
Normas de atención de enfermería-obstetricia en el parto normal y participación en el parto prematuro*

Introducción

Los altos índices de moribimortalidad materno-infantil en América Latina por causas reducibles e implicadas en la atención perinatal señalan la necesidad de mejorar la atención obstétrica-neonatal proporcionada por el personal de enfermería y obstetricia--componente esencial del equipo multidisciplinario de salud con objeto de extender la cobertura y mejorar la utilización de los recursos existentes a fin de prestar una atención libre de riesgo durante el proceso del parto.

El Plan Decenal de Salud para las Américas establece las directrices y prioridades para la extensión de la cobertura y la utilización racional de los recursos a fin de proporcionar atención de salud a la población vulnerable. Un aspecto importante de dicha atención es la existencia de normas que guíen las acciones del personal de salud, precisando su responsabilidad y definiendo sus funciones en el cumplimiento de los objetivos y las metas propuestas para los servicios de salud materno infantil.

Con base en esa necesidad se elaboraron las presentes normas de atención de enfermería obstetricia. Pretenden servir de guía para el manejo del parto normal y el cuidado de la madre y el neonato en el parto prematuro intrahospitalario; en ellas se emplean nuevas tecnologías que requieren un cambio de comportamiento en la atención obstétrica-neonatal tradicional. Su aplicación en los servicios puede requerir adaptación según el nivel de atención y los recursos, humano y material, disponibles.

La metodología empleada para desarrollar las normas consistió principalmente en el estudio clínico y el trabajo de tres grupos, cada uno encargado de aspectos diferentes de investigación que, al final de la experiencia, se consolidaron en un documento-borrador, posteriormente revisado en el terreno por algunas entidades de servicio y docencia. Luego fue analizado y reestructurado en forma más consecuente, reforzándose algunos aspectos, por técnicos de la División de Salud de la Familia de la OPS en

Washington. Al personal del CLAP y a sus recursos clínicos y educacionales se deben la profundidad del conocimiento y técnica innovadora que estas normas puedan reflejar.

A. Manejo por enfermería-obstetricia del trabajo de parto y parto normal.

1. Valoración de la edad gestacional por amenorrea, altura uterina y circunferencia abdominal.

Objetivos

Evaluar la relación entre el crecimiento fetal y la edad gestacional mediante la medición de altura uterina y circunferencia abdominal.

Hacer el diagnóstico de la edad gestacional.

1.1 La valoración de la edad gestacional sería responsabilidad de la enfermera-obstetrix y, donde exista transferencia de tareas, previo adiestramiento y supervisión, del personal auxiliar de enfermería o comunitario.

1.2 Para valorar la edad gestacional se requiere como equipo mínimo:

- . Calenadrio.
- . Cinta métrica, de preferencia metálica.

1.3 Para calcular la edad del embarazo por amenorrea, se deberá interrogar a la embarazada para precisar el *primer día de la aparición de la última menstruación* que haya presentado características similares a las anteriores; se anota el *día, mes y año*.

* Trabajo elaborado por los participantes en el II Curso sobre Atención de Enfermería-Obstetricia en Programas de Salud Materno-infantil, celebrado en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, Uruguay, 8-24 de septiembre de 1975. Texto incluido en un manual mimeografiado y distribuido por la OPS y la OMS.

1.4 Para determinar la fecha probable del parto se pueden utilizar los siguientes métodos: sumar siete días al primer día de la última menstruación normal, restar tres meses y agregar un año--este método sirve para mujeres con ciclo ovárico regular, cada 28 días; otro método que es más exacto para manejar mujeres con ciclo ovárico irregular es sumar 280 días al primer día de la última menstruación normal.

1.5 La altura uterina sirve para correlacionar el crecimiento fetal con la fecha de amenorrea. La altura uterina se mide con cinta métrica que se pone sobre la cara anterior del abdomen, apoyando un extremo de la cinta con una mano en el borde superior del pubis; el otro extremo se lleva, entre los dedos índice y medio de la otra mano, hasta dejarla tangencial al fondo uterino.

1.6 La fecha de amenorrea y la altura uterina deben relacionarse para determinar la *edad gestacional* y el crecimiento fetal.

1.7 Cuando la altura uterina no está en relación con la fecha de amenorrea, se debe referir al médico para que haga un diagnóstico diferencial.

1.8 La circunferencia abdominal junto con la altura uterina sirven para relacionar el incremento uterino abdominal con la edad gestacional. Se deberá tomar la circunferencia abdominal con cinta métrica metálica, de la siguiente forma:

1.8.1 Si la gestación es menor de 28 semanas, la circunferencia abdominal se tomará sobre la parte más prominente de la pared anterior del abdomen y siguiendo un plano paralelo al delimitado por las crestas de los huesos ilíacos.

1.8.2 Si la edad gestacional es mayor de 28 semanas, la circunferencia abdominal deberá medirse a nivel del ombligo, siguiendo el plano paralelo al plano delimitado por las crestas de los huesos ilíacos, aproximadamente a un dedo por encima de ambas crestas.

1.8.3 La circunferencia abdominal y la de la altura uterina deberán consignarse en el registro correspondiente.

1.9 El registro (historia clínica) debe indicar si la paciente ha sentido movimiento fetal. Por ejemplo, a los tres meses de embarazo se debe orientar a la mujer para que esté alerta y que anote en un calendario cuándo empezó a sentir movimientos de manera de poder informar a la clínica; este movimiento se anticipa alrededor de las 16 semanas de gestación en multíparas y de 18 a 20 semanas en nulíparas.

1.10 En el registro debe también constar información exacta de la primera vez en que se auscultaron los ruidos cardíacos fetales (con cornete de Pinard o de De Lee); esto se debe vigilar especialmente alrededor de las 18-22

semanas de gestación.

2. Control de la etapa del parto

Objetivos:

Valorar la actividad uterina interpretando las características de intensidad, frecuencia, tono y/o duración de las contracciones.

Interpretar la tolerancia fetal a la contractilidad uterina, mediante la medición de la frecuencia fetal.

Identificar y registrar las variables del proceso del parto para reconocer la evolución normal o anormal del mismo.

2.1 El control del período de trabajo del parto será responsabilidad de la enfermera o la obstetriz aunque ciertas tareas se deleguen en personal auxiliar con adiestramiento y supervisión adecuadas.

2.1.1 El equipo mínimo constará de:

. Tensiómetro y fonendoscopio

. Reloj con segundero

. Estetoscopio de Pinard

. Equipo para tacto vaginal

. Hoja de control del período dilatante (véase Anexo I)

2.1.2 Los controles se registrarán en forma exacta en el día y hora en que se realizan, siguiendo el orden indicado en la Hoja de control del período dilatante.

2.2 Controles maternos

2.2.1 Se controlará la frecuencia cardíaca materna por un período de 60 segundos en la hora.

2.2.2 Se tomará la presión arterial como mínimo cada hora y se anotará el valor máximo y mínimo de mm de mercurio.

2.2.3 Se anotará la posición preferencial que mantuvo la embarazada desde la última observación y control, utilizando las siguientes:

D.D. = Decúbito dorsal

D.L.D. = Decúbito lateral derecho

D.L.I. = Decúbito lateral izquierdo

S. = Sentada

C. = Caminando

P.G. = Posición ginecológica

2.3 Contractilidad uterina

2.3.1 Se interrogará a la embarazada al iniciar el control de la contractilidad uterina sobre:

- . Fecha y hora del inicio de las contracciones
- . Frecuencia y duración de las contracciones

2.3.2 Se deberá identificar en la embarazada, bajo control, la contractilidad uterina durante un lapso de 10 minutos:

- . Frecuencia, duración, intensidad y tono

2.3.3 Para determinar la *frecuencia* se deberá controlar y registrar el número de contracciones en 10 minutos.

- . Se identifican tres tipos de frecuencia:
 - . *Normal*: Cuando el número de contracciones es de dos a cinco en 10 minutos
 - . *Taquisistolia*: Cuando se presentan más de cinco contracciones en 10 minutos
 - . *Bradisistolia*: Cuando el número de contracciones es menor de dos en 10 minutos

2.3.4 La determinación de la *duración* de la contracción se hará por medio de palpación abdominal desde el comienzo del endurecimiento del útero hasta el comienzo de su relajación; se anota la cifra promedio, en segundos, tomada durante un lapso no menor de 10 minutos.

2.3.5 La determinación de la *intensidad* de la contracción se hará por medio de palpación abdominal y se anotará en cruces el grado de depresión del útero durante el acmé de la contracción medido en 10 minutos:

- + = Cuando el útero se puede deprimir en el acmé de la contracción.
- ++ = Cuando el útero no se puede deprimir en el acmé de la contracción.
- +++ = Cuando el útero se palpa de consistencia leñosa

durante toda la contracción. Cuando alterna contracciones de intensidad "alta y baja" se indicará que hay irregularidad en la intensidad de la contracción.

2.3.6 La determinación del *tono* se hará por medio de palpación abdominal y se anotará:

- . *Hipotonía*, cuando el útero está totalmente flácido entre una contracción y otra
- . *Normotonía*, cuando se mantiene una tensión mínima de la musculatura uterina entre una contracción y otra
- . *Hipertonía*, cuando no hay relajación entre una contracción y otra.

