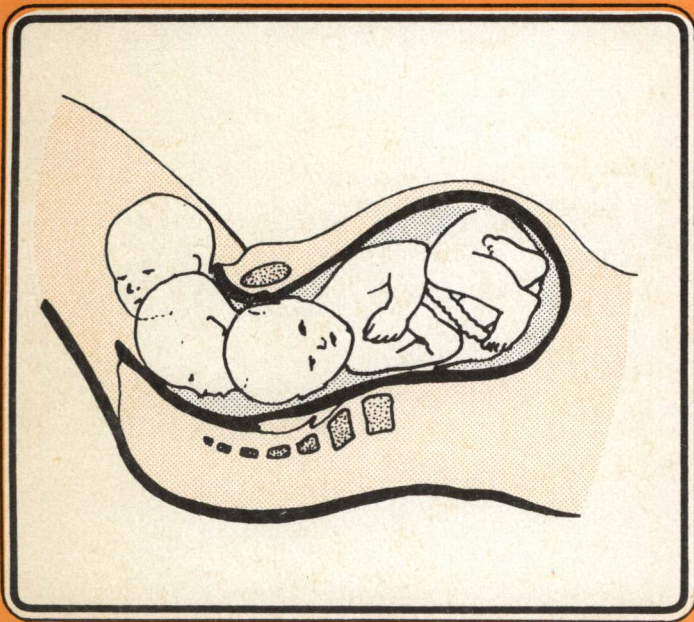




Servicio Nacional  
de Aprendizaje

# ENFERMERIA



## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN EL PARTO

AREA MATERNOINFANTIL

UNIDAD  
No. 6



Sub-dirección  
Técnico-Pedagógica

## **GRUPO DE TRABAJO**

**Elaborado por:** Fanny Galán Castellanos  
Instructora de Enfermería  
Regional Bogotá

**Revisión Técnica por:** Equipo de Instructoras de Enfermería  
de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla

**Diagramado e Ilustrado por:** Signos & Símbolos  
Ricardo Barragán G.

**Fotomecánica:** Dionisio Barrera A.

**Impreso por:** Sección Publicaciones SENA

**ENFERMERIA**

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA  
EN EL PARTO**



# CONTENIDO

<b>I. PARTO</b>	5
A. CONCEPTO	5
B. SIGNOS DE INICIACION DEL PARTO	5
C. MECANISMO DEL PARTO	6
B. PERIODOS DEL PARTO	6
<b>II. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO</b>	13
A. PERIODO DE BORRAMIENTO Y DILATACION	13
B. PERIODO DE EXPULSION FETAL	20
C. ALUMBRAMIENTO	23
<b>III. TECNICA DE LA ATENCION DEL PARTO.</b>	25
<b>IV. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS ESPECIALES.</b>	31
A. TACTO VAGINAL	31
B. AMNIOTOMIA	32
C. INDUCCION Y CONDUCCION DEL PARTO	33
D. EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA	34
E. APLICACION DE FORCEPS Y ESPATULAS	35
F. CESAREA	36

# I PARTO

## A. CONCEPTO

Parto es el proceso por el cual el feto, en edad viable, y los anexos fetales son expulsados del útero.

## B. SIGNOS DE INICIACION DEL PARTO

Los signos que indican la iniciación del parto son:

1. Secreción vaginal color rosado; esta secreción es un tapón mucoso del conducto cervical mezclado con un poco de sangre.
2. En ocasiones se presenta ruptura espontánea de membranas, y salida de líquido amniótico en pequeño goteo o repentino chorro por la vagina.
3. Contracciones uterinas por las cuales se produce el nacimiento del niño. La contracción es el endurecimiento, acompañada de dolor, de la capa muscular del útero. Las contracciones son involuntarias e intermitentes.

Las contracciones tienen 3 características observables que son: Intensidad, Duración y Frecuencia.

a. **Intensidad:** es la fuerza de la contracción y puede ser mala, regular y buena.

Se mide colocando la mano extendida en el abdomen (fondo del útero) de la paciente y ejerciendo presión con los dedos; la intensidad es **mala** cuando el endurecimiento del útero es mínimo permitiendo fácilmente el hundimiento de los dedos; la intensidad es **regular** cuando la pared del útero permite una ligera

penetración de los dedos y es **buen**a cuando el endurecimiento del útero es tal que impide el hundimiento de los dedos.

Al comienzo del parto la intensidad de las contracciones es mala, mejoran a medida que avanza el trabajo y son buenas hacia el final del trabajo del parto.

b. **Duración:** Es el tiempo transcurrido desde el principio hasta el fin de la contracción. Se determina colocando la mano extendida sobre el abdomen de la paciente observando el momento en que este comienza a ponerse duro y la señora empieza a sentir dolor; desde este momento se empieza a contar el tiempo que transcurre hasta que el útero se ablanda nuevamente y pasa el dolor. Al principio del parto las contracciones duran solamente de 15 a 25 segundos, se prolongan a medida que avanza el trabajo de parto, de 45 a 60 segundos como máximo.

c. **Frecuencia:** Es el intervalo de tiempo entre la finalización de una contracción y el inicio de la siguiente; la frecuencia de las contracciones aumenta desde 20 a 10 minutos al comienzo del parto hasta cada **2 minutos** hacia el final del mismo. La frecuencia de las contracciones se determina contando el número de contracciones en 10 minutos.

Ejemplo: En 10 minutos se presentaron 3 contracciones, quiere decir, que el intervalo entre contracción y contracción es de 3 minutos aproximadamente.

Las contracciones no deben ser más de 5 en 10 minutos (cada 2 minutos).

### C. MECANISMO DEL PARTO

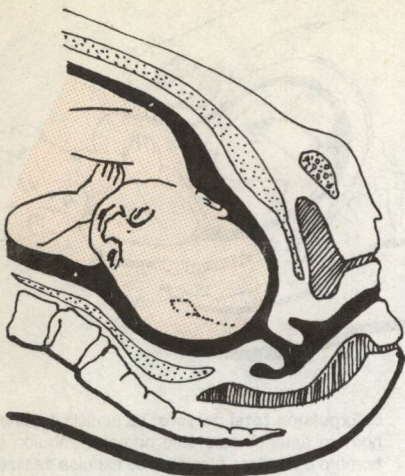
A manera de ilustración, los siguientes esquemas muestran los diferentes pasos que debe seguir el feto para su nacimiento.

