta.

Causas cromosómicas, las más frecuentes son: triso-mías, triploidia y monosomía.

Factores maternos: están asociados a diferentes causas, entre ellas:

Causas endocrinas: insuficiencia hídrica del cuerpo amarillo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, diabetes.

Causas infecciosas: pielonefritis, procesos respiratorios altos, paludismo, fiebre tifoidea, toxoplasmosis.

Causas anatómicas: malformaciones congénitas uterinas, miomas y pólipos, insuficiencia del orificio interno, encarcelamiento útero gestante.

Causas especiales: traumatismos físicos, traumatismos psíquicos y aborto provocado.

Clasificación:

- **Aborto inducido o electivo:** es inducir o interrumpir el embarazo no deseado, legalmente se

¹ Williams Obstetricia 23 A. Edición Mc Gran Hill, Translated from the twenty-third English edition of: Williams Obstetrics Copyright © 2010, 2005, 2001 by The McGraw-Hill Companies <https://www.caja-pdf.es/2016/01/31/williams-obstetricia/williams-obstetricia.pdf>

habla de aborto inducido o provocado, como interrupción del embarazo. (En El Salvador esta práctica no está legalizada).

- **Aborto recurrente:** cuando hay historia de tres o más abortos espontáneos consecutivos.
- **Aborto retenido o fallido:** el producto de la concepción es retenido después de la muerte, generalmente existe el antecedente de amenaza de aborto a repetición y crecimiento uterino menor en relación con la edad gestacional.
- **Aborto espontáneo o inminente:** es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, debido a causas naturales, la situación se hace irreversible (este se desarrolla en un capítulo específico por ser una patología frecuente).
- **Aborto completo:** conclusión del embarazo en el que el producto se expulsa o se elimina en su totalidad.
- **Aborto incompleto:** cuando se expulsa parte del contenido, quedando restos en el interior; interrupción de la gestación en la que los productos de concepción no se expulsan o extraen completamente.
- **Aborto séptico:** el aborto completo o incompleto acompañado de infección, que se manifiesta por fiebre, flujo sanguíneo fétido no purulento y dolor hipogástrico.

1.3. Manifestaciones clínicas:

Metrorragias procedentes de cavidad uterina, dolor abdominal pélvico, cérvix abierto, expulsión de restos ovulares completos o incompletos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la importancia de la ingesta de ácido fólico en adolescentes y mujeres en edad fértil. • Educar a adolescentes sobre el riesgo de un embarazo entre los 10 a 19 años de edad. • Educar a las usuarias sobre la consulta pre concepcional • Orientar a adolescentes y mujeres embarazadas sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de los controles prenatales. - Ingesta de una dieta balanceada, vitaminas y hierro durante el embarazo. - Informar sobre factores de riesgo en el embarazo. ✓ Dolores lumbo pélvicos. ✓ Sangrado vaginal. ✓ Fiebre ✓ Infección de vías urinarias, entre otros. • Recomendar hábitos saludables de vida, dieta, ingesta de líquidos, evitar 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales • Canalizar acceso venoso, según indicación médica. • Asistir a usuaria durante examen médico. • Tomar exámenes según indicación médica (prueba cruzada, hematocrito, hemoglobina, Tipeo y Rh) y enviarlos al laboratorio. • Cumplir indicación médica. • Colocar a usuaria en posición trendelenburg invertido, si tiene sangramiento transvaginal abundante. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Coordinar ínter consultas con especialistas, si es necesaria • Preparar a usuaria para legrado. • Identificar a usuaria con brazalete. • Solicitar respuestas de exámenes de laboratorio antes de pasarla a sala. • Enviar orden de transfusión, según indicación médica. • Cuidados preoperatorios si es necesario (uña pintas, prótesis, ropa interior, ayuno, etc.) • Llevar expediente completo. • Trasladar a usuaria en carro camilla o silla 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y pareja sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del apoyo psicológico profesional. - Relaciones sexuales según condición física de la usuaria. - Cambios físicos y fisiológicos presentados en el organismo. - No duchas vaginales, no nadar ni usar tampones. - Asistir a controles subsecuentes. - Planificación familiar a libre elección inmediatamente después del aborto por lo menos durante dos meses. - Continuar tratamiento médico en casa. - Orientar sobre posibles signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre mayor de 38.5° C, ✓ dolor o calambres abdominales ✓ hemorragia transvaginal profusa, roja o brillante ✓ secreción transvaginal

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>tabaco, bebidas alcohólicas ejercicios regulares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente se encuentra expuesta a sustancias tóxicas ambientales, la exposición debe ser eliminada. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>de ruedas a sala de operaciones o al servicio correspondiente, según condición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería • Si se realiza legrado de aspiración manual endo-uterino (AMEU), cumplir las siguientes indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar consejería acerca del procedimiento. - Cumplir analgésico media hora antes, según indicación médica. - Tomar y reportar exámenes previos a procedimiento, según indicación médica (tipo y RH, hemograma, tiempos de coagulación, etc). - Cerciorarse del vaciamiento de vejiga antes del procedimiento. - Preparar material y equipo. - Observar estado general y brindar apoyo emocional a la paciente en el trans y post procedimiento. - Vigilar sangramiento. - Identificar muestra de anatomía patológica y enviarla. - Reportar anomalías. - Control de signos vitales post procedimiento. - Mantener en observación de 30 minutos a 1 hora, según condición de paciente • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones y recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar datos de usuaria con brazalete y expediente clínico. • Revisar permeabilidad de catéter venoso. • Controlar signos vitales y reportar anomalías. • Vigilar signos de hipoxemia (cianosis en uñas de pies y manos, piel y mucosa). • Mantener a usuaria abrigada. • Vigilar sangramiento transvaginal y reportando anomalías. • Identificar muestras y enviar a anatomía patológica. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar variaciones. • Observar constantemente en busca de 	<p>fétida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar si no hay periodo menstrual después de las seis semanas de aborto, si no está planificando. - Participar en grupos de apoyo religiosos. - Acudir al establecimiento de salud más cercano al observar cambios de ánimo o depresión. - Orientar sobre evitar embarazo en los primeros seis meses, posterior al aborto. • Elaborar registros de enfermería sobre información impartida. - Documentar la participación de usuaria. - Previo al alta verificar resultados de exámenes. • Coordinar la próxima cita para control correspondiente y/o respuesta de anatomía patológica. • Entregar recetas, tarjeta de cita y hoja de referencia. • Orientación sobre cuidados post legrado. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>complicaciones como: sangramiento transvaginal abundante, características de secreciones vaginales (color, olor y cantidad), presencia de fiebre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar micción espontánea. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Mantener individualidad y privacidad • Estimular la de ambulación temprana • Cumplir indicaciones médicas. • Satisfacer necesidades de alimentación, eliminación, higiene y comodidad. • Tomar exámenes de laboratorio de control. • Solicitar transfusión sanguínea, según indicación médica • Controlar signos de alarma durante la transfusión sanguínea, si está indicada. • Llevar balance hídrico, según indicación médica. • Permitir que la usuaria exprese sus emociones. • Ofrecer terapias de apoyo. • Isoinmunización de paciente según resultado de tipeo sanguíneo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

2. Aborto recurrente o habitual

2.1 Definición

Se define aborto habitual a la interrupción de al menos tres embarazos consecutivos o no consecutivos.

2.2 Etiología

Los factores causantes del aborto espontáneo son muchos y es necesario diferenciar los factores fetales de los maternos y estos a su vez de los relacionados con las causas externas.

Factores fetales o cromosómicos: es el desarrollo anormal de las células germinales y los defectos en la implantación del trofoblasto.

Causas fetales: relacionadas con patología del huevo fecundado, anomalías localizadas en el embrión, anomalías de la placenta.

Causas cromosómicas: malformaciones congénitas incompatibles con la vida como: anencefalia, trisomías, triploidia y monosomía.

Factores maternos: están asociados a diferentes causas, entre ellas:

Causas endocrinas: insuficiencia hídrica del cuerpo amarillo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, diabetes.

Causas infecciosas: pielonefritis, procesos respiratorios altos, paludismo, fiebre tifoidea, toxoplasmosis.

Causas anatómicas: malformaciones Congénitas Uterinas, miomas y pólipos, insuficiencia del orificio interno, encarcelamiento útero gestante.

Causas externas: violencia física y psicológica, traumatismos físicos y aborto provocado.

Causas autoinmunes: Incompatibilidad ABO y RH, Trombofilias hereditarias y adquiridas secundarias a Lupus Eritematoso Sistémico LES u otras condiciones autoinmunes.

2.3 Trombofilias y aborto recurrente²: En términos sencillos puede definirse a las trombofilias como trastornos de la sangre que predisponen a la generación de trombosis. Se clasifica a dichas trombofilias en hereditarias o adquiridas.

Trombofilias adquiridas: La trombofilia adquirida se asocia a la presencia de autoanticuerpos y por lo tanto se encuentra, en ocasiones, relacionada con enfermedades autoinmunes. Éstos relacionados con el SAF (este se desarrollará a más profundidad en otro capítulo), el cual además resultados obstétricos en relación a daño placentario.

Trombofilias hereditarias: Se habla de trombofilia hereditaria, cuando se presenta una mutación en algún gen o genes que codifican para factores de la coagulación, o para proteínas que intervienen en la inhibición de la coagulación. Estas alteraciones en los constituyentes del sistema de la hemostasia, dan como resultado una mayor predisposición a formar coágulos.

?

- Pacientes con antecedente de tromboembolismo venoso (TEV) que se con un factor de riesgo no recurrente (ej: fracturas, cirugía e inmovilización prolongada).
- Mujeres con antecedentes de trombosis con factor de riesgo relacionado a estrógenos, por ejemplo, la que ocurre bajo la ingesta de anticonceptivos orales o durante el embarazo.
- Pacientes con familiares de primer grado con antecedente de trombofilia de alto riesgo.

2.4 Manifestaciones clínicas

Metrorragias procedentes de cavidad uterina, dolor abdominal pélvico, cérvix abierto, expulsión de restos ovulares completos o incompletos

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a adolescentes y mujeres embarazadas sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la ingesta de ácido fólico en adolescentes y mujeres en edad fértil. - Prevenir el embarazo 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales según indicación médica. • Canalizar acceso venoso. • Asistir a usuaria durante examen médico. • Tomar exámenes indicados y enviarlos al laboratorio. • Cumplir medicamentos según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y pareja sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del apoyo psicológico profesional. - Relaciones sexuales según condición física de la usuaria. - Cambios físicos y

² Consenso: Aborto Recurrente FASGO 2018,

Ginecología y Obstetricia F.A.S.G.O

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2018_Aborto_Recurrente.pdf

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>entre los 10 a 19 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de los controles prenatales. - Ingesta de una dieta balanceada, de vitaminas y hierro durante el embarazo. - Informar sobre factores de riesgo en el embarazo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolores lumbopélvicos. ✓ Sangrado vaginal. ✓ Fiebre, etc. - Sugerir consulta médica al detectar signos de alarma. - Promover métodos de planificación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a usuaria en posición tren de lemburg invertido, si tiene sangramiento transvaginal abundante. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Coordinar ínter consultas con especialistas. • Preparar a usuaria para legrado. • Identificar a usuaria con brazalete. • Solicitar respuestas de exámenes de laboratorio antes de pasarla a sala. • Mandar orden de transfusión si es necesario. • Retirar prótesis dentaria si la hay. • Llevar expediente completo. • Trasladar a usuaria en carro camilla a sala de operaciones o al servicio correspondiente. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones y recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar datos de usuaria con brazalete y expediente clínico. • Cumplir indicaciones médicas. • Revisar permeabilidad de catéter venoso. • Controlar signos vitales y reportar anomalías. Vigilar signos de hipoxemia (cianosis en uñas de pies y manos, piel y mucosa). • Mantener a usuaria abrigada. • Vigilar y reportar sangramiento transvaginal reportando anomalías. • Identificar muestras y enviar a anatomía patológica. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar variaciones. • Observar constantemente en busca de complicaciones como: sangramiento transvaginal abundante, características de secreciones vaginales (color, olor, cantidad) presencia de fiebre. • Vigilar micción espontánea. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Realizar aseo vulvar tres veces día. • Estimular la deambulacion temprana. • Cumplir indicaciones médicas. • Satisfacer necesidades de alimentación, eliminación, higiene y comodidad. • Tomar exámenes de laboratorio de control. • Controlar signos de alarma en la usuaria durante la transfusión sanguínea, si se le aplica. 	<p>fisiológicos presentados en el organismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No duchas vaginales, no nadar ni usar tampones. - Asistir a controles subsecuentes. - Planificación familiar a libre elección inmediatamente después del aborto por lo menos durante dos meses. - Continuar tratamiento médico en casa. - Observar signos de alarma: fiebre mayor de 38.5°C, dolor o calambres abdominales, hemorragia transvaginal profusa, roja o brillante o fétida. - Consultar si no hay periodo menstrual después de las seis semanas de aborto, si no está planificando. - Participar en grupos de apoyo religiosos. - Acudir al establecimiento de salud más cercano al observar cambios de ánimo o depresión.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir visitas según condición de usuaria. • Llevar balance hídrico, según estado de la paciente e indicación médica. • Permitir que la usuaria exprese sus emociones y escucharla. 	

3. Isoinmunización por factor Rh negativo y embarazo

3.1 Definición

Isoinmunización por factor Rh: es un proceso de producción de anticuerpos específicos contra el factor Rh (D) en una mujer Rh (-) que cursa con un embarazo de un feto Rh (+), como resultado de la transfusión feto-materna de elementos sanguíneos, con características antigénicas diferentes.

3.2 Etiología

Si bien todas las personas tienen un grupo sanguíneo (O, A, B ó AB) y un factor Rh (positivo " + " o negativo " - "), éstos determinan solamente las características de la sangre de esa persona y pueden ser heredados de cualquiera de los padres o en todo caso, una combinación de ambos.

El problema se da cuando el factor de la madre es Rh negativo y el del bebé Rh positivo.

3.3 Manifestaciones clínicas

Aunque la madre no presente síntomas de la enfermedad del Rh, el bebé puede tener problemas, si la madre ha desarrollado anticuerpos. Estos pueden incluir:

- Con amniocentesis, ojo líquido amniótico puede tener coloración amarilla y contener bilirrubina.
- La ecografía del feto muestra hepatomegalia, esplenomegalia o cardiomegalia y una acumulación de líquido en el abdomen del feto.

Hay que tener en cuenta que cada embarazo puede presentar distintos síntomas, que pueden parecerse a otros trastornos o problemas. Siempre es recomendable consultar a médico(a) tratante.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). - Importancia de tomar los exámenes del perfil prenatal. - Concientizar a asistir a sus controles con el especialista. - Uso de ropa adecuada. - Nutrición, higiene y reposo. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a la usuaria embarazada: <ul style="list-style-type: none"> - Tomar signos vitales. - Tomar medidas antropométricas. - Vacunar con DT si no está vacunada. - Referir a laboratorio para exámenes complementarios según normativa. [hemograma, general de orina, VDRL, Coombs indirecto si paciente es Rh (-)]. - Explicar la necesidad de colocar en fototerapia al recién nacido o realizar ex sanguíneo transfusión si fuera necesario. • Cumplir vacuna anti-D en el embarazo entre las 28 -32 semanas de gestación o 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre Identificación de signos y síntomas de alarma en el puerperio: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia transvaginal - Fiebre. - Salida de secreciones vaginales. - Dolor - Importancia de asistir a sus controles post parto. - Cumplir con tratamiento médico indicado. • Cuidados de higiene como

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a no consumir cigarrillos, alcohol, drogas, ya que son nocivos para el bienestar materno-fetal. - No tomar medicamentos sin prescripción médica. • Orientar sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Control postnatal y planificación familiar según norma. - es importante investigar Tipo Rh de la pareja y de los hijos previos. - Explicar la necesidad de colocar en fototerapia al recién nacido o realizar exsanguineo transfusión si fuera necesario. - Explique la importancia de cumplir con la vacuna anti-D en el embarazo previo (28 -32 semanas de gestación o post-parto 72h) según indicación médica. - Explicar la efectividad de la profilaxis de la vacuna para evitar los abortos, embarazo ectópico, placenta previa etc. • Dar consejería pre concepcional. • Promover el parto institucional. • De seguimiento con la UCSF según su are geográfica de influencia. • Referir al nivel de mayor complejidad • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>post-parto 72h) según indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir a la usuaria durante el examen ginecoobstétrico (mama. citología). • Reportar exámenes de tipo Rh y Coombs. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Mantener a la usuaria en posición dorsal con respaldo a 45°. • Tomar signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal. • Hidratar a usuaria por vía endovenosa según indicación médica. • Asegurar la toma de exámenes de laboratorio, según criterio médico, principalmente tipo y Rh. • Cumplir vacuna anti-D en el embarazo entre las 28 -32 semanas de gestación o post-parto 72h) según indicación médica • Vigilar y reportar efectos secundarios (rubor, calor, dolor y febrículas). • Informar a paciente y/o familiares, de su condición sanguínea Rh (-), sus riesgos. • Coordinar con banco de sangre transfusiones sanguíneas. • Orientar a la usuaria sobre bienestar materno-fetal. • Ofrecer consejería y mantener comunicación efectiva con la usuaria y familia, aclarar dudas, temores y preocupaciones. • Registrar intervenciones de enfermería. • Referir al nivel de mayor complejidad. <p style="text-align: center;">Manejo y atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional. • Tomar signos vitales y reportarlos. • Según vía de evacuación, cumplir protocolo de atención de parto vía vaginal o cesárea. • Tomar y enviar muestras de sangre del cordón umbilical, para determinar grupo sanguíneo, factor Rh, Coombs directo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> baño diario y aseo vulvar. • Uso de ropa adecuada y cómoda. • Alimentación adecuada y líquidos orales abundantes. • Consejería sobre preconcepcional y métodos de planificación familiar. • Lactancia materna exclusiva durante el parto. • Entregar su carnet materno debidamente llenado con la información referente al embarazo parto, puerperio inmediato y recién. • Registrar intervenciones de enfermería.

4. Abruptio de placenta (Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta)

4.1 Definición

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en el útero, que ocurre después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto.

4.2 Etiología

Las causas que producen el desprendimiento prematuro de placenta son desconocidas, pero existen varios factores asociados, tales como: los estados hipertensivos del embarazo (incluyendo toxemia del embarazo e hipertensión arterial crónica), la edad materna avanzada, multiparidad, el consumo de cocaína o tabaco, factores mecánicos (traumatismo directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico, causas de útero sobre distendido (incluyendo gestación múltiple, polihidramnios), choque materno, nutrición inadecuada e infecciones.

4.3 manifestaciones clínicas

La sintomatología es proporcional al grado de desprendimiento de la placenta:

- Sangrado oscuro no abundante (sin correlación entre gravedad y sangrado).
- Dolor abdominal
- Rigidez o distensión abdominal "en tabla".
- Hipertonía uterina.

4.4 Clasificación

Grado I	<ul style="list-style-type: none"> - Desprendimiento leve (menor del 30%) el sangrado es escaso menor de 100cc, hay irritabilidad uterina, pero el útero se relaja. - No hay alteraciones hemodinámicas ni de coagulación. La FCF es normal
Grado II	<ul style="list-style-type: none"> - Desprendimiento del (30 – 50 %) sangrado moderado de 100 a 500cc. - Produce dolor permanente y sangrado oscuro, útero muy irritable con hipertonía, hay compromiso del bienestar fetal. - Se empieza a consumir el fibrinógeno (CID subclínica)
Grado III	<ul style="list-style-type: none"> - Desprendimiento de más del 50%, hay sangrado severo, hematoma mayor de 500cc, pero puede estar oculto. - Dolor abdominal intolerable - Tetania uterina, feto muy comprometido o muerto - Trastorno de la coagulación que puede llegar a CID - Puede haber útero infiltrado de couvaliere.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1er. trimestre de gestación en el programa de atención materna. - Vacunar con toxoide tetánico. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la paciente en posición de trendelenburg invertido. • Tomar signos vitales: presión arterial, pulso, respiración, temperatura y frecuencia cardiaca fetal. • Canalizar dos venas periféricas con catéter No 18. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal. ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre la importancia de toma de exámenes de laboratorio y complementarios. - Importancia de controles prenatales subsecuentes. - Alimentación balanceada. - Control con odontología y nutricionista según necesidad. - Ingerir líquidos orales abundantes. - Cuidado personal diario, incluyendo aseo perineal. - Atención del parto institucional. - Consultar al establecimiento de salud más cercano ante el inicio de sangrado o la salida de otro líquido transvaginal. - Tomar suplementos vitamínicos y minerales, especialmente ácido fólico. - Evitar trabajos extenuantes. - Reposo según indicación médica posterior a toma de ultrasonografía • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar exámenes de urgencia (hematocrito, hemoglobina, prueba cruzada, pruebas de coagulación), según indicación médica y enviar a laboratorio. • Enviar a banco de sangre órdenes y muestras de sangre para transfusión, si es necesario. • Orientar a la usuaria y familia sobre: causa de ingreso, condición y bienestar materno-fetal. • Preparar paciente para cesárea según normativa establecida. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar identificación de paciente antes de entrar al quirófano. • Verificar permeabilidad de acceso venoso. • Orientar a la paciente sobre el procedimiento a realizar. • Cumplir cuidados preoperatorios. • Cumplir indicaciones médicas. • Asegurar la disponibilidad y funcionalidad del equipo de succión y material a utilizar. • Colocar o asistir en colocación de sonda transuretral. • Monitoreo de signos vitales, según normativa en el transoperatorio y anotación de los mismos, presión arterial, pulso, respiración, saturación de oxígeno. • Balance hídrico por turno. • Vigilar condición y estado de la paciente durante el procedimiento y recuperación. • Observar estado abdominal, herida operatoria y reportar anormalidades. • Asegurar que líquidos endovenosos y medicamentos especiales se cumplan acuerdo a normativa (oxitocina). • Mantener vías aéreas permeables. • Vigilar estado de conciencia y reportar anormalidades. • Cuidados de sonda vesical y retiro a las 6 horas, según indicación médica. • Vigilar micción espontánea. • Cumplir medicamentos prescritos. • Orientar a usuaria sobre los ejercicios diafragmáticos para expulsión de gases. • Ayudar y orientar a usuaria y familia sobre la importancia de la movilización y 	<ul style="list-style-type: none"> purulentas. - Cuidados de higiene en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Uso de ropa adecuada y cómoda. ✓ Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Vigilar signos de infección en el recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ictericia. ✓ Fiebre. ✓ Enrojecimiento del muñón umbilical. - Continuar con alimentación adecuada a la madre y líquidos orales abundantes. - Mantener abrigado al recién nacido. - Bañar al recién nacido y demostración a la madre. - Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. - Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses - Entregar recetas, tarjeta de cita, hoja de referencia y retorno y orientación sobre cuidados post parto. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>de-ambulaci3n temprana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar exámenes de control, hematocrito, hemoglobina y reportar resultados. • Realizar cuidados higi3nicos: baño diario, aseo oral. • Asegurarse que la usuaria ingiera la dieta indicada. • Aseo vulvar 3 veces al día. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalizaci3n</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toman de signos vitales por turno o segun condici3n de paciente. • Mantener permeabilidad del acceso venoso • Mantener horas de reposo segun tipo de anestesia y condici3n de paciente. • Balance hídrico. <p style="text-align: center;">Cuidados post quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar sangrado y reportar sangrado transvaginal. • Cuidados de herida operatoria. • Cuidados de comodidad. • Aseo vulvar tres veces al día. • Cuidados de sonda vesical. • Retiro de ambulaci3n temprana, • Inicio de alimentaci3n temprana (líquida, blanda y corriente). • Registrar intervenciones de enfermería 	

5. Amenaza de parto prematuro

5.1 Definici3n

Es la presencia de actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duraci3n en dos o más contracciones cada diez minutos acompañada de modificaciones cervicales con o sin ruptura de membranas antes de las 37 semanas completas de embarazo.

5.2 Etiología

Embarazo múltiple, multiparidad, macrosomía, polihidramnios, consumo cr3nico de tabaco, cocaína o de drogas similares, nutrici3n inadecuada antes y durante el embarazo, baja estatura, parto prematuro previo, enfermedad médica cr3nica, sangrado uterino durante el embarazo, infecciones, anemias, tumores uterinos, traumatismos, estr3s, factores psic3genos, muerte fetal intrauterina, malformaciones congénitas, edad materna (inferior a 18 años y mayor de 35 años), falta de control prenatal, riesgo laboral de la madre y malas condiciones socioecon3micas.

5.3 Manifestaciones clínicas: Inicio de dolores lumbopélvicos, contracciones uterinas indoloras ó dolorosas y en ocasiones salida de tapón mucoso, cambios en la secreción vaginal (color, olor o aumento de la cantidad), presión pélvica y cólicos como tipo menstrual, cólicos intestinales, diarrea, frecuencia urinaria y tensión del útero.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción prenatal precoz antes de las 12 semanas de embarazo y la importancia de asistir a sus controles prenatales. - Alimentación balanceada. - Evitar el estrés. - En la medida de lo posible, realizar paseos y reuniones familiares. - Uso de ropa adecuada. - Evitar automedicación. - No ingerir bebidas alcohólicas y drogas. - No tabaquismo. - Evitar actividades de fuerte intensidad. - Cuidados de higiene personal. - Ingesta de líquidos orales abundantes - Evitar relaciones sexuales bruscas y con mucha frecuencia, evitarlas completamente si existe riesgo de parto pretermino. - Informarle acerca de los signos y síntomas del trabajo de parto pre término: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contracciones uterinas. ✓ Calambres tipo menstrual. ✓ Endurecimiento o presión abdominal inferior. ✓ Dolor de espalda intermitente. ✓ Salida de tapón mucoso. - Asistir inmediatamente al hospital al presentar signos y síntomas de alarma como: - Acudir a consulta inmediatamente al presentar signos de alarma. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la usuaria en reposo, en decúbito lateral izquierdo. • Hidratar a usuaria por vía endovenosa según indicación médica. • Tomar signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal. • Tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Cumplir tocolíticos y mantener goteo estricto según indicación médica. • Orientar a paciente de efectos secundarios. • Cumplir medicamentos para maduración pulmonar, indicados. • Vigilar evolución de las contracciones uterinas y reportar anomalías. • Informar a la familia acerca del estado de la usuaria. • Apoyar emocionalmente a usuaria. • Trasladar a pacientes en carro camilla • Coordinar toma de ultrasonografía. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales maternos y fetales. • Cumplimiento de indicaciones médicas. • Al ceder la actividad uterina cumplir esquema de útero inhibidores (traslape) según criterio médico. • Mantener a la usuaria en reposo absoluto por 24 horas posterior a tocolíticos. • Satisfacer las necesidades fisiológicas de eliminación (pato en cama). • Asegurar el cumplimiento de dieta rica en fibra más ingesta de líquidos orales abundantes. • Efectuar aseo vulvar tres veces al día. • Asegurar un ambiente tranquilo durante su estadía. • Proporcionar cuidados higiénicos y de comodidad (baño en cama, lavado de cabello, aseo vulvar). • Observar signos y síntomas de alarma y reportar inmediatamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación oportuna y adecuada. - Adecuada practica de relaciones sexuales en forma moderada no frecuentes - Practica de ejercicios moderados. - Continuar su tratamiento médico. - Adoptar posiciones cómodas al guardar reposo. - Mantener un ambiente agradable en su hogar. Uso de ropa cómoda. - Asistir a controles médicos en hospital y/o unidad de salud según corresponda. - Permitir que la usuaria exteriorice sus preocupaciones e inquietudes. - Dar apoyo emocional a la usuaria. • Previo al alta verificar resultados de exámenes • Coordinar la próxima cita para control correspondiente y/o - Asistir inmediatamente al hospital al presentar signos y síntomas de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolores lumbopélvicos. ✓ Salida de tapón mucoso. ✓ Contracciones uterinas. • Entregar recetas, tarjeta de cita, hoja de referencia y retorno.

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Promocionar el parto institucional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria sobre su participación en identificar la presencia de contracciones uterinas y salida de líquido transvaginal y que lo reporte oportunamente. • Coordinar y/o realizar ejercicios pasivos en miembros inferiores, a fin de mantener una adecuada circulación. • Establecer una comunicación efectiva con la usuaria, que facilite la expresión de sus dudas, temores y preocupaciones. • Motivar a la usuaria a incorporarse a las terapias ocupacionales. • Concientizar a la familia sobre importancia de su participación en la recuperación de la usuaria evitando situaciones que le generen estrés. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería.

6. Enfermedad gestacional del trofoblasto (Mola hidatidiforme)

6.1 Definición

La enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT) agrupa un conjunto de alteraciones proliferativas del trofoblasto, con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, ausencia o disminución de vasos coriónicos y producción aumentada de hormona gonadotropina coriónica (HCG), relacionado con el embarazo.

6.2 Etiología

Factores genéticos, factores de riesgo (socioeconómico, nutricional), deficiencia de beta-carotenos y tabaquismo.

6.3 Manifestaciones clínicas

Hemorragia durante la primera mitad del embarazo con o sin dolor hipo-gástrico. En un 50% crecimiento rápido del útero, tamaño uterino mayor del esperado para la fecha de gestación, ausencia de latido y partes fetales, titulaciones de BHCG mayores de lo esperado para la edad gestacional, hiperémesis, toxemia antes de las 24 semanas de gestación, quistes ováricos bilaterales (teca-luteínicos), signos de hipertiroidismo, sospecha clínica de coriocarcinoma, hemorragia uterina que persiste posterior a un legrado, crecimiento uterino sin relación actual a un embarazo y lesiones violáceas peri-uretrales en vagina o vulva.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control posterior al alta. - Importancia de asistir a la toma de examen HGC antes 	<p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la usuaria antes de entrar al quirófano. • Verificar permeabilidad de venoclisis. • Orientar a la usuaria sobre el procedimiento a realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Espaciamiento de embarazos como mínimo un año. - Cumplir métodos de

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>del control(ayuna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación balanceada. - Practica de hábitos de higiene y sueño. - Reposo relativo. - Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaquismo. - Evitar la automedicación. - Explicar la enfermedad, sus riesgos y el plan terapéutico. - Resaltar la importancia de cumplir el tratamiento prescrito. - Métodos de planificación familiar. - Consultar al establecimiento de salud más cercano ante el apareamiento de signos y síntomas de alarma: hemorragia transvaginal, salida de vesículas coriales, fiebre, crecimiento uterino, dolor. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir indicaciones médicas y dar continuidad a las mismas. • Monitorizar signos vitales en el transoperatorio. • Vigilar condición y estado de la usuaria durante el procedimiento. • Verificar que transfusiones sanguíneas y líquidos endovenosos indicados pasen en forma correcta, reportando reacciones adversas. • Colocar muestra en frasco respectivo, identificarla correctamente y enviarla a anatomía patológica. • Trasladar en carro camilla al servicio, posterior a dos horas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pos operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar las posibles complicaciones postoperatorias. • como: hemorragia, compromiso respiratorio y alteraciones urinarias. • Vigilar goteos de infusiones intravenosas y hemoderivados. • Controlar signos vitales. • Cumplir indicaciones médicas, exámenes de laboratorio. • Mantener a la usuaria en reposo con medidas de protección y abrigada. • Mantener líquidos endovenosos permeables. • Llevar balance hídrico, según indicación médica. • Vigilar sangramiento transvaginal. • Observar y reportar complicaciones como: frialdad, sudoración, dolor y hemorragias. • Proporcionar cuidados higiénicos y comodidad. • Aseo vulvar 3 veces al día. • Orientar y/o ayudar a la usuaria a deambular tempranamente. • Proporcionar apoyo emocional, facilitando que exprese sus sentimientos. • Facilitar la visita familiar. • Coordinar interconsultas. • Proporcionar consejería sobre planificación familiar. • Coordinar citas con especialistas. • Cumplir anticonceptivos indicados. • Proporcionar dieta según indicación médica. • Preparar a paciente para segundo legrado 	<p>planificación familiar que estén indicados (ejemplo depoprovera)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reposo alternado con ejercicio. - Importancia de asistir a su control con el especialista. - Cuidados higiénicos. - Alimentación balanceada. - Líquidos orales abundantes. - Importancia de no interrumpir el tratamiento médico. - Consultar al establecimiento de salud más cercano ante la presencia de signos de infección: fiebre, expulsión de secreciones transvaginales fétidas. - Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. - Entregar boleta para examen de HGC - orientarla que saque cita en laboratorio previo al control de citas y recetas - Orientarla sobre la importancia de asistir a próximas quimioterapias, si está indicado. - Orientarla sobre posible cirugía, según criterio medico. - Entregar tarjeta y recetas • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	instrumental, 72 horas posterior al primer legrado. • Tomar HGC, posterior al segundo legrado, 72 horas después del legrado, según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería.	

7. Embarazo ectópico

7.1 Definición

Es aquel embarazo que ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina.

7.2 Etiología

Trastornos mecánicos que obstaculizan e impiden el paso del blastocito a través de la trompa de Falopio, endometriosis y la trasmigración.

Factores predisponentes

Enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias peritubáricas, antecedentes de embarazo ectópico previo, antecedentes de reproducción asistida, cirugía tubárica, anomalías embriológicas de la trompa de Falopio, tumores y cambios anatómicos (miomas), abortos inducidos múltiples, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, trasmigración, motilidad tubárica alterada.

7.3 Clasificación

Según su localización:

- E.E. Tubario (98.3%): Puede ser: ampular (79.6%), istmico (12.6%), fimbria (6.2%), cornual o intersticial (1%).
- E.E. Abdominal (en epiplón o mesenterio): 1.4%.
- E.E. Ovárico: 0.15 %
- E.E. Cervical: 0.15%
- E.E. Heterotópico: presencia simultánea de embarazo intrauterino y extrauterino.

7.4 Manifestaciones clínicas

Amenorrea de pocos días o semanas (puede no haberla), hemorragia transvaginal irregular, dolor persistente lateral que se irradia hacia la pelvis, región lumbar ó el epigastrio, dispepsia, disuria, lipotimia, hematocrito y hemoglobina en niveles bajos. Al examen abdominal: dolor a la palpación más rebote, al tacto vaginal bimanual presencia de masa anexial dolorosa (en la mitad de los casos), útero de tamaño normal, cuello uterino con hipersensibilidad unilateral, fondo de saco de Douglas doloroso ocupado (abombado).

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Promoción/Prevención	Promoción/Prevención
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el primer trimestre) 	Emergencia <ul style="list-style-type: none"> • Acostar en decúbito supino, u otra posición cómoda para ella. • Tomar signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Espaciamiento de embarazo por un

<p>gestacional).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de ropa holgada. - Alimentación balanceada. - Higiene, sueño y reposo. - Efectos nocivos del uso del cigarrillo, alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica. - Signos y síntomas de alarma - Hemorragia transvaginal. - Dolor abdominal intenso. - Consultar al establecimiento de salud más cercano si hay presencia de signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y observar signos de choque: palidez, sudoración, piel fría, pulso rápido, caída de la tensión arterial, dificultad respiratoria, aumento distensión abdominal y cambios mentales. • Reportar anomalías. • Asistir a la usuaria en el examen médico. • Cumplir indicaciones médicas. • Canalizar dos accesos venosos con catéter de grueso calibre, para hidratación según indicación. • Tomar pruebas de laboratorio: tipo RH, prueba cruzada, tiempo y valor de protrombina, hemograma, general de orina. • Toma de ultrasonografía. • Cumplir cuidados pre operatorios • Consentimiento informado por la usuaria y familiares. • Colocar brazalete de identificación a usuaria. • Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia orientando en qué consiste el procedimiento y consecuencias del mismo en su capacidad reproductora. • Preparar región operatoria. • Colocar sonda vesical. • Agilizar el trámite de expediente clínico. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corroborar la identificación de la usuaria en brazalete y expediente clínico. • Comprobar la permeabilidad de los accesos venosos. • Observar características de la orina en cantidad y color. • Llevar cuenta de torundas, curaciones, campos especiales antes, durante y antes de cerrar cavidad abdominal. • Identificar muestra y enviar a anatomía patológica. • Registrar procedimientos y cumplimientos de indicaciones médicas en atenciones de enfermería. • Trasladar a usuaria al área de recuperación. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de balance hídrico por turno y diuresis horaria • Controlar signos vitales cada 15 minutos #4, cada 30 minutos #2, cada hora hasta estabilizarse. 	<p>periodo mínimo de tres años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la planificación familiar. - Signos indicativos de embarazo ectópico por los riesgos de reincidencia. - Signos de infección. Cuidados de la herida operatoria. - Importancia de realizar los cuidados higiénicos - Cumplir el tratamiento médico prescrito. - Importancia de asistir a los controles médicos al establecimiento de salud más cercano. - Dieta rica en fibra y líquidos orales abundantes. • Previo al alta verificar resultados de exámenes • Coordinar la próxima cita para control correspondiente y/o respuesta de anatomía patológica. • Entregar recetas, tarjeta de cita, hoja de referencia y retorno. • Registrar intervenciones de enfermería.
---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● Vigilar estado general de la usuaria: <ul style="list-style-type: none"> - Palidez. - Sudoración. - Frialdad. - Hemorragia transvaginal. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Mantener a usuaria abrigada. ● Mantener accesos venosos permeables. ● Revisar apósitos en busca de sangramiento de herida operatoria. ● Observar y reportar distensión abdominal. ● Vigilar diuresis: color y cantidad. ● Trasladar a usuaria a su respectiva unidad. ● Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Llevar balance hídrico. ● Control de signos vitales. ● Observar estado abdominal, herida operatoria y reportar anomalías. ● Mantener vías aéreas permeables ● Vigilar estado de conciencia y reportar anomalías. ● Cumplir indicaciones médicas ● Asegurarse de la micción espontánea. ● Orientar a usuaria sobre los ejercicios diafragmáticos para expulsión de gases. ● Ayudar y orientar a usuaria y familia sobre la importancia de la movilización y deambulación temprana. ● Tomar exámenes de control, hematocrito, hemoglobina y reportar resultados. ● Realizar cuidados higiénicos: baño diario, aseo oral. ● Asegurarse que la usuaria ingiera la dieta indicada. ● Aseo vulvar 3 veces al día. ● Registrar intervenciones de enfermería. 	
--	--	--

8. Embarazo múltiple

8.1 Definición

Desarrollo simultáneo de dos o más fetos.

8.2 Clasificación

- Natural: división única o múltiple de un solo huevo, fecundado por un único espermatozoide (poliembrioma).
- Fecundación de dos o más óvulos de la misma ovulación por varios espermatozoides (poliovulación).

- Por combinación de ambos procesos:
 - o Artificial
 - o Tratamiento hormonal
 - o Transferencia intrauterina o intratubarica.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas) a la UCSF más cercana. - Vacunar con toxoide tetánico a las 16 semanas de embarazo. - Importancia de toma de exámenes, perfil prenatal. - Orientar a usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Examen gineco obstétrico ✓ Examen de mamas a fin de detectar y resolver oportunamente alguna situación anatómica. ✓ Toma de citología - Referir a examen odontológico. - Referencia a médico(a), según clasificación del control. - Evaluación del estado nutricional. - Garantizar un trato humanizado. - Detectar factores de riesgo y complicaciones. - Proporcionar consejería según riesgo. - Asegurar que el formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno, estén correctamente llenos. - Educación sobre 	<p>Emergencia</p> <p>(El tipo de intervenciones de enfermería dependerán de: edad gestacional, presencia o no de trabajo de parto, presentación, condición fetal, condición materna y el número de fetos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales maternos fetales y reportar al médico anomalías. • Mantener monitoreo fetal. • Mantener a usuaria con respaldo de 45° • Colocar oxígeno, según indicación médica • Asistir a paciente en pruebas de bienestar fetal. • Observar las características de las contracciones uterinas: intensidad, duración y frecuencia. • Observar el color de líquido amniótico si las membranas estuvieran rotas, presencia de meconio o sangramiento y reportar de inmediato. • Cumplir indicaciones médicas oportunamente. • Canalizar acceso venoso con catéter nº 18 e hidratar con solución endovenosa indicada. • Tomar exámenes de laboratorio, según indicación médica (hemograma completo, tipo y RH, prueba cruzada, pruebas de coagulación). • Mantener a la usuaria nada por boca. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Preparar a usuaria para procedimiento quirúrgico. • Coordinar con sala de operaciones para la cirugía indicada. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traslado de la paciente al servicio, en camilla o silla de ruedas. • Toma de signos vitales maternos por turno. • Orientar a la paciente sobre disminución o aumento de movimientos fetales. • Detección de signos y síntomas de alarma y reportar oportunamente: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de contracciones uterinas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo médico ambulatorio, recomendaciones antes del parto. • Importancia del control prenatal, haciendo énfasis en el cumplimiento de la asistencia en las fechas previstas. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería. - Consumir alimentación balanceada en base a disponibilidad. - Consultar ante signos y síntomas de alarma: presencia de contracciones uterinas, ruptura de membranas, disminución de movimientos fetales, sangramiento vaginal, visión borrosa, epigastalgia, cefalea, estreñimiento, edemas, dolor lumbar y disminución de movimientos. - Insistir en la importancia del parto hospitalario. <p>Recomendaciones al alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejería a los acompañantes para la participación compartida en el cuidado de los recién nacidos. • Orientación sobre signos y síntomas de alarma en el puerperio y consultar al establecimiento de salud más inmediato: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento mayor que

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>importancia del control prenatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oriente sobre cuidados básicos y de higiene en la embarazada. - Uso de dispositivos de soporte según tamaño y número de fetos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura de membranas, - Disminución de movimientos fetales, fiebre, - Sangramiento transvaginal, - Visión borrosa, - Epigastralgia, - Cefalea, - Estreñimiento, - Edemas, - Dolor lumbar. <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la ingesta de la dieta según condición y diagnóstico. • Según la condición de la paciente mantenerla en reposo. • Coordinar la toma de muestras de exámenes de laboratorio y de gabinete, según indicación médica. • Cumplir tratamiento médico. • Realizar registros de enfermería sobre los cuidados realizados, cumplimiento de tratamiento y evolución de paciente. <p style="text-align: center;">Atención durante el trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos vitales maternos y fetales. • Cumplir indicaciones médicas. • Mantener vena permeable y control de goteo de líquidos endovenosos. • Orientar sobre su participación activa en el trabajo de parto. • Mantener a paciente en decúbito lateral izquierdo. • Facilitar el vaciamiento vesical. (proporcionar pato). • Preparar a la paciente según la vía de evacuación indicada. • Asegurar que el material y equipo de reanimación neonatal esté disponible y en óptimas condiciones. • Coordinar la asistencia de recién nacidos, preferentemente por neonatólogo o personal capacitado en reanimación neonatal. • Asegurar que el material e instrumental esté disponible según el número de recién nacidos. <p style="text-align: center;">Atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la vía de finalización del parto (vaginal y/o cesáreo), cumplir procedimientos específicos para cada caso. • Proporcionar apoyo emocional a la paciente y su contribución durante el parto. • Disponer de equipo de atención de parto, agregar instrumental necesario, según número 	<p>regla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características de sangramiento: color, olor, consistencia(coágulos) - Fiebre, - Cefalea intensa, - Signos y síntomas de pre-eclampsia. <ul style="list-style-type: none"> • Consejería nutricional con base a disponibilidad de alimentos y sobre lactancia materna. • Importancia de continuar con su tratamiento médico y control posparto. • Según vía de evacuación, orientar sobre cuidados de herida operatoria o episiotomía. • Orientar a la paciente y su pareja sobre inicio de relaciones sexuales. • Uso de métodos de planificación familiar. • Importancia de ejercicios alternados con reposo y cuidados higiénicos. • Coordinar con el establecimiento de salud, de primer nivel para su seguimiento y el de sus recién nacidos, en la comunidad.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>de recién nacidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la sala de atención de parto se encuentre a temperatura adecuada. • Mantener coordinación efectiva con sala de operaciones en caso de decisión médica de cesárea, para el segundo gemelo. • Cumplir indicaciones médicas prescritas. • Posterior a la expulsión de la placenta, mantener goteo estricto de oxitocina. • Efectuar masaje uterino y asegurarse que el útero este contraído. • Pasar a sala de recuperación al concluir el parto. • Realizar registros de enfermería sobre los cuidados realizados, cumplimiento de tratamiento y evolución de paciente. <p style="text-align: center;">Post parto inmediato, recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo estricto de signos vitales maternos según indicación médica. • Cumplir y vigilar goteo de oxitocina según indicación médica. • Realizar masaje uterino y orientar a la parturienta para que participe en su realización. • Vigilar sangramiento transvaginal e involución uterina y reportar al médico anormalidades. • Tomar muestras sanguíneas y enviarlas al laboratorio, reportar resultados. • En caso de transfusión sanguínea, vigilar el goteo y reacciones adversas en la paciente. • Trasladar a la paciente al servicio indicado, al estabilizarse. • Cumplir normativa vigente para manejo de parto y de puerperio. • Realizar registros de enfermería sobre los cuidados realizados, cumplimiento de tratamiento y evolución de paciente. 	

9. Embarazo prolongado

9.1 Definición

Es todo embarazo con una duración de 42 semanas (294 días) o más, contados a partir del primer día del último período menstrual.

9.2 Etiología

Los elementos esenciales para el parto normal son multifactoriales requiriéndose una secuencia de cambios que empiezan por el feto: madurez cerebral, pulmonar y renal, funcionamiento adecuado de

su sistema hormonal (hipófisis, hipotálamo, adrenales), funcionamiento placentario y continúan con la madre con la función de la decidua, el miometrio y los procesos para la madurez cervical.

Desde ese punto de vista, las principales causas del embarazo prolongado son: demora en la maduración del cerebro fetal, la cual puede explicarse por una variación biológica o por un defecto intrínseco. Deficiencia o ausencia del sistema hipotálamo-hipófisis, como es el caso de la anencefalia. Deficiencia o ausencia del sistema adrenal, como es el caso de la hipoplasia congénita de las glándulas suprarrenales.

