

**PRIMERA CAPACITACIÓN DE
MATERNO INFANTIL
CONTROL PRENATAL Y CUIDADO DE
RECIÉN NACIDO Y PUÉRPERA**



**PRIMERA CAPACITACION DE
MATERNO INFANTIL
CONTROL PRENATAL Y CUIDADO DE
RECIÉN NACIDO Y PUÉRPERA**

San Francisco de Macorís
Agosto 2014

Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud, FOAPRISEN

Título original:

Primera Capacitación de Materno Infantil, Control Prenatal y Cuidado del Recién Nacido y Puerpera

Autora:

Los miembros de comités locales de Salud Sexual Reproductiva en la Región III de Salud

Supervisora:

Lic. Junko Watanabe; Experta Materno Infantil del proyecto FOAPRISEN, Agencia de Cooperación Internacional del Japón

Ilustración de la portada:

Katsuko, Ono

Este es un material didáctico elaborado para las actividades del Proyecto FOAPRISEN.

Índice

- Plan de Primera Jornada Capacitación de Materno Infantil
- Examen físico en el control prenatal -----P. 1
- Control Prenatal Primera Consulta-----P. 10
- Control Prenatal Segunda Consulta-----P. 17
- Control Prenatal Tercera Consulta-----P. 24
- Control Prenatal Cuarta Consulta-----P. 29
- Control Prenatal Quinta Consulta-----P. 35
- Control Prenatal Sexta Consulta-----P. 39
- Visita Domiciliaria a las 48 horas-----P. 44
- Primera Visita antes de 7 Días de Hospitalaria de la Puérpera-----P. 50
- Segunda Visita Hospitalaria a los 30 Días de de la Puérpera-----P. 56
- Visita Domiciliaria al Recién Nacido a las 48 horas----- P. 64
- Primera Visita Antes de 7 Días de Control de Niños Sanos-----P. 68
- Segunda Visita a los 30 Días de Edad de Control de Niños Sanos-----P. 73
- Como prevenir la enfermedad Hipertensiva Arterial dentro de Periodo Prenatal-----P.75
- Guión Para Drama (actuación) Usuaría Preecláptica----- P.81
- Bibliografía-----P. 82
- Cartilla para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio para uso del Proveedor
- Cartilla para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio para la Usuaría

Plan de Primera Jornada Capacitación de Materno-Infantil

Propósito

Orientar, dar consejos de la vida y acompañar a pacientes es trabajo principal de enfermeras. En República Dominicana, enfermedades relacionadas con hipertensión es causa principal de muerte materna. Nos gustaría desafiar con fortalecer capacidad de las enfermeras de UNAPs para reducir muerte materna e infantil.

Objetivo

Fortalecer funciones de Enfermería de las UNAPs en base a prevención y educación en Materno-Infantil. La finalidad es que las enfermeras de las UNAPs tengan los conocimientos de Materno-Infantil en función de orientar y atender mujeres embarazadas, puérperas, recién nacidos y realizar visitas domiciliarias adecuadas.

Tema

Introducir Guía Clínica y Cartilla para la Embarazada, 6 Controles Prenatales, Examen Físico (Maniobra de Leopold y uso de Doppler), Visita Domiciliaria, 1ra. y 2da. Consulta de puérpera y de Recién nacido y Enfermedad Hipertensiva Arterial.

Facilitadores

Grupo de Facilitadores de los Comités Locales de SSR.

Trabajo de cada comité (Elaborar Texto para las/os Enfermeras/os de UNAPs)

-Socializar el contenido de la capacitación dentro de cada comité.

-Destinar facilitadores a los Temas.

-Elaborar la agenda y mandársela al correo del proyecto.

-Realizar la Capacitación a las/os enfermeras/os asignados a las UNAPs de su Provincia (Agosto-Septiembre/2014).

-Después de realizar la capacitación, informarlo al Director de su hospital, a la Encargada de Enfermería y al Gerente de Área (hacer el informe con cello y firma para entregárselo al proyecto FOAPRISEN)

NOTA para la realización de capacitación:

-Solicitar los equipos para la proyección a Gerencia de Área

-Buscar una embarazada (alrededor de 8 meses de embarazo) para la práctica de doppler.

-Llevar sábanas.

-Participantes debe venir con los pantalones.

EXAMEN FÍSICO EN EL CONTROL PRENATAL

- Saludo y presentación del personal de salud a los usuarios
- Información de procedimientos a los usuarios

Evaluación del estado físico general de la usuaria

- **Tensión arterial**



- **Control de peso**

(¿Cómo se evalúa el control de peso?)

Para evaluar el aumento de peso de la embarazada debemos tomar en cuenta la cantidad de semanas de embarazo y comparamos la cantidad de kilos adquiridos a partir de cada consulta. Debajo del percentil 10 y encima de 90 percentil es signo de alarma.



- **Observación:** se observa a la paciente como un todo realizando un examen físico general. Desde la cabeza hasta los pies.



- **Palpación:** a la palpación buscamos tumoraciones o masas sólidas o quísticas a nivel del cuello. Aumento o no de la glándula tiroides. Así como también se busca la presencia de nódulos en mamas y axilas

- **Palpación de extremidades:** determinamos presencia de edemas y varices.



MANIOBRAS DE LEOPOLD

OBJETIVO

- Determinar: situación, posición, presentación y grado de encajamiento.
- Suponer cantidad de líquido amniótico.
- Confirmar, si hay contracciones con la palpación.



Precauciones

1. La paciente debe vaciar la vejiga antes del procedimiento.
2. Es importante que la embarazada esté relajada.
3. Las manos del examinador deben estar a temperatura ambiente.
4. Empiece después de la contracción.
5. Posición decúbito (horizontal) dorsal con rodillas dobladas (boca arriba).
6. Se coloca al lado derecho de la embarazada.
7. Cubrir las piernas con la toalla

Primera Maniobra:

Determinar que está ocupando el fondo del saco uterino. El examinador se coloca de frente a la paciente y le palpa colocando ambas manos por debajo de ambas costillas, se percibe la cabeza o los glúteos del feto.



¿Que valoramos?

1. Consistencia: la cabeza es más dura que los glúteos
2. Forma: la cabeza es redonda y dura
3. Movilidad: la cabeza se mueve de forma independiente del tronco, los glúteos se mueven con el tronco.

Segunda Maniobra:

Se ubica la espalda del lado del feto en relación con el lado derecho o izquierdo de la madre. De frente a la paciente, el examinador coloca la superficie de las palmas a ambos lados del abdomen y aplica presión suave, pero profunda. Deja una mano al lado del abdomen, para detener el útero, y mediante un movimiento circular y leve se palpa en forma hasta el segmento inferior del útero; se realiza lo mismo con el lado opuesto del abdomen.



¿Que Valoramos?

- Por un lado se siente un plano resistente, duro, liso que corresponde al dorso (espalda); por el otro se perciben numerosas nodulaciones angulares que son las rodillas y codos del feto.
- Puede reconocer la colocación de las manos y pies desde las 25 semanas en adelante.

Tercera Maniobra:

Consiste en localizar la cabeza en la entrada pélvica y determinar su movilidad. Se lleva a cabo al palpar con suavidad la porción inferior del abdomen, justo por encima de la sínfisis del pubis, entre el dedo pulgar, índice y medio, formando una tenaza con los dedos.

¿Que valoramos?

Si la parte de presentación no está encajada, se percibe un movimiento del feto, que en general corresponde a la cabeza.



Cuarta Maniobra:

El examinador se coloca hacia los pies de la paciente, palpa con las yemas de los tres primeros dedos a ambos lados de la línea media o morena en la sínfisis del pubis; hace presión descendente en dirección al canal del parto, arrastrando la piel móvil del abdomen hacia abajo con los dedos.

¿Que valoramos?

Confirmar el grado del encajamiento y flexión fetal.

Confirmar la presentación cefálica del feto.



Registro de las Maniobras de Leopold

Situación: relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Puede ser longitudinal, transversa y oblicua.

Posición: relación que existe entre las partes fetales de la cara y la mitad izquierda o derecha de la madre. Su localización facilita la auscultación del foco fetal.

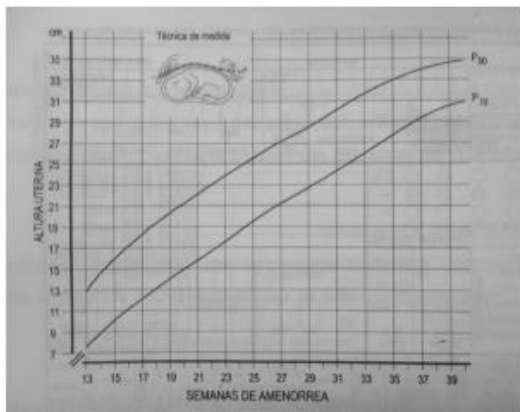
Presentación: parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna. Solo existen 2: cefálica y pélvica.

- **Medición de altura uterina:**

- Medir el tamaño del útero y confirmar el cambio para deducir crecimiento del feto y cantidad de líquido amniótico.
- *Como se hace?*
- Estirarse las rodillas (usuaria)
- Confirmar el fondo del útero por palpación.
- Confirmar el hueso púbico.
- Tomar la distancia entre el hueso púbico
- hasta el punto más alto del fondo del útero.

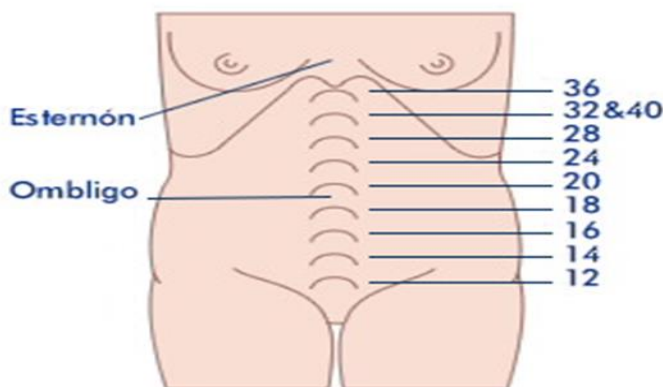


REGISTRO DE ALTURA UTERINA



Para evaluar el aumento de Altura Uterina de la embarazada debemos tomar en cuenta la cantidad de semanas de embarazo y comparamos la cantidad de cm adquiridos a partir de cada consulta. Debajo del percentil 10 y encima de 90 percentil es signo de alarma.

Crecimiento del útero durante el embarazo



Semanas

Crecimiento de aproximadamente un dedo cada 2 semanas, desde la 20ª semana hasta el parto

Crecimiento de aproximadamente 2 dedos cada 2 semanas, hasta la 20ª semana

CAMBIO DE ALTURA UTERINA

Semana	Distancia desde el borde superior del hueso pubis hasta el fondo del útero	Posición del fondo del útero
15 semanas	12 cm	En el punto medio entre el ombligo y el borde superior del hueso pubis
19 semanas	15 cm	2 ó 3 traveses de dedos por debajo del ombligo
23 semanas	18~21cm	A nivel del ombligo
27 semanas	21~24cm	2 ó 3 traveses de dedos por arriba del ombligo
31 semanas	24~27cm	En el punto medio entre el ombligo y la apófisis xifoides
35 semanas	27~30cm	2 ó 3 traveses de dedos por debajo de la apófisis xifoides
39 semanas	30~33cm	Un poco más arriba que la parte media entre el ombligo y la apófisis xifoides

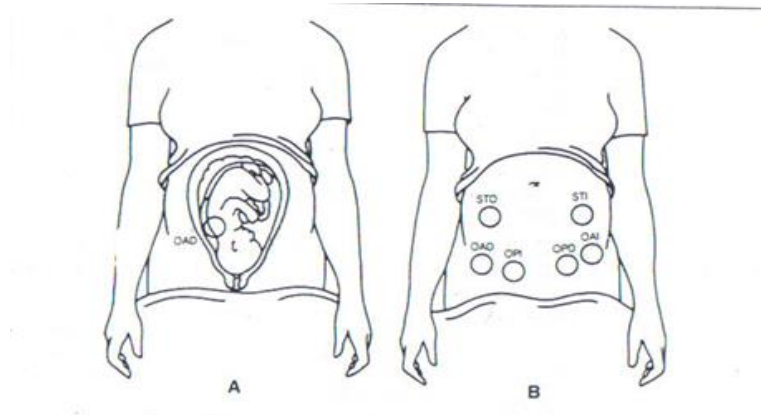
MANERA DE ESCUCHAR LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL



OBJETIVO: Determinar las condiciones del feto mientras está intra útero

Vamos a escuchar después de realizar la maniobra de Leopold, al lado del dorso u hombro del feto!

LUGARES DE MEJOR ACÚSTICA FETAL



A. Los ruidos se escuchan mejor a través del dorso del feto.

B. OAD occipital anterior derecha. OAI = occipital anterior izquierda

OPI occipital posterior izquierda. OPD occipital posterior derecha

STD sacrotransversa derecha. STI sacrotransversa izquierda

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Se escuchan con:

Doppler fetal: Desde 12 semanas

Campana de pinard (Fetoscopio): Desde 20 semanas

Fonendoscopio: desde 20 semanas

(La frecuencia cardíaca fetal basal,
oscila entre 120 y 160 latidos por minuto

*Promedio 140 latidos)



A través de Doppler:

1. Se pone un poco de gel al transductor y se coloca dónde está el dorso del feto.
2. Encienda el equipo y desplace el transductor para auscultar frecuencia cardíaca fetal.
3. Cuidado con el sonido próximo al ombligo, ya que suele confundirse con el de la aorta abdominal.
4. Si la FC se ausculta por debajo de 100/min, se toma el pulso de la madre para distinguir. Ya que esto indica sufrimiento fetal.
5. Confirmar ritmo por 1 minuto (si no tiene pulso irregular, bradicardia, etc.)
6. Secar el gel e informe a la madre el estado del feto.
7. Limpiar el equipo del doppler.



Comité Salud Sexual Reproductiva

Hospital San Vicente de Paúl

Provincia Duarte

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| • Licda. Alba Luz Cabrera | Coordinadora |
| • Licda. Elcida Evangelista | Sub-Coordinadora |
| • Licda. Fermina Faña | Docente |
| • Licda. Johanny Martínez | Enc. Área de Maternidad |
| • Licda. Estela Cuello | Área de Maternidad |
| • Licda. Mirian Vélez | Enc. Sala de Parto |

OBJETIVOS DE LA CONSULTA PRENATAL

- Preparar la mujer psicológica y físicamente para el parto y la lactancia
- Vigilar el crecimiento y vitalidad fetal
- Detectar enfermedades maternas clínicas y subclínicas
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las complicaciones del embarazo
- Facilitar el contenido educativo para la salud materna, de la/el recién nacida/o, la familia y la comunidad
- Asegurar el desarrollo y nacimiento saludable un/a recién nacida/o
- Preparar el plan de partos

CONTROL PRENATAL PRIMERA CONSULTA

Realizar de preferencia antes de cumplir las 12 semanas de embarazo.

Es la atención sistemática que se le ofrece a la embarazada, tan pronto es captada, de preferencia antes de las 12 semanas, con el objetivo de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y prepararla física y emocionalmente para el embarazo.

Estado del feto

El embrión se transforma en feto, mide 5-6cm de longitud y tiene la cabeza mucho más grande que el resto del cuerpo. Se forman las uñas y los ojos, pero no los párpados. Se diferencian los órganos sexuales externos.

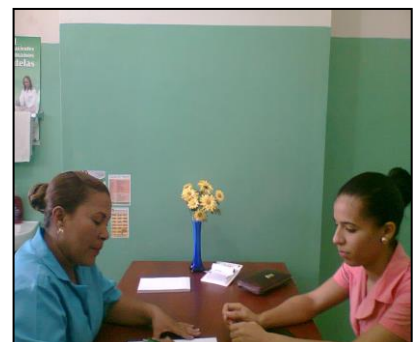


OBJETIVOS DE LA PRIMERA CONSULTA

- Confirmación de embarazo, de la edad gestacional y cálculo de la fecha probable del parto.
- Preparar a la embarazada psicológica y físicamente para el embarazo.
- Incentivar para que se realice todos los controles prenatales.

TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA PRIMERA CONSULTA:

1. Saludar y presentarse cordialmente a la usuaria de manera que se le brinde seguridad y confianza.
2. Orientarla sobre el contenido y la importancia del control prenatal (al menos 6 veces y explicarle con la Cartilla para las Usuaris todos los procedimientos que se llevarán a cabo durante sus chequeos P.9-10).

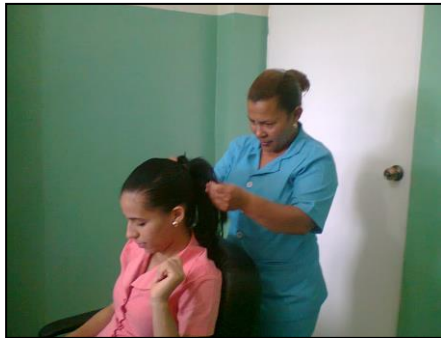


3. Realizar la Historia clínica y el llenado del Carnet Perinatal, con todos sus datos personales (es importante saber acerca de cómo se siente por su embarazo, si el mismo fue deseado o no, la situación de su familia y su entorno social, la vida

diaria y su trabajo).

4. Aplicar el instrumento del Formulario de Clasificación (Cartilla del Proveedor P.8)
5. Orientar sobre exámenes de laboratorio y Sonografía (incluida pruebas para Sífilis y VIH. Previa consejería con Cartilla para la Usuaría P.10).

6. Dar las orientaciones y consejería, en el chequeo, sobre el plan de parto (Cartilla para la Usuaría P.7).Derechos sexuales reproductivos, (Cartilla para la Usuaría P3-4).



-Educar sobre cambios corporales y manejo de las molestias comunes.

-Fortalecer el conocimiento de Auto-cuidado: alimentación, higiene, ropa, zapatos adecuados, actividad física, vida sexual y evitar hábitos

tóxicos como el uso de té, tisanas o bebidas supuestamente curativas (Cartilla para la Usuaría P.11-15).

-Orientar sobre tabúes que tenga la embarazada.

-Información y orientación sobre signos y síntomas de alarma (Cartilla para la Usuaría P.16).

7. Orientar sobre Papanicolaou, si tiene un año o más del último y de la importancia de realizarlo durante el embarazo.

8. Orientar y realizar el examen físico.

9. Asistir al médico en el examen obstétrico.



10. Aplicar toxoide tetánico según esquema de inmunización.

11. Facilitación de hierro y ácido fólico y multivitamínicos de ser necesario.

12. Escuchar si tiene algunas preocupaciones, de ser relevante, comentársela al médico tratante.

13. Anotar todos los resultados en el Historia clínica perinatal.

14. Orientar sobre la próxima cita. (Llenando la Cartilla para la Usuaría P.8)

15. Chequeando en la lista de Verificación (Cartilla del Proveedor P.11)

16. Las Enfermeras de las UNAPs deben realizar visitas domiciliarias para verificar la buena evolución del embarazo y realizar las orientaciones oportunas según el ambiente social en que la embarazada se desenvuelva y para recordarle la importancia de acudir a su próximo control prenatal

Nota: Las acciones marcadas en azul deberán de repetirse en todas las consultas del control prenatal.