VER EN LA PAGINA SIGUIENTE

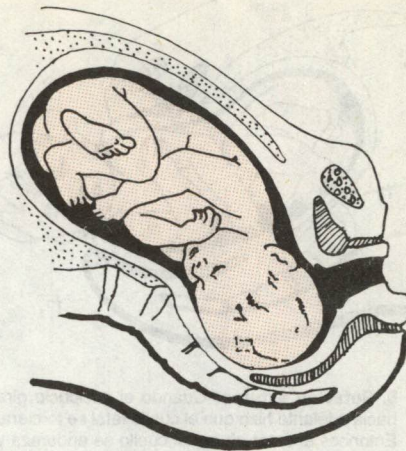
### D. PERIODOS DEL PARTO

El parto comprende 3 períodos, en cada uno se producen fenómenos específicos. Estos son:

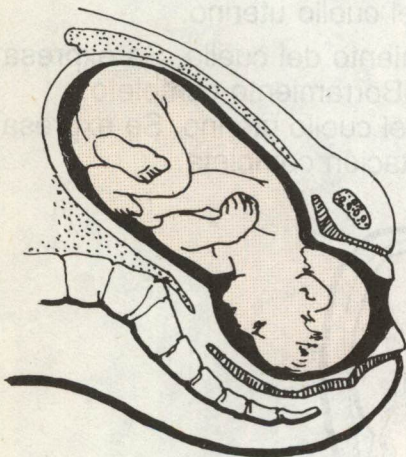
- Borramiento y dilatación del cuello uterino
- Expulsion fetal
- Alumbramiento o nacimiento de la placenta



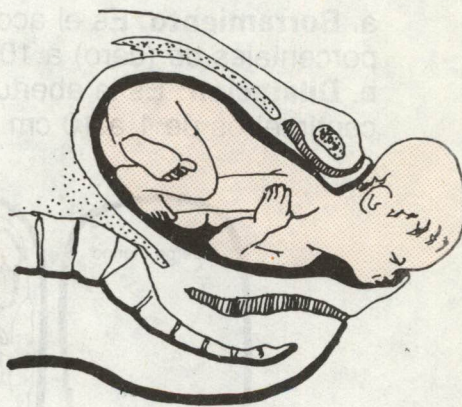
**1. Encajamiento:** La cabeza del feto se acomoda en el estrecho superior de la pelvis materna.



**2. Descenso:** Ocurre cuando la cabeza del feto baja hasta llegar al suelo pélvico.

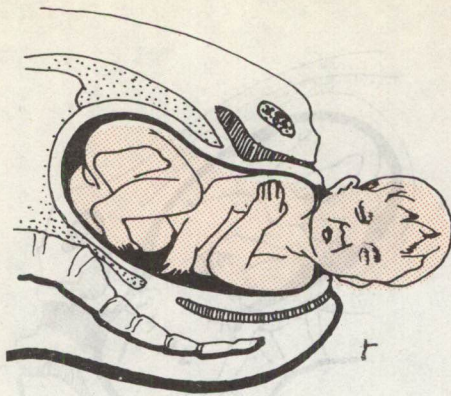


**3. Rotación interna:** La cabeza gira hacia adelante, quedando la porción posterior e inferior de la cabeza (occipucio) hacia la sínfisis púbica.

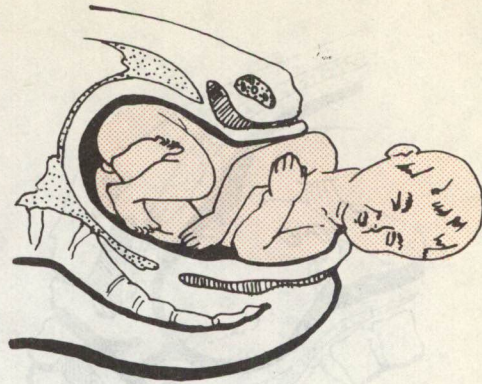


**4. Extensión:** Al extender la cabeza, la nuca queda hacia la sínfisis púbica sale: occipucio, frente cara y mentón.





**5. Rotación externa:** Cuando el occipucio gira hacia adelante hizo que el cuello fetal se torciera. Entonces al estar afuera el cuello se endereza y queda mirando hacia uno de los muslos de la madre, izquierdo o derecho, de acuerdo a la posición que originalmente tenía el feto en el momento del encajamiento en la pelvis materna.



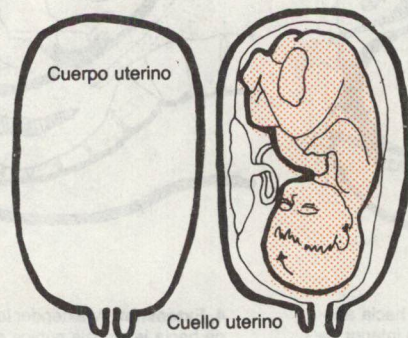
**6. Expulsión total del feto:** La sínfisis detiene el hombro anterior éste sale primero, seguido del hombro posterior y el cuerpo se expulsa deslizando sin esfuerzo.

### 1. Primer período, borramiento y dilatación del cuello uterino

Se inicia con las primeras contracciones y termina con el borramiento y dilatación completa del cuello uterino.

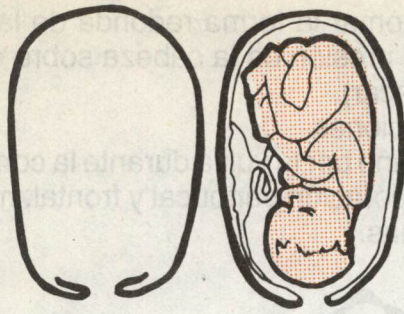
a. **Borramiento:** Es el acortamiento del cuello. Se expresa en porcentajes de (cero) a 100%. Borramiento completo.

b. **Dilatación:** Es la abertura del cuello uterino. Se expresa en centímetros de 1 a 10 cm. dilatación completa.

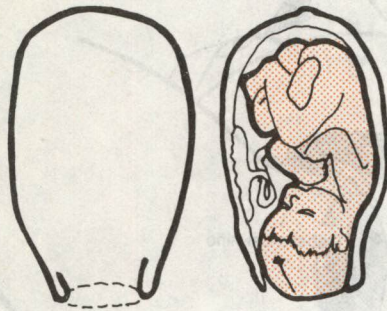


Cuello largo y cerrado





Cuello borrado. Cerrado



Cuello borrado y dilatado

El borramiento y la dilatación se efectúan por la acción de las contracciones uterinas. La duración de este período, también llamado trabajo de parto, varía de acuerdo con la paridad y edad de la paciente; la duración promedio es de 8 horas en múltipara y de 13 horas en primigrávida.

Los signos característicos de esta etapa son: contracciones dolorosas, salida de moco sanguinolento y de líquido amniótico si se han roto membranas.

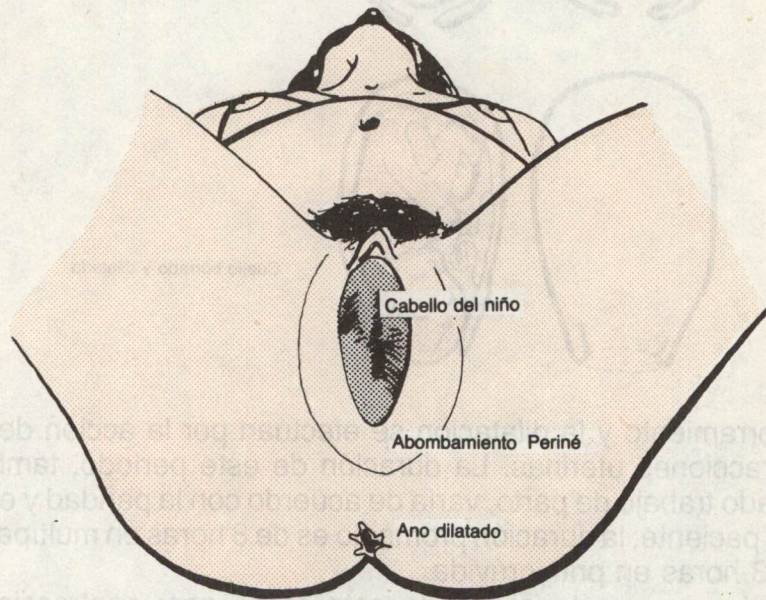
## 2. Segundo período, expulsión fetal

Comienza cuando el cuello uterino está completamente borrado (100%) y dilatado (10 cm) y termina con el nacimiento del niño. La duración promedio de esta etapa es de 30 minutos en múltiparas y de una a dos horas en primigrávidas.

