

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

GUIA PARA EL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL
EQUIPO ROJO EN UN SERVICIO
DE TOCOQUIRURGICA.

19/12/77

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ENFERMERA GENERAL

PRESENTAN:

MA. GUADALUPE GIRON LOPEZ

MARTHA PEREZ TOVAR

QUERÉTARO, QRO., 1982.

GUIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO
DEL EQUIPO ROJO EN UN SERVICIO
DE TOCO QUIRURGICA.

I N D I C E

D E D I C A T O R I A S

I.- INTRODUCCION	1
II.- OBJETIVO TERMINAL	2
III.- MARCO REFERENCIAL	3
3.1 CONCEPTUALIZACION	
- Obstetricia	
- Parto	
- Distocia	
- Equipo Rojo	
IV.- MARCO TEORICO	4
CLASIFICACION DE DISTOCIAS	
4.1 CAUSAS MATERNO FETALES	
- Ruptura Uterina	
4.2 CAUSAS MATERNAS	
- Anomalias en las fuerzas expulsivas	
- Inercia uterina primaria	
- Inercia uterina secundaria	
- Estreches pélvica	
- Embarazo ectópico	
4.3 CAUSAS FETALES:	
- Por posición del feto	
- Anomalias genrales del feto	
4.4 CESAREA	

V.- MARCO DESCRIPTIVO - - - - -	16
5.1 EQUIPO ROJO PARA AREA TOCO-QUIRURGICA	
- Instrumental y material	
- Medicamentos	
5.2 GUIA PARA PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL EQUIPO ROJO.	
- Ruptura uterina	
- Inercia uterina primaria	
- Inercia uterina secundaria	
- Distocia por presentación occipital posterior - del feto.	
- Embarazo ectópico	
VI.- GLOSARIO DE TERMINOS - - - - -	62
VII.- BIBLIOGRAFIA - - - - -	63

D E D I C A T O R I A S

PARA NUESTRA MAESTRA Y ASESORA
Enfermera. Ana Maria Olvera Cazares
con nuestro profundo agradecimiento.

MUCHAS GRACIAS.

A MIS PADRES

Con los lazos de amor que perduran en el tiempo,
con mi gratitud recordada.

PARA MI MADRE

Muy especialmente por su amor y dedicación.

PARA
MIS
TRES
AMORES

Fernando, sarai y Aurora.

A MI PADRE

Yo te bendigo padre
¡Bendigate el humilde a quien socorras;
¡Bendigate al nombrarte tus amigos;
¡Bendigate los siervos de tu casa;
¡Los complacidos deudos te bendigan;
¡te de la tierra bendición en flores.
y el tiempo en copia de apacibles días;
y el mar se aquiete para bendecirte;
y el dolor se eche atrás y te bendiga.

Y A TI MADRE MIA

TU LA QUE ME COLMAS DE BENDICIONES DE
NOCHE Y DE DIA .
YO TU HIJA TE BENDIGO Y QUIERO QUE -
CONMIGO DIOS Y EL CIELO Y LA TIERRA '
TE BENDIGAN.

A MIS PEQUEÑITOS

ISRAEL Y JACOB dos angelles hermosos que embellecen mi hogar con sus cariños.

Se entretienen con juegos tan humanos que parecen personas desde niños.

¡Oh, inocencia , niñez dichosa, amo sus gozces, busco sus cariños;

¡cómo han de ser los sueños de los hombres' mas dulces que los sueños de los niños;

¡Oh mis hijos; no quiera la fortuna turbar jamas vuestra inocente calma,

no dejais esa espada ni esa cuna:

¡cuando son de verdad matan el alma; .

A MI ESPOSO

Gracias por tu confianza y comprensión que siempre me has brindado para el logro de mi meta.

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N

Hemos elegido este tema ya que se ha visto en nuestro medio que en un gran porcentaje de las mujeres embarazadas no acuden a control prenatal, lo que da como consecuencia, anomalías descubiertas en edad avanzada del embarazo, o en período de parto; presentando complicaciones inesperadas.

Es aquí donde la enfermera profesional, auxiliar y estudiante de enfermería deberán estar capacitadas para percibir necesidades y aplicar los cuidados inherentes y adecuados en esos casos de urgencias.

De lo anterior se desprende la necesidad de unificar criterios operativos en la utilización de técnicas y procedimientos generados por casos de urgencia mediante el uso adecuado del equipo y material contenido en un "Equipo Rojo".

La presente recopilación de procedimientos basados en principios pretende proporcionar al personal de enfermería un medio de consulta sencillo y accesible para los diversos niveles de preparación.

C A P I T U L O I I

O B J E T I W
BIBLIOTECA CENTRAL

Con el presente trabajo hemos querido proporcionar a la estudiante de enfermería y enfermera profesional una - guía gráfica y narrativa que permita modificar o reafir- mar sus aptitudes operativas, en el área de tocoquirur- gica, mediante el uso del Equipo Rojo en los casos de ' urgencia. Pues hemos visto que de la asistencia medica y de enfermería inmediata depende la vida de la madre y del producto.

Deseamos que el presente tema que les planteamos, sirva como guía en los casos descriptivos.

El objeto de nuestro estudio es poder realizarnos como ' enfermeras tituladas, sabiendo que es el anhelo de toda estudiante de Enfermería, y en nuestro trabajo poder - alcanzar la superación y desenvolvemos en la vida como profesionistas universitarias.

III.- M A R C O R E F E R E N C I A L

3.1.- C O N C E P T U A L I Z A C I O N

OBSTETRICIA

DEFINICION.- Es la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus escuelas, por lo tanto le consiernen sobre todos los fenómenos y el trata - miento del embarazo, parto y puerperio tanto en circunstancias normales como anormales.

PARTO

DEFINICION.- Es un conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un ' feto viable y sus anexos.

El parto se divide en:

- Parto eutósico o fisiológico.
- Parto distósico o Parto anormal por causas mater - nas o fetales.

DISTOCIAS

Se entiende por distocias toda dificultad que altere ' o imposibilite los factores del trabajo de parto para su realización normal y natural.

EQUIPO ROJO

Conjunto de recursos, ya sea de instrumental médico ' o fármacos necesarios para resolver urgencias cardio-respiratorios.

IV.- M A R C O T E O R I C O

C L A S I F I C A C I O N D E D I S T O C I A S

IV.- CLASIFICACION DE DISTOCIAS

LAS DISTOCIAS SE CLASIFICAN EN MATERNAS Y FETALES

4.1 a) Causas Materno Fetales

Ruptura uterina

Tamaño exesivo del feto

4.2 b) Causas Maternas

Anomalias de las fuerzas expulsivas

Inercia uterina primaria

Inercia uterina secundaria

Estreches pelvica

Embarazo etópico

4.3 c) Causas Fetales

Por posición del feto

Anomalias generales del feto

4.4 d) Cesarea

4.1.- ROTURA UTERINA

Frecuencia.- La ruptura del útero de cualquier grado ocurre en quizás una de cada 2000 embarazadas. Mientras la frecuencia de roturas uterinas por todas las causas probablemente no ha disminuido en forma importante, la etiología de la rotura ha cambiado de manera apreciable y el pronóstico ha mejorado notablemente.

ETIOLOGIA.-

La causa más frecuente es una cesarea previa y luego la que les sigue es probablemente la estimulación del parto mediante la ocitocina, además parto con forceps difícil y extracción de nalgas, o por posiciones anormales del feto.

MANIFESTACIONES CLINICAS.-

Los signos y síntomas dependen de la magnitud de la rotura del período del parto en que ocurre y de la causa predisponente.

ROTURA DEL UTERO DURANTE EL PARTO.-

Puede ser traumática o espontánea la rotura de la matriz, es probable en la multiparas.

Los signos de amenaza de ruptura inminente son bastante constante; las contracciones uterinas se tornan casi continuas pero el feto no desciende; la mujer se queja de dolor y está muy intranquila; parece tener llena la vejiga pero no puede orinar y la sensación de plenitud no desaparece con el sondeo, el útero presenta dolor exquisito sobre todo inmediatamente por arriba de la sínfisis púbica. El pulso es rápido, y por lo general hay algo de fiebre.

ROTURA AGUDA.

Como regla general poco después de una rotura completa la paciente presenta signos y síntomas de choque, el pulso se acelera, la cara se torna pálida hundida y cubierta de sudor. Una hemorragia masiva va seguida a veces de escalofríos, alteraciones de la visión, insuficiencia respiratoria y eventualmente inconciencia.

TRATAMIENTO MEDICO.

Hacer preparativos inmediatos mediante la aplicación de soluciones, sangre y plasma (previas pruebas cruzadas), para combatir el estado de choque.

Tanto si el feto está vivo como si está muerto, tanto si permanece dentro del útero roto, como si ha escapado a la cavidad abdominal, no hay que realizar intento de extraerlo por vía vaginal; sino que se practicará de inmediato laparatomía exploradora. Después de la extracción del niño podrá realizarse los procedimientos operatorios necesarios ya que por lo general es necesaria la histerectomía.

DISTOCIA CAUSADA POR TAMAÑO EXCESIVO DEL FETO.

El tamaño excesivo del feto puede tener varias causas. Si la gestión se prolonga más de 260 días, padres de gran talla, fetos de madre diabética.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El crecimiento excesivo del feto, en sí mismo no origina síntomas.