2.3.7 Toda embarazada que presente alteración en frecuencia, duración, intensidad y tono deberá ser referida al médico.

2.3.8 A toda embarazada que presente:

- . Hipertonía o taquisistolia--se le indicará posición en decúbito lateral
- . Alteración en la dinámica uterina --deberá controlarse continuamente, incluyendo el control de frecuencia cardíaca fetal, hasta que desaparezca dicha alteración

2.4 Control de la frecuencia cardíaca fetal

2.4.1 Antes de auscultar la frecuencia cardíaca fetal se deberá hacer el diagnóstico de situación, presentación y posición fetal y, según el diagnóstico, se localizará el foco de máxima auscultación.

2.4.2 Antes de auscultar la frecuencia cardíaca fetal se debe colocar a la embarazada en posición de decúbito dorsal.

2.4.3 Para el diagnóstico de la frecuencia cardíaca fetal, se deberá controlar:

- . La frecuencia cardíaca fetal
- . Las características de la frecuencia cardíaca basal
- . Bradicardia fetal asociada con contracciones (Dips II)

2.4.4 Para determinar la frecuencia cardíaca basal se debe auscultar *antes, durante y después* de la contracción, en períodos fijos de 10 segundos con intervalos de cinco segundos durante tres contracciones seguidas, anotando los valores obtenidos y el promedio dará la frecuencia

cardiaca fetal basal.

2.4.5 Toda caída de la frecuencia cardiaca basal de amplitud mayor de ocho latidos, en tres contracciones y que persista o se ausculta después del acmé de la contracción será considerada como *bradicardia fetal asociada con contracciones* (Dips II).

2.4.6 Toda caída de la frecuencia cardiaca basal por debajo de 120 latidos por minuto será considerada como *bradicardia*. El aumento de la frecuencia cardiaca basal por encima de 160 latidos por minuto será considerado como *taquicardia*.

2.4.7 En la alteración de la frecuencia cardiaca fetal se procederá a:

- . Referir al médico
- . Suspender goteo de ocitocina, si se está administrando
- . Cambiar posición a decúbito lateral derecho o izquierdo
- . Consignar la información en los registros clínicos

2.4.8 Cuando se envía la embarazada a la sala de rayos X o al laboratorio debe continuarse el control de la frecuencia cardiaca fetal.

2.4.9 Después de auscultar la frecuencia cardiaca fetal se debe informar a la embarazada del estado del feto.

2.4.10 Se debe registrar cada control de la frecuencia cardiaca fetal y en la hoja de control del parto, anotando fecha, hora, hallazgos, observaciones y persona responsable. Se debe registrar la interpretación que se haga de la frecuencia cardiaca fetal y la referencia al médico en la hoja de enfermería.

2.4.11 A toda embarazada que va a ser monitorizada durante el trabajo de parto se le debe:

- . Explicar previamente el procedimiento
- . Evacuar la vejiga por medios físicos
- . Aplicar un enema evacuador, excepto en pacientes con amenaza de parto prematuro o contraindicación médica

2.4.12 La paciente monitorizada debe ser ubicada en un ambiente tranquilo, cómodo y seguro, y se le suministrarán líquidos orales según necesidades de hidratación e indicación médica.

2.4.13 El registro de monitoreo será instalado de acuerdo con la técnica establecida.

2.5 Valoración por tacto vaginal

2.5.1 Las características del cervix, membranas ovulares y presentación se valorarán mediante el tacto vaginal.

2.5.2 El tacto vaginal se realizará con técnica de asepsia que incluye:

- . Evacuación de la vejiga de la embarazada por medios físicos
- . Lavado vulvo-perineal con solución jabonosa y agua
- . Lavado de manos del operador
- . Guantes estériles (está contraindicado el uso de aceites como lubricantes) pero se utiliza en su lugar solución salina

2.5.3 De rutina se utilizarán, como máximo, dos tactos vaginales durante el período dilatante, uno al iniciarse el control y otro al finalizar el período dilatante; se harán tactos adicionales solo si se considera esencial para confirmar el diagnóstico.

2.5.4 Excepto en los casos en que la conducta obstétrica se decida por indicación médica, los tactos vaginales deben estar restringidos a embarazadas que presenten las siguientes características:

- . Ruptura prematura de membranas
- . Sangrado vaginal
- . Edema de cervix, genitales externos
- . Condilomatosis
- . Presentaciones "flotantes" e "insinuadas"

2.6 Características del cervix

2.6.1 Borramiento, se refiere a la longitud del cuello y se deberá evaluar si está o no borrado; en caso de edemas, los desgarros deben ser notificados.

2.6.2 Dilatación--medir y anotar, con aproximación al cm, la dilatación del orificio interno del cuello.

2.7 Membranas ovulares

2.7.1 Se aconseja usar las siguientes siglas para anotar el estado de las membranas:

- . I = Integras

- . R.A.M.A. = Rotura artificial accidental
- . R.A.M.I. = Rotura artificial intencional
- . R.E.M.A. = Rotura espontánea alta
- . R..E.M.B.= Rotura espontánea baja

2.7.2 Líquido amniótico: En el caso de estar presente es necesario observarlo y anotar sus características:

- . C = Claro
- . S = Sanguinolento
- . M = Meconial
- . (-) = Si no hay líquido amniótico

2.8 Presentación y variedad

2.8.1 La presentación se refiere al polo fetal que se encuentra en contacto con la pelvis materna y es cefálico o podálico.

2.8.2 La variedad se refiere al punto de referencia de la presentación que se pone en contacto con uno de los cuadrantes de la pelvis materna. Se aconseja usar las siguientes abreviaturas.

- . O.P = Occipito anterior o púbico
- . O.I.A. = Occipito izquierdo anterior
- . O.I.T. = Óccipito izuierto transverso
- . O.I.P. = Occipito izquierdo posterior
- . O.S. = Occipito sacra
- . O.D.P. = Occipito derecho posterior

Se reemplazará la primera letra (O) por (B) en el caso de una presentación de bregma; por (F) en la de frente; por (M) en la de cara y por (S) en la de sacro o de nalgas. En el caso de una situación transversa se aclarará en observaciones.

2.9 Plano o estación: Se utilizará *plano o estación* según el método empleado en el servicio.

2.9.1 - Plano: Se anotará en números romanos el Plano de Hodge alcanzado por la presentación (I, II, III), tomando como referencia el punto de mayor declive de la presentación.

2.9.2 Estación: Se refiere al punto de mayor declive de la presentación y su relación con las espinas ilíacas, denominándose: "O" (cero) cuando el punto de mayor declive de la presentación está en contacto con las espinas ilíacas habiéndose producido el encajamiento; "-3" "-2" "-1" cuando el punto de referencia de la presentación está por encima de las espinas y "+1" "+2" "+3" cuando está debajo de las espinas, marcándose en cm. Ejemplo:

Estación: 0, cuando el punto de referencia de mayor declive de la presentación está en contacto con las espinas.

Estación: -1, cuando el punto de referencia de mayor declive de la presentación está a 1 cm por encima de las espinas.

Estación: +2, cuando el punto de referencia de la presentación haya pasado 2 cm de las espinas.

2.10 La frecuencia del control materno y fetal durante el trabajo de parto se hace de acuerdo con el cuadro siguiente:

Frecuencia del control materno y fetal

Situación	Materno			Contractilidad uterina	Fetal F.C.F
	F.C.	P.A.	Posición materna		
Pacientes en trabajo de parto normal, primíparas con dilatación de 0-8 cm; multíparas con dilatación de 0-6 cm.	1 hora	3 hrs.	1 hora	1 hora	1 hora
Pacientes en trabajo de parto normal, primíparas con dilatación de 0-9 cm; multíparas con dilatación de 7-10 cm.	1 hora	1 hora	1 hora	30 min	30 min

F.C. = Frecuencia cardiaca materna, P.A. = Presión arterial, F.C.F. = Frecuencia cardiaca fetal.

2.11 Drogas

2.11.1 Nombre: Se anotará el nombre registrado en el medicamento.

2.11.2 Dosis: Si es una infusión de occitocina se anotará la cifra de la dosis empleada en miliunidades por minuto. Para otras drogas se anotará la dosis según el peso: miligramos, centigramos o gramos.

2.11.3 Vía: Se anotará: (SC) subcutánea; (IM) intramuscular; (IV) intravenosa; (INF) infusión intravenosa continua.

2.12 Atención general a la embarazada en trabajo de parto:

- . Suministrar líquidos orales según necesidad de hidratación
- . Indicar respiración y relajación, utilizando durante la contracción inspiración profunda y expiración lenta; relajación de músculos según método psicoprofiláctico y dar masaje en región dorsal y lumbo-sacro
- . Todo medicamento suministrado debe ser con indicación escrita
- . Se favorecerá la deambulación en embarazadas con membranas íntegras o posición en decúbito lateral derecho o izquierdo
- . Se deberá informar a la embarazada todo procedimiento a realizar y el estado del feto durante el período de dilatación
- . El medio ambiente deberá permanecer limpio, tranquilo, seguro, confortable, y se le permitirá comunicarse con sus familiares
- . Los exámenes de laboratorio que se ordenen en el trabajo de parto, se harán de acuerdo con la técnica establecida.
- . Los resultados de los exámenes de laboratorio serán interpretados y notificados al médico inmediatamente, consignándolos en los registros correspondientes
- . La información a la familia sobre el estado de la madre y el feto será responsabilidad del profesional que esté a cargo de la paciente y tendrán en cuenta las normas de cada institución
- . En todos los cambios de turno se hará entrega individual, informando sobre el estado y la evolución de la paciente y del feto, los procedimientos realizados, las indicaciones médicas y el plan de enfermería a realizar

3. Atención del parto

Objetivos

Brindar una atención de enfermería-obstetricia óptima a

la madre, feto y recién nacido durante el período expulsivo, alumbramiento y postparto.