Carencias en la función placentaria, como es el caso de la deficiencia de la sulfatasa placentaria la cual conlleva un nivel bajo de estrógenos. Como consecuencia se altera la maduración cervical.

Falla en la función de las membranas fetales: La decidua es rica en prostaglandinas (PG), principalmente la PGF2a, El amnios también es rico en PG principalmente PGE2, por el contrario el corión cataboliza las PG por medio de la 15 hidroxiprostaglandina deshidrogenasa. Lo anterior hace que un desbalance en este sistema expresado en una deficiencia en la producción de PGs lleve a una demora en la maduración cervical.

9.3 Manifestaciones clínicas

Entrando a la semana 40 los médicos evalúan si están ante un embarazo cronológicamente prolongado. De constatar que eso está sucediendo existe la posibilidad de inducir al parto o practicar una cesárea antes de cumplirse las 42 semanas.

Durante esta etapa el médico controlará la evolución del feto sometiéndote cada 2 días a pruebas de ultrasonido. Nada es más importante que estar convencidos del buen estado de salud del pequeño.

- El especialista observa el flujo sanguíneo, la frecuencia cardíaca, funcionamiento de los órganos y los movimientos del feto.
- Verifica si el líquido amniótico está en sus niveles normales porque de lo contrario traería riesgos sobre el feto.
- Identifica si la placenta está envejecida o ha madurado demasiado, dejando de ser un medio para la alimentación del bebe.
- Observa si el feto está eliminando meconio (primeras heces).
- Si se produjera alguna obstrucción en el cordón umbilical los nutrientes de madre a bebé dejarán de llegar.
- El desarrollo pulmonar del feto también es necesario considerar porque si no están en condiciones de funcionar al nacer, el bebé no podría respirar por sí misma.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas) a la UCSF más cercana. - Vacunar con toxoide Tetánico a las 16 semanas de embarazo - Toma de exámenes del perfil prenatal. - Examen ginecobstétrico. - Examen de mamas a fin de detectar y resolver oportunamente alguna 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrogar a la paciente sobre edad gestacional, presencia o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, ruptura de membranas y sangrado transvaginal. • Tomar los signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal. • Canalizar vena en miembro superior derecho con catéter # 18 e iniciar líquidos endovenosos según indicación médica. • Exámenes según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Cuidados de higiene, baño diario y aseo vulvar, las veces necesarias. - Asistir a control pos natal, (antes de los 7 días).

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>situación anatómica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de citología - Referir a examen odontológico. - Referencia al médico según clasificación del control. - Evaluación del estado nutricional. - Garantizar un trato humanizado - Detectar factores de riesgo y complicaciones. - Proporcionar consejería según riesgo. - Asegurarse, que el formulario de historia clínica perinatal base y el carné materno, estén correctamente llenados. - Educación sobre Importancia del control Prenatal. - Oriente sobre cuidados básicos y de higiene en la embarazada - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica. - Evitar prácticas de riesgo. - Enseñe a identificar signos y síntomas de peligro: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramiento. ✓ Expulsión de líquido por vagina. ✓ Fiebre. ✓ Cefalea. ✓ Dolor epigástrico ✓ Aumento de la presión arterial. ✓ Edema (manos, pies y parparos). • Orientación a toda embarazada con riesgo obstétrico que debe ser atendida por profesional médico ginecobstetra. • Llenado de ficha de plan de parto y hoja filtro prenatal • Promoción del parto institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a la usuaria cuando le indican prueba de monitoreo fetal sin estrés (NST) y otros exámenes de gabinete. • Orientar a la usuaria y familia sobre: causa de ingreso, condición y bienestar materno-fetal. • Cumplir indicaciones médicas. • Toma de muestras de laboratorio hematócrito, hemoglobina, tipo y Rh, prueba cruzada y otros según indicación médica, reportar resultados. • Ante el inicio de trabajo de parto, trasladar a usuaria al servicio indicado. • Preparar y trasladar a la usuaria según vía de evacuación. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización Manejo y atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional. • Tomar y registrar signos vitales maternos y fetales por turno. • Vigilar y reportar sangramiento, aumento de tensión arterial, disminución de movimientos fetales, alteraciones en la frecuencia, cardíaca fetal, contracciones uterinas, duración, frecuencia, intensidad. • Mantener equipada sala de reanimación neonatal. • Circular parto, según lineamientos establecidos. • Asistencia a usuaria durante el alumbramiento. • Cumplir normativa de MATEP (manejo activo del tercer periodo del parto). • Realizar cuidados inmediatos del recién nacido. • Auxiliar en la revisión del canal vaginal y sutura de episiotomía, si existiera. • Abrigar a usuaria. • Registrar datos concernientes al resultado del parto y recién nacido en expediente clínico. • Controlar signos vitales cada 15 minutos #4, cada 30 minutos #2, cada hora hasta estabilizarse • Pasar a sala de puerperio a la madre y 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Vigilar signos de infección en el recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ictericia. ✓ Fiebre. ✓ Enrojecimiento del muñón Umbilical. ✓ Llanto inconsolable - Continuar con alimentación adecuada y líquidos orales abundantes. - Mantener abrigado al recién nacido. - Bañar al recién nacido y realizar demostración a la madre. - Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. - Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. - Estimulación temprana del recién nacido. • Entregar su carné materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido, oriente sobre su utilidad en el control puerperal. • Planificación familiar ofertando los métodos existentes. • Promover a la madre del recién nacido y su familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de lactancia materna exclusiva del recién nacido. - Hábitos higiénicos de la madre y recién nacido - Cuidados básicos del recién nacido. - Importancia de la inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido antes de los 7 días. • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Continuar tratamiento médico.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar ofertando los métodos existentes. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>recién nacido (alojamiento conjunto y si la condición de ambos lo permite).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar ofertando los métodos existentes. • Agilizar el traslado de usuaria a Sala de operaciones para cesárea, en caso de haber dificultad para la expulsión del producto según evaluación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir a consulta médica si presenta signos de peligro. - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Vacunación del recién nacido. - Afiliación temprana del recién nacido en la Alcaldía o Centro Nacional de registros establecidos en los hospitales de la RIIS. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Asistir a control subsecuente. • Entregar referencia y retorno a Unidad Comunitaria de Salud Familiar • Registrar intervenciones de enfermería.

10. Hipertensión arterial inducida por el embarazo

10.1 Definición

Desarrollo de hipertensión con proteinuria y edema y en casos severos convulsiones o coma, inducidas por el embarazo después de las 20 semanas de gestación o antes de las 20 semanas cuando hay ciertas patologías predisponentes (enfermedad gestacional del trofoblasto, embarazo múltiple e hidropesía fetal) o en el post parto

10.2 Etiología

La causa exacta se desconoce, pero se presenta en alrededor del 3 al 7% de todos los embarazos.

10.3 .Clasificación

Pre-eclampsia leve CÍE – 10 O14.0

Hipertensión (tensión arterial "40/90 y menor de160/110 mm Hg), en embarazo mayor de 20 semanas de mujer previamente normotensa, que se puede acompañar de edemas y proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas o en su defecto proteinuria cualitativa en tira reactiva mayor o igual de 2 ++ en dos mediciones separadas por al menos 4 horas.

Pre-eclampsia severa CÍE – 10 O14.1

Hipertensión (tensión arterial 160/110 mm Hg) en embarazo mayor de 20 semanas de mujer previamente normotensa, que se puede acompañar de proteinuria mayor de 2-3 gr en orina de 24 horas, de síntomas vaso-motores y de trastornos de las pruebas funcionales hepáticas, renales y de coagulación.

Eclampsia CÍE – 10 O15

Crisis convulsiva generalizada o estado comatoso que inicia súbitamente durante los estados hipertensivos inducidos por el embarazo, que no tiene relación con una afección cerebral preexistente.

Hipertensión crónica primaria o secundaria, nueva o preexistente en el embarazo

Hipertensión arterial conocida antes de la gestación o diagnosticada antes de las 20 semanas del embarazo, o hipertensión arterial diagnosticada por primera vez después de las 20 semanas de gestación que persiste después de las 12 semanas de post parto. CÍE – 10 O10.0, CÍE – 10 O10.4 y CÍE – 10 O10.9.

Hipertensión arterial crónica con pre-eclampsia sobre agregada CÍE – 10 O11: signos o síntomas de pre eclampsia después de las 20 semanas de gestación en pacientes con hipertensión arterial crónica conocida. Aumento brusco de la presión arterial, proteinuria o recuento de plaquetas menor igual a 100,000/ mm³ en mujeres con hipertensión arterial antes de las 20 semanas de edad gestacional.

Hipertensión gestacional (hipertensión transitoria del embarazo según CÍE – 10 O13): hipertensión inducida por el embarazo, sin proteinuria significativa en pacientes con 20 semanas de gestación o más. Esta parece ser un estado previo al desarrollo de pre-eclampsia en alrededor del 46% de los casos. Es generalmente un diagnóstico retrospectivo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el primer trimestre gestacional). - Uso de ropa adecuada - Alimentación balanceada (normo sódica) - Higiene, sueño y reposo - Efectos nocivos del uso del cigarrillo, alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica. - Evitar prácticas de riesgo como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicios extenuantes. ✓ Viajes largos. - Identificar y orientar sobre signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalea ✓ Epigastralgia ✓ Edema de cara, manos, pies y tobillos 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar: <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales materno y fetal. - Medidas antropométricas. • Tomar y enviar exámenes de laboratorio según indicación médica y reportar resultados. • Orientar a la usuaria sobre su patología y tratamiento. • Proporcionar apoyo emocional. • Mantener a usuaria en reposo relativo, en decúbito lateral izquierdo y bajo vigilancia constante. • Observar presencia de los siguientes signos y síntomas y reportarlos al médico: <ul style="list-style-type: none"> - Cefalea. - Epigastralgia. - Visión borrosa, - Escotomas. • Orientar a la usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos a realizar. - Firma de hoja de consentimiento informado. • Colocar brazaletes con identificación completa. • Trasladar a la usuaria al servicio asignado en silla de ruedas o camilla según su condición. • Registrar intervenciones de enfermería. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales maternos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividades físicas moderadas. - Dormir 8 horas durante la noche. - Controlar movimientos fetales al menos 8 a 10 veces al día. - Importancia de asistir a sus controles. - Acudir inmediatamente al establecimiento de salud más cercano, ante la presencia de signos y síntomas de alarma como: cefalea, epigastralgia, edema de cara manos y tobillos, disminución de movimientos fetales. - Ingerir dieta normo sódica y líquidos orales abundantes. - Continuar tratamiento médico indicado. - Asistir al hospital para la atención del parto.

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de la orina. ✓ Trastornos visuales, ✓ Aumento de la presión arterial. • Identificación de movimientos fetales normales y anormales, según semana de gestación. • Importancia de controles prenatales subsecuentes. <ul style="list-style-type: none"> - Participación de la familia en el cuidado de la embarazada. - Consultar al establecimiento de salud más cercano si hay presencia de signos y síntomas de alarma y portar su carné de control prenatal. - Promoción del parto institucional. - Toma de exámenes de laboratorio según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>fetales, TA, pulso, respiración, FCF, temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalización de dos venas con catéter No 18. • Asistencia en orientación de toma de muestra para proteínas en orina de 24hras. • Mantener en decúbito dorsal con respaldo a 45. • Pesar cada día. • Llevar balance hídrico y diuresis horaria. • Mantener en ambiente libre de estímulos visuales y auditivos. • Control de signos vitales cada hora. • Cumplir procedimiento de sulfato de magnesio según indicación médica (método Zuspan, método Pritchard). • Vigilar y realizar cuidados de sonda transuretral. • Vigilar y reportar reacciones adversas como (depresión respiratoria, disminución de los reflejos osteotendinosos, disminución y características de la diuresis, estado de conciencia). • Mantener accesible antídoto de sulfato de magnesio, (gluconato de calcio). • Mantener aporte de oxígeno según indicación médica. • Vigilar en busca de complicaciones como: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de edemas en cara, manos y pies. - Disminución de movimientos fetales. • Ubicar a la usuaria en cama, cerca de la estación de enfermería. • Vigilar la dieta normo sódica. • Tramitar oportunamente exámenes de gabinete: ultrasonografía, NST (prueba de estrés del feto). • Toma de muestras de laboratorio hematocrito, hemoglobina, tipo y Rh, prueba cruzada, pruebas de coagulación y otros según indicación médica. • Orientar a la usuaria en caso de persistencia de signos y síntomas de alarma como: cefalea, trastornos visuales, auditivos, dolor epigástrico y presencia de contracciones uterinas y reportar de inmediato. • Cumplir tratamiento médico prescrito. • Llevar y registrar balance hídrico y diuresis horaria. • Asistir en procedimientos especiales. según indicación médica. • Proporcionar un ambiente cómodo libre de estímulos visuales y auditivos. • Mantener accesible y completo equipo y medicamentos de paro cardiorespiratorio. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control post parto al establecimiento de salud más cercano. - Signos y síntomas de infección post parto: fiebre, secreción vaginal fétida, dolor abdominal intenso. - Métodos de planificación familiar. - Ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. - Cuidados higiénicos maternos y del recién nacido/a. - Control infantil en los primeros 7 días de nacido/a. - Asistir a consulta con especialistas (ginecólogo, internista) según programación de cita. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar un ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Continuar el tratamiento médico. - Consultar inmediatamente ante la aparición de signos y síntomas de alarma. - Orientar sobre control de tensión arterial en UCSF o institución de salud que le quede más cercana. - Consejería preconcepcional. - Entregar hoja de referencia y retorno para seguimiento.

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>Labor y trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de signos vitales: materno fetal. • Mantener a usuaria en reposo en decúbito dorsal en respaldo de 45°. • Dar orientación y apoyo emocional, animar a paciente a compartir sus sentimientos y escuchar atentamente y transmita empatía y comprensión. • Cumplir indicaciones médicas. • Observar estado de conciencia. • Vigilar y registrar el progreso del trabajo de parto, reportar anormalidades • Proporcionar comodidad • Coordinar con el pediatra, la atención oportuna del recién nacido/a. • Aplicar protocolo de atención en intervención de parto. • Registrar intervenciones de enfermería. <p>En caso de cesárea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar para ser intervenida quirúrgicamente. • Cumplir cuidados pre operatorio. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la usuaria en carro con barandales. • Controlar signos vitales: cada 15 minutos # 4, cada 30 minutos # 2, cada hora hasta estabilizarse. • Observar y reportar sangrado transvaginal e involución uterina. • Cumplir indicaciones médicas. • Realizar cuidados de higiene y comodidad. • Informar estado del recién nacido/a si la condición de usuaria lo permite. • Mantener abrigada a la usuaria. • Registrar intervenciones de enfermería. • Trasladar al servicio correspondiente en carro con barandales. <p>Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la lactancia materna y apego precoz según condición de paciente. • Ubicar a la usuaria en cama con barandales. • Observar estado general y emocional de la usuaria, reportando anormalidades. • Cumplir indicaciones médicas. 	

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y/o asistir a la movilización temprana según la condición de usuaria 24hrs post parto. • Efectuar aseo vulvar 3 veces al día. • Ayudar al vaciamiento de mamas. • Realizar cuidados de higiene y comodidad. • Proporcionar líquidos orales abundantes. • Vigilar en las primeras horas post-parto: <ul style="list-style-type: none"> - Estado general y emocional. - Signos vitales. - Tonicidad e involución uterina. - Sangramiento transvaginal. - Diuresis espontánea. - Estado de mamas y periné. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

11. Síndrome de HELLP

11.1 Definición

Hemólisis microangiopática con elevación de enzimas hepáticas y que se considera como una entidad clínica separada de otras complicaciones de la coagulación que pueden coexistir en las pacientes con pre-eclampsia – eclampsia. (Weinstein.1982-1985).

11.2 Hallazgos bioquímicos representados por el acrónimo HELLP:

Hemólisis (de hemolisis en inglés):

LDH mayor de 600 UI/ L

Bilirrubina mayor de 1.2 mg/ dl

Elevación de las enzimas hepáticas (“Ei” de elevated liver enzymes en inglés):

TGO Y TGP mayor de 70 UI/ dl

Plaquetopenia (LP de Low platelets count, en inglés):

Plaquetas menores de 150.000 mm³.

Generalmente es una complicación de la pre-eclampsia, pero también puede presentarse como una patología aislada (20-30% de casos cursan con presión arterial normal).

11.3 Clasificación de Tennessee del síndrome HELLP, tiene valor pronóstico materno-fetal

Clave	Plaquetas	TGO,TGP o ambas	LDH
I	< 50,000 / mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L
II	50,000 a < 100,000 / mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L
III	100,000 a < 150,000 // mm ³	> 70 UI / L	> 600 UI / L

11.4 Otra sintomatología:

- Dolor y distensión abdominal fundamentalmente en región epigástrica e hipocondrio derecho o región sub esternal.

Con menor frecuencia:

- Náuseas y vómitos,
- Aumento de peso y edema,
- Dolor de cabeza,
- Alteraciones visuales,

- Ictericia y
- Ascitis

La clínica se desarrolla típicamente entre las 27 y 37 semanas de gestación

- El 70% de las pacientes presentan el cuadro antes del parto
- El 30% de los casos restantes aparece en las primeras 48 horas postparto y solo el 20% de estas tienen evidencia de preeclamsia antes del parto.
- En estos casos el riesgo de insuficiencia renal y edema pulmonar esta significativamente aumentado.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1° trimestre de gestación). - Inscripción a control prenatal en cualquier período del embarazo. - Vacunación con toxoide tetánico. - Toma de exámenes complementarios según normativa. • Realizar examen general, gineco obstétrico y examen de mamas a fin de detectar y resolver oportunamente alguna situación anatómica. • Detectar factores de riesgo y complicaciones y proporcionar consejería según el caso. • Referencia a medicina según riesgo. • Asegurarse que el formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno, estén correctamente llenos. • Dar educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control prenatal. - Uso de ropa adecuada. - Nutrición, higiene y reposo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica. - Evitar prácticas de riesgo. • Orientar sobre signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Edema. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo absoluto en posición dorsal respaldo a 45°. • Control de signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración • Frecuencia fetal • Disnea, tos con esputo espumoso y/o teñido con sangre, silbido al respirar o jadeo. • Sensación de sofoco o ahogo • Canalización de dos venas con catéter N° 18. • Identificar estado de conciencia de usuaria. • Toma de muestras de laboratorio hematocrito, hemoglobina, tipeo y Rh, prueba cruzada, pruebas de coagulación, química sanguínea y otros según indicación médica, reportar resultados. • Cumplir indicaciones médicas. • Tramitar transfusión de hemoderivados según criterio médico. • Vigilar y reportar signos de alarma como: aumento de epigastralgia y choque hipovolémico. • Vigilar actividad uterina en busca de signos de trabajo de parto. • Administrar oxígeno según criterio médico. • Evitar en la medida de lo posible puncionar accesos venosos repetitivamente • Valorar el llenado capilar, pulsos periféricos, coloración de la piel. • Controlar zonas de venopunción. • Identificar signos y síntomas de hemorragia: epistaxis, gingivorragia, hematomas, hematuria, melenas. • Llevar y registrar balance hídrico • Animar a paciente a compartir sus sentimientos y preocupaciones. • Escuchar atentamente y transmitir empatía y comprensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma como sangramiento y fiebre. - Importancia de los cuidados de higiene (baño diario y aseo vulvar). - Vigilar signos y síntomas de infección en la madre y en el recién nacido. - Continuar con alimentación adecuada a la madre y líquidos orales abundantes. - Importancia de los cuidados del Recién Nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener abrigado al recién nacido. ✓ Bañar al recién nacido y demostración a la madre. ✓ Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. ✓ Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. ✓ Estimulación temprana del recién nacido. - Planificación familiar "MELA" si está dando lactancia materna exclusiva. - Importancia de la inscripción en

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la presión arterial. - Sangramiento. - Expulsión de líquido por vagina. - Fiebre. • Orientar a toda embarazada con riesgo obstétrico que debe ser atendida por especialista de ginecobstetricia, quien definirá la periodicidad de controles e interconsultas necesarias. • Realizar visita familiar según riesgo. • Promoción del parto institucional. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Control postnatal y planificación familiar - Inscripción en crecimiento desarrollo del recién nacido. - Lactancia materna exclusiva. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar procedimientos e intervenciones previamente. • Evitar comentarios desfavorables del estado de salud de la paciente. • Coordinar traslado a unidad de cuidados intensivos, según indicación médica • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Manejo y atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional a usuaria. • Tomar registrar signos vitales y reportarlos en la papelería. • Vigilar y reportar anomalías durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de hemorragia: epistaxis, gingivorragia, hematomas, hematuria, melenas, sangrado de sitios de venopunción. - Valorar el llenado capilar, pulsos periféricos, coloración de la piel. - Aumento de presión arterial y alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. - Disminución de movimientos fetales. - Contracciones uterinas, duración, frecuencia, intensidad. • Pasar a la usuaria a sala de expulsión • Verificar con anticipación sala de reanimación neonatal, ante posible complicación del recién nacido por dificultad en el nacimiento. • Circular la atención del parto, según lineamientos y/o tener listo quirófano ante la indicación de cesárea. • Verificar signos vitales normales, útero se encuentre contraído y sangrado transvaginal sea escaso. • Asistencia en la revisión del canal vaginal y sutura de episiotomía, si existiera. • Abrigar a usuaria • Vigilar presión arterial, pulso y Sangramiento vaginal cada 15 minutos#4, en la primera hora posparto, cada 30 minutos en l # 2 y luego cada hora por 24 horas, según condición • Pasar a sala de puerperio a la madre y fomentar apego precoz y lactancia materna • En las primeras dos horas del postparto, controlar: <ul style="list-style-type: none"> - Estado general y emocional. 	<p>crecimiento y desarrollo del recién nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuar tratamiento médico. - Acudir a consulta médica, si presenta morbilidad postparto. - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio - Asistir a control de TA - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Métodos de planificación familiar. - Vacunación del recién nacido y control de crecimiento y desarrollo en la Unidad de Salud. - Afiliación temprana del recién nacido en la Alcaldía. <ul style="list-style-type: none"> • Entregar carnet materno debidamente llenado con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido, orientar sobre su utilidad en el control puerperal. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Tonicidad e involución uterina. - Sangramiento vaginal. - Diuresis espontánea. - Estado de mamas y periné. - Cumplir rutina postparto. - Cumplir analgésicos y otras indicaciones, según criterio médico. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales y diuresis cada hora. • Cumplir esquema de sulfato de magnesio según indicación médica. • Observar y reportar complicaciones. • Mantener un ambiente tranquilo y libre de estímulos visuales y auditivos. • Orientar a la usuaria para que informe a personal médico o enfermería, sobre persistencia de signos y síntomas de alarma: cefalea, trastornos visuales y auditivos, dolor epigástrico. • Cumplir tratamiento médico prescrito. • Tomar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Realizar aseo vulvar 3v/d y cuidados de sonda vesical. • Permitir y fomentar la deambulación temprana de la puérpera, toda vez que la condición clínica de ella lo permita. • Vigilar o asistir en el consumo de dieta normo sódica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

12. Placenta previa

12.1 Definición

Implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, que puede cubrir o no el orificio cervical interno.

12.2 Etiología

Está asociada a diversos factores que pueden influir en la aparición de una placenta previa, como son: número de mujeres multíparas, edad materna elevada, frecuencia de gestaciones normales interrumpidas por abortos, malformaciones uterinas y/o placentarias, embarazos gemelares, placentas macrosómicas, previas lesiones uterinas, el tabaquismo y consumidores de cocaína.

Hallazgos en un estudio muestran que el grupo predominante de pacientes con placenta previa tenían una edad de 27 a 32 años, mientras que otros autores coinciden en que el mayor número de casos se presenta en mujeres mayores de 35 años.

12.3 Clasificación

Clasificación clínica.

- **Total:** el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.
- **Parcial:** el orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta.
- **Marginal:** el borde de la placenta se encuentra en el margen del orificio cervical interno.
- **De inserción baja:** la placenta se sitúa en el segmento uterino inferior a menos de 3 cm del orificio cervical interno.

12.4 Manifestaciones clínicas:

Sangrado transvaginal de intensidad variable que generalmente no se acompaña de dolor y se inicia sin causa aparente.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1º trimestre de gestación en el programa de atención materna. - Al presentar sangrado transvaginal, debe acudir al centro asistencial más cercano de inmediato. - Evitar trabajos extenuantes. - Detectar factores de riesgo y complicaciones. - Importancia del parto institucional. • Educar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control prenatal. - Uso de ropa adecuada. - Nutrición, higiene y reposo. - Evitar prácticas de riesgo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas. - No auto medicarse. - Signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema. ✓ Aumento de la tensión arterial. ✓ Sangramiento. ✓ Expulsión de líquido por vagina. ✓ Fiebre. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente sobre la patología y procedimientos a realizar. • Reposo absoluto en posición de fowler, o decúbito lateral. • No hacer tacto vaginal. • Canalizar dos venas con catéter #18, con solución de lactato de Ringer. • Cumplimiento de expansores de volumen (haemacel y otros según indicación médica) • Control de signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar signos de choque hipovolémico cada 15 minutos: observación continua y cuidadosa de sangrado vaginal con énfasis en cantidad y color. • Toma de muestras de laboratorio hematocrito, hemoglobina, tpeo y Rh, tiempo y valor de protrombina, prueba cruzada y otros según indicación médica; reportar resultados. • Administrar oxígeno por mascarilla para evitar o llevar al mínimo la hipoxia fetal. • Vigilar actividad uterina en busca de signos de trabajo de parto. • Si usuaria le indican cesárea, se cumplirán cuidados e indicaciones específicas (traslado a sala de operaciones). • Orientar a la usuaria y familia sobre: causa de ingreso, condición y bienestar materno-fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Cuidados de higiene. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Vigilar signos de infección en el recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ictericia. ✓ Fiebre. ✓ Enrojecimiento del muñón umbilical. - Asistir a controles post- natal. (En los primeros 7 días). - En caso de no haber realizado prueba de tamizaje neonatal en el hospital orientarla que asista al tercer día al establecimiento de salud más cercano. - Continuar con alimentación adecuada a la madre y líquidos orales abundantes. - Mantener abrigado al recién nacido. - Bañar al recién nacido y

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Si existe riesgo obstétrico deberá ser referida al nivel correspondiente para ser atendida por médico(a) gineco-obstetra. • Orientación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Preparación de la ropa del recién nacido(a). - Control postnatal y planificación familiar - Inscripción en crecimiento y desarrollo de recién nacido. - Lactancia materna exclusiva. • Realizar visita familiar según riesgo. • Llenar la ficha de plan de parto. • Orientar sobre importancia del parto institucional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a la paciente en camilla. • Reposo absoluto en posición de semi fowler, o lateral, evitar posición supina. • Control de signos vitales maternos por turno presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal((120-160xminuto). • Vigilar actividad uterina en busca de signos de trabajo de parto. • Vigilar signos de sangrado vaginal con énfasis en cantidad y color. • Tomar muestras seriadas de hematocrito y hemoglobina, según indicación médica. • Coordinar la toma de ultrasonografía y otras pruebas de gabinete. • Cumplir indicación médica prescrita. • Realizarle cuidados higiénicos asistidos. (baño en cama, aseo vulvar 3 veces al día). • Mantener la interrelación con la familia para disminuir sus temores. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Ante la decisión de traslado a sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que exámenes de laboratorio estén reportados • Cumplir cuidados pre operatorios • Cumplir o asistir cateterismo vesical. • Coordinar con Sala de operaciones, el traslado de la usuaria. • Identificar con brazalete • Verificar que hoja de consentimiento informado este firmado. • Canalizar acceso venoso periférico con catéter #18 y cumplir líquidos endovenosos según prescripción médica. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente con expediente. • Verificar ayuno completo y si no reportar al médico(a). • Verificar permeabilidad del catéter venoso. • Verificar exámenes reportados. • Verificar si se ha enviado orden de transfusión. 	<p>demostración a la madre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. - Estimulación temprana del recién nacido. - Planificación familiar “MELA” si está dando lactancia materna exclusiva - Orientar sobre inscripción prenatal temprano en próximo embarazo. - Importancia de la inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses • Entregar su carnet materno debidamente llenado con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido y se le orientará sobre su utilidad en el control puerperal. <p>Consejería sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos ricos en hierro en base a disponibilidad. • Espaciamiento de embarazos, uso de métodos de planificación familiar, lactancia materna, cuidados para ella y su recién nacido, reposo alternado con ejercicio. • Continuar tratamiento médico. • Acudir a consulta médica si presenta morbilidad postparto. • Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. • Evitar actividades extenuantes y fatiga. • Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. • Vacunación del recién nacido y control de crecimiento y desarrollo en la UCSF que le

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a la paciente sobre el procedimiento a realizar. • Asegurar la disponibilidad y funcionalidad del equipo de succión y material a utilizar. • Monitorizar signos vitales en el transoperatorio y anotación de los mismos, tensión arterial, pulso, respiración. • Vigilar condición y estado de la paciente durante el procedimiento y recuperación. • Verificar permeabilidad de accesos venosos: transfusión sanguínea y líquidos endovenosos. • Vigilar reacciones adversas de transfusión sanguíneas • Cumplir indicaciones médicas • Balance hídrico • Coordinar la atención del recién nacido por pediatra o neonatólogo. • Trasladar paciente a sala de recuperación con signos vitales estables • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir la toma de signos vitales: tensión arterial, pulso, respiración, cada 15 minutos #4 luego cada 30 minutos # 2 hasta estabilizarse. • Medir diuresis cada hora. • Balance hídrico. • Mantener vigilancia estricta de sangramiento transvaginal y de la involución uterina, revisar apósitos de herida operatoria. • Vigilar estado de conciencia. • Asegurar que medicamentos y líquidos endovenosos especiales (oxitocina), se cumplan según la indicación. • Tomar exámenes de laboratorio de control y otros. • Trasladar al servicio correspondiente al estar recuperada. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afiliación temprana del recién nacido en la alcaldía. • Entregar hoja de referencia y/o retorno, recetas previo al alta • Registrar intervenciones de enfermería.

13. Retardo del crecimiento intrauterino

13.1 Definición

Hay sospecha de retardo del crecimiento intrauterino cuando hay un retardo en la velocidad del crecimiento del feto, establecido en la curva de peso en función de la edad gestacional por abajo del percentil 10.

La terminología RCIU se limita a la evaluación fetal puesto que es un diagnóstico retrospectivo.

Los peores resultados perinatales se presentan por abajo del percentil 5.

13.2 Factores de riesgo

<p>A. Constitucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talla materna: - Peso de la madre al nacer - Peso pregestacional (madres con peso inferior a 54kg) - Edad materna: mujeres menores de 20 años y mujeres añosas - Situación socioeconómica desfavorables - Otros: tipo de alimentación, medio social y familiar, educación y nivel intelectual, tipo de trabajo, adolescencia. 	<p>Anomalías Cromosómicos fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trisomias 13, 18 y 21 - Síndrome de Turner (45 XX) - Síndromes con cromosomas sexuales extras (XXX, YYY), Síndrome de delección. - Generalmente producen RCIU tipo I (Precoz). 	<p>Anomalías uterinas (1 al 3%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Útero bicorne, septos y subseptos.
<p>B. Hábitos tóxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de cigarrillo (más de 10 diarios) pérdida de peso al nacer de 170 a 200 g en hijos. - Alcoholismo: Síndrome alcohólico fetal, los RN tienen peso, talla y perímetro craneal por debajo del tercer percentil. - Drogadicción. 	<p>Síndromes genéticos no cromosómicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enanismo (acondroplasia, hipocondroplasia, Sínd. de Russel Silver, condrodistrofias, osteogénesis imperfecta). - Deficiencia de la sulfatasa placentaria. 	<p>Mala adaptación circulatoria materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos vasculares de la placentación.
<p>C. Enfermedades maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad renal crónica: pielonefritis crónica, glomérulo esclerosis, enfermedad glomerular crónica, y glomérulo nefritis lúpica. - Hipertensión crónica - Enfermedad cardiopulmonar crónica causantes de hipoxemia: cardiopatías congénitas, coartación de aorta, atresia pulmonar, neuropatías: asma bronquial, bronquiectasias. - Diabetes insulino dependiente. - Enfermedades auto inmunes: Lupus eritema toso sistémico, síndrome antifosfolipídico. - Anemia moderada entre 6 y 10g - Infecciones urinarias: pielonefritis durante la gestación. 	<p>Infección fetal intrauterina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rubéola, citomegalovirus, herpes simple, toxoplasmosis, paludismo, sífilis congénita, infecciones bacterianas. - Gemelaridad (del 20 al 30% de todos los retrasos). - Orden del feto al nacer: primiparidad en adolescentes o añosas. 	<p>Mosaicismos confinada a la placenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aneuploidias placentarias: en caso de trisomías 2, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16 y 1

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La importancia de asistir a sus controles prenatales. - Tomar signos vitales. - Tomar medidas antropométricas. • Consejería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Reposo en cama en decúbito lateral izquierdo. - Alimentación hiperprotéica y suplemento nutricional. - Ingesta de líquidos abundantes. • Orientar a paciente a toma de ultrasonografía. • Coordinar la cita para toma de ultrasonografía y pruebas de bienestar fetal. • Concientizar a paciente sobre la importancia del parto hospitalario. • Verificar los exámenes de perfil prenatal. • Verificar esquema de vacunación. • Coordinar con UCSF para su seguimiento comunitario. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Observar el estado de salud de la paciente y ofrecerle oportunamente apoyo emocional y psicológico. • Orientar a paciente sobre reposo en cama en decúbito lateral izquierdo. • Vigilar en el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - RPM (ruptura prematura de membranas). - Aumento de presión arterial. - Disminución de movimientos fetales. - Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. • Vigilar la ingesta de dieta hiperprotéica y suplemento nutricional. • Acompañar a paciente a toma de ultrasonografía. • Mantener equipada sala de parto o quirófano según vía de evacuación. • Proporcionar apoyo emocional • Realizar registros de enfermería sobre los cuidados realizados, cumplimiento de tratamiento y evolución de paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control prenatal con el especialista. - Alimentación proteica según su disponibilidad. • Orientar a la paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Reposar con el fin de ganancia peso del producto. - Vigilar signos y síntomas de alarma especialmente disminución de movimientos fetales y consultar inmediatamente.

14. Ruptura prematura de membranas

14.1 Definición

Se conoce como la ruptura prematura de membranas o hidrorrea amniótica, aquella que espontánea o artificialmente se lleva a cabo en embarazos mayores de 20 semanas, antes de iniciarse el trabajo de parto.

14.2 Etiología

Las causas que con más frecuencia favorecen o producen la ruptura prematura de membranas se engloban en dos grandes grupos:

Causas predisponentes

Desarrollo inadecuado de las membranas, corioamnionitis, infiltración sanguínea corioamnionítica por sangrados del tercer trimestre del embarazo, multiparidad, anomalías congénitas uterinas y cervicales, polihidramnios y embarazos múltiples.

Causas desencadenantes

Hipertonía uterina por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o administración errónea de oxitócicos, contracciones de Braxton Hicks intensas, situaciones transversas, exploración manual vaginocervical brusca, contusión abdominal y coito.

14.3 Manifestaciones clínicas

Salida de líquido amniótico por el canal vaginal, de forma continua e inolora, pero en cantidad variable que depende del sitio, amplitud de la ruptura y la edad del embarazo. El aspecto del líquido es traslucido a veces lechoso, con olor a esperma, en ocasiones contiene vermix caseoso, lanugo o meconio.

Intervenciones enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control prenatal precoz. - Consejería sobre lactancia materna. - Asistir a sus controles subsecuentes. - Acudir al establecimiento de salud más cercano ante la aparición de los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salida de líquido transvaginal que moja hasta los pies, con olor a semen o lejía. ✓ Inicio de dolores lumbopélvicos. - Asistir a un establecimiento hospitalario para la atención del parto. - Ejercicios moderados. - Orientar a usuaria sobre los factores predisponentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado transvaginal. ✓ Amenaza de parto pretérmino. ✓ Cervicitis. ✓ Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. - Complicaciones ocasionadas por ruptura prematura de membranas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematurez. ✓ Prolapso de cordón umbilical y miembros fetales. ✓ Corioamnionitis. - Consultar de inmediato al establecimiento de salud 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. ● Tomar signos vitales maternos fetales y reportar cualquier alteración en los mismos. ● Reportar a médico(a) cantidad y características de líquido amniótico (grumos, meconio o sangre). ● Cumplir indicaciones médicas. ● Asistir a la usuaria durante el vaginal estéril. ● Mantener en reposo absoluto. ● Realizar anotaciones de enfermería incluyendo hora de ruptura, estado febril y frecuencia cardíaca fetal. ● Trasladar a la usuaria en carro con barandales. ● Orientar a la usuaria sobre la importancia del tratamiento médico y su patología. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la usuaria sobre la importancia de mantenerse en reposo absoluto. ● Mantener un ambiente tranquilo. ● Proporcionar líquidos orales abundantes y dieta indicada. ● Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. ● Efectuar aseo vulvar tres veces al día. ● Orientar a la usuaria para que identifique aumento o disminución de movimientos fetales. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Controlar frecuencia cardíaca fetal según indicación médica. ● Tomar signos vitales por turno. ● Vigilar y reportar signos de infección: elevación de la temperatura, características del líquido transvaginal (color, olor, grumos, meconio, sangre) y reportar al médico de inmediato. ● Vigilar y reportar signos de estreñimiento. ● Vigilar ingesta rica en fibra. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control post parto, control infantil y cumplimiento de vacunas. - Continuar tratamiento médico. - Planificación familiar según evaluación médica. - Ingerir dieta balanceada y líquidos orales abundantes. - Baño diario, limpieza oral. - Cambio de toallas sanitarias según necesidad. - Cuidados de herida operatoria y episiotomía. - Lactancia materna exclusiva por 6 meses. - Importancia de baño del recién nacido/a, curación del cordón umbilical, baños de sol dos veces al día 8 am y 4 pm. - Consultar al establecimiento de salud más cercano al presentar complicaciones. - Coordinación de seguimiento según complejidad entre los niveles de atención que corresponda.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>que le quede más cercano al detectar ruptura de membranas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexualidad durante el embarazo. - Evitar actividades bruscas y sobreesfuerzo físico. - Ingesta de líquidos orales abundantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a usuaria en posición trendelemburg invertido. • Realizar cuidados de piel: masaje y lubricación. • Cumplir complementos nutricionales según indicación de nutricionista. • Tomar y reportar leucograma seriados y proteína C reactiva. • Observar prueba de la sabana colocando compresas estériles y reportar característica del líquido amniótico. • Vigilar y reportar inicio de trabajo de parto. • Apoyar emocional, psicológica y espiritualmente a la usuaria. • Integrar a las usuarias en terapias ocupacionales para liberar el estrés. • Coordinar con fisioterapia ejercicios pasivos a la usuaria en su ausencia lo hará enfermería. • Si la usuaria es referida tomar en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Debe ser acompañada por personal de enfermería. - Llevar equipo de atención de parto, materiales y medicamentos necesarios. - Entregar paciente con registros de enfermería que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados realizados. ✓ Cumplimiento de indicaciones médicas. 	

15. Corioamnionitis

15.1 Definición

Infección de las membranas ovulares, líquido amniótico, amnios y decidua, con afectación de cordón Umbilical, placenta y del feto, provocado por la invasión microbiana de la cavidad amniótica, durante el transcurso del embarazo o parto.

Infección de las membranas ovulares, cordón umbilical, placenta, líquido amniótico, amnios, la decidua y del feto, provocado por la invasión microbiana de la cavidad amniótica durante el transcurso del embarazo y parto.

15.2 Etiología

Ruptura prolongada de membranas, deficiencia de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico, ausencia de moco cervical (cuello dilatado o permeable), maniobras diagnósticas o terapéuticas, múltiples tactos vaginales, trabajo de parto prolongado, incompetencia cervical, cerclaje cervical, coito, polihidramnios, oligohidramnios, sangrado vaginal, anemia materna, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, traumatismos y embarazo múltiple. Todas estas causas pueden actuar independientemente del estado de las membranas ovulares.

Los microorganismos más frecuentemente detectables: *Escherichia coli*, *urea plasma urealyticum*, mico-plasma hominis, estreptococos beta hemolítico agalactiae (viridans y pneumoniae), *Gardnerella*, bacteroides, *Clamidia tracomatis*, peptoestreptococcus, *lysteria monocitogenes*.

15.3 Manifestaciones clínicas

Por ecografía disminución de movimientos fetales y de movimientos respiratorios, taquicardia fetal con o sin disminución de la variabilidad, oligohidramnios, perfil biofísico patológico. En los casos de corioamnionitis con membranas integras, los signos maternos son escasos. No hay secreción sospechosa por vagina.

La fiebre y taquicardia es moderada o puede no existir, puede presentarse sufrimiento fetal sin razón aparente, presencia de gérmenes en tinción de Gram y de leucocitos en el líquido amniótico, líquido amniótico purulento, calofrío, rotura prematura de membranas antes de iniciar el trabajo de parto y secreción vaginal de olor fétido.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz en el primer trimestre gestacional. - Importancia de asistir a los controles prenatales subsecuentes. - Practica de relaciones sexuales. - Acudir de inmediato al presentar signos de alarma: fiebre, salida de líquido transvaginal, disminución de movimientos fetales. - Consumo de alimentación balanceada y líquidos orales abundantes de 2 – 2.5 litros por día. - Evitar el uso de duchas vaginales. - Evitar bañarse en piscinas. - Cuidados higiénicos (baño diario, cambio de ropa de vestir e interior). 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tomar signos vitales, materno fetal. ● Mantener a la usuaria en reposo absoluto. ● Indagar acerca de signos relacionados a ruptura de membranas: tiempo de ocurrencia, disminución de movimientos fetales e inicio de dolores lumbopélvicos. ● Cumplir indicaciones médicas. ● Tomar exámenes de laboratorio. ● Proporcionar orientación acerca de: su estado de salud, participación en el cumplimiento del tratamiento y posible condición del recién nacido/a al momento del parto. ● Vigilar inicio del trabajo de parto. ● Bajar temperatura por medios físicos, si es mayor de 38.5 °C. ● Observar el estado de conciencia y signos de choque séptico: disnea, desorientación, diaforesis, taquicardia, palidez, oliguria, hipotensión y reportar al médico tratante. ● Trasladar a la usuaria a la unidad que médico(a) indique. ● Registrar intervenciones de enfermería que describa cuidados y cumplimiento de indicaciones. <p style="text-align: center;">Servicio de partos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener a la usuaria en reposo absoluto. ● Tomar signos vitales maternos fetales. ● Realizar aseo vulvar las veces necesarias. ● Bajar temperatura por medios físicos, si es mayor de 38.5 ° C. ● Mantener líquidos endovenosos permeables. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de no interrumpir el tratamiento médico. - Presencia de signos de infección: fiebre, expulsión de secreciones transvaginales fétidas y consultar al establecimiento de salud más cercano. - Importancia de asistir a su control posparto e inscripción infantil. - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Espaciamiento de embarazos. - Uso de métodos de planificación familiar. - Lactancia materna exclusiva durante seis meses. - Cuidados para la usuaria y su recién nacido/a. - Reposo alternado con ejercicio moderados. - Enseñarle técnicas de extracción manual de leche materna si no es posible el apego materno.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar y reportar anomalías durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias. - Disminución de movimientos fetales. - Alteración en la frecuencia cardíaca fetal. - Duración, frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. • Dar apoyo emocional a la usuaria. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Orientación a la usuaria sobre la corioamnionitis y sus riesgos potenciales. • Mantener goteo de oxitocina según indicación médica. • Coordinar con médico(a) pediatra o neonatólogo, la atención del recién nacido/a. • Registrar intervenciones de enfermería que describa cuidados y cumplimiento de indicaciones. <p style="text-align: center;">Servicio de puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales por turno o según condición de paciente. • Mantener líquidos endovenosos permeables. • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar sangramiento transvaginal e involución uterina y salida de loquios fétidos. • Aseo vulvar tres veces al día. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad a la usuaria. • Ayudar a la usuaria a iniciar el vaciamiento de mamas y lactancia materna lo antes posible. • Explicar a usuaria la condición y área de hospitalización del recién nacido/a. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. • Cuidado de catéter venoso periférico. • Registrar intervenciones de enfermería que describa cuidados, cumplimiento de indicaciones y evolución de la paciente. 	

16. Accidentes de cordón umbilical

16.1 Definición

Situaciones que se presentan cuando:

- Se relaciona la posición del cordón con la presentación fetal.

- Existen nudos verdaderos o falsos del cordón.

16.2 Etiología

En relación al prolapso de cordón, es provocada por una mala adaptación de la presentación fetal al segmento uterino inferior más un exceso de longitud del cordón umbilical, puede ocurrir posterior a una amniotomía o a una ruptura espontánea de membranas.