Los signos característicos de esta etapa son:

- Contracciones: duración 60 segundos, intensidad buena, frecuencia 5 en 10 minutos.
- Abombamiento del periné: la cabeza del niño empuja el periné

- hacia afuera haciéndolo tomar la forma redonda de la cabeza.
- Dilatación del ano: por la presión de la cabeza sobre el periné.
  - Deseo de pujar, (de defecar).
  - Pujo durante las contracciones.
  - Aparición de cabello del niño por la vulva durante la contracción.
  - La paciente presenta: sudoración peribucal y frontal, náuseas y vómitos, temblor de piernas.



### 3. Tercer período, Alumbramiento

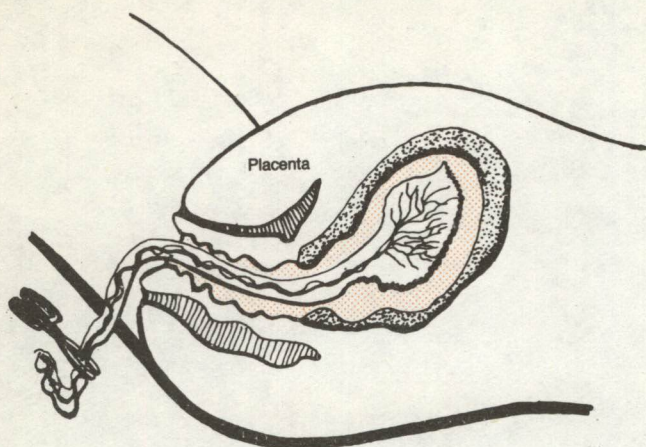
Comprende dos fases: **desprendimiento y expulsión** de la placenta. Sucede de 10 a 20 minutos después del nacimiento.

Los signos que indican desprendimiento de la placenta son:

- Reinicio de las contracciones uterinas.
- Sangrado por vagina.
- Salida de una porción mayor de cordón umbilical.
- Útero por encima del ombligo.

Después del desprendimiento de la placenta del útero, ésta se desliza por la vagina, hacia el exterior. Inmediatamente el útero se contrae fuertemente, lo cual hace que los vasos sanguíneos

se ocluyan y cese la hemorragia. El útero fuertemente contraído se palpa por debajo del ombligo como una masa dura llamada globo de seguridad o signo de Pinard.



## II .ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DURANTE EL PARTO

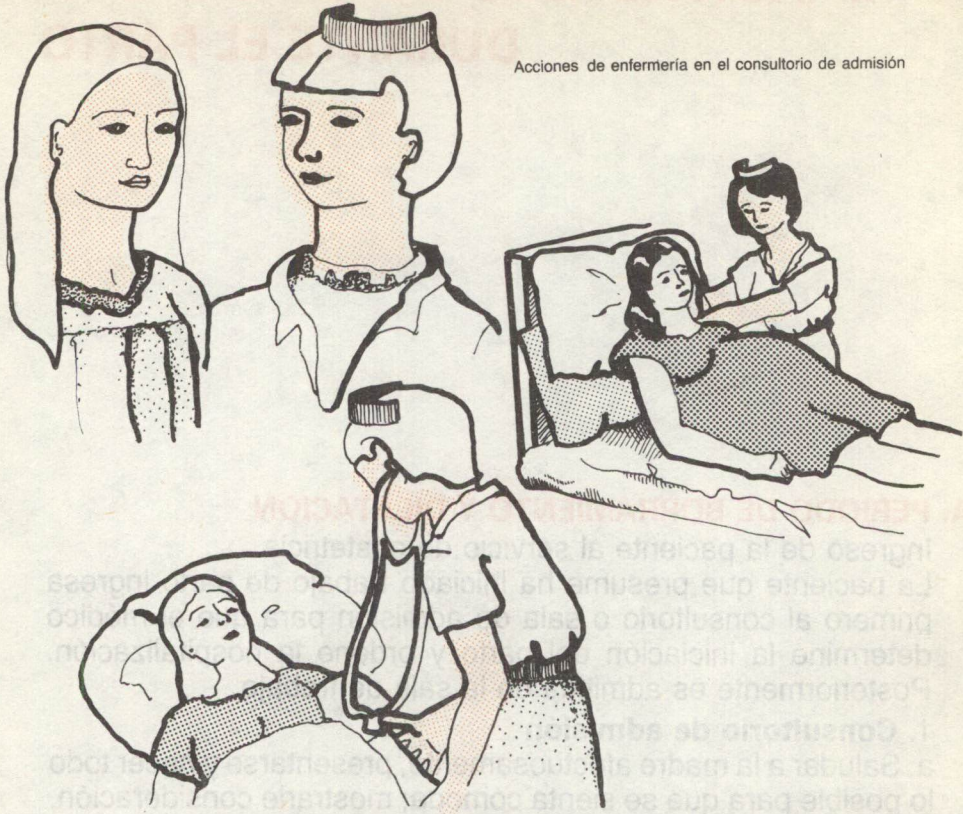
### A. PERIODO DE BORRAMIENTO Y DILATACION

Ingreso de la paciente al servicio de obstetricia

La paciente que presume ha iniciado trabajo de parto ingresa primero al consultorio o sala de admisión para que el médico determine la iniciación del parto y ordene la hospitalización. Posteriormente es admitida en la sala de trabajo.

#### 1. Consultorio de admisión

- a. Saludar a la madre afectuosamente, presentarse y hacer todo lo posible para que se sienta cómoda; mostrarle consideración, teniendo en cuenta que la paciente está miedosa, aprensiva por lo que pueda pasar a ella y al bebé.
- b. Controlar signos vitales.
- c. Controlar peso y talla.
- d. Preparar para el examen obstétrico: hacerla orinar, quitar la ropa y poner camisa de examen y ayudarla a colocar en la mesa ginecológica.
- e. Colaborar con el médico durante el examen:  
Altura uterina, fetocardia y tacto vaginal.
- f. Rasurar región púbica o perineal (tricotomía) según normas de cada institución; en algunas instituciones no acostumbran el rasurado.



g. Aplicar enema evacuador con el objeto de evitar defecación durante el período expulsivo.

**No se aplica enema** en los siguientes casos

-Primigrávida con más de 7 cm. de dilatación

Múltiparas con más de 5 cm. de dilatación

-Paciente con membranas rotas: en este caso si el médico ordena aplicarlo, **la paciente no debe levantarse** al sanitario.

-Hemorragia

-Toxemia

NOTA: Este procedimiento, en algunas instituciones, se realiza en sala de trabajo de parto.

Toda la información obtenida por el médico y por el personal de enfermería se registra en la hoja de ATENCION DEL PARTO Y

## POS-PARTO INMEDIATO (SIS-404).

### 2. Sala de trabajo de parto

Es una unidad situada en un área restringida y cerca a la sala de partos. Aquí permanece la paciente hasta el momento del nacimiento, para lo cual se traslada a la **sala de partos**.

La unidad de trabajo de parto tiene capacidad para varias pacientes y dotación para el cuidado de la paciente durante el primer período del parto.

