

Laboratorio de Materno Infantil I

3-5 ml hematología y se mueve

3-5 ml bioquímica y no se mueve

3-5 ml coagulación se mueve con balanceo y poca energía

Siempre que se tenga la primera relación sexual con penetración hay que ir al Ginecólogo y si no ha habido relación sexual con penetración se iría a los 18 años.

Autoexploración mamaria durante todos los meses de su vida y es el mejor diagnóstico del cáncer de mama a partir de que la mujer tiene la primera regla. En la menopausia se debe fijar 1 día al mes para la autoexploración.

Si está ovulando después del 4º, 5º ó 6º día de la regla se debe explorar la mama.

POSICIONES GINECOLÓGICAS

Lo primero son los **lavados ginecológicos** que son muy importantes porque una recién parida es una puerta de infección.

Concepto: Son posturas utilizadas para realizar exploraciones en el cuidado de la salud reproductiva de la mujer y de sus problemas ginecológicos.

Objetivo general: es realizar procedimientos y medidas terapéuticas, detectar posibles tumoraciones abdominales, tumores ginecológicos, existencia de embarazo ó progreso del parto.

Metodología: colocamos a la mujer en posición de **Decúbito dorsal** con las rodillas y caderas flexionadas y con los pies situados en los estribos de las mesas de exploraciones (**LITOTOMIA**).

Decúbito dorsal: la mujer se halla **acostada sobre su espalda con las piernas flexionadas y separadas**, se utiliza para exploraciones ginecológicas de la mujer en la cama o bien cuando no se dispone de una mesa ginecológica. Cuando la religiosa tiene que ir al ginecólogo la exploración se hace a través del ano.



Decúbito dorsal

HIGIENE PERINEAL

Concepto: es el aseo de la vulva y de la región perineal durante el periodo de postparto. Es el espacio desde el intrahito vaginal hasta que empieza el recto, eso es el periné.

Objetivo general:

- Limpiar las secreciones y los sangrados de la región bulboperineal.
- Favorecer la cicatrización del periné.
- Proporcionar comodidad a la mujer o recién parida.

Procedimiento

Será efectuado por el enfermero con la mujer acostada cómodamente en decúbito dorsal y se hace en la cama por turno mañana, tarde y noche.

Se deja caer el antiséptico sobre la zona del periné y vulva de arriba abajo y con una torunda se arrastra todas las secreciones. Se aplica después una compresa ginecológica y se ayuda a colocarse las braguitas ginecológicas.

Material: Guantes, antisépticos, torunda, gasas, pinzas, antiséptico y recipiente para dessecar el material sucio.

Observaciones: observar la cicatrización de la episiotomía y comprobar la aparición de edema, hematoma, inflamación, etc.

Observar el aspecto de los loquios que los primeros días son de color rojo y olor fresco, en caso de cambiar de olor sería signo de infección.

TACTO VAGINAL

Es la palpación de los genitales internos con el dedo índice y medio de una mano.

Objetivo:

- Examinar la estructura interna de la pelvis
- Detectar anomalías ginecológicas.
- Valorar los avances del trabajo de parto.

Procedimiento: se le explica a la mujer el procedimiento sobre todo si es la primera vez que se le hace. Se coloca en litotomía, se le cubre con una sabanilla y se le recomienda que se relaje y respire de forma lenta y regular.

Colocada la mujer, el examinador se pone guantes estériles, introduce los dedos índice y medio en la vagina y girándola de forma que la palma quede hacia arriba palpando la pared vaginal del cérvix y las estructuras adyacentes.

La combinación del tacto vaginal y la aplicación de presión en la parte posterior del abdomen con los dedos de la otra mano completan la exploración ginecológica llamándose este procedimiento *tacto vaginoabdominal combinado*.

CITOLOGÍA

Es el estudio de las células existentes en la secreción vaginal que contiene representación celular de toda la superficie del tacto vaginal.

Objetivo:

- Diagnosticar neoplasias o lesiones precancerosas e infecciones.
- Valorar la función ovárica.

Procedimiento: será realizado por el enfermero o matrona en la consulta. Se coloca en litotomía o decúbito dorsal y se introduce el espéculo efectuando una **triple toma:**

- 1- Del **fondo vaginal** en todo su contorno con una espátula normal.
- 2- Del **exocervix** realizando un movimiento de rotación alrededor del orificio cervical externo y con la *espátula de Ayre*.
- 3- Del canal **endocervical** mediante raspado o cepillado con movimiento de rotación.