16.3 Tipos de cordón

- Laterocidencia
- Procubito
- Prolapso propiamente dicho
- Nudos
- Circular de cordón

16.4 Factores de riesgo

- Maternos: multiparidad, estenosis pélvica y tumoraciones genitales.
- Fetales:
 - o Situación transversa (8%)
 - o Presentación podálica (11.2%)
 - o Embarazo pre término (7%)
 - o Embarazo múltiple (9%)
- Ovulares: placenta de implantación baja, longitud del cordón mayor de 75 cm, hidramnios, amniotomía.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1° trimestre de gestación en el programa de atención materna. - Importancia de los controles prenatales. - Atención de parto hospitalario. - Consultar de inmediato al hospital ante la presencia de: salida de líquido vaginal y protrusión del cordón umbilical, falta de movimientos fetales. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar la procedencia del cordón, iniciar con las siguientes intervenciones de enfermería de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> - Colocar a usuaria en carro con barandales, en posición genu- pectoral o posición de Sims modificada. • Orientar a la familia /o usuaria sobre condición y tratamiento y obtener consentimiento informado • Canalizar venas periféricas con catéter de grueso calibre N° 18. • Tomar exámenes de laboratorio de urgencia: hematócrito, hemoglobina, prueba cruzada, tipeo y RH, pruebas de coagulación. • Cumplir cuidados pre operatoria • Colocar sonda vesical, si la condición materna fetal lo permite. • Cumplir indicaciones médicas. • Coordinar con sala de operaciones el 	<p>Consejería preconcepcional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de herida operatoria, curación y retiro de puntos. - Signos de infección puerperal - Consumo de alimentos ricos en hierro en base a disponibilidad. - Continuar tratamiento médico. - Acudir a consulta médica si presenta morbilidad post cesárea o postparto. - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	traslado de la usuaria. <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el pediatra o neonatólogo la asistencia del recién nacido. • Asistir a usuaria en caso de rechazo de cordón. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Partos En caso de circular de cordón</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener vigilancia de accidentes de cordón en caso de pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones y presentaciones anormales (transversa y pelviana). - Parto pre término. - Embarazo múltiple. - Polihidramnios. - Desproporción feto pélvica. - Placenta previa. - Cordón umbilical anormalmente largo. - Rotura prematura de las membranas. • Vigilar y reportar anomalías durante el trabajo de parto. • Monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal. • Mantener en reposo relativo absoluto, según diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cuidados de comodidad. • Mantener líquidos endovenosos y venas permeables. • Registrar intervenciones de enfermería. 	recuperación. <ul style="list-style-type: none"> • Al alta verificar entrega de hoja de referencia y retorno • Registrar intervenciones de enfermería.

17. Alteraciones del volumen de líquido amniótico

17.1 Definición

Condición patológica caracterizada por el crecimiento o disminución del volumen de líquido amniótico, que se identifican como polihidramnios y oligohidramnios respectivamente.

17.2 Polihidramnios

Volumen de líquido amniótico superior a 2,000 ml, dado que desde el punto de vista práctico no se puede llevar a cabo la cuantificación del volumen de líquido, la definición más utilizada se basa en la valoración ecográfica.

Causas de polihidramnios:	Fetales	Placentarias
1. Sistema nervioso central: anencefalia, hidrocefalia, encefalocele.	Diabetes mellitus (5%)	Corioangioma

2. Sistema gastrointestinal: gastroquisis, onfalocele, fistula traqueo-esofágica, atresia duodenal.	Isoinmunización Rh ((1.7%) Ingestión de tóxicos(litio)	Placentomegalia
3. tracto respiratorio: quistes pulmonares, hipoplasia pulmonar, quilotorax.		
4. Misceláneas: tumores faciales, paladar hendido, teratomas, cardiopatías, trisomía 13, 18.		
5. Embarazo múltiple (7.5%)		
6. Infección perinatal: TORCH.		
7. Tumores: quiste de ovario, hidrops fetal.		

Complicaciones:

Fetales: aumento de la morbilidad perinatal (50%), anomalías congénitas, parto pretérmino, prolapso del cordón umbilical.

Maternas: distensión abdominal, dificultad respiratoria, síntomas pulmonares y cardíacos, falla renal, abrupción de placenta, trabajo de parto incoordinado, hemorragia post-parto, síntomas de compresión venosa en los miembros inferiores.

17.3 Oligohidramnios

Cantidad de líquido amniótico inferior a 400ml o cuando hay un índice de líquido amniótico (ILA) menor o igual a 5 cms.

Causas: fetales, maternas, placentarias y drogas.

Fetales	Maternas	Medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> - Sufrimiento fetal - RCIU(Retardo del crecimiento intrauterino) - Embarazo prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia útero-placentaria - Hipertensión arteriales - Síndrome antifosfolípidos - Enfermedades del colágeno - Diabetes, hipovolemia, desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de las prostaglandinas: indometacina, ibuprofeno.
<ul style="list-style-type: none"> - Anomalías congénitas del tracto urinario - Agenesia o displasia renal. Riñones poliquísticos. - Obstrucción urétero-pélvica - Valvas uretrales posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo y drogas 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA): <ul style="list-style-type: none"> o Captopril o Enalapril o Beta bloqueadores
<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura prematura de membranas - Cromosomopatía: trisomía, triploidias, síndrome de Turner. 		

Riesgos fetales: retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), sufrimiento fetal crónico, compresión funicular (DIPS variable), compresión de la cabeza fetal (DIPS I), alteraciones faciales y de las extremidades, eyección y bronco aspiración de meconio, infección corioamniótica, pérdida fetal, incremento de la mortalidad perinatal.

Intervenciones de enfermería En oligohidramnios moderado y severo

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales (temperatura, pulso, 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar embarazada

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de sus controles prenatales. - Cantidad de líquidos abundantes que debe ingerir cada día - Explicarle los signos de alarma que debe conocer enfatizando en líquido amniótico, las funciones y beneficios para su bebe y estar pendiente si hay salida de líquido por la vagina que debe consultar de inmediato al establecimiento de salud. - Mantener documentos y ultrasonografía accesibles si presentara trabajo de parto. 	<p>presión arterial y frecuencia respiratoria) por turno o condición de la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llevar balance hídrico por turno. • Cumplir reposo relativo. • Mantenerla en reposo absoluto si hubiera salida de líquido transvaginal. • Vigilar ingesta de dieta indicada. • Coordinar interconsulta con nutricionista si fuera indicada. • Realizar cuidados higiénicos en cama. • Realizar aseo vulvar tres veces al día. • Observar y reportar color, olor y cantidad de salida de líquido transvaginal. • Colocar campo estéril en área vulvar posterior al aseo realizado. • Orientarla sobre procedimiento que se le deban realizar (amnioinfusion). • Preparar equipo previo a procedimiento. • Llevarla en carro camilla a procedimiento • Si hidratación fuera vía endovenosa: tomar vena periférica con catéter N° 18 o 20. • Mantener venas permeables • Tomar y reportar exámenes de laboratorio indicados. • Cumplir indicaciones médicas. • Coordinar la toma de ultrasonografía. • Reportar anormalidades de inmediato. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Realizar registros de enfermería oportunamente. 	<p>al irse de alta sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la ingesta de dieta indicada y líquidos orales abundantes. - Importancia de sus controles prenatales en fecha indicada. - Cuidados higiénicos. - Signos de alarma en el embarazo. - Presentarse en la fecha indicada de parto si fuera cesárea programada.

Polihidramnios moderado y severo

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre: - Importancia de sus controles prenatales. - Cantidad de líquidos restringidos que debe ingerir cada día. - Explicarle los signos de alarma que debe conocer enfatizando en líquido amniótico, las funciones y beneficios para su bebe y estar pendiente sobre distensión abdominal que puede presentar, y debe consultar de inmediato a establecimiento de salud. - Cuidados de la piel. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales (temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria) según turno establecido o indicación médica. • Llevar balance hídrico por turno. • Cumplir reposo relativo. • Proporcionar dieta indicada por medico(a). • Coordinar interconsulta con nutricionista si fuera necesaria. • Mantenerla en reposo absoluto según indicación médica • Proporcionar cuidados higiénicos • Tomar o monitorear frecuencia cardiaca fetal. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al egreso de la usuaria embarazada sobre: - Importancia de la ingesta de dieta indicada y líquidos orales restringidos. - Importancia de sus controles prenatales en fecha indicada. - Cuidados higiénicos. - Presentarse en la fecha indicada de parto si fuera cesárea programada. - Debe consultar de

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - No realizar ejercicios o movimientos bruscos. - Baño diario. - Mantener documentos y ultrasonografía accesibles si presentara trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre procedimiento que se le pueda realizar, como amniocentesis. • Coordinar hora de procedimiento si está indicado. • Llevarla en carro camilla a procedimiento. • Tomar vena periférica con catéter N° 18 o 20. • Mantener venas permeables. • Asistir a paciente durante la toma de muestra de líquido amniótico y llevarlo de inmediato al laboratorio, reportando resultados. • Mantener a paciente en reposo 6 horas posterior a procedimiento. • Tomar y reportar exámenes de laboratorio indicados. • Cumplir indicaciones médicas. • Coordinar la toma de ultrasonografía. • Reportar anormalidades de inmediato. • Realizar registros de enfermería oportunamente. 	<p>inmediato a un establecimiento de salud al presentar signos de alarma.</p>

18. Inducción y conducción del parto

18.1 inducción

Definición

Es la provocación artificial del parto, de tal forma que se produzcan lo más fisiológicamente posible los fenómenos (dinámica uterina) que ocurren durante el parto y que culmina con la dilatación total del cérvix y el nacimiento del feto.

Indicaciones:

La inducción del trabajo de parto debe de considerarse cuando la continuación del embarazo, expone a riesgo al binomio madre-hijo y cuando no se contraindica el parto vía vaginal.

18.2 conducción

Definición

Es la estimulación artificial de las contracciones uterinas cuando el trabajo de parto ya se ha iniciado espontáneamente.

Indicaciones

- Fase de latencia prolongada, inercia primaria.
- Incoordinación o disminución de la contractilidad uterina.
- Detención del descenso y la dilatación

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la Inscripción precoz (antes de 12 semanas.) • Promover la vacunación según lo normado. • Orientar sobre importancia de asistir a sus controles. • Promover el parto hospitalario (plan de parto). • Identificar signos de peligro y consultar inmediatamente. • Orientar sobre toma de exámenes primero y segundo perfil. • Promover la consulta odontológica. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Toma de citología. - Auto examen de mama. • Realizar o coordinar tamizaje de violencia. • Coordinar con UCSF del AGI para seguimiento comunitario. • Promover la lactancia materna • Oriente sobre la evaluación por especialista a partir de las 36 semanas, si es control básico. • Orientar sobre alimentación e higiene. • Registrar las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. (PA, FC, FR, FCF). • Pesar y tallar a la usuaria. • Canalizar vena con catéter #18. • Cumplir líquidos endovenosos según indicación médica. • Administrar medicamento según indicación médica. • Tomar, enviar y reportar muestras de exámenes de perfil o según indique el profesional médico. • Orientar paciente y familia sobre hospitalización, permitiéndoles que exprese sus dudas y preocupaciones y aclarando oportunamente. • Trasladar a servicio de ingreso. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oriente a la paciente sobre el trabajo de parto: • Evitar pujar antes del tiempo. <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de respiración. - En la medida posible mantenerse en decúbito lateral izquierdo con respaldo a tolerancia. • Canalizar vena con catéter # 18 • Preparar oxitocina, según solución indicada. • Mantener goteo directo (no en Y). • Controlar goteo y permeabilidad de vena • Controlar frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar descenso y dilatación. • Controlar signos vitales maternos y fetales. • Vigilar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - RPM - Aumento de la presión arterial. - Disminución de movimientos fetales - Alteración de la frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar contracciones uterinas. <ul style="list-style-type: none"> - Duración - Intensidad - Frecuencia. • Vigilar estado de hidratación. • Vigilar vaciamiento de vejiga urinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control post parto antes de los 7 días. - Alimentación balanceada. - Guardar reposo. - Vigilar signos y síntomas de alarma. - Inscripción del recién nacido antes de los 7 días. - Cuidados básicos del recién nacido - Cumplir con tratamiento médico. - Cuidados de mamas e higiene. - Asistir al médico ante el apareamiento de signos de peligro. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Observar el estado emocional • Ofrecer apoyo aclarando dudas y preocupaciones oportunamente. • Preparar y equipar sala según protocolo del parto, vía vaginal o cesárea. • Apoyar en coordinar la presencia de pediatra o neonatólogo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

19. Parto distócico

19.1 Definición

Dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal.

19.2 Clasificación

Distocia dinámica: alteraciones de la contractilidad uterina que interfieren en la progresión normal del parto se divide en tres tipos:

- **Progreso insatisfactorio de la fase activa:** cuando la dilatación cervical se produce a una velocidad menor de un centímetro por hora o han pasado más de dos horas sin progreso en la fase activa del trabajo de parto (registrada en el parto-grama)
- **Fase expulsiva prolongada:** dilatación completa del cuello uterino desde hace una hora sin lograr la expulsión del feto (registrada en el parto-grama).
- **Fase de latencia prolongada:** cuando ha durado más de 20 horas en la primigesta y 14 ó más horas en la múltipara.

Distocias de presentación: alteraciones de la posición, presentación o variedad fetal que dificultan O imposibilitan el parto normal.

Distocias de partes óseas: alteración de la forma, dimensión o inclinación de la pelvis materna, que dificulta o imposibilita el parto vaginal.

Distocia de partes blandas: anormalidad de los tejidos blandos que participan en la labor de parto y cuya disfunción anatómico - funcional dificulta el parto.

Distocias fetales: se dividen en:

- **Por alteraciones fetales anatómicas:** hidrocefalia, anomalías abdominales o neurológicas, siameses.
- **Desproporción feto-pélvica:** surge de una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o más a menudo de una combinación de ambas
- **Distocia de hombros:** retención de los hombros después de la expulsión de la cabeza fetal.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la Inscripción precoz (antes de 12 semanas). • Promover la vacunación 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. (PA, FC, FR, FCF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control post

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>según lo normado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oriente sobre importancia de asistir a sus controles. • Promueva el parto hospitalario (plan de parto). • Identificar signos de peligro y consultar inmediatamente. • Orientar a toma exámenes primero y segundo perfil. • Promover la consulta odontológica. • Orientar sobre toma de: <ul style="list-style-type: none"> - Citología. - Auto examen de mama. • Realizar o coordinar tamizaje de violencia. • Coordinar con UCSF del AGI para seguimiento comunitario. • Promover la lactancia materna • Orientar sobre la evaluación por especialista a partir de las 36 semanas si es control básico. • Registrar las intervenciones de enfermería • Orientar sobre alimentación e higiene. • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Llevar control pre concepcional y consultar inmediatamente tenga retraso en el ciclo menstrual - Inscripción precoz (en el 1° trimestre de gestación en control prenatal. - Importancia de asistir a controles del prenatal. - Consultar ante presencia de signos y síntomas de alarma (sangramiento o salida de líquido tras vaginal, disminución de movimientos fetales, contracciones uterinas) - Evitar trabajos extenuantes. - Importancia del parto institucional y plan de parto. - Uso de ropa y zapatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar y tallar a la usuaria. • Canalizar vena con catéter #18. • Cumplir líquidos endovenosos según indicación médica. • Administrar medicamento según indicación médica. • Tomar, enviar y reportar muestras de exámenes de perfil o según indique el médico. • Orientar paciente y familia sobre hospitalización permitiéndoles que exprese sus dudas y preocupaciones y aclarando oportunamente. • Trasladar a servicio de ingreso. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente sobre el trabajo de parto: • Evitar pujar antes del tiempo. <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de respiración. - En la medida posible mantenerse en decúbito lateral izquierdo con respaldo a tolerancia. • Canalizar vena con cateter #18 • Preparar oxitocina, según solución indicada • Mantener goteo directo (no en Y). • Controlar goteo y permeabilidad de vena. • Controlar frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar descenso y dilatación. • Controlar signos vitales maternos y fetales. • Vigilar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - RPM - Aumento de la presión arterial. - Disminución de movimientos fetales - Alteración de la frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar contracciones uterinas: <ul style="list-style-type: none"> - Duración - Intensidad - Frecuencia. - Vigilar estado de hidratación. - Vigilar vaciamiento de vejiga urinaria. - Observar el estado emocional - Ofrecer apoyo aclarando dudas y preocupaciones oportunamente. - Preparar y equipar sala según protocolo del parto, vía vaginal o cesárea. - Apoyar en coordinar la presencia de pediatra o neonatólogo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>parto antes de los 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación balanceada - Reposo. - Orientar a vigilar signos y síntomas de alarma. - Inscripción del Recién nacido antes de los 7 días. - Cuidados básicos del RN. - Cumplir con tratamiento médico. - Cuidados de mamas e higiene. - Asistir al médico ante el apareamiento de signos de peligro. • Registrar intervenciones de enfermería • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados maternos. - Cuidados de higiene como baño diario y aseo vulvar. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Asistir a controles post-natal. (En los primeros 7 días). - Ingesta de dieta balanceada y abundantes líquidos. - Ejercicio y reposo moderado. - Cumplimiento de tratamiento indicado. - Importancia de planificación familiar. • Identificar signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia tras vaginal - Fiebre. - Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Dolor - Endurecimiento, dolor y

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>cómodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición, higiene y reposo. - Evitar prácticas de riesgo (alcohol tabaco, drogas, consumo de medicamentos sin prescripción médica). - Consumo de dieta balanceada y abundantes líquidos. - Reposo y ejercicio a tolerancia. - Realizar ejercicios de relajación (respiraciones profundas, escuchar música de su preferencia). - Seleccionar nombre de recién nacido/a y llevarlo el día del ingreso. 	<p style="text-align: center;">Atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir a paciente en cama con barandales con respaldo a tolerancia. • Identificar a paciente con expediente y brazalete. • Control de constantes vitales y reportarlos. • Orientarla sobre el trabajo de parto, dilatación y expulsión (tipo de respiración, fuerza, posición, dolor de la contracción, episiotomía). • Vigilar y reportar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento - Aumento de presión arterial - Disminución de movimientos fetales - Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal - Disminución y duración de contracciones uterinas. - Salida de cordón umbilical - Meconio o miembro del producto - Cefalea, visión borrosa, estado general de la paciente. - Fiebre • Vigilar goteos y permeabilidad de líquidos endovenosos • Mantener sala de reanimación neonatal equipada. • Tener sala de expulsión equipada. • Pasarla a expulsión en el momento oportuno. • Circular la atención del parto (cumplimiento de MATEP), atención del recién nacido y alumbramiento de placenta. • Realizar cuidados del recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> - Aspiración cuidadosa. - Vigilar frecuencia respiratoria, tono muscular, coloración, presencia de malformaciones. - Limpieza del recién nacido - Profilaxis ocular. - Curación umbilical. - Identificación correcta. - Toma de talla, temperatura, perímetro cefálico, permeabilidad del ano y toma de plantares. - Cumplir vitamina K - Abrigar a recién nacido. - Apego precoz. • Proporcionar equipo para sutura de episiotomía o desgarros. 	<ul style="list-style-type: none"> - rubor en mamas. - Visión borrosa - Edemas - Cefalea - Vómitos - Mareos - Disuria

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar las compresas con sangre. • Limpiar restos de sangre y heces de área genital. • Colocar gabacha limpia. • Abrigar usuaria y pasarla a recuperación. • En caso de cesárea, preparar región operatoria y tomar exámenes indicados. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre el procedimiento a realizar. • Interrogar sobre (hora de ingesta de alimentos, alergias a medicamentos, uso de dentadura postiza, padecimiento de enfermedades crónicas). • Control de signos vitales. • Colocarle gorro, zapateras. • Vigilar permeabilidad de líquidos endovenosos y verificar cumplimiento de indicaciones. • Trasladar paciente a quirófano (tiene que estar previamente equipado). • Colocar sonda transuretral posterior a anestesia raquídea o previo a anestesia general. • Realizar asepsia pre quirúrgica de área abdominal. • Vigilar el monitoreo de signos vitales y oximetría de pulso. • Pegar placa de cauterio en músculo cercano al área operatoria. • Vigilar y cuantificar, sangramiento, diuresis, líquidos administrados. • Llevar registro estricto de compresas, torundas suturas e instrumental utilizado al inicio y final de la cirugía. • Preparar goteo de oxitocina y entregarlo a anestesista. • Mantener caliente cuna térmica. • Apagar aire acondicionado previo al nacimiento del RN. • Realizar cuidados del recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> - Aspiración cuidadosa. - Vigilar frecuencia respiratoria, tono muscular, coloración, presencia de malformaciones - Limpieza del recién nacido - Profilaxis ocular. 	

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Curación umbilical. - Identificación del recién nacido. - Peso, talla, temperatura, perímetro cefálico, permeabilidad del ano y toma de plantares. - Cumplimiento de vitamina K. - Abrigo del recién nacido. • Limpiar y sellar herida operatoria. • Cumplir medicación indicada. • Cambiar gabacha y pasar paciente a recuperación. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Servicio de recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en carro camilla con respaldo si está indicado. • Colocar monitor de signos vitales y oximetría de pulso y registrarlos • Entregar RN a la madre (verificar: nombre, sexo, color, respiración, tono muscular, cordón umbilical). • Llevar balance hídrico. • Mantener vigilancia estricta de sangramiento transvaginal y de involución uterina. • Revisar apósitos de herida operatoria. • Mantener abrigada a paciente. • Vigilar estado de conciencia. • Cumplir líquidos endovenosos y medicamentos. • Tomar exámenes de laboratorio. • Observar y reportar complicaciones (sangramiento de región operatoria, trans vaginal, dolor, hipotensión, hipertensión, hematuria, oliguria, fiebre, vomito). • Dar orientación sobre: lactancia materna, signos y síntomas de alarma maternos y recién nacido, métodos de planificación familiar, importancia de control pos parto y de recién nacido. • Trasladar paciente y recién nacido a servicio correspondiente. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir paciente en cama con barandales y respaldo a tolerancia. • Identificar a paciente y recién nacido con expediente y brazalete. • Revisar llenado de plantares según hoja de 	

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	ingreso y egreso. <ul style="list-style-type: none"> • Verificar signos de alarma y reportarlos: madre: presencia de sangramiento, involución uterina, estado de conciencia, signos vitales, estado de herida operatoria o episiotomía, diuresis, hidratación, dolor, estado de mamas. RN: tono muscular, color, respiración, sexo, cordón umbilical, succión, vomito. • Mantener paciente en reposo sin respaldo en caso de cesárea. • Motivar a deambulación temprana. • Dar continuidad a tratamiento. • Proporcionar dieta al estar indicada. • Motivar a ingesta de abundantes líquidos. • Promover la lactancia materna. • Realizar aseo vulvar y asistir cuidados de higiene. • Proporcionar baño y cuidados a RN (curación de cordón umbilical, cambio de pañal, lubricación de piel). • Aplicar vacuna BCG si no está contraindicada. • Registrar las intervenciones de enfermería. 	

20. Parto con compromiso del bienestar fetal

20.1 Definición de compromiso de bienestar fetal

Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico basal del feto. Disminución del intercambio materno fetal de oxígeno que se expresa con disminución de movimientos fetales, alteraciones de la FCF y acidosis fetal. Si es severo puede llegar a la muerte fetal.

20.2. Diagnóstico

- Falta de control prenatal adecuado.
- Edades reproductivas extremas (mayores de 40 o menores de 15 años)
- Anemia y desnutrición.
- Factores socio-económicos desfavorables: tabaco, alcohol, drogas, violencia familiar.
- Patología materna: trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, diabetes gestacional, procesos infecciosos recurrentes, síndrome supino hipotensivo o por anestesia o choque.
- Patología fetal: malformaciones congénitas, restricción del crecimiento fetal, embarazo múltiple - transfusión gemelo a gemelo.
- Patología útero placentaria: placenta previa, inserciones anómalas de cordón umbilical, hipercontractilidad uterina, insuficiencia placentaria.
- Patología funicular: torsiones, circulares, nudos, procidencia, prolapso, pinzamientos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción prenatal precoz (antes de las 12 semanas de embarazo) y asistencia a sus controles prenatales. - Importancia del parto institucional. - Identificar signos de riesgos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia y salida de líquido transvaginal. ✓ Disminución de movimientos fetales. • Condiciones maternas que pueden producir signos de sufrimiento fetal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertiroidismo. ✓ Abrupto placentario crónico. ✓ Placenta previa. ✓ Gestación múltiple. ✓ Gestación postérmino. ✓ Insuficiencia placentaria ✓ Trabajo de parto prolongado ✓ anomalías fetales congénitas ✓ Anomalías cromosómicas. ✓ Cardiopatías congénitas ✓ Anemia ✓ Fármacos (oxitócica, anestésicos, meperidina, misoprostol) ✓ Desnutrición ✓ Hipertensión arterial ✓ Hipotiroidismo ✓ Desprendimiento de placenta ✓ Diabetes ✓ Inmunización por RH - Realizar actividades diarias que no generen fatiga física. - Alimentación 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales maternos fetales y reportar al médico anomalías. • Mantener monitoreo fetal. • Mantener a usuaria con respaldo de 45° • Colocar oxígeno, según indicación médica • Asistir a paciente en pruebas de bienestar fetal. • Observar las características de las contracciones uterinas: intensidad, duración y frecuencia. • Observar el color de líquido amniótico si las membranas estuvieran rotas, presencia de meconio o sangramiento y reportar de inmediato. • Cumplir indicaciones médicas oportunamente. • Canalizar acceso venoso con catéter nº 18 e hidratar con solución endovenosa indicada. • Tomar exámenes de laboratorio, según indicación médica (hemograma completo, tipo y RH, prueba cruzada, pruebas de coagulación). • Mantener a la usuaria nada por boca. • Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia. • Preparar a usuaria para procedimiento quirúrgico. • Coordinar con sala de operaciones para la cirugía indicada. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar frecuencia cardíaca fetal de forma continua a través de monitor electrónico y reportar cambios. • Ante la presencia de signos de sufrimiento fetal, las acciones serán: <ul style="list-style-type: none"> - Suspender la oxitocina, si la tiene indicada. - Preparar a usuaria para intervención quirúrgica de urgencia si está indicada. - Coordinar con sala de operaciones el traslado de la usuaria. - Colocar a usuaria en decúbito lateral izquierdo. - Mantener acceso venoso permeable. - Proporcionar apoyo emocional a la usuaria. - Controlar signos vitales reportando 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos de infección: tumefacción, calor y rubor de herida operatoria, salida de secreción transvaginal fétida. - Como realizarse los cuidados higiénicos diarios. - Importancia del uso de métodos de planificación familiar para favorecer el espaciamiento de los embarazos. - Cuidados de la herida operatoria. - Lactancia materna exclusiva durante seis meses. - Cumplir con el tratamiento médico prescrito. - Cuidados del recién nacido/a: baño, alimentación y descanso. - Control del recién nacido/a en establecimiento de salud más cercano. - Orientar sobre horarios de visita en servicio de neonatología. • Registrar las intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>balanceada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingerir abundantes líquidos. - No ingerir drogas ni alcohol. - Evitar el cigarrillo. - Uso de ropa holgada. - Acudir al establecimiento de salud más cercano, al iniciar dolores lumbo pélvicos, para la detección oportuna de factores de riesgo. • Registrar intervenciones de enfermería 	<p>anormalidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno según indicación médica. - Controlar las contracciones uterinas evaluando: intensidad, duración y frecuencia. - Vigilar y reportar salida de líquido amniótico y sus características si las membranas estuvieran rotas. - Coordinar la atención del recién nacido por pediatra o neonatólogo(a). • Asegurar el estricto cumplimiento de medicamentos según indicación médica. • Mantener abrigada a la paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo emocional y orientación a la usuaria acerca de la cirugía a la que será sometida. • Asegurarse que el área de reanimación neonatal esté equipada para la atención del recién nacido(laringoscopio con hojas nº 0, 00, tubos endotraqueales nº 2.0,2.5,3.0,3.5,equipo de cateterismo umbilical, catéter umbilical nº 3.5,5, hoja de bisturí nº15, cinta umbilical, seda0, ambu, aspirador de meconio, oxímetro de pulso, perilla nº 2, sonda de aspirar nº 5,8, cuna térmica caliente, compresas tibias, medicamentos adrenalina y bicarbonato de sodio, incubadora de transporte). • Informar a médico(a) pediatra o neonatólogo para la atención del recién nacido(a). • Colocación de gorro y preparar bolsa plástica según edad gestacional. • Trasladar recién nacido a servicio de neonatología o referir a nivel de mayor complejidad, previa valoración médica. • Vigilar condición y estado de la usuaria durante la cirugía. • Pasar paciente a sala de recuperación y brindar cuidados post- cesárea. • Trasladar recién nacido a servicio de neonatología, previa valoración de su estado general. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Pos operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales según rutina y reportar anomalías. 	

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener a usuaria en cama sin respaldo y en reposo absoluto durante 12 horas en caso de anestesia raquídea. • Movilizar tempranamente a la usuaria según su condición en caso de anestesia general. • Cumplir indicaciones médicas. • Controlar balance hídrico, según condición de la paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

21. Síndrome de feto muerto

21.1 Definición

Es la muerte intrauterina del producto de la concepción en cualquier momento una vez que se han cumplido 20 semanas de edad gestacional (500gr o más) ocurrida antes del inicio del trabajo de parto.

21.2 Etiología

- Causas desconocidas.
- Causas fetales: malformaciones múltiples, anomalías cromosómicas, displasias, metabólicas.
- Causas maternas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, anticoagulante lúpico, trauma materno, embarazo prolongado e infecciones intrauterinas, TORCH.
- Causas placentarias y cordón: corioamnionitis, abrupcio de placenta, nudos o compresión de cordón, transfusión feto-materno (isoimmunización Rh).
- Retardo del crecimiento intrauterino.

21.3 Manifestaciones clínicas

- Ausencia de movimientos fetales durante horas, 1 o 2. días.
- No auscultación de foco fetal con dopler.
- Tamaño uterino no corresponde con la edad gestacional.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar confianza y apoyo espiritual • Explicar la importancia del parto institucional. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Toma de exámenes de gabinete. - Sobre signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a la usuaria: • Tomar signos vitales, talla y peso. • Canalizar vena y tomar exámenes indicados. • Asistir a la paciente al examen físico. • Explíquele a paciente y familia la condición del feto (óbito fetal). • Prepare y traslade a la paciente al servicio según indicación. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma puerperales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreción vaginal fétida - Baño diario e higiene

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salida de secreción vaginal ✓ Sangrado. • Explicar los posibles factores de riesgo que llevaron al fallecimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Malformación congénita - Anomalías cromosómicas - RCIU - Diabetes mellitus. - Hipertensión no tratada. • Acompañar y ofrecer apoyo psicológico a la pareja y familia proporcionándole confianza para que expresen sus miedos y temores. • Motivar a la pareja a mantener una comunicación mutua para evitar posibles conflictos y referir con psicología. • Referir al nivel de mayor complejidad, de ser necesario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tome signos vitales • Vigilar los signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre. - Salida de secreción vaginal. - Sangrado. • Mantener acceso venoso permeable. • Cumplir tratamiento médico. • Reportar exámenes de laboratorio. • Mantener nada por boca. • Vigilar si desencadena trabajo de parto posterior a cumplimiento de oxitocina o prostaglandina. • Mantener privacidad de la usuaria. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Unidad de partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con intervención de parto. • Cumplir con los cuidados inmediatos del posparto según lineamientos. • Mostrar recién nacido(a) a la madre y respetar su decisión en todo momento. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de rutina post parto. • Manejo de congestión y malestar mamario (soporte del pecho, con un sujetador o vendaje, no extracción de leche). • Proporcionar analgésicos, según indicación médica. • Vigilar efectos secundarios si se ha cumplido inhibidores de leche materna (vómito, náuseas, signos de trombosis). • Coordinar interconsulta con psicología de ser necesario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>vulvar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Tomar sus medicamentos según indicación médica. - A la familia y la pareja explicar que deben ser paciente con respecto al duelo de la paciente. - Oriente a la paciente a usar sostén apretado hasta que se suprima la lactancia materna, la cual durará de 7 a 14 días post parto. • De una amplia información sobre signos de depresión: <ul style="list-style-type: none"> - Nostalgias. - Llanto y desesperación - Alucinaciones. - Culpa y perturbación. • Ayúdela a integrarse a grupos de apoyo. • Asistir al control posparto antes de los 7 días. • Tomar citología a los 40 días. • Brindar consejería de planificación familiar. • Orientar a usuaria y familia sobre la preparación preconcepcional. • Al alta entregar hoja de referencia y retorno, recetas y tarjeta de citas. • Registrar intervenciones de enfermería.

22. Infección y fiebre puerperal

22.1 Definición

Fiebre puerperal: proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38°C, separados al menos por 6 horas, en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.

Es una de las principales causas de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar, que llevan al choque séptico.

22.2 Etiología Microorganismos patógenos en el tracto genital femenino, después de rotura de membranas y durante el trabajo de parto es fácil que se contamine la cavidad uterina por las bacterias vaginales o cervicales, la corioamnionitis y el parto por cesárea después del inicio del trabajo de parto,

exámenes vaginales múltiples, estado nutricional deficiente, anemia, las infecciones vaginales con estreptococos del grupo B; las infecciones endocervicales con *Clamidia trachomatis*, la enfermedad subyacente como la diabetes y laceraciones en el tracto reproductivo.

Las heridas placentarias en la pared uterina, en el canal del parto, la episiotomía o desgarros perineales que junto a la pérdida hemática favorecen la contaminación bacteriana y la involución uterina que implica la presencia de productos de desintegración (loquios), favoreciendo el desarrollo de gérmenes.

Los partos prolongados, tactos vaginales a repetición, monitoreo interno, la exposición quirúrgica (cesárea), son un potencial para una posterior infección, además el bajo nivel socioeconómico y cultural (creencias).

Etiología de la sepsis en obstetricia

Causas directas	Causas indirectas
Endometritis post- parto o post- cesárea	Apendicitis
Infección de sitio quirúrgico	Colecistitis
Retención de restos ovulares	Peritonitis
Aborto	Neumonía
Corioamnionitis	Endocarditis
Infección de vías urinarias, pielonefritis	VIH:Sida
Feto muerto	
Aspiración pulmonar pos-cesárea	
Infección por catéteres	

22.3 Manifestaciones clínicas

La sintomatología dependerá del grado y localización de la infección.

Las infecciones a nivel de la episiotomía muestran los signos y síntomas siguientes: quejas de intensidad inusual de molestia, dolor localizado, lesión hiperémica y edematosa, secreción purulenta y sanguinolenta, falta de aproximación de los bordes, fiebre y disuria. En la endometritis puede haber: fiebre, anorexia, malestar general, calofrío, dolor abdominal y sensibilidad uterina, loquios hemáticos y fétidos, entuertos intensos, vómitos y diarrea.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1er. Trimestre de gestación en el programa de atención materna. - Vacunar con toxoide Tetánico. - Referir a laboratorio para toma de exámenes complementarios según normativa vigente. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Controlar signos vitales y reportar alteraciones. • Informar a la usuaria y familia sobre el proceso de la enfermedad. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. • Llevar a ultrasonografía según indicación médica, para confirmar diagnóstico y manejo adecuado. • Asistir a la usuaria en el examen médico. • Identificar correctamente muestras para directo y cultivo de secreción vaginal o de herida operatoria. • Iniciar tratamiento con líquidos endovenosos y antibióticos según indicación, posterior a la toma de cultivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Control post natal e inscripción infantil en el establecimiento de salud más cercano. - Continuar con el tratamiento indicado. - Realizar ejercicios moderados. - Cuidados higiénicos maternos y del

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de controles prenatales subsecuentes. - Alimentación balanceada. - Control con odontología y nutricionista según necesidad. - Ingerir líquidos orales abundantes. - Cuidado personal diario, incluyendo aseo perineal. - Atención del parto institucional. - Consultar al establecimiento de salud más cercano ante la salida de líquido transvaginal. - Parto institucional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir indicaciones médicas. • Bajar temperatura por medios físicos si es mayor de 38.5°C. • Orientar a la familia acerca de cuidados del recién nacido/a, cuando por la condición de la madre no queda en alojamiento conjunto. • Trasladar paciente a servicio según indicación médica • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales y reportar alteraciones. • Bajar temperatura por medios físicos si es mayor de 38.5°C. • Proporcionar dieta rica en proteínas, vitamina C y líquidos orales abundantes • Asistir a la usuaria en los cuidados de higiene, si ella no está en condiciones de hacerlo. • Asistir a la usuaria durante la curación de herida operatoria u otro procedimiento. • Propiciar un ambiente cómodo. • Cumplir indicaciones médicas. • Efectuar aseo vulvar tres veces al día y verificar características de los loquios: color, olor, consistencia. • Proporcionar toallas sanitarias las veces necesarias. • Ayudar a la usuaria en la deambulaci3n. • Cambiar apósitos las veces necesarias. • Ayudar a usuaria para que visite a su hijo/a si se encuentra hospitalizado/a. • Ayudar a la usuaria al vaciamiento mamario, si no fuera posible amamantar. • Iniciar lactancia materna lo más pronto posible. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>recién nacido/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingerir dieta rica en proteínas y en vitamina C. - Líquidos orales abundantes. - Asistir a las citas médicas programadas. - Métodos de planificación familiar. - Acudir al establecimiento de salud más cercano ante presencia de infección como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Dolor abdominal intenso. ✓ Salida de secreción purulenta. ✓ Calofríos. - Lactancia materna exclusiva por seis meses. - Importancia de controles subsecuentes del recién nacido/a. - Entregar referencia y/o retorno, recetas al alta. • Registrar intervenciones de enfermería.

23. Acretismo placentario

23.1 Definición

Defecto de placentación donde el trofoblasto, puede invadir o penetrar el miometrio debido a la ausencia parcial o total de la decidua basal y una deficiente formación de la capa de Nitabuch.

23.2 Factores de riesgo:

- Cesárea previa
- Cirugías previas uterinas (miomectomía, legrado)
- Infecciones (endometritis)

- Implantación cornual
- Malformaciones uterinas
- Miomas
- Multiparidad
- Placenta previa
- Edad materna mayor de 35 años.

23.3 Clasificación

Según el grado de penetración:

- Acreta: las vellosidades coriales se adhieren al miometrio superficial.
- Increta: las vellosidades coriales invaden miometrio.
- Percreta: la penetración de las vellosidades coriales perforan el miometrio y alcanzan la serosa del útero (puede haber penetración de estructuras vecinas como recto o vejiga).

Según extensión:

- Total: más frecuente, abarca todos los cotiledones.
- Parcial: dos o más cotiledones.
- Focal: un cotiledón.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Dar consejería de preconcepción. • Llenado de hoja filtro. • Medidas antropométricas talla y peso. • Evaluación del estado nutricional, (IMC índice masa corporal). • Toma de presión arterial • Control prenatal: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar examen físico - Realizar examen de mama y toma de PAP. - Proveer micronutrientes. - Vacunación. - Referir a toma de exámenes. - Consejería según trimestre del embarazo. - Referencia a chequeo odontológico. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales: T.A, pulso, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca, temperatura y FCF. • Canalizar dos venas periféricas con catéter de grueso calibre # 18. • Cumplir oxiótico de forma inmediata según indicación médica. • Vigilar presencia de signos de choque hipovolémico (estado de conciencia, frialdad, sangramiento, hipotensión, palidez). • Mantener paciente abrigada. • Administrar oxígeno según necesidad e indicación médica. • Balance hídrico y diuresis horaria. • Tomar y reportar exámenes de laboratorio de urgencia: hematocrito, hemoglobina, prueba cruzada y pruebas de coagulación, tipo y RH • Cumplir transfusión sanguínea según indicación médica, reportar reacciones adversas. • Vigilar las variaciones de curva febril. • Orientar a la familia /o usuaria sobre condición y tratamiento y obtener consentimiento informado. • Ante indicación de pasar a la usuaria a sala de operaciones: 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de herida operatoria. • Orientación nutricional. • Orientar sobre inicio de relaciones sexuales • Orientar sobre signos de infección: fiebre, secreciones fétidas, dolor, rubor, calor • Importancia de acudir a sus controles. • Cuidados higiene y comodidad. • Cuidados centrados en la familia. • Ofrecer consejería en caso de histerectomía y mantener comunicación efectiva con la usuaria y familia, aclarar dudas, temores y preocupaciones. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir cuidados preoperatorio. - Colocar vendaje en miembros inferiores (evitar trombo embolismo). - Mantener abrigada. • Registrar intervenciones de enfermería <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado general de paciente. • Control de signos vitales cada 4 horas T.A, pulso, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca, temperatura. • Cumplir analgésicos, según indicación médica. • Vigilar apósitos de herida operatoria (valorar sangramiento). • Vigilancia de permeabilidad de líneas vasculares. • Control de balance hídrico y diuresis horaria • Vigilar sangramiento tras vaginal. • Vigilar motilidad intestinal. • Cuidados de higiene y comodidad: baño en cama, aseo bucal, lavado de cabello • Asistir la deambulación temprana. • Cuidado de sonda vesical y aseo vulvar tres veces día • Cumplir medicamentos indicados. • Cuidados centrados en la familia. • Mantener comunicación efectiva con la usuaria • Aclarar dudas, temores y preocupaciones. • Mantener abrigada a paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

24. Hemorragia posparto

24.1 Definiciones

Hemorragia pos-parto: sangrado vaginal mayor de 500 ml después del parto vaginal o mayor de 1,000 ml pos-cesárea o disminución del 10% en el hematocrito de ingreso.

Hemorragia pos-parto temprano: pérdida sanguínea mayor de 500 ml durante las primeras 24 horas pos-parto, o la presencia de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea.

Hemorragia pos-parto tardío: es el sangrado que se presenta después de las 24 horas pos-parto, hasta las seis semanas después del parto

24.2 Causas:

Atonía e hipotonía uterina: pérdida o disminución de la tonicidad del útero luego del periodo expulsivo del parto, que origina hemorragia.

Inversión uterina: se caracteriza por la presencia de una masa violácea que protruye a través del introito vaginal, vagina o cérvix, junto a dolor y signos o síntomas de choque excesivos para la cantidad del sangrado.

Dehiscencia uterina: separación de la cicatriz uterina inferior que no penetra la serosa y raramente causa hemorragia significativa.

Ruptura uterina: separación completa de la pared uterina, que puede causar hemorragia significativa y compromiso del bienestar fetal.

Retención placentaria: alumbramiento placentario que no se produce luego de 30 minutos del segundo período del parto y que se acompaña de sangrado abundante, pese a realizar manejo activo del tercer período del parto.

Retención de fragmentos placentarios: alumbramiento incompleto de la placenta que provoca sangrado uterino persistente o hemorragia pos-parto tardío. En la inspección de la placenta se evidencia ausencia de una o más porciones de la superficie materna.

24.3 Condiciones asociadas:

- Edad materna mayor de 35 años
- Multiparidad
- Sobre distensión uterina
- Fibromatosis uterina
- Antecedentes de hemorragia postparto
- Parto precipitado (con duración menor de 3 horas)
- Trabajo de parto prolongado
- Uso de oxitócicos
- Partos instrumentales.
- Pre- eclampsia /eclampsia
- Placenta previa
- Abruption de placenta
- Infecciones uterinas.

24.4 Manifestaciones clínicas

- Sangrado transvaginal abundante.
- Signos y síntomas de choque hipovolémico (hipotensión, taquicardia, palidez, lipotimia).
- Reducción mayor o igual al 10% de hematocrito, comparado con el del ingreso.

Intervenciones de enfermería

Promoción/prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). - Vacunar con toxoide tetánico a las 16 semanas de embarazo. - Referencia al médico según clasificación del control. - Comer alimentos ricos en hierro, como hígado, cereales, huevos y frutos secos. 	<p style="text-align: center;">Emergencia (Parto extra hospitalario)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colocar a la paciente en posición de semi fowler. ● Identificar el estado de conciencia de la paciente. ● Balance hídrico y diuresis horaria ● Cumplir indicaciones médicas. ● Tomar signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial. - Respiración. - Frecuencia cardiaca materna - Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> ● Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de peligro como sangramiento y fiebre. - Asista al control post-natal. (antes de los 7 días). - En caso de no haber realizado prueba de Tamizaje neonatal en el hospital orientarla que asista al tercer día al establecimiento de salud

Promoción/prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Comer alimentos ricos en ácido fólico, como harinas, brócoli. - Comer alimentos ricos en vitamina C, como los cítricos y vegetales; para favorecer la absorción de hierro de forma más eficiente. - Tomar suplementos vitamínicos y minerales, especialmente ácido fólico. • Brindar trato humanizado. • Detectar factores de riesgo y complicaciones. • Asegurarse del formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno, estén correctamente llenos. • Dar educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> • Canalizar acceso venoso con catéter #18, iniciar líquidos endovenosos según criterio medico (dos venas). • Tomar exámenes de laboratorio y enviarlos urgente. • Realizar masaje uterino. • Si la usuaria va a ser referida a un hospital de tercer nivel o regional deberá ser acompañada por un médico, anestesista y enfermera. • Si medico decide intervención quirúrgica preparar a usuaria para legrado, revisión de canal vaginal o histerectomía. • Pasar paciente a partos o sala de operaciones. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hemorragia pos parto intrahospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar acceso venoso con catéter número 18, dos venas y tomar muestras sanguíneas y enviar al laboratorio urgente. • Cumplir MATEP (Manejo activo del tercer periodo del parto). • Antes de administrar oxitocina asegurase que no exista presencia de otro producto. 	<p>más cercano y antes de los 28 días de nacido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar la toma de exámenes de laboratorio o gabinete de acuerdo a evolución clínica - Alimentación adecuada a la madre y líquidos orales abundantes. - Mantener abrigado al recién nacido. - Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses. - Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. - Cuidados básicos del recién nacido. - Estimulación temprana del recién nacido.
Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de los controles prenatales. - Uso de ropa adecuada. - Higiene y reposo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas, - No auto medicarse. - Signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓Edema. ✓Aumento de la presión arterial ✓Sangramiento. ✓Expulsión de líquido por vagina. ✓Fiebre. ✓Dolor ✓Cefalea ✓Visión borrosa ✓Epigastria ✓Disminución de los movimientos fetales. • Ante un embarazo con riesgo obstétrico debe ser atendida por un especialista. • Realizar visita de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizarle masaje uterino continuo para expulsar sangre y coágulos. • Cumplir macro dosis de oxitocina, según indicación médica. • Activar código rojo • Toma de muestras de laboratorio hematocrito, hemoglobina, tpeo y Rh, prueba cruzada, tiempos de coagulación y otros según indicación médica, reportar resultados. • Control de signos de choque hipovolémico: palidez, frialdad, cianosis, hipotensión, taquicardia, sudoración, somnolencia, desorientación, inconsciencia. • Tramitar transfusión de hemoderivados según criterio médico. • Administrar oxígeno según indicación médica. • Si la usuaria pasa a sala de operaciones, cumplir cuidados pre-operatorios según necesidad: • Identificar a usuaria con expediente clínico. • Observar el estado de conciencia. <p style="text-align: center;">Recuperación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar consejería sobre Planificación familiar y ofertar los métodos existentes. - Entregar carnet materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido y se le orientará sobre su utilidad en el control puerperal. • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Continuar tratamiento médico. - Acudir a consulta médica ante la presencia de signos de peligro. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Inscripción y vacunación

Promoción/prevenición	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del parto institucional. • Orientar sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Preparación de la ropa del Recién nacido. - Control posnatal y planificación familiar - Inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido. - Lactancia materna exclusiva, si la condición de la usuaria lo permite. - Referir a consulta odontológica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar permeabilidad de vena. • Cumplir indicaciones médicas. • Mantener abrigada a paciente. • Observar sangramiento transvaginal. • Vigilar distensión abdominal • Trasladar paciente a servicio según indicación médica • Control de signos vitales y reportarlos en la papelería respectiva. • Alojamiento conjunto según condición de la madre. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balance hídrico y diuresis horario. • Inicio de lactancia materna exclusiva, si el estado de la paciente lo permite. • Vigilar signos y síntomas de infección en la madre y en el recién nacido. • Realizar y/o asistir en los cuidados de higiene, ejemplo baño diario • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>del recién nacido y controles de crecimiento y desarrollo en UCSF.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afiliación temprana del recién nacido en municipalidad. • Registrar intervenciones de enfermería.