Las actividades de enfermería son:

a. Realizar admisión así:

1. Saludar y presentarse a la paciente (ver admisión en consultorio).
2. Interrogar por la hora en que comenzaron las contracciones.
3. Revisar información obtenida en la consulta de admisión y



ATENCION DEL PARTO Y POST-PARTO INMEDIATO  
(O ABORTO)

A- IDENTIFICACION

1er. Apellido.                      2do. Apellido (o de casada)                      Nombres	No. HISTORIA CLINICA [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
--	--

B- DATOS BASICOS

EDAD DE LA MADRE (AÑOS) [ ][ ]	EMBARAZO No. [ ][ ]	FECHA ULTIMA MENSTRUACION [ ][ ][ ][ ][ ][ ] DIA MES AÑO SEMANAS DE GESTACION [ ][ ]	ALTURA UTERINA [ ][ ] Cms.	CONTROL DEL EMBARAZO MEDICO [ ] PROMOTORA [ ] AUX. ENF. [ ] ENFERMERA [ ] OTRO(cuál) _____
--------------------------------	---------------------	---	-------------------------------	---

C- ANTECEDENTES EMBARAZO Y PARTO ANTERIOR

EDAD DEL EMBARAZO MES [ ][ ]  Producto del Embarazo VIVO [ ] MUERTO [ ]	PRESENTACION CEFALICA [ ] PELVICA [ ] OTRA(cuál) _____	PARTO: ESPONTANEO [ ] FORCEPS [ ] CESAREA [ ] OTRO(cuál) _____	COMPLICACIONES:                      SI NO TRABAJO PROLONGADO                      [ ] [ ] HEMORRAGIA DURANTE PARTO                      [ ] [ ] HEMORRAGIA POST-PARTO                      [ ] [ ] OTRAS(cuáles) _____
---	---	--	---

D- TRABAJO DEL PARTO

INDUCIDO SI [ ] NO [ ]	INICIO TRABAJO DE PARTO DIA                      HORA	MEMBRANAS INTEGRAS: SI [ ] NO [ ]	RUPTURA:                      DIA                      HORA	
DIA / MES / HORA /				
RESPONSABLE				
SIGNOS VITALES MATERNOS	FRECUENCIA CARDIACA			
	PRESION ARTERIAL			
	TEMPERATURA			
CONTRACTILIDAD UTERINA	FRECUENCIA (en 10 min.)			
	DURACION			
	INTENSIDAD			
FETOCARDIA				
CARACTERISTICAS DEL CERVIX	BORRAMIENTO			
	DILATACION			
MEMBRANA OVULAR	ESTADO MEMBRANA			
	LIQUIDO AMNIOTICO			
PRESENTACION	TIPO			
	ESTACION			
DIA-MES-HORA ----- ----- -----	OBSERVACIONES: ----- ----- ----- -----			

E- PERIODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO

FORMA DE TERMINACION			
PARTO ESPONTANEO <input type="checkbox"/>		CESAREA ELECTIVA <input type="checkbox"/>	
FORCEPS <input type="checkbox"/>		CESAREA INTRA PARTO <input type="checkbox"/>	
VACUUM <input type="checkbox"/>		EXTRACCION PODALICA <input type="checkbox"/>	
OTRA MANIOBRA (cuál) -----		-----	
NACIMIENTO DIA    MES    AÑO    HORA		EPISIOTOMIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESGARRO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRODUCTO (S)		APGAR	PRODUCTO UNICO <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/>
SEXO H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		1 min.    5 min.	EXAMEN FISICO NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/>
VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>			
PESO _____ Kgs.    TALLA _____ cm.		ALUMBRAMIENTO A LOS _____ min.	
DURANTE GESTACION <input type="checkbox"/>		TIPO DE ALUMBRAMIENTO	
DURANTE PARTO <input type="checkbox"/>		ESPONTANEO <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/>	
PERIMETRO CEFALICO _____ cm.		PLACENTA COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES: ----- -----			

F- EVOLUCION DEL PUERPERIO

DATOS SOBRE:	INMEDIATO	AL EGRESO	DATOS SOBRE:	INMEDIATO	AL EGRESO
DIA - MES - AÑO			LACTANCIA		
DIAGPOST-PARTO			ALTURA UTERINA		
TEMPERATURA			PERINE		
PULSO			HEMORRAGIA VAGINAL		
TENSION ARTERIAL			LOQUIOS		
MAMAS			MIEMBROS INFERIORES		
OBSERVACIONES: ----- -----					
REMITIDO A: -----			ATENDIDO POR: -----		
(Firma y Código)					

G- REVISION DEL NIÑO EN EL POST-PARTO INMEDIATO Y AL EGRESO

DIA-MES-AÑO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION	OJOS	BOCA	ESTADO MUÑON UMBILICAL	PIEL	GENITALES	ANO	EXTREMI DADES	VACUNA B.C.G.
CLASIFICACION DEL RIESGO:											
MADRE			BAJO <input type="checkbox"/>			MEDIO <input type="checkbox"/>			ALTO <input type="checkbox"/>		
RECIEN NACIDO			BAJO <input type="checkbox"/>			MEDIO <input type="checkbox"/>			ALTO <input type="checkbox"/>		





registrada en la hoja de ATENCION DEL PARTO: Y POS-PARTO INMEDIATO (SIS-404).

A. Identificación

B. Datos básicos

C. Antecedentes embarazo y parto anterior

D. Trabajo de parto

4. Controlar signos vitales

5. Controlar contracciones

Acostar a la paciente en posición cómoda, preferiblemente en decúbito dorsal; colocar la mano extendida sobre el abdomen, por encima del ombligo de la embarazada y durante 10 minutos determinar intensidad, duración y frecuencia de las contracciones.

6. Controlar fetocardia

Colocar estetoscopio cuando no haya contracción y contar el número de latidos en un minuto.

7. Registrar la admisión en la historia clínica:

Fecha-Hora-Modo de ingreso (caminando, silla camilla), signos vitales, contracciones y fetocardia.

8. Hacer bañar a la paciente de acuerdo al estado de higiene.

b. Controlar contracciones cada hora. Avisar en caso de que la duración sea más de un minuto y la frecuencia sea mayor de 5 en 10 minutos.

c. Controlar fetocardia cada hora:

Avisar si la frecuencia es menor de 120 o mayor de 160, lo cual indica sufrimiento fetal, es decir, feto en malas condiciones por insuficiente aporte de oxígeno, o si no escucha los ruidos (muerte fetal).

d. Controlar TA cada hora o menos, si las cifras están por encima o por debajo de los valores normales.

e. Observar sangrado. Avisar si es abundante.