CONSEJOS ESPECIFICOS QUE DEBEN DARSE EN LA PRIMERA CONSULTA

¿QUE ES EL EMBARAZO?

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Entre las pruebas que se pueden utilizar para la confirmación de un embarazo están: las que leen cantidades o presencia de hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG), ya sean pruebas de farmacias o de laboratorio con orina o sangre siendo más específicas las que se realizan en sangre que ya a las 4 semanas detectan embarazo.

Historia Prenatal

Es importante que toda embarazada tenga una buena historia clínica, se le debe preguntar qué edad tiene por si es madre adolescente o madre de más de 35 años, ya que estas embarazadas tienen mayor riesgo durante el embarazo, cuando fue su última menstruación, cuando fue su último parto, si los parto han sido naturales o por cesárea.

Cuantos embarazos ha tenido, si ha tenido hijo prematuro o bajo peso al nacer, si ha tenido hijo con mala formación congénita, cuántos hijos ha tenido si se le ha muerto al nacer, si padece de alguna enfermedad aguda o crónica, como son: diabetes, preclamsia, eclampsia, hipertensión arterial, cardiopatía o

cualquier otra enfermedad, si fuma, si consume alcohol o droga. Verificar si hace uso de otros medicamentos. Observar el estado de la mujer físico y emocional para determinar si existe temor y señales que indiquen agresión y violencia (estado de su familia).

CAMBIOS CORPORALES

- Desde el momento en el que se inicia la concepción, la embarazada empieza a experimentar una serie de cambios físicos y psicológicos.
- Los cambios físicos más evidentes son la ausencia de menstruación en el primer trimestre de gestación y la pérdida del talle conforme avanza el embarazo; no obstante, un pequeño número de embarazadas continúa presentando un ligero sangrado durante su gestación.
- Amenorrea, Hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad de ingerir determinado tipos de comidas o alimentos, aumento del número de micciones, sensación de peso a nivel vaginal y hasta rechazo hacia su pareja u otro miembro de su entorno social.
- Desde el punto de vista emocional, la embarazada también pasa por frecuentes cambios de humor. Todos estos cambios, físicos y psicológicos, se deben a las hormonas del embarazo.



LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL PRIMER TRIMESTRE

- Sangrado
- Dolor abdominal
- Poco crecimiento abdominal
- Salida de líquido vía vaginal
- Fiebre
- Aumento de peso brusco
- Signos de malnutrición
- Contracciones
- Mareos
- Disminución de peso
- Secreción vaginal fétida
- Cefalea
- Vómitos excesivos

Sonografía:

La primera sonografía se hace por la vía vaginal en los días próximos a la primera consulta, para ver presencia o no de embarazo, si este está intraútero o no, cuántos bebés son, dónde están y si están vivos, porque en ocasiones hay sorpresas inesperadas. Generalmente están en el interior del útero, pero algunos se forman fuera de este, que es el embarazo ectópico el cual puede comprometer la vida de la paciente y eso hay que saberlo a tiempo.



El estado de ilusión del embarazo es un evento tanto personal como familiar y social, ya que repercute en el entorno y la vida de todos, este medio nos sirve para valorar si todo está bien y nos permite ver al bebé en su ambiente natural. También nos permite valorar la integridad o no del feto, si hay malformaciones, como se encuentra la placenta así como ver las características propias del útero.

Papanicolaou: Es un método que se utiliza para detectar presencia de cambios a nivel de las células exocervicales, presencia de cáncer de cérvix, inflamación y cierto grado de metaplasia y ectropión que es considerado normal

Toxoide Tetánico:

TT es de vital importancia ya que previene tanto en la embarazada como en su bebe el tétanos. Esta es una infección aguda, potencialmente fatal, del sistema nervioso central. La administración de TT se realiza desde el primer momento que la usuaria se pone en contacto con el centro de salud, con otra dosis seis semanas después.

Los exámenes de laboratorio son fundamentales para la prevención, descubrir enfermedades que pueden poner en peligro la salud de la usuaria y de su bebe. Estos deben de incluir una rutina completa, los cuales deben de repetirse alrededor de las 32 semanas de gestación e incluye:

- Glicemia
 - Examen de orina
 - VDRL
 - Tipificación sanguínea Y RH
 - HIV
 - Papanicolaou
 - Hepatitis B.
 - Toxoplasmosis
- HCV (hepatitis C) Urocultivo y cultivo de secreción vaginal
Test de Coombs

Consejería y Orientación:

- Fortalecer los conocimientos sobre el uso del condón; pues este no solo sirve como planificación familiar, sino también para evitar infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- Fumar y tomar alcohol son dos hábitos que le producen efectos secundarios al feto pudiendo ocasionarle restricción del crecimiento intrauterino lo cual puede repercutir luego de su nacimiento.
- La exposición al fumar durante el embarazo puede afectar su desarrollo físico y cerebral. También está relacionado con una mayor tasa de complicaciones durante la gestación, como embarazo extrauterino o ectópico, aborto espontáneos, desprendimiento de la placenta, sangrados vaginales y parto prematuro.
- Fumar durante la gestación aumenta el peligro de que el bebé sufra defectos cardiacos congénitos aún peores como el síndrome de muerte súbita.

- La exposición al alcohol durante el embarazo le hace daño al cerebro fetal, causa el síndrome alcohólico-fetal y altera el comportamiento del niño.
- La alimentación de la embarazada debe de ser equilibrada, variada, adecuada, de calidad higiénica, con los cinco grupos nutricionales, esta se basa en una dieta de 2,500 kilocalorías representado fundamentalmente en la pirámide nutricional.



Los nutrientes y sus aportes:

- **Hidratos de carbono:** energía.
- **Proteínas:** materiales para la formación de tejidos.
- **Grasas:** energía.
- **Vitaminas:** elementos de regulación.
- **Minerales:** elementos de regulación.

La alimentación se complementa con:

- Hierro 300mg de hierro elemental al día
- Ácido fólico 400µg una vez al día
- Calcio 1g.de calcio una vez al día
- Si la Hemoglobina está por debajo 7g/dl o hematocrito es menor de 20% referir al segundo nivel o tercer nivel.

El cuidado personal de la usuaria es de vital relevancia para que el bebé pueda sentirse deseado y amado.

Comité Salud Sexual y Reproductiva Las Guáranas Provincia Duarte

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| • Licda. Isabel Moya | Coordinadora |
| • Licda. Norma Liriano | Sub Coordinadora |
| • Licda. Yoselin Ramos Reynoso | Secretaria |
| • Licda. Esperanza Camilo | Miembro |
| • Licda. Mercedes Rivera | Miembro |

CONTROL PRENATAL SEGUNDA CONSULTA

Realizar el control prenatal entre las 22-24 semanas de embarazo

Es aquella que se realiza en el segundo trimestre del embarazo, por lo general entre las 22 y 24 semanas de edad gestacional; es decir, al inicio de la segunda mitad del embarazo. Esta etapa se caracteriza por la desaparición de las molestias que caracterizaban a la primera mitad de la gestación, brindándole a la madre tanto estabilidad física como espiritual.

En esta etapa es la placenta la que se encarga de mantener el embarazo, ya que adquiere su completa formación. Habrá un aumento considerable de la altura uterina ya que los órganos y sistemas se consolidan e inicia el proceso de aumento gradual de líquido amniótico debido a la producción de orina fetal.

Alrededor de las 20 semanas la madre puede percibir los movimientos fetales. Por influencia de ciertas hormonas, como la prolactina, las mamas adquieren un aumento de volumen, tornándose cada vez más turgentes y dolorosas debido a la producción de calostro, pudiendo en ocasiones presentar salida de leche.

Estado del feto

Mide aproximadamente 25cm y pesa unos 500g (1 Libra). Aparece un bello suave sobre la cabeza del feto, y se chupa el dedo. Flota con libertad en el líquido amniótico, que lo protege de golpes y choques, así como de los cambios de temperatura. Puede ingerir, digerir, orinar y segregar hormonas.



OBJETIVOS DE LA SEGUNDA CONSULTA

- Diagnosticar la condición materna a través de un buen examen físico, y cualquier cambio relevante en relación a la primera consulta (ganancia excesiva de peso, pérdida de peso, edema grosero, etc.).
- Preparar a la embarazada psicológica y físicamente para pasar este periodo del embarazo sana y prepara su cuerpo para los cambios que el aumento del volumen fetal le causarán.
- Informarle e identificar factores de riesgo asociados a patologías de esta segunda mitad del embarazo como son los trastornos hipertensivos, las inserciones placentarias, parto prematuro entre otras.
- Determinar nueva vez la edad gestacional.
- Orientar e informar sobre signos y síntomas de alarma como sangrado, contracciones, etc.
- Realizar ultrasonido en busca de anomalías fetales o placentarias así como valorar el líquido amniótico.

TRABAJO DE ENFERMERA ESPECÍFICOS EN LA SEGUNDA CONSULTA:

1. Revisar la Historia clínica y el Carnet Perinatal, con todos sus datos personales. (Es importante saber cualquier cambio desde Primera Consulta).
2. Revisar el instrumento del Formulario de Clasificación (Cartilla del Proveedor P.8), para verificar que todo esté marchando dentro de la normalidad
3. Orientar sobre exámenes de laboratorio pendientes y Sonografía (Orina, Hemograma. En pacientes Rh negativo investigar sensibilización con test de Coombs).
4. Dar las Orientaciones y Consejería concernientes al chequeo del Plan de Parto (Cartilla para la Usuaria P.7).
 - Fortalecer el conocimiento de Auto-cuidado (Salud Bucal, Alimentación, y Evitar hábitos tóxicos (Cartilla para la Usuaria P.14).
 - Promoción y apoyo a la Lactancia materna y Cuidado de las mamas (Cartilla para la Usuaria P.28-29).
 - Información y orientación sobre signos y síntomas de alarma (Cartilla para la Usuaria P.16).
 - Información y orientación sobre signos y síntomas de partos prematuros, en este segundo control, por la fecha en que ocurren suelen llamárseles inmaduros y estos son de peor pronóstico.
5. Confirmar sobre Papanicolaou.
6. Confirmar Aplicación de Toxoide Tetánico según esquema de inmunización.

CONSEJOS ESPECÍFICOS DE LA SEGUNDA CONSULTA

¿SE SIENTE MOVIMIENTO FETALES?

Alrededor de las 20 semanas, la madre puede percibir movimientos fetales. Cuando realice la maniobra de Leopold, pregunte sobre los movimientos fetales: Cómo se perciben? Activos, fuertes, frecuentes? Trate de identificar cuándo los percibió por primera vez y anotar en la historia clínica.

CAMBIOS CORPORALES

- Indague y registre síntomas y otros eventos
- Observe y comente sobre:
 - Estado emocionado (época de estabilidad).

-Es importante que la embarazada pueda darse cuenta de ella misma como está cambiando su cuerpo de manera que sea partícipe de mejorar su autocuidado.

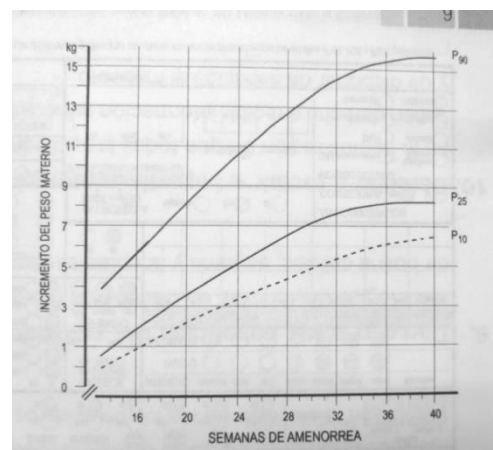
Aumento de peso: El aumento de peso no es el mismo durante todo el embarazo y depende del peso al inicio del embarazo, retención de líquido y el tipo de alimentación. Recordar que la ganancia de peso debe ser entre de 6-16 Kg (13-35 Libras) en todo el período de la gestación.

Periodo de embarazo	2-4 meses	5-7 meses	8-10 meses
Aumento de Peso Adecuado	1 kg(2 libra)	4 kg(8 libra)	4 + α kg (8 + α libra)

Nota: Personas con Obesidad deben tener un aumento de peso menor, y las más delgadas deberán ganar mayor peso, esto va en relación a lo que es el Índice de Masa Corporal

COMO SE EVALÚA EL AUMENTO DEL PESO

Para evaluar el aumento de peso de la embarazada debemos tomar en cuenta la cantidad de semanas de embarazo y comparamos la cantidad de kilos adquiridos a partir de cada consulta. Debajo del percentil 10 y encima de 90 percentil es signo de alarma.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL SEGUNDO TRIMESTRE:

- Sangrado
- Dolor abdominal
- Poco crecimiento abdominal
- Salida de líquido vía vaginal
- Fiebre
- Edema
- Mareos
- Contracciones
- Subida de Tensión Arterial
- Aumento o disminución de peso
- Secreción vaginal
- Cefalea
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Visión borrosa

Sonografía:

La segunda sonografía se puede realizar tanto por vía pélvica como transvaginal, sin embargo, por la vía vaginal, nos permite determinar la longitud del cérvix uterino, ya que un acortamiento de este, nos podría orientar sobre la posibilidad de prematuro. La vía de pélvica, alrededor de la Segunda Consulta, nos ayuda a valorar el crecimiento y formación de las partes fetales, posición de la placenta, cantidad de líquido amniótico, presentación fetal, características del cordón umbilical, algunos casos es posible saber el sexo.

Prueba de Laboratorio.

Sangre: Para ver la cantidad de plaquetas y glóbulos rojos en la sangre, la hemoglobina, la presencia de muy pocos glóbulos rojos sanguíneo, puede significar que hay anemia, lo cual es común en el embarazo y fácil de corregir. Si se realizó en el primer chequeo y estaba dentro de valores normales, no es necesario repetirla dentro de este segundo chequeo.



Examen de orina: En busca de glucosuria o proteínas, lo cual podría sugerirnos algún trastorno de los hidratos de carbono o la presencia de un trastorno hipertensivo del embarazo.



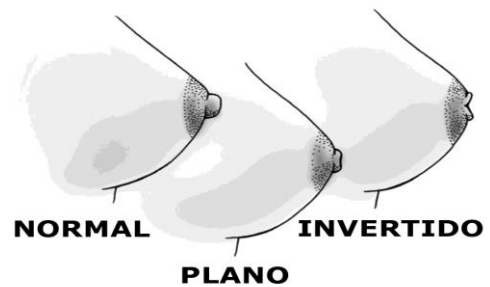
Fortalecer los conocimientos sobre:

Promoción y apoyo a la Lactancia materna y Cuidado de las mamas

Confirmar estado de la Mamas:

Pida a la mujer que deje los brazos caídos e inspeccione las mamas para determinar

- Característica del pezón
- El tamaño, la forma, y la simetría
- Coloración o pigmentación
- Si hay secreción de calostro en los pezones
- El color, la consistencia y la cantidad de otras secreciones de los pezones



Fomentar el Cuidado de la mama y los pezones:

Promoviendo la Higiene, explicando que las mamas se deben lavar solo con agua, sin jabón, evitar el uso de crema y lociones, usar un sostén que sostenga pero que no aprieten y que sean de colores poco intensos

Atención Odontológica en Paciente Embarzadas

El embarazo no se debe considerar una enfermedad y no deberá ser tratado como tal, aunque existen algunas consideraciones especiales para el tratamiento dental de las gestantes.

Con los cambios hormonales durante el embarazo especialmente el aumento de estrógeno, las embarazadas pueden presentar problemas en las encías y los dientes.

Enfermedades dentales durante el embarazo.

1-Caries dentales: Las mujeres embarazadas suelen tener apetencia por alimento que se aparta de su dieta habitual.



2-Erosion acida de los dientes: Ocurre de forma infrecuente, debido a vomito repetido asociado a las náuseas matutina o reflejo gastroesofágico.



3-Inflamacion gingival: Es la afectación bucal asociada al embarazo más frecuente, la presentan de un 60 a un 75% de las mujeres en este período. Los cambios en las encías están asociados generalmente a una mala higiene bucal. Estos pueden causar inflamación, sangrado, dolor, daño a la raíz del diente y hasta pérdida del diente. Esto puede llevar a nacimientos prematuros asociado a la liberación de sustancias proinflamatorias, lo que libera oxitocina, bajo peso al nacer por las molestias a la hora de ingerir ciertos alimentos, pérdida del embarazo y preeclampsia, asociados al estrés.

Hasta el momento se acepta que:

- El embarazo no descalcifica los dientes.
- Los medicamentos (penicilina y paracetamol) y analgésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal.
- El segundo trimestre es el más seguro para llevar a cabo el tratamiento dental de rutina. Los Procedimientos quirúrgicos extensos que no sean urgentes deben de ser pospuestos dentro de lo posible hasta terminar la gestación ya que el embarazo es un estado transitorio.
- El uso de los rayos X, debe tomarse en cuenta solo cuando estos sean necesarios para el diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, protegiendo la zona abdominal con un delantal de plomo.
- No se recomienda utilizar analgésico de tipo AINES, ni los de tipo narcótico así como antidepresivo ni tetraciclina.
- Afortunadamente las sustancias de uso frecuente en odontología pueden utilizarse con relativa seguridad.
- La buena nutrición durante el embarazo es clave para mantener una buena salud bucal.
- Toda embarazada debería solicitar una rutina de revisión con su odontólogo para ver

si tiene alguna patología.

-Es importante que durante el embarazo mantenga una correcta higiene oral, y debe tener una higiene equilibrada.

Comité Salud Sexual y Reproductiva Pimentel

Provincia Duarte

- Licda. Elbis Reyes Coordinadora
- Licda. Jaqueline Reyes Sub Coordinadora
- Licda. Nelfa ortega Secretaria
- Licda. Eugenia Serrano Miembro
- Licda. Hilda Cordero Miembro

CONTROL PRENATAL TERCERA CONSULTA

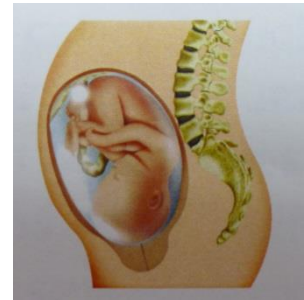
Realizar el control prenatal entre las 28-32 semanas del embarazo

Este período de control da paso al último trimestre del embarazo, ya para este tiempo la usuaria tiene una mayor aceptación de su condición, siendo más estable en su relación con el entorno presentando mayor estabilidad tanto física como espiritualmente.