3.1 Período expulsivo

- 3.1.1 El parto normal puede ser atendido por la enfermera y la obstetrix, o auxiliar de enfermería adiestrada y supervisada según el nivel de servicio; para la atención del recién nacido deberá haber otra persona de enfermería-obstetricia adiestrada en la atención inmediata neonatal, y debe contarse con un auxiliar de enfermería circulante.
- 3.1.2 El equipo mínimo para la atención del parto es:

- . Lámpara ciéltica y auxiliar
- . Mesa o camilla de parto
- . Mesa de instrumental
- . Mesa para recepción del recién nacido
- . Equipo e instrumental para atención de parto, episiotomía y episiorrofia
- . Ropa estéril para la paciente y el personal que la atiende
- . Guantes estériles
- . Provisión de medicamentos y material para su administración en el parto o en la atención inmediata neonatal
- . Soluciones desinfectantes: alcohol, cloruro de benzalcohol
- . Estetoscopio de Pinard
- . Tensiómetro y fonendoscopio
- . Termómetro
- . Oxígeno y aspirador
- . Material para toma de muestras de sangre
- . Papelería
- . Lavamanos con llave de codo

3.1.3 Previo traslado de la embarazada a la sala de partos se le deberá informar sobre el lugar del parto, y la forma de colaborar durante el mismo. Se traslada en camilla y con la historia clínica correspondiente.

3.1.4 El personal encargado del control del trabajo de parto debe informar la evolución del parto y las indicaciones médicas y de enfermería realizadas y a realizar a la persona responsable de la atención del parto.

3.1.5 La embarazada nulípara deberá trasladarse a la sala de partos con dilatación completa del cervix, estación de +2 y presencia de pujo; la múltipara será trasladada con dilatación de 7 a 8 cm.

3.1.6 La posición tradicional para la atención del parto es la ginecológica; en esta posición la embarazada deberá estar en franco período expulsivo y tener la región sacra apoyada sobre el borde de la mesa.

3.1.7 Debe promoverse otra posición más fisiológica, como la sentada, o favorecer la posición de Fowler, adap-

tando la mesa de partos.

3.1.8 Durante el período expulsivo debe controlarse:

- . Dinámica uterina cada 15 minutos
- . Frecuencia cardiaca fetal cada 10 minutos
- . Mantener informada a la embarazada sobre los procedimientos a realizar, evolución del parto y estado del feto. Se le estimulará a pujar en cada contracción con pujo largo y sostenido, indicándose relajación entre contracciones.

3.1.9 Se indicará evacuación espontánea de vejiga y se hará lavado vulvo-perineal y cara interna de los muslos; se cubrirá la zona mencionada y las extremidades inferiores con campos estériles según técnica establecida.

3.1.10 La persona asignada para la atención del parto deberá:

- . Realizar lavado de manos y antebrazos con agua, jabón y cepillo según la técnica quirúrgica
- . Vestir ropa apropiada que incluye: gorro, mascarilla, blusa estéril; usar guantes estériles según técnica quirúrgica

3.1.11 Se controlará el progreso del período expulsivo mediante cambios en altura, variedad de posición y grado de flexión de la presentación.

3.1.12 Cuando la presentación corone deberá realizarse:

- . Amniotomía, si están íntegras las membranas, observando cantidad y características del líquido amniótico
- . Episiotomía mediana o mediana-lateral previa infiltración de anestesia de rutina a todas las pacientes primigestas
- . Episiotomía a pacientes multiparas previa evaluación de la elasticidad de periné y tamaño del feto

3.1.13 Todo medicamento que se administre a la paciente durante el período expulsivo deberá ser por prescripción médica, escrita con nombre del medicamento, dosis, día y firma del médico.

3.2 Expulsión fetal

3.2.1 La recepción del feto se realizará favoreciendo la expulsión espontánea de la presentación, previniendo la expulsión brusca y sobredistensión del periné; permitiendo la rotación externa y corroborando la presencia de círculos de cordón al cuello fetal, en este caso se procederá a aflojarlos, si es factible; de lo contrario, se pinza y se corta. Terminada la expulsión de la cabeza se aspirarán secreciones de narinas y boca; se ayudará a que los hombros

salgan haciendo presión relativa del hombro anterior hacia el periné y a la inversa con el hombro posterior, evitando desgarros vulvo-perineales a la madre.

3.2.2 Al momento de nacer a todo neonato se le realizará:

- . Aspiración inmediata de secreciones orofaríngeas utilizando pera de goma o sonda, preferiblemente antes del primer llanto
- . Se colocará en una mesa que debe estar a nivel más bajo que el periné de la madre para facilitar el traspaso de la sangre desde la placenta
- . Se pinzará el cordón umbilical a 5 cm de la piel del neonato después que cesen las pulsaciones

3.2.3 Inmediatamente después de la expulsión del feto debe pinzarse el cordón en los siguientes casos:

- . Recién nacido con asfixia neonatal (depresión respiratoria grave) ya que en ellos está disminuido el PH de la sangre
- . Recién nacido de bajo peso al nacer, para evitar hemoconcentración e hipovolemia que conduciría a una insuficiencia cardiaca neonatal
- . Recién nacido con enfermedad hemolítica por factor Rh para disminuir la isoimmunización
- . Recién nacido hijo de madre que ha recibido anestesia por inhalación o Pentothal para disminuir el paso de la droga al niño

3.3 Período de alumbramiento

3.3.1 Se colocará una pinza de Kocher en el cordón umbilical de la placenta a nivel de la horquilla vulvar extendiendo el cordón.

3.3.2 Se mantendrá una actitud expectante observando:

- . Pérdida de sangre: cantidad
- . Descenso del cordón
- . Retracción del cordón, altura uterina y sus modificaciones

3.3.3 Comprobado el desprendimiento de la placenta:

- . Se dejará exteriorizar la placenta por su propio peso, haciéndola rotar sobre sí misma, para extraer las membranas
- . Se revisarán la placenta y las membranas para comprobar su integridad o identificar anomalías

3.3.4 Terminada la expulsión de la placenta se procederá a controlar la presión arterial materna.

3.3.5 Expulsada y revisada la placenta, se deberá cambiar los guantes para realizar revisión manual del cuello, vagina, genitales externos.

3.3.6 Deberá referirse al médico: pacientes que presenten retención de restos placentarios, ovulares, hemorragia y desgarros perineales Grado III.

3.3.7 Cuando se haya realizado la episiotomía, se procederá a la sutura reconstruyendo los planos comprometidos, según técnica. Los desgarros perineales Grados I y II se suturarán según técnica establecida; terminada la sutura se realizará lavado vulvo-perineal evitando la entrada de líquido por la vagina.

3.3.8 Antes de trasladar a la parturienta de la mesa de parto a la camilla se deberán realizar los siguientes controles maternos: presión arterial, frecuencia cardíaca, altura del útero, formación del globo de seguridad y pinard y sangrado vaginal.

3.3.9 Todos los procedimientos que se hayan aplicado a la parturienta durante la atención del parto deberán consignarse en los registros clínicos correspondientes.

3.3.10 En todo cambio de turno se hará entrega individual de pacientes, informado estado y evolución de la paciente y del feto, procedimientos y acciones realizadas y a realizar.

3.3.11 La información a la familia de la paciente sobre el estado y el sexo del recién nacido será responsabilidad del profesional que esté a cargo de la atención del parto.

3.4 Posparto inmediato

3.4.1 A la parturienta, en las dos primeras horas del posparto se le deberán realizar cada 15 minutos los siguientes controles; presión arterial, frecuencia cardíaca, globo de seguridad y sangrado vaginal hasta que se estabilice.

3.4.2 A la paciente que presente hipotonía uterina se le realizará masaje y expresión uterina según técnica establecida.

3.4.3 Se referirá al médico:

- . Paciente con hipotonía uterina que no ceda con masaje y expresión
- . Paciente con alteraciones en la presión arterial y frecuencia cardíaca. Estas pacientes no deben ser trasladadas al servicio de puerperio hasta no corregir su alteración.

4. Atención del recién nacido

Objetivos:

Otorgar al recién nacido una atención, oportuna, eficiente y libre de riesgo para ayudarle a una mejor adaptación a la vida extrauterina. Contribuir a la disminución de la morbimortalidad neonatal precoz.

4.1 Recursos y atención general

4.1.1 Para la atención inmediata del recién nacido según el grado de atención que requiera se necesitará:

- . Si el requisito de atención es bajo: una enfermera u obstetriz con adiestramiento en neonatología
- . Si el requisito de atención es mayor o predomina alto riesgo, deberá haber un neonatólogo y una enfermera u obstetriz adiestrada

4.1.2 El equipo y material necesario para la atención:

- . Una mesa rodante con altura graduable inferior a la mesa o camilla de la madre (ya mencionada en el epígrafe 3.6.2)
- . Una colchoneta con forro impermeable
- . Una sabanilla estéril
- . Un campo y una compresa para la recepción inmediata del recién nacido
- . Un equipo de aspiración compuesto por: un aspirador eléctrico o pipeta de aspiración (Lee), sondas de aspiración de polietileno o Nélaton No. 7 y una cubeta riñonera estéril para agua
- . Un foco de luz infrarroja o blanca de alta potencia para dar calor, ubicado a un metro de altura de la superficie de la mesa de recepción del niño
- . Una mesa anexa ubicada preferentemente en una sala de recepción que contendrá:
 - . Una colchoneta con forro impermeable precalentada
 - . Una balanza, tallómetro, cinta métrica, termómetro
 - . Material para ligadura del cordón, identificación del recién nacido y profilaxis ocular
 - . Fuente de calor según temperatura ambiente
 - . Ropa y sabanillas para el recién nacido
 - . Antisépticos y guantes estériles
 - . Una cuna preparada con sabanillas y cobertores precalentados

4.1.3 La sala de partos y recepción del recién nacido debe tener una temperatura ambiente de 26 a 28°C para evitar cambios bruscos en la temperatura del neonato.