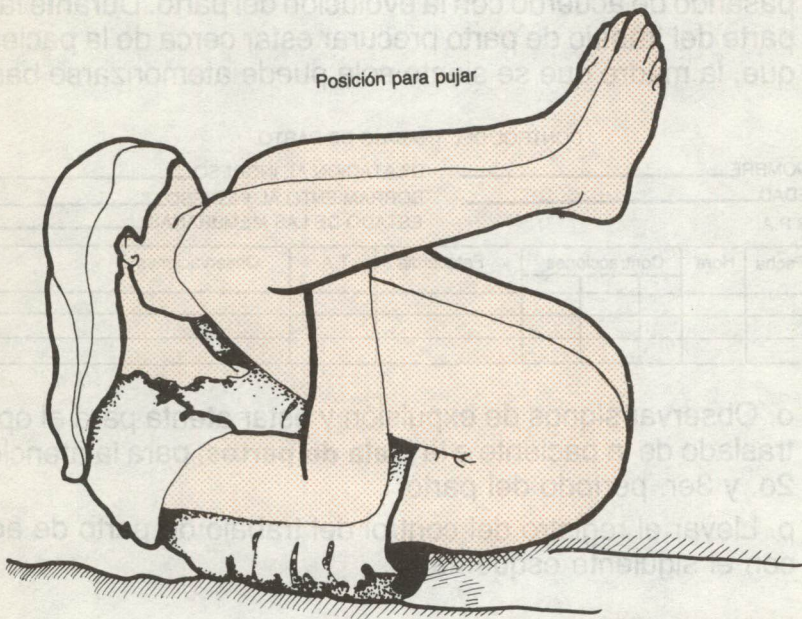
f. Observar las características del líquido amniótico. Normalmente, éste tiene aspecto lechoso. Avisar si el líquido es verde, (con meconio) este es otro signo de sufrimiento fetal.

g. Realizar baño genital con frecuencia para proporcionar comodidad a la paciente.

h. Enseñar la forma de respirar y dirigirla durante la contracción. Indicarle que cuando tenga la contracción tome bastante aire por la nariz y luego lo bote lentamente por la boca, manteniendo el cuerpo lo más relajado posible y que respire normalmente cuando no tenga la contracción.

i. Enseñar a pujar y hacerla pujar cuando la paciente sienta el deseo de pujar, esto es, con dilatación completa **nunca antes**.

Posición para pujar



Indíquele que cuando empiece una contracción respire 3 veces profundamente y que en la 3a. retenga el aire, eleve la cabeza y los hombros (sosténgala con su brazo) y con las manos tire hacia atrás las piernas y puje fuertemente como si fuera a hacer deposición. Si la paciente tiene que respirar antes de que termine la contracción, haga que expulse todo el aire, que inspire profundamente, retenga el aire y puje hasta que termine la contracción. Debe descansar entre las contracciones.

j. Colaborar en los procedimientos médicos.

k. Revisar los informes médicos, dilatación y borramiento, para

darse cuenta de la evolución del trabajo de parto.

l. Ofrecer líquidos claros si está iniciando el trabajo de parto o de acuerdo al estado de la paciente.

m. Alistar y rotular la ropa para el bebé

n. Dar apoyo emocional **todo** el tiempo. Especialmente cuando el esposo o algún familiar no puede permanecer con la paciente, se le debe brindar bastante apoyo emocional; explicarle qué está pasando de acuerdo con la evolución del parto. Durante la última parte del trabajo de parto procurar estar cerca de la paciente, ya que, la madre que se siente sola puede atemorizarse bastante.

#### CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO

NOMBRE \_\_\_\_\_ DILATACION AL INGRESO \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ BORRAMIENTO AL INGRESO \_\_\_\_\_  
G.P.A. \_\_\_\_\_ ESTADO DE LAS MEMBRANAS \_\_\_\_\_

Fecha	Hora	Contracciones			Fetocardia	T.A.	Observaciones:

o. Observar signos de expulsión y estar atenta para el oportuno traslado de la paciente a la **sala de partos**, para la atención del 2o. y 3er. período del parto.

p. Llevar el registro del control del trabajo de parto de acuerdo con el siguiente esquema:

## B. PERIODO DE EXPULSION FETAL

### 1. Sala de partos

Es una sala con las mismas características y normas de funcionamiento de un quirófano, equipado especialmente para la atención de la madre y el niño durante el nacimiento.

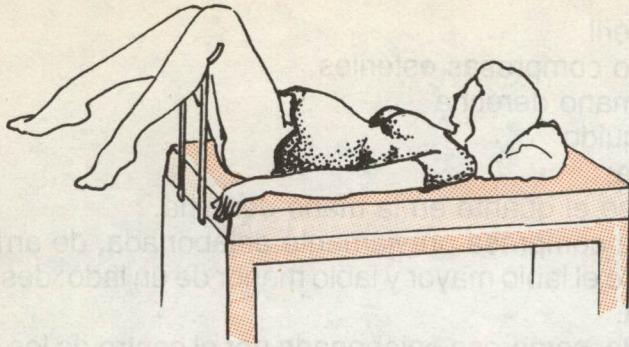
Equipos específicos:

a. Equipo de ropa:

-Blusa para el obstetra

-Compresas

-Dos campos para colocar por debajo y encima de la pelvis materna.



- Un par de polainas grandes o campo ginecológico.
- Campos para recibir al bebé

b. Instrumental:

- Dos pinzas de rochester o kelly para pinzar cordón umbilical.
- Dos pares de tijeras: para cortar cordón y para material.
- Un porta agujas.
- Pinzas de disección con garra y sin garra.

c. Otros:

- Guantes
- Ligadura umbilical
- Manillas para identificación del bebé
- Estetoscopio
- Pesabebé
- Infantómetro y cinta métrica
- Aspirador para bebé (baja presión)
- Equipo de resucitación bebé (laringoscopio, tubos endotraqueales).
- Sutura.
- Además equipos y materiales propios de un quirófano.

## 2. Actividades de enfermería

a. Recibir y colocar a la paciente en la mesa en posición ginecológica: Cadera al borde de la mesa, piernas en los estribos, cuidando que no queda ningún tipo de compresión; asegurarlas con las correas sin apretar demasiado.

b. Realizar baño obstrético.

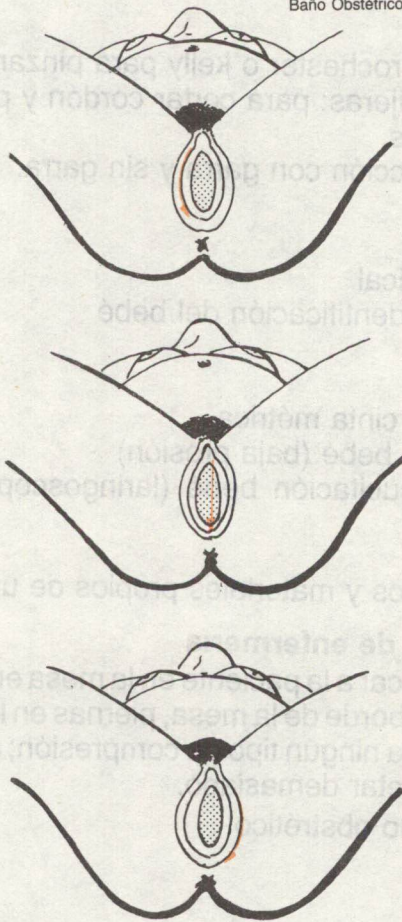
1. Equipo:

- agua estéril
- 4 gasas o compresas estériles
- Guante mano derecha
- Jabón líquido

2. Técnica:

- Colóquese el guante en la mano derecha.
- Pase una compresa previamente enjabonada, de arriba hacia abajo entre el labio mayor y labio menor de un lado; deseche esa compresa.
- Pase la 2a. compresa enjabonada por el centro de los genitales hasta el ano, deséchela.

Baño Obstétrico



- Pase la 3a. compresa enjabonada por entre el labio mayor y menor del otro lado.
- Retire el jabón con agua suficiente.
- Seque utilizando otra compresa.
- c. Abrir los paquetes de ropa e instrumentos
- d. Ayudar a vestir al médico: ate las cintas por detrás del cuello y la cintura.
- e. Pasar los materiales que el médico solicite.
- f. Aplicar la droga que ordene.
- g. Estar atenta al estado de la paciente
- h. Observar hora del nacimiento.
- i. Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido.