Para este tiempo el feto completa su desarrollo, ganando aproximadamente 1,300gr, significando esto un aumento del tamaño de su abdomen a expensas del útero el cual se torna más grande. Este aumento del volumen uterino presiona las grandes vísceras y vasos abdominales ocasionando sensación de incomodidad; no obstante, ayuda a que la madre perciba con mayor nitidez los movimientos fetales.

Estado del feto

Mide alrededor de 40cm y pesa cerca de 1300g (3 Libras). A partir de este mes la madre le transmite anticuerpos que protegerán al recién nacido de los agentes infecciones durante los seis primeros meses de vida. Los nervios, ya desarrollados, permiten que el feto responda a ruidos externos.



OBJETIVOS DE LA TERCERA CONSULTA

- Diagnostica la condición materna con cualquier cambio desde la Segunda Consulta para prevenir las complicaciones.
- Proporcionar el conocimiento necesario sobre la evolución del embarazo y los factores de riesgo que podrían presentarse en el mismo.
- Preparar física y emocionalmente para el momento del parto y del recién nacido.
- Realizar examen físico completo, haciendo énfasis en la ganancia de peso, la presencia de edema y de várices.

TRABAJO DE ENFERMERA EN LA TERCERA CONSULTA:

1. Revisar la Historia clínica y el llenado del Carnet Perinatal, con todos sus datos personales (es importante saber cualquier cambio ocurrido desde la Segunda Consulta).
2. Revisar el instrumento del Formulario de Clasificación (Cartilla del Proveedor P.8).
3. Preguntarle a la usuaria sobre la última visita hasta la fecha, si ha padecido algún evento de salud y si ha tenido que visitar al médico o ha sido ingresada en un centro de salud por una enfermedad.
4. Orientar sobre exámenes de laboratorio (realizar un segundo hemograma, VDRL, toxoplasmosis, glicemia y examen de orina). En caso de disuria y secreciones vaginales es recomendable realizar cultivo de orina y de dichas secreciones.

5. Dar Orientación y Consejería en el chequeo, sobre el Plan de Parto (Cartilla para la Usuaria P.7).

-Informar y orientar sobre signos y síntomas de alarma (Cartilla para la Usuaria P.16).

-Nota : Si no se le ha dado otra orientación, (Chequeando con Plan de Parto, Cartilla para la Usuaria P.7) Hay que dar la orientación de todo el proceso que continúa a partir de este momento.



6. Preguntar sobre movimientos fetales, si son leves o fuertes.
7. Orientar sobre la presencia de contracciones uterinas y cuando acudir a un centro de salud en busca de ayuda.
8. Asistir al médico en el examen obstétrico (Realizar Inspección y examen físico genital), y junto a este determinar con Maniobra de Leopold, Presentación, Situación fetal y volumen del líquido amniótico. Si hay Edema generalizado, várices, observar si hay sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico.



CONSEJOS ESPECÍFICOS DE LA TERCERA CONSULTA

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL TERCER TRIMESTRE:

- Sangrado o manchado vaginal
- Dolor abdominal
- Poco crecimiento abdominal
- Salida de líquido vía vaginal
- Fiebre
- Edema de cara, de miembros o Anasarca
- Mareos
- Zumbido de oídos
- Dificultad para respirar
- Contracciones
- Aumento de la Tensión Arterial
- Aumento o Disminución de peso
- Aumento de Secreción vaginal
- Cefalea
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Visión borrosa
- Aumento en el micciones y molestia al orinar
- Convulsiones

Cuidar el Parto prematuro:

Educar a la paciente sobre el parto prematuro y qué hacer en caso de amenaza. Estos signos pueden ser: dolor abdominal y lumbar, sangrado vaginal, salida del líquido amniótico o Contracciones uterinas (abdomen duro). Cuando aparecen contracciones, debemos enseñarla a distinguir las falsas de las verdaderas (cuando ocurren más de dos veces, en una hora o más de 10 veces durante un día.), recordándole que las falsas son casi imperceptibles, solo la madre las percibe y por lo general se presentan muy distantes y son de corta duración (pasadas); en cambio las verdaderas son de mayor intensidad y duración se inician en hipogastrio y se irradian a región lumbar, otra persona siente el endurecimiento del útero, en su tratamiento inicial requieren hidratación y descanso bien acostada.

Nota: debe orientarse que de presentar los síntomas mencionados tiene que acudir al centro de salud más cercano.

Valoración de la referencia

- ✚ Se debe referir en caso de: presión alta, sangrado y proteína en la orina, poco aumento de peso o ganancia excesiva, así como cualquier otro factor que motive una interconsulta con otro departamento.
- ✚ Evidencia de preeclampsia (frenesí).
- ✚ Si tiene anemia y la hemoglobina es menos de 7g/DL en la primera visita o en la actual.
- ✚ Infección de vía urinaria.
- ✚ Si se ha confirmado por sonografía que hay embarazo múltiple.
- ✚ Si no se escucha la frecuencia cardíaca fetal y ella refiere que no percibe los movimientos fetales.
- ✚ Si hay sangrado no se debe hacer tacto vaginal y se procede al control de signos vitales.
- ✚ Al final de cada consulta confirmar no pasar desapercibido algunos de los signos y síntomas de alarma.

En caso de referimientos:

- ✚ Proporcionar información sobre el motivo del mismo.
- ✚ Tranquilizar a la mujer y a sus familiares.
- ✚ Llenar el carnet perinatal con la información sobre el motivo del referimiento.

PLAN DE PARTO:

- Continuar el proceso para el desarrollo del plan de parto.
- Orientar a la mujer y a su familia en qué momento acudir al centro de salud.
- Quien debe acompañarla, el transporte a utilizar, que debe llevar (la ropa de ella y del bebe), cédula y acta de nacimiento, carnet perinatal y si no están registrados en el carnet, todas las analíticas y estudios de imágenes que se hallan realizado.
- Ropa para cuando le den el alta.
- Quien le servirá de contacto con el centro de salud durante el internamiento.
- Continuar con la orientación para el momento del parto y la llegada del recién nacido.
- Cuando realiza orientación y consejería a madre, firme su nombre con la fecha en las dos cartillas (Usuaría y Proveedor).



Educación y consejería

Sabiendo los cuidados que tenemos que tener con la embarazada es necesario:

- Repetir las informaciones dadas en la primera visita.
- Facilitar documentos educativos.
- Orientar cómo manejar las molestias comunes (Nauseas, malestar general, parestesias u adormecimientos).
- Orientar sobre signos de enfermedades endémicas Ej.: dengue, chikungunya, leptospirosis, malaria; y tomar las medidas preventivas para cada caso.
- Motivar, informar y preparar para la lactancia materna.
- Ayudar a la mujer a tomar decisiones para su bienestar y el del bebe.
- Cambiar malos hábitos higiénicos.
- Darle a conocer las distintas opciones de planificación familiar y orientarla sobre el momento en que debe usarlo.

Sonografía:

No es necesario realizar de rutina un control sonográfico en estos momentos, pero, si la madre presenta alguna inquietud o presenta disminución de movimientos fetales o le crearía dificultad al tratante para auscultar al feto o sospecha cualquier alteración de orden anatómico o funcional o no hay concordancia entre FUM, ultrasonografía y Altura Uterina, sí estaría justificada.

Observar con la sonografía para determinar la condición fetal y la cantidad de líquido amniótico, las características de la placenta y del cordón umbilical, si es posible, la flujometría de los grandes vasos.

Comité Salud Sexual y Reproductiva Castillo

Provincia Duarte

- Licda. Reina Acosta coordinadora
- Licda. Victoria Castro sub coordinadora
- Licda. Rosaura Rosario Secretaria
- Licda. Carmen M. Rosa Miembro
- Licda. Miguelina Vásquez Miembro



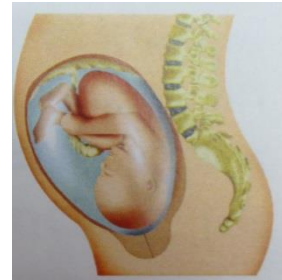
CONTROL PRENATAL CUARTA CONSULTA

Realizar el control prenatal entre las semanas 32-36 del embarazo

Para este tiempo el feto completa su desarrollo, ganando aproximadamente 2,500gr (36 semanas), significando esto un aumento del tamaño de su abdomen a expensas del útero el cual se torna más grande llegando hasta el epigastrio (boca del estómago). Este aumento del volumen uterino presiona las grandes vísceras y vasos abdominales ocasionando sensación de disconfort y plenitud; no obstante, el cuerpo de la embarazada se va a adaptar, aún padece varias molestias comunes. Además en este período ocurren muchas complicaciones como la preeclampsia.

Estado del feto

Se comienza a depositar grasa subcutánea en el cuerpo del feto y la piel se hace más suave, porque aparece el unguis sebáceo que la cubre. El cuerpo pierde la pelusa llamada lanugo, y mide 45cm de longitud y pesa aproximadamente 2500g (5,5 Libras).



OBJETIVOS DE LA CUARTA CONSULTA

- Diagnostica la condición materna con cualquier cambio desde la Tercera Consulta para prevenir las complicaciones.
- Proporcionar el conocimiento necesario sobre la evolución del embarazo y los factores de riesgo que podrían presentarse en el mismo.
- Preparar física y emocionalmente para el momento del parto y del recién nacido.
- Realizar examen físico completo, haciendo énfasis en la ganancia de peso, la presencia de edema y de várices.



TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA CUARTA CONSULTA:

1. Orientar a la usuaria ya que para la siguiente consulta, estará referida al centro de 2^{do.} o 3^{er.} nivel donde le corresponda parir.
2. Revisar la Historia clínica y el llenado del Carnet Perinatal, con todos sus datos personales (Es importante saber cualquier cambio ocurrido desde la Tercera Consulta).
3. Orientar sobre exámenes de laboratorio (Hemoglobina, segunda prueba rápida para HIV y tercera para sífilis, orina; repetir análisis con tira reactiva múltiple. En caso de disuria y secreciones vaginales es recomendable realizar cultivo de orina y de dichas secreciones.).
4. Dar Orientación y Consejería en el chequeo, sobre el Plan de Parto (Cartilla para la Usuaria P.7).
 - Educar sobre cambios corporales y manejo de molestias comunes.
 - Informar y orientar sobre signos y síntomas de alarma (Cartilla para la Usuaria P.16).
 - Nota : Si no se le ha dado otra orientación (Chequeando con Plan de Parto, Cartilla para la Usuaria P.7), hay que dar la orientación de todo el proceso que continúa a partir de este momento.
5. Participar, junto al médico, del examen físico (Observar las características de los cambios corporales y la contextura física de la usuaria). Preguntar sobre movimientos fetales, si los percibe, si son leves o fuertes.
6. Orientar sobre la presencia de contracciones uterinas y cuando acudir a un centro de salud en busca de ayuda.
7. Asistir al médico en el examen obstétrico (Realizar Inspección y examen físico genital), y junto a este determinar con Maniobra de Leopold, Presentación, Situación fetal, encajamiento y volumen del líquido amniótico. Si hay Edema generalizado, várices, observar si hay sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico.

CONSEJOS ESPECÍFICOS DE LA CUARTA CONSULTA

Sonografía:

La tercera y última sonografía se puede realizar vía pélvica alrededor de la Cuarta Consulta (34 semanas), si no presenta algún riesgo que motive a la realización de más estudios de imágenes, ya aquí el feto pesa unos 2,000-2,500gr, las vísceras importantes maduran para que pueda vivir fuera del útero. Nos ayuda a valorar el crecimiento y formación de las partes fetales, posición de la placenta, cantidad de líquido amniótico, presentación fetal, características del cordón umbilical. Se sabe el sexo, a pesar de ello, esta no es nuestra prioridad, pero si es algo que causa intranquilidad a la usuaria.

Educación y consejería

Salvo en situaciones donde se requiere de una referencia de emergencia, antes de este período, todos los contenidos educativos debieron ser cubierto con la usuaria durante la consulta y reforzado antes de la referencia.

Explorar las necesidades de información que la usuaria pueda tener y proporcionársela, especialmente acerca de lo siguiente:

-información y orientación sobre signos y síntomas de alarma y facilitar documentos educativos.

-Signos de parto prematuro, que hacer y a quien notificar.

-Cuáles son los signos de alarma, que hacer y donde acudir.

b) Manejo de las molestias comunes

c) Motivación, información y preparación.

d) Hábitos alimenticios

c) Hábitos de higiene.

f) Apoyar en su relación de pareja

h) Programación de las siguientes consultas y pasos a seguir en el hospital de referencia, a través del sistema de redes se debe de disponer de los horarios de consulta de cada centro y los días de la misma, así se les evitan estrés y gastos innecesarios a la usuaria.

ORIENTAR SOBRE MOLESTIAS COMUNES

Síndrome de hipotensión supina, que consiste en la caída de la tensión arterial en decúbito supino (postura acostada, boca arriba).

El Útero aumentado de tamaño comprime o presiona a la arteria aorta abdominal lo que causa caída de la tensión arterial. Debe orientarse a la madre, para que se acueste del lado izquierdo semiacostada para evitarlo.

Es en este período donde más ocurren los casos de **preeclampsia** por lo que hay que tener cuidado con síntomas como cefalea y visión borrosa.



Edema

En esta etapa aparece edema en los pies y manos en muchos casos. Sin embargo es el edema a nivel abdominal, el párpado, y la anasarca (edema todo el cuerpo) las que merecen mayor atención ya que puede ser una complicación de una enfermedad sistémica como la preeclampsia.

Manera de auto cuidado: Poner almohada pequeña debajo de las piernas, para favorecer el retorno venoso. Hacer ejercicios en los pies y mantenerlos calientes siempre es importante para favorecer también, el retorno venoso.

El dolor de espalda

Es normal por la posición que esta adopta y el peso que representa el útero grávido. Suele aliviarse con los cambios posturales, cambiando la posición de dormir (más cómodo como ella quiera), no usando zapatos altos ya que modifican el centro de gravedad, hacer ejercicios programados así como no caminar largas distancias, entre otros.

-Mejora tu postura: mantén tus hombros relajados y hacia abajo, el pecho hacia fuera, la espalda alta y derecha.-Duerme de lado con una o ambas piernas flexionadas (dobladas). Es ideal ponerse una almohada entre las piernas.

-Cuando tengas que levantar o recoger algo del piso, hazlo correctamente. Haz una sentadilla y levanta con tus piernas. No te inclines estando de pie.



Poliuria.

Que no es más que la producción excesiva de orina. Les sucede al 90% de las embarazadas y se manifiesta con un aumento en la sensación de orinar. Se puede presentar durante todo el embarazo siendo más frecuente al final. Esto es debido a los efectos de la hormona vasopresina sumado a la compresión hacia la vejiga que le ejercen el útero y el feto.



Estreñimiento:

causado por reducción de los movimientos peristálticos intestinales, suele deberse a los efectos de la progesterona por la relajación de la musculatura lisa o al aumento del tamaño del feto. Nuestra conducta sería fomentar el consumo de fibras en la dieta, que se mejore la ingesta de líquidos, que se realice ejercicio, evitar el estrés. Esto mejora la existencia de hemorroides y el estreñimiento.



Comité Salud Sexual Reproductiva Villa Riva, Provincia Duarte

- Licda. Norki María Reynoso Coordinadora
- Licda. María del Carmen Paulino Sub Coordinadora
- Licda. Cecilia Florencio Secretaria
- Licda. Georgina Rodríguez Miembro
- Licda. Ana María Pichardo Miembro

CONTROL PRENATAL QUINTA CONSULTA

Realizar el control prenatal entre las 36-38 semanas del embarazo

Para este tiempo el feto desarrolla más, alcanzando ya su máximo desarrollo y el útero se ha hecho más prominente hasta llegar al reborde costal. Después de las 37 semanas, el feto se encuentra preparado para nacer. En esta etapa ya el feto completa su encajamiento, el cual se inició en los meses anteriores, produciéndose el descenso. El volumen abdominal tiende a disminuir ya sea por el mismo encajamiento o por el líquido amniótico que consume el feto, también los movimientos fetales van a reducir.

Se acentúan algunos síntomas como son: dolor de espalda, estreñimientos, poliuria, hinchazón, varices y fatiga. Sus senos estarán más grandes de lo normal y es posible que empiece a segregar un líquido de color amarillento que es el calostro. Hay que preparar a la mujer psicológicamente para el parto que ya está muy cerca.

Estado del feto

El feto mide alrededor de 50cm, pesa aproximadamente 3,000g (6.6 Libras). Las nalgas se suavizan por el depósito de grasa y la piel palidece. El feto está listo para nacer. La presentación desciende a la cavidad pélvica, donde presiona sobre la vejiga y hace que aumenten las contracciones uterinas.



OBJETIVOS DE LA QUINTA CONSULTA

- Diagnosticar la condición materna con cualquier cambio desde la Cuarta Consulta para prevenir las complicaciones.
- Referir a un segundo o tercer nivel, si aún no se había hecho.
- Orientar sobre los signos de inicio de parto, para y cuando dirigirse al hospital para parir.
- Preparar física y emocionalmente para el momento del parto y del recién nacido.

- Identificar signos de alarma como son: cifras tensionales elevadas, edema generalizado, evidencia de infección activa, sangrado, etc.

TRABAJO DE LAS ENFERMERAS EN LA QUINTA CONSULTA:

1. Revisar la Historia clínica y el llenado del Carnet Perinatal, con todos sus datos personales (Es importante saber cualquier cambio ocurrido desde la Cuarta Consulta).
2. Orientar sobre exámenes de laboratorio (Hemoglobina, Verificar que las pruebas de VIH, sífilis y cultivos hayan sido reportadas. Orina: Repetir análisis con tira reactiva múltiple en busca de proteinuria y glucosuria).
3. Dar Orientación y Consejería en el chequeo, sobre el Plan del Parto (Cartilla para la Usuaría P.7).
 - Informar y orientar sobre signos y síntomas de alarma (Cartilla para la Usuaría P.16).
 - Orientar sobre los signos de inicio de parto, para y cuando dirigirse al hospital para parir.
 - Orientación psicoprofiláctica para el parto.
4. Asistir al médico en el examen obstétrico (Realizar Inspección y examen físico genital, y junto a este determinar con Maniobra de Leopold, Presentación, Situación fetal, encajamiento y volumen del líquido amniótico. Si hay Edema generalizado, várices, observar si hay sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico.)
5. Escuchar si tiene algunas preocupaciones (Si, ella es primípara, tiene preocupaciones para parir) y comentarlas al tratante.
6. Orientar sobre métodos de planificación familiar.

CONSEJOS ESPECÍFICOS DE QUINTA CONSULTA

Parto con producto a término: Expulsión del feto desde 37 semanas o menos de 42 semanas de embarazo, si es que no hay contraindicación para el mismo.