4.1.4 La persona que efectúe la recepción inmediata del recién nacido debe entrar a la sala con vestimenta especial, previo lavado quirúrgico de manos; asimismo, debe conocer los antecedentes de la evolución del trabajo de parto

y condición materno-fetal para ofrecerle una atención adecuada al recién nacido.

4.2 Atención inmediata del neonato con buena ventilación (Índice de Apgar 7-10)

4.2.1 Inmediatamente que se produzca la expulsión del neonato se procederá a limpiarlo y secarlo suave y rápidamente para evitar pérdida de calor por evaporación; se le trasladará inmediatamente a la sala o mesa de recepción cubierto con una sabanilla estéril para evitar enfriamiento.

4.2.2 Se clasificará la vitalidad del neonato según el índice de Apgar al primer minuto de vida (a partir de la expulsión del último polo fetal), a los cinco y a los 10 minutos. El índice de Apgar permite clasificar los recién nacidos en tres grupos:

- 7-10 Buena ventilación
- 4-6 Moderadamente deprimidos
- 0-3 Gravemente deprimidos

4.2.3 El índice de Apgar se aplica conforme al cuadro siguiente:

Valoración de Apgar

Puntaje Características	0	1	2
Frecuencia cardíaca	No hay	Lenta, menos de 100	100 o más
Esfuerzo respiratorio	No hay o no respira	Llanto débil, respira mal	Movimientos activos, buena flexión
Tono muscular	Flácido o sin movimiento	Movimientos escasos o algo de flexión de extremidades	
Irritabilidad o dispuesto a la estimulación	No reacciona	Mueca o algo de movimiento	Tos o estornudo, llanto, reacción de defensa
Color de la piel	Azul o pálida	Pies y manos azules	Completamente rosado

4.2.4 Ligar el cordón umbilical a 3 cm de la piel, observando en el muñon los vasos (uno vena y dos arterial) corroborando la hemostasis.

4.2.5 Administrar 1 mgr de vitamina K intramuscular, según norma del servicio

4.2.6 Realizar la profilaxis ocular con gotas oftálmicas indicadas; si es del sexo femenino se realizará instilación

vulvar según la técnica, con objeto de prevenir posible infección ocular y vulvar adquiridas en el canal del parto.

4.2.7 Pesar, medir la talla y el perímetro cefálico, datos necesarios para el examen físico.

4.2.8 Se realizará el examen físico del recién nacido, tratando de detectar cualquier anormalidad y haciendo la determinación de la edad gestacional según prueba de Valoración de la Edad Gestacional (Anexo II)

4.2.9 Identificar al recién nacido, según las pautas del servicio, corroborando dicha identificación con la madre, para prevenir así el riesgo de una identificación deficiente.

4.2.10 Se controlará y registrará la temperatura axilar antes de vestirlo en forma definitiva, iniciándose el control de la temperatura cada dos horas hasta estabilizarla.

4.2.11 Se favorecerá el alojamiento conjunto madre-hijo; es aconsejable colocar al recién nacido en seno materno en la propia sala de partos, lo que contribuirá a la involución uterina y relación afectiva madre e hijo.

4.2.12 Una vez efectuada la atención inmediata del recién nacido, se deben consignar los datos obtenidos en los registros correspondientes.

4.3 Atención del recién nacido moderadamente deprimido

(Índice de Apgar 4-6)

4.3.1 Asegurar una ventilación adecuada, tratando de:

- a) mantener vía aérea libre
- b) aplicar estímulos, dando con fuerza en las plantas de los pies, evitando la aplicación de otros procedimientos que puedan producir traumatismos.

c) Oxigenar:

- Con carpa si se han establecido los movimientos respiratorios espontáneos
- Con máscara a presión positiva a un ritmo de 40 insuflaciones por minuto o si no se ha establecido la respiración espontánea

4.3.2 En estos recién nacidos (con puntaje de 4-6) en general no es necesario realizar masaje cardiaco para mantener una circulación efectiva.

4.3.3 La corrección o no de la acidosis metabólica dependerá de cada caso en particular y de las pautas del servicio.

4.3.4 Se referirá para atención médica a todo recién nacido gravemente deprimido (Apgar 0-3) o con anomalías identificadas.

4.4 Valoración de la edad gestacional del neonato

Objetivo:

Evaluar la edad gestacional del neonato mediante la aplicación de parámetros somáticos en las primeras 24 horas de vida.

4.4.1 Para evaluar la edad gestacional se deberá contar con la prueba de Valoración de la Edad Gestacional (Anexo II) que incluye los siguientes parámetros:

Somáticos:

- Textura de la piel
- Forma de oreja
- Tamaño de la glándula mamaria
- Formación del pezón
- Pliegues plantares

4.4.2 Antes de realizar la evaluación de la edad gestacional, se procederá a efectuar lavado de manos y se usará vestimenta adecuada al servicio.

4.4.3 Al recién nacido sano sin signos de patología neurológica, se le deberá aplicar la prueba somática después de cumplidas las 24 horas de nacido, cuando está en estado de vigilia tranquila.

4.4.4 A la madre de todo recién nacido, en Alojamiento Conjunto, a quien se le va a aplicar la prueba somática, se le debe explicar el objetivo y el procedimiento a seguir.

4.4.5 Está contraindicado aplicar la prueba a recién nacidos que se encuentren alterados por el llanto, hambre o estímulos previos, deprimidos por frío o somnolientos. Al efectuar la prueba se deberán evitar maniobras repetidas

o prolongadas ya que estas pueden falsear el dato real.

4.4.6 La prueba se realizará en la cuna del recién nacido, quitándole la ropa previamente y manteniéndolo a una temperatura adecuada. Si está sucio, debe asearse previamente y dejarlo descansar por 30 minutos.

4.4.7 El valor que se asigne a cada parámetro se irá anotando, para sumarlos al final y obtener un puntaje que se sumará a una constante fija que para el recién nacido normales de 200. El resultado total dará los días de la edad gestacional, con un margen de error de más o menos 8 días.

En los casos de recién nacido con depresión neurológica el valor de la constante será igual a 204 y el margen de error de más o menos nueve días.

Los datos obtenidos por los parámetros evaluados se correlacionarán con el tiempo de amenorrea para obtener un dato más exacto de la edad gestacional.

Cuando haya diferencia en los parámetros de forma de la oreja, tamaño de glándula mamaria, pliegues plantares y formación del pezón se anotará el de mayor puntaje.

4.4.8 Terminada la prueba, se deberá dejar al recién nacido vestido y en condiciones de bienestar. El puntaje obtenido deberá anotarse en el registro clínico correspondiente. Cuando se tienen dudas sobre cualquiera de los parámetros a ser valorados se debe referir al médico.

B. Participación de enfermería-obstetricia en el manejo del parto prematuro

1. Valoración de la madurez fetal

Objetivos:

Participar con el equipo de salud en el diagnóstico de maduración fetal, brindando la atención de enfermería obstetricia requerida por la madre y el feto durante el desarrollo de los procedimientos.

Programar la atención de enfermería-obstetricia requerida por el neonato según edad gestacional

1.1 Preparación de equipo y material

1.1.1 Para toda prueba de líquido amniótico por punción abdominal se deberán tener preparados los siguientes equipos estériles:

Una bandeja que contenga:

Un frasco de procaína al 1% para lavar catéter, permeabilizar aguja y para usar en casos clínicos especiales (oli-

goamnios)

Dos jeringas de 2 cc L.L. para pruebas de pH

Dos jeringas de 10 cc L.L. para suero y procaína

Dos jeringas de 20 cc L.L. para extraer líquido amniótico para diferentes pruebas

Dos agujas cortas No. 20 para pinchar tapones

Una aguja intradérmica para infiltración anestésica de piel

Dos agujas exploradoras No. 20, de 4 y 6 pulgadas (para usar según panículo adiposo de la madre) para extracción de líquido amniótico

Dos agujas 18 T (pared fina) de 4 y 6 pulgadas para colocar catéter

Dos catéteres PE 50 de 60 cm de longitud con una punta libre y el otro extremo con una aguja roma No. 22

Un catéter intercomunicador

Un paquete de ropa estéril con: 3 campos quirúrgicos, 2 hisopos para aplicar antisépticos y 1 paquete de gasas

Guantes estériles No. 7 7 1/2, 8, 8 1/2

Material limpio no estéril para recolección de muestras de laboratorio:

- 2 tubos de vidrio de 10 cc adaptables a una centrífuga, con tapa, envueltos en papel oscuro que aisle la luz, para espectrofotometría

- un frasco de 20 cm, preferentemente plástico, para recoger líquido amniótico para otras muestras

1.1.2 Los tubos y frascos que se van a usar para las muestras en cada caso serán rotulados e identificados para evitar pérdida.