25. Coagulación intravascular diseminada (CID)

25.1 Definición

Trastorno hematológico adquirido, encontrándose los mecanismos hemostáticos anormalmente activados, caracterizándose por el alto consumo de factores pre coagulante más fibrinólisis.

25.2 Clasificación: Aguda o crónica, localizada o diseminada, intravascular o extravascular.

25.3 Etiología

Aguda:

- Accidentes obstétricos: embolismo del líquido amniótico, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de HELLP, pre eclampsia-eclampsia, secundario a sangrado obstétrico masivo, hígado graso agudo del embarazo.
- Hemólisis intravascular.
- Reacción hemolítica transfusional.
- Bacteriemias o viremias y fungemias.
- Diseminación de malignidad y/o leucemias.
- Vasculitis y otros desordenes vasculares.

Crónica:

- Síndrome de feto muerto.
- Enfermedad cardiovascular.
- Metástasis enfermedad hematológica.
- Enfermedades del colágeno

- Renales
- Diversas: diabetes, enfermedad inflamatoria crónica, hiperlipoproteinemias.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción en el primer trimestre gestacional. - Importancia de asistir a los controles prenatales y con otros especialistas si los tiene. - Importancia de ingerir suplementos vitamínicos y medicamentos especiales indicados. - Asistir a un centro hospitalario para la atención del parto. - Portar sus documentos de identidad personal incluyendo su carné materno. - Evitar ropa apretada. - No suspender medicamentos para la hipertensión o infecciones. - Controlarse la presión arterial periódicamente. - Realizarse los exámenes de control. - Vigilar signos de peligro: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Petequias ✓ Equimosis ✓ Sangrado. ✓ Vómito o heces con sangre. ✓ Ictericia • Investigar sobre dolores óseos y articulares. • Alteración de la visión. • Orientar sobre no consumo de cigarrillos, alcohol, drogas ya que son nocivos para el bienestar materno-fetal. • No tomar medicamentos sin prescripción médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir en toma presión venosa central, según indicación médica. • Colocar sonda vesical y valorar características del drenaje. • Trasladar a paciente a la unidad que corresponda según criterio médico. • Informe a la familia condición de la paciente. • Preparar paciente para cesárea, según criterio médico. • Trasladar a la usuaria al tercer nivel para manejo según grado de complejidad. • De ser posible involucrar en el traslado a los familiares para que aporten datos de la usuaria al tercer nivel. • Evitar puncionar innecesariamente. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar el estado de conciencia de la paciente. y realizar traslado hacia la unidad de forma inmediata. • Observar si existen signos de alteración respiratoria: disnea, ortopnea y cianosis. • Vigilar cambios en el estado psíquico: desorientación, confusión, letargo, nerviosismo y angustia. • Brindar maniobras de soporte ventilatorio si paciente lo requiere. • Cambios de posición c/2h o según condición de la paciente evitando la manipulación innecesaria. • Mantener en reposo absoluto con respaldo a 45. • Efectuar cuidados higiénicos en cama. • Hacer uso de dispositivos mecánicos, evitando pliegues en ropa de cama. • Llevar registro de cambios de posición • Mantener signos vitales monitorizados y reportarlos. • Vigilar sangrado de sitios de punción, mucosa o transvaginal. • Administrar líquidos endovenosos como expansores de volumen según indique el médico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales. ✓ Dolor ✓ presencia de equimosis o petequias • Importancia de asistir a sus controles en el hospital • Cumplir con tratamiento médico indicado. <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene como baño diario. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Promover el acompañamiento de un familiar en las actividades iniciales a su recuperación. - Entregar tarjeta de cita, recetas y referencias. • Registro de intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestra y enviar orden de transfusión. • Transfundir hemoderivados, según indicación médica, observando posibles reacciones adversas. • Tomar hematocrito y hemoglobina seis horas posterior a la transfusión • En la medida evitar cumplir medicamento intramuscular. • Medir la pérdida de sangre. • Vigilar: <ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea - Taquicardia - Sangrados - Signos de choque hipovolémico. - Apoye a la paciente a permanecer tranquila y evitar el miedo. • Mantener líquidos endovenosos en bomba de infusión. • Control de balance hídrico. • Cumplir indicaciones médicas. • Observar si presenta trabajo de parto. • Si desencadena trabajo de parto trasladar a paciente al servicio indicado. • Vigilar posibles variaciones de los signos vitales. • Aseo vulvar tres veces al día, por presencia de sonda vesical. • Realizar cuidados de piel y mucosa 2vd • Efectuar curación de catéter central, colocando fecha de curación. • Coordinar con médico(a) tratante para mantener informada a la familia sobre manejo evolución y pronóstico de paciente. • Al resolver cuadro clínico integrar a paciente en actividades como: <ul style="list-style-type: none"> - Deambulación asistida. - Baño en ducha. • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente. • Despejar todas las dudas para disminuir temores y ansiedades, darle confianza con frases y simples que pueda entender y estimular a paciente para que exprese sus sentimientos. • Vigilar aparición de edemas. • Mantener vendaje en miembros inferiores. • Proporcionar cuidados de la piel en pacientes con edemas, tales como lavado, cambios posturales frecuentes. • Uso de dispositivos mecánicos, evitando 	

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	pliegues. <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar la ansiedad, tranquilizando y explicando todos los procedimientos que se le realizan. • Administrar medicamentos por vía oral o través de catéter central, evitar las inyecciones IM. • Retirar gentilmente cintas adhesivas de la piel. • Observar las heces, orina y vómito para descubrir sangre oculta. • Observar: <ul style="list-style-type: none"> - Color de la piel y las mucosas, si hay petequias - Frialdad en manos y pies - Si presenta hemorragia gingival nasal, conjuntivas y escleróticas - Ictericia - Hemoptisis. • Interrogar sobre dolores óseos y articulares. • Registro de intervenciones de enfermería. 	

26. Edema agudo de pulmón en el embarazo

26.1 Definición

El edema agudo de pulmón se define como la acumulación de líquido en el espacio alveolar e intersticial, que ocasiona una inadecuada difusión de oxígeno y bióxido de carbono, por aumento de la presión intracapilar pulmonar y disminución de la presión colidosmotica, lo que origina el síndrome de fuga capilar a nivel pulmonar.

26.2 Etiología

Las causas más frecuentes son traumas, trombo embolismo pulmonar, hemorragia aguda, pre eclampsia – eclampsia, sepsis, cardiomiopatía, insuficiencia cardiaca y edema agudo pulmonar, administración excesiva de líquidos ,arritmias, miocarditis, embolismo pulmonar, infarto del miocardio, insuficiencia renal, insuficiencia ventricular izquierda.

Existen mecanismos fisiológicos que producen edema pulmonar e incluyen: fallo cardíaco, por exceso en el volumen de precarga, disminución de la contractilidad miocárdica, aumento de la pos carga y arritmias, especialmente en pacientes con lesión estructural valvular; baja presión colidosmotica o aumento de la permeabilidad capilar pulmonar.

Las causas de edema agudo pulmonar en el embarazo se asocian con el uso de fármacos beta-agonistas, dosis altas de magnesio o por sobrecarga de líquidos frecuentemente en el puerperio inmediato.

26.3 Factores de riesgo:

Pre eclampsia/eclampsia, el uso de terapia tocolítica, una infección severa, enfermedades cardíacas, sobrecarga hídrica iatrogénica y la gestación múltiple. Además, los cambios fisiológicos en el embarazo pueden predisponer a la embarazada al edema agudo de pulmón.

26.4 Manifestaciones clínicas

Angustia, inquietud, disnea, dificultad para hablar, ortopnea, polipnea (30 o 40 x'), respiración superficial, taquicardia, hipertensión arterial, piel fría, pegajosa y húmeda. Puede haber cianosis, estertores, tos con esputo espumoso y asalmonado

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria. - Sensación de cansancio y/o debilidad. - Tos seca y frecuente. - Edema de pies, piernas y/o abdomen. • Ante la aparición de uno o varios de estos signos/síntomas, se debe consultar de inmediato a un centro hospitalario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia. • Mantener vías aéreas permeables • Colocar en posición de semifowler o fowler. • Administrar oxígeno según indicación médica. • Proporcionar apoyo emocional a paciente • Permitir a familia exprese dudas y preocupación aclarándolas en forma oportuna. • Verificar equipo de reanimación cardiopulmonar este completo. • Tomar signos vitales materno –fetal. • Canalizar dos accesos venosos con catéter de grueso calibre. • Tomar y reportar exámenes indicados y enviar urgente al laboratorio. • Cumplir fármacos de acuerdo a indicación médica. • Control de balance hídrico y diuresis • Observar signos y síntomas de deterioro neurológico. • Colocar o asistir en sonda vesical y valorar características de eliminación urinaria. • Asistencia en tomar gases arteriales y llevar de inmediato al laboratorio. • Al resolver cuadro clínico integrar a paciente en actividades que no generen fatiga ni disnea como: <ul style="list-style-type: none"> - Deambulaci3n asistida - Baño en ducha asistida • Establecer relaci3n enfermera paciente, permitiéndole expresar y aclarar dudas. • Apoyo emocional y espiritual. • Observar si existen signos de alteraci3n respiratoria como: disnea, ortopnea y 	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar un ambiente tranquilo y cómodo, para favorecer el reposo. • Cumplir con régimen terapéutico médico y de enfermería. • No ingerir alcohol y evitar consumo tabaco. • Mantener peso adecuado. • Promover apoyo familiar en actividades. • Explicar cómo identificar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad respiratoria - Sensaci3n de cansancio y/o fatiga - Tos seca y frecuente - Edema de pies, piernas y/o abdomen. • Ante la aparición de uno o varios de estos signos o síntomas, se debe consultar de inmediato a un centro hospitalario. • Entrega de referencia y retorno para UCSF y citas con especialistas • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>cianosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar cambios en el estado neurológico, desorientación, confusión, letargo, ansiedad. • Vigilar la aparición de edema. • Valorar y registrar el peso diario si condición lo permite. • Realizar masajes y movilizaciones activas o pasivas. • Asistencia al paciente en las tareas básicas de la vida diaria según necesidad. • Colocar al paciente en una situación que facilite la comodidad, respiración y retorno venoso. • Propiciar ambiente cómodo. • Explicar a paciente todos los procedimientos que se le realizaran • Registrar intervenciones de enfermería. 	

27. Reanimación cardiopulmonar

27.1 Definición

La reanimación cardiopulmonar (RCP), o reanimación cardiorrespiratoria (RCR), es un conjunto de maniobras temporales y normalizadas intencionalmente destinadas a asegurar la oxigenación de los órganos vitales cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene súbitamente, independientemente de la causa de la parada cardiorrespiratoria.

27.2 Etiología

Causas primarias:

- Fibrilación ventricular, secundaria a isquemia miocárdica transitoria.
- Fibrilación ventricular y asistolia por enfermedad cardíaca.
- Descargas eléctricas.
- Drogas

Causas secundarias:

Rápidas: Anoxia alveolar, Asfixia por obstrucción, Apnea, Hemorragia profusa

Lentas: Hipoxemia grave, choque carcinogénico, hipovolémico o séptico, lesión del bulbo raquídeo.

Causas especiales:

Trauma intraparto, traumas por accidentes, trauma por violencia intrafamiliar, trombosis coronaria, taponamiento cardíaco, hipertensión severa, CID (Coagulación intravascular diseminada), edema pulmonar o cerebral, status convulsivo, embolia de líquido amniótico, tromboembolismo pulmonar, placenta previa, abruptio de placenta, atonía uterina, sepsis, tóxicos, efectos adversos a medicamentos, intoxicaciones, cardiopatías, cardiomiopatía peri parto.

27.3 Manifestaciones clínicas

Dolor o molestias al lado izquierdo del pecho. Las molestias pueden sentirse como presión incómoda, opresión, sensación de llenura o dolor. La sensación puede ser leve o intensa. A veces el dolor de un ataque cardíaco se parece a la indigestión o a la acidez estomacal.

Otros signos y síntomas de un ataque cardíaco consisten en la aparición de:

- Dificultad para respirar, que puede presentarse al tiempo con las molestias del pecho o antes de estas.
- Náuseas, vómito
- Dificultad para dormir
- Presión, pesadez, tensión o dolor en el pecho que dura 5 minutos o más.
- Malestar constante similar a la indigestión.
- Dolor en el pecho que se irradia a los hombros, los brazos, el cuello, la mandíbula o la espalda
- Mareo, desmayo, sudoración
- Falta de aliento de origen desconocido.
- Ansiedad, debilidad o cansancio de origen desconocido
- Taquicardia, sudor frío a palidez.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción en el primer trimestre gestacional. - Importancia de asistir a los controles prenatales y con otros especialistas. - Importancia de ingerir suplementos vitamínicos y medicamentos especiales indicados. - Asistir a un centro hospitalario para la atención del parto. - Portar sus documentos de identidad personal incluyendo su carné materno. - Propiciar la participación de la familia en el apoyo emocional. - Ingesta de dieta hiposódica, rica en fibra, hierro y ácido fólico. - Evitar alimentos con alto contenido de sodio (alimentos procesados, boquitas y galletas saladas). - Ingerir líquidos abundantes, de 2.5 a 3 litros cada día. - Realizar prácticas de 	<p>Unidad de emergencia y/o servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación del estado general de la paciente • Tomar signos vitales (presión arterial, pulso, respiración, temperatura, si está embarazada tomar FCF) • Informar a médico de la condición de paciente. • Asegurar vías aéreas permeables. • Dar aviso de código uno de inmediato según indicación médica. • Colocar a la paciente en decúbito dorsal y desplazar el útero a la izquierda manualmente colocar "cuñas" a nivel de la cadera del lado derecho. • Colocar tabla de paro por debajo de hombros para iniciar masaje cardíaco. • Canalizar accesos venosos con catéter de grueso calibre. • Administrar líquidos endovenosos. • Asignar personal para que controle duración del evento y manejo. • Cumplir medicamentos (adrenalina, diluido en 9cc de agua bidestilada y atropina sin diluir). • Cumplir indicaciones médicas. • La cesárea perimortem, postmortem está indicada en toda paciente, con embarazo mayor de 24 semanas quien no responde a maniobras de RCP básica y avanzada y en quien se tiene la 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de tomar los medicamentos que le indiquen. - Inicio de actividades diarias de forma progresiva. - Mantener un programa de reposo durante el día y que duerma de 8 a 10 horas durante la noche. - Espaciamiento de embarazos. - Métodos de planificación familiar. - Importancia de continuar los controles con especialista. - Cuidados higiénicos para la usuaria y su recién nacido/a. - Lactancia materna exclusiva durante seis meses. - Asistencia a sus controles por especialista. - Asistir al establecimiento de salud más cercano ante signos de alarma:

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>recreación para controlar el estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificar el programa de actividades para contar con periodos de reposo. - Dormir un mínimo de 8 a10 horas por la noche, además que tenga siestas mañana y tarde. - Limitar las tareas domésticas de mayor esfuerzo. - Consultar si presenta signos y síntomas de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para respirar, dolor torácico, arritmia. ✓ Taquicardia, bradicardia. ✓ Tos, disnea. ✓ Crepitaciones. ✓ Entumecimiento. ✓ Sensación de cosquilleo. ✓ Cambios de color en las piernas, edemas. ✓ Otros relacionados al embarazo: disminución de movimientos fetales, cefalea intensa, mareos, epigastralgia, edemas, salida de líquido, sangramiento transvaginal y visión borrosa. - Acudir al centro hospitalario si se presentan los síntomas antes descritos. - Si es detectada la patología en el control prenatal, continuar la consulta de alto riesgo. - Medicamentos indicados y efectos secundarios. - Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas. - Participar en grupos de apoyo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>duda de la viabilidad fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar equipo de cesárea • Prepara equipo de reanimación neonatal. • Mantener la mesa de reanimación completa e identificada en lugar accesible. • Cargar el desfibrilador y colocar gel si es necesario usarlo. • Evaluar el estado de conciencia de la paciente. • Monitorear signos vitales. • Abrir la vía aérea de la paciente con inclinación hacia atrás de la cabeza y levantamiento de la mandíbula. • Retirar si existe algún cuerpo extraño en cavidad oral. La dentadura postiza, sólo se retira si no se encuentra bien fija. • Asistir a la paciente durante la intubación. • Si paciente revierte paro, trasladar lo más rápido posible al servicio indicado. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a la usuaria cerca de la estación de enfermería. • Si paciente requiere soporte ventilatorio brindar cuidados de UCI. • Cumplir indicaciones médicas. • Mantener signos vitales monitorizados. • Controlar frecuencia cardíaca fetal. • Vigilar trabajo de parto • Controlar intensidad de las contracciones uterinas. • Observar características de líquido transvaginal. • Mantener en posición de semifowler. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Mantener vendaje de miembros inferiores. • Observar coloración de piel, mucosas y patrón respiratorio. • Proporcionar apoyo emocional y ambiente tranquilo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor torácico. ✓ Edemas. ✓ Taquicardia. ✓ Sudoración. ✓ Hemorragia transvaginal. ✓ Loquios fétidos. ✓ Fiebre. ✓ Dolor abdominal intenso. • Registrar intervenciones de enfermería.

28. Tromboembolismo pulmonar

28.1 Concepto

Es la oclusión total o parcial de las arterias pulmonares a causa de un embolo u trombo que se produce en otra parte del cuerpo; en la mayoría de los casos (95%), del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores y es una de las principales causas de muerte en mujeres durante el embarazo y puerperio.

28.2 Etiología

Los factores predisponentes del embolismo pulmonar en el embarazo son los siguientes: trombosis de venas varicosas, historia de tromboembolismos previos, cirugías, traumas, deshidratación, inmovilización permanente, carcinomatosis y sepsis. La incidencia es de 1 en 2.700 partos.

28.3 Manifestaciones clínicas:

- Disnea de aparición súbita e inexplicable
- Dolor torácico tipo pleurítico
- Dolor/tumefacción en pantorrilla
- Tos
- Ortopnea
- Respiración sibilante
- Sudoración y ansiedad
- Signos de infarto pulmonar: hemoptisis, dolor pleurítico, roce pleurítico y fiebre, síncope, palpitaciones, dolor anginoso.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). - Asegurarse, que el formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno estén completamente llenos. - Detectar factores de riesgo y complicaciones. - Dar consejería según riesgo. - Educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia de asistir a los controles prenatales. ✓ Nutrición, higiene y reposo. ✓ Hábitos alimenticios. ✓ Práctica de ejercicios. • Explorar a pacientes en busca de historia de haber sufrido 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) y reportar cambios. • Tomar medidas antropométricas. • Orientar sobre toma de exámenes de laboratorio según indicación médica. • Dar consejería a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología y su tratamiento. - Medicamentos anticoagulantes, dosis, horarios y posibles efectos secundarios. - Riesgo de hemorragias y aborto durante la gestación. - Vigilar en busca de sangrado de mucosas y encillas. - Necesidad de estudios especiales. - Controles médicos. - Importancia de atención de parto hospitalario. • Identificar signos y síntomas de enfermedad trombo embolica, durante el 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Continuar tratamiento médico. - Medicamentos anticoagulantes, dosis, horarios y posibles efectos secundarios. - Riesgo de hemorragias. - Vigilar en busca de sangrado de mucosas y encillas. - Evitar contacto con objetos corto punzantes - Importancia de mantener controles médicos. - Asistir a toma de exámenes de control. - Acudir a consulta médica si presenta signos de peligro.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>eventos trombóticos previos, para manejo y referencia adecuada al nivel de atención correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a pacientes con anemia falciforme, estados de trombofilia, en especial la adquirida por síndrome antifosfolipídico y la congénita, a mantener controles médicos por el alto riesgo de ocurrencia de enfermedad tromboembólica venosa. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>embarazo y la primera semana del posparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado de conciencia de la usuaria. • Mantener en posición fowler. • Tomar signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal y temperatura. • Interrogar a la paciente sobre: edad gestacional, presencia o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina y sangrado transvaginal. • Canalizar acceso venoso periférico, con catéter de grueso calibre. • Disminuir dolor y/o ansiedad, cumplir analgésicos según indicación médica. • Mantener monitoreo continuo de signos vitales. • Vigilar y reportar signos de choque. • Cumplir fármacos vaso activos según indicación médica. • Mantener la vigilancia estricta del patrón respiratorio. • Cumplir oxígeno suplementario según indicación médica. • Asistir a la paciente en estudios radiológicos. • Asistir a paciente en procedimientos invasivos si es necesario. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar dieta balanceada, según indicación médica. • Monitorizar signos vitales. • Llevar balance hídrico. • Evitar en las gestantes con riesgo, las posiciones extremas, ginecológicas y litotomías, pues ello angula el sistema venoso de los miembros inferiores y dificulta su retorno. • Usar medias de compresión o vendas elásticas en el caso de las pacientes con insuficiencia venosa. • Cumplir medicamentos anticoagulantes, según indicación médica alternando sitios de punción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. • Si permanece en cama por tiempo prolongado es necesario, mover los pies, las piernas y los muslos, así como realizar ejercicios respiratorios, ayudada por familiares. • Dar consejería preconcepcional. • Sobre opciones de métodos de planificación, según criterios de elegibilidad (no uso de anticonceptivos orales). • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a paciente y familia sobre la administración de anticoagulante en el hogar, en caso de alta. • Mantener en elevación el miembro afectada, si es necesario • Mantener en reposo, según indicación médica • Cuidados de comodidad • Evitar punciones múltiples • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Labor y trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) según indicación médica y reportar cambios. • Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal según indicación médica. • Asistir a paciente en la evaluación gineco-obstétrica. • Orientar que la vía del parto será según evaluación médica. • Suspender dosis intravenosas de heparina no fraccionada (HNF) 6 horas antes de la anestesia regional o según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar cuidados especiales a las puérperas con sepsis. • Iniciar tratamiento con anticoagulantes, según indicación médica. • Tomar frecuencia respiratoria con énfasis en disnea, taquipnea, palidez, cianosis, falta de aire. • Evaluación de dolor torácico: intensidad, localización, duración, factores que le intensifican o alivian el dolor. • Mantener permeabilidad de la vía aérea. 	

29. Anemia por deficiencia de hierro y embarazo

29.1 Definición

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor de 11 gr/dl (durante el primer y tercer trimestre) o cuando el valor de hemoglobina durante segundo trimestre es menor de 10.5 gr/dl. Clasificación: Si la hemoglobina se sitúa entre 7.0 y 9.0 gr/dl se considera que la

anemia es moderada y cuando es menor a 7.0 gr/dl la anemia se considera severa y 9.0 gr/dl se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7.0 gr/dl la anemia se considera severa. El embarazo es una condición que predispone a que se manifieste una anemia por la discordancia entre el aumento de la masa eritrocítica (18-30%) y el incremento del volumen plasmático (50%), con el agravante de que puede coexistir una pérdida aguda de sangre por una patología obstétrica o médica concomitante.

29.2 Etiología

- Nutricionales: deficiencia de hierro y anemia megaloblástica
- Perdida aguda de sangre
- Enfermedades sistémicas crónicas
- Hemolisis.

29.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la anemia no son siempre claros y a veces se confunden con los síntomas comunes del embarazo como fatiga y mareos. La anemia leve produce cansancio, palpitations y somnolencia. Si el grado de anemia es moderado entonces puede que presentes taquicardia, palidez, sudoración y dificultad para respirar.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1º trimestre de gestación en el programa de atención materna). - Consumo de alimentos ricos en hierro, como hígado, cereales, huevos y frutos secos. - Comer alimentos ricos en ácido fólico, como harina, mantequilla de cacahuete, champiñones, brócoli - Comer alimentos ricos en vitamina C, como los cítricos y vegetales; la vitamina C hace que la absorción de hierro sea más eficiente. - Uso de ropa adecuada higiene y reposo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas y medicamentos sin prescripción médica. - Evitar prácticas de riesgo - Consultar por signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la tensión 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a la usuaria embarazada. • Tomar signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración, pulso y temperatura. • Observar presencia de palidez en conjuntivas. • Tomar medidas antropométricas. • Vacunar con toxoide tetánico. • Referir a laboratorio para exámenes complementarios según normativa. • Realizar anamnesis. • Elaborar historia clínica. • Asistir /realizar examen gineco-obstétrico y examen de mamas. • Referir para examen odontológico y toma de citología. • Valorar la evaluación médica según riesgo. • Evaluar el estado nutricional. • Detectar factores de riesgo y complicaciones • Proporcionar consejería según el caso. • Asegurarse, que el formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno, esté correctamente llenos. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener en reposo relativo • Identificar el estado de conciencia de la usuaria. • Cumplir indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Aseo vulvar ✓ limpieza de genitales. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Alimentación balanceada. - Asistir a controles médicos. - Métodos de planificación familia. - Continuar con alimentación balanceada y líquidos orales abundantes. - Evitar actividades extenuantes y de

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>arterial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramiento. ✓ Expulsión de líquido por vagina. ✓ Fiebre. ✓ Edema. <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar registros de enfermería sobre información impartida. - Documentar participación de usuaria. - El seguimiento y control debe ser complementario entre Ecos Familiar y especializado. - Promoción del parto Institucional. <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Control postnatal y planificación familiar. - Inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido. - Lactancia materna exclusiva, si la condición de la usuaria lo permite. - Precauciones generales para el uso de hierro: <ul style="list-style-type: none"> - No tomar el medicamento con café, té o leche porque reducen su absorción. - Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas. - Los antiácidos reducen la absorción del hierro. - Posibles efectos colaterales: <ul style="list-style-type: none"> - Coloración oscura de las heces, síntomas gastrointestinales: pirosis, estreñimiento. - Llenado de la ficha de plan de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales maternos: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, respiración, frecuencia cardíaca fetal y saturación de oxígeno según edad gestacional. • Toma de muestras de laboratorio hematocrito, hemoglobina, tipo y Rh, prueba cruzada y otros según indicación médica, reportar resultados. • Tramitar transfusión de hemoderivados según criterio médico. • Vigilar actividad uterina en busca de signos de trabajo de parto. • Administrar oxígeno según criterio médico. • Orientar a la usuaria y familia sobre: causa de ingreso, condición y bienestar materno-fetal. • Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria sobre su patología. • Pesar a usuaria cada dos días, en ayuna y a la misma hora • Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional. • Tomar signos vitales y registrar. • Verificar que consuma la dieta indicada. • Monitorear los movimientos y la frecuencia cardíaca fetal, según indicación médica. • Tramitar transfusión de hemoderivados según indicación médica. • Vigilar si presenta reacciones adversas. • Tomar signos vitales cada 15 minutos n° 2 y cada 30 minutos n°2 (o según indicación médica). • Vigilar que sangre pase en periodo establecido. • Verificar permeabilidad de la vena. • Tomar y reportar hemograma de control 6 horas post transfusión. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Al iniciar trabajo de parto, trasladar según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> fatiga. • Elaborar registros de enfermería sobre información impartida. • Documentar participación de usuaria.

30. Infección de vías urinarias

30.1 Definiciones

Infección de vías urinarias (IVU): infección que se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar o a lo largo del tracto urinario, uretra, vejiga urinaria, uréteres o riñones.

Bacteriuria asintomática: colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100,000 colonias /ml de un único uro-patógeno, en una muestra de orina tomada a la mitad de la micción, en ausencia de síntomas específicos.

Cistitis: colonización de bacterias en el tracto urinario bajo (vejiga urinaria) con más de 100,000 colonias /ml de un solo patógeno, que se acompaña de sintomatología urinaria.

Pielonefritis: infección de la vía urinaria superior que afecta a la pelvis y al parénquima renal. Es un síndrome clínico caracterizado por dolor lumbar, fiebre y escalofríos; sin embargo, sólo en el 60% de los pacientes con esta tríada se comprueba después que tienen una pielonefritis.

30.2 Etiología Las causas más frecuentes están relacionadas a los cambios hormonales (progesterona) ya que relaja el músculo liso uretral, factores mecánicos obstructivos y disminución de las defensas inmunológicas. Existen numerosos microorganismos distintos que pueden infectar las vías urinarias, las más comunes son: los bacilos gram negativos, *Escherichia coli*, bacilos gram positivos: proteus y *Klebsiella* y en ocasiones enterobacter, el cual provoca un porcentaje menor de infecciones no complicadas.

30.3 Manifestaciones clínicas

Disuria, poliaquiuria, seguidas de dolor lumbar, contractilidad uterina, Piura, fiebre, escalofríos y hematuria.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control prenatal. - Consumir dieta balanceada y líquidos orales abundantes de 2.5 a 3 litros al día. - Signos y síntomas de infección de vías urinarias: disuria, fiebre, dolor lumbar. - Complicaciones ocasionadas por la infección de vías urinarias: amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas. - Sexualidad durante el embarazo. - Práctica de hábitos de higiene: baño diario, limpieza del área perianal (de adelante hacia atrás). - Uso de ropa interior de algodón. - Evitar el consumo de café, alcohol y tabaco. - Evitar el uso de jabones irritantes, lociones, o 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales maternos fetales y reportar anomalías. • Orientar a la usuaria sobre el método para obtener la muestra de orina "micción limpia de medio chorro". • Verificar que las pruebas de laboratorio sean tomadas: examen general de orina • Tomar urocultivo según técnica. • Cumplir indicaciones médicas. • Colocar medios físicos si temperatura es mayor de 38.5. • Orientar sobre patología y aclarar dudas a la usuaria. • Explicar a la usuaria y familia la importancia del ingreso hospitalario. • Apoyar emocionalmente a usuaria y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Vaciar la vejiga al sentir la necesidad, que reporte las características de la orina y no ignorar la urgencia de micción. • Cumplir indicaciones médicas. • Mantener reposo relativo. • Controlar signos vitales según indicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Abstinencia sexual hasta mejorar la sintomatología. - Alimentación e ingesta de líquidos orales abundantes de 8 a 10 vasos al día. - Asistir a controles y completar el tratamiento médico. - Signos de infección y los factores específicos de infección recurrente del sistema urinario. - Consultar oportunamente si la sintomatología persiste o inicia un nuevo cuadro. - Importancia de realizarse los exámenes de control al finalizar el tratamiento. - Control de examen general de orina o urocultivo. - Evitar el uso de jabones irritantes, lociones, o desodorantes íntimos en el área genital. - Vaciar la vejiga cuando sienta la necesidad y en su totalidad. - Cuidados para prevenir la recurrencia de la infección: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Miccionar con regularidad.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
desodorantes íntimos. - Vaciar la vejiga inmediatamente cuando sienta la necesidad y en su totalidad. - Consultar inmediatamente ante la presencia de signos y síntomas de infección. • Registrar intervenciones de enfermería.	médica. • Realizar aseo vulvar tres veces al día. • Llevar balance hídrico, según indicación médica • Vigilar si desencadena actividad uterina. • Controlar frecuencia cardíaca fetal, reportando anomalías. • Hacer partícipe a la usuaria para identificar movimientos fetales. • Vigilar si la usuaria presenta signos de intolerancia de los medicamentos (diarrea, vómitos). • Administrar dieta indicada. • Apoyar emocional y espiritualmente a usuaria. • Registrar intervenciones de enfermería.	✓ Vaciar la vejiga después del coito. ✓ Evitar baños de tina. ✓ Higiene perianal de adelante hacia atrás. - Importancia de cumplir con el tratamiento indicado. - Entregar referencia y/o retorno, recetas al alta. • Registrar intervenciones de enfermería.

31. Sífilis materna y embarazo

31.1 Definición de caso de sífilis materna (OMS/OPS)

“Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica de la enfermedad (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no-treponema positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la vigésima semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis, durante la presente gestación”.

La sífilis puede transmitirse de la madre al feto hasta 4 años después de la infección materna original cuando no ha recibido tratamiento. La sífilis congénita se produce luego de una infección transplacentaria por *Treponema pallidum*. Las espiroquetas cruzan la barrera placentaria desde la octava o novena semanas de la gestación. Sólo después de la semana dieciséis de gestación el feto es capaz de desarrollar una respuesta inmune a la infección.

31.2. Etiología

La sífilis es causada por el *Treponema pallidum*, que pertenece al grupo de bacterias *Treponema aceae*, el cual agrupa tres géneros: leptospira, borrelia y treponema. De los treponemas identificados solo cuatro causan enfermedad en el ser humano: *Treponema Pallidum* (sífilis), *Treponema pertenue* (frambesias o pinta), *Treponema endemicum* (bejel) y *Treponema carateum* (pinta). Está asociada a factores de riesgo como: ambientales, ocupacionales, genéticos y demográficos.

31.3 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la sífilis varían dependiendo de la etapa en que se halla la enfermedad, así como de persona a persona. En algunos casos, los síntomas no se perciben y puedes no saber que tienes sífilis a menos que te hagan una prueba.

En la primera etapa, conocida como sífilis primaria, el síntoma característico es una llaga o llagas con los bordes en relieve. Estas llagas, conocidas como chancros, son indoloras, pero altamente infecciosas y aparecen en el lugar de la infección. Generalmente aparecen unas tres semanas

después de haber estado expuesta a la bacteria, aunque pueden aparecer antes o hasta tres meses después.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (en el 1° trimestre de gestación). - Inscripción a control prenatal, en cualquier período del embarazo. - La toma de exámenes de perfil prenatal a la inscripción y el segundo entre las 28 y antes de las 32 semanas de embarazo. - Importancia de cumplir con el esquema de vacunación. - Uso de ropa adecuada. - Nutrición, higiene y reposo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillo, alcohol y drogas. - No ingerir medicamentos sin prescripción médica. - Orientar sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo. • Referir a la embarazada y su pareja al médico para tratamiento. • Brindar consejería sobre la prevención de las ITS (abstinencia y utilización de métodos de barrera). • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad y los factores de riesgo: (promiscuidad, infidelidad, falta de higiene personal). - Importancia y motivación para el tratamiento de la(s) pareja(s) sexuales o contactos. - Importancia y motivación para completar el tratamiento. - Importancia de beneficios para su embarazo e 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a la usuaria embarazada: <ul style="list-style-type: none"> - Tomar signos vitales. - Tomar medidas antropométricas. - Vacunar con toxoide tetánico. - Referir a laboratorio para exámenes complementarios según norma. (hemograma, general de orina, VDRL). • Elaborar proceso de atención de enfermería según nivel de atención: <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Examen gineco obstétrico. - Examen de mamas a fin de detectar y resolver oportunamente alguna situación anatómica. - Referir a examen odontológico. - Toma de citología - Referencia al médico según riesgo. • Orientar sobre su patología. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual. • Asistir y orientar en el examen ginecológico. • Atención con medidas según normativa de bioseguridad. • Verificar respuesta de exámenes, incluyendo VDRL y reportarlos. • Dar consejería si el resultado de la prueba reactiva plasmática rápida (RPR) tiene dilución >1:8, este se considera (+). • Orientar a la embarazada en caso de toma de muestra para la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos (FTA-ABS), para confirmar diagnóstico de sífilis materna. • Referir con el médico para tratamiento adecuado en caso de VDRL +. • Interrogar sobre alergias a penicilina y cumplir tratamiento médico penicilina benzatínica 2.4 millones UI intramuscular cada semana N° 3, según indicación. • Realizar consejería, tomando en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Investigar presencia de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Cuidados de higiene como baño diario y aseo vulvar - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Post parto : - Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Vigilar signos de infección en el recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ictericia. ✓ Fiebre. ✓ Enrojecimiento del muñón umbilical. - Asistir a controles post- natal. (En los primeros 7 días). - En caso de no haber realizado prueba de tamizaje neonatal en el hospital orientarla que asista al tercer día al establecimiento de salud más cercano. - Continuar con alimentación adecuada a la madre y líquidos orales abundantes. - Mantener abrigado al recién nacido. - Bañar al recién nacido y demostración a la madre. - Curación del cordón umbilical y demostración a la madre como hacerlo. - Estimulación temprana del recién nacido. - Planificación familiar "MELA" si está dando Lactancia Materna exclusiva. - Importancia de la inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>hijo(a) al cumplir tratamiento medico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo evitar recurrencias y reinfecciones. - Motivación para la abstinencia durante el tratamiento. - Atención del parto institucional. - Lactancia materna - No suspender citas ni tratamiento por especialista - Coordinar interconsulta con genetista según indicación médico. • Orientar sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Control postnatal y planificación familiar según guía técnica. - Inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido. • Importancia de la toma de citología según indicación médica. • Registro de anotación de enfermería • Documentar la participación de la paciente en la orientación. 	<p>como tuberculosis, VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Investigar contactos. - Educar sobre complicaciones del recién nacido y efectos secundarios. • Referir a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento médico. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal. • Verificar en el expediente clínico resultado de VDRL, a paciente que presenta aborto, mortinato o trabajo de parto, si no existiere solicitar al médico que lo indique. • Tomar muestras exámenes de laboratorio según indicación médica y reportar resultados. • Vigilar actividad uterina en busca de signos de trabajo de parto. • Registrar las intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Manejo y atención del parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de salud de la usuaria y ofrecerle oportunamente apoyo emocional. • Tomar signos vitales y reportarlos en la papelería respectiva. • Vigilar y reportar anomalías durante el trabajo de parto. • Circular la atención del parto y el alumbramiento según lineamientos establecidos. • Mantener medidas de bioseguridad durante los procedimientos. • Vigilar presión arterial, pulso, tonicidad e involución uterina, y sangramiento vaginal cada 15 minutos nº 4, cada 30 nº 2 y cada hora nº2. • Realizar cuidados del recién nacido según norma establecida. • Informe a neonatología para la atención del recién nacido y evaluación. • Trasladar recién nacido a neonatos. • Trasladar a la madre al servicio de 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses - Entregar su carné materno debidamente llenado con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido y se le orientará sobre su utilidad en el control puerperal. • Registrar las anotaciones de enfermería. • Dar consejería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alimentos ricos en hierro en base a disponibilidad. - Espaciamiento de embarazos, uso de métodos de planificación familiar, lactancia materna, cuidados para ella y su recién nacido, reposo alternado con ejercicio. - Continuar tratamiento médico. - Acudir a consulta médica si presenta morbilidad postparto. - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Vacunación del recién nacido y control de crecimiento y desarrollo en la Unidad de Salud. • Orientar al usuario sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles. - Cumplimiento de medicamentos según Indicación médica y mantener reposo en cama - Prevención de las ITS - Utilización de métodos de barrera. - Consecuencias que pueden darse en el embarazo. - Importancia de examinar y dar tratamiento a su pareja o contactos. - Importancia de la toma de Citología cada año.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	aislado. • Revisar resultado de VDRL de la paciente antes de despachar el alta, si es (+) informe al médico para el tratamiento adecuado • Registrar las intervenciones de enfermería.	- Infecciones de transmisión sexual.

32. Toxoplasmosis y embarazo

32.1 Definición

Es una enfermedad infecciosa que suele ser asintomática o puede producir síntomas moderados excepto cuando se transmite de la madre al feto.

32.2 Etiología

El agente etiológico es el toxoplasma gondii, un protozooario esporulado intracelular. El protozooario se puede encontrar en tres formas: trofozoitos, quistes y oocitos. El contagio se hace por vía oral, ingesta de carne y huevos mal cocidos.

A continuación, se describe el ciclo asexual y sexual:

1. Ciclo asexual: en este ciclo el parásito carece de especificidad de huésped y tejido. La vía corriente de transmisión es la bucal, el parásito cruza el epitelio intestinal y en su fase proliferativa invade y se multiplica en diversos tejidos del huésped. Las células infectadas cuando están llenas de toxoplasma gondii, se rompen y liberan microorganismos que invaden otros tejidos. El resultado definitivo es la necrosis. Esta etapa es el periodo destructivo de la infección.
2. Ciclo sexual: el parásito tiene especificidad de huésped y de tejido. El ciclo ocurre en el epitelio del intestino delgado de los felinos. Los quistes son posiblemente la forma infectante, los microorganismos se liberan y penetran al huésped. El T. gondii se multiplica por esporogonia y luego por gametogonia para producir macro y microgametos; estos se unen y forman oocitos que pasan a las heces. Esta es la forma infectante y una vez que han alcanzado la madurez pueden sobrevivir por meses y años. La tierra, la arena y otros medios contaminados con excretas de gato pueden dar origen a muchas infecciones en el ser humano.

32.3 Manifestaciones clínicas

Infección materna: cuando una persona sufre la infección puede estar asintomática o presentar un síndrome que consiste en linfadenopatía, esplenomegalia, erupción cutánea, fiebre, malestar y mialgias, neumonitis, miocarditis, pericarditis, poliartritis, rara vez hepatoesplenomegalia y meningoencefalitis. Este cuadro clínico puede confundirse con una mononucleosis infecciosa o un tifo. La sintomatología puede persistir por unos días y desaparecer sin dejar secuelas. Hay una respuesta rápida de anticuerpos; hasta donde se sabe, una paciente adquiere la infección solamente una vez.

Infección congénita: rara vez ocurre la infección fetal durante las primeras ocho semanas. Al parecer existe mayor protección para el feto al comienzo que al final de la gestación. La relación entre el aborto y la toxoplasmosis es un punto de controversia, es posible que exista alguna asociación entre abortos repetidos por la infección materna. La toxoplasmosis congénita ocurre solo en los hijos de madres que han adquirido la enfermedad durante el embarazo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción temprana antes de las 12 semanas. - Importancia de asistir a los controles prenatales y con otros especialistas. - Importancia de ingerir suplementos vitamínicos y medicamentos especiales indicados. - Asistir a un centro hospitalario para la atención del parto. - Importancia de sus documentos de identidad personal incluyendo su carné materno. - Propiciar la participación de la familia en el apoyo emocional. - Consultar si presenta síntomas de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inflamación de ganglios linfáticos del cuello. ✓ Dolores musculares ✓ Fatiga ✓ Dolor de cabeza ✓ Fiebre ✓ Posiblemente dolor de garganta o sarpullido - Sobre la incidencia de abortos repetitivos - Si presenta salida de líquido amniótico y debe buscar atención hospitalaria de inmediato - Importancia de lactancia materna exclusiva durante 6 meses - No ingerir carne cruda o poco cocinada, embutidos poco curados, huevos crudos o leche no pasteurizada. - Evitar el contacto con gatos, sobre todo con sus deposiciones. En caso de tener gato, estos no deben ser callejeros. - Si hay un gato en casa, hay 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales, materno fetal. • Asegurar una atención oportuna, cálida y técnicamente adecuada a la embarazada. • Orientar a la usuaria y familia sobre toma de exámenes de IGM para toxoplasmosis y otros. • Proporcionar orientación acerca de su estado de salud, participación en el cumplimiento del tratamiento y posible condición del recién nacido/a al momento del parto. • Investigar en la usuaria antecedentes relacionados con la patología. • Cumplir indicaciones médicas. • Orientar sobre lactancia materna exclusiva durante 6 meses. • Trasladar a la usuaria al servicio según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales, materno fetal. • Investigar en la usuaria antecedentes relacionados con la patología. • Vigilar inicio del trabajo de parto. • Cumplir indicaciones médicas. • Tomar exámenes de laboratorio indicados. • Proporcionar orientación acerca de su estado de salud, participación en el cumplimiento del tratamiento y posible condición del recién nacido/a al momento del parto. • Vigilar si presenta síntomas de: <ul style="list-style-type: none"> - Inflamación de ganglios linfáticos del cuello sin dolor. - Dolores musculares - Fatiga - Dolor de cabeza - Fiebre - Posiblemente dolor de garganta o sarpullido. • Vigilar si presenta salida de líquido amniótico • Fomentar el apego precoz y el alojamiento conjunto • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Servicio de partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar orientación y apoyo a la 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar la información necesaria para favorecer el auto cuidado sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre la evolución y cambios normales así como los cuidados en el puerperio y los signos y síntomas de alarma en ella y su bebé: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene perineal - Cambios emocionales - Lactancia materna - Cuidados del recién nacido - Estimulación temprana. - Signos y signos de alarma en el recién nacido - Importancia de continuar sus controles con especialista. - Importancia de asistir a la consulta pre concepción. - Importancia de planificación familiar y espacio ínter genésico. - Asistir al establecimiento de salud más cercano ante signos de alarma maternos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal. ✓ Loquios fétidos. ✓ Fiebre. ✓ Dolor abdominal intenso. - Asistir al establecimiento de salud más cercano, ante signos de alarma del recién nacido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puede afectar el cerebro como retrasos

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>que darles alimentos preparados comercialmente o alimentos bien cocinados, pero no carne cruda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestar atención veterinaria al felino. - Utilizar guantes cuando se manipule tierra o plantas, y usarlos también para preparar alimentos crudos. - Lavarse las manos con agua y jabón inmediatamente después de manipular carne cruda. - Lavar y desinfectar los utensilios y las superficies que usa en la preparación de los alimentos. - No coma ensaladas ni verduras crudas fuera de casa, pues no hay garantía de que el lavado haya sido adecuado. - Lave las frutas y verduras antes de comerlas. - Tomar estrictamente medicamentos específicos indicados por el médico. - Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas. - Participar en grupos de apoyo. - Referir al nivel de atención, según complejidad. - Si tiene gatos, procure que no salgan fuera de casa porque ellos se contagian al comer carne cruda, lo que podría ocurrir si caza pájaros o ratones. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>madre escuchando sus temores, aclarando sus dudas, explicándole con palabras claras y sencillas como va su labor de trabajo de partos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener a la usuaria en reposo absoluto. • Tomar signos vitales • Mantener líquidos endovenosos permeables. (si están indicados). • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar y reportar anomalías durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias. - Disminución de movimientos fetales. - Alteración en la frecuencia cardíaca fetal. - Duración, frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Coordinar con médico(a) pediatra o neonatólogo la atención del recién nacido/a. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Servicio de puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales por turno o según sea necesario. • Mantener líquidos endovenosos permeables, si están indicados. • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar sangramiento transvaginal e involución uterina y salida de loquios fétidos. • Aseo vulvar tres veces al día. • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad a la usuaria. • Ayudar a la usuaria a iniciar el vaciamiento de mamas y lactancia materna lo antes posible. • Explicar a usuaria la condición y área de hospitalización del recién nacido/a. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>mentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastornos motrices. ✓ Parálisis cerebral ✓ Epilepsia ✓ Alteraciones visuales ✓ Algunos casos ceguera • Importancia de acudir a los controles infantiles. • Inscripción temprana del recién nacido antes de 7 días. • Registrar intervenciones de enfermería.