La dificultad del parto de fetos grandes no proviene solo de su tamaño, sino también de que los huesos del cráneo suelen ser duros y no se amoldan. En general la expulsión de los hombros es aun más difícil que la de la cabeza, y suele fracturarse las clavículas durante el parto.

TRATAMIENTO MEDICO.

Cuando está comprobada la posmadurez y el niño de volumen excesivo origina desproporción fetopélvica el método de elección es la cesárea.

4.2.- CAUSAS MATERNAS.

DISTOCIAS POR ANORMALIDAD DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS.

Clínicamente el parto se caracteriza por contracciones uterinas progresivas; al pasar el tiempo, aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Cuando se comprueba que ha comenzado el parto verdadero, pero cuando las contracciones del útero se vuelven perezosas, débiles e ineficaces se dice que hay inercia uterina.

INERCIA UTERINA PRIMARIA.

Es cuando las contracciones son débiles y escasas desde el comienzo del parto.

ETIOLOGIA.-

Poco se sabe sobre la causa de la inercia, aunque se acepta en general que proviene de debilidad muscular e inervación defectuosa del útero. También la ocasiona los trastornos emotivos como el temor, la ansiedad intensa.

TRATAMIENTO.-

Generalmente se administran ocitósicos como el sintosín en solución gluc. de 250ml. ó 500 ml. con 5 U y se pasa de 15 a 25 gotas por minuto y se gradua de acuerdo a la intensidad, la frecuencia, duración de las contracciones uterinas (estas dosis pueden ser variables de acuerdo al criterio del obstetra).

INERCIA UTERINA SECUNDARIA

La inercia uterina secundaria puede presentarse en el segundo período del parto y entre sus causas se encuentran estas: Posición oblicua del útero, abdomen colgante, obesidad; tumores uterinos (fibronas) y distensión intestinal o vesical también son factores casuales la nerviosidad, el temor y la pérdida del autocontrol.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El feto no desciende y el cuello uterino no se dilata. Después de horas y horas de esfuerzo la paciente está cansada física y psíquicamente; las contracciones suscitadas al colocar una mano sobre el abdomen y siguiendo el contorno del útero se tornan más y más débiles y finalmente cesan.

TRATAMIENTO.-

Se utiliza la administración de sedantes adecuados, como la combinación de demerol y escopolamina, que suele producir sueño y disminuye la tentación y la ansiedad. Además administración de enemas evacuantes cada ocho horas para disminuir la distensión intestinal.

Evitar la excesiva distensión vesical mediante evacuación de vejiga.

Si persiste la inercia suele recurrirse a la extracción operatoria.

DISTOCIA PROVOCADA POR ESTENOSIS DE LA PELVIS.

Cualquier reducción de los diámetros pélvicos que reduzca - la capacidad pélvica puede provocar una distocia durante el parto.

Una presentación de nalgas, en casos de deformidad pélvica moderada ha de considerarse como una complicación especialmente desfavorable para el feto, porque en las etapas iniciales del parto es más fácil que se le prolapse el cordón y en las etapas tardías, se encontrará una dificultad considerable para extraer la cabeza; el resultado de esto es con frecuencia la muerte fetal o por lo menos una lesión grave.

TRATAMIENTO MEDICO

Sobre la base anterior no es posible anticipar un parto seguro ni para la madre ni para el feto.

Hay que realizar una operación cesárea, en casos de reducción pélvica evidente.

BIBLIOTECA CENTRAL

EMBARAZO ECTOPICO O EXTRAUTERINO

Concepto.- Significa fuera de lugar o fuera del útero y se instala principalmente en las trompas de falopio en cualquiera de sus cuatro partes.

ETIOLOGIA.-

Se debe a problemas en las trompas, como la endosalpingitis por anomalías congénitas o traumáticas.

Otras causas son los tumores y pelviperitonitis.

MANIFESTACIONES CLINICAS.-

Se divide en tres partes:

-En el momento en que existe el embarazo tubárico.

-Cuando hay ruptura de la trompa.

-Cuadro posterior a la ruptura.

- 1.- En el momento que existe el embarazo tubárico hay amenorrea, manchas sanguinolentas, dolor en bajo vientre, relación sexual dolorosa y somnolencia.
- 2.- Cuando hay ruptura de la trompa la sintomatología va a ser crítica, hay dolor intenso en cualquiera de las iliacas, se palpa una masa sanguinolenta interna (heri peritoneo) hay vientre agudo por la resistencia muscular, fiebre de 38 a 40^o, leucocitosis, signos de anemia aguda, pulso filiforme, palidez hiperalgesia vaginal (dolor al tacto vaginal) sudoración y estado de choque.
- 3.- Posterior a la ruptura después de haberse roto hay sangrado pero no intenso, dolor escaso, se organiza la hemorragia y se localiza en un solo lugar el útero está un poco crecido y se palpa un tumor, la hiperalgesia no es clara al tacto vaginal.

4.3.- CAUSAS FETALES

DISTOCIAS POR POSICION DEL FETO.

Probablemente la causa fetal más común de distocia sea la Posición Occipital posterior, se estima que ocurre en 40' a 50% de los casos.

Puede ser difícil precisar las causas de la posición posterior pero los factores etiológicos son:

- 1.- Deflección de la cabeza por desproporción pélvica.
- 2.- Cabeza pequeña de un feto prematuro o cabeza grande de un feto posmaduro.
- 3.- Contracciones uterinas débiles.
- 4.- Suelo pélvico relajado que no presenta resistencia a la cabeza para completar la rotación anterior del occipucio.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Puede sospecharse de posición occipital posterior a estas circunstancias:

- 1.- La mayor parte de los dolores aparecen en la espalda, lo que produce dorsalgia continua.
- 2.- Dolores frecuentes y de duración irregular.
- 3.- Totura prematura de membranas.
- 4.- La parte que se presenta permanece alta hasta avanzado el parto. (Por medio de la palpación las pequeñas partes, piernas y brazos del feto se tocan en el frente)

TRATAMIENTO MEDICO

Quando hay posición occipital posterior persistente (no gira y no se convierte en anterior). Será necesario que el médico emprenda métodos operativos, eligirá el procedimiento

4.4.- CESAREA.

Puede definirse como una operación obstétrica que se utiliza para extraer el feto vivo de la cavidad uterina; por medio de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.

INDICACIONES.-

Las indicaciones para la práctica de la operación cesárea son:

Cuando se presentan complicaciones maternas o fetales.

Las dos indicaciones más frecuentes de partos mediante operación cesárea son:

En las nulíparas.- La distocia son son sospecha de desproporción cefalopélvica y la hipertensión inducida por el embarazo. Al mismo tiempo aquellas anomalías que son más frecuentes en las nulíparas; como la posición transversa del feto y la placenta previa, además partos prolongados e inercia uterina.

CONTRACCIONES.-

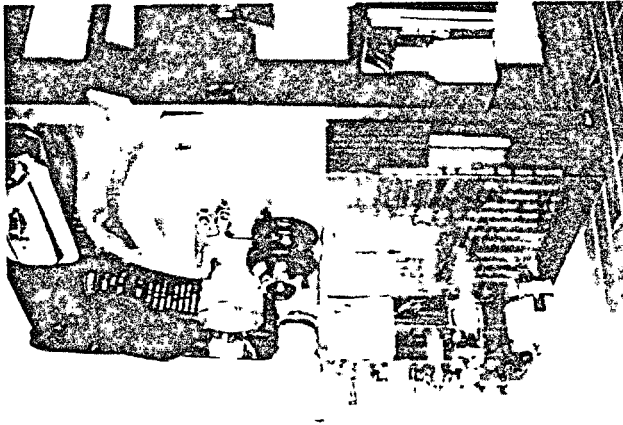
Virtualmente no hay ninguna contraindicación siempre que -- elija la intervención adecuada, no obstante la cesárea se indica con menos frecuencia si el feto está muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir.

PRONOSTICO.-

En manos competentes la mortalidad materna a consecuencia de la operación cesárea es el dos por mil.

TRATAMIENTO.-

Se le proporciona cuidados pre, tran y posoperatorios.



0208 061 007

V.- MARCO TEORICO DESCRIPTIVO

5.1 EQUIPO ROJO PARA AREA TOCOQUIRURGICA

5.1 EQUIPO ROJO UTILIZADO EN EL AREA DE TOCOQUIRURGICA

INSTRUMENTAL Y MATERIAL

- 1.- Laringoscopio con diferentes mangos 1, 2, 3,
- 2.- Cánulas de gudel de difentes números 1, 2, 3, 4, 5.
- 3.- Sondas endotraqueales con o sin globo números 10, 12,14, 32, 34, 36.
- 4.- Adaptadores metálicos 4, 5, 6, 10.
- 5.- Conectores de plástico
- 6.- Sondas nelaton de diferntes números 8, 10, 12, 14, 16, - 18.
- 7.- Sendas del 0-00-000.
- 8.- Jeringas de diferentes capacidades: 5ml. 10ml. 20ml.
- 9.- Respirador manual adulto.
10. Pana de acero inoxidable con tijeras y hojas de bisturí

MEDICAMENTOS CON LOS QUE DEBE CONTAR EL EQUIPO ROJO.

Generalmente estos medicamentos vienen en presentación de frascos ampula, para administración parenteral.