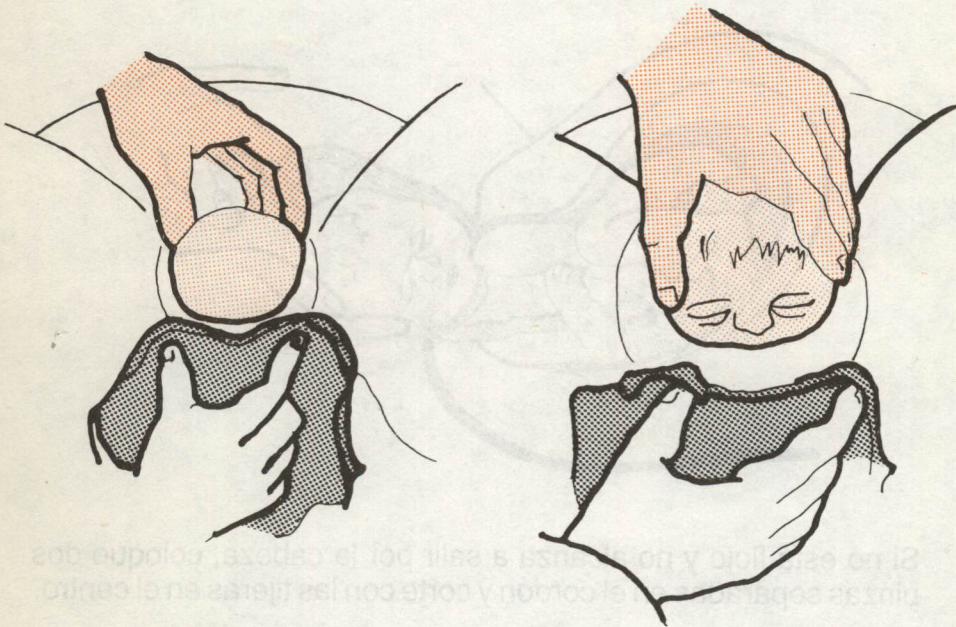
### **C. ALUMBRAMIENTO**

1. Observe la hora del alumbramiento.
  2. Acerque la cubeta para recibir la placenta y sosténgala para que el médico la revise.
  3. Aplique la droga que el médico ordene.
  4. Observe hemorragia y formación del globo de seguridad; sobre el globo de seguridad inicie con su mano movimientos circulares suaves y continuos.
- Controle TA y pulso.
  - Realice baño genital
  - Pase a la paciente de la mesa a la camilla, bajando del estribo las dos piernas al tiempo y realizar ejercicios pasivos (5 ó 10 veces) para activar la circulación y prevenir tromboflebitis (flexión y extensión).
  - Inmovilice a la paciente si está bajo efecto de anestesia general.
  - Registre en la historia clínica los datos correspondientes a los numerales E y F de la hoja de atención del parto y posparto inmediato. (SIS-404).
- NOTA: Dar primero C. inmediatos RN.

### III. TECNICA DE LA ATENCION INMINENTE DEL PARTO

#### A. LA ATENCION DEL PARTO

La atención del parto por parte suya se inicia de la siguiente manera:



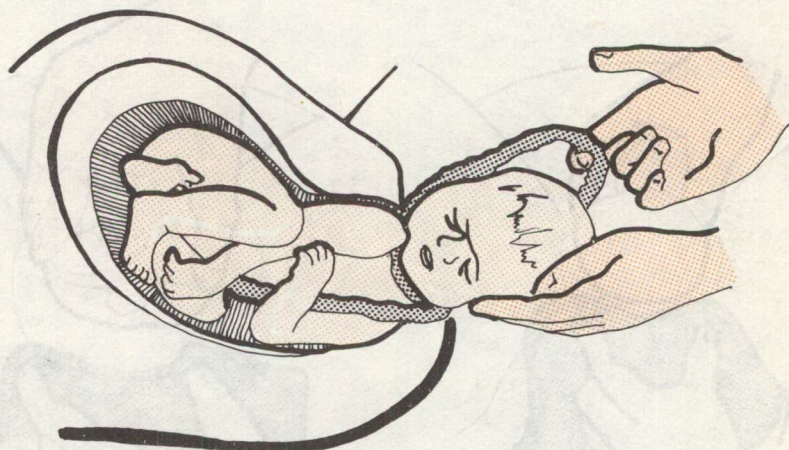
**1. Cuando la cabeza del niño empieza a salir haga lo siguiente**

a. Proteja el periné, haciendo presión con la mano como lo demuestra el dibujo. Debe cubrir su mano con un paño o pañal limpio. Empuje el periné hacia abajo, sobre la cara del niño a medida que ésta vaya saliendo con el fin de que el periné no se desgarre.

b. Con la otra mano guíe la cabeza del niño tratando de detenerla, para que no salga muy rápido, pues esto puede ocasionar desgarros en el periné. Una vez que haya salido la cabeza del niño, limpie rápidamente la boca y la nariz con un paño limpio para quitarle el moco o flemas con que sale el recién nacido y permitirle respirar mejor.

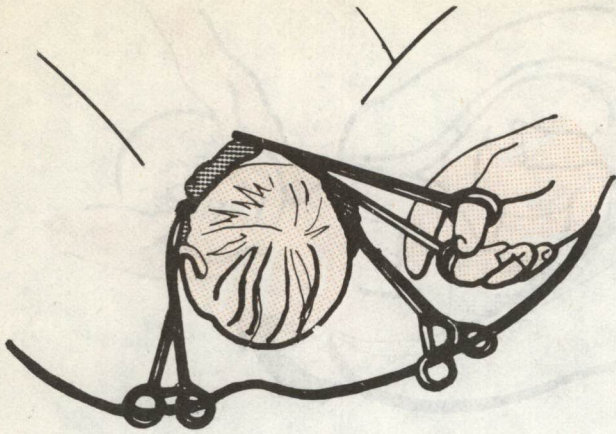
**2. Cuando haya salido la cabeza del recién nacido, haga lo siguiente**

a. En caso de encontrar el cordón umbilical enrollado en el cuello del niño, tómelo con las manos y si está flojo trate de sacarlo por la cabeza, como si estuviera sacándole un collar.

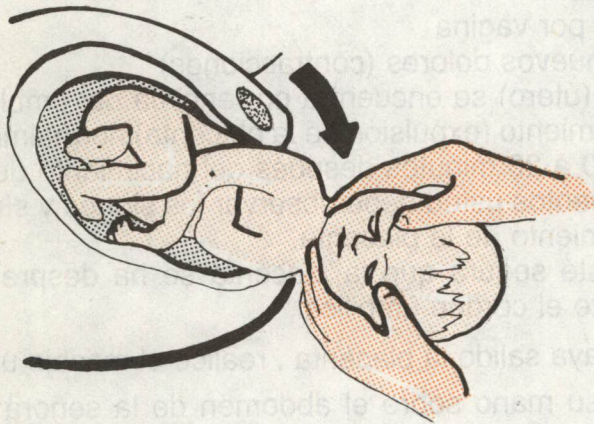


Si no está flojo y no alcanza a salir por la cabeza, coloque dos pinzas separadas en el cordón y corte con las tijeras en el centro.