Parto Pre término o Prematuro: Expulsión del feto de 28 semanas o menos. De 28 hasta 34 semanas de embarazo, inductores de la madurez pulmonar y cesárea. Mayor de 34,1 semanas, parto vaginal.

Parto post término: Expulsión del feto con más de 42 semanas de embarazo (hay que tratar de volver a calcular la edad gestacional y tratar de identificar las causas por las que no se ha producido el parto).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

-Si se presente de forma brusca edema, cefalea, visión borrosa o anasarca.

-Observar y orientar a las usuarias si hay sangrado, (si es abundante), si hay flujo vaginal de qué color (blanco o amarillento) y el olor.

-Debemos preguntarle sobre los **movimientos fetales**. Si se mueve, con qué frecuencia, de qué lado siente más movimientos y de qué lado siente que está alojado el feto. Si se reducen mucho los movimientos fetales o no se sienten, hay que ir al hospital (**generalmente se pueden**



contar 10 veces durante 30 minutos desde que ella siente movimientos fetales).

Si estos signos son positivos orientarla que debe visitar al centro de salud o a su ginecólogo, aunque no le toque cita o chequeo prenatal.

ORIENTAR SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INICIO DE PARTO:

1. Hay **Contracciones uterinas (dolor bajo vientre)**, periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos, durante dos horas.

Número de contracciones presentes en **una ventana de 10 minutos, promediadas en el lapso de 30 minutos.**

-Para **primigesta** contracciones uterinas es de **2 o más en 10 minutos.**

-Para **multípara** contracciones uterinas es de **1 o más en 10 minutos** (Mejor que ingrese al hospital).

2. **Salida de líquido amniótico** (por la vagina).
3. Presencia de sangrado tipo manchado (tapón mucoso) solamente por este síntoma no necesita ir al hospital

Nota: Contracciones indoloras

Durante el último trimestre de embarazo, se producen contracciones indoloras, sin periodicidad ni regularidad en el tiempo (**todavía no necesita ir al hospital**); pero a medida que comienza el trabajo de parto, ocurren más seguido, son más intensas y adquieren regularidad.

Sonografía:

No es necesario realizar de rutina un control sonográfico en estos momentos, pero, si la madre presenta alguna inquietud o presenta disminución de movimientos fetales o le crearía dificultad al tratante para auscultar al feto o sospecha cualquier alteración de orden anatómico o funcional o no hay concordancia entre FUM, ultrasonografía y Altura Uterina, sí estaría justificada. La sonografía se puede realizar vía pélvica. Nos ayuda a valorar la posición de la placenta y su grado de madurez, cantidad de líquido amniótico, presentación fetal, características del cordón umbilical.

Comité Salud Sexual Reproductiva Arenoso Provincia Duarte

- | | |
|----------------------------|-----------------|
| • Licda. Juana Hernández | Coordinadora |
| • Lic. Cesarín Infante | Sub Coordinador |
| • Licda. Elba María Núñez | Secretaria |
| • Licda. Ana Ramona Amparo | Miembro |

CONTROL PRENATAL SEXTA CONSULTA

Realizar el control prenatal entre las 38-40 semanas del embarazo

Este control se realiza con la finalidad de ofrecerle una atención periódica y especial a las embarazadas con el objetivo de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, para prevenir complicaciones maternas y perinatales.

Prepararla física y emocionalmente para el parto, puerperio y el cuidado de su bebé.

Ocurre la pérdida del tapón mucoso como consecuencia del borramiento cervical

Durante el embarazo, el cuello del útero está sellado por una sustancia transparente y viscosa, con el objeto de evitar infecciones. Al comenzar el trabajo de parto, el cuello comienza a dilatarse y el tapón cae.



OBJETIVOS DE LA SEXTA CONSULTA

- Diagnostica la condición materna con cualquier cambio desde la Quinta Consulta para prevenir las complicaciones.
- Orientar sobre los signos de inicio de parto, y cuando dirigirse al hospital para parir.
- Preparar física y emocionalmente para el momento del parto y la llegada del recién nacido.



TRABAJO DE ENFERMERA EN LA SEXTA CONSULTA:

1. Revisar la Historia clínica y el llenado del Carnet Perinatal, con todos sus datos personales (Es importante saber cualquier cambio ocurrido desde la Quinta Consulta).
2. Orientar sobre exámenes de laboratorio (Hemoglobina, Orina: Repetir análisis con tira reactiva múltiple de ser necesario).
3. Dar Orientación y Consejería en el chequeo, sobre el Plan de Parto (Cartilla para la Usuaría P.7).

-Orientar sobre los signos de inicio de parto, y cuando dirigirse al hospital para parir.

-Informar sobre trabajo del parto

-Informar y orientar sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo y labor de parto (Cartilla para la Usuaría P.16-17).

-Orientación psicoprofiláctica para el parto.



4. Asistir al médico en el examen obstétrico (Realizar Inspección y examen físico genital, y junto a este determinar con Maniobra de Leopold. Presentación, Situación fetal, encajamiento y volumen del líquido amniótico. Si hay Edema generalizado, várices, observar si hay sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico.)
5. Escuchar si tiene algunas preocupaciones (Si ella es primípara, tiene preocupaciones para parir) y comentarlas al tratante.
6. Orientar sobre la próxima cita (Llenando la Cartilla para la Usuaría P.8).
Debemos de aconsejarles a las usuarias que si llega a las 41 semanas completas (290 días), debe de acudir directamente al segundo o tercer nivel de atención, a fin de someterse a una evaluación de las condiciones clínicas de la madre y el feto.

CONSEJOS ESPECÍFICOS DE LA SEXTA CONSULTA

PREPARAR CUERPO PARA EL PARTO

Orientar a las usuarias sobre los ejercicios que debe realizar durante el día:

Presionar las manos contra las rodillas, sentada con las piernas en posición hindú, sentada en una silla con las piernas separadas, dirigir un movimiento firme de muñeca y codo, rotar los hombros hacia atrás tomándose las manos en la espalda.



Consejos sobre el trabajo de parto

Adoptar las posiciones que sean más comfortable para la usuaria en las primeras horas de labor de parto puedes caminar, tomar un poco de aire fresco, recostarse y tratar de descansar durante las contracciones.

No acostarse totalmente sobre la espalda ya que esta posición comprime la vena cava y hace que las contracciones sean menos efectivas.

Posiciones que favorecen la labor de parto

Mecerse rítmicamente hacia delante y hacia atrás en coordinación con la respiración, sentarse en la cama con las piernas cruzadas frente a ti (posición de mariposa), mantenerse con las rodillas y las manos en la cama (posición del perrito), es preferible.



Orientación para el momento del parto

Orientar a la usuaria que debe pujar en la parte de abajo con fuerza, no en la parte de la garganta en el momento que tenga contracciones, con respecto a la respiración, debe de inhalar por la nariz y exhalar por la boca. El equipo tratante debe de conocer que el pujo normal es espontáneo y que lo desencadena el paso de la cabeza fetal la cual distiende el periné, por lo que no se debe forzar con maniobras cruentas para agilizar este período.

Debemos recordar, que es un momento placentero para la paciente, así que no se lo dañemos.

-Orientar sobre signos y síntomas de alarma durante la labor de parto.

Consejos para después del parto

Debemos de aconsejarles que después del parto deben seguir ingiriendo todos los micronutrientes y asistir al centro de vacunación correspondiente y acudir al área de planificación familiar (si lo desea) a elegir el método de planificación que van a utilizar.



En esta consulta se realizan las siguientes pruebas:



Hemograma y orina.

Sonografía:

Orientar a las usuarias sobre estudio sonográfico para valorar posición fetal y volumen de líquido amniótico.

No es necesario realizar de rutina un control sonográfico en estos momentos, pero, si la madre presenta alguna inquietud o presenta disminución de movimientos fetales o le crearía dificultad al tratante para auscultar al feto o sospecha cualquier alteración de orden anatómico o funcional o no hay concordancia entre FUM, ultrasonografía y Altura Uterina, sí estaría justificada la sonografía, se puede realizar vía pélvica. Nos ayuda a valorar [la posición de la placenta y su grado de madurez, cantidad de líquido amniótico, presentación fetal, características del cordón umbilical.](#)

Comité Salud Sexual y Reproductiva Cenoví

Provincia Duarte

Bomba de Cenoví



- | | |
|--------------------------|------------------|
| • Licda. Maritza Acosta | Coordinadora |
| • Licda. Carmen Reyes | Sub coordinadora |
| • Licda. Mary Rosario | Secretaria |
| • Licda. Paula Peralta | Miembro |
| • Licda. Ingrid González | Facilitadora |

VISITA DOMICILIARIA A LAS 48 HORAS

Objetivo general

Conocer el estado actual de la puérpera para prevenir posibles complicaciones.

Objetivos específicos

- Determinar proceso de involución uterina.
- Determinar cantidad y tipo de sangrado.
- Verificar secreciones (color y olor).
- Valorar la existencia de fiebre.
- Conocer signos vitales.
- Conocer condiciones anormales en las mamas.
- Verificar estado emocional.

Herramientas y materiales a utilizar:

Esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, cinta métrica, bandeja de cura, hoja de registro, hoja de visita domiciliaria, material educativo y lapicero.

1. La visita domiciliaria a las 48 horas después del parto, consiste en realizar diferentes actividades de inspección a la puérpera con la finalidad de detectar y prevenir posibles complicaciones como: sangrado excesivo, fiebre, micción dolorosa, dolor abdominal, congestión mamaria, estados depresivos, entre otras.



2. Llamar a la usuaria por su nombre; crea en ella un ambiente de confianza y a la vez la hace sentir



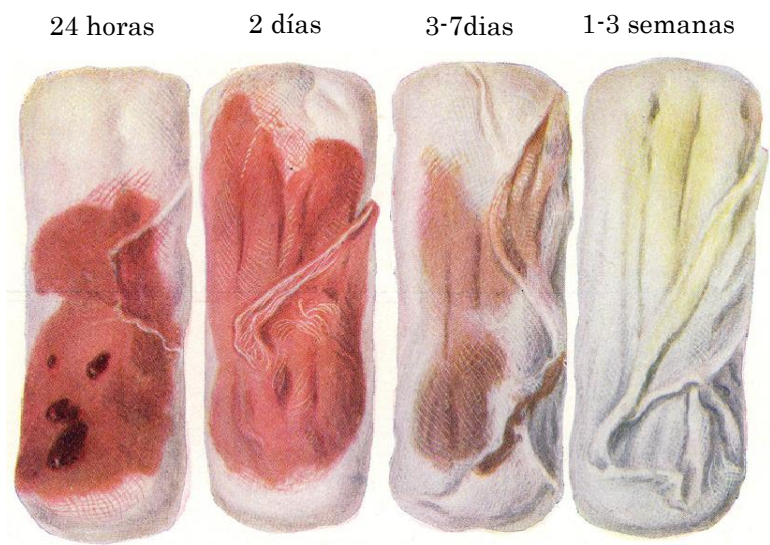
3. El registro del estado de la puérpera, es una guía de consulta que permite relacionar su estado de evolución durante el período de los 40 días después del parto.

4. Informar a la madre con detalle el procedimiento a seguir para realizar un examen de verificación de su estado físico y su importancia, tales como: chequeo de parpados, pies y manos, valoración de sangrado, entre otros.



5. Chequear el tipo de sangrado (color, cantidad, olor, consistencia) y las características) del dolor abdominal, contribuye a identificar y evitar que la puérpera caiga en anemia o shock hipovolemico, lo que podría ocasionarle la muerte.

6. Loquios: es la secreción vaginal normal durante el puerperio que contiene sangre, moco y tejidos plasmáticos. En este por lo general podemos observar tres cambios en el color: rojo (hemáticos), marrón (serohemáticos), blanquecino o amarillo claro (serosos). Hay que cuidar con presencia de coágulos o expulsión de tejido.



<http://matronadelajanda.blogspot.com/2011/06/cuidados-despues-del-pa>

Los loquios se mantienen hemáticos los primeros 3-7 días, luego y hasta el día 13 se mantienen serohemáticos, y a partir de allí serosos hasta aproximadamente el día 21 donde ocurre el pequeño retorno.



7. Medir la temperatura a la madre, nos puede orientar, sobre la presencia o no de posibles procesos infecciosos cuando sus valores están por encima de **38 °C**.



8. Es importante tomar la PA y la frecuencia cardíaca y respiratoria a la puérpera, para conocer los valores actuales y así poder tomar cualquier decisión en caso de que estén alterados. Ya que podrían orientarnos hacia un trastorno hipertensivo, hacia un shock hipovolémico, etc.



9. Al verificar los parpados podemos identificar posibles rasgos anémicos o extravasación de líquidos.

10. En la exploración de las mamas verificaremos si el pezón está invertido, enrojecido o doloroso y la condición de la leche materna, así como olor y color de esta.



11. Involución interina:

Es el proceso que ocurre después del parto para el útero volver a su normalidad. A medida que pasan las horas y los días podemos observar diferentes cambios en este.



12. Con el examen o verificación de la vulva determinamos tipo de sangrado, presencia de edemas a causa del parto o por la episiotomía.

Tabla de Involución Interina



Hora-Días	Involución	Tamaño (cm)	Contextura
Acabada de dar a luz	2 a 3 dedos por debajo del ombligo.	11-14	duro
12 horas	1 a 2 dedos encima del ombligo.	11-15	blando
1-2 días	1 a 2 dedos debajo del ombligo.	10-15	duro
3 días	2 a 3 dedos debajo del ombligo.	9-12	duro
4 días	4 dedos debajo del ombligo.	9-11	duro
5 días	4 dedos debajo del ombligo.	8-10	duro
6 días	5 dedos debajo del ombligo.	8-9	duro
7-10 días	Se puede palpar solo un poco.	7-8	-
11-14 días	No se puede tocar.	-	-

13. Observar cara, manos y pies en busca de edemas.

14. Reconocer signos y síntomas de riesgo en la puérpera, permiten evitar complicaciones, como: presión arterial por encima de 120/80mmHg, sangrado excesivo, dolor de cabeza, fiebre y otros.



15. Evaluar y orientar a la puérpera y su familia sobre los resultados de la evaluación, haciendo énfasis en



16. Una dieta balanceada en toda puérpera, así como tomar suficiente líquido(2 lit/día) e incluir frutas y vegetales diariamente es imprescindible para esta.

17. Es de suma importancia la higiene general pero sobre todo de las mamas y genitales para evitar posibles infecciones en la puérpera y para la lactancia.



18. Los ejercicios post-parto (ejercicios de kegel), permiten recobrar el estado normal de los genitales. Esto consiste en apretar y soltar el piso pélvico (vulva) varias veces por unos cuantos minutos.



19. En la visita a la puérpera es importante preguntar y observar su estado emocional y en caso de que esta esté deprimida, orientarla a ella y a su familia. Si la depresión la lleva hasta el rechazo del niño o si no vemos que esta mejora con las orientaciones, referirla de inmediato.



20. Importantizar la cita del segundo control que será a los 7-10 días después del parto, haciendo énfasis sobre la verificación y comparación de su evolución post-parto.

Registro del estado de evolución de la puérpera

Nombre: _____ Edad: _____ años Dirección: _____

Evaluación	48 horas	7 días	1 mes o más
PA	90/60mmHg		
Pulso	54		
Temperatura	37 °C		
Tipo de sangrado	Normal		
Ex. Párpados	Anemia		
Edemas de cara, manos y pies	Pies (positivo)		
Involución interina	2 dedos debajo del ombligo		
Ex. De vulva	Normal		
Verificación de mamas	Normal		
Estado depresivo	Normal		
Otros	-		

Comité Salud Sexual Reproductiva 1^{er}. Nivel de Atención I Provincia Duarte

- Licda. Ana Antonia Guzmán Coordinadora
- Licda. Ysabel Almánzar Miembro

PRIMERA VISITA HOSPITALARIA DE LA PUERPERA

(Entre 7 y 10 días de parir/segundo control de la madre)

Objetivo general

Conocer el estado actual de la puérpera para prevenir posibles complicaciones.

Objetivos específicos

- Determinar signos vitales.
- Valorar genitales y/o Área quirúrgica.
- Determinar proceso de involución uterina.
- Determinar tipo de sangrado y Loquios.
- Conocer condiciones anormales en las mamas.
- Verificar estado emocional.

Herramientas y materiales a utilizar:

Esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, bandeja de cura, peso, hoja de registro, hoja de visita domiciliaria, material educativo y lapicero.

Puntos de la Primera Visita de la Puérpera

Antes de comenzar, confirmar el estado de la madre con el carnet perinatal y la hoja de visita domiciliaria y orientar a la madre sobre la Primera Visita. Se inicia la visita con un cordial saludo a la usuaria y sus familiares. Es importante sensibilizar a la madre sobre la primera visita ya que esto nos permite, además de una buena relación médico paciente, la evaluación de los cambios que presenta el cuerpo, así mismo como la evaluación de las mamas y aceptación a las orientaciones sobre la lactancia.

-Examen físico

1. Pesar a la usuaria

Generalmente, se reduce 5-6kg (11-13 Libra) de peso por el parto (el feto, la placenta y líquido amniótico)

2. Medir la temperatura para verificar si no está infectada.

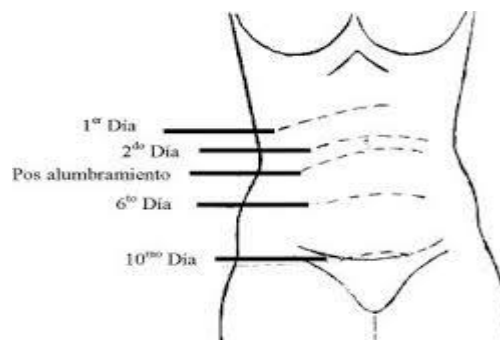
3. Tomar la presión arterial. Sabiendo que todavía en este periodo, hay posibilidad de subir la presión arterial, así también tomar la frecuencia cardíaca y respiratoria, ya que su alteración nos sugeriría sangrado o sepsis.

4. Se Pueden observar en los parpados si tiene anemia. Su palidez nos la sugieren.

5. Examinar el pezón y la secreción de Leche Materna y Orientarla de manera adecuado. Se examina el estado del pezón condiciones (dolor, estrías), si están adecuado para una buena lactancia.

6. Examinar si tiene edema. Su importancia se debe a que si existe edema la paciente puede estar presentando un cuadro de albuminuria y de descontrol de presión arterial y eso afectaría su salud.

7. Control de la Involución Uterina que ya comienza a estar intrapélvico



-Preguntar si ha habido sangrado excesivo, dolor abdominal severo. Se examina de manera detenida el área abdominal y pélvica de la usuaria para tener un control de la involución uterina la cual pudimos observar y el útero bajo perfectamente a nivel pélvico. Es importante palpar el abdomen de la puérpera en busca de complicaciones y de una involución uterina sin contratiempos. Es un proceso por el cual el útero regresa a su posición normal. Se da como consecuencia de mínimas contracciones uterinas imperceptibles que siguen ocurriendo desde el momento del parto hasta que la mujer vuelve a menstrual. También hay vasoconstricción del endometrio.