ADRENERGICOS

Isoprenalina

Adrenalina ,

CORTICOESTEROIDES

Hidrocortizona

Dexametazona

ESTIMULANTES RESPIRATORIOS

Doxpram

TRANQUILIZANTES ANCIOLITICOS

Diazepan

Cloropromacina

ANTIARRITMICOS

Lidocaina

DIURETICOS.

Furosamide.

ANTIINFLAMATORIOS.

HIDROCORTIZONA.

ANTIHIPERTENSIVO

Reserpina

DIGITALICOS

Digoxina

Lanatocido "C"

ANTIHEPILEPTICOS

Fenobarbital sódico

SOLUCIONES HIDROELECTROLITICAS

Bicarbonato de sodio

Calcio al 20%

Cloruro de Sodio

Glucosa al 50%

Substitutos del plasma

Dextran

Albúmina humana

5.2 GUIA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA
EN EL MANEJO DEL EQUIPO ROJO.

DISTOCIA MATERNA FETAL

PATOLOGIA.- RUPTURA UTERINA

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	INDICACIONES	DOSIS	VIA DE ADMON.	EFFECTOS SECUN CONTRAINDICA
Solución glucosada al 5 %.	Fco. ampula de 250 ml.- con 12.5 mg. de dextro- sa de 500 ml. con 25 gs de glucosa 1000 ml. con 50 gs. de glucosa.	Cuando sea necesario administrar agua li- bre de sodio, deshi- dratación hipertóni- ca.	Segun nece- sidades de- la paciente	Intravenosa.	No aplicarse tes con edem y en estado
Solución Hatman - contiene: sodio -- 130 mEq. Calcio - 3 mEq. Potasio- 4 mEq. Cloro -109mEq. Lactato- 28mEq.	Fco. ampula de 500 ml.- y 1000 ml.	En deshidratación - isotónica y acidosis moderada.	Según nece- sidades de- la paciente edad, peso- corporal y- condición - renal.	Intravenosa.	Su exceso pr pulmonar en tos cardiovas renales.
Cloruro de sodio - al 0.9% de 1000 ml Sodio - 154 mEq. Cloro - 154 mEq. Agua - 100 ml.	Fco. ampula de 1000 ml. 0.9 %. 500 ml. al 0.9% 250 ml. al 0.9%	Nehidratación. Hiponerancia renal.	Según nece- sidades pa- ra corregir hidroelec - trolitos.	Intravenosa.	Acidos hipe Contraindic Edema de d logía. Insu renal aguda sión ante

DISTOCIA MATERNO FETAL

PATOLOGIA.- RUPTURA UTERINA
 TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	INDICACIONES	DOSES	VIA. DE ADMON.	EFFECTOS SE CONTRAINDI
CLOPHIDRATO DE MEPE- RIDINA (Patidina). Droga sintética mor- fina, es una droga - hipnoanalgésica.	Ampulas de 2 ml. - equivalente a 100- mgs.	En obstetricia se - utiliza frecuentem- ente como analgési- co potente ya que no perjudica ni a - la madre ni al pro- ducto.	100 mgs.	Intravenosa o Intramuscular.	Puede causar
Sangre completa con- tiene sustancias or- gánicas e inorgánic- as. Las primeras - las más importantes- son: las proteínas - de las segundas los- son los electrolitos	Bolsa de plástico- esterilizada con - anticuagulantes de 500 y de 1000 U.	La hemorragia es la indicación más evi- dente con pérdida - mayor de 35% del vo- lumen circulante. - En ruptura uterina, embarazo ectópico, - traumatismos graves anemia hipocrónica- y crónica.	En hemorra- gia aguda - con estado- de choque - no pueden - darse dosis rígidas, - guiarse por los datos - clínicos - tensión ar- terial, pul- so (PVC).	Intravenosa Exclusivamente	Puede causar temperatura o traindicacion No administrar con concentr normal, ni de via interven ca.
Dextran. Es un expan- sor del plasma quími-	Fco. ampula de 500 ml. inyección de -	Trombosis mesentéri- ca infarto del mio-	500 ml. cada 4 u 8 hrs. - No adminis -	Intravenosa	No aplicar e renal o card tas con defi

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.

TRANSFUSION SANGUINEA

CONCEPTO.- Es la introducción de sangre o plasma al torrente circulatorio a través de la vena.

PRINCIPIO.-

El torrente circulatorio constituye un buen vehículo para el trasplante de sangre que pierda el organismo.

EQUIPO Y MATERIAL.-

Charola con: sangre indicada etiquetada con lo siguiente:
Nombre del paciente, número de cama, tipo de sangre y RH, - la fecha y número del donador (comparar datos con el laboratorio), hora de inicio de la trasfusión, las gotas por minuto iniciales de la enfermera, equipo de trasfusión con punsocat grueso (calibre 18 ó 22) recipiente con torundas en alcohol, ligadura, tela adhesiva.

TECNICA.-

Preparar con técnica aséptica (en cuarto clínico)

- 1.- Instalar el equipo de trasfusión a la bolsa de sangre.
- 2.- Purgar el aire del tubo.
- 3.- Cerrar la llave registradora.
- 4.- Trasladar equipo a la unidad del paciente.
- 5.- Colocar bolsa en el portasuero.
- 6.- Seguir el procedimiento igual que para la vía intravenosa.
- 7.- Insertar el tubo del equipo de trasfusión al punsocat.
- 8.- Fijar con tela adhesiva y mantenerla permeable.
- 9.- Graduar el goteo según indicaciones médicas.

- 10.- Observar reacciones de la trasfusión.
- 11.- Dar comodidad al paciente.
- 12.- Reportar cualquier anomalía al médico
- 13.- Hacer anotaciones correspondientes en hoja de enfermeria.

PRESSION VENOSA CENTRAL(PVC)

Debe considerarse atentamente el estado del aparato cardiovascular en términos de la rapidez con que deben administrarse los líquidos, la frecuente observación de la presión venosa central será valiosa para determinar el progreso del tratamiento y el grado de amenaza de la insuficiencia cardíaca.

CONCEPTO.- La presión venosa central es la presión de la sangre en la aurícula derecha o la vena cava.

Nos sirve para distinguir las relaciones entre las variables hemodinámicas en el choque, el retorno venoso la calidad de la impulsión y el tono vascular, es una guía básica en el tratamiento del estado de choque.

La presión venosa central: la normal es de 0 a 4 cm. de la aurícula derecha y de 6 a 12 cm. de agua en la vena cava, con el punto de referencia en la línea media axilar. Una lectura aislada de la (PVC) es de poco valor a más de que sea extraordinariamente alta o baja.

PROCEDIMIENTO PARA LA PVC.

- 1.- Efectuamos la medición gracias a un cateter de 1.5 mm. de diámetro interno, o como mínimo siempre mayor de 1mm. la longitud del cateter depende de la vía venosa elegida
- 2.- Existen naturalmente equipos preparados para su uso inmediato con su columna de agua cerrada en su extremo superior por un filtro de aire, llave de tres vías en su extremo inferior y una alargada conexión con el cateter. El tubo procedente del frasco de perfusión, se conecta a la tercera vía de la llave.

Algunos de estos dispositivos van provistos de una regla graduada que se coloca en el mismo portasu ros y a un nivel de agua articulado que nos permita eterminar con precisión en el nivel del dispositivo en relación al enfermo.

- 3.- Podemos finalmente fabricar de modo fácil un nivel de agua con un tubo de 1 2 cm. cerrado sobre sí mismo -- por medio de un conector lleno hasta la mitad con un líquido. Con este dispositivo podemos proyectar a distancia y de forma viable el nivel estimado de la aurícula derecha.

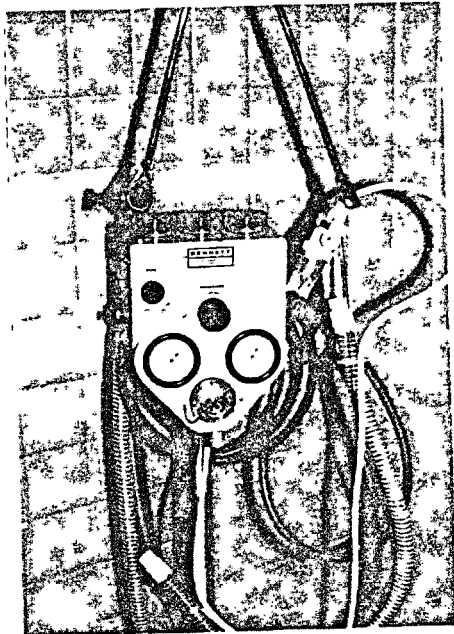
TECNICA DE MEDICION:

Una vez colocado el catater comprobamos los criterios que indican su posición central.

- 1.- Un reflujo de sangre obtenido sin ninguna resistencia al aspirar suavemente con la jeringa. Si hay dificultad en el retroceso de la sangre, retiramos lentamente el catater de uno a dos cm.
- 2.- Conectando el catater al dispositivo de medida de la PVC, con la columna de agua llena, observamos una rápida caída del nivel en cuando establescamos la comunicación con el catater.
- 3.- Colocado para perfusión, el liquido debe circular de forma rápida.
- 4.- El nivel de la columna de agua debe oscilar de forma sincronizada con la respiración del enfermo unos 0.5' a 1 cm. de altura, con caída durante la respiración y elevación durante la espiración.