1.1.3 Toda muestra para determinación de pH debe enviarse de inmediato al laboratorio en la misma jeringa en que se tomó la muestra, sin aire y ocluida con un tapón para evitar alteración del resultado y previamente identificada con:

. Nombre completo de la paciente

. Nombre de la historia clínica

. Fecha y hora

. Médico responsable

1.2 Atención de la paciente antes y durante la punción amniótica

1.2.1 A toda paciente a quien se le vaya a realizar la prueba de líquido amniótico por punción abdominal, por considerarse este un procedimiento quirúrgico, se le deberán administrar los siguientes cuidados o procedimientos:

. Ducha o baño corporal

. Rasurado abdominal y púbico

. Vaciamiento vesical lo más cerca de la hora del traslado a la sala quirúrgica o la sala donde se hará la punción

. Enema evacuador según técnica o indicación (la víspera de realizar el procedimiento)

. Cambio de su ropa propia por la del servicio

. Suspensión de ingesta de alimentos sólidos dos horas antes de la punción

1.2.2 Se deberá trasladar a la paciente para la punción al sector quirúrgico con su historia clínica, informando verbalmente al médico los datos de mayor importancia; si la paciente es ambulatoria debe venir acompañada por persona idónea del servicio del consultorio externo y con historial completo; si la paciente está internada debe trasladarse en camilla, silla de ruedas o caminando, según su estado y se le debe informar del procedimiento a realizar, el objetivo de este y la colaboración que se espera de ella.

1.2.3 El personal de enfermería que asiste a la paciente y al médico en la punción abdominal deberá llevar vestimenta especial: bata, gorro, botas. Asimismo debe haber realizado el lavado quirúrgico de manos y antebrazos, según técnica establecida, previa entrada a la sala quirúrgica.

1.2.4 Durante el procedimiento de punción abdominal para la toma de prueba de líquido amniótico, la paciente deberá permanecer acostada en la mesa o cama de parto, en decúbito dorsal, salvo indicación médica diferente, cubierta con sábanas y con una vena canalizada para infusión.

1.2.5 A la paciente preparada para punción abdominal se le controlarán y registrarán los siguientes parámetros, con informe verbal al médico que la asiste.

. Signos vitales: frecuencia cardíaca, presión arterial, comparándolos con los del último control.

. Altura uterina

. Palpación para identificar posición fetal y localizar foco de mayor auscultación cardíaca fetal

. Frecuencia cardíaca fetal tomada con estetoscopio de Pinard, Doptone o monitor, según el equipo de que disponga el servicio

1.2.6 En la preparación del área a puncionar deberá considerarse:

. Lavado quirúrgico según técnica

. Desinfección de la piel previa localización del sitio de punción indicado por el médico

1.3 Controles a realizar en la paciente después de la punción

1.3.1 La paciente deberá mantenerse en decúbito dorsal hasta que el médico indique o autorice cambio de posición.

1.3.2 Una vez terminada la punción, la paciente deberá permanecer bajo control en la sala por lo menos 109 minutos, verificándose y registrándose los siguientes parámetros:

- . Frecuencia cardiaca fetal
- . Presión arterial materna
- . Frecuencia cardiaca materna
- . Actividad uterina
- . Observación del sitio de punción para detectar salida de líquido amniótico

1.3.3 Al terminar las pruebas se debe informar a la paciente sobre el estado del feto y si es posible dejarla que escuche los latidos cardiacos fetales.

1.3.4 Toda acción de enfermería-obstetricia y la aplicación de las indicaciones médicas, así como la tolerancia al procedimiento por la paciente, deberá quedar registrada en el lugar correspondiente de la historia clínica.

1.3.5 La paciente que ha tolerado en buena forma el procedimiento y que está hospitalizada en la institución, será trasladada en la misma forma a la sala, con su historial completo. La paciente ambulatoria no hospitalizada se observará por el lapso mínimo de media hora y se le dará de alta con las siguientes instrucciones:

- . Reposo en cama por 24 horas
- . Aspirina según necesidad
- . Observar sitio de punción
- . Citación para el próximo control

2. Ruptura prematura de membranas

Objetivos:

Planear, realizar y evaluar la atención de enfermería-obstetricia requerida por la paciente y el feto a fin de prevenir infección amniótica y fetal.

2.1 A la paciente que ingresa al servicio con diagnóstico de ruptura prematura de membrana se procederá a realizar anamnesis, haciendo hincapié en el interrogatorio sobre:

- Pérdida de líquido por vagina:
 - Forma de expulsión del líquido
 - Características, teniendo en cuenta color, cantidad, olor, consistencia
 - Fecha y hora en que se inició el episodio
- Presencia de contracciones uterinas:
 - Frecuencia, duración, fecha y hora de inicio
- Tipo de actividad física que estaba desarrollando cuando se inició la pérdida
- Si ha empleado duchas vaginales o baño de inmersión, técnica y soluciones empleadas

2.2 A la paciente a quien se va a examinar mediante amnioscopia o especuloscopia (visualización de la bolsa amniótica a través del amnioscopio o espéculo), antes del examen se procederá a:

- Lavado vulvo-perineal con agua y solución desinfectante previniendo entrada del líquido por la vagina
- Control de temperatura bucal y frecuencia cardiaca
- Preparación de equipo para toma de muestra: citología, cultivo, antibiograma del líquido amniótico
- Colocación de la paciente en posición ginecológica

2.3 A la paciente con ruptura prematura de membranas se le indicará reposo absoluto en cama y se controlará: temperatura bucal, pulso, frecuencia cardiaca fetal, contractilidad uterina, cada cuatro horas.

2.4 Toda droga que se administre a una paciente con ruptura prematura de membranas debe ser indicada por el médico en el registro clínico.

2.5 En la ruptura prematura de membranas se proscriben los tactos, salvo los que sean necesarios para determinar conductas obstétricas.

2.6 La paciente recibirá orientación antes del alta sobre conducta a seguir en su domicilio, que incluye:

- . Reposo en cama y control de temperatura bucal cada seis horas
- . Observación de pérdida de líquido por vagina, prestando atención especial: cantidad, color, consistencia
- . Contraindicación de relaciones sexuales, duchas vaginales y baños de inmersión, y orientación sobre la técnica del lavado vulvo-perineal

Indicación de consumo de alimentación ricas en celulosa (verduras, frutas para prevenir estreñimiento)

- . Manejo de tratamiento farmacológico en forma escrita
- . Cita médica para el próximo control y consulta de emergencia ante cambios que se presenten tales como: pérdida de líquido por vagina, aumento de temperatura, presencia de contracciones uterinas

3. Drogas útero-inhibidoras

Objetivos:

Planear, realizar y evaluar la atención de enfermería-obstetricia requerida por la paciente y el feto durante la administración de drogas útero-inhibidoras.

3.1 Las drogas útero-inhibidoras deberán ser prescritas por el médico, en forma escrita, en el registro clínico

correspondiente, indicando nombre del medicamento, concentración, día, firma del médico.

nos y síntomas. Se le ubicará en un lugar tranquilo y acerca del puesto de control de enfermería.

Controles maternos	En condiciones basales previo al tratamiento		Tratamiento de ataque	Tratamiento de sostén
Actividad uterina	Frecuencia	30 min seguidos	Controles por 20 minutos con intervalos de 15 minutos en las primeras 2 hrs.	Cada 4 horas durante 45 min
Controles vitales	Presión arterial	2 observaciones con 5 minutos de intervalo	Cada 10 minutos en la primera hora, cada 30 minutos en las horas subsiguientes	Cada 6 horas
	Frecuencia cardíaca materna	2 observaciones con 5 minutos de intervalo	Cada 10 minutos durante 1 minuto en la primera hora y cada 30 minutos el las horas subsiguientes	Cada 6 horas
	Temperatura bucal	1 observación	Cada 6 horas	Cada 6 horas
Cuello uterino	Borramiento, posición, dilatación y estado de las membranas		Al finalizar el tratamiento de ataque (según indicación médica)	Dependerá de la indicación médica
Fetales	Frecuencia cardíaca fetal, control clínico seguido		Control clínico seguido. En caso de hipotensión materna, control de F.C. F. cada 15 minutos	Cada 6 horas durante 1 minuto

Nota: Cada vez que se modifique la *concentración* o el fármaco, se iniciarán los controles descritos en el tratamiento de ataque.

3.2 Los controles de pacientes tratadas con droga útero-inhibidora se harán según el siguiente cuadro:

3.3 Se referirá al médico toda paciente que antes del tratamiento presente:

- . Frecuencia cardíaca mayor de 100/minutos
- . Presión arterial sistólica menor de 100 mm Hg antes de iniciar la administración de la droga
- . Hipertermia de 38°C o más

3.4 Preparación de la paciente: se le explicará el tipo de tratamiento farmacológico, los cambios que deben ser identificados tales como taquicardia, mareos u otros sig-

3.5 Durante el tiempo que reciba el tratamiento permanecerá en reposo absoluto y en posición de decúbito lateral permitiéndose cambio de posición según necesidad. Preparación de la droga:

Se preparará en base a la siguiente fórmula:

$$\text{Concentración: } 1 \text{ amp} = 0.5 \text{ mg} = 500\text{mcgr}$$

$$X = \frac{\text{lcm} \times \text{mcgr}}{\text{Solución}} = \text{mcgr/mir}$$

Velocidad de perfusión:

$$X = \frac{(\text{No. gotas/mlt}) \times (\text{mcgr requer./min})}{\text{Concentración}} = \text{No. gotas/min}$$

3.6 La administración de drogas útero-inhibidoras se hará mediante venoclisis de vena periférica de la cara interna del antebrazo. Se ajustará velocidad del goteo según cálculo y posteriormente se agregará la cantidad calculada del medicamento en el frasco de suero.