8. Examen de vulva (valora el estado de sangrado)

Se observa y se le pregunta a la usuaria como es el sangrado (color, cantidad, consistencia, olor). Deben de estar ya color seroso. Es importante que la paciente conozca el riesgo que corre si existe un sangrado profuso. Además, dentro de un mes, hay posibilidad de volver loquios rojos.

-Orientación y Consejería

1. Evaluar y explicar el resultado de los exámenes. Se evalúa el hemograma (si lo lleva), se examinan la piel y tegumentos

2. Orientar sobre signos y síntomas de riesgo en el puerperio

Se orienta sobre signos y síntomas del puerperio, informándole ¿Qué es el puerperio: es el período que le sigue al parto que inicia desde el momento del parto hasta los 42 días siguiente, en donde orientamos sobre sangrado uterino abundante (hemorragia), edema, temperatura, secreciones sanguinolenta fétida (mal oliente), si se le suelta la sutura de la episiotomía. Es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones. Si esta presenta características de complicación, la madre permanecerá en la sala de recuperación, se valorará profilaxis farmacológica.

- -Las complicaciones más frecuentes son hemorragia y shock, por lo que debemos valorar signos y síntoma.
- -Signos inflamatorios en mamas.
- - Problemas respiratorios
- - Fiebre superior a 38oC
- - Loquios con mal olor. (Para la visita de los 7-10 días la usuaria ya no tiene sangrado y los loquios están desapareciendo)
- - Aparición de dolor abdominal, que no cede con reposo y calmantes
- - Hemorragia vaginal severa o con presencia de coágulos o expulsión de tejido
- - Molestias al orinar (ardor, dolor).
- - Signos inflamatorios en miembros inferiores: dolor, calor, enrojecimiento, hinchazón
- - Signos inflamatorios en episiotomía

3. Puede orientar y aconsejar sobre alimentación.

-Se le informa a la usuaria que puede comer de todo llevando una dieta balanceada que incluye: frutas, vegetales, huevos, carnes, pescado, excepto grasas y ácidos. La alimentación es de gran importancia porque de esta manera la madre puede mantener un equilibrio alimenticio apto para el desarrollo del



recién nacido a través de la lactancia. Para amamantar bien, debería comer **450kcal más.**

4. Orientar y aconsejar sobre tristeza y depresión.

-Depresión postparto: se presenta en un 30-50%, la madre se siente deprimida, nerviosa, inestabilidad mentalmente (se siente feliz por la llegada del bebé, pero quiere llorar). Empieza a los 2-3 días del post parto y al 5to día es más agudo el cuadro. Tiende a recuperarse dentro de unos días (alrededor de 10 días del puerperio). **Es importante distinguir la enfermedad depresiva de la depresión post parto.** Esta empieza de 1-2 semanas de puerperio y es difícil de recuperarse por sí sola.

5. Preguntar a la madre si tiene algunas preocupaciones.

6. Orientar sobre las citas del tercer control (30 días), donde además de chequear a la madre se chequeará al recién nacido, se revisará episiotomía, involución uterina, sangrado, alimentación y estado general de la madre.

LACTANCIA MATERNA

Es el alimento perfecto para niños durante los primeros 6 meses de vida en forma exclusiva y hasta los 2 años de vida con dieta suplementaria. Debe darse a libre demanda, cada vez que el niño quiera. Vamos a orientar importancia de la lactancia materna con Cartilla para la usuaria (p.28-29).

Inmediatamente después del parto o cesárea se debe colocar él bebe al pecho de la madre para que inicie la toma de calostro (apego precoz) que son las primeras gólicas de leche que van a empezar a salir de los senos, este es espeso de color amarillo y transmite inmunización para él bebe ya que es rico en anticuerpo y vitaminas.

La bajada de leche aparece de 3 a 7 días donde ya la leche es de color blanco, y la leche madura es de 7 días en adelante y es de color blanco azulado.

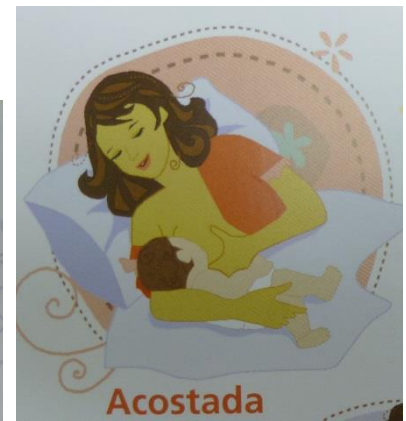


Técnicas de amamantamiento

Observar y preguntar cómo está amamantando al bebé (**Libre demanda hasta 8-12 veces o más cada 24 horas**). Orientar sobre las diferentes posiciones y forma correcta. Se orienta a la madre que solo debe lavar el pezón con agua y con la misma leche antes de amamantar. Si tiene grietas se orienta para que solo se coloque su propia leche en las mismas.

Forma correcta para dar el pecho:

- Debes sentarse cómoda mientras amamantas, si es necesario usa almohadas o un banquito para subir los pies.
- Tu bebé debe ser llevado al pecho, no el pecho a tu bebé (Esto evita dolores de espalda y favorece la succión).
- La barriga y el pechito del bebé deben de estar pegaditos a la barriga y pecho de la madre.
- La mano en forma C sosteniendo la mama te permite controlar cualquier imprevisto.
- Con el pezón roza el lado inferior para que el bebé abra bien la boca, y aproveche para atrapar rápidamente al seno.
- Verifica que los labios del bebé están bien abiertos, de manera vertida, hacia afuera.



¿Qué pasa cuando el niño mama bien?

La lengua colocada debajo del pezón ordeña la leche de los senos lactíferos. La areola y el pezón se alargan dentro de la boca del niño hasta tocar el paladar. Para que el niño mame bien debe abarcar parte de la areola. La barbilla del niño queda tocando el pecho de la madre; la nariz queda libre para respirar.

-El niño puede sacar bien la leche.

-El pezón de la madre no se lastima.



Comité Salud Sexual y Reproductiva Tenares Provincia Hermanas Mirabal

- Licda. Melania Gómez Coordinadora
- Licda. Hilda Flores Sub Secretaria
- Licda. Ramona Espinal Secretaria

SEGUNDA VISITA HOSPITALARIA DE LA PUERPERA

**(30 días de post parto/Tercer control de la
madre)**

Objetivo general

Conocer el estado actual de la puérpera para prevenir posibles complicaciones.

Objetivos específicos

- Determinar el proceso de involución uterina.
- Determinar si aún persisten los Loquios y de qué tipo son.
- Conocer las condiciones de las mamas y como está alimentando al bebé.
- Verificar el estado emocional.
- Ofrecer informaciones y orientaciones necesarias sobre la atención cuidados a la madre y el recién nacido.
- Recibir orientaciones sobre planificación familiar.
- Valorar la nutrición de la madre.

Herramientas y materiales a utilizar:

Esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, balanza, hoja de registro, material educativo y lapicero.

Puntos a considerar en la Segunda Visita de la Puerpera

Antes de comenzar, confirmar el estado de la madre con el carnet perinatal y la hoja de visita domiciliaria (primera Visita) y orientar a la madre sobre esta Segunda Visita al centro. Pregunte sobre el estado actual de salud de la madre. Si ha habido sangrado excesivo, dolor de cabeza, fiebre, debilidad general, dificultad para respirar, micción dolorosa, mareos, náuseas, vómitos.

-Examen físico

1. Pesar a la usuaria: Generalmente, se reduce el peso 5-7kg (11-15 Libras) por el parto (el feto, la placenta y líquido amniótico) lo cual es normal.
2. Medir la temperatura y la frecuencia cardíaca para verificar si no hay signos de infección.
3. Tomar la presión arterial confirmando que este entre los límites normales, de lo contrario referirla inmediatamente al segundo nivel de atención.
4. Se Pueden observar los parpados, la piel, la región ungular (uñas), en busca de palidez que nos sugiera anemia.
5. Evaluar las mamas, la condición del pezón, verifique que el pezón no está invertido y pregunte si ha habido masas o pezones enrojecidos o dolorosos. Atienda los problemas relacionados con la lactancia, como lo está haciendo, si el niño está satisfecho. Confirmar que la eyección de leche materna está abundante. Observar y preguntar cómo está amamantando al bebé para orientarla de manera adecuada. Orientar a la madre sobre los beneficios de la **lactancia materna exclusiva hasta los seis meses**, siempre.
6. Examen de Orina completo.
7. Asistir al examen del médico..(Realizar especuloscopia, en busca de cicatrices, áreas congestivas o edematosas en vagina, visualizar el cérvix). Verificación de los loquios (ya no deben existir, si los hay son escasos y de color amarillo) se buscan edema y congestión vulvar.

-Orientación y Consejería

1. Preguntar si tiene algunas preocupaciones sobre el estado de salud de la madre y cuidado de su bebé.

2. Orientar sobre las relaciones sexuales, indicar el tiempo que debe esperar para reanudar su actividad sexual que serán **de 30-45 días**, para que los órganos reproductivos recuperen su normalidad, explicarle la consecuencia que puede tener si lo hace antes del tiempo recomendado. No se toma en cuenta la vía del desembrazo.

Tomando en cuenta que debe realizarse un chequeo ginecológico, para confirmar que los órganos ya estén normales antes de reanudar su actividad sexual. **Aún no ha empezado la menstruación, hay que utilizar el condón para planificación.**

3. Orientar sobre Planificación familiar.

4. Orientarla sobre los signos de peligro en la madre y el recién nacido, y aconsejar sobre el lugar donde puede acudir para recibir atención inmediata, si es necesario.

Planificación Familiar

Se orienta a la madre sobre planificación. Qué es el espacio de tiempo que se guarda entre un embarazo y otro; además refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener, cuando tenerlo y el intervalo de los embarazos. Es importante que la madre conozca los métodos de planificación familiar, ya que existen varios tipos con la finalidad de prolongar los embarazos. Son gratis en todos los establecimientos de salud pública.

Dentro de la planificación familiar se incluyen la educación de la sexualidad, prevención y tratamientos de la infecciones de transmisión sexual, asesoramientos antes de la fecundación, durante el embarazo, el parto y tratamiento de la infertilidad.

Ventajas de la Planificación

- Las parejas pueden planificar cual será el momento más oportuno para tener los hijos/as, así como el número de hijos/as que desean tener.
- Permite una rápida recuperación del embarazo.
- Las parejas pueden dedicar más tiempo al cuidado de su bebé.
- Las familias pueden organizar planificar su economía.
- Evita embarazos no deseados.
- Disminuye los abortos y sus complicaciones.

Métodos de Planificación Familiar

Los métodos anticonceptivos temporales: Son aquellos métodos que las personas usan mientras desean evitar un embarazo. Son métodos temporales: las pastillas anticonceptivas, los condones, el dispositivo intrauterino (DIU), la inyección, las tabletas vaginales, el implante subdérmico.

Condomes Masculinos: Es una fundita delgada y pequeña hecha de látex, que se coloca en el pene del hombre cuando esta erecto o parado, antes de las relaciones sexuales para evitar un embarazo no deseado y prevenir una infección de transmisión sexual, como el virus que causa el SIDA. Es muy efectivo cuando se usa cada vez que se tiene relaciones sexuales. Fácil de conseguir y de usar, raras veces puede causar alergias.



Los anticonceptivos orales combinados (ACO):

Son pastillas que la mujer toma una vez por día, todos los días mientras desee evitar un embarazo. Contiene dos hormonas, estrógeno y progestágeno. Ayuda a reducir el flujo menstrual y los dolores menstruales. Tienen efectos secundarios mínimos como náuseas, vómitos, intolerancia gástrica, acné, obesidad no se da en todos los casos y no son peligrosos. También se usan para regular los ciclos y para el manejo de la endometriosis. Si hay olvido se toman dos al día siguiente (no hacer de rutina, ya que así no funciona).

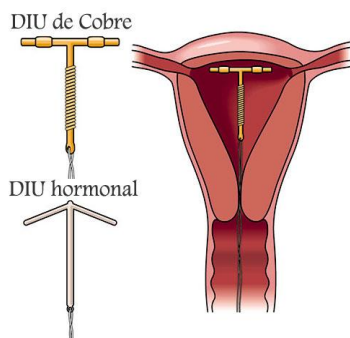


Las Pastillas para anticoncepción de emergencia: Son pastillas que la mujer toma en caso de emergencia cuando ha tenido relaciones sexuales no protegidas, o cuando ha sido violada y desea evitar un embarazo no deseado. Causan irregularidad menstrual alterando el ciclo, y se toma **entre las primeras 72 horas (3 días) del acto sexual.**



La Mini-Píldora: Son pastillas que la mujer toma una vez al día, posee solamente bajas dosis de progestágenos los cuales **no afectan a la leche materna** ni pasan al bebé. Es el método recomendado mientras se está lactando exclusivamente. Funciona principalmente espesando el moco cervical (lo cual bloquea el paso de los espermatozoides) y suprimen la implantación. Tiene menos efectos secundarios, excepto los cambios en el sangrado ya que alteran los ciclos suprimiendo el sangrado.





Dispositivo intrauterino (DIU):

Es un dispositivo pequeño de plástico flexible con mangas o alambre de cobre, plata, oro u otro metal. También los hay hormonales. Funciona impidiendo que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, causando también espesamiento del moco cervical creando un medio hostil para el óvulo lo que altera el PH vaginal. Es efectivo, hasta por 10 años y se puede extraer cuando se desee, puede aumentar el sangrado o el dolor menstrual ya que es un cuerpo extraño. Se puede colocar inmediatamente a un parto, a un aborto o a una cesárea, durante el procedimiento y con los cuidados de lugar. No causa infección, pero ya que altera el PH vaginal hace que la mujer sea más propensa a estas.

La inyección (Depoprovera): Este contiene un progestano en altas dosis y un estrógeno débil. Funciona suprimiendo la ovulación, por lo que altera el ciclo menstrual. Se aplica cada 2 o 3 meses, dependiendo del tipo de inyectable.



El Implanon: es un tubo que se coloca subcutáneo (en cara interna del brazo) contiene etonogestrel (progestágeno), la cual se libera continuamente al torrente sanguíneo. Actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Tiene menos de un 1% de fracaso. Puede causar irregularidad menstrual, acné, cefalea, sensibilidad mamaria, aumento de peso corporal, náusea, etc. Protege hasta por 3 años.



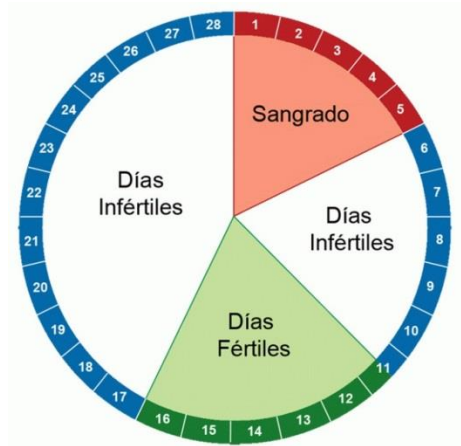
Métodos Naturales



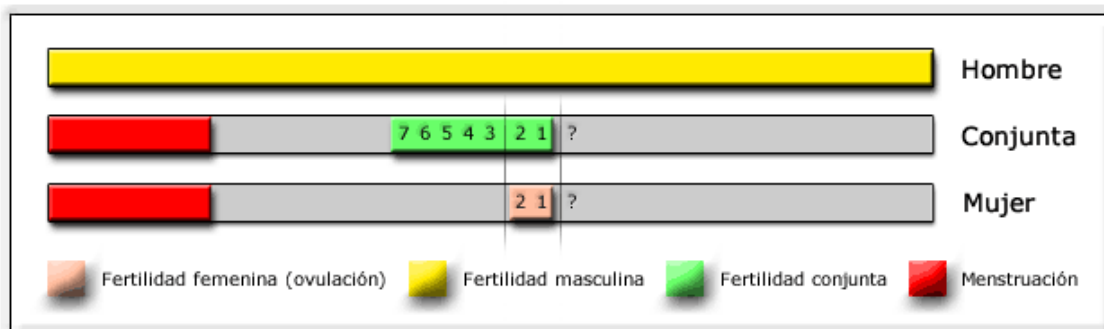
EL MELA: Es un método natural, funciona los **primeros seis meses con lactancia materna exclusiva**, mientras aún no le ha llegado la menstruación o regla. Funciona suprimiendo la ovulación.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

-La ovulación (Método de los días fijos) o coitus interruptus: Es un método natural basando en conocer los días en que la mujer puede estar ovulando para que así pueda evitar tener relaciones sexuales estos días. Se hace con ayuda de una carta de cuentas especiales llamada "Cuenta Ciclos".



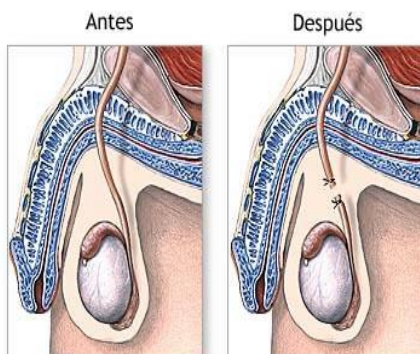
Para el uso de estos métodos, la mujer debe aprender en que días de su ciclo menstrual puede quedar embarazada., Estos métodos no son muy seguros. No tiene efectos secundarios. No ofrece protección contra las ITS o el HIV SIDA.



Los métodos anticonceptivos definitivos: Son aquellos métodos que usan las personas que deciden que no quieren tener más hijos/as. Son métodos permanentes: la preparación y la vasectomía.



Esterilización Femenina: Es un procedimiento quirúrgico, en el que se bloquean o se cortan y se cierran las trompas de Falopio (Método de pomey) que transportan los óvulos desde los ovarios. Es permanente en mujeres que no desean tener más hijos; no tiene efectos secundarios a largo plazo. Se puede realizar en cualquier momento.



Vasectomía: Es un procedimiento quirúrgico sencillo. Es permanente, para hombres que no desean tener más hijos. Funciona impidiendo que los espermatozoides pasen el semen. Los conductos que los transportan son cortados. No afecta la capacidad sexual.

ADAM.

Comité Salud Sexual y Reproductiva Villa Tapia Provincia Hermanas Mirabal

- Licda. Rosa Ylma Liranzo Coordinadora
- Licda. Mariel Jerez Sub-Coordinadora
- Licda. Lucrecia Ynfante Secretaria
- Licda. Domitila Villar Vocal
- Licda. Ana M. Rodríguez Miembro

Visita Domiciliaria al Recién Nacido a las 48 horas (junto a su madre).