APARATOS ELECTRO-MEDICOS

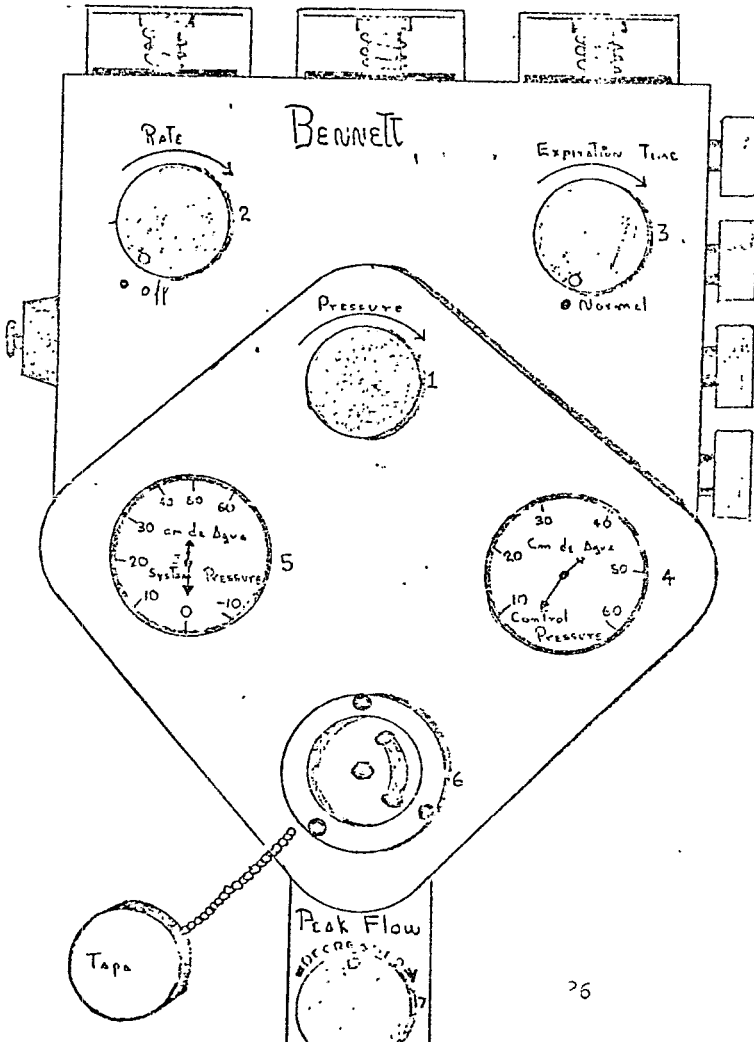
B E N N E T T



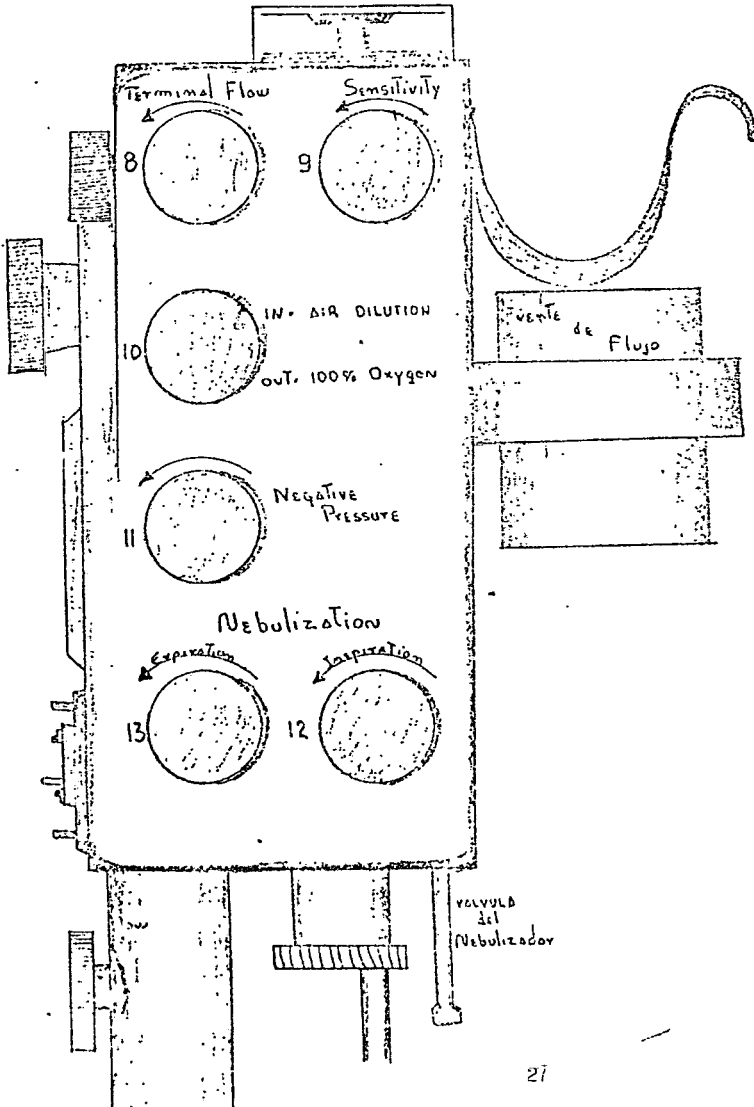
de gran utilidad en el estado de coma.
Sirve para llevar un control de la inspi-
raciones y exspiraciones.

BENNETT.- Sirve para el control de nebulización de la inspiración y expiración.

- 1.- En la inspiración, controla la humedad del gas inspirado y medicamentos.
- 2.- La expiración, hace que la expiración se nubulize permitiendo con esto tener cargado el sistema de tubos - con una ligera niebla para el inicio de la inspiración.



FUNCIONAMIENTO DEL BENNETT.

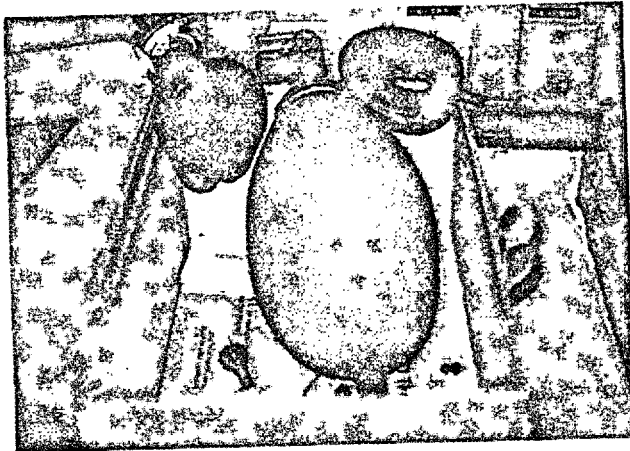


B E N N E T T

Su presión de trabajo es de 3.5 a 4.2 Kgs/cm² (50 a 60 lbs/pulg²).

- 1.- CONTROL DE PRESION (pressure) permite controlar la presión de trabajo del equipo y es leída en el manómetro de control de presión, ésta se incrementa girando en el sentido de la flecha indicadora (increase) (normal de 15-25) y va de un rango de 4-45 cm/agua.
- 2.- CONTROL DE RITMOS (Rate) Ritmos de ciclos controlados, ajustado y calibrado desde off hasta 50 ciclos por minutos, se gira a la derecha.
- 3.- CONTROL DE TIEMPO EXPIRATORIO (Expiration Time) se usa para modificar el ajuste de control de tiempo y aumentar la duración de la expiración, se ajusta de normal a la derecha.
- 4.- MANOMETRO PARA CONTROL DE LA PRESION. Indica la presión seleccionada por el control de presión, que es la existente en el circuito maestro de respiración señala presiones de 0 a 60 cm/agua.
- 5.- MANOMETRO DE PRESION DE SISTEMA. Indica la presión en el circuito maestro de respiración y en la boca, nos indica necesariamente la presión pulmonar, la aguja oscilará de 0 a la presión establecida.
- 6.- VALVULA PRINCIPAL BENNETT. Una valvula sensible al flujo inspiratorio del paciente, pues con un ligero esfuerzo se abre y se cierra automáticamente cuando el flujo desciende a un límite reducido.

- 7.- CONTROL DE FLUJO MAXIMO. (Peak Flow) Afloja el 'flujo' máximo instantáneo para un llenado más rápido o más lento de los pulmones y un aumento más lento o más rápido de la presión del circuito, siendo proporcional' también la fase exvicatorio, se controla de normal hacia la derecha.
- 8.- CONTROL DE FLUJO TERMINAL. (Terminal Flow) Se emplea para compensar fugas del circuito maestro de respiración o un flujo muy reducido del nebulizador. Se controla de normal hacia la izquierda.
- 9.- CONTROL DE SENSIBILIDAD. (Sensivity) Ajusta la sensibilidad de la unidad al impulso inspiratorio del paciente cuando en éste es demasiado débil, una apertura del control en demasia automatiza a la unidad, su control es de normal hacia la izquierda.
- 10.- CONTROL DE DILUCION. (Dilution) Cambia el porcentaje de dilución de oxígeno con el aire. Ajustable con control tira empuje para 100% de O₂ o mezcla del 60% (hacia -- afuera es el 100% de O₂).
- 11.- CONTROL DE PRESION NEGATIVA. (Negativa Pressure) Ajusta la presión negativa durante la expiración, se lee' en el manómetro de presión del sistema (5) en el extremo derecho de la clavícula.