33. Varicela y embarazo

33.1 Definición

La varicela es una enfermedad infecciosa y altamente contagiosa que se transmite de persona a persona por el contacto directo o a través del aire cuando una persona infectada tose o estornuda.

Una persona con varicela es contagiosa desde 1 a 2 días antes de que aparezca la erupción hasta que las ampollas formen costras. Toma de 10 a 21 días después de que ocurra el contacto con la persona infectada para que la varicela se manifieste.

33.2 Etiología

Es causada por el virus de la varicela zoster del grupo del herpes virus.

33.3 Manifestaciones clínicas

En personas que nunca recibieron la vacuna contra la varicela, la erupción aparece primero en el tronco y la cara, pero puede regarse por todo el cuerpo, por lo general produciendo entre 250-500 ampollas que causan picazón. En las personas que han sido vacunadas, la erupción puede ser bastante leve y presentar solo unas pocas ampollas similares a picaduras de mosquitos. La varicela, por lo general, causa una enfermedad que dura entre 5 y 10 días. Otros síntomas incluyen fiebre alta, picazón fuerte, erupción molesta, deshidratación debido al vómito y la diarrea, dolor de cabeza, lesiones infectadas de la piel, empeoramiento del asma o complicaciones más graves como neumonía.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Consejería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Guardar reposo en casa mientras tenga la varicela. - Ingesta de líquidos abundantes. - Promover la vacunación antes del embarazo - Mantenerse alejadas de personas que tengan varicela. - Verificar esquema de vacunación. - Coordinar con UCSF para su seguimiento comunitario. - Vigilara signos de alarma y consultar. - Orientar a la atención del parto hospitalario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Orientar sobre su estado de salud. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual. • Orientar sobre tratamiento médico, medidas de aislamiento, ingesta de líquidos abundantes. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Cuantificar temperatura y reportarla. • Aplicar medios físicos por fiebre. • Vigilar trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado - Ruptura prematura de membranas - Aumento de presión arterial. - Disminución de movimientos fetales. - Alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. • Vigilar estado de hidratación. • Vigilar Signos de infección de piel. • Vigilar signos de neumonía. • Baños con agua tibia • Aplicación de tópico en área afectada • Evitar la manipulación de las pápulas. • Observar el estado de salud de la paciente y ofrecerle oportunamente apoyo emocional y psicológico. • Mantenerla aislada. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control prenatal. - Alimentación balanceada. - Reposo en aislamiento para evitar el contagio. - Vigilar signos y síntomas de alarma. - Cumplir con tratamiento médico (aplicación correcta de calamina). - Cuidados de higiene (baño con agua tibia 2 a 3 veces al día). - Vigilar signos de infección en la piel. - Asistir al médico ante complicaciones. - Entregar tarjeta de cita, medicamentos, referencias. - Orientarla sobre trabajo de parto y buscar atención hospitalaria. • Registro de intervenciones de enfermería.

34. Dengue, zika y chikungunya

34.1 Definición

Enfermedades infecciosas virales agudas transmitidas por mosquitos, caracterizada por fiebre y otra sintomatología específica.

34.2 Etiología

Transmitido principalmente por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género Aedes.

34.3 Manifestaciones clínicas

Tras la picadura del mosquito los síntomas suelen aparecer dentro de tres a doce días y duran de 4 a 7 días. La infección puede presentarse en forma asintomática o con signos y síntomas de variable intensidad.

El dengue presenta fiebre habitualmente más alta, así como dolores musculares más fuertes. Puede complicarse cuando cae la fiebre y se debe prestar atención a los signos de alarma como dolor abdominal, náuseas y vómitos, sangrado de mucosas, somnolencia o irritabilidad. En el caso de las embarazadas con dengue, aunque es poco común, pueden contagiar a sus bebés durante el embarazo. Por eso, deben consultar de inmediato ante síntomas que hagan sospechar que tienen dengue, no auto medicarse y comunicarlo a su médico para que pueda realizar un control cercano de su salud y la del bebé.

El chikungunya, la fiebre es más alta, el dolor de las articulaciones es más intenso y afecta manos, pies, rodillas, espalda y puede llegar a incapacitar (doblar) a las personas para caminar y realizar acciones sencillas.

En el caso del virus del chikungunya, se ha documentado transmisión materna al recién nacido cuando la madre presenta la fiebre justo días antes o al momento del parto (la cesárea no evita la transmisión). Por esta razón, las mujeres embarazadas con chikungunya son un grupo de riesgo y es importante que tengan un seguimiento cercano de su salud y asistan a los controles médico indicados.

El zika no presenta rasgos particularmente característicos, pero en la mayoría de las personas infectadas se observan erupciones en la piel y conjuntivitis. Aunque también puede ser asintomático (1 de cada 4 personas infectadas presentan síntomas). En el caso de este virus debe tenerse especial cuidado y extremar las medidas de prevención en el primer y segundo trimestre del embarazo ya que hay evidencia de recién nacidos con microcefalia.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Impartir charlas educativas con énfasis en la prevención y consulta oportuna a pacientes mujeres que consultan por fiebre.• Proporcionar información, educación individual y colectiva, intramural y extramural sobre el dengue zika o chikungunya, y sus medidas preventivas:<ul style="list-style-type: none">- Evitar tener aguas estancadas.- Lavar pilas, barriles y todo recipientes	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifique la paciente.• Verificación de la dirección exacta.• Tomar signos vitales:<ul style="list-style-type: none">- Presión arterial- Temperatura- Respiración- Pulso.- Frecuencia cardiaca fetal.• Vigile signos de trabajo de parto.• Reporte al médico anomalías.	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Asistir a control médico para evaluación materno fetal.- Guardar reposo.- Orientar a vigilar signos y síntomas de alarma.- Cumplir con tratamiento médico.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>con agua 3 veces por semana, aplicando técnica la untadita con lejía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminación y destrucción de objetos inservibles. - Eliminación correcta de la basura. - Uso de mosquitero. - No auto medicarse con (aspirinas y AINES). - Mantener recipientes útiles tapados. - Promover la organización comunitaria e intersectorial para desarrollo de las actividades. - Activar los comités de salud comunitarios. - Elaborar planes de intervención conjunta. - Mantener la vigilancia epidemiológica activa y pasiva. - Realizar búsqueda de pacientes febriles. - Promover a consultar inmediatamente ante el apareamiento de uno de los siguientes signos y síntomas fiebre, rash, dolor muscular, de cabeza, cansancio, malestar general, vomito, dolor abdominal, diarrea y frialdad en miembros. - Orientar sobre posibles complicaciones: oculares, neurológicas, cardiacas y también con molestias gastrointestinales. - Mantener activo el plan IEC de dengue. - Realizar control de foco (3 ciclos) primeras 24 horas a las 48 horas y 72horas. - Oriente sobre toma de exámenes médicos. - Notificar el caso sospechoso para seguimiento en 24 horas. - Tomar la dirección exacta con punto de referencia para su seguimiento. - Orientar a la paciente y la familia que con la fiebre chikungunya, el virus no se trasmite por la lactancia materna. - En caso de presentar fase aguda, explique la importancia de la referencia al 2° nivel de atención. - Promover parto hospitalario - Identificación de signos de alarma en el embarazo - NO utilizar medicamentos que contengan corticosteroides por vía 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de muestras hematológicas según normativa vigente. • Cumplir primeras dosis de medicamentos indicados. • Orientación al usuario y/o familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de tratamiento. - Importancia de la hospitalización. - No auto medicarse - Notificación y estudio de caso, a las instancias correspondientes. • Notificar para que se coordine la visita al hogar para control de foco en las primeras 24 horas según normativa vigente. • Explicar a la paciente y familia la importancia de referencia a otro nivel si el trabajo de parto persiste. • Toda paciente con 28 semanas o más de embarazo debe ser referida al tercer nivel de atención si la actividad uterina avanza). • Trasladar a servicio correspondiente. • Tomar IGM para dengue o chikungunya, al 5 día de aparición signos y síntomas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir y preséntese con la paciente. • Tomar signos vitales. • Mantener en reposo y con mosquitero durante la fase febril. • Cumplir acetaminofén y antihistamínico, según indicación médica. • Colocar compresas frías para disminuir prurito. • Mantener abrigada a paciente en caso de frialdad de miembros inferiores, si no hay presencia de fiebre • Tomar exámenes de laboratorio, según indicación médica. (hematocrito, hemoglobina, leucograma, plaquetas, TGO-TGP, proteína C reactiva y eritrosedimentación). • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Uso de cremas humectantes a base 	<ul style="list-style-type: none"> - No auto medicarse. - Seguir las medidas preventivas para evitar criaderos de zancudo. - Uso de mosquitero. - Alimentación balanceada. - Uso de repelentes, ropa adecuada (camisa manga larga, pantalones. - Consultar de inmediato ante la presencia de signos de alarma. - Asistir a la UCSF inmediatamente si presenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre ✓ Dolor abdominal persistente ✓ Vómitos. ✓ Sangramiento espontánea ✓ Somnolencia ✓ Irritabilidad ✓ Cianosis. ✓ Disnea. ✓ Piel fría y sudorosa - Promover que el parto sea intrahospitalario - Si no ha cumplido los 5 días para toma de IGM para dengue, entregar boleta y explicar a importancia de la toma. - Asegurar que lleve referencia, resumen de ingreso y retorno para seguimiento comunitario.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>tópica ni sistémica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - NO utilizar ácido acetil salicílico (aspirina). - Uso de repelentes, ropa adecuada (camisa manga larga, pantalones). • Registrar intervenciones de enfermería. • Cubrir la piel expuesta con camisas de manga larga, pantalones y sombreros. • Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud y de la manera que lo indica la etiqueta. • Las embarazadas cuyos compañeros sexuales vivan o viajen a las zonas con brotes deben adoptar prácticas sexuales seguras o suspender relaciones sexuales durante el embarazo. 	<p>de aloe vera en caso de prurito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de hidratación (diuresis, signo del pliegue cutáneo, enoftalmos u ojos, hundidos, sequedad de mucosas) y recomendar uso de suero oral o líquidos orales abundantes • Colocar medios físicos si temperatura mayor de 38.5c (agua tibia en axilas, cuello e ingle). • Vigilar bienestar fetal. • Cumplir maduración pulmonar según indicación médica. (26 y 34 semanas de gestación). • Si el embarazo es de término e inicia trabajo de parto preparar sala de parto según normativas vigentes de atención del parto. 	

35. Obesidad mórbida

35.1 Definición

Es un trastorno metabólico crónico, causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo, según la OMS obesidad es un índice de masa corporal (IMC) de 30Kg/m² o superior.

35. 2 Etiología

Muchos factores influyen al desarrollo de la obesidad incluyendo: genéticas, metabólicas, trastornos endocrinos, psicosociales y nutricionales.

35.3 Manifestaciones clínicas

Aumento de la sudoración con pequeños esfuerzos físicos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dificultad para respirar, síndrome de la apnea del sueño.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar orientación a la usuaria y familia sobre estilo de vida saludable: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos orales abundantes. - Dieta balanceada baja en grasa. - Manejo de stress. - Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas. - Evitar el tabaco. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar estado general de la paciente • Orientar a usuaria sobre procedimiento y tratamiento. • Tomar peso y talla. • Tomar y registrar signos vitales. • Canalizar acceso venoso. • Tomar exámenes indicados (colesterol, triglicéridos, glucosa y pruebas tiroideas). • Coordinar ingreso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir tratamiento indicado. - Presencia de signos y síntomas de alarma. - Importancia de ingerir dieta balanceada. - Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses. - Asistir a sus controles

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Practicar ejercicio moderados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Natación ✓ Caminar ✓ Yoga • Inscripción temprana en control prenatal • Asistir a sus controles subsecuentes. • Consultar oportunamente si presenta signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramiento ✓ Mareos ✓ Náuseas y vómitos excesivos ✓ Disminución de los movimientos fetales. ✓ Hipotensión ✓ Cefalea intensa ✓ Visión borrosa. 	Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> subsecuentes. - Asistir a control con nutricionista - Inicio temprano de ejercicio físico.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Control de la FCF. • Control de peso cada día. • Verificar control de hemoglucotest c/4h. • Canalizar acceso venoso de grueso calibre con catéter # 18. • Asistir procedimientos según indicación médica. • Proporcionar dieta baja en grasa • Verificar evaluación por: <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Endocrinología - Cardiología • Registrar balance hídrico. • Cumplir indicaciones médicas. • Estimular la deambulaci3n. • Verificar inicio de trabajo de parto. • Traslado a la unidad de trabajo de parto según dilataci3n. 	

36. Diabetes y embarazo

36.1 Definiciones

Diabetes mellitus: heterogéneo de trastornos del metabolismo intermedio, que tienen en común la intolerancia a la glucosa debido a un déficit de insulina pancreática circulante, lo que produce hiperglicemia y aumento del catabolismo de las proteínas y las grasas.

Diabetes gestacional: intolerancia a los carbohidratos de severidad variable, que inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo, sin importar que se requiera o no de insulina y que persista después del parto.(Third Workshop Conference of Gestacional Diabetes Mellitus).

36.2 Etiología

Causa genética: la enfermedad se trasmite de forma hereditaria, sin precisar los caracteres que se heredan.

Causa inmunológica: plantea la posibilidad de que sea una enfermedad de actuaci3n auto inmune.

Causa infecciosa: se asocia con algunos tipos de agentes víricos como responsables etiológicos.

Otras causas: edad avanzada, obesidad.

36.3 Clasificaci3n

Diabetes pre-gestacional:

- Tipo I o insulino dependiente.
- Tipo II o no-insulino dependiente.

Diabetes gestacional:

- Tipo A1: glucosa en ayunas normal y pos-pandrial elevada. Se logra normoglicemia con dieta.
- Tipo A2: glucosa en ayunas y pos-pandrial elevadas. Se logra normoglicemia con dieta e insulina.

36.4 Manifestaciones clínicas

Hiperglicemia (exceso de glucosa en sangre), glucosuria (exceso de glucosa en orina), polidipsia (sed excesiva), polifagia (hambre excesiva), pérdida de peso.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia del control prenatal en las primeras semanas de gestación. - Control de glicemia. - Signos y síntomas de la enfermedad: polidipsia, polifagia y poliuria. - Signos y síntomas tempranos de hipoglicemia como: sudoración, hormigueo, desorientación, temblor, palidez, piel pegajosa, Irritabilidad, hambre, cefalea, visión borrosa, prurito vulvar, si no se trata puede llegar al coma o convulsiones. - Medidas para prevenir Infección de vías urinarias: micción después del coito, limpieza de genitales de adelante hacia atrás, uso de ropa interior de algodón, no ignorar la urgencia de micción. - Signos de infección urinaria como: micción frecuente, disuria y hematuria. - Formas de mantener una buena circulación y prácticas de cuidado personal: baño diario, recorte uñas, ropa holgada, integridad de la piel y mucosas, uso de zapatos cómodos, cuidado de los pies, al usar calcetines colocar al revés para evitar laceración de piel. - Importancia del parto institucional. - Importancia de cumplir la dieta indicada por la nutricionista. - Ejercicios moderados si no hay signos de riesgo obstétricos. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria y familia. 	<p style="text-align: center;">Emergencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales (presión arterial, respiración, pulso, FCF, temperatura). • Tomar medidas antropométricas. • Asistir a la usuaria en el examen médico. • Tomar hemoglucotest y reportar. • Canalizar vena, tomar exámenes y cumplir líquidos endovenosos, según indicación médica. • Vigilar el estado de conciencia, movimientos fetales y actividad uterina. • Ayudar a la usuaria en sus necesidades fisiológicas. • Cumplir indicaciones médicas. • Apoyar emocionalmente a la usuaria y familia. • Llevar balance hídrico, según indicación médica. • Administrar oxígeno por bigotera según necesidad. • Identificar signos y síntomas de hipoglicemia (decaimiento, frialdad, sudoración, palidez) o hiperglicemia (agitación y signos de deshidratación). • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a la usuaria a que participe en la valoración de movimientos fetales e informar ante su disminución. • Controlar signos vitales y frecuencia cardiaca fetal cada 4 horas. • Peso diario en ayuna a la misma hora. • Tomar exámenes de control, glicemia según rutina. • Vigilar: <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas de hipoglicemia e hiperglicemia. - Inicio de trabajo de parto. - Hemoglucotex según disponibilidad institucional y cumplir insulina según resultado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de recién nacido/a y lactancia materna exclusiva por 6 meses. - Cuidados higiénicos. - Asistir a controles post parto. - Cumplir con el tratamiento indicado. - Espaciamiento de embarazo por un periodo mínimo de tres años. - Importancia de la planificación familiar. - Signos de infección como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreción transvaginal fétida. ✓ Calor, rubor y tumefacción de herida operatoria y/o episiotomía. - Cumpla con la dieta indicada por médico(a). - Asistir al establecimiento de salud más cercano al presentar los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sudoración, hormigueo en manos y pies. ✓ Desorientación, temblor, palidez, piel pegajosa, irritabilidad, hambre, cefalea, visión borrosa. - Medidas apropiadas para ayudar a la prevención de Infección de vías urinarias: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Micción después del coito, limpieza de genitales de adelante hacia atrás, uso de ropa interior de algodón, no ignorar la urgencia de micción. ✓ Signos de la infección urinaria como: micción

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> Integrar a la usuaria con el equipo multidisciplinario: endocrinólogo, medicina interna, nutricionista, oftalmología, de preferencia el mismo día. Identificar signos y síntomas obstétricos de alarma: disminución de movimientos fetales, salida de líquido amniótico, sangramiento transvaginal, cefalea, sudoración, visión borrosa y resequedad de mucosa oral, Integrar a la familia sobre el cumplimiento y cuidado de la insulina. Enseñar a paciente y/o familia sobre técnica de administración de insulina. Importancia de la asistencia de parto hospitalario. Coordinar citas de manera integrada con especialista en especial el mismo día. Referir a 2° o 3° nivel de atención. Registrar intervenciones de enfermería. Incorporar a paciente y familia al club de diabéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Integrar a la usuaria en terapias ocupacionales. Aseo vulvar, según necesidad. Cumplir la dieta indicada en forma estricta y líquidos orales abundantes. Coordinar pruebas de bienestar fetal e interconsultas con especialistas. Pasar a la usuaria a sala de operaciones o sala de partos, con reporte de glicemia actualizado. Registrar intervenciones de enfermería. Vigilar: <ul style="list-style-type: none"> Signos de complicaciones metabólicas: hiperglicemia o hipoglicemia. Estado de conciencia. Iniciar lactancia materna dependiendo de las condiciones de la madre y el recién nacido/a. Llevar balance hídrico, según indicación médica. Cumplir protocolo de post parto según vía de evacuación. Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. Administrar oxígeno por bigotera. Cumplir hipoglucemiantes según indicación médica. Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>frecuente, disuria, hematuria y dolor en la región lumbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formas de mantener una buena circulación y prácticas de cuidado personal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Recorte uñas ✓ Uso de ropa holgada ✓ Mantener integridad de la piel y mucosas ✓ Uso de zapatos cómodos ✓ Realizar cuidados de los pies. Importancia de cumplir la dieta indicada por la nutricionista. Asistir a la cita con especialista. Demostrar a la usuaria y familia la técnica de aplicación de insulina. Al alta entregar referencia o retorno y recetas. Registrar intervenciones de enfermería.

37. Hígado graso agudo del embarazo

37.1. Definición

Es un síndrome que aparece en la última etapa de gestación y se acompaña con frecuencia de ictericia e insuficiencia hepática.

37.2. Etiología

Déficit de la 3-hidroxigenasa de cadena larga y más frecuente en feto masculino

37.3. Manifestaciones clínicas

- Malestar generalizado
- Dolor epigástrico
- Náuseas y vómitos
- Anorexia
- Dolores de cabeza
- Confusión
- Cansancio
- Ictericia

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). - Importancia de tomar los exámenes del perfil prenatal. - Concientizar a asistir a sus controles con el especialista. - Realizarse los exámenes de control. - Atención del parto hospitalario. • Orientar a la paciente a: <ul style="list-style-type: none"> - No consumir cigarrillos, alcohol, drogas ya que son nocivos para el bienestar materno-fetal. - No tomar medicamentos sin prescripción médica. - Consultar al médico(a) si tienen los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Náuseas y vómitos persistentes ✓ Dolor en el estómago o en la región superior derecha del abdomen ✓ Malestar general ✓ Ictericia ✓ Dolores de cabeza ✓ Prurito - Mantener control del embarazo estricto a pacientes con antecedentes de toxemias del embarazo, embarazos gemelares, diabetes. - Dieta saludable, disminuyendo el consumo de grasa. - Consumir alimentos que contienen antioxidantes (aguacates, tomates, cebolla color morado, zanahoria, brócoli, repollo, uvas, espinaca, chile, berenjena, pepino). - Realizar ejercicios físicos. 	<p>Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo absoluto en posición de semi fowler. • Control de signos vitales maternos: presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y frecuencia cardíaca fetal. • Canalizar acceso venoso. • Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. • Tomar, enviar y reportar exámenes de laboratorio. • Asistir a paciente en toma de exámenes de gabinete. • Identificar en la paciente disminución del nivel de consciencia, coma, ascitis, hemorragias digestiva y genital. • Acompañamiento al momento que medico(a) informa a familia la condición de paciente. • Coordinar y trasladar paciente a servicio hospitalario, según indicación médica. <p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener monitoreo de signos vitales maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, respiración y frecuencia cardíaca fetal. • Mantener en reposo absoluto • Control de balance hídrico, según indicación médica • Tomar y reportar exámenes de laboratorio, según indicación médica • Cumplir soluciones endovenosas y transfusión de hemoderivados indicadas. • Cumplir medicamentos, según indicación médica. • Colocar oxígeno, según indicación médica. • Cumplir medicamento de maduración pulmonar, según indicación médica. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de presión arterial y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. - Vigilar estado de conciencia como somnolencia o desorientación (sujetar a paciente según condición). - Reportar disminución de movimientos fetales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma como sangramiento y fiebre. - Importancia de los cuidados de higiene (baño diario y aseo vulvar) - Vigilar signos y síntomas de infección en la madre y en el recién nacido. - Continuar con alimentación adecuada a la madre con énfasis en la disminución de las grasas, líquidos orales abundantes • Orientar a usuaria a controles de seguimiento, ya que puede estar expuesta a padecer una recurrencia de la enfermedad en posteriores gestaciones. • Registro de intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia del parto intra hospitalario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar signos de encefalopatía hepática (pérdida de conciencia, euforia, ansiedad, apatía, desorientación, cambios de personalidad, comportamiento inapropiado, somnolencia, confusión, desorientación, coma. - Vigilar contracciones uterinas, duración, frecuencia, intensidad. • Pasar a la usuaria a sala de expulsión • Verificar con anticipación sala de reanimación neonatal ante posible complicación del recién nacido por dificultad en el nacimiento. • Circular la atención del parto, según lineamientos establecidos. • Preparar a paciente para ser intervenida quirúrgicamente en caso de cesárea. • Cuidados preoperatorios. • Pasar a sala de operaciones, según indicaciones médicas. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

38. Enfermedades tiroideas y embarazo

38.1 Definición

Hipotiroidismo: patología médica caracterizada por la depresión de la función tiroidea, que puede ser primaria o secundaria.

Hipertiroidismo: patología médica que se caracteriza por la presencia de secreción excesiva de hormonas tiroideas.

38.2 Etiología

- Tiroiditis crónica posterior a terapia con yodo radioactivo
- Extirpación quirúrgica de la tiroides
- Tiroiditis de Hashimoto
- Mixedema idiopático auto-inmune
- Deficiencia de yodo
- Tiroiditis sub –aguda
- Ingesta de medicamentos anti tiroideos en dosis demasiado elevadas
- Uso de medicamentos bociógenos: sulfonilureas, litio, yoduro, biguanidas, carbamacepina, fenitoina.
- Enfermedades infiltrativas: leucemia y amiloidosis
- Radiación externa,
- Errores innatos de la síntesis de la hormona tiroidea
- Hipopituitarismo por tumores hipofisario
- Síndrome de sheehan

38.3 Manifestaciones clínicas

Tumoración del cuello (bocio), fatiga marcada, intolerancia al frío, somnolencia, letargia adinamia, enlentecimiento, piel seca, caída del cabello, voz ronca, estreñimiento, parestesias en los dedos, edema en las manos y pies, puede acompañarse de diabetes y trastornos hipertensivos.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas de embarazo). - Asegurarse, que el formulario de historia clínica perinatal base y el carnet materno estén completamente llenos. - Detectar factores de riesgo y complicaciones. - Dar consejería según riesgo. - Educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importancia de asistir a los controles prenatales. ✓ Nutrición rica en fibra ,higiene y reposo ✓ No, ingerir alcohol, drogas, cigarrillos ✓ No auto medicarse - Uso de ropa adecuada. - Consultar ante la presencia de Signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema. ✓ Aumento de la presión arterial, ✓ sangramiento. ✓ Expulsión de líquido por vagina. ✓ Fiebre. ✓ Visión borrosa ✓ Cefalea ✓ Dolor epigástrico • Orientar a la embarazada sobre su riesgo que debe ser atendida por médico especialista. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <p>(El tiempo de mayor riesgo es durante el primer trimestre y en el pos-parto).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar medidas antropométricas • Dar orientación sobre signos y síntomas de la enfermedad tales como: <ul style="list-style-type: none"> - Taquicardia mayor de 100 por minuto. - Fiebre mayor de 38° c - Temblor - Desequilibrio hidroelectrolítico - Disnea - Exoftalmia - Bocio o nódulo tiroideo - Edema de miembros o generalizado - Dermopatía o mixedema pre tibial - Piel caliente y húmeda - Pérdida de pelo - Astenia - Diarrea - Onicosis - Poco incremento de peso materno - Problemas nerviosos. • Cumplir tratamiento médico según indicación. • Dar orientación al alta. <p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el estado de conciencia de la usuaria. • Interrogar a la paciente sobre edad gestacional, presencia o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, ruptura de membranas y sangrado transvaginal. • Tomar signos vitales maternos y fetales: presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración y frecuencia cardíaca fetal. • Cumplir indicaciones médicas. • Asistir a la usuaria cuando le realizan NST (monitoreo fetal electrónico) y otros exámenes de gabinete. 	<p style="text-align: center;">Alta con embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. ✓ Orientación de controles prenatales cada 4 semana. ✓ Orientarla si presenta exoftalmia debe entregarle referencia. - Cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario - Asistir a controles. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Mantener y fomentar la limpieza de genitales. - Alimentación adecuada de la madre hipotiroidea (espinaca, marisco, rábano, tomate, soya, mangos). - Madre hipertiroidea (baja en sodio, sal no yodada huevo consumir la clara - Carnes rojas, carne de cerdo, cordero, pollo y conejo en cantidades moderadas, pero deben ser frescas no curadas ni preparadas - Pescados de río. - Condimentos como la pimienta, canela y orégano - Papa y vegetales cocinados sin agregar sal. - Fruta no puede comer (fresas, mora piña, manzana). - Arroz y vegetales frescos no conservadas, ni enlatadas, evitar la abundancia de espinaca y brócoli.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Llenado de ficha de plan de parto. • Promoción del parto institucional. • Llenado de hoja filtro prenatal. • Referir a paciente al tercer nivel, si no hay capacidad resolutive. • Paciente con hipotiroidismo debe orientarse sobre signos y síntomas de: • Ganancia excesiva de peso, fatiga, intolerancia al frío, piel seca, vello escaso, voz ronca, parestesia en dedos y edema en manos y pies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: causa de ingreso, condición y bienestar materno-fetal. • Toma de muestras de laboratorio hematócrito, hemoglobina, tipo y Rh, prueba cruzada, T3, T4, TSH y otros según indicación médica y reportar resultados. • Trasladar paciente a servicio, según indicación médica. • Preparar a paciente según vía de evacuación • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar estado de conciencia. • Tomar signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y fetal, respiración). • Colocar medios físicos, si es necesario. • Colocar oxígeno según indicación médica. • Balance hídrico, según indicación médica. • Peso diario en ayuno. • Vigilancia de signos y síntomas de alteración gastrointestinal (náuseas, diarrea, dolor abdominal). • Vigilar temblor e irritabilidad. • Tomar pruebas tiroideas en ayuno. • Vigilar dieta adecuada. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. • Entregar su carnet materno debidamente lleno con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido y se le orientará sobre su utilidad en el control puerperal. • Consejería sobre planificación familiar. • Consulta preconcepcional • Enfatizar importancia de la atención de parto hospitalario. • Paciente puérpera • Orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos de alarma post parto. - Continuar tratamiento médico. - Acudir a consulta médica si presenta signos de peligro. - Asistir a controles al establecimiento de salud más cercano a su domicilio. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar ambiente familiar que ayude a su recuperación - Promover la lactancia materna exclusiva por 6 meses. • Registrar intervenciones de enfermería.

39. Hipertensión arterial crónica en el embarazo

39.1 Definición

Hipertensión arterial conocida antes de la gestación o diagnosticada antes de las 20 Semanas del embarazo, o hipertensión arterial diagnosticada por primera vez después de las 20 semanas de gestación que persiste después de las 12 semanas de post parto.

39.2 Clasificación

A- Primaria o esencial (90% de los casos)

B- Secundaria (10%) hipertensión secundaria a otra patología.

Clasificación de HTA crónica según riesgo:

- Bajo riesgo: hipertensión arterial sin daño a órgano blanco.
- Alto riesgo: hipertensión arterial con daño a órgano blanco.

- Disfunción ventricular izquierda.
- Retinopatía.
- Dislipidemia.
- Enfermedad nefrovascular
- Infarto agudo de miocardio
- Evento adverso materno-peri natal.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimenticios, con énfasis al consumo adecuado de sodio. - Práctica de ejercicios. - Referencia al médico en caso de alteraciones en la presión arterial igual o mayor 130/90 mm Hg. • Orientación sobre la patología y la importancia de su tratamiento y complicaciones. • Promover y fomentar el club de hipertensión para mantener vigilancia y evitar complicaciones. • Registrar las intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial) y reportar cambios. • Tomar medidas antropométricas. • Orientar sobre toma de exámenes de laboratorio según indicación médica. • Dar consejería a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Patología y su tratamiento. - Medicamentos, dosis, horarios y posibles efectos secundarios. - Dieta (hiposódica y con poca grasa). - Signos y síntomas de alarma. - Actividad física. - Importancia de los controles médicos de seguimiento. - Apoyo psicológico y emocional. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (temperatura, pulso, respiración y presión arterial, frecuencia cardiaca fetal) según indicación médica y reportar cambios. • Colocación de respaldo según necesidad. • Asistir a paciente en toma de exámenes de gabinete: <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonografía obstétrica. - Radiografía de tórax. - Electrocardiograma. • Tomar exámenes de laboratorio indicados. • Cumplir medicamentos según indicación y reportar efectos secundarios. • Vigilar y reportar signos y síntomas de alarma. • Dieta adecuada según indicación • Medidas de higiene y comodidad. • Control del balance hídrico y diuresis, según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar y promover a la usuaria a participar en grupos organizados por patologías y evitar crisis posteriores. • Promover estilos de vida saludable (ejercicio, alimentación baja en sodio) • Apoyo psicológico y emocional. • Promover el apoyo del grupo familiar en: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del tratamiento médico - Recreación. - Asistencia a controles médicos • Orientar al usuario sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas. - No automedicarse. - Posibles complicaciones. - Mantener el peso adecuado. - Control de tensión arterial, tres veces por semana. - Participar en grupos de terapia ocupacional. <p style="text-align: center;">En el post-parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control post parto al establecimiento de salud más cercano. - Signos y síntomas de

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Control de peso 3 veces por semana. • Apoyo psicológico y emocional. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Labor y trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y registrar signos vitales (Temperatura, Pulso, Respiración y Presión Arterial) según condición de paciente y reportar cambios. • Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal. • Asistir a paciente en la evaluación gineco-obstétrica. • Cumplir líquidos endovenosos y medicamentos según indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio indicados. • Vigilar y reportar aparecimiento de signo y síntomas de preeclampsia. • Coordinar con el pediatra acerca del trabajo de parto, para la atención oportuna del recién nacido/a. • Pasar a sala de expulsión al estar total dilatada. • Aplicar protocolo de intervención de parto. • Asistir necesidades de paciente. • Cuidados preoperatorios Preparar, si parto es vía abdominal • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasar a servicio, según indicación médica • Alojamiento conjunto y lactancia materna temprana, según condición de la madre. • Ubicar a la usuaria en cama con barandales. • Observar estado general y reportando anomalías. • Vigilar y reportar aparecimiento de signo y síntomas de preeclampsia. • Cumplir medicamentos antihipertensivos indicados. • Orientar y/o asistir a la movilización temprana según la condición de usuaria. • Efectuar aseo vulvar 3 veces al día. • Ayudar al vaciamiento de mamas. • Realizar cuidados de higiene y comodidad. • Proporcionar líquidos orales abundantes. • Vigilar en las primeras horas post-parto: <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales. - Tonicidad e involución uterina. - Sangramiento transvaginal. - Diuresis espontánea. 	<p>infección pos parto: fiebre, secreción vaginal fétida, dolor abdominal intenso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos de planificación familiar. - Ventajas de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses. - Cuidados higiénicos maternos y del recién nacido/a. - Control infantil en los primeros 7 días de nacido/a. - Asistir a consulta con especialistas (ginecología, medicina interna) según programación de cita. - Evitar actividades extenuantes y fatiga. - Propiciar un ambiente familiar que ayude a su recuperación. - Continuar el tratamiento médico. (medicamentos antihipertensivos y otros). - Consultar inmediatamente ante la aparición de signos y síntomas de alarma. - Orientar sobre control de tensión arterial en UCSF o institución de salud que le quede más cercana. - Consejería sobre riesgos de embarazos frecuentes. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de mamas y periné en caso de parto vaginal. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

40. Síndrome antifosfolípido (SAF)

40.1 Definición

Es un síndrome que se caracteriza por la presencia de niveles moderados o altos de anticuerpos antifosfolípidos acompañados de trombosis arteriales y venosas recurrentes y pérdidas fetales repetidas.

40.2 Etiología

El sistema inmune produce anticuerpos que de forma errónea atacan los propios tejidos corporales.

40.3 Manifestaciones clínicas

Trombosis arteriales y venosas a repetición, con predominio de trombosis venosa en las extremidades inferiores y tromboembolias pulmonares.

La trombosis arterial se localiza preferentemente en las arterias cerebrales y pueden presentar un cuadro agudo de accidente cerebrovascular agudo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción 1º trimestre de gestación. - Inscripción prenatal en cualquier período del Embarazo. - Evitar ropa apretada. - Asistir a los controles con el especialista. - No suspender medicamentos indicados por el especialista. - Orientar sobre el uso de anticoagulantes según indicación médica. - Realizarse los exámenes de control. - No consumir cigarrillos, alcohol, drogas. - Signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado transvaginal. ✓ Edema de miembros 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Mantener a la usuaria en reposo, en decúbito lateral izquierdo. • Tomar signos vitales maternos y frecuencia cardiaca fetal. • Cumplir indicaciones médicas. • Tomar exámenes de laboratorio según criterio médico. • Valorar el estado general de la usuaria. • Dar apoyo emocional a usuaria y familia. • Trasladar a paciente al servicio indicado. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales maternos y fetales y reportar alteraciones. • Tomar exámenes indicados y reportarlos oportunamente. • Cumplir fármacos de acuerdo a indicación médica. • Observar si presenta trabajo de parto y 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones al egreso: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Aseo vulvar ✓ Uso de ropa adecuada y cómoda. • Continuar con alimentación adecuada y líquidos orales abundantes. • Entregar carnet

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>inferiores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolores lumbo pélvicos. ✓ Disminución de ✓ Movimientos fetales. <ul style="list-style-type: none"> - Vacunar con toxoide tetánico. - Referir para toma de exámenes complementarios según normativa. - Realizar anamnesis. - Referencia al médico (alto riesgo) - Evaluación del estado nutricional. - Que ingiera dieta balanceada. - Tomar suplementos vitamínicos y minerales. - Brindar consejería sobre planificación familiar, utilizar método recomendado por el médico por su problema de coagulación. - Dar seguimiento al cuidado preconcepcional. • Propiciar la participación de la familia en el apoyo emocional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>reportarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente que identifique los movimientos fetales y que informe la disminución de los mismos. • Proporcionar dieta indicada según requerimientos nutricionales. • Al resolver cuadro clínico integrar a paciente en actividades que no generen fatiga ni disnea como: <ul style="list-style-type: none"> - Deambulación asistida. - Baño en ducha. • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente. • Despejar todas las dudas para disminuir temores y ansiedades, darle confianza, utilizar vocabulario sencillo para que pueda entender, y estimular al paciente para que exprese sus sentimientos. • Colocar a paciente en ambiente que facilite la comodidad, respiración y retorno venoso. • Aliviar la ansiedad, tranquilizarle, explicarle, orientarle sobre todos los procedimientos que se le realizan. • Trasladar a paciente al servicio indicado si desencadena trabajo de parto. • Seguir lineamientos técnicos vigentes en la atención del parto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>materno debidamente lleno orientando sobre la importancia de este.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar natural "MELA" si está dando lactancia materna exclusiva. • Registrar intervenciones de enfermería.

41. Cardiopatías más embarazo

41.1 Definición

Paciente embarazada que presenta una enfermedad cardiovascular pre-existente o las cardiopatías que surgen como complicaciones durante el embarazo.

41.2 Etiología

Causas		
Congénitas	Adquiridas (más frecuentes)	Quirúrgicas
Cianótica No cianótica	Valvulares Isquémicas Trastorno del ritmo Hipertensivas Miocardiopatías Pericarditis Secundarias	Prótesis valvulares Congénitas corregidas

41.3 Manifestaciones clínicas

Descompensación cardiaca: ortopnea, cansancio fácil (fatiga) disnea progresiva sincope con el esfuerzo, dolor torácico en relación con el esfuerzo o el movimiento. Palpitaciones, asfixia, hemoptisis, cianosis con distensión o no de las venas del cuello, trastornos diversos del ritmo: taquicardia, arritmias, entre otros.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Inscripción en el primer trimestre gestacional. - Proceso de la enfermedad y su relación con el embarazo. - Importancia de asistir a los controles prenatales y con otros especialistas. - Importancia de ingerir suplementos vitamínicos indicados. - Asistir a un centro hospitalario para la atención del parto. - Portar sus documentos de identidad personal incluyendo su carné materno. - Propiciar la participación de la familia en el apoyo emocional. - Ingesta de una dieta hiposódica, rica en fibra, hierro y ácido fólico. - Evitar alimentos con alto contenido de sodio (alimentos procesados, boquitas y galletas saladas). - Ingerir líquidos abundantes de 2.5 a 3 litros cada día. - Realizar prácticas de recreación para controlar el estrés. - Modificar el programa de actividades para contar con periodos de reposo. - Dormir un mínimo de 8 a 10 horas por la noche con respaldo, además que tenga siestas mañana y 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Ayudar al cambio de ropa según condición de la usuaria. • Colocar a la usuaria en posición de semifowler o respaldo a tolerancia. • Controlar signos vitales monitorizados • Colocar oxígeno, según indicación médica (cerciorarse que humidificador esté en buen estado con cantidad de agua adecuada en tubo mezclador). <p style="text-align: center;">Hospitalización Usuaria sin trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el motivo del tratamiento y pruebas diagnósticas antes del parto. • Mantener en reposo. • Coordinar interconsultas con especialista. • Cumplir fármacos de acuerdo a indicación médica. • Control de balance hídrico. • Apoyar en su higiene personal si es necesario. • Proporcionar dieta hiposódica. • Monitorizar los signos vitales maternos fetales cada 4 horas y reportar variaciones. • Colocar a usuaria en posición de semi fowler o respaldo a tolerancia. • Evitar estímulos innecesarios. • Tomar exámenes indicados. • Coordinar o tomar electrocardiograma. • Proporcionar dieta indicada. • Evitar fatiga • Deambulación asistida. • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente y familia. • Despejar dudas y disminuir temores y ansiedades sobre su estado. • Colocar vendajes en miembros inferiores. • Vigilar y reportar los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Cianosis de piel, uñas y mucosas. - Disnea, taquicardia. - Desorientación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de tomar los medicamentos que le indiquen. - Inicio de actividades diarias de forma progresiva. - Mantener un programa de reposo durante el día y que duerma de 8 a 10 horas durante la noche. - Espaciamiento de embarazos. - Métodos de planificación familiar. - Estimulación temprana del recién nacido - Importancia de continuar sus controles con especialista. Cuidados higiénico - Lactancia materna exclusiva durante seis meses. - Asistir al establecimiento de salud más cercano ante los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor torácico ✓ Edemas ✓ Taquicardia ✓ Sudoración ✓ Hemorragia transvaginal ✓ Loquios fétidos. ✓ Fiebre. ✓ Dolor abdominal intermitente.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>tarde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitar las tareas domésticas de mayor esfuerzo. - Signos y síntomas de alarma que puede presentar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para respirar ✓ Dolor torácico, arritmia, taquicardia, bradicardia, tos, disnea, crepitaciones, entumecimiento. ✓ Sensación de cosquilleo. ✓ Cambios de color en las pierna (cianosis), edemas. ✓ Otros relacionados a su embarazo: disminución de movimientos fetales, cefalea intensa, mareos, epigastralgia, edemas, salida de líquido, sangramiento transvaginal y visión borrosa, acudir al hospital, si se presentan los síntomas antes descritos - Si es detectada la patología en el control prenatal, continuar la consulta de alto riesgo. - Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas. - Evitar auto medicarse - Participar en grupos de apoyo. - Importancia de asistir tomarse electrocardiograma si fuera indicado - Referir al nivel de atención correspondiente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración en el trazo cardíaco. • Orientar sobre identificación de movimientos fetales e informe si hay disminución de los mismos. • Vigilar y reportar al médico si presenta trabajo de parto. • Trasladar a paciente al servicio indicado si desencadena trabajo de parto. • Seguir lineamientos técnicos vigentes en la atención del parto. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Partos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a paciente cerca de estación de enfermería. • Monitoreo de signos vitales maternos y fetales • Cumplir indicaciones médicas. • Colocar oxígeno, según indicación. • Colocar respaldo a tolerancia. • Vigilar trabajo de parto (contracciones uterinas: intensidad, duración, frecuencia). • Proporcionar cuidados de higiene y comodidad. • Mantener y vigilar vendaje de miembros inferior, cerciorándose de coloración de uñas. • proporcionar apoyo emocional y ambiente tranquilo. • Control de balance hídrico estricto. • Coordinar con medico(a) de neonatología o pediatra la atención del recién nacido. • Vigilar y reportar presencia signos de alarma durante el periodo de expulsión: <ul style="list-style-type: none"> - Cianosis de piel y mucosa. - Disnea, taquicardia. - Desorientación. - Alteración en trazo cardíaco. • Mantenerla abrigada a paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales según normativa. • Mantenerla con oxígeno. • Mantener accesos venosos permeables. • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar estado general (cianosis, palidez, sudoración, frialdad, bradicardia, taquicardia, extrasístoles, hemorragia transvaginal, involución uterina) • colocar peso (4 libras) sobre el abdomen para equilibrar la circulación materna en el pos parto 	

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>y retirarlo en forma gradual de acuerdo a la indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrigarla según la condición ambiental. • Mantenerla en carro con barandales con respaldo de acuerdo a tipo de anestesia. • Mantener ambiente tranquilo. • Proporcionar apoyo emocional. • Proporcionar cuidados higiénicos y de comodidad. • Trasladar al servicio indicado. • Registrar de intervenciones de enfermería. 	