Las muestras se extienden en un portaobjetos con el siguiente orden:

Toma vaginal – exocervix – endocervix dejando un espacio reservado para la identificación

La extensión de la muestra debe ser de forma uniforme evitando movimientos de vaivén que puedan alterar los elementos celulares. A esta técnica se le denomina *triple toma de WEID*. Una vez extendido el material sobre el porta se procede a su fijación con un spray mediante pulverización, colocando el nebulizador a una distancia de 15-20 cm y recorriendo de izqda. A dcha y viceversa toda la superficie del material extendido, se deja secar al aire durante 5-7 min y está listo para su transporte.

COLPOSCOPIA

Es un método para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino mediante la utilización de un instrumento óptico e iluminado.

Objetivo:

- Visualizar el cuello uterino para valorar zona de lesiones.
- Orientar la biopsia hacia lesiones sospechosas.

Procedimiento: la mujer en posición ginecológica y con el espéculo colocado (con los dedos índice y pulgar se abre el intrahito para facilitar la introducción del espéculo que se introduce de lado a medida que lo pongo paralelo a los genitales y después lo abro y lo clampo, ese movimiento debe ser lento, rápido y seguro. El espéculo no se puede lubricar. Se introduce con una ligera presión de lado y su eje mayor paralelo a los genitales, para no herir el clítoris ni dañar la uretra y se hace avanzar en la vagina rotándolo en sentido de las agujas del reloj. Una vez llegado al fondo se abre, se centra el cérvix y se fija.. Los movimientos deben de hacer con suavidad para evitar traumas que produzcan hemorragia en la vagina y exocervix). Una vez colocado el espéculo se limpia el cuello uterino con una solución acuosa de ácido acético al 3%. Se visualiza el tejido que compone el epitelio con el instrumento óptico luminoso.

ALTURA DE FONDO UTERINO

Es la medida que nos da información del tiempo de gestación de desarrollo de la misma.

Objetivo:

- La altura del fondo uterino es la distancia que hay desde la sínfisis del pubis al fondo del útero, se expresa en cm, se realiza en cada consulta, se anota en la cartilla maternal y el objetivo es observar la evolución de la gestación.

Procedimiento: se coloca a la gestante en decúbito supino o en bipedestación. Con una cinta métrica se coloca desde el borde superior de la sínfisis del pubis pasando por la zona media sujetándola con el pulgar y extendiéndola hasta el fondo del útero.

Existe una relación entre la altura del fondo uterino y el tiempo de gestación.

Según la regla de Mc Donald para establecer la edad gestacional en semanas se multiplica la altura del fondo uterino por 8 y se divide entre 7.

El ritmo de crecimiento uterino es aproximadamente de unos 4 cm/mes hasta las 36 semanas de gestación. Se puede medir a partir de las 12 semanas de gestación.

PERIMETRO ABDOMINAL

Se efectúa también para valorar la evaluación del crecimiento fetal.

La medición de la circunferencia abdominal se realiza obteniendo la medida del contorno abdominal a nivel del ombligo.

MANIOBRA DE LEOPOLD

Técnica de palpación que se aplica para el examen del abdomen de la embarazada. Son 4 pasos.

Objetivo: determinar la posición y presentación del feto por medio de estas maniobras.

1. Identificar la parte fetal y delimitar el fondo uterino que ocupa el feto.
2. Determinar la situación longitudinal o transversal y reconocer el dorso y las partes pequeñas del feto.
3. Identificar la parte que se encaja en el estrecho superior de la pelvis y verificar la actitud.
4. Apremiar el grado de encajamiento

Procedimiento: hay que seguir un orden determinado. La palpación debe ser suave y con toda la mano.

1º se coloca las manos en la parte superior del abdomen, encontraremos una masa que puede ser cabeza o nalgas, su distinción será posible por la diferencia en dureza, forma y movilidad.

La cabeza es más dura y redondeada y las nalgas móviles. La ausencia de **polo fetal** (cabeza o pies) en el útero nos hará pensar en una situación transversa.