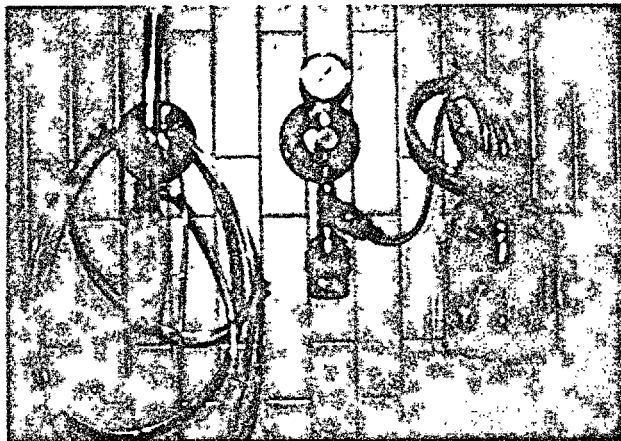
RESUCITADOR ADULTO (AUEU)

Se utiliza para dar oxigenación.

Procedimientos:

- 1.- Mantener vías aéreas permeables.
- 2.- Se pone al paciente acostado, con una sábana doblada o cualquier objeto similar por debajo de los hombros.
- 3.- Se extiende la cabeza hacia atrás, con la -
maníftula hacia arriba.
- 4.- Poner la mascarilla sobre la cara.
- 5.- Se inflan los pulmones rítmicamente oprimien-
do el insuflador.
- 6.- Se suelta el insuflador.
- 7.- Se repite la maniobra

TOMAS DE OXIGENO Y VACIO



La toma de oxígeno consta de: La toma de vacío consta de:

1.- Fluoruro.

1.- Manómetro.

2.- Filtro.

2.- Llave.

3.- Compresor.

3.- Troca.

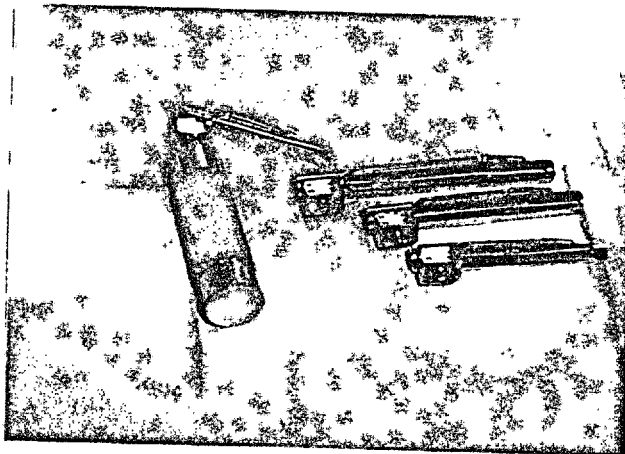
4.- Buzo.

4.- Frasco.

La toma de oxígeno sirve para administrar oxígeno al paciente con un flujo de oxígeno.

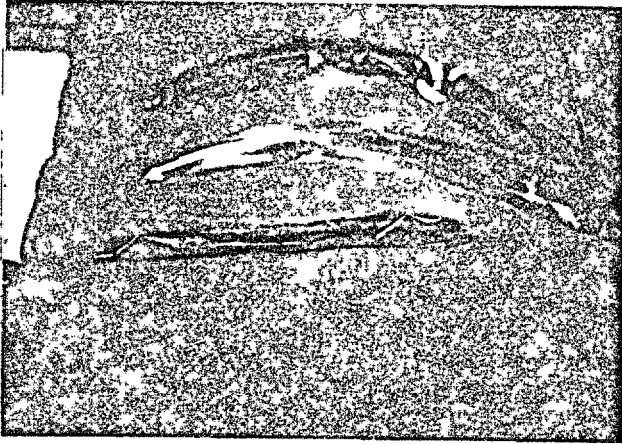
La toma de vacío sirve para aspirar secreciones al paciente en estado de choque o sin él.

LARINGOSCOPIO



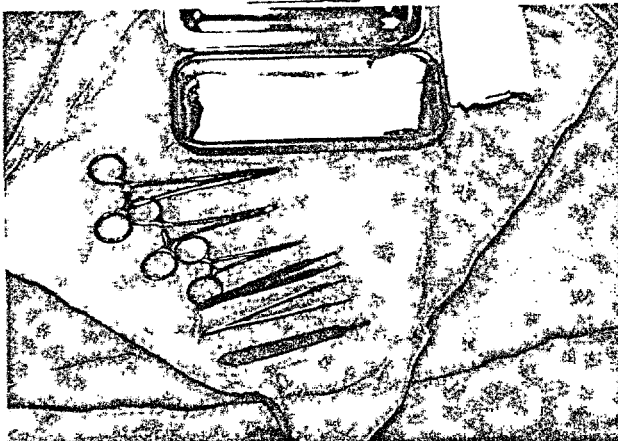
El equipo de Larinoscopia es de gran utilidad en el estado de choque, ya que por medio del mango con foco se introduce a la boca, se busca la traquea y se introduce en ésta la sonda endotraqueal.

SONDAS ENDOTRAQUEALES



Equipo que se utiliza para mantener
vías aéreas permeables.

TIPO DE VENODISECCION PARA UTILIZACION
EN ADULTO



Este tipo de venodisección se efectúa de modo que se extienda por un espacio de cinco centímetros, ya sea se dirige una vena --
vertiente constante para administración de soluciones, de
venteriales, aceite, plasma u otros fármacos.

El equipo de venodisección para nivel de neñatría consta de:

- Escala de acero inoxidable.
- Fianza de alfileres de anillos.
- Dos pinzas de Halstead curvas.
- Una pinza de Alison con dientes.
- Dos extractores de Senn de Joffe extremo.
- Un mango de bisturí No. 7
- Cinco asas 7 x 5
- Cinco asas 10 x 10
- Una toalla de Fricción.
- Un campo vendado grande.
- Vaso de acero inoxidable
- Los pinzas de Halstead rectos.
- Un porta aguja de acero
- Una pinza de Alison sin dientes.

ACCIONES DE ENFERMERIA DE LA RUPTURA UTERINA

- Practicar triconomia.
- No aplicar enema evacuante (Riesgo de aumentar el sangrado).
- Si la paciente cae en estado de choque hacer preparativos inmediatos para:
 - 1.- Canalizar vena gruesa para pasar sangre (previas pruebas cruzadas).
 - 2.- En caso de no encontrar vena tener preparado equipo de venodisección.
 - 3.- Tomar signos vitales constantemente cada 10 minutos hasta su normalización.
 - 4.- Aplicación de sonda vesical (vigilar estado renal).
 - 5.- Vigilar constantemente y leer la presión venosa central
 - 6.- Mantener a la paciente seca y caliente.
 - 7.- Mantener vías aéreas permeables (aspirar secreciones-frecuentes).
 - 8.- Tener listos laringoscopio y sondas endotraqueales y el bennett (en caso de intubación).
 - 9.- Control de líquidos estricto (observar características y reportar).
- 10.- Vigilancia estrecha de la paciente sin dejarla sola.
- 11.- Una vez superado el estado de choque hacer preparativos para intervención quirúrgica, aplicar cuidados a la paciente pre operatorios.

DISTOCIAS MATERNAS

PATOLOGIA.- INERCIA UTERINA PRIMARIA.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	INDICACIONES	DOSIS	VIA DE ADMON.	EFECTOS CONTRAINDICACIONES
<p>OXYTOCINA SINTETICA Nombre comercial. (Pitocin o Sintosinon) hormona secretada en - el lóbulo posterior de la hipófisis que afec- ta la motilidad uteri- na.</p>	<p>Ampula de 2 y - 5 UI.</p>	<p>-Inducción del trabajo de parto. -Corrección de atonía uterina. -Para vencer la prolongada inercia uterina.</p>	<p>20 UI en 500 ml. de solución glucosada al 5% cada 8 hrs. según necesidad del paciente.</p>	<p>Vía intravenosa</p>	<p>-Riesgo uterino -Hipertensión -Contracción En general -tóxicos -traumáticos -primer periodo de parto</p>
<p>SOLUCION GLUCOSADA. (DEXTROSA AL 5 %)</p>	<p>Fco. ampula de - 250 ml. con 12.5 gs. de glucosa - fco. ampula de - 500 ml. con 25 - gs. de glucosa. Fco. ampula de - 1000 ml. con 50- gs. de glucosa.</p>	<p>Cuando sea necesario administrar agua libre de sodio. Deshidratación hipertónica (Hipernatremia) deficiencia de agua que no puede ser suplida con soluciones hidroelectrolíticas.</p>	<p>Solución glucosada al 5% 500 ml. cada 8 hrs.</p>	<p>Vía intravenosa</p>	<p>Su exceso -edema p -cientes con pro -les con -nes; No -las en -go angr</p>

PROCEDIMIENTOS.-

VENOCLISIS.

CONCEPTO.- Es la introducción de soluciones al torrente circulatorio a través de la vena, en un tiempo determinado.

OBJETIVO.- Reponer líquidos al organismo para estabilizar los niveles requeridos.

PRINCIPIOS.- El torrente circulatorio constituye un buen vehículo para el transplante de soluciones y/o medicamentos.

EQUIPO Y MATERIAL.-

Charola con:

Solución indicada con etiquetas con los datos siguientes:

Nombre, número de cama, fecha, hora de inicio, contenido, goteo por minuto e iniciales de la enfermera.