42. Uso de medicamentos en el embarazo

42.1 importancia

El uso de medicamentos durante el embarazo es una circunstancia frecuente, lo cual requiere de un correcto conocimiento tanto de las propiedades del fármaco, como de sus indicaciones, así como también de las características de las personas a las que se les prescribe, las etapas de gestación y de lactancia, cuyas particularidades diferenciales requieren de unas consideraciones especiales, ya que si se comete algún error de administración, puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el feto o el lactante.

Los efectos de los fármacos sobre el feto o neonato varían mucho, dependiendo principalmente del momento del embarazo en el que se administren. Durante el periodo de organogénesis (12 semanas), los fármacos teratogénicos producen abortos o malformaciones congénitas. Administrados después, especialmente en las últimas semanas de embarazo o durante el parto, pueden alterar la función de órganos o sistemas enzimáticos específicos, afectando así al neonato y no al feto.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a toda mujer en edad fértil o embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Al planear un embarazo, debe preguntarle al médico sobre los medicamentos que necesita antes de quedar embarazada - Las mujeres embarazadas no deben interrumpir ni comenzar a tomar ningún medicamento sin consultar al médico - Evitar tomar cualquier medicamento, ya sea farmacológico, homeopático o natural, oral o tópico, sin antes haber recibido la prescripción médica correspondiente. - Los suplementos nutricionales, cafeína, hierbas y vitaminas también pueden perjudicar al bebé o causar otros efectos secundarios durante el embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la mujer sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de colaborar durante el tratamiento oral, tópico y endovenoso que se le esté cumpliendo. - Informar sobre efectos secundarios que pueda presentar durante el tratamiento que se le cumple. • Verificar permeabilidad de acceso venoso. • Aplicar los 10 correctos: <ul style="list-style-type: none"> - Paciente correcto - Fármaco correcto 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a embarazada a continuar tratamiento médico en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Embarazadas que tienen el VIH, y toman zidovudina (AZT). Los estudios demuestran que las mujeres con VIH que toman AZT durante el embarazo reducen en dos tercios el riesgo de transferirle el VIH a sus bebés. - Asistir a consultas y exámenes indicados. - Cuidarse en las primeras

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - El mayor riesgo de daño al feto es durante las primeras semanas de embarazo, cuando se están desarrollando los órganos más importantes. • Explicar sobre complicaciones al no cumplir el tratamiento indicado: <ul style="list-style-type: none"> - Mujer diabética que no toma sus medicamentos durante el embarazo, tiene un mayor riesgo de aborto espontáneo y parto de feto muerto. - Si la embarazada no se controla el asma o la hipertensión (presión arterial alta), esto puede causarle problemas al feto. - Cumplir antibióticos si se le indican en la dosis y horario establecido. - Los efectos que producen los medicamentos dependen de muchos factores, como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cantidad que toma del medicamento. ✓ Etapa del embarazo en que se tomó el medicamento. ✓ Consultar de inmediato ante cualquier efecto adverso del medicamento el establecimiento de salud más cercano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vía correcta - Dosis correcta - Hora correcta - Verificar fecha de caducidad - Velocidad de infusión correcta - Estar enterado de posibles reacciones • Preparar y Administrar usted mismo el medicamento. • Registrar medicamento aplicado y hora de administración • Reportar de inmediato cualquier efecto adverso. • Aplicar procedimiento de cumplimiento de sulfato de magnesio si está indicado. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>semanas luego del alumbramiento. El tipo de cuidado que necesitará dependerá de cómo dio a luz al bebé.</p>

43. Medicina transfusional

43.1 Definición

La transfusión de sangre es un procedimiento que consiste en hacer pasar sangre o alguno de sus derivados de un donante a un receptor para reponer el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina y la capacidad de transporte de oxígeno y otras sustancias, corregir los niveles séricos de proteínas o para compensar un déficit de los componentes de la sangre, que no pueden ser prevenidas o manejadas efectivamente por ningún otro medio.

Una vez llevada a cabo la transfusión, es necesario comprobar si la indicación efectuada cumplió con los objetivos esperados utilizando parámetros de laboratorio.

43.2 Factores predisponentes

Los factores de riesgo de pérdida sanguínea más significativos son:

- Hemorragia posparto secundaria
- Sangrado transvaginal antes de las 24 semanas de gestación
- Ingreso hospitalario durante el tercer trimestre
- Tabaquismo materno
- Tercera etapa del trabajo de parto o incompleta.

43.3 Indicación: pérdida superior a 500 ml de sangrado transvaginal en las primeras 24 horas del puerperio posparto, o mayor a 1,000 ml de sangrado posquirúrgico en cesárea.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la transfusión de sangre u otros derivados. - Asistir a su cita para evaluación médica. - Asistir a cita de exámenes de laboratorio. - Necesidad de preparación de donantes. - Explicar posibles reacciones durante la transfusión. - Tomar en cuenta el consentimiento de la paciente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar indicación médica • Verificar que la solicitud de transfusión contenga la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Datos de identificación completos - Sello del servicio y medico - Diagnóstico de paciente - Número de unidades y tipo de componentes sanguíneos - Hora y fecha de solicitud. • Tomar muestra de sangre para prueba cruzada. con nombre completo y número de expediente. • Anotar solicitud de transfusión en el libro de transfusiones, verificar que tanto orden como muestra se lleven de inmediato a banco de sangre. • Identificar al paciente por su nombre, previo a la administración del componente sanguíneo. • Control de signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura, respiración) antes de la transfusión y cada 15 minutos durante la primera hora, luego cada media hora. • Corroborar que velocidades de transfusión (goteos), pasen en el tiempo establecido. • Vigilar que transfusión de glóbulos rojos empacados, pasen en un tiempo mínimo de dos horas y máximo cuatro horas: <ul style="list-style-type: none"> • Plasma fresco congelado mínimo 30 minutos no más de dos horas. • Plaquetas mínimo 30- 60-minutos. • Criopresipitados de 10 a 20 minutos. • Verificar la viñeta de unidad de transfusión con: <ul style="list-style-type: none"> - Hora de inicio y finalización - Fecha y responsable de la transfusión. • Observar a paciente durante la transfusión en busca de reacciones transfusionales (fiebre, hipotensión, náuseas y vómitos, sangramiento, dolor y malestar torácico lumbar y abdominal hemoglobinuria, ronquera y/o disnea, escalofríos urticaria/prurito); • Si se presentan reacción, suspender inmediatamente la transfusión y no descartar bolsa, se envía a banco de sangre. • Reportar de inmediato reacción presentada a médico de turno y a banco de sangre. • Reportar evento en hoja correspondiente. • Cumplir indicaciones médicas. • Vigilar la permeabilidad del acceso venoso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir cita médica. - Vigilar al paciente en busca de signos de reacción transfusional tardía, oliguria o anuria. - Orientar sobre alimentación balanceada según condición de la paciente. - Ante cualquier signo de alarma consultar. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar hematocrito y hemoglobina 6 horas post transfusión y reportar resultados • Registrar intervenciones de enfermería. 	

44. Cordocentesis

44.1 Definición

Consiste en la punción de la vena umbilical, lo que permite el acceso vascular para obtener sangre fetal con fines diagnósticos y administrar drogas o transfusiones con fines terapéuticos.

44.2 Indicación

- Estudio cito-genético (cariotipo): cariotipado rápido en anomalía estructural fetal, confirmación de resultado cito genético no conclusivo en líquido amniótico (mosaicos), hidrops fetal.
- Diagnóstico prenatal de anemia de Fanconi.
- Riesgo de enfermedad monogénica y consulta tardía
- Marcadores de infección fetal por CMV (plaquetas y perfil hepático).
- Sospecha de anemia fetal: isoimmunización, infección PVB19, agonía/muerte reciente de un gemelo MC.
- Sospecha de trombocitopenia fetal: trombocitopenia aloinmune, trombocitopenia autoinmune severa.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Procedimiento a cumplir. – Debe estar la familia para autorización de consentimiento, debe llevar DUI, si es menor de edad debe presentarse la madre o padre. – No debe ingerir alimentos, previo al procedimiento. – Se cumplirá medicamento para realizarle el examen que provocara somnolencia – Debe informar cualquier anomalía que sienta durante el procedimiento. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales • Realizar cuidados higiénicos según condición de paciente. • Orientar que no debe ingerir alimentos. • Preparar equipo que contenga: <ul style="list-style-type: none"> – Ampolla de diazepam – Gorros – Mascarillas – Guantes estériles de diferente número – Jeringas de 5 cc y 10cc – Aguja punción lumbar número 22 – Equipo de venopunción, equipo de amniocentesis estéril. – Jabón yodo. – Frasco de heparina. – Esparadrapo, hisopos. – Agua estéril – Frasco para muestra de sangre, atril – Cilindro de oxígeno, mascarilla o bigotera, humidificador. – Depósitos para el sucio. • Al tener equipo completo colocar paciente en 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a pacientes sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> – Inicio de actividad uterina – Disminución de movimientos fetales – Sangramiento transvaginal – Salida de líquidos – Si presenta estos signos debe acudir al establecimiento de salud más cercano. – Asistir a sus controles subsecuentes. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	carro camilla. <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar al área de ultrasonografía. • Colocar en mesa ginecológica. • Colocar suero en atril. • Administrar diazepam diluida en 5ml de agua bidestilada, cumpliendo según indicación médica. • Observar condición de paciente y reportar anormalidades. • Mantener silencio. • Permanencia de personal mínimo necesario durante el procedimiento. • Brindar soporte emocional a paciente. • Vigilar goteo de suero. • Al finalizar procedimiento retirar equipo. • Enviar muestra de laboratorio. • Trasladar paciente en carro camilla a área de NST. • Estar pendiente de paciente y reportar anormalidades, luego trasladar a unidad correspondiente. • Mantener paciente en reposo absoluto por 12 horas. • Cumplir alimentación. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

45. Transfusión intrauterina

45.1 Definición

La transfusión intrauterina es el tratamiento más efectivo para mantener el bienestar hemodinámico y hematológico fetal y así poder prolongar el embarazo, en casos de Isoinmunización Rh, cuando el feto se encuentra en anemia moderada a severa.

Eritroblastosis fetal es una condición que se manifiesta por una anemia en el feto debido a que los anticuerpos de la madre atacan a los glóbulos rojos del niño. Esta condición, por lo general, se origina por incompatibilidad del factor Rh entre el tipo de sangre de la madre y la del niño.

45.2 Indicaciones

- Enfermedad hemolítica perinatal
- Hidrops fetal.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: - Procedimiento a 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales • Tomar prueba cruzada y enviar al laboratorio un día antes, para preparación de sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientarla sobre signos y síntomas de alarma como:

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citar a familiar para firma como testigo de consentimiento informado, debe llevar DUI, si la paciente es menor de edad debe presentarse la madre y/o padre o responsable legal con DUI. - No debe ingerir alimentos previos al procedimiento. - Orientar que se cumplirá medicamento para realizarle el examen que provocara somnolencia. - Debe informar cualquier anomalía que presente durante el procedimiento. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar que se realice coordinación con neonatólogo. • Enviar orden de transfusión sanguínea revisar llenado completo (nombre, registro, tipo materno, cantidad a trasfudir, colocar hora de utilización de sangre. • Realizar cuidados higiénicos según condición de paciente. • Orientar que no debe ingerir alimentos. • Solicitar sangre según hora establecida, verificar que sea la indicada, que envíen descartable de sangre. • Preparar equipo que contenga: <ul style="list-style-type: none"> - Ampolla de diazepam - Gorros, mascarillas - Jeringas n° 5, 10, 20 ml - Gabachón estéril - Guantes estériles n° 6 ½ 7. o 7 1/2. 8, varios pares - Aguja punción lumbar n° 22 - Equipo de venopunción - Equipo de amnioinfusión - Jabón yodo, esparadrapo - Hisopos, - Agua estéril - Atril - Depósito para el sucio - Cilindro de oxígeno, mascarilla o bigotera, con humidificador. • Al tener equipo completo colocar paciente en carro camilla. • Trasladar al área de ultrasonografía. • Mantener en carro camilla. • Tomar signos vitales y reportar. • Administrar diazepam lentamente, diluida en 5ml de agua bidestilada, cumpliendo según indicación médica. • Observar condición de paciente y reportar anomalías. • Mantener silencio durante procedimiento. • Permanencia de personal mínimo necesario durante el procedimiento. • Brindar soporte emocional a paciente. • Vigilar goteo de suero. • Proporcionar bolsa de sangre previa identificación. • Al finalizar procedimiento retirar equipo. • Trasladar paciente a carro camilla a área de NST. • Vigilar reacciones adversas por transfusión. • Estar pendiente de paciente y reportar anomalías. • Luego trasladar a la unidad correspondiente. • Mantener en reposo absoluto por 12 horas o según indicación médica. • Cumplir alimentación. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Signos de infección en el sitio de la punción, fiebre. - Dolor abdominal - Inicio de actividad uterina - Disminución de movimientos fetales - Sangramiento transvaginal - Salida de líquidos transvaginal - Dolor de espalda - Rash - Enrojecimiento • Asistir a sus controles subsecuentes. • Si presenta estos signos debe acudir al establecimiento de salud más cercano. • Registrar intervenciones de enfermería.

46. Pruebas de bienestar fetal

46.1 Definición

Son estudios que se realizan para evaluar si un bebé tiene riesgo de asfixia antes o durante el trabajo de parto.

Pruebas más usadas actualmente son: PPS (prueba sin estrés) ó monitoreo cardiaco fetal, la prueba sin estrés se realiza con un cardiotocógrafo, que es un aparato que registra simultáneamente la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas; con lo cual evaluamos el estado del bebé.

Perfil biofísico fetal: se estudian aspectos del comportamiento fetal que son representativos de la cantidad de oxígeno que llega a sus diferentes órganos, entre ellos el cerebro.

Evaluación dopler: con este tipo de ultrasonido se evalúa el flujo sanguíneo en vasos fetales como la arteria cerebral media y la arteria umbilical que reflejan si el bienestar de su bebé está en riesgo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la embarazada sobre la preparación y forma en que le realizaran el examen NST: <ul style="list-style-type: none"> - La prueba de bienestar fetal es una prueba sencilla y no invasiva. - No ocasiona ningún riesgo, ni causa ninguna clase de efecto colateral para la mamá o para el feto. - No es necesario estar en ayuno. - Debe haber comido previamente. - Debe mantenerse acostada durante el procedimiento. - Se le colocaran bandas alrededor del abdomen sosteniendo los transductores. - Informar a médico(a) si ingiere algún medicamento. • Se le explicara que el procedimiento dura aproximadamente 15 minutos • Registrar intervenciones de enfermería • Orientar si la prueba es OCT (test con stress) • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Se le tomara un trazo con un equipo que durara aproximadamente 15-20 minutos. - Se le colocará líquidos endovenosos que le ayudaran a aumentar las contracciones uterinas. - Debe mantenerse en reposo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre la ingesta de alimentos o aporte calórico reciente (glucosa o dextrosa) mínimo una hora, máximo tres horas. • Colocar a paciente en posición semisentada, en decúbito lateral. • Tomar signos vitales • Colocar cinturón alrededor del abdomen. • El personal médico le interpretará el resultado del procedimiento y junto con su historia clínica le permitirá tomar mejores decisiones en cuanto al momento más adecuado para el nacimiento del bebé. <p style="text-align: center;">Intervenciones de enfermería en pacientes con goteo de oxitocina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir todos los cuidados anteriores. • Canalizar vena con catéter # 18. • Cumplir goteo de oxitocina, según indicación médica en bomba de infusión. • Vigilar FCF. • Proporcionar apoyo emocional. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Cumplir indicaciones médicas, posterior al resultado del examen. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a su control según cita - Llevar resultado de examen a la cita - Asistir a hospital si presenta signos y síntomas de alarma en el embarazo - Registrar intervenciones de enfermería.

47. Ultrasonografía obstétrica

47.1 Definición

Es el procedimiento auxiliar de ayuda diagnóstica que se clasifica bajo estudios de imagenología y se basa en ondas sónicas de alta frecuencia.

La ultrasonografía prenatal es una herramienta auxiliar que nos permite conocer, evaluar la anatomía y el bienestar fetal, sin embargo, hay que reconocer que como todo método diagnóstico tiene sus limitantes.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la embarazada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La preparación y forma en que le realizarán el examen. - La prueba es sencilla y no invasiva. - No ocasiona ningún riesgo. - No causa ninguna clase de efecto colateral para la mamá o para el bebé. - Se determina la condición del feto, placenta y líquido amniótico - No es necesario estar en ayuno. - Si el embarazo es menor de 12 semanas le realizarán el procedimiento vía vaginal. - Si es menor de 20 semanas el embarazo debe tomar un litro de agua previamente, para llevar vejiga llena, no orinar antes de ultrasonografía. - Debe presentarse en vestido o falda - Debe llevar la tarjeta y boleta el día de la prueba. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Permanecer acostada para este procedimiento. - Le aplicarán un gel conductor transparente sobre el vientre sentirá frío y húmedo. - Puede presentar una pequeña molestia como consecuencia de la presión que ejerce la vejiga llena - Limpiar el área abdominal con papel toalla posterior al procedimiento - Enviarla a miccionar, orientándola donde están los baños - El médico le interpretará el resultado del procedimiento y le dará indicaciones para su manejo (ingreso y/o ambulatorio - Debe esperar resultado - Si paciente está ingresada debe trasladarse a área de ultra según condición de paciente (silla de rueda, carro camilla o deambulando) • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - El día de la consulta debe traer la respuesta del examen - Debe llevar la tarjeta de cita control prenatal y plan de parto - No debe faltar a sus controles - Debe cumplir las indicaciones prescritas por el médico, si lo hubiera. - Explicarle signos de alarma por los cuales debe buscar ayuda médica: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor lumbopélvico, cefalea, visión borrosa, amaurosis, escotomas - sangramiento transvaginal - salida de líquido transvaginal, edema de miembros inferiores • Registra intervenciones de enfermería.

Condiciones de salud enfermedades ginecológicas

48. Hemorragia uterina anormal

48.1 Definición

Cualquier alteración en la duración, frecuencia y cantidad del ciclo menstrual para una paciente en particular.

48.2 Etiología

Hemorragia uterina anormal por grupo etáreo:

Grupo	Etiología
Niñez	Es más probable la hemorragia vaginal que la uterina: <ul style="list-style-type: none"> - Vulvovaginitis - Pubertad precoz - Cuerpo extraño - Trauma - Abuso sexual - Neoplasias (tumores ováricos).
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> - Anovulación - Coagulopatías - Embarazo - ITS - Abuso sexual.
Etapa reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo patológico - Anovulación - ITS - Tumores pélvicos: leiomiomas, pólipos, tumores de ovario, entre otros.
Perimenopausia	<ul style="list-style-type: none"> - Anovulación - Tumores pélvicos - Hiperplasia endometrial - Embarazo - ITS.
Post menopausia	<ul style="list-style-type: none"> - Atrofia endometrial - Hiperplasia endometrial - Pólipos endometriales - Cáncer endometrial - Cáncer de cérvix o vulva - Cáncer de ovario - Tumores pélvicos. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> Deben descartarse causas rectales, vesicales o ambas de hemorragia </div>
Enfermedades sistémicas (cualquier edad)	<ul style="list-style-type: none"> - Coagulopatías - Enfermedades tiroideas - Enfermedades hepáticas - Sepsis - Neoplasias hematológicas.

Uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos orales (ACO) - Anticonceptivos de solo progestina - Dispositivo intrauterino (DIU) - Terapia de reemplazo - Tamoxifeno - Corticosteroides - Anticoagulantes.
---------------------	--

48.3 Manifestaciones clínicas

- Signos y síntomas secundarios a anemia
- Signos y síntomas secundarios a hemorragia aguda

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Llevar el control de su ciclo menstrual. - Alimentación balanceada rica en hierro y vitaminas. - Practicar hábitos higiénicos diarios. - Recomendar a la paciente la vigilancia y anotación de patrones de sangrado que incluyan: fecha, duración y cantidad. - Importancia de la ingesta correcta de los medicamentos y explicarlo apropiadamente acorde al grado de escolaridad y comprensión de la paciente. - No auto medicarse específicamente en el uso de anticonceptivos orales o parenterales. - Visitar periódicamente al ginecólogo, por lo menos cada 6 meses, a partir de la adolescencia y de que la mujer ha iniciado su vida sexual. - Realizar cada año un examen de papanicolaou para detectar la presencia de virus de papiloma humano. Es indispensable cuando se lleva una vida sexual 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales y reportar alteraciones. <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general de la usuaria. • Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. • Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico y tratamiento. • Canalizar acceso venoso según indicación médica. • Tomar de exámenes de laboratorio y enviarlos urgentemente. • Administrar analgesia indicada en caso de dolor. • Asistir a usuaria en examen médico. • Preparar para procedimiento quirúrgico, según indicación médica. • Enviar muestra a anatomía patológica identificada, según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales por turno. o según necesidad. • Asistir a la paciente en la deambulación. • Cumplir indicaciones médicas. • Propiciar un ambiente cómodo y agradable. • Mantener acceso venoso permeable. • Revisar resultados de hemoglobina y hematocrito y reportar variaciones. • Vigilar y reportar presencia de sangrado vaginal. • Vigilar y reportar signos de hipotensión. • Agilizar la transfusión de hemoderivados si están indicados. • Verificar que usuaria realice o asistir necesidades de: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene. - Alimentación. - Reposo y sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con tratamiento indicado. - Practica de hábitos de higiene, baño diario. - Toma de citología una vez al año o según indicación médica. - Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de la hemorragia uterina anormal. - Asesoramiento sobre salud sexual. - Orientar sobre signos de alarma y consultar al establecimiento de salud más cercano. • Asistir a controles subsecuentes para resultado de muestra. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
activa. • Proporcionar información verídica sobre salud sexual. • Registrar intervenciones de enfermería.	- Eliminación. • Preparar para procedimiento quirúrgico, según indicación médica. • Enviar muestra a anatomía patológica identificada, según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería.	

49. Amenorrea

49.1 Definición

Se define como la ausencia o cese de menstruación.

49.2 Etiología

Las causas de amenorrea primaria están relacionadas con anomalías cromosómicas en el 43% y las anatómicas en el 30% (anomalías millerianas, himen imperforado y tabique vaginal) y el restante hormonales. (Falla ovárica, Anorexia nerviosa y causas de tipo central) etiología de la amenorrea secundaria: causa más frecuente anovulación crónica, desórdenes alimenticios, estrés, falla ovárica 10%, alteraciones hipotalámicas.

49.3 Clasificación

Amenorrea primaria: es la ausencia de menstruación hacia los 16 años de edad en presencia de caracteres sexuales secundarios normales, o a los 14 años de edad cuando no hay desarrollo visible de los caracteres sexuales secundarios.

Amenorrea secundaria: es la ausencia de menstruación durante tres ciclos consecutivos en caso de oligomenorrea o durante seis meses después de haberse establecido reglas regulares.

49.4 Manifestaciones clínicas

Los síntomas asociados con la amenorrea dependen de la causa y pueden abarcar los siguientes:

- Dolor de cabeza
- Galactorrea (producción de leche materna en las mujeres que no están embarazadas ni lactando)
- Pérdida de la visión (en casos raros de tumor hipofisario)
- Aumento de peso o pérdida de peso considerable
- Acné
- Resequedad vaginal.
- Aumento en el crecimiento del vello en un patrón "masculino" (hirsutismo)
- Cambios en la voz.
- Cambios en el tamaño de las mamas
- Dolor cíclico sin sangrado.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
• Orientar a la usuaria en: - Utilizar solo fármacos que hayan sido recetados por el médico. - Reducir las actividades atléticas que impliquen un esfuerzo desmesurado.	Consulta externa y/o Emergencia • Tomar signos vitales. • Orientar sobre	• Orientar a la usuaria sobre: - Hacer ejercicio moderado. - Dormir por lo menos 8 horas cada noche. - Ingerir 3 comidas

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar tratamiento médico para combatir cualquier trastorno de importancia. - Evitar obesidad. - Orientación nutricional para evitar dietas estrictas atención psicológica y fomentar buenos hábitos de vida. - Si usa anticonceptivos consultar. - Sobre patologías que pueden producir amenorrea: <ul style="list-style-type: none"> ✓Diabetes ✓Trastornos endocrinos ✓Patologías tiroideas. ✓Anomalías miulerianas ✓Tumores ✓Causas ováricas ✓Causas centrales - Si hay salida de leche de las mamas consultar. - Evitar stress emocional. • Explicar la cronicidad del caso y la necesidad de visitas periódicas para dar seguimiento y continuar el tratamiento médico. • Si es adolescente orientar a los padres sobre la importancia de consulta y tratamiento • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>exámenes a realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir a usuaria en: <ul style="list-style-type: none"> - Examen ginecológico: - Exploración de mama. - Exploración de genitales - Prueba de embarazo. - Eco cardiografía. • Cumplir indicaciones médicas. • Proporcionar apoyo emocional. • Tramitar ínter consulta. • Tratamiento dependerá de la patología causante. 	<p>equilibradas al día.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No intentar bajar de peso con dietas extremas. - No ingerir bebidas alcohólicas. - Si toma suplementos vitamínicos y minerales tiene que ser indicados por médico. - Proporcional ayuda emocional. - Explicar la cronicidad del caso y la necesidad e visitas periódicas para dar seguimiento - Continuar tratamiento médico. - Control complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización. • Registrar intervenciones de enfermería.

50. Endometriosis

50.1 Definición

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera del útero.

50.2 Etiología

Se han propuesto tres teorías para explicar su histogénesis:

- Trasplante ectópico de tejido endometrial: implantación de las células endometriales por regurgitación transtubaria durante la menstruación.
- Metaplasia celómica: transformación del epitelio celómica en tejido endometrial.
- Teoría de la inducción: propone que un factor bioquímico endógeno e inmunológico puede inducir a las células peritoneales indiferenciadas para que se conviertan en tejido endometrial.

Ninguna teoría única puede explicar la localización de la endometriosis en todos los casos

50.3 Manifestaciones clínicas:

- Infertilidad
- Dolor pélvico crónico
- Dispareunia
- Disquesia (dolor durante la defecación), dolor rectal, tenesmo.
- Disuria.
- Hematuria.

- Menstruación vicariante (sangrado cíclico en sitios anatómicos diferente a la genital asociado a la menstruación).
- Implantes en otras áreas (cicatrices).

Sintomatología gastrointestinal (nauseas, diarrea, vómitos, saciedad precoz).

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal a usuaria y pareja - Sobre baño diario limpieza del área genital, de adelante hacia atrás. - Ingerir dieta balanceada. - Ingesta de líquidos orales abundante. - Acudir al establecimiento de salud al presentar síntomas relacionados a la enfermedad. - Asistir a los controles subsecuentes según indicación médica. - Si presenta sintomatología (nauseas, diarrea, vomito, saciedad precoz) que no mejora y es progresiva, debe consultar al establecimiento de salud más cercano. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Toma de exámenes de laboratorio y gabinete • Solicitar expediente de ingreso • trasladar a paciente a su servicio. • Criterio de referencia al segundo y tercer nivel: dismenorrea discapacitante y/o historia de infertilidad y debe ser evaluada por ginecólogo • Tratamiento puede ser hormonal o quirúrgico, según indicación médica • Tratamiento puede ser médico y quirúrgico. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria). • Mantenerla en reposo. • Detección de signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico crónico - Dispareunia - Disquesia (dolor durante la defecación), dolor rectal, tenesmo - Disuria - Hematuria - Menstruación vicariante (sangrado cíclico en sitios anatómicos diferente a la genital asociado a la menstruación). - Dismenorrea. • Cumplir indicaciones médicas. • Controlar la hidratación. • Detectar si existe sangrado vaginal anormal. • Cumplir analgésico según indicación médica. • Dar apoyo emocional a usuaria. • Tratamiento puede ser hormonal o quirúrgico (conservador o radical). • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de alta: <ul style="list-style-type: none"> - Continuar con el tratamiento indicado. - Orientar a usuaria sobre higiene. - Ingerir dieta rica en proteínas y líquidos orales abundantes. • Educación a usuaria y pareja sobre cuidados higiénicos en sus relaciones coitales. • En caso de tratamiento hormonal sugerir el embarazo temprano y la utilización de tapones vaginales, en caso de antecedentes familiares. • Orientar sobre efectos secundarios si lleva tratamiento médico para endometriosis embarazo, nauseas, vómitos, aumento de peso, acné, hirsutismo, hiperlipidemia, disminución en la libido, disminución en tamaño mamario. • Importancia de controles subsecuentes. • Control complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización. • Registrar intervenciones de enfermería.

51. Condilomatosis

51.1 Definición

Entre treinta y cuarenta tipos de VPH se transmiten normalmente por contacto sexual e infectan la región ano genital, los subtipos que producen verrugas genitales o condilomas (VPH tipo 6 u 11)

mientras otros generan infecciones subclínicas, denominados de “alto riesgo” (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 58 y otros) que dan lugar a cáncer cervical, cáncer de vulva, vagina y ano en mujeres, o cáncer de ano y pene en hombres. Los serotipos 16 y 18 son los responsables del 65% de los cánceres cervicales. La mayor parte de la gente infectada por VPH desconoce que lo está. La infección con VPH es el agente etiológico de cáncer cervical.

51.2 Etiología

Virus del papiloma humano, todos se transmiten por contacto sexual. Los virus del papiloma humano (VPH o HPV del inglés human papillomavirus) son un grupo diverso de virus ADN perteneciente a familia de los *Papillomaviridae*. Se han identificado alrededor de 200 tipos diferentes de VPH.

51.3 Manifestaciones clínicas

Ardor y comezón alrededor del pene, de la vagina o del ano, aparecimiento de protuberancia de apariencia verrugosa.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario y pareja sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La enfermedad y los factores de riesgo: (promiscuidad, infidelidad, falta de higiene personal). - Sexualidad segura (abstinencia, compañero sexual de riesgo, práctica sexuales de riesgo, iniciación temprana a la actividad sexual y fidelidad conyugal). - Importancia de la toma de citología cada año. - Importancia del uso del preservativo. - La importancia de asistir al médico si se detectan verrugas, lesiones o secreciones en área genital, perianal, anal y bucal, aumento o persistencia flujo vaginal - Mantener ropa interior limpia y seca - La toma de exámenes como el VIH y VDRL. - La importancia del tratamiento de las parejas sexuales o contactos. - Consulta preconcepcional. - Importancia de la planificación familiar. - Limitar o evitar la sexualidad mientras hayan las lesiones. - No afeitar zonas afectadas. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa o emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Orientar sobre su estado de salud. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual. • Asistir y orientar en el examen ginecológico. • Dar consejería antes de tomar prueba de VIH y VDRL indicados. • Cumplir tratamiento médico. • Atención con medidas según normativa de bioseguridad. • Verificar respuesta de exámenes tomados y reportarlos. • Explicar a la usuaria la no manipulación de las lesiones para evitar la auto inoculación. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles. - Tomar sus medicamentos según Indicación médica. - Uso correcto del condón e importancia de su uso. - La no manipulación de las lesiones para evitar la auto inoculación. - Consecuencias que pueden darse en el embarazo. - Importancia de examinar y dar tratamiento a su pareja o contactos. - Alimentación balanceada rica en vitamina “c”. - Importancia de la toma de citología cada año. - Infecciones de transmisión sexual. - Consulta preconcepcional. - Importancia de la planificación familiar. - Limitar o evitar la sexualidad mientras hayan lesiones. - No afeitar las zonas afectadas. - Después del tratamiento inicial asista a sus citas sub secuentes para verificar si presenta verruga a los 4 meses - Informar que la abstinencia es la única forma de evitar la condilomatosis y otras enfermedades sexuales - Aclarar a la paciente que la piel cercana a las verrugas y

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Referir a nivel de mayor complejidad • Registrar intervenciones de enfermería. 		genitales, el ano y otras áreas pueden transmitir el virus <ul style="list-style-type: none"> - El seguimiento y control debe ser complementario entre Ecos familiares y especializados , según dispensarización • Registrar intervenciones de enfermería.

52. Infecciones vaginales

52.1 Definición

Vaginitis es un proceso inflamatorio de la mucosa vaginal que por lo general suele acompañarse de un aumento en la secreción vaginal. Dicha inflamación es causada principalmente por la alteración del equilibrio de la flora vaginal habitual que está presente en la vagina y cuya función es la de regular el pH vaginal y con ello la presencia de bacterias y otros microorganismos en el epitelio vaginal.

52.2 Etiología

La etiología más frecuente de este tipo de inflamación es la infecciosa y los síntomas más frecuentes el aumento de la secreción o flujo vaginal (leucorrea) y el prurito genital. Seguida de vaginitis.

52.3 Manifestaciones clínicas: irritación, comezón, picor vaginal, ardor vaginal, dolor o irritación al orinar, cambios en el color y el olor del flujo vaginal, dolor durante las relaciones sexuales o un leve sangrado vaginal.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Baño diario, cambio de ropa todos los días. - Consultar si presenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prurito ✓ Irritación ✓ Salida de secreción vaginal ✓ Disuria. - No usar jabones de olor fuerte, utilizar Jabón neutro. - Lavado antes y después de usar el baño. - Usar ropa interior de algodón y no muy ajustada. - Higiene de genitales de forma correcta de adelante hacia atrás. - Práctica de hábitos 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar estado general de la usuaria. • Controlar Y reportar signos vitales. • Asistir a usuaria en examen médico. • Identificar muestra para directo y cultivo de secreción vaginal, si es indicada. • Proporcionar apoyo emocional a usuaria y familia. • Informar sobre aspectos de las secreciones vaginales (cantidad y coloración, abundantes, verdes, amarillentos, lechosa, fétidas). • Registrar intervenciones de enfermería. • Orientar sobre tratamiento medico • El seguimiento y control debe ser complementario entre Ecos familiares y especializados, según dispensarización. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con tratamiento indicado. - Pratica de hábitos de higiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario. ✓ Lavado de manos antes y después de ir al baño. ✓ Limpieza y secado de genitales de adelante hacia atrás. - No tener relaciones coitales cuando se esté aplicando el tratamiento vaginal y si lo hace utilizar preservativo. - Toma de citología una vez al año o según indicación médica. - Asistir a controles médicos

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
higiénicos en general. - Brindar orientación sobre enfermedades de transmisión sexual y promover conductas sexuales sin riesgo. - Fomente la referencia y tratamiento a los contactos sexuales. - Promueva el uso de condón y enseñe a usarlo correctamente. • Registrar intervenciones de enfermería.	• Verificar que usuaria realice: - Baño diario. - Lavado de manos antes y después de ir al baño. - Orientar sobre limpieza de sus genitales de adelante hacia atrás. - Ingesta de dieta rica en proteínas, pro bióticos (yogurt) y vitamina C. • Orientar sobre técnica correcta para aplicar crema vaginal por la noche, colocando a paciente en decúbito dorsal con piernas flexionadas. • Registrar intervenciones de enfermería.	si está indicado. - Consultar nuevamente si posterior al tratamiento la sintomatología persiste - El seguimiento y control debe ser complementario entre Ecos familiares y especializados , según dispensarización - Promover el uso de condón y enseñar el uso correcto. • Registrar intervenciones de enfermería.

53. Síndrome de ovario poliquístico (SOFQ)

53.1 Definición

Síndrome de oligo o anovulación crónica con manifestaciones variadas de hiperandrogenismo clínico, bioquímico o ambos y presencia de poliquistosis ovárica.

53.2 Etiología

Su causa es desconocida, multifactorial y poligénica, se sospecha bases genéticas autosómica dominante. Hermanas e hijas tiene el 50% de probabilidad de padecer el síndrome.

53.3 Manifestaciones clínicas

- Obesidad, amenorrea, disfunción ovulatoria
- Complicaciones en el embarazo: aumento de la prevalencia de pérdida temprana del embarazo, parto, prematuro, mortalidad perinatal, diabetes gestacional, pre eclampsia, bajo peso para la edad gestacional.
- Signos de hiperandrogenismo clínico (64%): hirsutismo, acné, alopecia, acantosis nigricans, hiperinsulinismo y resistencia a la insulina.
- Infertilidad.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
• Orientar a la usuaria y familia sobre: - Consultar con ginecólogo en casos siguientes: ✓ Los periodos menstruales son irregulares. ✓ Sensación de pesantez, hemorragia o dolor continuo en región inferior del abdomen ✓ Presencia de acné.	<p style="text-align: center;">Emergencia</p> • Controlar y registrar signos vitales • Valorar estado físico y emocional, permitiendo a usuaria y familia expresar sus dudas y preocupaciones aclarando de forma oportuna • Asistir a la usuaria durante el examen ginecológico • Cumplir indicaciones médicas	• Orientar a la usuaria sobre: - Importancia de asistir a los controles con el ginecólogo y/o especialista. - Importancia de ingesta y adherencia a su tratamiento médico. - Practicar estilos de

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exceso de bello en el rostro o cuerpo. ✓ Manchas oscuras en cara, cuello, axilas e ingle. - Practicar estilos de vida saludables. - Ingerir una dieta balanceada, rica en frutas y verduras, baja en grasa. - Ejercicio diario. - Consultar con especialista según sintomatología. (Nutricionista, endocrinólogo, dermatólogo). • Registrar intervenciones de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar exámenes de laboratorio y gabinete. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar signos vitales • Cumplir indicación médica • Tomar y reportar muestras sanguíneas indicadas, para revisar niveles hormonales y niveles de glucosa • Asistir a paciente en toma de ultrasonografía • Preparar a paciente para cirugía, según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>vida saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingerir una dieta balanceada, rica en frutas, vegetales y baja en grasa. - Ejercicio diario. - Entrega de referencia y retorno UCSF y /o ínter consulta con especialistas. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería.

54. Miomatosis uterina

54.1 Definición

Son tumores sólidos benignos más comunes del aparato genital femenino.

54.2 Etiología

Factores predisponentes: raciales, hereditarios, infecciosos y hormonales.

54.3 Manifestaciones clínicas

Dolor, sangrado irregular, síntomas urinarios, puede haber compromiso de la fertilidad, síndrome de compresión y desplazamiento.

Intervenciones de enfermería

Promoción/prevencción	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir al establecimiento de salud más cercano si presenta los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado abundante. ✓ Aumento de los cólicos o sangrados entre periodos menstruales. ✓ Llenura o pesadez en la parte inferior del abdomen. ✓ Amenorrea. ✓ Leucorrea. ✓ Aumento en el perímetro abdominal. ✓ Edema de miembros 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria: • Estado de conciencia, coloración de la piel. • Identificar signos de choque: piel fría, sudoración, hipoactividad, hipotensión. • Tomar signos vitales. • Observar la cantidad y características del sangrado transvaginal y reportarla. • Mantener a la usuaria en reposo, en decúbito lateral izquierdo. • Cumplir indicaciones médicas. • Canalizar acceso venoso periférico con catéter n° 18 según indicación médica. • Tomar exámenes de laboratorio según criterio médico, principalmente hemograma y prueba cruzada. • Dar apoyo emocional a usuaria y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones al alta sobre identificar signos y síntomas de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia transvaginal - Fiebre. - Salida de secreciones vaginales fétidas y/o purulentas. - Salida de secreción de herida operatoria. • Cambio de apósito en establecimiento de salud cercano, cada día hasta el retiro de puntos 8 días posteriores a cirugía. • Importancia del consumo de medicamentos indicados por el médico(a).

Promoción/prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>inferiores. ✓ Obstrucción uretral. ✓ Obstrucción intestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerciorarse que la paciente reciba la información acerca de la enfermedad. • Brindar apoyo emocional. • Asesoramiento sexual. • Hablar sobre mitos y creencias respecto a la enfermedad. • Involucrar a la familia en el apoyo de su enfermedad. • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a paciente al servicio indicado. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Tomar exámenes indicados. • Cumplir indicación médica. • Reposo absoluto en cama, si el sangrado transvaginal es abundante. • Realizar aseo vulvar tres veces al día o según necesidad. • Mantener acceso venoso permeable. • Mantener hidratada a la paciente. • Llevar balance hídrico estricto. • Uso de sabana pañal y valoración cuantitativa de las metrorragias. • Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito y reportar anormalidades. • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente. • Proporcionar dieta indicada según requerimientos nutricionales de paciente. • Despejar todas las dudas para disminuir temores y ansiedades. • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Explicar todos los procedimientos que se le realizan. • Verificar si existe globo vesical y reportarlo oportunamente. • Colocar a la paciente en una posición antálgica. • Administrar analgésicos indicados. • Valorar el efecto del analgésico administrado y reportar condición de paciente. • Colocación de sonda vesical si está indicado y reportar características de la diuresis. • Asistir a paciente en la realización de sus cuidados higiénicos: baño/higiene. Si hay indicación de cirugía, preparar a paciente y trasladar con lo siguiente a sala de operaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado. - Verificar que los exámenes de laboratorio estén completos, (hemograma, tipeo, prueba cruzada, tiempos de coagulación, HIV, VDRL y si es electiva se agregan general de orina y heces). - Si paciente es mayor de 50 años, debe llevar evaluación cardiovascular, neumológica si tiene otra patología evaluación de especialista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados higiénicos: <ul style="list-style-type: none"> - Baño diario. - Aseo vulvar. - Uso de ropa adecuada y cómoda. • Asesoramiento sexual sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar relaciones sexuales durante 40 días posteriores a cirugía. - Despejar dudas e inquietudes sobre mitos, tabúes y creencias respecto a la cirugía. • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Control ginecológico según se lo indique el médico. • Toma de citología cada año. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> - Si es cirugía electiva, anexar boleta de donantes de sangre. • Proporcionar cuidados post operatorios como: <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los signos vitales. - Mantener a paciente con líquidos endovenosos según indicación médica. - Llevar balance hídrico - Observar los apósitos de la herida operatoria y reportar anomalías. - Proporcionar dieta indicada, previa evaluación médica y verificar la tolerancia de la misma. - Cambio de apósito de la herida operatoria. - Realizar palpación a nivel del abdomen para verificar si esta distendido por presencia de gases y reportar al médico. - Movilización al paciente y deambulación temprana, orientando sobre su importancia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

55. Adeniosis uterina

55.1 Definición

Enfermedad benigna del útero que se caracteriza por presencia del tejido endometrial (glándulas y el estroma) en el espesor de pared uterina (miometrio)

55.2 Etiología

Factores predisponentes: multiparidad,

Factores asociados: leiomiomas, hiperplasia endometrial, carcinoma endometrial, pólipos endometriales, endometriosis externa, operaciones previas como: legrados, miomectomía, cesárea.

55.3 Manifestaciones clínicas

Alteraciones menstruales (hipermenorrea, polimenorrea).

Dismenorrea, dolor pélvico difuso.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir al establecimiento de salud más cercano si presenta los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado menstrual abundante 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Control de la hemorragia. • Identificar la causa de la hemorragia. • Observar la cantidad y características de la pérdida de sangre. • Cumplir indicaciones médicas. • Tomar exámenes de laboratorio según criterio 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones al egreso: <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma: - Hemorragia transvaginal - Fiebre. - Salida de secreciones vaginales fétidas y/o

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>prolongado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de los cólicos o sangrados entre periodos menstruales. ✓ Llenura o pesadez en la parte inferior del abdomen. ✓ Amenorrea. ✓ Menstruación dolorosa que empeora progresivamente. ✓ Dolor pélvico durante la relación sexual. - Cerciorarse que la paciente reciba la información necesaria sobre su enfermedad. - Brindar apoyo emocional a paciente y pareja. - Asesoramiento sexual. - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Discutir el efecto de la situación de salud/enfermedad sobre su sexualidad. • Realizar registro de intervenciones de enfermería. 	<p>médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales. • Dar apoyo emocional a usuaria y familia. • Canalizar acceso venoso periférico con catéter n° 18 según indicación médica. • Manejo del dolor, asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos. • Trasladar a paciente al servicio indicado. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales. y reportar anormalidades. principalmente hematocrito, hemoglobina. • Tomar exámenes indicados. • Cumplir fármacos de acuerdo a indicación médica. • Reposo absoluto en cama si el sangrado transvaginal es abundante. • Mantener paciente hidratada, con acceso venoso permeable. • Llevar balance hídrico. • Uso de sabana pañal y valoración cuantitativa de las metrorragias. • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente. • Proporcionar dieta indicada según requerimientos nutricionales del paciente. • Despejar todas las dudas para disminuir temores y ansiedad. • Aliviar la ansiedad, tranquilizarle y explicarle todos los procedimientos que se le realizan. • Aseo vulvar tres veces al día o según necesidad. • Colocar a la paciente en una posición antálgica. • Administrar analgésicos indicados. • Valorar el efecto del analgésico administrado y reportar condición de paciente. • Colocación de sonda vesical si está indicado. Valorando las características de la diuresis. • Asistir a la usuaria en la realización de sus cuidados higiénicos. • Si la paciente pasa a sala de operaciones agilizar los documentos pre- operatorios como: <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado. - Verificar que los exámenes de laboratorio estén completos, (hemograma, tipeo, prueba cruzada, VIH, VDRL, tiempos de coagulación.) - Verificar boleta de donantes de sangre. - Cuidados post operatorios como: - Monitorizar los signos vitales. • Mantener a paciente con líquidos endovenosos según indicación médica. • Llevar balance hídrico y diuresis y reportar anormalidades. 	<p>purulentas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salida de secreción de herida operatoria si fuese vía abdominal. - Cambio de apósito cada día en unidad de salud y retiro de puntos en 8 días. - Cuidados higiénicos. - Baño diario. - Aseo vulvar. - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Discutir el efecto de la situación de salud/enfermedad sobre su sexualidad. - Control ginecológico por Indicación médica. - Toma de citología cada año. • Registro de intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Observar los apósitos de la herida operatoria y reportar anomalías. • Proporcionar dieta indicada previa evaluación médica. y verificar la tolerancia de la misma. • Cambio de apósito de la herida operatoria. • Realizar palpación a nivel del abdomen para verificar si esta distendido por presencia de gases y reportar al médico. • Movilización al paciente y deambulación temprana, orientándola sobre su importancia. • Registrar de intervenciones de enfermería. 	