3.7 Toda medicación útero-inhibidora por infusión intravenosa debe llevar su frasco rotulado donde conste:

- . Cantidad y tipo de suero
- . Cantidad de medicamento
- . Velocidad de infusión
- . Firma de la persona que lo preparó
- . Fecha y hora de inicio

3.8 Toda paciente con drogas útero-inhibidoras se referirá al médico cuando:

- . La frecuencia de las contracciones aumenten o se mantengan con relación al control inicial previo al tratamiento, a los 30 minutos de iniciado el tratamiento de ataque
- . La presión arterial disminuya en un 15% del valor inicial al tratamiento
- . La frecuencia cardíaca materna aumente en un 30% del valor inicial
- . La temperatura bucal se eleve por encima de 38°C
- . Se observe pérdida de líquido o sangre por vía vaginal
- . La frecuencia cardíaca fetal presente alteraciones tipo dips, taquicardia o bradicardia

3.9 Se llevará registro con hoja especial de toda paciente a quien se administre drogas útero-inhibidoras, en la que conste:

- . Nombre de la paciente
- . Antecedentes obstétricos
- . Factores de riesgo
- . Fecha y hora de iniciación del cuadro
- . Fecha y hora del tratamiento
- . Fecha y hora de iniciada la infusión

3.10 Se informará a la paciente bajo tratamiento ambulatorio con drogas útero-inhibidoras orales sobre las posibles complicaciones que pueda tener en relación al medio clínico que dio lugar a su internación, tales como:

- . Taquicardia
- . Baja de la presión arterial (mareos, sudoración)
- . Aumento de las contracciones

. Pérdida de líquido por vagina

3.11 Se le enseñará y comprobará que ha aprendido:

- . Nombre del medicamento, dosis, horario de administración
- . Reposo relativo
- . Identificación de los signos de alarma señalados en el epígrafe 3.8
- . Contraindicación de relaciones sexuales, duchas vaginales y baños de inmersión
- . Consumo de alimentos ricos en celulosa para prevenir estreñimiento
- . Cita para control médico a los cuatro días de egreso

4. Recepción del neonato gravemente deprimido (Índice de Apgar 0-3)

Objetivos:

Realizar el diagnóstico precoz del neonato deprimido, utilizando el índice de Apgar y observación constante. Determinar conducta a seguir en la reanimación del neonato, según el grado de depresión.

4.2 La unidad de recepción del recién nacido deberá contar con:

- . Equipo y material necesario y en condiciones de ser usados de inmediato en la reanimación del recién nacido
- . Manual de procedimientos actualizado, visible e ilustrado

4.3 El equipo para la atención del neonato gravemente deprimido constará de:

- . Aspirador mecánico o eléctrico, fuente de oxígeno y calor
- . Bandeja de entubación con: laringoscopio con pilas blindadas; sonda para aspiración endotraqueal (Nélaton No. 7); sonda de polietileno con orificios laterales; canuto de entubación (Nos. 25 y 3)
- . Caja de ambú completo y tubo de Mayo, cubeta riñonera y campo estéril
- . Incubadora o cuna precalentada
- . Bandeja de cateterismo umbilical: 2 campos estériles; 1 campo fenestrado para recién nacido; 2 catéteres radio opacos (3.5 y 5.F-2); 2 pares de guantes estériles; 2 jeringas de 10 cc y 5 cc; 1 microgotero; 1 ampolla de heparina; 1 llave de paso
- . Soluciones: bicarbonato, TAY, suero glucosado, gluconato de calcio, konakión
- . Equipo de inyectables
- . Ropa estéril de recién nacido

- . Equipo adicional de: atención inmediata del recién nacido

4.4 Atención del recién nacido gravemente deprimido

4.4.1 En los niños que nacen *pálidos, hipotónicos y apnéicos* la evaluación de la vitalidad se debe de realizar de inmediato, antes del primer minuto, y se procederá a efectuar las maniobras de reanimación.

4.4.2 La reanimación del recién nacido contribuye a: asegurar una ventilación adecuada; mantener una circulación efectiva; corregir la acidosis metabólica.

4.4.3 Los siguientes procedimientos de reanimación se emplean para asegurar una ventilación adecuada, manteniendo la vía aérea libre:

- . Elévese los hombros del recién nacido con una toalla enrollada. Sostenga su cabeza, tomándola biparietalmente con la mano derecha. Abra la boca colocándolo en ligera hiperextensión

. Tome el laringoscopio con la mano izquierda e introdúzcalo lentamente por el lado derecho de la boca del recién nacido, apuntándolo hacia la fosa amigdalina. Centre el instrumento cuando se vea la glotis. Se debe tener cuidado de no penetrar al esófago

- . Deslizar el laringoscopio ligeramente hacia arriba de modo de hacer presión sobre los tejidos anteriores a la epiglotis y permitir la apertura de esta estructura, exponiendo así la entrada a la tráquea

. Introduzca un tubo endotraqueal con adaptador por el lado derecho de la boca del niño, haciendo avanzar la punta hacia la tráquea

- . Saque cuidadosamente el laringoscopio procurando no sacar el tubo

. Succione cualquier material presente a través del tubo endotraqueal

. Haga insuflaciones insertando la bolsa al tubo endotraqueal mediante el adaptador

. Si está haciendo respiración boca-tubo, hágase insuflaciones con aire enriquecido con oxígeno

. Obsérvese la elevación del tórax con cada introducción del aire. (Si el abdomen se distiende, el tubo está en el esófago)

. Continúe las inflaciones a un ritmo de 30-40 por minuto hasta lograr una respiración regular y latidos cardiacos

4.4.4 Para mantener una circulación efectiva en los recién nacidos con paro cardiaco o una frecuencia cardiaca por debajo de 60 lat/min se efectuará masaje cardiaco externo.

Técnica del masaje cardiaco externo:

. Con los dedos índice y medio deprimir la parte baja del esternón aproximadamente dos veces por segundo (120 veces por minuto). Cada 3 masajes se debe realizar una insuflación evitando que ambas maniobras se realicen simultáneamente

. Continuar con esta maniobra hasta que la frecuencia cardiaca del recién nacido sobrepase los 100 latidos por minuto

4.4.5 Corrección de la acidosis metabólica: esto estará cubierto por las pautas que establezca el servicio.

4.4.6 Traslado del recién nacido reanimado: se trasladará a la unidad correspondiente en incubadora vigilándose estrechamente sus signos vitales y prestándole atención continua hasta su recuperación total.

C. Participación de enfermería-obstetricia en el manejo de drogas útero-estimulantes y de drogas anestésicas y analgésicas

Objetivos:

Programar, realizar y evaluar la atención de enfermería-obstetricia requerida por pacientes, fetos y recién nacidos que reciben por indicación médica drogas útero estimulantes, analgésicas y anestésicas.

1. Normas generales

1.1 Toda paciente a quien se vaya administrar drogas útero-estimulantes, anestésicas o analgésicas durante el período del parto debe tener una indicación médica escrita indicando:

- . Nombre del medicamento
- . Dosis en miliunidades por minuto (ocitocina) o peso en gramos (anestésicos-analgésicos)
- . Vía de administración
- . Fecha, día, hora
- . Firma de la persona responsable

1.2 Se le explicará a la paciente el tipo de medicamento que se va a administrar y los cambios esperados: presencia o aumento de la contractilidad uterina.

1.3 Durante el tiempo que dura el tratamiento la paciente permanecerá en reposo absoluto; se le debe ubicar en lugar tranquilo y cerca al puesto de control de enfermería.

2. Administración de droga útero-estimulante: ocitocina

2.1 Preparación de la droga: Se prepara en base a la siguiente fórmula:

Unidades internac.	Diluyente	Equivalente
5 UI	500 cc	10 mU X cc
10 UI	500 cc	20 mU X cc
5 UI	1,000 cc	5 mU X cc
10 UI	1,000 cc	10 mU X cc

$$\text{Concentración X} = \frac{1 \text{ cm X UI}}{\text{Solución}} = \text{mU/minuto}$$

Velocidad de perfusión:

$$X = \frac{\text{No. gotas/ml X (mU requeridas/min)}}{\text{Concentración}} = \text{Gotas/min}$$

2.2 Toda medicación de ocitocina por infusión intravenosa debe llevar rótulo en el frasco donde conste:

- . Cantidad y tipo de suero
- . Dosis del medicamento
- . Velocidad de infusión
- . Firma de la persona que la preparó
- . Fecha y hora de inicio

2.3 Una vez comenzada la infusión de ocitocina debe controlarse:

- . Actividad uterina: frecuencia, duración, intensidad y tono cada 15 minutos hasta estabilizarse
- . Frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos
- . Presión arterial y frecuencia cardíaca materna cada 60 minutos

La frecuencia de los controles posteriores dependerá de la respuesta de la dinámica uterina y estará en relación con el momento en que se encuentre el parto.