Equipo de venoclisis con: punzocat o aguja adecuada, recipiente con torundas alcoholadas, ligaduras, tela adhesiva, férula.

TECNICA:

Con técnica acéptica (en cuarto clínico).

- 1.- Agregar a la solución fármacos adecuados e indicados.
- 2.- Instalar al frasco el equipo de venoclisis.
- 3.- Purgar el aire del tubo.
- 4.- Cerrar la llave registradora.
- 5.- Colocar etiqueta membretada al frasco.

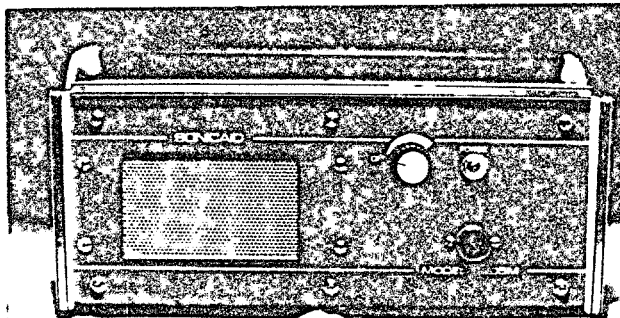
- 6.- Preparar el suero y trasladarlo a la unidad del paciente.
- 7.- Colgar el frasco en el portasuero.
- 8.- Seguir el procedimiento por vía intravenosa utilizando la fórmula.
- 9.- Fijar el suero con tela adhesiva y mantenerlo permeable.
- 10.- Inmovilizar la región.
- 11.- Graduar el goteo conforme a lo indicado.
- 12.- Dar comodidad al paciente.
- 13.- Medidas de control y seguridad.
Vigilancia estrecha periódica.

ACCIONES DE ENFERMERIA EN LA INDUCTOCONDUCCION

- 1.- Seguir indicaciones del médico en cuanto a dosis (después de ocho horas de preparada la mezcla se debe desechar ya que se inactiva la oxitocina.
- 2.- Etiquetar el frasco de la solución anotando dosis exacta y hora en que se inició la solución.
- 3.- Tener sistema de doble frasco para mayor seguridad y control.
- 4.- Dar preparación psicológica ya que se sabe que la tensión y el temor es causa de inercia uterina.
- 5.- Checar signos vitales y foco fetal antes de la aplicación, en caso que la tensión arterial esté anormal y el foco fetal éste lento se suspenderá la inductoconducción y se avisa al médico.
- 6.- Llevar control estricto del trabajo de parto.
- 7.- Vigilancia estrecha de contracciones uterinas, cuando una contracción dure más de 90 seg. o no presente contracciones a pesar del ocitocico cerrar la llave de coteo de la venoclisis y avisar al médico.
- 8.- Anotar acciones de enfermería en hoja especial.

APARATO ELECTRONICO.

D A P T O N E



Este aparato electrónico
fue diseñado y
construido en el
Departamento de Física

del I.T.E.

Este aparato electrónico fue diseñado y construido en el Departamento de Física del I.T.E.

El receptor electrónico con un tubo de rayos catódicos fue diseñado por el Sr. J. M. de la Cruz y el Sr. J. M. de la Cruz. El receptor electrónico fue diseñado y construido en el Departamento de Física del I.T.E. El receptor electrónico fue diseñado y construido en el Departamento de Física del I.T.E.

DISTOCIAS MATERNAS

PATOLOGIA.- INERCIA UTERINA SECUNDARIA

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	INDICACIONES	DOISIS	VIA DE ADMON.	EFFECTOS S CONTRAINDI
<p>CLOPHIDRATO DE MEPERIDINA. (CLOPHIDRATO DE PETIDINA).</p> <p>Es una droga sintética derivada de la morfina pertenece a los hipnoanalgésicos.</p>	<p>Ámpulas de 2 ml. o sea 100 mg.</p>	<p>Cólico viliar, renal, dolor traumático, postoperatorio, cáncer, útil en analgesia previa a procesos dolorosos generalmente se asocia con benzodiazepina.</p>	<p>En inercia uterina la dosis es de 12.5 a - 25 mg.</p>	<p>Intramuscular o intravenosa</p>	<p>Puede causar náusea. Contiene morfina debe administrarse con cuidado en presencia de choques de conciencia hipotensión y perturbación del ritmo cardíaco.</p>
<p>DIAZEPAN (Valium)</p> <p>Tranquilizante menor o ansiolítico.</p>	<p>Ampulas de 2 ml. que equivalen a - 10 mg.</p>	<p>Util en neurosis y estados de ansiedad, epilepsia, enfermedades funcionales del aparato cardiovascular respiratorio y genital.</p>	<p>Dosis de 10 a 20 mg. para calmar la ansiedad.</p>	<p>Intramuscular o Intravenosa</p>	<p>Puede causar depresión de la conciencia si se administra en dosis altas. Efectos secundarios: Náusea, hipotonía, miastenia, depresión del ritmo cardíaco.</p>
<p>ENEMA EVACUANTE.</p> <p>Generalmente preparados de solución salina isotónica. DESECHABLES. con el nombre -</p>	<p>Solsa de plástico desechable que contiene 100 ml. de la solución.</p>	<p>Generalmente para evacuar intestino o para efectos sistemáticos.</p>	<p>Si es preparada una cucharada de sal común en 1 litro de agua -</p>	<p>Rectal.</p>	<p>Puede causar irritación de la mucosa. Contraindicado en caso de diarrea. No aplicar en caso de hemorroides.</p>

APLICACION DE MEPERIDINA Y DIAZEPAN POR VIA INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA.

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

- 1.- Preparar equipo para aplicación que consta de:
 Jeringa de 5 y 2 ml., torundas con alcohol, ligadura, sierrita, riñon agujas y toalla.
- 2.- Lavarnos las manos perfectamente.
- 3.- Verificar nombre y dosis del medicamento.
- 4.- Preparar la jeringa con la aguja.
- 5.- Cargar jeringa con el medicamento y dosis.
- 6.- Llevar equipo a la unidad del paciente.
- 7.- Verificar número de cama y nombre del paciente.
- 8.- Darle preparación psicológica, teniendo en cuenta que es un factor causante de inercia uterina, es la ansiedad y el temor.
- 9.- Descubrir la región en la que se va a aplicar.
- 10.- Proceder a tomar la jeringa perfectamente surrada y hacer asepsia de la región con una torunda alcoholada.
- 11.- Aplicar la inyección en el cuadrante superior extremo de la región glútea y hacer masaje.
- 12.- Se deja cómoda a la paciente, se retira el equipo, se lava y se deja en su lugar.
- 13.- Anotar observaciones en hoja de enfermería

PARA APLICACION INTRAVENOSA.

El equipo y el procedimiento es el mismo excepto lo siguiente:

1.- Eleguir el sitio donde se encuentre una vena visⁱ -
ble, se liga, se practica asensia de la región y se
punsiona la vena, aspiramos en el embolo de la je--
ringa para obtener sangre una vez segura de que es-
ta en vena se desliga y se procede a inyectar el me
dicamento lentamente.

2.- Se retira la aguja y se presiona con una torunda para
que no sangre,

APLICACION DE ENEMA EVACUANTE(VIA RECTAL)

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

- 1.- Se prepara el equipo que consta de:
Charola con lubricante, gasas, pinzas, de anillos, -
guantes, irrigador, sondas rectales.
- 2.- Nos lavamos las manos perfectamente.
- 3.- Se prepara el enema con la solución indicada, o bien se prepara el desechable.
- 4.- Se lleva el equipo a la unidad del paciente.
- 5.- Verificar el nombre del paciente y número de cama.
- 6.- Se le explica lo que se le va hacer.
- 7.- Se coloca en posición de decúbito lateral izquierdo.
- 8.- Se calza al guante en la mano derecha y dejar la izquierda libre son ésta. se toma la gasa y se lubrica la sonda, pinzandola antes de introducir.
- 9.- Se procede a separar los gluteos y dejar libre el esfínter anal se introduce suavemente la sonda y se eleva el irrigador a una altura de 60 cm. se despinza la sonda y se deja correr el líquido libremente, se vuelve a pinzar la sonda si la paciente presenta contacciones uterinas o alguna otra molestia.
- 10.- Al terminar el líquido se pinza la sonda y se retira
- 11.- Se deja comoda a la paciente después de haber evacuado (ofrecer el cómodo).
- 12.- Recoger el equipo, lavarlo y dejarlo en su lugar.
- 13.- Anotar observaciones en hoja especial de enfermería.

SÓNDA VESICAL (A PERMANENCIA A EVACUAR VEJIGA).