56. Pólipo endometrial

56.1 Definición

Los pólipos endometriales son protrusiones o excrecencias del endometrio o capa que tapiza el interior de la cavidad uterina. Contienen en su interior abundantes vasos sanguíneos y glándulas endometriales que responden a los estímulos hormonales.

Se forman al proliferar focalmente una zona de la capa basal del endometrio, con menor receptividad a los cambios hormonales. Al tener lugar la repetición de las menstruaciones, la capa de endometrio funcional que lo rodea se desprende y el pólipo se va individualizando a partir de un pedículo.

Normalmente son benignos, aunque un 0,5-1% pueden transformarse en malignos, especialmente en la menopausia. Según su estructura histológica pueden ser funcionantes, hiperplásicos o atróficos. Pueden ser únicos o múltiples, pediculados o sésiles (amplia base de implantación) y de diferentes tamaños.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente a consultar al médico o al establecimiento de salud de inmediato en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia menstrual excesiva - Periodos menstruales más frecuentes de lo normal - Periodos menstruales más largos de lo normal - Hemorragia vaginal después de la menopausia - Hemorragia vaginal entre periodos - Cólicos durante o entre periodos - Presencia de dolor al menstruar. - Importancia de controles ginecológicos anuales y toma de citología. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y pesar y tallar a la usuaria. • Dar apoyo psicológico por el temor y ansiedad por la posibilidad de malignidad, y la invasión de la intimidad durante el examen ginecológico. • Orientar sobre el procedimiento médico, según el caso. <ul style="list-style-type: none"> - Técnica sencilla que se realiza ambulatoria o por hospital de día. - El tiempo de duración de 15 a 1 hora. - La recuperación puede ser inmediata o durante el día. • Asistir a la paciente durante el procedimiento de polipectomía histeroscopia. • Asistir a paciente durante recuperación en caso de sedo analgesia. • Dar orientación a paciente sobre cuidados en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente acerca de: <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de molestias leves. - Puede presentar escaso sangrado genital y ceder en menos de 1 semana - Cumplimiento de tratamiento médico como: analgésicos anti-inflamatorios no esteroides (AINES). - Pueden reanudar su vida cotidiana en 24 horas. - Asistir a controles médicos de seguimiento.

57. Hiperplasia endometrial

57.2 Definición

Crecimiento exagerado del endometrio, causado por niveles elevados de estrógeno en forma persistente, en ausencia de progesterona, ocurre en ocasiones en los años siguientes a la menarquía y con mayor frecuencia en los que anteceden a la menopausia, cuando la ovulación es menos frecuente.

57.2 Manifestaciones clínicas

Historia de sangrado posmenopausia, menorragia o metrorragia.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Consultar inmediatamente al presentar síntomas:<ul style="list-style-type: none">- Sangrado vaginal- Abundante secreción vaginal- Dolor en las relaciones sexuales.- Dolor en la parte baja en la espalda.- Alimentación baja en grasa- Permitir el examen ginecológico cuando consulte.- Asistir a los exámenes de gabinete indicados.- Aceptar el tratamiento indicado por el especialista.- Crear el hábito de ejercicio.• Dar seguimiento con la UCSF de su AGI.	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar signos vitales y reportarlos.• Cumplir con tratamiento hormonal según indicación médica.• Vigilar:<ul style="list-style-type: none">- Sangrado vaginal- Dolores en la zona sacrolumbar.- leucorrea.• Orientar a la paciente importancia del examen ginecológico.• Asista el examen ginecológico• Explicar a paciente y familia el procedimiento a realizar, (dilatación y/o legrado)• Vigilar sangrado pos procedimiento.• Enviar muestra a estudio.• Informar a paciente y familia en caso de cirugía.• Orientar a paciente y familia asistir a sus citas.	<ul style="list-style-type: none">• Brindar consejería a estilos de vida saludable:<ul style="list-style-type: none">- Hábito de ejercicios- No consumir tabaco.- Consumir alimentos bajos en grasa.- Mantener peso adecuado evitar el sobre peso.- Ante el apareamiento de signos de infección consultar al establecimiento de salud más cercano.

58. Dismenorrea

58.1 Definición

Presencia de dolor cíclico pélvico durante la menstruación o uno o dos días antes de su comienzo. o por la presencia de lesión pélvica identificable.

58.2 Clasificación

Primaria (factores intrínsecos del útero).
Secundarios (patología asociadas).

58.3 Etiología

Producción y liberación endometrial de prostaglandinas

Factores endocrinos
Factores psicológicos

58.4 Manifestaciones clínicas

Dolor que se caracteriza por su iniciación repentina, incremento agudo y evolución corta.

Dolor tipo cólico, espasmódico, más intenso en la región suprapúbica.

Suele comenzar varias horas antes, durante o inmediatamente después del inicio de la menstruación y dura solo 2 -3 días y es más intenso durante las primeras 24- 36 horas del flujo menstrual.

El dolor puede acompañarse de: náuseas, vómitos, fatiga, diarrea, dolor lumbar, cefalea y nerviosismo, en casos graves, síncope y colapso.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar consumir alcohol y cigarrillos. - Menstruación dolorosa que empeora progresivamente. - Acudir al establecimiento de salud más cercano al presentar los siguientes signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor en la parte inferior del abdomen. ✓ Dolor lumbar. ✓ Dolor irradiado hacia las piernas. ✓ Náuseas. ✓ Vómitos. ✓ Diarrea. ✓ Fatiga. ✓ Debilidad. ✓ Desmayos. ✓ Dolores de cabeza. • Ante los siguientes síntomas seguir estas recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar una almohadilla térmica para dar calor en el abdomen bajo. - Hacer masajes circulares suaves con las puntas de los dedos alrededor del abdomen bajo. - Beber líquidos calientes. - Comer poco pero con frecuencia. - Mantener las piernas elevadas mientras está acostada o acostarse de lado con las piernas dobladas. - Practicar técnicas de relajación como meditación o yoga. 	<p style="text-align: center;">Unidad de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado general de la usuaria. • Cumplir indicaciones médicas. • Tomar exámenes de laboratorio según criterio médico. • Valorar el estado general de la usuaria. • Tomar signos vitales. • Dar apoyo emocional a usuaria y familia. • Observar y reportar el sangramiento transvaginal. • Manejo del dolor: <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la paciente reciba los cuidados analgésicos. • Tomar exámenes en sangre y enviarlos urgentes a laboratorio. • Trasladar a paciente al servicio indicado. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales. • Tomar exámenes indicados. • Cumplir fármacos de acuerdo a indicación médica. • Vigilar posibles variaciones de los signos vitales. • Reposo absoluto en cama si el sangrado transvaginal es abundante. • Evaluar la hidratación de las mucosas. • Uso de sabana pañal y valoración cuantitativa de las metrorragias. • Mantener acceso venoso permeable. • Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito. • Vigilar pérdida de líquidos (hemorragia vómitos). • Dar apoyo emocional y espiritual a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones al dar alta. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos y síntomas de alarma. - Hemorragia transvaginal - Cuidados de higiene: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baño diario ✓ Aseo vulvar - Uso de ropa adecuada y cómoda. - Asesoramiento sexual. - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Discutir el efecto de la situación de salud/enfermedad sobre su sexualidad. - Control con ginecólogo(a) según se lo indique el médico. - Toma de citología cada año, si ya inicio

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Tomar los medicamentos antiinflamatorios y analgésicos según indicación médica. - Tomar duchas o baños calientes. - Caminar o hacer ejercicios con regularidad, incluyendo ejercicios de balanceo pélvico. - Bajar de peso si tiene sobrepeso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar dieta ordenada según requerimientos del paciente. • Despejar todas las dudas para disminuir temores y ansiedades, dar confianza con frases simples que pueda entender y estimular al paciente para que exprese sus sentimientos. • Aliviar la ansiedad, tranquilizarle y explicarle todos los procedimientos que se le realizan. • Aseo vulvar tres veces al día. 	<p>vida sexual activa.</p>

59. Masa anexial

59.1 Definición

El término masa anexial es bastante inespecífico y con frecuencia se atribuye a la tumoración o quiste de ovario debido a que la patología tubárica es poco frecuente o bien está asociada al proceso ovárico.

Estas tumoraciones pueden aparecer cuando el ovario es funcionante o bien durante la menopausia. Dentro del primero deberían añadirse los cambios que conlleva el ciclo ovárico (tumoraciones funcionales).

Consideraciones a tener en cuenta:

- Aparecen sobre todo en edad reproductiva (20-45) años.
- Los tumores más frecuentes durante la edad fértil son los funcionales.
- Suelen ser asintomáticos.
- La anticoncepción hormonal reduce su aparición.
- En pacientes premenárgicas y menopáusicas debe ser objeto de estudio inmediato.

59.2 Clasificación histológica

Los tumores ováricos se clasifican en: epiteliales, de las células germinales, de los cordones sexuales y metastáticos. Los epiteliales son los más frecuentes (85%) predominando el de tipo seroso. Los tumores metastáticos representan un 15% aproximadamente siendo los sitios primarios de origen: mama, colon, estómago y linfoma.

Intervenciones de enfermería

promoción/prevención	segundo / tercer nivel de atención	rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consultar al médico o al establecimiento de salud. - Evitar la automedicación. - Consumir alimentos saludables, no irritantes, si tiene el 	<p style="text-align: center;">Consulta externa/ emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Pesar y tallar a la usuaria. • Dar apoyo psicológico por el temor y ansiedad por la posibilidad de malignidad, y la invasión de la intimidad durante el examen ginecológico. • Orientar a paciente sobre tratamiento médico y exámenes de laboratorio y gabinete indicados. • Asistir a paciente en caso de exploración ginecológica, ecografía vaginal-rectal-abdominal, marcadores tumorales, resonancia magnética, tomografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de tratamiento médico como: analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES), anticonceptivos orales o inyectados, otros. - Asistir a controles

promoción/prevención	segundo / tercer nivel de atención	rehabilitación
<p>síndrome de intestino irritable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultar de inmediato en caso de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Palpación de alguna masa abdominal ✓ Dolor pélvico que no desaparece después de tomar medicamentos para el dolor. 	<p>abdominopélvica, otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar apoyo emocional a paciente y familia ante un diagnóstico de malignidad. • Orientar a paciente sobre trámite a seguir en caso de procedimiento quirúrgico. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Realizar preparación pre quirúrgica. • Dar apoyo psicológico a paciente. • Canalizar vena periférica y cumplir soluciones indicadas. • Cumplir medicamentos orales y endovenosos. • Asistir a paciente en el post quirúrgico. • Promover un ambiente tranquilo. • Realizar control estricto de ingresos y egresos. • Valorar manifestaciones de dolor. • Administrar antibióticos y analgésicos según prescripción médica. • Realizar un buen mantenimiento de la vía periférica y cambio de las líneas endovenosas cada 3 días. • Educar al paciente sobre el manejo adecuado de la sonda Foley y otros sistemas de drenaje. • Realizar cuidados de herida operatoria. • Valorar la presencia de signos de infección local a nivel de herida operatoria (calor, rubor, tumefacción). • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>médicos de seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar el consumo de bebidas y alimentos irritantes. - Consultar al médico en caso de reaparecimiento del dolor. - Asistir a la toma de exámenes especiales. • Educación al alta en el post-quirúrgico. - Cuidados de herida operatoria. - Dieta y ejercicio - Cuidados de higiene. - Controles de seguimiento. • Educación a paciente y familia en tratamiento quimioterapia. - Medicamentos quimioterapéuticos - Efectos adversos. • Registrar intervenciones de enfermería.

60. Dolor pélvico crónico

60.1 Definición

Síndrome caracterizado por la presencia de dolor en la región pélvica (es decir, abdomen inferior, entre las caderas y por debajo del ombligo) que se prolonga durante al menos seis meses, ya sea de forma continua o intermitente.

Este síndrome, que puede afectar a hombres y mujeres independientemente de su edad y puede llegar a ser muy incapacitante, entraña cierta complejidad a la hora de ser diagnosticado.

60.2 Características del dolor pélvico crónico

Los pacientes que acuden a consulta afectados por dolor pélvico crónico presentan una sintomatología en la que el dolor:

- Puede ser constante y de intensidad leve, o agudo y parecido a un calambre.
- Puede ser continuo o intermitente.
- Puede no sentirse en un punto específico, sino en toda la región pélvica.
- Puede definirse como sensación molesta de presión en la región pélvica.
- Puede llegar a ser bastante incapacitante para quien lo sufre, interfiriendo en las actividades diarias o el ejercicio.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente que padece dolor pélvico a: <ul style="list-style-type: none"> - Consultar al médico o al establecimiento de salud en padecimientos de dolor pélvico, repetitivo. - Evitar la automedicación. - Informar al médico periodos de dolor, intensidad, frecuencia, localización y duración - Dieta saludable, no irritantes - Consultar de inmediato en caso de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrado vaginal mayor que regla y duración • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>Consulta externa/ emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Medidas antropométricas. • Canalizar acceso venoso y cumplir soluciones indicadas. • Cumplir indicaciones médicas. • Tomar y enviar exámenes de laboratorio según indicación médica. • Identificar y reportar características del dolor. • Asistir a paciente en caso de examen médico ginecológico. • Asistir a paciente en procedimientos especiales como ultrasonografía vaginal, ultrasonografía pélvica, otros. • Cumplir líquidos orales abundantes para llenar vejiga y orientar que no debe mocionar. • Realizar cuidados preoperatorios si es necesario. • Brindar apoyo emocional. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar medidas de comodidad. • Brindar dieta adecuada. • Tomar y registrar signos vitales. • Vigilar y reportar periodos de dolor: intensidad, frecuencia, localización y duración. • Vigilar a paciente por cambios en estado de ánimo como: sentimientos, emociones pensamiento, reacciones, y disminución de la movilidad y otros cambios fisiológicas que limitan la interacción sociales durante su hospitalización. • Asistirla en procedimientos especiales. • Coordinar toma de ultrasonografía y trasladarla según hora establecida. • Realizar cuidados preoperatorios si es necesario. • Brindar apoyo emocional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento estricto del tratamiento médico - Asistir a controles médicos de seguimiento. - Evitar el consumo de bebidas y alimentos irritantes, alcohol, automedicarse. - Consultar al médico en caso de reapareamiento del dolor - Entregar y orientar sobre toma de ultrasonografía y exámenes de laboratorio • Registrar intervenciones de enfermería.

61. Incontinencia urinaria

61.1 Definición

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina.

61.2 Síntomas

El principal síntoma de la incontinencia urinaria es la pérdida de orina al toser y estornudar, realizar actividades físicas o mantener relaciones sexuales.

La incontinencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades. Es más común entre las mujeres, los niños (enuresis) y los ancianos, afectando a más del 15 por ciento de los mayores de 65 años no institucionalizados y al 35 por ciento de los ingresos en los hospitales.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Practica de hábitos higiénicos adecuados. - Explicar sobre la enfermedad (efectos desagradables como el olor y trastorno de la eliminación). - Explorar sobre aceptación de su problema de salud. - Forma correcta de realizar los ejercicios peri anales, contraer los músculos del suelo pélvico, elevándolos como si aspirara un líquido con la vagina para posteriormente empujar hacia abajo simulando expulsar el líquido. - Contracción del esfínter uretral durante la micción intentando interrumpir la emisión de orina y manteniéndolo de 10 a 15 segundo • Explicarle que estos ejercicios son a medio plazo, son fáciles de realizar, pero deben ser constantes y realizarlos a diario. • Práctica de estilo de vida saludable. • Utilizar almohadillas u otros accesorios absorbentes. • Ingerir líquidos a su tolerancia y conveniencia. • Orientar sobre micción frecuente según ingesta de líquido. • Los pacientes deben ser derivados al nivel secundario cuando no tengan efecto los ejercicios. • Registrar intervenciones de 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales y medidas antropométricas. • Asistir en examen ginecológico. • Cumplir indicaciones médicas. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de tratamiento, toma de exámenes laboratorio, gabinete Y controles subsecuentes. - Ejercicios perianales: contraer los músculos del suelo pélvico, elevándolos como si aspirara un líquido con la vagina para posteriormente empujar hacia abajo simulando expulsar el simulado líquido. - Contracción del esfínter uretral durante la micción intentando interrumpir la emisión de orina y manteniéndolo de 10 a 15 segundo. • Explicarle que estos ejercicios son a medio plazo, son fáciles de realizar, pero debe ser constantes y realizarlos a diario. • Práctica de estilo de vida saludable. • Utilizar almohadillas u otros accesorios absorbentes. • Ingerir líquidos a su tolerancia y conveniencia. • Orientar sobre micción frecuente según ingesta de líquido. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y registrarlos. • Brindar apoyo psicológico a paciente y familia. • Canalizar vena periférica según indicación médica. • Cumplir medicamentos orales y endovenosos, según indicación médica. • Identificar y explorar dificultades para tratar su problema de incontinencia y ser proactivas. • Modificar el patrón de ingesta líquidos, aumentar la ingesta por la mañana y restringirla en la tarde-noche. • Asistir a paciente en procedimientos especiales. • Preparar a paciente para procedimiento quirúrgico según indicación médica. • Administrar diuréticos, según indicación médica. • Educar y/o asistir en las necesidades de higiene y comodidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a controles médicos. - Cumplimiento de tratamiento médico y ejercicios vesicales. - Practica de hábitos higiénicos adecuados. - Consultar si presenta dolor, ardor al orinar y fiebre. - Vigilar características de la orina, olor, color, cantidad. - Incorporarse a sus actividades diarias - Orientar al paciente en caso de ir a casa con sonda vesical : - Higiene de manos antes y después de manipular sonda transuretral. - Importancia del aseo genital. - Vaciar la sonda cada 3 a 4 horas. - Cuidados de sonda vesical. - Instruir al cuidador y motivar para ayudar a realizar el vaciamiento programado. - Vaciar la vejiga completamente. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
enfermería.	<p style="text-align: center;">Cuidados de sonda vesical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseos vulvares 3 veces al día. • Vigilar que paciente mantenga fija sonda vesical y bolsa recolectora de orina a nivel adecuado. • Cuidados de bolsa recolectora dando cumplimiento a las prevenciones de IAAS • Instruir al cuidador y motivar para ayudar a realizar el vaciamiento de sonda programado. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

62. Incontinencia anal

62.1 Definición

Término usado cuando no se puede controlar la defecación. Esta pérdida ocurre con o sin conocimiento.

La incontinencia fecal ocurre más a menudo en las mujeres que en los hombres y también es una incidencia común en los ancianos.

El término incontinencia fecal se usa si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- La deposición se escapa cuando tienes gases
- La deposición se escapa debido a actividad física/ esfuerzos de la vida diaria
- Una persona puede "sentir que él/ella tiene que ir" y no pueda ser capaz de llegar al baño a tiempo
- Se ve deposición en la ropa interior después de ir a defecar de manera normal
- Hay una pérdida completa de control intestinal

62.2 Factores que afectan la continencia de las deposiciones o la habilidad de controlar las defecaciones

- Los músculos en el recto y en el ano (las dos últimas secciones de los intestinos) deben de estar funcionando debidamente.
- El recto debe de ser capaz de estirarse para sujetar la deposición. Debe de haber una "sensación rectal" para proporcionar avisos de la necesidad de ir a defecar. Cuando funciona adecuadamente, esto significa que una persona tiene la sensación de que es el momento de ir al baño.
- Los músculos del ano, que se llaman esfínter, tienen que tener la capacidad de apretar el ano hasta que se cierre. Si estos músculos no están funcionando bien, la deposición puede salir inesperadamente.
- La persona no tiene la habilidad física o mental como para "reconocer la señal" que dice que es el momento para ir al baño a defecar, o la movilidad física para alcanzar el baño.
- Las deposiciones son muy líquidas o explosivas, o ambas cosas.

Si cualquiera de estas funciones del cuerpo no funcionan adecuadamente, ocurre la incontinencia fecal.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar las bebidas con cafeína, alcohol, leche o carbonatadas deben evitarse si producen diarrea. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. • Brindar apoyo emocional. • Coordinar con psicología ínter 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de cirugía orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consumir

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicios que fortalecen los músculos del piso pélvico que incluyen contraer y relajar los músculos del suelo de la pelvis de 50 a 100 veces al día. - Mantener el área anal limpia y seca. - Lavar el área anal después de una deposición con agua, pero no con jabón. - Evitar la limpieza con papel higiénico irrita más la piel, usar toallitas humedecidas sin alcohol. - Usar toallitas absorbentes o ropa interior desechable. - Usar ropa interior respirable. - Cambiar la ropa interior sucia lo antes posible • La comprensión e información a pacientes y familia debe ser precisa. • Orientar a paciente que al salir de casa llevar un bolso con artículos de limpieza y cambio de ropa interior extra. • Ir al baño antes de salir • Ayudar psicológicamente puede superar la repercusión social de esta situación invalidante. • Registra intervenciones de enfermería. 	<p>consulta a paciente y familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer necesidades de higiene y comodidad. • Mantener y orientar en la adecuada higiene de la zona perianal. • Vigilar la piel de la región genital, sacro y glúteos, para detectar irritaciones e infecciones. • Orientar sobre ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico. • Revisar la medicación que toma la paciente y orientarla, (fármacos que pueden ocasionar incontinencia o estreñimiento). • Realizar la higiene de manos después de la eliminación. • Asistir a paciente en procedimientos especiales. • Preparar a paciente para procedimiento quirúrgico si es necesario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>alimentos que tengan mucha fibra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar líquidos adicionales para ayudar a mantener las heces blandas. - Evitar ejercicios extenuantes. - Cuidados de herida operatoria. - Asistir a controles de seguimiento. • Registrar intervenciones de enfermería.

63. Prolapso de órganos pélvicos

63.1 Definición

Descenso de uno o más órganos de la cavidad pélvica hacia el exterior.

El órgano desciende progresivamente hasta llegar a salir al exterior; puede ser la vejiga, el útero, la vagina, la uretra o el recto, o pueden descender dos o más de ellos.

63.2 Etiología

Fallo en las estructuras que se encargan de sostener las vísceras pélvicas: vejiga, vagina, útero y recto. Estas estructuras, son los músculos, ligamentos y fascias, que sirven de soporte a dichos órganos.

Causas primarias de prolapso

- Parto vaginal, sobre todo si ha sido instrumental.
- Traumatismos obstétricos, fetos grandes, multiparidad.
- Pérdida de estrógenos relacionada, por ejemplo, con la menopausia.
- Factores genéticos, que puedan explicar una “mala calidad” de los músculos, ligamentos y tejido conectivo de la pelvis. Es más frecuente en la raza blanca y asiática que en la raza negra.
- Estreñimiento crónico.
- Enfermedades respiratorias crónicas.
- Practicar habitual e intensivamente deportes de impacto.
- Levantar y/o transportar pesos elevados.

- Cirugías abdominales o pélvicas (si un área no es reparada correctamente mediante la cirugía, la función de soporte que los tejidos deben realizar puede verse afectada), así como ciertos factores neuromusculares.

63.3 Manifestaciones clínicas

- El síntoma más común es la incontinencia urinaria, aumento de la frecuencia, episodios de urgencia e imposibilidad para vaciar la vejiga completamente.
- Dolor durante el coito
- Insatisfacción, pérdida de heces u orina durante las relaciones sexuales.
- Bulto en los genitales.
- Dolor en bajo vientre.
- Dolor en la zona baja de la espalda.
- Estreñimiento, náuseas y molestias en la defecación.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar inmediatamente al presentar síntomas de: <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria. - Incontinencia fecal. - Dificultad en las relaciones sexuales. - Sensación sentada en una pelota. - Dolor en la parte baja en la espalda. - Presión pélvica al estar de pie, que disminuye al acostarse. - Salida de orina al toser. • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Prácticas de vida saludable. - Importancia del examen ginecológico. - Cumplir tratamiento médico - Asistir a los exámenes de gabinete indicados. - Aceptar el tratamiento indicado por el especialista. - En paciente embarazada enseñar ejercicios del suelo pélvico (contraer los músculos para cortar la micción durante 10 segundos y relajarlos por otros 10, de 30 a 80 veces al día). - No estar de pie largo tiempo y no cargar objetos pesados. • Dar seguimiento con la UCSF de su AGI. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales, registrar y reportar. • Orientar a la paciente sobre cómo realizar los ejercicios Kagel (contraer los músculos para cortar la micción durante 10 seg. y relajarlos por 10 seg. de 30 a 80 veces al día). • Vigilar si presenta: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado genital - Dolores en la zona sacrolumbar. - Alteración en la frecuencia de la micción. • Realizar cuidados pre y post operatorios según tratamiento indicado. • Cuidados específicos en el post operatorio: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la sonda vesical. - Lavar perineo después de cada micción con solución salina tibia y buen secado con torundas de algodón. - Reposo en cama con la cabeza y las rodillas elevadas. • Informar a paciente y familia sobre tratamiento. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Incorporarse gradualmente a sus actividades diarias. - Practicar estilos de vida saludable. - Realizar ejercicios de Kagel. - No consumir tabaco. - Consumir abundantes líquidos, frutas y verduras para evitar la constipación. - Consultar si hay fuertes accesos de tos. - Evitar pesos excesivos y estar de pie largo tiempo. - Asistir a los controles con el especialista. - Enseñar la forma correcta de cómo realizar el aseo de los genitales. - Corroborar con su especialista la reanudación de su vida sexual. - No retener los deseos de orinar, para evitar distensión de la vejiga. - Evitar el sobre peso. - Ante el apareamiento de signos de infección consultar al establecimiento de salud más cercano. - No realizar ejercicios fuertes post quirúrgicos (levantamiento de pesas). - En pacientes post parto orientar sobre PF, preconcepción y espacio intergenésico. - Dar seguimiento con la UCSF de su AGI. • Registrar intervenciones de enfermería.

64. Patología benigna de mama

64.1 Definición

Grupo de afecciones caracterizadas por cambios en el tejido de la mama que son benignos (no cancerosos). Hay diferentes tipos de enfermedad benigna de la mama, como algunos tipos que se presentan por un aumento del número de células o por el crecimiento de células anormales en los conductos o los lóbulos de la mama.

64.2 Signos y síntomas de enfermedad benigna de la mama

Estos incluyen: bultos irregulares o quistes, hinchazón de la mama o incomodidad, piel enrojecida o que se vuelve más gruesa, y secreción de los pezones.

La mayoría de las afecciones benignas de la mama no aumentan el riesgo de cáncer de mama. La patología benigna de mama se encuentra entre los diagnósticos más comunes que encontrará en la práctica el ginecobstetra. La comprensión a fondo de la patología benigna de mama, así como de técnicas de diagnóstico apropiadas, es de vital importancia para proporcionar una buena atención a la mujer. Es igualmente importante tener un conocimiento práctico de los factores de riesgo del cáncer de mama, y contar con la habilidad para identificar mujeres en alto riesgo y referirlas o iniciar métodos de reducción de riesgo.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la población femenina sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Factores de riesgo. – Forma de realizarse auto examen de mama cada mes. – Mamografía desde los 40 años cada 1 o 2 años y cada año después de los 50 años. – En caso de detectar alguna anormalidad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar oportunamente al establecimiento de salud más cercano. • Realizar a cada usuaria examen de mama cuando asiste a control de toma de citología y/o planificación familiar. • Explicar que la detección oportuna de tumores a través del auto examen permite mayor posibilidad de tratamiento. • Explicar la preparación previa para la realización de los procedimientos de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> – Mamografía. – Ecografía. – Biopsia. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales. • Controlar peso y talla. • Preparar a la usuaria para su ingreso hospitalario, ambulatorio • Enviar a tomar muestras sanguíneas para exámenes indicados. • Asistir a la paciente en la toma de mamografía y ultrasonografía. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria aclarando temores sobre la enfermedad. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional a usuaria y familia. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Cirugía ambulatoria y/o hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el consentimiento informado se encuentre en el expediente clínico. • Controlar y registrar signos vitales. • Cumplir indicaciones médicas. • Informar a la usuaria y familia sobre procedimiento a realizar. • Proporcionar apoyo espiritual y emocional previo al procedimiento. • Tomar acceso venoso con catéter nº 18, no colocar en miembro superior donde se realizará la cirugía. • Verificar resultados de exámenes indicados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> – Participar en la recuperación y apoyo constante a la usuaria. – Continuar con el tratamiento oncológico indicado. – Evitar ganancia excesiva de peso corporal. – Alimentación balanceada. • Ayudar a la usuaria a incorporarse con grupos de apoyo. • Asistir a controles médicos subsecuentes. • Entregar recetas. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito, preparación y pasos para su ingreso. - Orientar que no debe colocarse desodorante - Orientarla que no debe llevar joyas, cabello húmedo. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasladarla a sala de operaciones. • Mantener paciente en recuperación hasta estabilizarse, según indicación médica. • Verificar que muestra de biopsia fue enviada a anatomía patológica. • Dar alta previa evaluación e indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

65. Enfermedad pélvica inflamatoria

65.1 Definición

Es una infección de los órganos reproductores femeninos: útero, trompas de Falopio, ovarios

65.2 Etiología

Infecciones vaginales
Infecciones de transmisión sexual

65.3 Manifestaciones clínicas

Fiebre, dolor o sensibilidad en la pelvis o parte baja del abdomen, leucorrea purulenta, metrorragia, escalofríos, micción frecuente, disuria, náuseas, vómitos y diarrea,

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería y educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Consultar inmediatamente al presentar síntomas de alarma. - Tomar el tratamiento oportuno para enfermedades de transmisión sexual. - Practicar relaciones sexuales seguras. - La única manera absoluta de prevenir una enfermedad de transmisión sexual es no tener relaciones sexuales (abstinencia). - Tener relación sexual sólo con una persona (monógama) reducir el riesgo. - Uso de preservativo en sus relaciones sexuales. - Antes de tener sexo, primero establezca una relación de compromiso que permita tener confianza y una comunicación abierta. - Si no está de acuerdo, no debe sentirse presionado ni forzado a tener relaciones sexuales sin protección. - La enfermedad inflamatoria pélvica se puede 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportarlos. • Vigilar: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Vómitos - Dolor abdominal - Micción dolorosa. - Sangrados. • Cumplir con analgésicos según indicación médica. • Valorar signos y síntomas de estreñimiento. • Orientar a la paciente sobre: exámenes de laboratorio y cultivos y seguimiento de resultados; higiene personal. • Explicar a la paciente sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería y educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención sobre enfermedades ITS. - Planificación familiar. - Importancia de asistir a sus citas médicas. - Continuar tomando el tratamiento médico indicado. • Enseñar a paciente y pareja sobre la forma correcta de utilizar

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>reducir haciéndose exámenes regulares de detección para enfermedades de transmisión sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Todas las mujeres sexualmente activas de edades comprendidas entre los 20 y 25 años y más jóvenes deben hacerse exámenes cada año para clamidia y gonorrea. Asimismo, estas pruebas deben practicárseles a todas las mujeres con nuevos compañeros sexuales o compañeros sexuales múltiples. – Orientar a familia ayudar a resolver sus problemas de forma constructiva. – Dar seguimiento con la UCSF según su Área geográfica de influencia. – Orientar sobre auto cuidado e higiene personal. Enseñar sobre la forma correcta de utilizar el preservativo. – Comunicar a la paciente que debe ser acompañada por su pareja para exploración y tratamiento. – Su pareja sexual también debe recibir tratamiento: – Si usted tiene más de una pareja sexual, todas deben recibir tratamiento. – Si su pareja no recibe tratamiento, lo puede infectar otra vez. – Tanto usted como su pareja deben terminar de tomar todos los antibióticos. – Use condones hasta que ambos hayan terminado de tomar los antibióticos 	<p>procedimiento a realizar en caso de drenar abscesos y lavar peritoneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preservar la actividad de la paciente en todo procedimiento. • Si la paciente tuviera DIU oriente que es necesario la extracción para tratar la infección. • Cumpla tratamiento con antibióticos según indicación médica. • Explicar que debe abstenerse a relaciones sexuales mientras este en tratamiento. • Informar a paciente y familia sobre tratamiento. • Enseñar sobre la forma correcta de utilizar el preservativo. • Brindar educación y prevención sobre enfermedades ITS. 	<p>el preservativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante el apareamiento de signos de infección consultar al establecimiento de salud más cercano.

66. Sífilis

66.1 Definición

La sífilis es una enfermedad infecciosa de tipo sistémico de curso crónico, transmitida

66.2 Etiología: producida por la espiroqueta *Treponema*.

66.3 Manifestaciones clínicas

Son de características e intensidad fluctuantes, apareciendo y desapareciendo en las distintas etapas de la enfermedad: úlceras habitualmente únicas e indoloras en los órganos sexuales y manchas rojas en el cuerpo. Produce lesiones en el sistema nervioso y en el aparato circulatorio.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería sobre la prevención de las ITS como: – Abstinencia 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar y registrar signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al usuario sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles. - Cumplimiento <p style="text-align: right;">de</p>

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de métodos de barrera con contactos sexuales. • Referir a la mujer y su pareja al médico para tratamiento. • Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas de las etapas de la enfermedad. - Importancia y motivación para completar el tratamiento. • Cómo evitar recurrencias y re infecciones. • Motivación para la abstinencia durante el tratamiento. • No suspender citas ni tratamiento por especialista. • Importancia de la toma de citología y VDRL • Importancia de la toma VDRL a la pareja. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir y orientar en el examen ginecológico. • Orientar sobre su estado de salud. • Proporcionar apoyo emocional y espiritual. • Atención con medidas según normativa de bioseguridad. • Verificar respuesta de exámenes, incluyendo VDRL y reportarlos • Dar consejería si el resultado de la prueba reagin plasmática rápida (RPR) tiene dilución > 1:8, este se considera (+). • Orientar a la paciente en caso de toma de muestra para la prueba de absorción de anticuerpos treponémicos (FTA-ABS), para confirmar diagnóstico de sífilis. • Referir con el médico para tratamiento adecuado en caso de VDRL +. • Interrogar sobre alergias a penicilina y cumplir tratamiento médico. Penicilina Benzatinica 2.4 millones UI intramuscular cada semana N° 3, según indicación. • Realizar consejería, tomando en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Investigar presencia de enfermedades como tuberculosis. - Investigar contactos sexuales. • Referir a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento médico. • Mantener medidas de bioseguridad durante los procedimientos. • Realizar notificación de caso en papelería vigente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>medicamentos según Indicación médica y explicarle que puede presentar reacciones al medicamento como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escalofríos ✓ Fiebre ✓ Sensación de indisposición general ✓ Dolores de cabeza ✓ Dolores articulares ✓ Dolores musculares ✓ Náuseas ✓ Salpullido <p>Estos síntomas generalmente desaparecen a las de 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de las ITS • Utilización de métodos de barrera. • Importancia de examinar y dar tratamiento a su pareja o contactos. • Importancia de la toma de Citología cada año. • Mantener y fomentar la limpieza de genitales. • Se debe hacer exámenes sanguíneos de control a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección desaparezca. • Solicitar consulta pre concepcional. • Registrar intervenciones de enfermería.

67. Linfogramuloma venéreo

67.1 Definición

Es una infección prolongada de transmisión sexual (crónica) del sistema linfático

67.2 Etiología

Es causada por uno de 3 tipos diferentes (serotipos) de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Estas bacterias se diseminan a través del contacto sexual. La infección no es ocasionada por la misma bacteria que causa la clamidia genital.

67.3 Manifestaciones clínicas.

Los primeros síntomas se presentan a los 3 a 12 días después del contagio y aparece una ampolla indolora, que se convierte en una úlcera, puede haber:

- Supuración a través de la piel de los ganglios linfáticos inguinales.
- Dolor con las deposiciones (tenesmo).
- Úlcera pequeña e indolora en los genitales masculinos o en el tracto genital femenino.
- Hinchazón y enrojecimiento de la piel en la zona inguinal.
- Hinchazón de los labios (en las mujeres).
- Ganglios linfáticos inguinales inflamados en uno o ambos lados; también puede afectar los ganglios linfáticos alrededor del recto en personas que tienen relaciones sexuales anales.
- Pus o sangre del recto (sangre en las heces).

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y pareja sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Limitar la cantidad de compañeros sexuales. - Utilizar un anticonceptivo seguro como el condón o preservativo femenino. - Higiene después del acto sexual. - Evite el contacto sexual si cree estar infectado. - Citar a la pareja del paciente con granulomatosis inguinal, para que reciba tratamiento (60 días antes de aparecer los síntomas o ya posee los síntomas). - Si la mujer está embarazada, orientar a seguir el tratamiento indicado por el médico(a). - Si presenta los siguientes signos y síntomas debe consultar de inmediato: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparición de un grano o lesión, pequeño e indoloro en el pene o vagina. ✓ Fístula (úlcer) pequeña e indolora en los genitales o tracto genital femenino. ✓ Ganglios linfáticos inguinales inflamados. ✓ Salida de pus o sangre por el recto (sangre en las heces). ✓ Dolor con las deposiciones. ✓ Diarrea y dolor abdominal bajo. ✓ Hinchazón y enrojecimiento de la piel en el área inguinal. - Utilizar siempre preservativos y lubricante para la penetración, ya sea anal vaginal o el sexo oral. - Utilizar un preservativo para cada persona si se comparten juguetes sexuales para la penetración. - Utilizar guantes de látex y lubricante si se realiza tacto vaginal. - Disminuir el número de parejas sexuales. - Acudir al médico, nunca auto medicarse. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir al paciente en examen físico. • Orientar al paciente sobre la toma de exámenes de laboratorio y entregar boletas. • Orientar sobre solicitar respuestas de exámenes. • Llevar resultado de exámenes en próximo control médico. • Tomar cultivo de secreción de las úlceras. • Asistir al paciente en la toma de biopsia del ganglio linfático y enviar a patología. • Solicitar resultado de biopsia en patología y presentar resultado al médico. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Evitar auto medicarse. - Tomar tratamiento según indicación médica. - Asistir a los controles médicos subsecuentes. - Ser fiel a su pareja sexual. • Registrar intervenciones de enfermería.

b. Técnicas de obstetricia

1. Cerclaje

1.1 Definición

Consiste en una sutura fuerte insertada en y alrededor del cuello uterino en la etapa temprana del embarazo, usualmente entre las 12 y 14 semanas. Es removida casi al final del embarazo, cuando el mayor riesgo de un aborto no provocado ya ha pasado.

1.2 Indicación

Incompetencia ístmico cervical, la cual es una condición donde el cuello uterino está ligeramente abierto y existe el riesgo de un aborto no provocado. Este tratamiento es usualmente aplicado a una mujer que ha sufrido uno o más abortos involuntarios en el pasado, en el segundo trimestre del embarazo.

1.3 Clasificación

1. El cerclaje se considera profiláctico o electivo o primario, cuando se realiza de forma electiva por historia previa de incompetencia cervical antes de evidenciar cambios en el cérvix y generalmente suele realizarse entre las 13 y 16 semanas de gestación.
2. El cerclaje terapéutico o secundario es el que se realiza tras la detección de modificaciones en el cérvix antes de las 26 semanas de gestación. Se realiza en pacientes con un riesgo potencial de parto pre término seguidas en la unidad de prematuridad.
3. El cerclaje terciario o de emergencia, es el que se realiza en pacientes que presentan exposición de las membranas amnióticas visibles a través del orificio cervical externo o en vagina.

1.4 Técnicas del cerclaje

1. Cerclaje de McDonald (o McDonald-Palmer): se tracciona el cérvix y se pasan cuatro puntos con una cinta de mersilene, a las 12, las 3, las 6 y las 9 anudando después la sutura. No requiere disecar la mucosa vaginal. Es el más utilizado. De elección en el cerclaje terciario. Si no se dispone de cinta de Mersilene se puede usar prolene, vicryl, nylon o seda. Utilizar cabo grueso, del 1 o del 2 o doble para evitar sección iatrogena del cérvix por un cabo demasiado delgado.
2. Cerclaje de Shirodkar: se tracciona el cervix y se hace una incisión en la mucosa vaginal tanto en el repliegue vesico-vaginal como en el recto-vaginal. Por ellos se introduce la cinta de mersilene y se pasa por debajo de la mucosa vaginal en ambas caras laterales del cuello. Se anuda por la cara anterior o posterior. Suele reservarse para los casos de cerclaje profiláctico o terapéutico

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Orientar sobre:<ul style="list-style-type: none">- Signos y síntomas de alarma en el embarazo (fiebre, salida de líquido o sangre transvaginal, contracciones uterinas).- Reposo absoluto- Abstinencia sexual	<p style="text-align: center;">Consulta externa/emergencia</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar signos vitales y registrarlos en expediente.• Tomar medidas antropométricas.• Tomar exámenes: hemograma, PCR, si ingresa tomar seriados, tipeo y RH, tiempos de coagulación, general de orina, pruebas de	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a paciente y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Cumplimiento de tratamiento médico.- Asistir a controles médicos de seguimiento.- Consultar al médico en caso de apareamiento del

Promoción/Prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Inscripción precoz (antes de las 12 semanas) a la UCSF más cercana y controles subsecuentes. - Cuidados higiénicos - Importancia del tratamiento de las infecciones de cuello y vagina. - Consultar a UCSF ante cualquier anomalía durante el embarazo. - Explicar sobre la patología a paciente y familia que el embarazo es de riesgo y la atención al parto debe ser intra-hospitalario - Tramitar consentimiento informado. - Tramitar la sutura (cerclaje). • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>bienestar fetal, amniocentesis, según indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar y los riesgos, que pueden presentarse: <ul style="list-style-type: none"> - Infección - Contracciones prematuras - Aborto o parto prematuro - Ruptura prematura de membranas - Desgarro o ruptura del útero si el trabajo de parto comienza antes de que se retire la sutura - Lesiones de vejiga. • Mantener reposo absoluto. • Orientar sobre preparación previa al procedimiento: • Mantener nada por boca desde la media noche anterior al día del procedimiento. • Cumplir con las indicaciones del anesthesiólogo. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y anotar en expediente. • Canalizar acceso venoso. • Cumplir preparación pre anestésica. • Pasar paciente a sala de operaciones. • Llevar hilo de cerclaje. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos vitales y frecuencia cardiaca fetal. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Vigilar presencia de sangrado vaginal • Cumplir analgesia , según indicación médica: • Trasladar a servicio correspondiente. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir actividad física hasta alcanzar las 34 semanas de gestación. - Abstinencia sexual hasta alcanzar las 34 semanas de gestación. - Control en hospital de tercer nivel. - La sutura del cerclaje se retirará cuando la gestación alcance el término (37-38 semanas). - Si en algún momento aparece infección debe asistir inmediatamente para que le retiren el cerclaje. - Consultar al médico o al establecimiento de salud si presenta: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre de 38.0° C o más alta - Dolor que no se alivia incluso después de tomar los medicamentos contra el dolor ✓ Contracciones o cólicos abdominales ✓ Manchas de sangre o sangrado vaginal inesperado. ✓ Salida de líquido por la vagina. ✓ Secreción vaginal maloliente. ✓ Dolor en la espalda. • Registrar intervenciones de enfermería.

2. Legrado

2.1 Definición

Método de evacuación del contenido uterino mediante el uso de legra que permite eliminar la capa endometrial o los tejidos derivados del trofoblasto cuando la paciente esta o ha estado recientemente embarazada.

2.2 Indicación

1. Obstétricas

- Aborto incompleto

- Aborto provocado
- Retención de restos placentarios
- Enfermedad gestacional del trofoblasto.

2. Ginecológicas

- Hemorragia uterina anormal
- Hiperplasia endometrial
- Pólipos endometriales
- DIU traslocado

Intervenciones de enfermería

Promoción/prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento a realizar. - Toma de exámenes indicados. - Importancia de la planificación familiar. - Realizar las coordinaciones para que reciba apoyo profesional. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la paciente • Tomar signos vitales • Orientar que debe estar nada por boca. • En caso de haber ingerido dieta cumplir medicamentos según indicación médica o esperar ayuno. • Colocar brazaletes de identificación. • Verificar que estén resultado de exámenes. • Explicar a paciente sobre el procedimiento. • Tomar vena con catéter #18 • Colocar líquidos endovenosos según indicación médica. • Trasladar a sala de operaciones previa coordinación. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar si presenta: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia. - Vómitos - Fiebre - Dolor excesivo. • Cumplir analgésicos. • Cumplir antibióticos, oxitocina, analgésico, según indicación médica. • Rotular frascos para muestra de anatomía patológica • Tomar signos vitales post procedimiento. • Dar consejería sobre planificación familiar y cumplir método inyectable, si paciente lo solicita • Importancia de prolongación de periodo ínter genésico. • Proporcionar confianza y seguridad a la paciente y familia • Orientar sobre higiene personal y auto cuidado. • Orientar con su pareja a recibir apoyo profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que para contribuir a una mejor recuperación es necesario que siga las recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene personal de manera normal. - Mantener reposo relativo. - Vigilar sangrado dolor de cabeza. - Cumplir dieta alimenticia normal. - En pacientes pos aborto es importante la consejería de planificación familiar. - Si tiene dolor, puede tomar analgésicos indicados por el médico. - En caso de signos de peligro debe consultar inmediatamente. • Orientar a la familia que es importante el apoyo emocional y espiritual. • Notificar a la UCSF de su área geográfica de influencia para seguimiento. • Entregar referencia e ínter consulta con especialista, según criterio médico. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar relaciones sexuales, según indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

3. Episiotomía

3.1 Definición

Es la incisión quirúrgica lateral del orificio vulvar en el momento de la salida de la cabeza fetal en el período expulsivo del parto, para evitar que se produzca espontáneamente un desgarro grave del perineo, preservando así la integridad del suelo pelviano. Se realiza en el tercio inferior del introito vaginal.