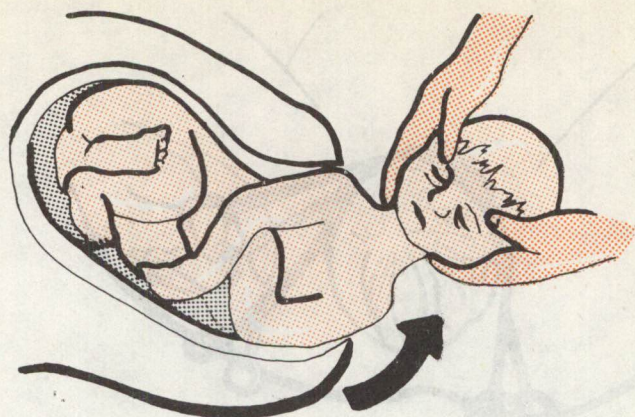


b. Ayude a sacar los hombros, cogiendo al niño por la cabeza con las dos manos, debe bajarle bien la cabeza suavemente hasta que salga el hombro que está contra el pubis de la madre (mire dibujo).



Luego suba la cabeza del niño para sacar el hombro que está hacia la parte del ano. El resto del cuerpo del niño sale fácilmente solo o jalándolo con suavidad.





## B. ATENCION DEL ALUMBRAMIENTO

Mientras usted estaba atendiendo al niño es muy probable que la placenta ya se haya desprendido (despegado del útero). Los siguientes síntomas le indican a usted que la placenta se ha desprendido:

- Sangrado por vagina
- Inicio de nuevos dolores (contracciones)
- La matriz (útero) se encuentra por encima del ombligo.

El alumbramiento (expulsión de la placenta) normalmente sucede entre 10 a 20 minutos después del nacimiento del niño. En estos momentos usted debe observar los signos y síntomas de desprendimiento de la placenta.

Cuando esté segura que la placenta se ha desprendido, tire suavemente el cordón umbilical.

Una vez haya salido la placenta, realice el masaje uterino así:

1. Ponga su mano sobre el abdomen de la señora: notará la presencia de una masa dura por debajo del ombligo que corresponde al útero (matriz).
2. Sobre esta masa inicie con su mano movimientos circulares permanentes y suaves; usted observará que la masa se va poniendo dura y la señora disminuirá el sangrado por vagina.

3. Enseñe este procedimiento a la señora para que lo siga realizando mientras usted se encarga del niño y recoge su material.



Masaje uterino después del alumbramiento

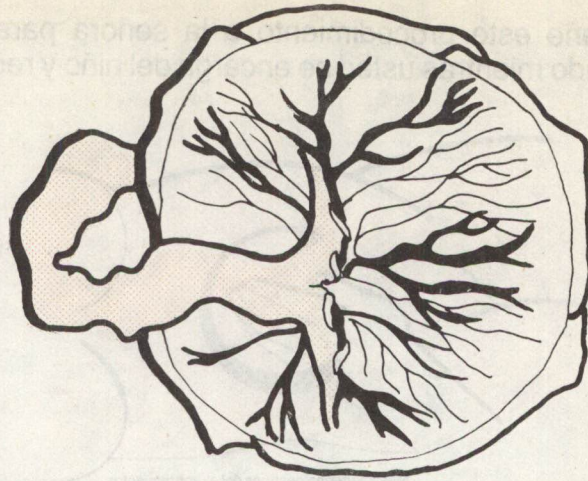
4. El procedimiento puede durar aproximadamente 15 minutos. Ahora revise la placenta; para esto colóquela sobre un papel periódico en una superficie plana de tal manera que la parte del cordón quede sobre el papel. Revise las membranas observando que estén completas, luego descubra la parte carnosa de la placenta y seque suavemente con un paño limpio observando que no sangre ninguna de las partes.

Si usted encuentra que sangra por alguna parte, es posible que haya quedado resto de la placenta dentro de la matriz; en este caso observe si la parturienta continúa sangrando en abundante cantidad con coágulos.

Si el sangrado es abundante remítala a consulta médica, envuelva la placenta en un papel o bolsa plástica y entiérrela.

Si después de 1/2 hora de haber nacido el niño, la placenta no se ha desprendido y al tirar el cordón usted nota que está dura, **no trate de sacarla a la fuerza tirando del cordón.**

En este caso deben envolver el cordón umbilical que queda por fuera en compresa o paño limpio y remita la madre al médico. La técnica descrita a realizarse en la atención del parto clasificado en bajo riesgo y el médico ha determinado su atención en el Centro de Salud: o en caso de parto inminente en ausencia de médico.



Para la atención del parto programado en el Centro de Salud o en la casa, debe prepararse el equipo mínimo necesario.

- 2 pinzas kelly rectas, esterilizadas.
- 1 tijera estéril
- Cinta para ligadura umbilical
- Una cubeta
- Pera para aspirar secreciones del recién nacido
- Alcohol yodado o alcohol
- Algodón
- Nitrato de plata al 1% o Gantrisin oftálmico
- Estetoscopio. Cinta métrica. Dinamómetro (peso) báscula.
- Compresas o paños limpios para el aseo genital y del bebé
- Calentadoras o jarra
- Jabón
- Caucho

## **IV. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS ESPECIALES**

Con el fin de determinar la evolución del parto, y de acortar, en caso necesario, el primero y segundo del período del parto el médico realiza procedimientos especiales.

Los procedimientos más frecuentes y las actividades de enfermería son:

- Tacto vaginal
- Amniotomía
- Inducción y conducción del parto
- Episiotomía y Episiorrafía
- Aplicación de Fórceps y espátulas
- Cesárea

### **A. TACTO VAGINAL**

#### **1. Concepto**

Lo realiza el médico al ingreso de la paciente y durante el trabajo de parto para determinar:

- Grado de dilatación y borramiento
- Estado de las membranas: rotas o íntegras
- Presentación: Cefálica o podálica

#### **2. Actividades de enfermería**

- a. Preparar equipo:
  - Guantes o guante derecho
  - Lubricante o solución desinfectante
  - Riñonera
- b. Realizar baño externo si es necesario
- c. Colocar a la paciente en posición ginecológica, explicarle el procedimiento y pedirle que afloje el cuerpo y respire profundo y lentamente con la boca abierta.
- d. Colocar lubricante o desinfectante en los dedos enguantados del médico, cuidando de no contaminarlo, en caso de lubricar con aceite o desinfectante sostener la riñonera debajo de la mano del médico para evitar que el exceso caiga al piso o a la cama.
- e. Limpiar la vulva con una compresa o realizar baño genital después del tacto.
- f. Anotar el procedimiento en la historia y el dato de dilatación y borramiento dado por el médico.

## **B. AMNIOTOMIA**

### **1. Concepto**

Es la rotura artificial de la membrana amnios que se realiza para acelerar el trabajo de parto, cuando el cuello tiene 7 o más cm., de dilatación. La salida del líquido permite el descenso de la cabeza fetal, disminuye el volumen del útero y aumenta la intensidad de la contracción.

### **2. Actividades de enfermería**

- a. Preparar el equipo:
  - Equipo para tacto vaginal
  - Pinza para amniotomía: media pinza de Allix estéril
  - Equipo para baño genital
- b. Colocar el plato, hacer orinar a la paciente
- c. Explicar el procedimiento: primero el médico hace el tacto vaginal, posteriormente durante una contracción rompe la membrana; el procedimiento no produce dolor.
- d. Pasar al médico la pinza de amniotomía.
- e. Observar las características del líquido: color, olor y cantidad, realizar aseo vulvar.
- f. Anotar el procedimiento en la historia.

g. Controlar contracciones y fetocardia cada media hora, el parto puede presentarse precipitadamente, no se debe levantar de la cama a la señora.