La visita domiciliaria a las 48 horas es una acción de enfermería que nos permite evaluar la condición de salud del R/N para detectar a tiempo cualquier problema de salud, (malnutrición, fallas en la alimentación, ano imperforado, distensión abdominal, ictericia, entre otros), debe hacerse a las 48 horas luego de su regreso a la comunidad, para socializar con la madre, el niño, la comunidad y el equipo de salud.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado de salud del Recién Nacido a las 48 horas de su egreso hospitalario.

OBJETIVO ESPECIFICO

Orientar a la madre sobre la interacción objetiva que debe existir entre ella y el R/N.

Realizar el examen físico completo al R/N para evaluar los parámetros de normalidad, detectar malformaciones y detectar patologías congénitas que no hayan podido ser notadas en el lugar donde se produjo su nacimiento.

Educar a la madre sobre la alimentación y el cumplimiento de los cuidados rutinarios del o la R/N.

Herramientas Necesarias

- Cinta métrica
- Termómetro
- Bandeja de cura
- Alcohol
- Hoja de registro
- Hoja de visita domiciliaria
- Materiales educativos
- Lapicero

Trabajo de enfermera



1. Saludar cordialmente llamando por su nombre a la usuaria, para crear un ambiente de confianza.



2. Registrar estado del bebé en el carnet perinatal para tener una referencia.

3. Evaluar, puntualizar y orientar a los padres sobre los signos de alarma ayudando así a prevenir complicaciones. Tener presente los signos de alarma en R/N para poder referirlo; tales como dificultad para respirar o respira rápido, fiebre, convulsiones o ataques, no toma el pecho o vomita todo, heces sanguinolentas o de color blanco, ictericia intensa hasta las manos (color amarillo), distensión abdominal, abombamiento de las

4. Tomar las medidas antropométricas al R/N tales como perímetro cefálico (promedio:33cm), torácicos(32cm), perímetro abdominal y la longitud(50cm) lo que nos permite tener una referencia para comparar el desarrollo del bebe en su consulta de crecimiento y desarrollo, así como poder detectar a tiempo posibles complicaciones que pasaron desapercibidas por el pediatra como la hidrocefalia, malformaciones congénitas, entre otras. Debe hacerse con el niño desnudo.



5. Educar a la madre sobre higiene y cuidado del ombligo del R/N indicando a la manera cómo hacerlo. (Cartilla para usuaria p.26-27).



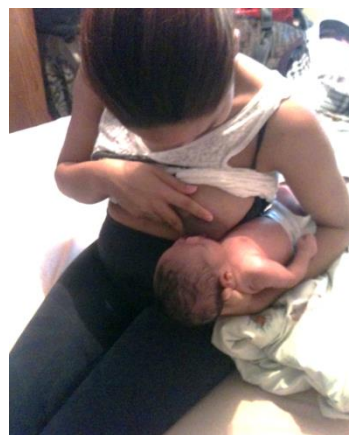
6. Hacer la demostración a la madre de cómo debe mantener al R/N abrigado y explicarles que esto evita que su bebe se pongan cianótico al bajarle la temperatura.



7. Entregar a la madre la cédula del niño indicándole la importancia de esta, y cuando debe acudir a su cita de consulta en la UNAP y de vacunación.



8. Enseñar a la madre a amamantar bien al R/N y enfatizar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.



9. Observar el vínculo de madre con el R/N para detectar posible rechazo.



10. Es importante felicitar a la madre después de realizar la observación del R/N. Todo estímulo que incremente la confianza en la madre, favorece el desarrollo del recién nacido.

Frecuencia de orina y evacuaciones al día

Días de Nacidos	Veces de Amamantamiento	Veces de orina por día	Veces de evacuaciones/día
1	Más 8__12	2	2
2	Más 8__12	3	2
3	Más 8__12	4	3
4	Más 8__12	5	3
5	Más 8__12	6	4
6	Más 8__12	6-8	4-12

Cambio de estado de evacuaciones en los primeros días

1er. Día



2do. Día



3er. Día



4to. Día



Ictericia

El color amarillento en el RN o ictericia, es cuando el bebe tiene niveles altos de bilirrubina en sangre. Ocurre cuando hay hemólisis y el cuerpo reemplaza los glóbulos rojos.

Hay dos tipos de ictericia:

-Por lactancia: ocurre en la primera semana (empieza 2do-3er día de nacido, al 4to-5to día se pone al máximo, luego desaparece) debido a que el bebé no se alimenta bien o la salida de la leche materna es lenta. Es importante amamantar bien las evacuaciones se tornan verdosas. Tomar el sol por 10 minutos de cada lado del R/N como manejo. Por la leche materna, hay casos que duran hasta 1 mes. **Si es intensa, llevarlo al hospital para descartar otra enfermedad.**

-Por el tipo de sangre: por incompatibilidad ABO o Rh (madre tipo O con bebé A o B. madre Rh negativo con bebé Rh



Comité Salud Sexual y Reproductiva 1er. Nivel de Atención II

Licda. Argentina M. de La Cruz Adames

Licda. Luz Ovidia Vargas

Primera Visita Antes de 7 Días de Control de Niños Sanos

Objetivo General

Determinar el estado general del recién nacido.

Objetivo Especifico

- Confirmar si se está alimentando el neonato con lactancia materna adecuada.
- Verificar si la cura del cordón umbilical se está realizando de forma adecuada.
- Valorar que el peso y la talla sean adecuados para el buen estado de salud del neonato según la curva de crecimiento del carnet.

Recién Nacido (período neonatal):


- Es la etapa del ser humano que comprende desde el nacimiento hasta los primeros 28 días. Se divide en temprano y tardío.
- Período neonatal temprano: son los primeros siete días de vida.
- Período neonatal tardío: hasta los primeros 28 días de vida extrauterina.
- Más del 50% de la mortalidad infantil sucede en el período neonatal.




Herramientas

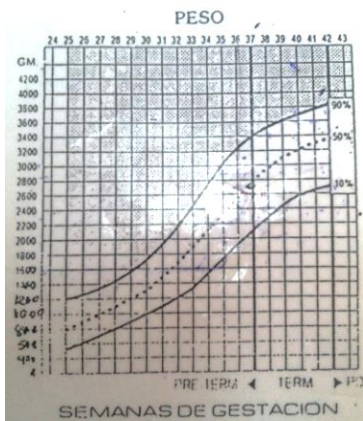
Cuestionario de preguntas • Lápiz. • Libreta • Balanza • Centímetro • Termómetro • Alcohol • Baja Lengua • Pañal Desechable • Cedula

Procedimiento de la Primera Visita (de 7-10 días) de Control Niño Sano

<p>Control de Niños Sanos:</p> <p>Es el control del RN habitualmente ejecutado por la enfermería, y el médico de atención primaria en la primera visita domiciliaria y hasta los primeros 4 años de vida en las UNAPs. En la primera visita se realiza la orientación a los padres sobre el control de niños sanos el cual consiste en la estimulación de la lactancia materna.</p>	<p>Peso y Talla:</p>  <p>El peso y la talla nos permitirá orientar a los padres en el manejo de su hijo, el aumento regular de peso (al principio el peso va a bajar y luego de 7 días se vuelva igual que cuando nació) y la talla, es el indicador más confiable de que el niño/a goza de buen estado de salud y desarrollo.</p> 	<p>Valorar el Crecimiento:</p> <p>Con los datos del peso y la talla comienza a tomar forma su curva de crecimiento.</p> 
 <p>Evaluar las evacuaciones:</p> <p>Se busca el cambio de consistencia de meconio a líquido o cremosas y de color amarillo a dorado, esto debido a la lactancia materna.</p>	 <p>En la primera visita:</p> <p>Es de suma importancia orientar y observar a la madre en la forma adecuada de lactar a su hijo/a, se debe ofrecer el pecho a libre demanda (más de 8 veces/día o cada 3 horas), dar de mamar en ambos senos, colocar al RN en una postura correcta, se debe realizar en un ambiente tranquilo y agradable para ambos es importante ayudar al RN para que succione correctamente para eso debe tener la boca bien abierta tomando el pezón y un poco de areola y colocar los dedos en forma de tijera para facilitar una mejor respiración, y control de la salida de leche.</p>	

<p>Observar la condición de la respiración:</p> <p>Lo normal es de 30-60/min. Cuando observamos la respiración, en ella nos damos cuenta, si hay dificultad respiratoria.</p> <p>Observar la condición de los latidos cardiacos:</p> <p>Lo normal es de 120-140 Lat/min</p>	<p>Temperatura:</p> <p>Cuando medimos la temperatura buscamos el equilibrio entre la adquisición y pérdida de calor del cuerpo del RN. Se considera normal cuando está entre 36.5-37.5°C.</p> 	<p>En la piel del RN sano observamos que la coloración es rosada.</p>
<p>Evaluamos el desarrollo utilizando la guía de la cedula del niño o niña valorando el peso y talla del niño/a nos damos cuenta si se está desarrollando adecuadamente, evaluar si cierra los ojos cuando producen ruidos alrededor, si extiende manitas con la palma hacia arriba, si succiona con fuerza el pezón, si los brazos y piernas reaccionan al mismo tiempo, el llanto variable, se calma con la voz o el contacto físico de la madre, alterna ritmo de alimentación, sueño y vigiliass.</p>	<p>Registrar resultados</p>	<p>Se orienta a los padres sobre el resultado de la valoración. Se orienta sobre lo que está haciendo bien y como mejorar y además es muy importante orientarle sobre la atención preventiva para mantener el niño sano.</p>

<p>Las enfermeras de la UNAP están capacitadas para evaluar y orientar ante cualquier signo de peligro.</p> 	  <p>Es importante orientar y demostrarles a los padres, sobre la higiene del cordón umbilical y el aseo personal del niño/a ya que es necesario e importante porque contribuye a que el niño/a, se sienta más cómodo y es necesario para la buena salud y crecimiento del mismo. La cura del cordón umbilical se realiza con mucha precaución ya que nos garantiza una correcta cicatrización, es importante tener cuidado en cada cambio de pañal para evitar que se deposite secreciones en el cordón umbilical, el cual se realiza con algodón y alcohol limpiándolo de adentro hacia afuera, no soplar, no colocar monedas, faja, entre otras.</p>	<p>Se revisa y se orienta sobre el esquema de vacuna, la enfermera debe revisar si le administraron BCG (Tuberculosis) y HB (Hepatitis B) y la orienta sobre la importancia de la inmunización del RN.</p> <p>Las enfermeras orientan sobre las actividades a realizar y el sueño: Se le pregunta a la madre si el bebe duerme mucho de día y de noche, también si despierta mucho, es señal de que está reclamando su atención.</p> <p>Se le pregunta a la madre si tiene alguna preocupación y se le proporciona apoyo emocional.</p>
<p>Orientar sobre la cita del niño/a y la importancia de acudir a esta.</p>	<p>Se felicita a la madre si no se encuentra ningún problema, además la motiva a continuar dándole seguimiento al niño/a.</p>	<p>Si presenta signo de alarma la enfermera debe referir al hospital.</p>
<p>Se puede seguir si no viene a la consulta y vacunación, en este caso se realiza la visita domiciliaria</p>		



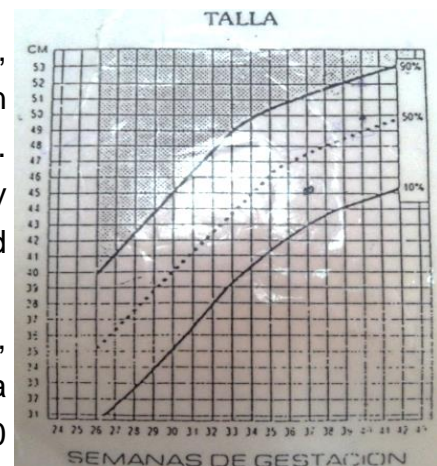
PESO

Es expresado en Kg. Buscamos en la grafica del peso que se encuentra expresado en la raya horizontal por semana y en la raya vertical por Kg, si cae adecuado a su peso. Lo normal es que se encuentre entre los percentiles 10 y 90. Ej: Un neonato de 7 Lib= 3.1Kg con 40 semana de gestación, podemos decir que es adecuado a su edad gestacional, porque se encuentra por encima del 50% percentil.

TALLA

Valoramos la longitud, talla o crecimiento del neonato, que se encuentra expresado en la gráfica horizontal en semanas, y la talla en cm en sentido vertical. Buscamos en la gráfica la semana que tiene y valoramos si su tamaño esta adecuado a su edad gestacional.

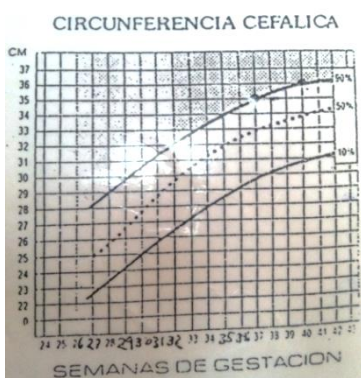
Ej: Un neonato de 38 semana con una talla de 49 cm, buscamos en la tabla y consideramos que esta adecuado a su edad, porque está por encima del 50 percentil,



PERÍMETRO CEFÁLICO (PC)

Valoramos la edad gestacional por la circunferencia del PC, buscamos la grafica del PC que se encuentra expresado en la raya horizontal por semana y en la raya vertical por cm.

Ej: Un neonato de 40 semana de gestación y de 35 cm, podemos decir que es adecuado a su edad gestacional, porque se encuentra por encima del 50% percentil.







Segunda Visita a los 30 Días de Edad de Control de Niños Sanos



Objetivo Específico

- Confirmar el crecimiento y desarrollo del RN.
- Verificar si se está alimentado adecuadamente con la lactancia materna.
- Orientar y responder a las preocupaciones de la madre.

Procedimiento Segunda visita a los 30 días de vida

<p>Se orienta a la madre de nuevo sobre la alimentación, baño, de que se debe vacunar y llevarlo a la cita a la UNAP para darle seguimiento y así tener el niño cada vez más sano.</p>	<p>Durante los primeros días del nacimiento, los padres aprenden a bañar, vestir y alimentar al niño. se familiarizan con sus actividades y sonido.</p>	 <p>Peso y Talla: Aquí nos damos cuenta del aumento de peso y talla adecuado a su edad, el peso oscila más de 540-900 g mensual (con leche materna más de 18-30 g/día) y la talla es de 2-3 cm al mes.</p>
<p>Cuando se mide el PC (el perímetro cefálico: se reduce unos 2 cm al mes) podemos observar si tiene microcefalia o hidrocefalia u otras anomalías. Se observa la fontanela para observa si hay un cierre precoz de la misma, si hay un cierre precoz pueden existir daños neurológico.</p>		<p>Medir PT (Perímetro Torácico), se busca anomalía en el tórax, como son: tórax en quilla (tórax de paloma), En tonel o Barril.</p> 

<p>Observar cómo está lactando, se le orienta sobre la importancia y beneficio sobre el crecimiento y el peso que solo el seno, durante los primeros 6 meses, le ofrecen. Se le debe recordar a la madre que debe dar de mamar en ambos senos, colocar al</p>  <p>RN en una postura correcta, debe realizar en un ambiente tranquilo y agradable para ambos; es importante ayudar al RN para que succione correctamente para eso debe tener la boca bien abierta tomando el pezón y un poco de la areola y colocar los dedos en forma de tijera para facilitar una mejor respiración, y control de leche.</p>	<p>Puede observar el estado de la respiración, en el RN se llama toráco-abdominal y su valor normal es de 30 – 60 r/min.</p>  <p>Puede medir la temperatura se busca el equilibrio de la adquisición y la pérdida de calor del cuerpo del RN.</p>
<p>Puede observar las condiciones de la piel, en ella observamos descamación, coloración e ictericia física, si aparece ictericia intensa, llevarlo al hospital</p>	<p>Puede registrar el resultado del control. Cuando registramos el resultado del control podemos observar si tiene un desarrollo normal o anormal.</p>
<p>Se orienta a los padres sobre el resultado de la valoración.</p>	<p>Puede evaluar y orientar signos de peligro. Los signos de peligro son Temperatura alta o baja (más de lo normal), irritabilidad (si llora por todo), actividades, alimentación (que no quiere el seno), si esta letárgico, si tiene movimiento anormales, si la fontanelas están abombadas o deprimidas, si las evacuaciones son más de la normal.</p> 

	<p>Puede orientar el aseo personal. (cartilla para usuaria p.26-27) Es importante orientar y demostrarles a los padres sobre la higiene y el aseo personal del niño/a ya que es necesario e importante porque contribuye al que el niño/a se sienta más cómodo y es necesario para la buena salud y crecimiento del mismo.</p>		<p>Puede revisar y orientar sobre el esquema de vacunación. En esta podemos orientar a la madre de que no falte a la próxima cita, ya que existen vacunas sumamente costosas e importantes para el RN, porque pueden prevenir varias enfermedades y evitan internamiento del niño.</p>
<p>Puede preguntar si tiene alguna inquietud. Se le pregunta a la madre si tiene alguna preocupación, se orienta sobre su inquietud y se le proporciona apoyo emocional.</p>	<p>Puede orientar sobre la importancia de seguir llevando a la consulta. Orientar sobre la cita del niño/a, la importancia de acudir a esta, ya que es una medida preventiva y evita internamiento.</p>		
<p>Se felicita a la madre si no encuentra ningún problema en el RN y la motiva a continuar dándole seguimiento al niño/a.</p>	<p>Se le orienta cuando debe referir a un centro hospitalario.</p>		
<p>Se puede seguir si no viene a la consulta y vacunación, en este caso se realiza la visita domiciliaria.</p>			

Comité Salud Sexual y Reproductiva Hospital Dr. Pascasio Toribio P.

Provincia Hermanas Mirabal

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| • Licda. Ana Griselda Tapia | Coordinadora |
| • Licda. Fiordaliza Acosta | Subcoordinadora |
| • Licda. Yamilka de Jesús | Secretaria |
| • Licda. Jacqueline Ferreira | Subsecretaria |
| • Licda. Zulema Hernández | Miembro |

Como prevenir la enfermedad Hipertensiva Arterial dentro de periodo prenatal

OBJETIVOS

- Prevenir la preeclampsia que es la primera causa de muerte materna en República Dominicana.
- Orientar al personal de enfermería sobre la prevención, manejo y acciones de enfermería, para las embarazadas con Preeclampsia en el primer nivel de atención.

Valores Normales de Presión Arterial:

La presión arterial normal es de **120/80mmHg** como límite superior y de **100/60mmHg** como límite inferior normal. Las lecturas de **130/85mmHg** se consideran pre-hipertensión y algo más de **140/90mmHg** se considera presión arterial alta (hipertensión). El rango normal de presión arterial es el mismo para las mujeres embarazadas y para todos los demás grupos.



CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

1.- Hipertensión crónica (HTAC crónica): es aquella que se caracteriza por niveles tensionales elevado, por encima de 140/90mmHg, ante de las 20 semanas y albúmina negativa.

2.- Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada (HTAC + PE sobre agregada): se caracteriza por niveles tensionales elevados por encima de 140/90mmHg, antes de las 20 semanas de embarazo, que persisten después de las 20 semanas y aparece albuminuria en la orina.

3.- Hipertensión gestacional, cuando se presentan niveles tensionales elevados mayores de 140/90mmhg, luego de las 20 semanas de embarazo, con albumina negativa.

4.- Preeclampsia: es el aumento de los niveles tensionales por encima de 140/90mmHg, después de la 20 semanas de embarazo, con albuminuria positiva.

5.- Preeclamsia grave: es el aumento de la tensión arterial luego de las 20 semanas de embarazo por encima de 160/110mmHg, con albumina positiva, además si existe algún signo vasomotor como cefalea, visión borrosa, epigastralgia, etc.

6.- Eclampsia: es la presencia de convulsiones durante el embarazo, parto o puerperio, que no son atribuible a otra causa.

CAUSAS DE LA PRE-ECLAMPSIA:

- Si has sufrido preeclampsia en embarazos anteriores.
- Embarazos múltiples.
- Primer embarazo.
- Obesidad.
- La genética – si la familia tiene historial de presión alta puede ser más propensa.
- Embarazo en mujeres mayores a los 35 años o menores de 18 años
- Diabetes e hipertensión arterial antes del embarazo.
- Enfermedad urinaria

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES PREECLANTICAS:

- Cefalea (dolor de cabeza)
- Visión borrosa
- Presencia de proteína en orina
- Edema (hinchazón generalmente en áreas de la cara, miembros inferiores y superiores en ocasiones generalizadas)
- Aumento de peso súbito (más de 500g(1 libra) a la semana)
- Dolor Epigástrico (dolor de estómago)
- Náuseas y Emesis (vómito)
- Hormigueo
- Dificultad o poca frecuencia urinaria.
- Pérdida del conocimiento

COMPLICACIONES EN PREECLAMPSIA:

- 1.- Una preeclampsia mal manejada termina en una eclampsia (convulsión).
- 2.- ACV hemorrágica.
- 3.- Edema pulmonar.
- 4.- Insuficiencia cardíaca.
- 5.- Acidosis respiratoria, metabólica o mixta de la madre.
- 6.- Edema de Retina
- 7.- Síndrome Hellp.
- 8.- DPPNI
- 9.- Retardo de crecimiento intrauterino
- 10.- Insuficiencia renal aguda.
- 11.- Síndrome de coagulación intravascular diseminada (CID).
- 12.- Muerte.



COMPLICACIONES A LA MADRE EN LA PREECLAMPSIA:

Independientemente de la edad gestacional de la madre la preeclampsia, puede acarrear peligro para el feto y para ella. En todo caso una vez diagnosticada, el médico decidirá la hospitalización de la usuaria para estricta vigilancia. Por lo menos hasta estabilizar y dependiendo si presenta o no signos de gravedad, egresar o mantener ingresada.

El feto puede verse afectado de sufrimiento fetal por falta de oxigenación cerebral lo cual se traduce en hipoxia fetal. Padecer de retraso en el crecimiento por insuficiente aporte de nutrientes. También puede presentarse:

- Sangrado
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Mortalidad materna

INFLUENCIA EN EL FETO:

- Prematuridad
- Retraso del crecimiento intra uterino
- Hipoxia fetal
- Mortalidad fetal

Actuación de Enfermería de UNAP para preeclampsia:

Cuidados específicos de las gestantes:

¡¡Referir al 2^{do.} o 3^{er.} Nivel inmediatamente!!

- Vigilancia de PA
- Canalizar vía periférica con catéter 18-20g con Ringer en D-5%
- Vigilancia de Frecuencia cardiaca Fetal
- Habitación silenciosa y poca luz.
- Reposo en cama decúbito lateral izq.
- Monitorización de la excreción urinaria.
- Vigilancia signos premonitorios eclampsia



Actuación de Enfermería: para eclampsia

¡¡Referir al 2^{do.} o 3^{er.} Nivel inmediatamente!!

- Colocar algo para evitar mordedura de la lengua
- Pedir ayuda – movilizar al personal
- Evaluar rápidamente la respiración y el estado de conciencia
- Examinar las vías aéreas, la PA y el pulso
- Canalizar vía periférica con catéter 18-20g con Ringer en D-5%
- Colocar sobre el lado izquierdo
- Proteger contra lesiones pero sin sujetar
- (Iniciar oxigenoterapia al 100% a 5litros/min)

PREVENCION:

- Seguimiento de Control Prenatal
- Consumo de poca sal (menos de 10g/día)
- Hacer ejercicio (Caminar 30 minutos (1/3días))
- Suplemento de calcio.
- Evitar enfriar al cuerpo (los pies)
- Aspirina de 81mg (solo se indica de 16 a 20 semanas)
- Vitaminas antioxidantes. Vitamina E y C
- Ácido fólico
- Corregir la Anemia

Comité Salud Sexual y Reproductiva Hospital Antonio Yapor Heded Provincia María Trinidad Sánchez

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| • Licda. Xiomara Castro | Coordinadora |
| • Licda. Carolina Rodríguez | Sub Coordinadora |
| • Licda. Patria Rosa Duarte | Secretaria |
| • Licda. Rosa Elena Mercado | Miembro |
| • Licda. Josefina Nolberto | Miembro |
| • Licda. Maximinia Paredes | Miembro |
| • Licda. Alejandrina Pérez | Miembro |
| • Licda. Jaqueline Polanco | Area Consulta |

Guión Para Drama (actuación) Usuaría Preeclámpsica

1-Se acondiciona el ambiente con equipos y materiales utilizados en un consultorio de la UNAP de Arroyo al Medio.

2-Personal necesario (actores: Médico, Enfermera, Usuaría, Acompañante, Chofer y medio de transporte si en esta UNAP tiene Departamento de Laboratorio, Personal, Bioanálisis.

Pasos:

- 1- Actores: Médico y Enfermera en el consultorio.
- 2- Llega usuaria y acompañante al Centro.
- 3- Saludo cordial por parte del personal de salud, llamándola por su nombre a la usuaria.
- 4- Preguntar el motivo porque acude al centro y si quiere que esté presente su acompañante.
- 5- Escuchar atentamente y estimularla a contestar.

Enfermera procede a acomodar a la usuaria en camilla y a tomar signos vitales.

El médico revisa la cartilla de la usuaria (o Carnet Pre natal) y pregunta sobre la diuresis.

La enfermera le avisa al médico sobre los resultados de las tomas de los signos vitales **140/90mmHg** y respiración 22R/minuto.

De inmediato el médico toma la conducta de orientar a la usuaria y acompañante sobre la condición de salud y el motivo de referirla al 2^{do}. Nivel.

Le entrega la Cartilla de usuaria prenatal y le da el nombre y dirección del centro de Atención del 2^{do}. Nivel y la persona a donde se va a dirigir.

La enfermera pide ayuda para gestionar el medio de transporte para el traslado. Y la acompaña hasta dejarle en manos del personal del segundo nivel de atención.

Actrices Participantes En el Drama

- 1- Directora del Guión: Licda. Xiomara castro
- 2- Médico: Licda. Alejandrina Pérez
- 3- Enfermera: Licda. Rosa E. Mercado
- 4- Usuario: Licda. Jacqueline Polanco
- 5- Acompañante o Familiar: Licda. Patria Duarte



BIBLIOGRAFIA

1. Guías Clínicas para la atención a la mujer durante el embarazo, parto inminente y puerperio en el primer nivel de atención. MSP.2012
2. Cartilla para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio.MSP.2012
3. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto.OPS.2002
3. Ginecología y Obstetricia. Johns Hopkins. Editorial Manbán. 2005.
4. Obstetricia de Williams. Edición 2011. Editorial M. Graw Hill
5. Obstetricia de Schwantz. Editorial Ateneo.
6. Ginecología y Obstetricia de Danfort. 2009.
7. Normas nacionales para el manejo de la principales urgencia obstétrica.
8. Enciclopedia familiar Vida, Amor y Sexo. 2da. Edición. Tomo 3. Dr. Isidro Alquidor. Dra. Hemisa Galbes.
9. Imágenes obtenidas desde google y la página de Internet baby center en español.



Dirección General Materno-Infantil y Adolescentes

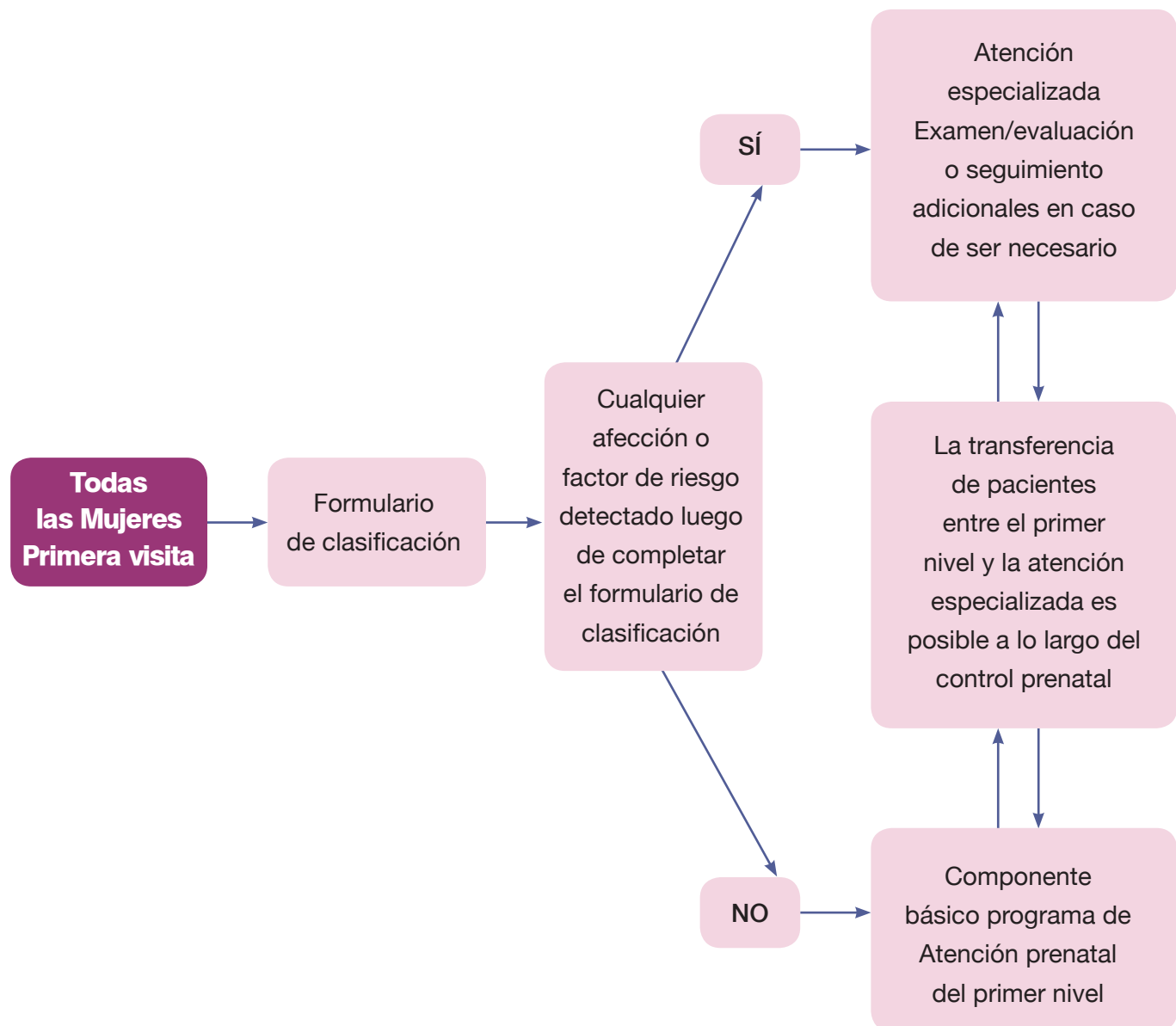
Cartilla para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio

PARA USO DEL PROVEEDOR



Algoritmo para clasificar Usuarías

Nuevo Modelo de Control Prenatal de la Organización Mundial de la Salud



Formulario de Clasificación

Nombre de la paciente: _____ Número de historia clínica:

--	--	--	--	--	--

Dirección: _____ Teléfono: _____

INSTRUCCIONES: Responda a las siguientes preguntas marcando con una cruz el casillero correspondiente.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- | | NO | SÍ |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Muerte fetal o muerte neonatal previas. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Antecedentes de 3 ó más abortos espontáneos consecutivos. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Peso al nacer del último bebé > 4500 g. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Último embarazo: internación por hipertensión o preeclampsia. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, ceclaje cervical). | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

EMBARAZO ACTUAL

- | | NO | SÍ |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Menos de 16 años de edad. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Más de 40 años de edad. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Hemorragia vaginal. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. Masa pélvica. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. Presión arterial diastólica de 90 mm hg o más durante el registro de datos. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

- | | NO | SÍ |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 14. Diabetes melitus insulino dependiente. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. Nefropatía. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Cardiopatía. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol). | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Por favor, especifique _____

Una respuesta SÍ en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.

¿Es elegible? (marque con un círculo) **NO** **SÍ**

Si la respuesta es NO, será derivada a:

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____
(personal responsable de CPN)

Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ **APELLIDO:** _____

DOMICILIO: _____ **TELEF.:** _____

LOCALIDAD: _____ **EDAD (años):** _____

ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA: ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel

ESTUDIOS: casada unión estable soltera otro

ESTADO CIVIL: viva sola no si

Lugar del control prenatal: _____

Lugar del parto: _____

N° identificación: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES: cirugía genito-urinary infertilidad cardiopat. nefropatía violencia

OBSTETRICOS: gestas previas abortos vaginales nacidos vivos cesáreas nacidos muertos

ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal >4000g

3 espont. consecutivos:

Antecedente de gamelarias:

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día _____ mes _____ año _____

EMBARAZO PLANEADO: no si

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no barrera DIU hormonal emergencia natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg

TALLA (cm): 1 _____

FUM: día _____ mes _____ año _____

EG CONFIABLE por FUM: Eco <20 s.

FUMACT: 1° trim 2° trim 3° trim

FUM PAS: no si

DRUGAS: no si

ALCOHOL: no si

VIOLENCIA: no si

ANTIRUBEOLA: previa no sabe embarazo no

ANTITETANICA: vigente no si

DOSIS: 1° _____ 2° _____

EX. NORMAL: ODONT. MAMAS

CERVIX: insp. visual normal anormal no se hizo

PAP: normal anormal no se hizo

COLP: normal anormal no se hizo

GRUPO: _____ **Rh:** _____

TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG >20sem IgG

1° consulta IgM:

VIH <20 sem: no si

>20 sem: no si

Hb <20 sem: _____ g

Fe/FOLATOS indicados: no si

Hb >20 sem: _____ g

VDRU/RPR <20 sem: no si

SIFILIS confirmada por FTA: no si

VDRU/RPR >20 sem: no si

TTO SIFILIS: no si no corresponde

CHAGAS: no si no se hizo

PALUDISMO/MALARIA: no si no se hizo

BACTERIURIA: sem. normal anormal no se hizo

GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem >1.05 g/dl >30 sem

ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas: no si

PREPARACION PARA EL PARTO: no si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no si

CONSULTAS ANTENATALES

día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen. tación	FCF (ppm)	movim. fetales	protei. huria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO: día _____ mes _____ año _____

CONSULTAS PRE-NATALES: total _____

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no si días _____

CORTICOIDES ANTENATALES: completo incompl. ninguna semana inicio _____

INICIO: espontáneo inducido

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no si

EDAD GEST. al parto: <37 sem ≥18 hs.

PRESENTACION SITUACION: cefálica pélvica transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE: no si

ACOMPANANTE: pareja familiar otro ninguno

CARNÉ: no si

TRABAJO DE PARTO: hora _____ min _____ posición de la madre _____ PA _____ pulso _____ contr./10' _____ dilatación _____ altura present. _____ variedad posic. _____ meconio _____ FCF/dips _____

ENFERMEDADES: HTA previa HTA inducida embarazo preclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infección: HTA infec. ovular infec. urinaria amenaza parto preter. R.C.I.U. rotura prem. de membranas anemia otra cond. grave

HEMORRAGIA: 1° trim. 2° trim. 3° trim.

postparto: infección puerperal

NACIMIENTO: vivo muerto

MUERTO: anteparto parto ignora

MULTIPLE: no si

TERMINACION: espont. cesárea forpceps vacío

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____

POSICION PARTO: sentada acostada

DESGARROS: Grado (1 a 4) _____

OCITOCICOS: presumb. postlumb.

PLACENTA: completa retenida

LIGADURA CORDON: precoz no

MEDICACION RECIBIDA: oclíticos en TDP antibiot. analgesia anest. local anest. region. anest. gen. transfusión otros

REANIMACION: estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO: no si

REFERIDO: aloc. neon. otro

ATENDIDO: médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

RECEN NACIDO: SEXO PESO AL NACER _____ g _____ g

LONGITUD: _____ cm

EDAD GESTACIONAL: sem. _____ días _____

PESO E.G.: adec. peq. gde.