2.4 Prueba de tolerancia fetal a las contracciones uterinas (prueba de Pose)

- . Deberá registrarse la actividad uterina previa, por lo menos 30 minutos antes de someter a la paciente a la prueba de Pose
- . Antes de iniciar la prueba de Pose, se procederá a preparar el equipo necesario (véase Valoración de la madurez feta)
- . Los pasos previos a la instilación de la solución, así como

el control y registro correspondiente son los mismos indicados en normas generales y ocitocina (véase epígrafes 1.1 al 2.3)

2.5 La paciente a quien se esté controlando la actividad uterina con ocitocina y que presente modificaciones por encima o por debajo de los valores considerados normales, será referida al médico.

2.6 La paciente sometida a prueba de Pose y que presente aumento de la intensidad de las contracciones, seguida de períodos de sufrimiento fetal (Dips II), se cambiará de posición a decúbito lateral, se suspenderá la infusión de ocitocina y se referirá al médico.

2.7 A la paciente que en la auscultación de frecuencia cardíaca fetal presente 3 Dips II en 10 minutos, se suspenderá la infusión de ocitocina y se avisará al médico.

3. Administración de drogas anestésicas y analgésicas

3.1 Se ejercerán los siguientes controles antes de la administración de la droga:

3.1.1 Maternos:

- . Frecuencia cardíaca
- . Presión arterial
- . Estado de conciencia

3.1.2 Fetales:

- . Frecuencia cardíaca fetal
- . Bradicardia asociada con contracciones

3.1.3 Cervix (mediante tacto vaginal):

- . Borramiento
- . Dilatación

3.2 Toda alteración que se encuentre en los controles anteriores debe ser notificada al médico antes de administrar el medicamento.

3.3 Se administrará la droga según técnica establecida. Se registrará dosis, día fecha y hora y llevará la firma de la persona que la administra.

3.4 Controles posteriores de drogas anestésicas:

- . Se controlará: pulso, presión arterial, respiración, conciencia cada 10 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos posteriormente hasta el momento del parto. Frecuencia cardíaca fetal cada 10 minutos durante la primera hora, cada 20 minutos posteriormente
- . La frecuencia de estos controles se modificará de acuerdo con el estado del feto y la madre
- . Toda paciente en la que se encuentren modificaciones en estos controles será referida al médico inmediatamente

3.5 Atención del neonato cuya madre recibió droga analgésica o anestésica.

- . A todo recién nacido cuya madre haya recibido drogas

analégsicas o anestésicas por vía intravenosa o intramuscular antes del parto, se le aplicará el índice de Apgar al 1er, 5º y 10º minuto de nacido. Se controlará la respiración (frecuencia y característica), temperatura axilar, frecuencia cardiaca, respuesta al estímulo cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante la segunda hora; posteriormente se controlará junto a su madre cada tres horas: temperatura axilar, respiración, succión y deglución y actividad

3.6 A la madre se le indicará la importancia de observar al niño en relación con: la actividad del recién nacido (llanto, movimientos, hora de sueño y vigilia), succión (fuerza), regurgitación, vómitos y frecuencia de las mamadas.

D. Conclusiones y recomendaciones del Grupo de Trabajo

Conclusiones

Este trabajo representa el esfuerzo conjunto de un grupo de enfermeras y obstétricas en el desarrollo de normas de atención materno-neonatal intrahospitalaria en el CLAP. Estas normas deberían complementarse posteriormente con normas referentes a la atención prenatal puerperal, atención del neonato hospitalizado y el control del crecimiento-desarrollo del niño.

Estas normas requieren más del conocimiento y habilidad clínica de un recurso humano bien preparado que de instrumental especializado, por eso puede aplicarse en cualquier servicio materno-neonatal sin necesidad de equipo o material más sofisticado.

La aplicación de estas normas, por tanto, requiere una redefinición de funciones, actividades y tareas del personal de enfermería-obstetricia para una buena implementación y mejor utilización de los recursos humanos existentes.

La implementación de esta guía requiere una divulgación amplia por parte de la OPS/OMS a nivel de región, área y país, y la cooperación de sus recursos técnicos para su utilización en los servicios y programas educacionales pertinentes.

Recomendaciones

1. Promover reuniones inmediatas, normativas y administrativas de los niveles superiores para: informar, discutir y adecuar las normas a los servicios específicos y recursos humanos existentes.

2. Sensibilizar a los miembros del equipo de salud mediante la divulgación y el análisis de las normas, y facilitar su aplicación en los servicios.

3. Probar las normas seleccionadas en un servicio específico, previo estudio de la situación y orientación del personal del servicio, con supervisión adecuada durante la prueba, y evaluar los resultados, haciendo las modificaciones necesarias para un plan general de aplicación o reproducción en otros servicios.

4. Adiestrar al personal de cada servicio, antes de la aplicación general de las normas, en el empleo correcto de las normas adoptadas, seguido de supervisión de las actividades y tareas redefinidas al personal y la evaluación del impacto en la atención de pacientes y mejoría del servicio.

5. Organizar las normas adoptadas y las técnicas o procedimientos elaborados para su implementación en un *manual* de trabajo que sirva tanto de orientación permanente al personal que presta la atención como de guía en la supervisión programada y educación continua de dicho personal.

6. Promover reuniones de ambos grupos profesionales (enfermeras y obstétricas) para integrarlas a los cambios que involucran las normas y obtener la participación y colaboración mutua.

Anexo I
Hoja de control del periodo dilatante

PARTO

PROCEDENCIA Y No. DE HISTORIA CLINICA

APELLIDOS: PATERNO		MATERNO		NOMBRES		No. DE HISTORIA CLINICA	
FECHA DE INTERNACION		EDAD GESTACIONAL		TAMANO FETAL CORRESPONDE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		MEMBRANAS <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/> Rotas	
TIEMPO DE ROTURA _____ días _____ horas		HORAS DESDE ULTIMA INGESTA					
TEMPERATURA		ANTECEDENTES RELEVANTES PARA EL PARTO					
PROPORCION CEFAL/PELV. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal							

CONTROLES DEL PERIODO DILATANTE

Fecha / Hora																			
Responsable																			
CONTROLES MATERNOS	Frecuencia cardiaca																		
	Tension arterial																		
	Posicion																		
CONTRACTILIDAD UTERINA	Frecuencia (en 10 min.)																		
	Duracion																		
	Intensidad																		
	Tono																		
F C F	Frecuencia entre contracciones																		
	Bradicardia asociada con contracciones																		
CARACT. DEL CERVIX	Borramiento																		
	Dilatacion																		
PRESEN. MEMBRANAS OVULARES	Estado membranas																		
	Liquido amniotico																		
	Presentacion/Variedad																		
DROGAS	Plano																		
	Nombre																		
	Dosis/Via																		

OBSERVACIONES: (PRECEDER CADA UNA POR LA FECHA Y LA HORA)

Tomado de: Historia clínica perinatal - Propuesta de un modelo, Argentina, Ministerio de Bienestar Social / Secretaría de Estado de Salud Pública / OPS, pags. 19-24.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS PARA LA ATENCION DEL PARTO

Consideraciones generales

En el ángulo superior izquierdo de los formularios se colocará la denominación del establecimiento. En el superior derecho está impresa la denominación del formulario y en el inferior izquierdo el número administrativo del mismo.

Las anotaciones deberán ser hechas con letra clara.

Parto (HCP 3)

Se pretende obtener en este formulario la información necesaria para el control del período dilatante y los datos del parto y alumbramiento que interesan para el futuro control de la puérpera y del neonato. Se considera parto el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno (Tarnier).

INSTRUCCIONES

PROCEDENCIA Y NUMERO DE HISTORIA CLINICA: Se refiere al lugar y el número de historia clínica del centro donde la embarazada realizó el control prenatal del presente embarazo.

1º HISTORIA CLINICA: Idem formulario HCP 1.

FECHA DE INTERNACION: Fecha en que la embarazada ingresa en el servicio en trabajo de parto y se inicia el llenado de este formulario.

EDAD GESTACIONAL: Anotar el número de semanas transcurridas desde el primer día de la última menstruación hasta el ingreso en trabajo de parto.

TAMAÑO FETAL CORRESPONDE: Determinar si el tamaño fetal apreciado clínicamente (palpación, altura uterina) corresponde con la amenorrea y marcar con una cruz el casillero pertinente.

MEMBRANAS: Marcar con una cruz el casillero que corresponda (datos anamnésticos, corroborados por examen médico).

TIEMPO DE ROTURA: En caso de membranas rotas, anotar el tiempo transcurrido desde la rotura hasta el momento del ingreso.

HORAS DESDE LA ULTIMA INGESTA: Tiempo transcurrido, en horas, desde la última ingesta hasta el momento del ingreso.

TEMPERATURA: Tomar y anotar la misma al inicio del llenado de esta homa. Cada institución fijará dónde se toma rutinariamente (axilar, bucal, inguinal, etc.)

PROPORCION CEFALO-PELVICA: Se refiere al conjunto pelvis-polo cefálico. Valorar de acuerdo a la semiología obstétrica clásica, por ejemplo: saliente o rebasamiento del parietal a nivel del pubis, tacto impresor, etc. En caso de *Anormal* especificar en OBSERVACIONES.

ANTECEDENTES RELEVANTES PARA EL PARTO: Este punto debe ser llenado en base a una prolija revisión de las secciones prenatal y de internación durante el embarazo. De ellas deben extraerse aquellos datos importantes que puedan significar un riesgo para el feto, parto o el neonato. En caso de que la embarazada no haya consultado previamente, un dato de interés es la ausencia de control prenatal.