## C. INDUCCION Y CONDUCCION DEL PARTO

### 1. Concepto

a. **Inducción:** es la estimulación de la contractilidad uterina para iniciar el trabajo de parto por medio de un goteo con Pitocín o Syntocinón.

b. **Conducción:** o refuerzo: es el mejoramiento de las contracciones uterinas (intensidad, duración y frecuencia) una vez iniciado el trabajo de parto, por medio de un goteo con Pitocín o Syntocinón.

El Pitocín y el Syntocinón son hormonas (ocitócicas) natural la primera y sintética la segunda, cuya acción es estimular la contracción uterina. Se presenta en ampolletas de 1 cc. por 5 y 10 unidades.

Para aplicarla es necesario diluirla de tal manera que la dilución quede a razón de una unidad por centímetro cúbico.

c. **Dilución:** Pitocín o Syntocinón de 10 unidades por cc:

Diluir la ampolleta en 9 cc. de agua destilada.

Ampolleta 1 cc + 9 cc de A.D. = 10 cc

10 cc = unidades

1 cc = 1 unidad de Pitocín o Syntocinón.

Pitocín o Syntocinón de 5 unidades por cc.  
Diluir la ampolleta en 4 cc de agua destilada  
Ampolleta 1 cc + 4 cc = 5 cc 5 cc = 5 unidades  
1 cc = 1 unidad de Pitocín o Syntocinón.

d. **Riesgos:** El Pitocín y el Syntocinón aplicado en dosis altas (más de 5 unidades) o a goteo rápido (más 25 gotas por minuto) puede producir contracciones de más de 1 minuto de duración, muy intensas y frecuencia de menos de 2 minutos, lo cual provoca sufrimiento y muerte fetal y ruptura uterina.

## 2. Actividades de enfermería

- a. Verificar la orden médica
- b. Diluir el medicamento: Pitocín o Syntocinón
- c. Aplicar la venoclisis. Regular goteo según la orden médica o de 12 a 15 gotas por minuto si no está especificado el goteo.
- d. Agregar la dosis exacta del medicamento al recipiente 2-ó 3 cc para aplicar 1, 2 ó 3 unidades.
- e. Rotular el frasco.
  - Medicamento y dosis
  - Número de gotas
  - Fecha y hora de aplicación
- f. Controlar contracciones cada 30 minutos. Disminuir goteo y avisar si la duración es mayor de 60 segundos y la frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos.
- g. Controlar fetocardia cada 30 minutos. Disminuir goteo y avisar si los latidos están por debajo de 120 o por encima de 160 por minuto.
- h. Revisar continuamente el goteo.

NOTA: En caso de agregar el medicamento antes de aplicar la venoclisis, abrir el goteo muy lentamente y luego regular el goteo, con el fin de evitar el estímulo intenso al iniciar la entrada de la mezcla.

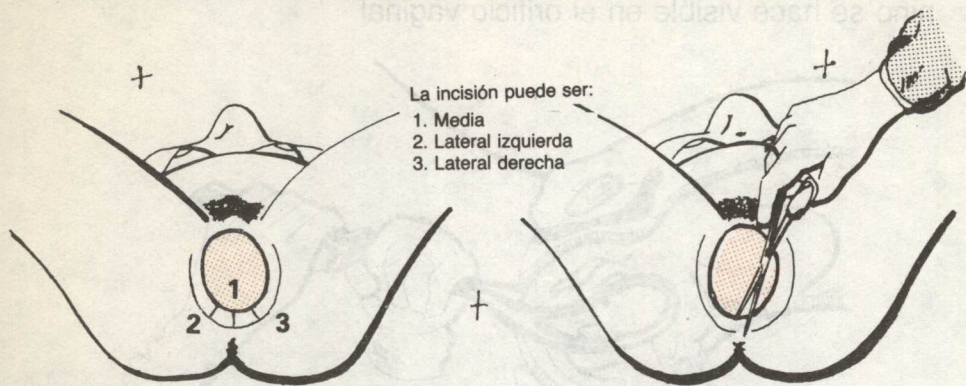
## D. EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA

### 1. Concepto

a. **Episiotomía:** Es un procedimiento médico que consiste en la incisión del periné para ampliar el orificio vaginal, permitir la



salida de la cabeza fetal y evitar desgarros, en el primero y algunos veces segundo parto.



b. **Episiorrafía:** Es la reconstrucción o sutura de los tejidos perineales, que se realiza, bajo anestesia local o general, con catgut cromado.

## 2. Actividades de enfermería

a. Preparar equipo

- Tijera de episiotomía y tijera de material
- Pinzas de disección con garra y sin garra
- Porta agujas
- Aguja de sutura, curva
- Catgut. Cromado
- Jeringas y agujas hipodérmicas para anestesia local
- Anestesia local
- Gasas, compresas

b. Realizar baño obstétrico

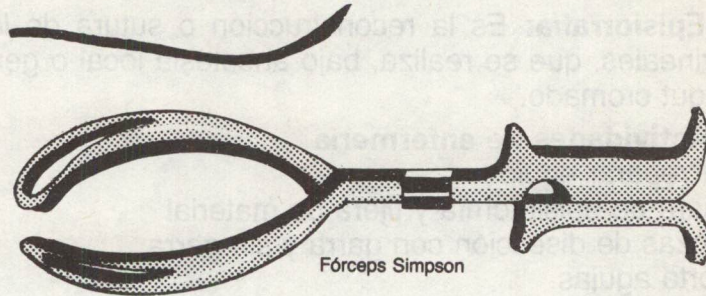
c. Circular en el procedimiento

## E. APLICACION DE FORCEPS Y ESPATULAS

### 1. Concepto

Los Fórceps y espátulas son instrumentos usados por el médico para liberar el feto; aplicándolo al feto y ejerciendo tracción; cada Fórceps tiene una rama derecha y una rama izquierda. Hay varios tipos de Fórceps.

Las espátulas son más cortas, se aplican cuando la cabeza del niño se hace visible en el orificio vaginal.



## 2. Actividades de enfermería

- Passar, con técnica aséptica, los Fórceps cuando el médico lo solicite.
- Lubricar con aceite o xilocaína, jalea.

## C. CESAREA

### 1. Concepto

Es la extracción del feto y anexos fetales por medio de una incisión en la pared abdominal y porción inferior del útero de la paciente, bajo anestesia raquídea.

Las principales causas de cesárea son:

- Trabajo de parto prolongado
- Desproporción céfalo-pélvica: Los diámetros de la cabeza

fetal son mayores que los diámetros de la pelvis materna.

c. Presentación de pelvis y presentaciones anormales (transversa)

d. Placenta previa

e. Desprendimiento prematuro de placenta

f. Embarazo múltiple: Más de un feto

g. Sufrimiento fetal

h. Cesárea anterior

i. Primigrávida añosa (más de 28 años)

j. Toxemia

k. Diabetes

## 2. Actividades de enfermería

a. Cuidados pre-operatorios

-Generales

-Cateterismo vesical: Pasar al quirófano con sonda vesical para evitar lesión accidental de la vejiga.

-Aplicar medicación pre-anestésica

-Apoyo emocional: Como no se administran barbitúricos la madre está alerta, nerviosa, aprensiva; por esta razón se debe permanecer con ella, brindarle apoyo, ánimo y comprensión.

b. Cuidados post-operatorios

-Generales

-Cuidados específicos del post-parto