2º las manos se colocan lateralmente hasta localizar el plano duro y resistente del dorso fetal en una parte y la prominencia nodulares y móviles en otra parte, de este modo se verifica la posición derecha o izquierda, si la situación del feto es transversa se tocará la cabeza y las nalgas una a cada lado y el dorso cruzando transversalmente el útero. Se recomienda hacerlo entre 10 y 15 segundos.

3º una sola mano se coloca sobre el pubis de la mujer tratando de abarcar el polo que se presenta, se aprecia así si no hay nada sobre el estrecho superior o si se trata de cabeza o nalgas. La sensación será más completa si se imprime en la mano movimientos laterales que provoquen el peloteo del polo fetal. Si existe peloteo la distinción entre cabeza y nalgas será como en la 1ª maniobra.

4º se **cambia la postura del examinador** el cual mira hacia los pies de la embarazada, las manos se colocan por encima de las ramas ascendentes del pubis, de este modo se confirma la clase de **presentación** y la diferente **altura** de las regiones fetales introduciendo la punta de los dedos entre la presentación y la pelvis se adquiere una impresión bastante aproximada de la movilidad de la presentación y por tanto del **encajamiento**, a más movilidad menos encajamiento.

AMNIOTOMIA

Es la rotura artificial del saco membranoso que rodea al feto y contiene el líquido amniótico.

Objetivo:

- Garantizar técnicas estériles y evitar infecciones.
- Vigilar el estado del feto antes, durante y después del parto.
- Aliviar las preocupaciones de la gestante y la familia facilitando las explicaciones pertinentes.

Se practica bajo condiciones de esterilidad y en el intervalo de 2 contracciones.

Medición de la FC fetal inmediatamente después del procedimiento.

Cuidado del periné después del procedimiento.

Vigilancia de la embarazada, constantes vitales cada 2 horas durante 6 horas.

Valorar el color y olor del líquido amniótico. Si es oscuro puede indicar la presencia de meconios (primeras heces del RN).

Observar signos de prolapso de cordón umbilical (cuando el cordón está envuelto al cuello del bebé...) o cualquier otro síntoma de sufrimiento fetal.

Observar el trabajo de parto.

Registrar la hora y aspecto del líquido y FC fetal antes, durante y después de la amniotomía.

Explicar a la familia los resultados de los procedimientos y los que pretenden obtener con el mismo.

CUIDADO DE LAS MAMAS

Es el cuidado que se proporciona al tejido de sostén, granular y a los pezones durante la gestación y el periodo de lactancia.

Objetivo:

- Evitar infecciones y traumatismo de las mamas.
- Corregir posibles problemas que puedan presentarse.
- Mantener una higiene y medidas de apoyo apropiada.

Hay 2 maneras:

- A través de las indicaciones de la enfermera.
- Mediante la propia gestante durante su tiempo de lactancia.

Una ducha diaria con jabón de pH neutro y cuidar los pezones con crema hidratante que suavice toda la zona.

Objetivo: Preparar esas manos para la lactancia.

Durante el último trimestre de gestación para prevenir la **ingurgitación mamaria** y estimular la circulación, se le aconseja que se de masajes colocando las manos a ambos lados de las mamas con los pulgares en la parte superior y se deja resbalar las manos hacia el pezón hasta juntar las manos.

Los ejercicios nunca deben ser dolorosos y tienen que tener sujetador durante todo el embarazo.

Durante la lactancia le aconsejaremos la limpieza externa de las mamas, y que se lave las manos antes de tocar los pezones y después de cada tetada con agua hervida y lo seque bien.

Tanto el sujetador como las almohadillas tienen que estar limpios y secos para que no proliferen microorganismos.

En pezones dolorosos aconsejaremos:

- Mamadas de largas duración y poco espaciadas con la finalidad del que RN no tenga tanta hambre y succione con menos fuerza.
- El comienzo de la toma debe ser por el pecho cuyo pezón está menos dolorido.
- Cambio de posición en la toma para repartir equilibradamente la presión de la succión en las diferentes zonas del pezón.
- Introducción de pezón y areola en la boca del niño.
- Cuando existe obstrucción del canal galactóforo y canal mamario se aconseja extracción manual de la leche y si los resultados no son adecuados se utilizará con precaución el sacaleches.