CONTROLES DEL PERIODO DILATANTE (Datos de tacto u observación): Esta sección está destinada a anotar en forma sistemática los exámenes e indicaciones realizados en el curso del trabajo de parto, con el fin de obtener un buen seguimiento clínico del mismo. En cada columna se anotarán las variables controladas en la observación, no siendo necesario llenar todos los puntos de cada control. En caso de que el número de exámenes y observaciones sea mayor de nueve, debe usarse otra hoja igual.

FECHA/HORA: La fecha se anotará mientras no cambie, una sola vez. En cada control se anotará la hora de su realización.

RESPONSABLE: Anotar en letra de imprenta el nombre del médico, obstétrica, enfermera o auxiliar que realiza la

observación.

CONTROLES MATERNOS:

Frecuencia cardiaca: Anotar la frecuencia cardiaca de un período de 60 segundos.

Presión arterial: Anotar en milímetros de mercurio la tensión arterial máxima y mínima.

Posición: Anotar la posición preferencial que mantuvo la embarazada desde la última observación, ej. decúbito dorsal (DD), decúbito lateral derecho (DLD), decúbito lateral izquierdo (DLI), sentada (S), caminando (C), posición ginecológica (PG).

CONTRACTILIDAD UTERINA:

Frecuencia: Anotar el número de contracciones que se producen en 10 minutos. Si el período observado es mayor, anótese la frecuencia promedio en 10 minutos.

Duración: Controles por palpación abdominal midiendo desde el comienzo del endurecimiento del útero hasta el comienzo de su relajación. Anotar la cifra promedio en segundos tomada durante un lapso no menor de 10 minutos.

Intensidad: Marcar con cruces según el grado de depresión del útero: (+) cuando el útero se puede deprimir en el acmé de la contracción (intensidad baja); (++) cuando no se puede deprimir en ese momento (mediana); (+++) cuando se palpa de consistencia leñosa durante casi toda la contracción (alta). Cuando alternan contracciones de intensidad "alta" y "baja" se indicará que hay "irregularidad" en la intensidad de las contracciones.

Tono: Anotar en letras de imprenta (N) normotonía o (H) hipertonía. Se consignará como hipertonía cuando el útero no se pueda deprimir entre las contracciones impidiendo reconocer las partes fetales.

FRECUENCIA CARDIACA FETAL:

Frecuencia entre contracciones: Se refiere a la frecuencia cardiaca fetal basal. Anotar la frecuencias tomada entre contracciones en latidos/minuto.

Bradycardia asociada con contracciones: Tomar la frecuencia cardiaca durante y después de la contracción y consignar si hay o no caída transitoria de la frecuencia

cardiaca fetal basal iniciado en la fase de relajación de la contracción uterina. Se refiere a la presencia de Dips tipo II o Dips tardíos.

CARACTERISTICAS DEL CERVIX:

Borramiento: Se refiere a la longitud del cuello. Consignar si el cuello está o no borrado. En caso de edema, desgarrros, etc., anotar en OBSERVACIONES.

Dilatación: Medir y anotar la dilatación del orificio interno del cuello, aproximada al centímetro.

MEMBRANAS OVULARES:

Estado membranas: Se aconseja usar las siguientes siglas: (I), íntegras; (RAMA), rotura artificial accidental; (RAMI), rotura artificial intencional; (REMA), rotura espontánea alta; (REMB) rotura espontánea baja.

Líquido amniótico: En el caso de estar presente, anotar si es claro (C), sanguinoliento (S) o meconial (M). Si no hay líquido, poner guión (-).

PRESENTACION:

Presentación/Variedad: Consignar en siglas la presentación y variedad. Se aconsejan las siguientes abreviaturas:

- OP - occípito anterior o púbera.
- OIA - occípito izquierda anterior.
- OIT - occípito izquierda transversa.
- OIP - occípito izquierda posterior.
- OS - occípito posterior o sacra.
- ODA - occípito derecha anterior.
- ODP - occípito derecha posterior.

Se reemplazará la primera letra (O) por (B) en el caso de una presentación de bregma; por (F) en la de frente; por (M) en la cara y por (S) en la de nalgas. En el caso de una situación transversa (Trans) se aclara en OBSERVACIONES.

ANEXO II

VALORACION DE LA EDAD GESTACIONAL

METODO CUANTITATIVO PARA DIAGNOSTICAR LA EDAD GESTACIONAL EN LOS RECIEN NACIDOS¹

Está basado en el estudio de cinco signos físicos obtenidos por el examen clínico del recién nacido (RN). Cada uno de estos parámetros se cuantifica de acuerdo con definiciones propuestas por Dubowitz¹ El puntaje a utilizar en este programa es el propuesto por Capurro-Kenichezky.^{2,3} Los parámetros somáticos con sus respectivos puntajes son los que se observan en el siguiente cuadro:³

A) Textura de piel 0 5 10 15 20

B) Forma de oreja 0 5 16 24

C) Tamaño de la glándula mamaria 0 5 10 15

D) Formación del pezón 0 5 10 15

E) Pliegues plantares 0 5 10 15 20

El significado de cada uno de los puntajes asignados son los que siguen a continuación:

A) Textura de la piel

0 - Muy fina, gelatinosa

5 - Fina y lisa

10 - Algo más gruesa, discreta descamación superficial

15 - Gruesa, grietas superficiales, descamación en manos y pies

20 - Gruesa, apergaminada con grietas profundas

B) Forma de la oreja

0 - Chata, deforme, pabellón no incurvado

8 - Pabellón parcialmente incurvado en el borde

16 - Pabellón parcialmente incurvado en toda la parte superior

24 - Pabellón totalmente incurvado

C) Tamaño de la glándula mamaria

0- No palpable

5- Palpable, menor de 5 mm

10- Entre 5 y 10 mm

15- Mayor de 10 mm

D) Formación del pezón

0- Apenas visible, No aréola

5- Pezón bien definido. Aréola lisa y chata
Diámetro: menos de 0.75 cm

10- Pezón bien definido. Aréola punteada.
Borde no levantado. Diámetro menos de 0.75 cm

15- Pezón bien definido. Aréola punteada. Borde

¹ Tomado de: Detección del parto. Programa de Normalización, Diagnóstico y Terapéutica para Maternidades de América Latina. *Publicación Científica del CLAP*, No. 686, Montevideo, Uruguay.

levantado. Diámetro: mayor de 0.75 cm

E) Pliegues plantares

- 0- Sin pliegues
- 5- Marcas mal definidas sobre la parte anterior de la planta
- 10- Marcas bien definidas sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior
- 15- Surcos en la mitad anterior de las plantas
- 20- Surcos, en más de la mitad anterior de las plantas

Las características de los parámetros estudiados son las mismas que estudió Dubowitz,¹ solo varían los puntajes asignados.

La mínima edad gestacional diagnosticable es de 204 días (29 semanas 1 día) que se obtiene cuando los puntajes de los parámetros somáticos son 0 (cero).

La máxima edad gestacional diagnosticable es de 298 días (42 semanas 4 días) que se obtiene cuando la suma de los puntajes de los cinco parámetros somáticos son los máximos.

Para calcular la edad gestacional en días hay que sumar una constante (K=204) al puntaje sumado de los cinco parámetros estudiados.

Ejemplo:

- A. Textura de piel ----- 10
- B. Forma de oreja ----- 16
- C. Tamaño de glándula mamaria ----- 15
- D. Formación de pezón ----- 15
- E. Pliegues plantares ----- 15

Edad gestacional en días: $K + A + B + C + D + E$

Edad gestacional $204 + 10 + 16 + 15 + 15 + 15 = 275$ días. El error de la estimación es ± 9 días.

A: Los resultados no son modificados por el estado del niño al nacer (Por ejemplo: Apgar bajo; síndromes neurológicos en general, u otras patologías del recién nacido).

Referencias

1. Dubowitz, L.M., V. Dubowitz y G. Goldberg. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970; 77: 1.
2. Capurro, H. Método para diagnosticar la edad gestacional en el recién nacido. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, 1973.
3. Capurro, H., S. Konichezky, et al. Nuevo método para diagnosticar la edad gestacional en el recién nacido. V Reunión, Asociación Latinoamericana de Investigaciones en Reproducción Humana (ALIRH). Resumen de las actas. Buenos Aire, noviembre de 1972.

Bibliografía

1. Bejar, R., R. Bustos, M. Martell, G. Peutier, H. Capurro y A. Osorio. 1975. Normas de Neonatología. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
2. Belizan, J.M., a.g. Díaz, H. Giacomini, R. Hozcher, Y. Martell, M. Oneto, P. Querantoy R. L. Schwarcz. 1976. Historia clínica perinatal. Propuesta de un modelo. Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, Argentina, págs. 19-24.
3. Denforth, David (ed.). 1966. *Obstetrics and Gynecology* (por 54 autores), 2a. ed. Nueva York, N. Y., Harper and Row, pág. 548.
4. Schwarcz, R., O. Althabe, H. Capurro, A. Izquierdo y N. Brandon. 1975. Guías médicas para atención de un parto normal de término. Documento interno. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, Uruguay.
5. Schwarcz, R., O. Althabe, H. Capurro, A. Izquierdo, y N. Braham. 1975. Guías médicas para atención de la amenaza de parto prematuro o inmaduro y para la atención del trabajo de parto de pretermino. 1975. Documento Interno. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo, Uruguay.
6. Schwarcz, R., YH. Capurro, R. Bejary J. Vinocur. 1976. Detención del parto prematuro. Programa de Normalización, Diagnóstico y Terapéutica para Maternidades de América Latina. Publicación Científica del CLAP No. 686. Montevideo, Uruguay.