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA:

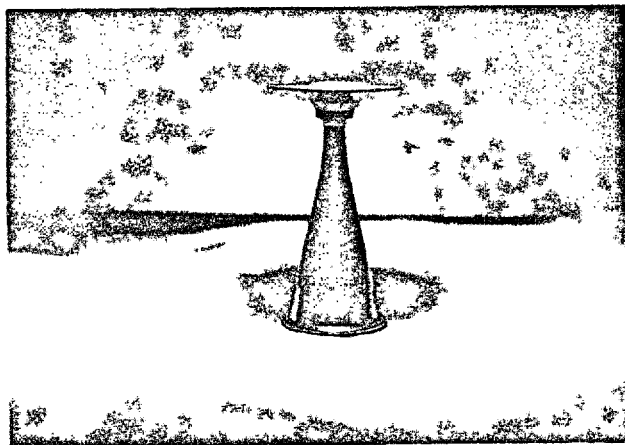
- 1.- Se prepara el equipo que consta de:
Charola, guantes, lubricantes, jeringa de 10 ml. cargada de agua esterilizada.
Se utilizará sonda foley (apermanencia) sonda nelaton (evacuár solo una vez).
- 2.- Se lleva el equipo a la unidad de la paciente.
- 3.- Se verifica el nombre de la paciente y número de cama.
- 4.- Se le da preparación psicológica a la paciente.
- 5.- Se calzan los guantes.
- 6.- Poner a la paciente en posición ginecológica.
- 7.- Hacer asepsia de la region con agua y jabón.
- 8.- Se lubrica la sonda con una gasa.
- 9.- Con la mano izquierda se separan los labios mayores y se localizan el meato urinario y se procede a introducir la sonda suavemente hasta obtener orina, se coloca el adaptador del colector de la orina a la sonda.
- 10.- Se introduce agua bidestilada al globo de la sonda - (5 o 10 ml.) según la capacidad del globo.
- 11.- Se saca un poco la sonda y se fija con tela adhesiva.

PARA EVACUAR VEJIGA UNA VEZ

- 1.- Se aplica el mismo procedimiento a diferencia que se introduce una sonda nelato del número 12 ó 14.

- 2.- Se deja que salga libremente la orina al riñón hasta vaciar la vejiga.
- 3.- Se retira la sonda se deja cómoda y seca a la paciente se lava el equipo y se deja en su lugar.
- 4.- Hacer anotaciones en hoja de enfermería (cantidad de orina, aspecto y respuesta de la paciente.).

ESTEREOSCOPIO DE FINAT



Aparato que sirve para el médico y la enfermera escuchan el latido cardiaco fetal, para percibir si es normal o anormal.

El estoscopio de Finat: Consiste de un canal en el centro y dos extremos, un extremo sirve de auricular por lo que se escuchan los latidos fetales, la campana es la que se coloca en el abdomen de la madre y es la que transmite los latidos fetales.

ACCIONES DE ENFERMERIA

EN INERCIA UTERINA

- 1.- Practicar tricotomia.
- 2.- Canalizar vena gruesa para administración de soluciones
- 3.- Aplicación de enemas evacuantes cada ocho horas.
- 4.- Sondear vejiga según indicaciones médicas para evitar -
la distensión vesical.
- 5.- Administrar líquidos por vía oral para reponer energía'
(al principio del parto) ya que éste se puede prolongar.
- 6.- Aplicar medicamentos indicados por el obstetra, como se
dantes u otros para mantener tranquila a la paciente.
- 7.- Darle confianza y no dejarla sola.
- 8.- Tomar frecuentemente signos vitales y checar foco fetal
reportar al médico cualquier alteración en los mismos.
- 9.- Si persiste la inercia y el médico elige extracción -
con forceps tener todo preparado para ello.

DISTUCIA MATERNA

PATOLOGIA.- EMBARAZO ECTOPICO O EXTRAUTERINO

TERAFUTICA MEDICAMENTOSA Y MANEJO DE APARATOS.

La terapéutica medicamentosa igual que para la ruptura uterina

- 1.- Soluciones parenterales.
- 2.- Aplicación de sedantes.
- 3.- Sangre completa.

Ver procedimientos y acciones de enfermería en la Ruptura Uterina.

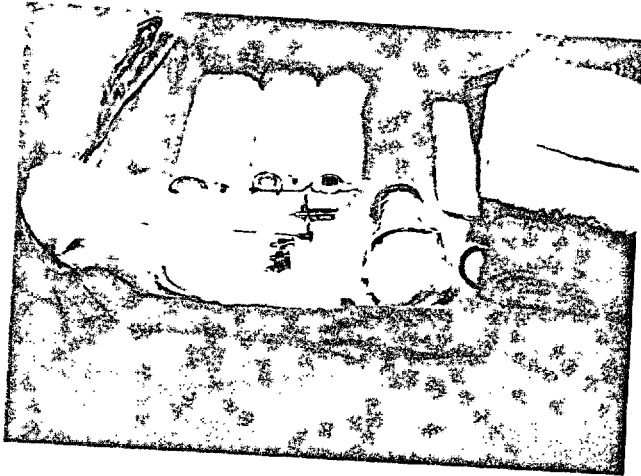
PATOLOGIA.- DISTOCIA POR POSICIÓN POSTERIOR DEL FETO
 TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA.

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	INDICACIONES	DOSES	VIA.DE ADMON.	EFFECTOS SEC CONTRAINDIC
LIDOCAINA. Es un anestésico local sintético del grupo de aminoetilamida preparado (clorhidrato de lidocaina Kilocaina) es un polvo inodoro blanco y cristilino soluble en agua y alcohol.	Para infiltración (0.5%) para bloqueo del.1 al 2%.	Tiene varios usos clínicos en obstetricia se usa en el segundo periodo de parto en este caso para aplicación de forceps.	10 ml. dosis inicial y según requerimientos.	Es una forma de raquíanestesia, la solución se coloca en la dura madre.	No usar en trastornos lépticos, pu nolencia.

SOLUCIONES PARENTERALES.- (Venocllisis). Ver técnica y aplicación en ruptura uterina.

ENEMA EVACUANTE.- Ver composición y procedimiento de enfermería en Inercia Uterina Secundaria.

LA TRO DE BLOQUEO



El servicio al cliente se utiliza para proporcionar
información a los clientes; en el momento
de las soluciones técnicas en el servicio al cliente
se interviene con los clientes y se ayuda.

F O R S E P S

El forseps obstétrico es un instrumento destinado a extraer la cabeza del feto cuando hay indicaciones fetales o maternas. En manos experimentadas carece de peligro y puede salvar la vida. Usado de manera inexperta puede ser peligroso. Los peligros para la madre son desgarros externos, hemorragia e infección; en cuanto al niño, hay riesgo de lesión intracraneana y desfiguración.

El Forseps se debe aplicar únicamente cuando éste en peligro la vida de la madre y del producto.

DESCRIPCION.-

El Forseps consta de dos ramas: Una izquierda y una derecha, la izquierda es la que esta en relación con la cadera de la madre y la derecha está relación con la parte derecha de la pelvis de la madre.

El Forseps consta de cuatro partes que son:

- 1.- Tallo.- Se encuentra la articulación, ésta puede ser de dos tipos:
 - Articulación francesa (lleva un tornillo).
 - Articulación inglesa (se articula sin tornillo).
- 2.- Mango.- Sirve para tomarla y hacer tracción.
- 3.- Cuchara.- Tiene una curvatura cefálica para tomar la cabeza y es cóncava. Hay Forseps con cuchara fenestrada y no fenestrada.

REQUISITOS PARA LA APLICACION DEL FORSEPS.

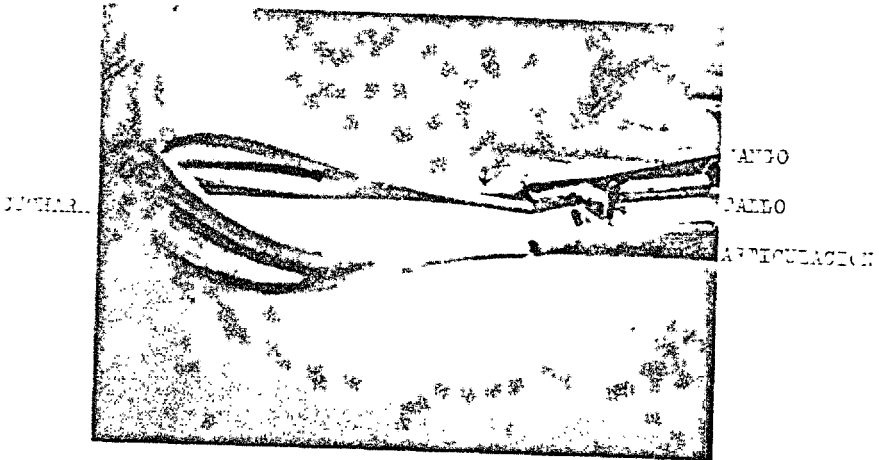
- 1.- Las membranas deben estar rotas, el cuello dilatado y el producto encajado.
- 2.- Tener vena permeable (venoclisis) para pasar fármacos indicados.
- 3.- Aplicar enema evacuante para mantener evacuado el intestino.
- 4.- Sonda vesical (para mantener vejiga vacia).
- 5.- Preparar material para bloqueo que consta de :
 - 1 charola de acero inoxidable.
 - 1 vaso de acero inoxidable.
 - 1 jeringa de 20 cm.
 - 1 jeringa de 10 cm.
 - 1 jeringa de 5cm.
 - 1 aguja de raquia No. 20 larga.
 - 1 aguja de raquia No. 21 larga.
 - 1 aguja hipodérmica No. 20 larga.
 - 1 aguja hipodérmica No. 21 larga.
 - 1 aguja hipodérmica No. 22 larga.
 - 1 aguja No. 26
 - 1 pinza de anillo recta de forester.
 - 5 gasas 7x5.
 - 5 gasas 10 x 10.
 - 1 campo hendido grande.
 - 1 tolla de fricción.
 - Xilocaina al 2%.
 - Xilocaina con hepinefrina.
 - Cateter
 - Tela adhesiva.