3.2 Objetivo

Prevenir los desgarros perianales graves y facilitar la expulsión fetal

3.3 Indicaciones

- Por estrechez o hipoplasia vulvovaginal.
- Por escasa elasticidad de la vagina, vulva y perineo.
- Por exceso de volumen fetal (macrosomía fetal).
- Por afecciones locales predisponentes como: edema, condiloma, cicatrices.
- En primíparas (mujer que pare por primera vez).
- En perineo alto y excesivamente musculoso.
- Para evitar trauma obstétrico y acelerar el período expulsivo.
- En el parto prematuro.
- En el parto con presentación pelviana.
- En el parto gemelar.
- En el sufrimiento fetal.
- En el período expulsivo demorado.

3.4 Clasificación

De acuerdo con la orientación de la sección o el corte:

- Lateral
- Medio lateral u oblicua
- Media.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación a usuaria sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la atención del parto hospitalario. - Importancia de La episiotomía la cual se realizara en los 	<p style="text-align: center;">Sala de expulsión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasar paciente a sala de expulsión • Verificar identificación de la paciente. • Colocarla en posición ginecológica. • Abrir los paquetes para la atención del parto y preparar equipo. • Verificar que lleve acceso venoso permeable. • Proporcionar apoyo emocional a la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de tratamiento médico. - Asistir a controles médicos de seguimiento. - Mantener el área alrededor de los puntos de sutura limpia y seca.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>siguientes casos :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir desgarros e infecciones - Si la cabeza del bebé es muy grande. - Cuando el bebé está teniendo sufrimiento fetal por el lento progreso del parto. - Si está empezando a desgarrarse. - Si la posición del bebé requiere una mayor apertura. - Cuando médico se ve forzado a sacar el bebé de emergencia. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>• Verificar que el corte de la episiotomía se realice cuando se vean de 3 a 4 cm de la cabeza del bebe (coronación).</p> <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir analgesia, según indicación médica. • Inspeccionar perineo en busca de signos de hemorragia, dehiscencia de episiotomía, infecciones y formación de hematomas. • Reportar anormalidades observadas. • Aplicar medios físicos fríos en región perineal (bolsa de hielo protegiéndola con campo), si hay edema y hematoma. • Verificar que los puntos de la episiotomía estén bien fijos y que no se encuentren espacios con hematomas. • Realizar cambio de toallas sanitarias, según necesidad. • Realizar o indicar a la paciente a lavar su perineo con agua tibia después de cada micción, evacuación, o ambas. • Proporcionar dieta rica en fibras y líquidos orales abundantes. • Realizar cuidados de sonda transuretral, si es necesario. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de toallas sanitarias según necesidad y realizar aseo del área genital con un jabón antiséptico. - Ingerir dieta rica en fibra y tomar abundantes líquidos. • Orientar sobre los puntos no se quitan con hilo crómicos 2-0) • En caso de dehiscencia asistir a retiro de puntos con hilo seda 2-0. • Consultar al médico o UCSF en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Estreñimiento - Salida de coágulos fétidos - Flujo con olor desagradable. - La herida parece abrirse. • No aplicarse cremas en área de episiotomía sin indicación médica.

4. Cesárea

4.1 Definición

Es el parto a través de una abertura quirúrgica en la zona baja del vientre de la madre. Cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz a través de la vagina. Utilizando anestesia epidural o raquídea. Se abre el útero (matriz) y el saco amniótico saca al bebé a través de esta abertura.

4,2 indicaciones

Las causas fetales pueden ser:

- Frecuencia cardíaca anormal
- Posición anormal dentro del útero, como: cruzado (transverso) o con los pies por delante (parto de nalgas).
- Problemas del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.
- Embarazo múltiples (trillizos o gemelos).

Las causas maternas pueden ser:

- Infección activa de herpes genital.
- Miomas uterinos grandes cerca del cuello uterino. Infección por VIH en la madre.
- Condilomatosis
- Cesárea previa.
- Cirugía uterina previa.

- Enfermedad grave como cardiopatía, preeclampsia o eclampsia.

Los problemas en el trabajo de parto:

- Desproporción céfalo pélvica
- Infección o fiebre durante el trabajo de parto.

Los problemas con la placenta o el cordón umbilical pueden ser:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Prolapso del cordón umbilical

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento a realizar. - Toma de exámenes de laboratorio indicados. - Importancia de aceptar la cesárea, según condición materno-fetal. - Orientar que si la anestesia es raquídea debe permanecer por lo menos 12 horas sin moverse, sin respaldo, sin almohada y no conversar para evitar complicaciones posteriores. • Proporcionar apoyo emocional para que sienta seguridad y evite preocupación y temores. • Dar consejería de planificación familiar. • Lactancia materna exclusiva. • Orientar al control puerperal antes de los 7 días con bebe, a la UCSF más cercana. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la paciente • Tomar signos vitales y registrar • Orientar que debe estar NXB • En caso de haber ingerido dieta cumplir medicamentos según indicación médica o esperar ayuno • Colocar brazaletes de identificación. • Verificar que estén resultado de exámenes: tipo Rh, hemoglobina, VDRL, VIH. • Verifique que se ha tomado prueba cruzada, según indicación médica • Explicar a paciente sobre el procedimiento. • Trasladar a paciente previa coordinación a sala de operaciones • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar identificación de la paciente. • Tomar y registrar signos vitales. • Cumplir indicaciones médicas. • Verificar acceso venoso permeable. • Verificar ayuno de 6 horas. • Verificar reporte de exámenes. • Preparar equipo según procedimiento. • Colocar sonda vesical post anestesia. • Balance hídrico, según indicación médica. • Preparar oxitocina y colocar después del nacimiento, por bomba de infusión según indicación médica. • Preparar cuna térmica y equipo para los cuidados del RN. • Trasladar a recién nacido a área de afiliación. • Trasladar a recién nacido a servicio de neonatología, según indicación médica. • Vigilar líquidos endovenosos. • Cumplir antibióticos según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado de herida operatoria - Salida de secreción por la herida operatoria. - Fiebre. - Fetidez. • Mantener dieta normal y tomar abundantes líquidos. • Orientar sobre la importancia la consejería de planificación familiar. • Lactancia materna exclusiva. • Continuar con tratamiento indicado por médico(a). • Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo emocional y espiritual. • Concientizar al padre a que participe en los cuidados del RN. • Orientar a asistir a controles subsecuentes. • Notificar a la UCSF más cercana, para seguimiento de la puerpera y RN. • Entregar referencia y retorno.

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener monitoreo de signos vitales antes y durante y después del procedimiento. • Vigilar diuresis estrictamente y reportar. • Asegurar la cuenta completa antes de cierre del área quirúrgica. • Sellar herida operatoria. • Limpiar paciente de residuo de yodo y sangre. • Preparar carro camilla para traslado a área de recuperación y abrigar a paciente. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Vómito - Fiebre - Dolor excesivo. - Visión borrosa - Aumento de la presión arterial - Oliguria • Cumplir analgésicos y antibiótico según indicación médica. • Vigilar goteo de oxitocina. • Tomar y vigilar signos vitales según directriz: cada 15 minutos número 4, cada 30 minutos número 2 y luego cada hora hasta estabilizarse. • Vigilar apósitos de herida operatoria. • En caso de hemorragia notificar código rojo. • Orientar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva. • Apego precoz, según condición materna y del recién nacido. • Trasladar a servicio previa evaluación e indicación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

5. Parto vaginal poscesárea

5.1 Definición

Es el parto vaginal después de una cesárea anterior, donde el corte en el útero debe ser transversal bajo y no debe tener ningún antecedente de ruptura del útero ni cicatrices de otras cirugías. Se debe tener cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos de sufrir una rotura de útero durante el proceso de parto.

Intervenciones de enfermería

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
• Orientar a la mujer	Labor de parto	• Orientar a la paciente y

Promoción/Prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>embarazada sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de respiración y relajación. - Ejercer fuerza a nivel perineal. - Reportar de inmediato cualquier cambio percibido relacionado al embarazo a la labor de parto. - Reportar cambios en la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones. • Brindar apoyo para disminuir el temor y la preocupación. • Reportar si hay presencia de cefalea, visión borrosa, rubor, tinnitus, escotomas. • Disminución de los movimientos fetales. • Salida de líquido amniótico teñido de meconio. • Mantenerse en decúbito lateral izquierdo. • Dieta según indicación médica. • Preguntar a la madre si tiene nombre para él bebe. • Iniciar llenado de ficha médica de nacimiento. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar y reportar signos vitales • Canalizar acceso venoso y cumplir soluciones y medicamento según indicación médica. • Vigilar y reportar anormalidades durante el trabajo de parto: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento - Aumento de presión arterial - Disminución de movimientos fetales - Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal - Prolapso de cordón - Salida de líquido amniótico meconial - Agotamiento materno. • Dar apoyo emocional a paciente. • Registrar hora de inicio de ruptura de membrana. <p style="text-align: center;">Sala de expulsión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición ginecológica. • Abrir equipo para la atención del parto. • Vigilar y reportar frecuencia, duración e intensidad de contracciones uterinas. • Circular la atención del parto, según lineamientos técnicos para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. • Realizar cuidados del recién nacido según Lineamientos técnicos para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. • Asistencia durante el alumbramiento. • Asistir en la revisión del canal vaginal y sutura de episiotomía, si existiera. • En caso de hemorragia, notificar código rojo, según indicación médica. • Verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. • Apego precoz según condición materna y recién nacido. • Registrar hora del parto, identificar con brazalete a recién nacido. • Tomar medidas antropométricas según condición de RN. • Cumplir MATEP. • Control de signos vitales, según lineamientos. • Finalizar llenado de ficha médica de nacimiento. • Entregar a la madre recién nacido para alojamiento con junto o trasladar según indicación médica. • Proporcionar orientación a la madre sobre cuidados de recién nacido y lactancia materna. • Abrigar a usuaria. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>familia sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de lactancia materna exclusiva. - Hábitos higiénicos de la madre. - Alimentación adecuada de la madre. - Cuidados básicos del recién nacido. - Estimulación temprana. - Planificación familiar "MELA" si está dando lactancia materna exclusiva. • Entregar su carnet materno debidamente llenado con la información referente al parto, puerperio inmediato, condición del recién nacido y se le orientará sobre su utilidad en el control puerperal. • Entregar carné de vacunación • Inscripción temprana del recién nacido en la Alcaldía. • Registrar intervenciones de enfermería

6. Ligadura de vasos pélvicos e hipogástricos

6.1 Definición

Procedimiento que se efectúa en el tratamiento de las hemorragias operatorias o postoperatorias. Al agotarse los métodos convencionales de control de hemorragia y seguir sangrando. La ligadura bilateral de las arterias iliacas internas o hipogástricas puede salvar la vida de la paciente.

6.2 Indicaciones

Indicaciones obstétricas terapéuticas

1. Estallamiento vaginal en los partos instrumentados o de fetos macrosómicas con hemorragias incoercibles. (Lesiones de vasos pudendos internos).
2. Grandes hematomas perineales espontáneos o por suturas deficientes de la episiotomía con ruptura de la fascia endopélvica, músculos puborrectales que pudieran extenderse al ligamento ancho y estructuras retroperitoneales.
3. Ruptura y atonía uterina.
4. Complementaria a la histerectomía obstétrica en pacientes con coagulopatía graves.
5. Embarazos ectópicos cervicales sangrantes.

Indicaciones terapéuticas ginecológicas

1. Sangrado incontrolable de los bordes del ligamento de MacKenrodt.
2. Sangrado incontrolable de la cúpula vaginal después de la histerectomía vaginal.
3. Hematoma del ligamento ancho pos histerectomía o exéresis de quistes o miomas intraligamentarios con infiltración de los tejidos vecinos, que dificultan la ligadura de los vasos locales.
4. En las perforaciones uterinas istmicolaterales con ruptura.

Indicaciones ginecológicas profilácticas

1. Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica
2. Fibromas intraligamentarios o voluminosos que requieren de fragmentación
3. Miomectomías múltiples con gran sangrado.
4. Endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica extensa con posible sangrado exagerado durante la cirugía.
5. Hematoma del ligamento ancho
6. En la vulvectomía radical para reducir el sangrado

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none">• Identificar factores de riesgo para hemorragia obstétrica con el fin de clasificar a la paciente con riesgo de sangrar desde su ingreso.	<p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparar equipo según procedimiento de histerectomía (pinzas en L).• Verificar que equipo para RCP esté completo.• Verificar resultado de exámenes.• Verifique que se ha tomado prueba cruzada.• Administrar hemoderivados según indicación médica.• Asegurar 3 accesos venosos permeables.• Vigilar estado general de la paciente.• Control de balance hídrico estricto.• Cumplir indicaciones médicas (macro dosis)	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a la usuaria y familia sobre:<ul style="list-style-type: none">- Importancia de tomar los medicamentos indicados por el médico.- Inicio de actividades diarias de forma progresiva.- Mantener un programa de reposo durante el día y que duerma de 8 a 10 horas durante la noche.- Espaciamiento de embarazos.- Métodos de planificación

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p>de oxitocina, metergin, expansores de volumen).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo continuo de signos vitales antes y durante el procedimiento. • Vigilar vías aéreas permeables. • Vigilar signos de choque • Observar característica y cantidad de la orina. • Asegurar la cuenta completa antes de cierre del área quirúrgica. • Movilizar a la paciente cuidadosamente • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar pos procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia y reportar. - Vómitos. • Administrar líquidos endovenosos según criterio médico. • Cumplir fármacos indicados. • Mantener paciente abrigada • Llevar balance hídrico. • Control de signos vitales. • Vigilar apósitos de herida operatoria. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificación familiar “MELA” si está dando lactancia materna exclusiva y si la condición de la paciente lo permite. - Importancia de continuar los controles con especialista. - Cuidados higiénicos para la usuaria y recién nacido/a. • Coordinar ínter consulta con psicología, en caso de haber sido histerectomizada • Referirla a UCSF para curación de herida operatoria • Asistir al establecimiento de salud más cercano ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sudoración. - Hemorragia transvaginal. - Loquios fétidos. - Fiebre. - Dolor abdominal intenso • Entregar referencia y contra referencia al alta. • Registrar intervenciones de enfermería.

7. Sutura compresiva en útero de B- Lynch

7.1 Definición

Es el empleo de la sutura compresiva del útero (técnica de B-Lynch) durante la cesárea en casos de atonía uterina, para disminuir la pérdida sanguínea y evitar la histerectomía posparto.

Técnica de B-Lynch requiere una incisión abdominal de tamaño apropiado o reapertura de la incisión en caso de cesárea, rechazar la vejiga y, una vez alcanzado el útero, realizar una incisión en el segmento inferior o liberar las suturas de la histerorrafia. Se accede a la cavidad uterina para examinarla, limpiarla y eventualmente evacuarla. El útero es exteriorizado y reevaluado para identificar algún sector sangrante. Primero realizar compresión bimanual para aumentar las probabilidades de éxito de la sutura.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar factores de riesgo para hemorragia obstetricia con el fin de clasificar a la paciente 	<p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que al ingresar paciente a sala de operaciones cumpla con los siguientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la usuaria y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de tomar los medicamentos indicados

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>con riesgo de sangrar desde su ingreso.</p>	<p>requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado firmado por paciente y testigo de la cirugía a realizar. - Verificar que estén resultado de exámenes como tipo Rh, hematocrito, hemoglobina y otros. - Verificar que se ha tomado prueba cruzada. • Tener listo el equipo de atención de cesárea según protocolo de atención de cesárea. • Monitorear signos vitales antes y durante el procedimiento. • Asegurar la hidratación de la paciente antes del parto para restituir la pérdida de líquidos y favorecer la diuresis. • Tener listo el suero dextrosa al 5% de 500ml con 10 unidades de oxitocina. • Registrar intervenciones de enfermería • Coordinar sangre con banco de sangre en caso fuera necesario transfundir a paciente. • Asegurar que acceso venoso este permeable. • Observar característica y cantidad de la orina. • Asegurar la cuenta completa antes de cierre del área quirúrgica. • Administrar líquidos endovenosos según criterio médico. • Llevar balance hídrico estricto. • Cumplir fármacos indicados. • Administrar hemoderivados, según indicación médica. • Al finalizar la cirugía, movilizar a la paciente cuidadosamente. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener monitoreo continuo de signos vitales. • Vigilar y reportar: <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Vómitos - Dolor - Fiebre - Sudoración - Estado de conciencia • Asegurar vía aérea permeable. • Mantener paciente abrigada. • Administrar oxígeno por bigotera o mascarilla si es necesario. • Mantener accesos venosos permeables. • Al estar despierta trasladar el servicio correspondiente según evaluación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>por el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de actividades diarias de forma progresiva. - Mantener reposo durante el día y que duerma de 8 a 10 horas durante la noche. - Espaciamiento de embarazos. - Métodos de planificación familiar. - Planificación familiar "MELA" si está dando lactancia materna exclusiva y si la condición de la paciente lo permite. - Importancia de la inscripción en crecimiento y desarrollo del recién nacido. - Importancia de continuar los controles con especialista. - Cuidados higiénicos para la usuaria y su recién nacido/a. - Asistir al establecimiento de salud más cercano ante signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sudoración. ✓ Hemorragia transvaginal. ✓ Loquios fétidos. ✓ Fiebre. ✓ Dolor abdominal intenso.

8. Histerectomía obstétrica

8.1 Definición

Procedimiento quirúrgico realizado para la remoción del útero y el cérvix, con remoción o no de los anexos por vía vaginal, abdominal o laparoscópica.

8.2 Indicaciones

1. Ruptura uterina de difícil reparación.
2. Hemorragia incoercible.
3. Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
4. Útero de Couvelaire en abruptio placentae.
5. Acretismo placentario.
6. Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
7. Infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones electivas

1. Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
2. Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha.
3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
4. Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
5. Algunos casos de corioamnionitis grave.
6. Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof,

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de asistir a controles ginecológicos y obstétricos oportunamente. - Realizarse su citología anual. - Practicar estilos de vida saludable. 	<p style="text-align: center;">Consulta externa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento y la anestesia. - Contestar de formar clara a sus dudas. - Proporcionar seguridad y bienestar. • Orientar sobre la firma del consentimiento informado, según condición de paciente. • Consultar si padece alergias a medicamentos. • Consultar si padece patologías crónicas. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarse con la paciente • Identificar a la paciente con expediente. • Colocar brazalete de identificación. • Tomar y registrar signos vitales • Orientar a paciente y familia sobre procedimiento a realizar. • Interrogar a la usuaria sobre la hora de la última ingesta de alimentos. • Retiro de prótesis dentarias si las tuviese. • Tomar venas con catéter 18. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre : <ul style="list-style-type: none"> - Realizar higiene personal de manera normal. - Reposo relativo. - No realizar esfuerzos físicos. - Dieta balanceada. - Consultar oportunamente si presenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor intenso a nivel de herida operatoria. ✓ Fiebre. ✓ Salida de secreciones. ✓ Sangramiento. ✓ Dehiscencia de herida operatoria. • Continuar con tratamiento indicado por el médico. • Orientar a la familia que es importante el apoyo

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar resultado de exámenes de laboratorio. • Evalué preparación de región operatoria. • Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. • Notifique a sala de operaciones. • Trasladar a usuaria a sala de operaciones, según hora programada • Verificar cumplimiento de preanestésicos. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Sala de operaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarse con la paciente. • Explicar a paciente sobre el procedimiento. • Identificar a la paciente. • Revise brazalete de identificación. • Verificar que esta nada por boca • Tomar signos vitales y reportar anormalidades. • Verificar permeabilidad de líquidos endovenosos. • Balance hídrico. • Verificar que estén resultado de exámenes de laboratorio. • Verificar que se ha tomado prueba cruzada. • Cumplir antibióticos según indicación médica. • Controlar signos vitales antes, durante y post procedimiento. • Colocar sonda transuretral. • Vigilar diuresis cantidad y color. • Vigilar estado general de la usuaria durante el transquirúrgico. • Asegurar la cuenta completa de torundas, campos e instrumental antes, durante y al final de cirugía. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y reportar : <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento de herida operatoria y transvaginal. - Vómitos - Fiebre - Dolor excesivo. - Distensión abdominal. • Cumplir analgésicos. • Tomar signos vitales. • En caso de hemorragia notificar código rojo, según indicación médica. • Asegurar vías aéreas permeables, accesos venosos permeables, estabilidad hemodinámica • Mantener paciente abrigada. • Trasladar a paciente al servicio asignado al estabilizarse, previa evaluación médica. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>emocional y espiritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar que es importante asistir a su cita de control. • Notificar la a la UCSF de su AGI para seguimiento. • Registrar intervenciones de enfermería.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la paciente. • Tomar signos vitales. • Controlar balance hídrico • Retirar sonda vesical, según indicación médica. • Asignar unidad. • Asegurar permeabilidad de los líquidos endovenosos. • Vigilar diuresis cantidad y color. • Orientar sobre la higiene personal y auto cuidado. • Orientar que debe mantener reposo relativo. • Verificar y reportar si presenta : <ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia. - Vómitos - Fiebre - Dolor excesivo. - Visión borrosa - Aumento de la presión arterial. - Inflamación con enrojecimiento de herida operatoria. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

9. Inversión uterina

9.1 Definición

Se define como la salida del fondo uterino a través de la vagina; es una emergencia y complicación obstétrica que puede llegar a ser potencialmente fatal. En la mujer con paridad satisfecha la histerectomía es el tratamiento de elección.

9.2 Técnicas

Maniobra de Johnson: El útero se empuja a través del cuello con las líneas de fuerza hacia la cicatriz umbilical. Una vez repuesto el útero, la mano del cirujano debe ser conservada en la cavidad uterina hasta que ocurra una contracción vigorosa. Maniobra de O'Sullivan se emplean 2 litros de agua tibia (40°C) colocados 2 metros por encima del suelo y conectados por gomas al fondo de la bolsa posterior de la vagina; permite un flujo rápido y el escape es evitado por la mano del cirujano. Luego de la corrección de la inversión, el fluido en la vagina es drenado lentamente y se administra ergonovina y oxitócicos, la reducción es obtenida de 5 a 10 min después del inicio de esa técnica.

9.2 Etiología

Entre los factores de riesgo se describe un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto.

- Tracción inapropiada del condón umbilical, con la placenta aun adherida y el útero relajado principalmente si la placenta está inserta en el fondo del útero.
- Extracción manual de la placenta.
- Presencia de un cordón corto.
- Acretismo placentario.

9.3 Clasificación según la extensión

- Grado I, si el fondo uterino se extiende hasta el cuello uterino.
- Grado II, si la protrusión del fondo uterino llega por debajo del anillo cervical pero que no alcanza el introito,
- Grado III, si la protrusión es completa, hasta el introito.
- Grado IV, si la vagina se invierte y el útero protruye por debajo del introito.

9.4 Clasificación según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico

- Aguda en las primeras 24 horas puerperales.
- Subaguda de 24 horas hasta el primer mes.
- Crónica por más de 4 semanas.

9.5 Manifestaciones clínicas

- Hemorragia severa, que puede llegar a choque hipovolémico.
- Choque neurogénico y dolor.
- Al examen físico, dependiendo del grado de inversión del útero, se puede evidenciar una masa roja que protruye o no por el introito y a la palpación abdominal no se encuentra el fondo uterino.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia estricta en el tercer periodo de parto. • Atención del parto por equipo multidisciplinario calificado. 	<p style="text-align: center;">Sala de partos/ expulsión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistir en la aplicación de maniobras de corrección de inversión. • Preparar con urgencia 2 litros de agua estéril tibia colocados 2 mt por encima del suelo. • Administrar medicamentos indicados. <p style="text-align: center;">Si revierte la inversión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir medicamentos según indicación médica (soluciones parenterales y/o expansores de volumen, medicamentos intramusculares etc. • Tomar y reportar signos vitales cada 15 minutos #4, cada 30 minutos #2 y luego cada hora hasta estabilizar. • Control de balance hídrico. • Tomar prueba cruzada y enviar al laboratorio de inmediato. • Solicitar transfusión de sangre según indicación médica. • Observar color, llenado capilar, temperatura de la piel y estado de la conciencia. • Palpar el fondo del útero para detectar su firmeza y posición. • Evaluar la cantidad de hemorragia vaginal, color y consistencia del sangrado, de los coágulos y de la sangre acumulada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente si no fue histerectomizada sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener reposo relativo. - Continuar tratamiento médico, antibióticos, analgésicos, otros. - Vigilar sangrado vaginal, salida de secreciones anormales, prolapso del útero, presencia de fiebre y consultar de inmediato a la UCSF más cercana. - Importancia de la alimentación y cuidados higiene. - Importancia de la lactancia materna. - Cumplir con las consultas subsecuentes con especialista. - Planificación familiar. - Consulta pre concepción. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Si fue histerectomizada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo psicológico y emocional a paciente, pareja y familia - Cumplir con las consultas subsecuentes con especialista. - Vigilar si presenta fiebre, dolor, salida de secreciones con mal olor, infección de herida operatoria, debe consultar de inmediato a la UCSF más

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar al médico, si recurre la hemorragia o si hay fiebre. • Activar código rojo, según indicación médica. <p style="text-align: center;">Si no revierte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplir indicaciones según criterio médico. • Preparar y trasladar a sala de operaciones para histerectomía (ver guía de histerectomía). • Tomar prueba cruzada y enviar de inmediato al laboratorio. • Colocar oxígeno, según indicación médica. • Canalizar dos venas con catéter N° 18. • Proporcionar apoyo, información y confianza a paciente y familia. • Registrar intervención de enfermería. 	<p>cercana.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la alimentación - Cuidados de higiene. - Asistir a la UCSF a curación de herida operatoria. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería.

10. Amnioinfusión

10.1 Definición

Consiste en infundir líquido (suero fisiológico) dentro del útero. Para aumentar la cantidad de líquido amniótico, con el objetivo de disminuir el riesgo de sufrimiento fetal, de aspiración meconial, infección de la bolsa amniótica y cesáreas.

10.2 Indicaciones

- Para facilitar la cirugía fetal intraútero.
- Como tratamiento de las alteraciones en el ritmo cardíaco del feto.
- Para mejorar el diagnóstico ecográfico.
- Para descomprimir o diluir el meconio.

10.3 Técnicas

Antes del parto:

Se realiza por punción abdominal y administración del suero fisiológico.

Intraparto

Es su utilización más frecuente y sencilla. Se introduce una cánula fina de plástico por vía vaginal hacia adentro del útero; con SSN por una bomba de infusión.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: - Importancia de 	<p style="text-align: center;">Amnioinfusión transcervical en trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a la paciente. • Tomar y registrar signos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente y familia sobre: - Signos de alarma como signos de

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>asistir a sus controles prenatales oportunamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la ingesta de líquidos en su embarazo. - Consultar inmediatamente si presenta ruptura de membranas. • Orientar a la paciente y familia sobre procedimiento y aclarar sus dudas. • Proporcionar seguridad y bienestar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar exámenes de laboratorio indicados. • Administrar líquidos endovenosos según indicación médica. • Asistir en USG. • Vigilar trabajo de parto. • Mantener en reposo relativo. • vigilar y reportar signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> - Sangramiento. - Fiebre - Disminución de movimientos fetales. - Visión borrosa - Aumento de la presión arterial. • Preparar equipo para la amnioinfusion (equipo de cateterismo, sonda vesical N° 14 o 16, descartable de suero, un litro de SSN tibio, jabón yodado, agua estéril cloruro de benzalcinio, biombo, guantes estéril, atril) • Asistir el procedimiento. • Colocar a la paciente en posición decúbito lateral izquierdo o derecho. • Tomar y registrar signos vitales incluya FCF. • Asistir durante el procedimiento. • Proporcionar apoyo emocional. • Registrar intervenciones de enfermería. <p style="text-align: center;">Amnioinfusion transparieto abdominal en hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalizar vena, según indicación médica. • Colocar en baño de maría 1 litro de SSN previo a procedimiento. • Preparar equipo conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> - Gorros, mascarillas - Jeringas de diferente calibre. - Gabachón estéril, - Descartable corriente - Guantes estériles - 1 litro de SSN. Tibio. - Agujas n° 18, 22. - aguja punción lumbar número 22 • Preparar equipo de venopunción: <ul style="list-style-type: none"> - Campo hendido. - Jabón yodo, - Esparadrapo - Hisopos - Agua estéril - Atril - Depósito para desechos. • Al tener equipo completo colocar paciente en carro camilla. • Trasladarla al área de ultrasonografía. • Mantener en carro camilla. • Tomar signos vitales y reportar. • Observar condición de paciente y reportar anomalías. • Mantener silencio durante procedimiento. 	<p>infección, en el sitio de la punción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre o escalofríos - Inicio de actividad uterina - Disminución de movimientos fetales - Sangramiento transvaginal. - Salida de líquidos transvaginal. - Dolor de espalda - Enrojecimiento. <ul style="list-style-type: none"> • Asistir a sus controles subsecuentes. • Si presenta estos signos debe acudir al establecimiento de salud más cercano.

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> • Permanencia de personal mínimo necesario durante el procedimiento. • Proporcionar apoyo emocional a paciente. • Preparar equipo de amnioinfusión y agregar SSN tibio. • Vigilar goteo de suero. • Al finalizar procedimiento retirar equipo. • Trasladar paciente a carro camilla a área de procedimiento. • Valorar estado general de paciente y reportar anomalías oportunamente. • Luego trasladarla a la unidad correspondiente. • Mantenerla en reposo absoluto, según indicación médica. • Iniciar vía oral según indicación médica. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	

11. Taponamiento uterino

11.1 Definición

Consiste en la aplicación de taponamiento uterino como medida terapéutica eficaz y segura para controlar la hemorragia y evitar una laparotomía o histerectomía a través de un balón de Sengstaken-Blakemore, un balón de sonda Foley, Bakri o Rusch.

11.2 Indicaciones

- Hemorragia posparto
- Atonía uterina
- Anomalías inserción placentaria

11.3 Principios

- Compresión mecánica temporal y estable de la superficie sangrante de la inserción placentaria.
- Reducción del sangrado capilar, venoso y del lecho placentario.
- A la espera de los mecanismos hemostáticos naturales.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de los controles prenatales. - Uso de ropa adecuada. - Higiene y reposo. - Efectos nocivos del uso de cigarrillos, alcohol, drogas, medicamentos y automedicarse. - Signos y síntomas de alarma. - Promoción del parto institucional. 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales y reportar alteraciones. • Canalizar acceso venoso con catéter #18, iniciar líquidos endovenosos según criterio médico (dos venas). • Tomar muestras sanguíneas hematocrito, hemoglobina, tipo y Rh, prueba cruzada, tiempos de coagulación y otros según indicación médica, reportar resultados. • Explicar a paciente procedimiento a realizar. • Orientar a paciente a orinar antes del procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales en el post parto. - Consumir alimentos que tengan mucha fibra. - Tomar líquidos abundantes - Mantener reposo durante 24 a 48 horas. - Importancia de la lactancia materna. - Vigilar presencia de secreciones vaginales

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Durante la atención de parto mantener vigilancia continua en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de hemorragia posparto anterior. - Pre eclampsia - Anomalías placentarias. - Obesidad. - Primer embarazo. - Embarazo múltiple. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar y pasar a la usuaria a la sala de partos o sala de operaciones para realizar procedimiento. • Preparar equipo necesario para el procedimiento (sonda Foley con globo de 30, gasas estériles, otros). • Dar apoyo psicológico a paciente. • Cumplir soluciones intravenosas, medicamentos según indicación médica. • Mantener taponamiento uterino por 24 horas, (mechas o balones) o según criterio médico. • Vigilar diuresis, tono uterino, sangrado vaginal, signos de choque y reportar anomalías. • Realizar aseo vulvar 2 veces al día. • Asistir a paciente durante el procedimiento de retiro de taponamiento uterino (sondas Foley o mechas uterinas). • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>fétidas, aumento de la temperatura corporal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a control post parto antes de los 7 días. - Asistir a controles de seguimiento.

12. Amniocentesis

12.1 Definición

Es un procedimiento que se realiza en las embarazadas mediante la introducción de una aguja hueca a través de la pared abdominal para llegar a la matriz, mediante una ecografía para situar al feto, realizada con técnica aséptica y anestésico local, con el objetivo de extraer líquido amniótico del saco vitelino; y realizar análisis del líquido y células.

12.2 Indicaciones

- Sospecha de presencia de problemas en el feto:
- Alteraciones cromosómicas diversas.
- Síndrome de Down.
- Espina bífida.
- Anencefalia.
- Enfermedades metabólicas hereditarias.
- Incompatibilidad de Rh.

Intervenciones de enfermería

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Asistir a sus controles prenatales oportunamente. - Consultar inmediatamente si presenta signos y síntomas de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor lumbopélvico ✓ Fiebre 	<p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citar a familiar para firmar como testigo de consentimiento y debe presentar DUI. • Si es menor de edad la paciente debe presentarse la madre y/o padre o responsable legal. • Orientar que debe informar cualquier anomalía que presente durante el procedimiento y posterior. • Tomar signos vitales. • Realizar cuidados higiénicos según condición de 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre signos de alarma como: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de actividad uterina - Disminución de movimientos fetales. - Sangramiento

Promoción/ prevención	Segundo/tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalea ✓ Distensión abdominal anormal ✓ Ausencia de movimientos fetales ✓ Salida de líquido amniótico ✓ Disnea ✓ Cansancio • Orientar a paciente y familia sobre procedimiento. • Importancia de mantenerse en reposo absoluto mientras dura el procedimiento. • Proporcionar seguridad y bienestar. • No auto medicarse. 	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar equipo conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> - Gorros, mascarillas - Guantes estériles de diferente número - Jeringas número 5, 10,20 ml - Gabachón estéril - Aguja de punción lumbar Nº 22 - Equipo de amniocentesis - Jabón yodo - Esparadrapo - Hisopos - Agua estéril, - Atril - Depósito para el sucio. • Al tener equipo completo colocar paciente en carro camilla. • Trasladar paciente al área de ultrasonografía. • Mantener en carro camilla. • Observar condición de paciente y reportar anormalidades. • Mantener silencio durante procedimiento. • Permanencia de personal mínimo necesario durante el procedimiento. • Proporcionar apoyo emocional a paciente • Identificar frascos para muestras y enviar de inmediato al laboratorio. • Al finalizar procedimiento retirar equipo. • Trasladar paciente a carro camilla a área de NST. • Vigilar paciente y reportar anormalidades. • Trasladar paciente a la unidad correspondiente. • Mantenerla en reposo absoluto, según indicación médica. • Vigilar si desencadena trabajo de parto. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>transvaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salida de líquidos transvaginal - Dolor - Enrojecimiento área de punción. • Asistir a sus controles subsecuentes • Si presenta estos signos debe acudir al establecimiento de salud más cercano.

c. Técnica de ginecología

1. Histerectomía vaginal

1.1 Definición

Consiste en extirpar el útero a través de la vagina.

1.2 Técnicas

1. Extirpación de todo el útero (histerectomía vaginal "simple").
2. Extirpación del útero mediante endoscopia del abdomen (histerectomía vaginal asistida por laparoscopia): cuando existen adherencias, una endometriosis, miomas grandes u operaciones en las trompas de Falopio o en los ovarios.
3. Extirpación completa del útero en caso de enfermedades malignas (histerectomía vaginal radical, operación de Schauta): el cirujano realiza en primer lugar una laparoscopia y extirpa ganglios linfáticos, tejidos conjuntivos y tejidos grasos en la zona de la pelvis y, si la enfermedad está muy avanzada, también ganglios linfáticos y tejidos grasos.). A continuación, extirpa el útero a través de la vagina.
4. Extirpación de gran parte del cuello del útero (traquelectomía): con este método se conserva el cuerpo del útero. A veces, el cirujano extirpa, además del cuello del útero, una parte de la vagina y tejido adyacente al útero. Esta intervención se practica en el caso de cáncer de cuello de útero (cáncer cervical).

Intervenciones de enfermería

Promoción/prevención	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Consultar inmediatamente al presentar los signos o síntomas: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado anormal - Dolor - Prolapso uterino - Incontinencia urinaria. • Explicar a paciente y familia que es importante aceptar el tratamiento medico • Interrogar si adolece alguna enfermedad crónica. • Orientar sobre el procedimiento a realizar • Orientar a la paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Estar en ayuno previo al procedimiento. - Debe firmar hoja de consentimiento informado - Donantes de sangre. - Inter consultas con 	<p style="text-align: center;">Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de colon la noche antes de la cirugía. • Cumplir indicaciones por especialista. • Identificar a la paciente • Tomar signos vitales y registrar. • Orientar que debe estar nada por boca. • Colocar pulsera de identificación. • Retirar prótesis dentaria si lo hubiera. • Verificar que estén resultado de exámenes y Rx. • Explicar a paciente sobre el procedimiento. • Canalizar acceso venoso periférico con catéter de grueso calibre. • Colocar líquidos endovenosos según indicación médica. • Cumplir pre medicación anestésica según indicación. • Trasladar a sala de operaciones según hora programada • Registrar intervenciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a la paciente y familia sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar su higiene personal de manera normal. - Guardar reposo relativo. - Evitar hacer esfuerzo de peso y realizar ejercicios excesivos. - La incorporación al trabajo será a partir de la evaluación médica. - Seguir una dieta normal rica en líquidos y fibra (verdura, fruta, cereales). - Actividad sexual con penetración deberá evitarse hasta que el médico(a) lo indique después de su evaluación posquirúrgica. - Si además se le han extirpado los ovarios y todavía no ha entrado en la menopausia, ha de saber que los signos o síntomas

Promoción/prevencción	Segundo / tercer nivel de atención	Rehabilitación
<p>especialista según patologías y edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de exámenes de laboratorio pre operatorio y de gabinete. - Consultar si es alérgica a algún medicamento y si padece patologías crónicas. 	<p style="text-align: center;">Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar si presenta : <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado transvaginal - Vómitos - Fiebre - Dolor excesivo. • Revisar mecha vaginal. • Cuidados de sonda vesical. • Cumplir con analgésicos y antibióticos según indicación médica. <p style="text-align: center;">Hospitalización pos operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales por turno o según necesidad. • Orientar sobre la deambulaci3n según tipo de anestesia (raquídea movilizaci3n de 12 a 18 h. y general igual). • Mantener sin respaldo y almohada para evitar cefalea. • Asistir en cumplimiento de dieta líquida pos operatorio. • Realizar ejercicios vesicales, previo a retirada de sonda vesical. • Registrar intervenciones de enfermería. 	<p>que pueden presentar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad. ✓ Irritabilidad ✓ Insomnio ✓ Inflamaci3n abdominal. ✓ Bochornos <ul style="list-style-type: none"> - Si alguna de estas alteraciones naturales apareciera consultar. - Si tiene dolor, puede tomar analgésicos indicados por el médico. - En cualquier caso deberá estar atenta a vigilar y consultar de emergencia inmediatamente, si presenta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangrados ✓ Salida de secreci3n vaginal mal oliente. ✓ Fiebre ✓ Dolor excesivo. <ul style="list-style-type: none"> • Registrar intervenciones de enfermería.

V. Disposiciones finales

Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal de los establecimientos de las RIIS, dar cumplimiento a la presente Guía de intervención de enfermería, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

Revisión y actualización

Las presentes guía de atención, serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en las intervenciones y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento en las instituciones del SNS, o cuando se determine necesario por parte del Titular del Ramo.

De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por las presentes guías de atención, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

Glosario

1. **Abruptio:** es la separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal.
2. **Acantosis nigricans:** afección cutánea que cursa con parches cada vez mas engrosados y oscuros con manchas alrededor de algunas articulaciones y en áreas del cuerpo con pliegues y arrugas(como los nudillos, axila, codo
3. **Couvaliere:** abruptio de placenta infiltración hemática de miometrio uterino debido a la formación de un hematoma retro placentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical.
4. **Coloidosmótica:** es una forma de presión osmótica debida a las proteínas plasmáticas que aparecen entre el compartimento vascular, e intersticial
5. **Heterotópico:** se dice de lo situado en un lugar atípico ejemplo en el trasplante de órganos, trasplante de un tejido u órgano en el organismo en una posición anatómicamente anormal.
6. **Hidropesía fetal:** es una inflamación (edema) grave del feto o un bebe recién nacido que pone en riesgo la vida.
7. **Hipotituarismo:** segregación anormal de la hormona tiroidea
8. **Hidrorrea:** secreción profusa acuosa genital, en la mujer embarazada.
9. **Incoercible:** que no es posible detener o contener.
10. **Laterocidencia de cordón:** es la presencia de cordón umbilical entre la presentación y el cuello en presencia de membranas integras.
11. **Matep** (manejo activo del tercer periodo del parto).
12. **Monosomía:** una célula que no tiene un numero normal de cromosomas como resultado de una mutación.
13. **Mixedema:** es una enfermedad que se caracteriza por una alteración de los tejidos causada por una producción insuficiente de hormonas tiroideas y se caracteriza por presentar edema.
14. **Microangiopática:** es una afectación de los pequeños vasos sanguíneos. A menudo se asocia a una diabetes y en algunos casos puede a varias partes del cuerpo , especialmente a los ojos (retinopatía diabética) o a los riñones (nefropatía)
15. **Ortopnea:** es la disnea en posición en decúbito supino, o dificultad para respirar al estar acostado.

16. **Poliaquiuria:** es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche pero en volúmenes normales o inferior.
17. **Procúbito:** es cuando el cordón umbilical se encuentra por delante de la presentación fetal con la bolsa o membranas amnióticas integra.
18. **Síndrome de TORCH:** corresponde a las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple y VIH.
19. **Síndrome de sheeham:** es el infarto de la glándula hipofisaria secundaria a una hemorragia postparto.
20. **Talasemia:** anemia hereditaria que cursa con una destrucción de glóbulos rojos en la sangre y se debe a un trastorno en la producción de hemoglobina.
21. **Traquelectomía:** cirugía para extirpación del cuello del útero-placentaria.
22. **Triploidia:** es la presencia de una dotación cromosómica de 3N frente a los 2n normales de las células diploides.
23. **Tocolíticos:** son medicamentos (beta-bloqueadores de los canales de calcio o antiinflamatorios no esteroideos) que se utilizan para interrumpir las contracciones uterinas.
24. **Werlhof:** sinónimo de purpura hemorrágica caracterizado por una erupción de purpura acompañado de hemorragias múltiples que aparece sin causa conocida.

VI. Vigencia

Las presentes Guías de atención entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de este documento, por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a cuatro días del mes de marzo de dos mil diecinueve.



Dra. Elvia Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

Referencias bibliográficas

1. Allan J. Causes and treatment of postpartum haemorrhage (actualizado en 2008). Disponible en <http://www.uptodate.com>.
2. Begley CM, Devane D, Murphy DJ et al. Active versus expectant Management for women in the third stage of labour. (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.
3. Berghella V, Mackeen AD, Jauniaux ERM. Cesarean delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: chap 19.
4. Berkowitz R. Intrauterine transfusion. *Clinic Perinatol*. 1980; 7:285-297 3. Liley A. Intrauterine transfusion of foetus in hemolytic disease. *B Med J*. 1963; 2:1107-1109 4. Bang J, Bock JE, Trolle D.
5. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *Br J Obstetric Gynecology* 1997; 104: 372-5.
6. Burchell RC, Olson G. Internal iliac artery ligation: aortograms. *Am J Obstetric Gynecology* 1966; 94: 117.
7. Burchell RC. Internal iliac ligation hemodynamics. *Obstetric Gynecology* 1964; 24: 737.
8. Burchell RC. Physiology of internal iliac artery ligation. *J Obstetric Gynecology Br Commonw* 1968; 75: 642-51.
9. Cho JH, Jun HS, Lee CN. Haemostatic suturing technique for uterine bleeding during cesarean delivery. *Obstetric Gynecology* 2000; 96: 129-31.
10. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014: chap 46.
11. Dehaech CMC. Transcatheter embolization of pelvic vessels to stop intractable hemorrhage. *Gynecology Oncology* 1986; 24: 9
12. Francisco Jr J. Embolização terapéutica intra-arterial. *Anais do XVI Congresso da «International Society for Cardiovascular Surgery»*, Rio de Janeiro, 1982: 99
13. Hayman R, Arulkumaran S. Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage. *Obstetric Gynecology* 2002; 99: 502-6
14. Hospital Nacional de Maternidad. Normas de atención obstétrica y ginecológica. 3ra edición. El Salvador 2002.
15. Hull AD, Resnik R. Placenta previa, placenta accrete, abruptio placentae, and vasa previa. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, Eds.
16. J. Quevauvilliers, L. Perlemuter, *Diccionario de enfermería*, III MASSON. 2001.
17. Liley A. Intrauterine transfusion of foetus in hemolytic disease. *B Med J*. 1963; 2:1107-1109 2.
18. Mann WJ et al. Selective arterial embolization for control of bleeding in gynecologic malignancy. *Gynecology Oncology* 1980; 10: 279.
19. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido. 2012
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías Clínicas de Atención a las Principales Morbilidades Obstétricas en el Tercer Nivel de Atención. 2004.
21. Mousa HA, Blum J, Senoun GA, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum hemorrhage. *Cochrane*

22. Obstetrics and Gynecology: And illustrated colour text. Post partum haemorrhage and abnormalities of the third stage of labour 2003: 60-62.
23. Ouahba J, Piketty M, Huel C, et al. Uterine compression sutures for postpartum bleeding with uterine atony. BJOG 2007; 114: 619-2
24. Protocolo SEGO. Hemorragia postparto precoz (actualizado en 2006). Disponible en <http://www.sego.es/>
25. Smith JR, Brennan BG. Postpartum haemorrhage. Disponible en <http://www.emedicine.com>.
26. Wise A, Clark V. Challenges of major obstetric haemorrhage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2010; 24:353-65.
27. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Washington, DC: WHO; 2012.
28. World Health Organization. World health statistics 2013. Washington, DC: WHO; 2013.