T I P O S

D E

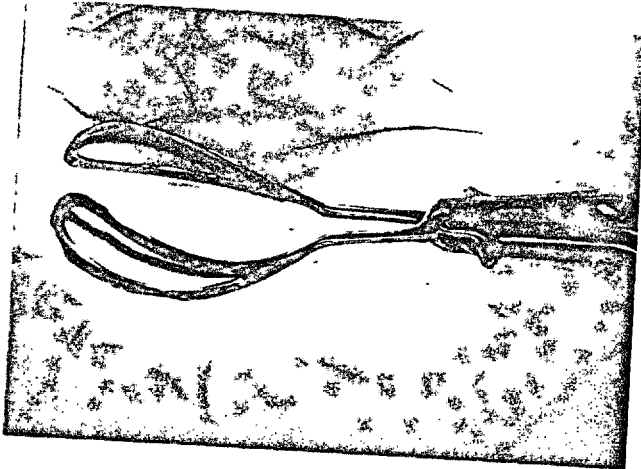
F O R S E P S

FORJES DE ELLIOP



FORCEPS DE SIMPSON:

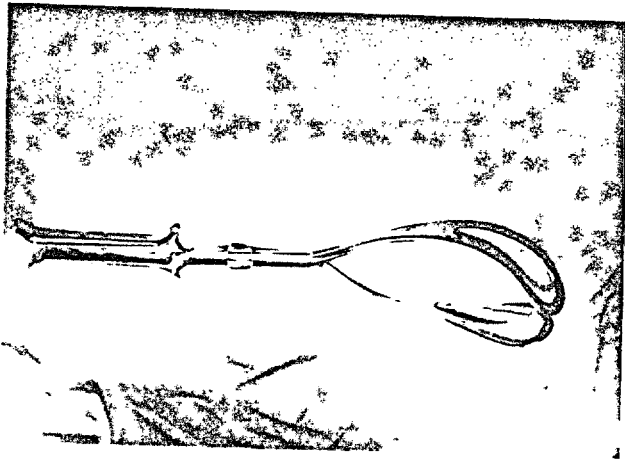
(1)



Se utiliza en cabeza molheada ex noción
órfica.

FORSEES DE HILLARD

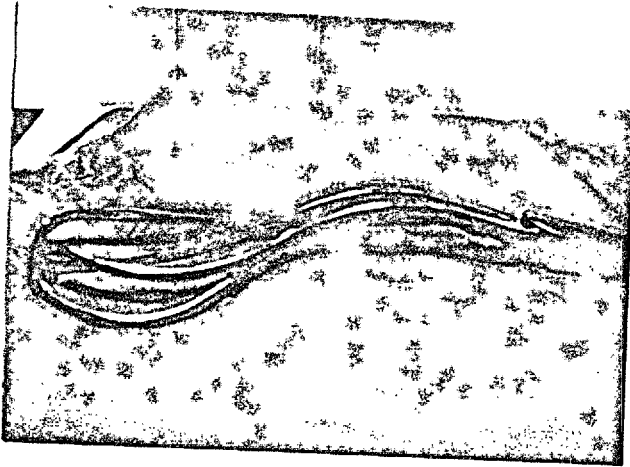
(2)



Do not use unless of course
necessary.

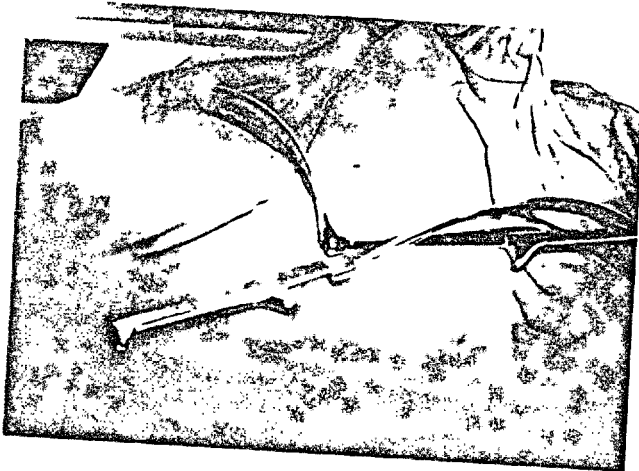
FORCEPS DE PIPER

(3)



Se utiliza para cabeza última en presentaciones pélvicas.

FORGELOS DE ARTON



Jail con cabeza maldada en variedad de -
posición transv. rca y arismatismo por mo.

ACCIONES DE ENFERMERIA

EN LA EXTRACCION CON FORSEPS

- 1.- Practicar tricotomía
- 2.- Aplicación de enema evacuante.
- 3.- Mantener vejiga vacia (sondeo vesical).
- 4.- Mantenerla en reposo y tranquila.
- 5.- Darle líquidos para reponer energía (cuando se espera parto prolongado).
- 6.- Vigilar trabajo de parto y foco fetal.
- 7.- Vigilancia estricta de signos vitales.

ASISTENCIA AL MEDICO PARA LA EXTRACCION CON FORSEPS.

- 1.- Presentar el forseps articulado al obstetra cuando lo pide.
- 2.- Sostener la primera hoja en su sitio mientras se aplica la segunda.
- 3.- Ayudar a mantener la asepsia y antisepsia vigilando - cualquier violación a la técnica.
- 4.- Tener listas las tijeras para efectuar episiotomía y preparar material de sutura.
- 5.- Estar preparada y vigilar que este todo listo para la reanimación del niño.
- 6.- Vigilar el útero después del parto pues la anestesia' y el parto prolongado pueden hacer que se relaje y - sangre.
- 7.- En caso de que la inercia persista y se elija la cesárea se estará preparada para dar cuidados pre, trans' y post operatorios.

CUANDO LA DISTOCIA ES CAUSADA POR ANORMALIDADES DEL FETO

LAS ACCIONES SON LAS SIGUIENTES.

- 1.- Aplicación de enema evacuante.
- 2.- Practicar tricotomía y preparar región abdominal si el médico elige cesárea.
- 3.- Practicar sondeo vesical.
- 4.- Mantener calmada a la paciente y tranquila.
- 5.- Canalizar vena para administración de soluciones parenterales.
- 6.- Cuando se comprueba que el tamaño del feto es excesivo y que la cesárea es la indicada proporcionar cuidados pre, trans, y post operativos.

HIDROCEFALIA:

Las acciones de enfermería son igual a las mencionadas en anomalías del feto excepto en los siguientes:

- 1.- Darle líquidos para reponer energía ya que se espera un parto prolongado.
- 2.- Como el riesgo para la madre es la rotura uterina estar alerta ante cualquier signo o síntoma que se presente.
- 3.- Aplicar sedantes según indicaciones médicas.
- 4.- Checar constantemente signos vitales y foco fetal.
- 5.- Durante el parto puede necesitarse pinchar el cráneo con una aguja de gran calibre para permitir que salga el líquido para esto proporcionar al obstetra todo lo necesario.
- 6.- Cuando el médico elige la cesárea, proporcionar a la paciente cuidados pre, trans y post operatorios.

C A P I T U L O V I

GLOSARIO DE TERMINOS MEDICOS

ATONIA Falta de vigor en el organismo.

ANALGESIA Pérdida de la sensibilidad para el dolor conservando la sensibilidad táctil.

ACARDIA Falta congénita del corazón.

ACARDIACO Monstruo fetal sin corazón.

ANENCEFALIA Monstruo fetal sin cerebro.

ECTOPICO Fuera de lugar.

INERCIA

Inercia - Inactividad, incapacidad de moverse espontáneamente.

Uterina- sensación de las contracciones uterinas durante el parto o después del mismo.

INDUCCION

-Acción y efecto de inducir o causar un fenómeno.

-Efecto y estimulante y directo de ciertos tejidos embrionarios sobre tejidos o partes próximas al principio del desarrollo del embrión.

PERFUSION Circulación artificial en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel en la experimentación fisiológica. (gota a gota venoclisis)

PRESENTACION En obstetricia parte del cuerpo fetal que ocupa la región del estrecho superior pelviano de la madre siempre que sea lo suficiente grande para llenarlo por completo.

HIPER ALGESIA VAGINAL Sensibilidad excesiva al dolor dolor excesivo al tacto vaginal.

LAPAROTOMIA Incisión de las paredes abdominales y el peritoneo.

HIDROCEFALIA Acumulación de humor seroso en la cabeza.

C A P I T U L O V I I

BIBLIOGRAFIA

- ENFERMERIA OBSTETRICA
BON WILLER
BOWEN
- EL GRAN LIBRO DE LA SALUD
ENCICLOPEDIA MEDICA DE SELECCIONES
DEL READERS DIGEST.
- TECNICA EN EL QUIROFANO
MARY ELLEN Y EAGER
- OBSTETRICIA PRACTICA
NORMAN A. BLISCHER Y ERIC V. MAKAY.
- BASES FARMACOLOGICAS DE TERAPEUTICA
LOUIS GOODWAM
ALFRED GILMAN
- OBSTETRICIA DE WILLIAMS
- DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
(SALVAT).

ESTA TESIS SE IMPRIMIO EN

copiroyal

M A D E R O N O . 8 5 - C
T E L . 2 - 2 4 - 3 3
Q U E R E T A R O , Q R O .