APGAR (min): 1° _____ 5° _____

FALLECE en LUGAR de PARTO: no si

REFERIDO: aloc. neon. otro

DEFECTOS CONGENITOS: menor mayor

ENFERMEDADES: ninguna código _____

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL TSH Hbpatia Bilirub Toxo IgM

Meconio 1° día: no si

ANTIRUBEOLA POST PARTO: No corresponde no si

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA METODO ELEGIDO: DIU postevento DIU barrera hormonal

EGRESO RN: vivo fallece trasladado

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. parcial artificial

EGRESO MATERNO: traslado lugar _____

PESO AL EGRESO: _____ g

ANTIRUBEOLA POST PARTO: No corresponde no si

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA METODO ELEGIDO: DIU postevento DIU barrera hormonal

EGRESO RN: día _____ mes _____ hora _____ min _____ lugar _____

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. parcial artificial

EGRESO MATERNO: traslado lugar _____

PESO AL EGRESO: _____ g

ANTIRUBEOLA POST PARTO: No corresponde no si

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA METODO ELEGIDO: DIU postevento DIU barrera hormonal

Nombre Recién Nacido: _____ **Responsable:** _____

Nombre Recién Nacido: _____ **Responsable:** _____

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

Listado de Códigos

CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
05 Preclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	HIPERBILIRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P55.1
08 Bacteriemia asintomática del embarazo	R82.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
61 OTRAS INFECCIONES	O98.B06,B50-B54,A80	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	B50-B54	13 Otras afecciones hematólogicas	(resto de P60-P61)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	INFECCIONES	
63 Hepatitis viral	O98.4	14 Diarrea	G00
64 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	P38
80 Rubeola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	17 Conjuntivitis	P39.4, L00
77 Chagas	O98.6	18 Sepsicemia	P36
78 Toxoplasmosis	P05	59 Infecciones de la piel del recién nacido	(resto del P35-P39)
66 RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	O98.2	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Tétanos neonatal	A33
13 Incompetencia cervical	O34.3	08 Sífilis congénita	A50
68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	68 Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.5
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	O65	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	39 HIV positivo	R75
17 Moja hidatiforme	O01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
19 Embarazo ectópico	O00	33 Hidrocefalia adquirida	G91
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	34 Leucoomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
21 Amenaza de aborto	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE	O44.1	36 Hemorragia intracranéa no traumática	P52
22 Placenta previa con hemorragia	O45	37 Convulsiones	P90
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O46.0	71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica	P21
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O71.0, O71.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.3	METABOLICA/NUTRICIONAL	
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O99.0	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
71 ANEMIA	O99.0	45 Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
27 Anemia por deficiencia de hierro	D50	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8	65 OTRAS PATOLOGIAS RN	
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	60 OTRAS PATOLOGIAS RN	
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	40 Retinopatía de la prematuraz	H35
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86	41 Hernia inguinal	K40
29 Sepsis puerperal	O85	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91		
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.1		
31 Placenta retenida	O72.0, O70.1		
32 Útero atónico	O70.2, O70.3		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.0, O70.1		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3		
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hipertensión gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufrimiento fetal	O98		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Emboismo obstétrico	O88		
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	R75		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		ANOMALIAS CONGENITAS	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa	120 Anencefalia	Q00.0
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)	122 Hidranencefalia	Q04.3
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa	123 Hidrocefalia	Q03
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentae	124 Microcefalia	Q02
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina	125 Holoprosencefalia	Q04.2
07 Desceso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia	127 Otras anomalias del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital	128 Tronco arterioso	Q20.0
09 R.C.I.U.	22 Condiomatosis genital	129 Trasposición grandes vasos	Q20.3
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas	130 Tetralogía de Fallot	Q21.3
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal	131 Ventrículo único	Q20.4
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
13 Posición posterior	26 Otras	133 Canal atrio-vent. completo	Q21.2
	76 VIH	134 Atresia pulmonar	Q22.0
		135 Atresia tricuspíde	Q22.4
		136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4
		137 Coartación de aorta	Q25.1
		138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q28.2
		139 Otras anomalias circulatorias/respiratorias	Q24, 28, 34
		140 Paladar hendido	Q35
		141 Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
		142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1
		143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Ano imperforado	Q42.3
		145 Onfalocelo	Q79.2
		146 Gastrosquisis	Q79.3
		147 Atresia duodenal	Q41.0
		148 Atresia yeyunal	Q41.1
		149 Atresia ileal	Q41.2
		150 Otras anomalias gastrointestinales	Q40, 43, 45
		151 Genitales malformados	Q50-Q56
		152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1
		153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
		154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
		155 Extrofia de la vejiga	Q54
		156 Otras anomalias nefrouinarias	Q63.4
		157 Trisomía 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6
		158 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
		159 Síndrome de Down	Q90
		160 Otras anomalias cromosómicas	Q92, 97-99
		161 Labio hendido	Q36
		162 Polidactilia	Q89
		163 Sindactilia	Q70
		164 Displasia esquelética	Q77.7
		165 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
		166 Hernia Diafragmática	Q79.0
		167 Hidrops fetalis	P56, P83.2
		168 Oligoamnios severo	P01.2
		169 Otras anomalias musculoqueléticas	Q68, 74, 75, 79
		170 Anomalías tegumentarias	Q82, 84
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
01 Lidocaína o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas		
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio		
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)	18 Sulfato de magnesio		
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes		
06 Diazepóxidos	21 Otros antihipertensivos		
07 Meperidina	22 Sangre y derivados		
08 Espasmolíticos	23 Heparina		
09 Oxitocina	24 Corticoides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos		
11 Beta lactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina		
13 Entromónica	28 Insulina	31 Antiretrovirales	
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina	32 Sulfadoxina-Pirimetamina	
15 Betamiméticos	30 Otros	33 Cloroquinás	

HPESP/OP-07/06

Lista de Verificación.

Componente Básico para el Control Prenatal

Nota: Verifique las actividades realizadas donde corresponda (casilleros sin sombreado)

Utilice la edad gestacional más cercana al momento de la visita

Nombre de la paciente: _____

Dirección y teléfono: _____

Historia clínica: _____

Número de seguridad social: _____

PRIMERA VISITA para todas las mujeres que consultan por primera vez independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.	Visitas					
	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.	6ta.
	<12 sem	22-24 sem	32 sem	36 sem	37 sem	38 sem
Formulario de clasificación que indica elegibilidad para el componente básico del programa						
Examen médico						
Prueba de hemoglobina						
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina						
Estimación de latidos cardíacos						
Examen ginecológico						
Medición de presión arterial						
Peso de la madre						
Realización inmediata del análisis de sífilis, detección de ITS sintomáticas						
Realización de la prueba de orina (con tiras reactivas)						
Solicitud del grupo sanguíneo y factor Rh						
Administración de vacuna antitetánica						
Suplemento de hierro y ácido fólico						
Recomendaciones para situaciones de emergencia						
Ficha prenatal completa						
Fecha						
Personal responsable del control prenatal						

Plan de Parto

Cuando el parto se aproxima es normal que la paciente y sus familiares experimenten una sensación de alegría y ansiedad. El médico o la médica y todo el equipo de salud están en la obligación de contribuir a disminuir las preocupaciones explicándole los detalles relacionados con el parto y ofreciéndole la confianza de los proveedores de salud.

Los preparativos para el parto deben iniciarse desde la consulta prenatal. Las orientaciones del equipo médico incluirán el plan de parto, para que la paciente y sus familiares tengan todo organizado para el momento en que se inicien las contracciones de parto. La paciente y sus familiares deben ser orientados sobre el momento en que deben acudir al centro de salud, los signos de alarma durante el embarazo, quién o quiénes acompañarán a la parturienta; qué vía de transporte se utilizará y tener una segunda opción por si falla la primera; qué cosas llevará consigo (batas, ropas para la/el recién nacida/o cuando esté de alta). Además quién estará atento durante el internamiento y servirá de contacto con el centro de salud. La paciente debe llevar su cédula de identidad personal o acta de nacimiento cuando vaya al centro de salud.

Centro de atención: _____

Fecha probable de parto: _____

Centro probable de referencia: _____

Centro de Referencia	Dirección y teléfono	✓
	Cómo llegar	
	A quién contactar	
Auto-cuidado	Alimentación	
	Higiene	
	Actividad física	
	Evitar hábitos tóxicos	
Signos de Alarma y Qué hacer	Entregar hoja informativa	
	Educar a la señora y sus familiares	
	Revisión con pareja, familiares y vecinos	
Preparar para el Bebé	Ropa para el bebé	
	Aprender sobre lactancia materna	
	Aprender sobre el cuidado del bebé	
Para el parto	Ropa, preparar bulto	
	Acompañantes	
	Transporte	
	Ahorro de dinero	
	Apoyo de la comunidad (fondo de solidaridad)	
	Ayuda para cuidar a los otros niños y para los quehaceres domésticos	
Para el postparto	Identificar quién la va a ayudar	

Signos y síntomas de alarma durante el embarazo

- Altura uterina menor a la que corresponde a la edad gestacional, por debajo del percentil 10
- Altura uterina por encima del 90 percentil (ver gráfica del carnet perinatal)
- Aumento rápido o disminución de peso
- No ganancia de peso entre visitas
- Disminución o ausencia de movimientos fetales en un período mayor de 12 horas después de las 30 semanas
- Sangrado o “manchado” por vía vaginal con o sin manifestaciones dolorosas
- Aumento de secreción vaginal sugestiva de procesos infecciosos
- Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad
- Dolor de cabeza fuerte y continuo
- Mareos
- Zumbido de oídos
- Visión borrosa
- Dificultad para respirar
- Edema exagerado de manos y cara y edema localizado por encima de la rodilla
- Fiebre
- Aumento en el número de micciones y molestia al orinar
- Convulsiones

Nota: Ver Guía de actuación del personal de la UNAP

Signos y síntomas de alarma durante la labor de parto

- Sangrado
- Inicio del trabajo de parto antes de las 37 semanas
- Taquicardia fetal
- Bradicardia fetal
- Labor de parto prolongada
- Parto obstruido
- Alteración de los signos vitales maternos
- Fiebre
- Convulsiones
- Salida de líquido meconial por vagina
- Salida del cordón umbilical antes del parto
- Presentación distócica
- Signos de shock
- Período expulsivo prolongado
- Trastornos de la contractilidad uterina
- Síntomas vasculo-espasmódicos (fosfenos brillantes, acúfenos, epigastralgia)
- Retención placentaria

Signos y síntomas de alarma después del parto

- Sangrado vaginal abundante en las primeras 4 horas después del parto
- Dolor de cabeza, decaimiento, falta de apetito, mareo fácil
- Presencia de secreción vaginal fétida o purulenta
- Fiebre
- Falta de involución uterina
- Retención de placenta por más de 30 minutos
- Hipertensión arterial
- Hipotensión arterial
- Taquicardia
- Pulso débil y rápido
- Piel pálida y fría
- Dificultad respiratoria
- Convulsiones
- Tristeza durante la mayor parte del día que puede prolongarse por semanas
- Desinterés o rechazo para atender a su recién nacida/o



Dirección General Materno-Infantil y Adolescentes

Cartilla para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio

PARA LA USUARIA



República Dominicana
2012

Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer

- 1. Derecho a la Vida:** Incluye la prevención y reducción de las causas de mortalidad materna, debido a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Prevención de la mortalidad infantil y acceso a la atención durante el embarazo, el parto y la lactancia. Incluye también la eliminación de toda forma de violencia.
- 2. Derecho a la privacidad:** Abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas con respecto a la sexualidad y reproducción y al carácter confidencial de la información personal, comunicada a los encargados de prestar servicios. Este derecho protege, por ejemplo, el derecho de las mujeres a decidir sobre el uso o no de anticonceptivos, sin la imposición de sus compañeros, así como el derecho de los jóvenes a obtener información de manera confidencial. La privacidad también incluye el derecho a discutir las necesidades o preocupaciones sobre la sexualidad en un ambiente en que las personas se sientan cómodas y respetadas.
- 3. Derecho a la libertad y seguridad de las personas:** Se relaciona con la libertad de decidir de manera responsable sobre la sexualidad y reproducción, así como con la calidad de los servicios de salud que se ofertan. Incluye el derecho a relaciones libres del temor a enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA. El derecho a no sufrir abuso sexual, a no ser sometidas a prácticas como la esterilización forzada u otras prácticas médicas no consentidas.
- 4. Derecho al nivel más alto posible de salud:** Entraña el derecho a tener acceso a servicios de salud de la más alta calidad posible, incluida la atención relativa a la salud sexual y reproductiva. Ello incluye reconocimiento de las necesidades diferenciadas en razón de sexo, edad, etnia, región, idioma u otras características específicas de grupos determinados.
- 5. Derecho a la planificación de la familia:** Reconoce el derecho de las parejas y las personas a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, y que tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. Este derecho requiere que las mujeres sean reconocidas como sujetos decisorios y que los varones asuman responsabilidad en las decisiones sobre la procreación.



- 6. Derecho a la no-discriminación:** Protege los derechos de las personas sean cuales fueren su raza, color, sexo, opción sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen social, a tener acceso en igualdad de condiciones a la información, educación y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva.
- 7. Derecho a una vida sin violencia:** El ejercicio de la sexualidad y reproducción sin coacción de ningún tipo que atente contra la dignidad y libertad. El uso de la fuerza física, psicológica, moral, con el fin de lograr una respuesta sexual contra la voluntad de una persona es violencia sexual, y se expresa en acoso, violación, explotación, tráfico de menores y mujeres, abuso sexual a niñas y niños.
- 8. Derecho a la información y educación:** Incluye el acceso a la información completa, oportuna, adecuada sobre aspectos relativos a la sexualidad y reproducción. El consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las/los usuaria/os.
- 9. Derecho a los beneficios del adelanto científico:** Incluye el derecho a tener acceso a las tecnologías disponibles en materia de reproducción, particularmente, de métodos anticonceptivos de buena calidad, seguros y aceptables, para mujeres y hombres.
- 10. Derecho a recibir e impartir información y a la libertad de pensamiento:** Son aplicables en la demostración de que todas las personas, incluidas los adolescentes y las personas solteras, tienen derecho a recibir información adecuada y asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos y de disponer de servicios al respecto.

Carnet Perinatal

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS					FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del control prenatal																												
NOMBRE _____ APELLIDO _____					____/____/____			blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/>		ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/>		casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/>		Lugar del parto																														
DOMICILIO _____ TELEF. _____					EDAD (años)			mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/>		secund. univers. <input type="radio"/>		soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		Lugar del parto																														
LOCALIDAD _____					<input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35			otra <input type="radio"/>		años en el mayor nivel <input type="radio"/>		vive sola <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		N° identidad _____																														
ANTECEDENTES FAMILIARES: no si <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preecclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/> PERSONALES: no si <input type="radio"/> cirugía genito-urina <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/> OBSTETRICOS: gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/> ULTIMO PREVIO: n/c <2500g <input type="radio"/> normal ≥4000g <input type="radio"/> Antecedente de gemelares <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> 3 espont. consecutivos <input type="radio"/> partos <input type="radio"/> cesáreas <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/> muertos 1° sem. <input type="radio"/> después 1° sem. <input type="radio"/> FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> menos de 1 año <input type="radio"/> EMBARAZO PLANEADO <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> FRACASO METODO ANTICONCEP.: no barrera DIU hormonal emmer natural gencia <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>					GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR _____ Kg TALLA (cm) _____ FUM: día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> FUMA ACT. no si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> FUMA PAS. no si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> DROGAS no si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ALCOHOL no si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> VIOLENCIA no si <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ANTIRUBEOLA: previa no sabe <input type="radio"/> embarazo no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ANTITETANICA: vigente no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> DOSIS 1° 2° <input type="text"/> <input type="text"/> mes gestación <input type="text"/> <input type="text"/> EX. NORMAL: ODONT. <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>					CERVIX insp. visual <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> PAP <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> COLP <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> GRUPO Rh <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - TOXOPLASMOSIS <20sem IgG <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - ≥20sem IgG <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - 1° consulta IgM <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - VIH <20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ≥20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Hb <20 sem <input type="text"/> g <input type="text"/> g <11.0g <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Fe/FOLATOS indicados <input type="radio"/> no <input type="radio"/> Fe <input type="text"/> g <input type="text"/> g <11.0g <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> VDRURPR <20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> SIFILIS confirmada por FTA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> VDRURPR ≥20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TTO SIFILIS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no corresponde <input type="radio"/>					CHAGAS + <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> PALUDISMO/MALARIA + <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> BACTERIURIA sem normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> <20 <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> ≥20 <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ≥1.05 g/dl <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ≥30 sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> PREPARACION PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>					CONSULTAS ANTENATALES día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> edad gest. <input type="text"/> peso <input type="text"/> P.A. <input type="text"/> altura uterina <input type="text"/> presentación <input type="text"/> FCF (pm) <input type="text"/> movim. fetales <input type="text"/> protei nuria <input type="text"/> signos de alarma, exámenes, tratamientos <input type="text"/> Iniciales Técnico <input type="text"/> próxima cita <input type="text"/>					PARTO <input type="radio"/> ABORTO <input type="radio"/> FECHA DE INGRESO: día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONSULTAS PRE-NATALES total <input type="text"/> CARNÉ <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> HOSPITALIZ. en EMBARAZO: completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> CORTICOIDES ANTENATALES: completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> INICIO espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/> RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> <37 sem <input type="radio"/> ≥18 hrs <input type="radio"/> EDAD GEST. al parto: semanas <input type="text"/> días <input type="text"/> PRESENTACION SITUACION: cefálica <input type="radio"/> pelviana <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/> TAMANO FETAL ACORDE: <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ACOMPAÑANTE: pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> TDP <input type="radio"/> P <input type="radio"/>					NACIMIENTO MUERTO <input type="radio"/> VIVO <input type="radio"/> hora min día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MULTIPLE orden <input type="text"/> fetos <input type="text"/> 0=único <input type="radio"/> ENFERMEDADES 1 o más <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> HTA previa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> HTA inducida embarazo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> infec. urinaria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> infec. urinaria amenaza parto prefer. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otros <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> especificar <input type="text"/> HEMORRAGIA: 1° trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> código <input type="text"/> 2° trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> 3° trim. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> R.C.I.U. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> rotura prem. de membranas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anemia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otra cond. grave <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> notas <input type="text"/>					POSICION PARTO sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/> cullillas <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> DESGARROS Grado (1 a 4) <input type="text"/> OCITOCICOS presumb. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> postlumb. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> PLACENTA completa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> LIGADURA CORDON precoz <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> MECACION RECIBIDA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ocitocicos en TDP <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> antibiot. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> analgésia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. local <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. region. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> anest. gral. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> transfusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otras <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> especificar <input type="text"/> RECIENTE NACIDO SEXO: f <input type="radio"/> m <input type="radio"/> PESO AL NACER: <input type="text"/> g <input type="text"/> g <2500 g <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ≥4000g <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> P. CEFALICO cm <input type="text"/> LONGITUD cm <input type="text"/> EDAD GESTACIONAL sem. días <input type="text"/> <input type="text"/> PESO E.G. <input type="text"/> g APGAR (min): 1° <input type="text"/> 5° <input type="text"/> REANIMACION: estimulac. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> aspiración <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> máscara <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> oxígeno <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> masaje <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> tubo <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> FALLECE EN LUGAR de PARTO: no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> REFERIDO aloc. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> neona <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> log. hosp. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ATENDIO médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. <input type="radio"/> empír. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> NEONATO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> PUERPERIO día hora T°C PA pulso invol. uter. loquios <input type="text"/> TAMIZAJE NEONATAL VDRL <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> TSH <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Hbpatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Bilirrub <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Toxo IgM <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> Meconio 1° día <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ANTIRUBEOLA POST PARTO vigente <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ANTICONCEPCION CONSEJERIA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> METODO ELEGIDO DIU postevento <input type="radio"/> ligadura tubaria <input type="radio"/> natural <input type="radio"/> barrera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>					EGRESOR vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> traslado <input type="radio"/> día mes hora min <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> lugar <input type="text"/> fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> EDAD durante <input type="text"/> días completos <input type="text"/> <1 día <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. <input type="radio"/> parcial <input type="radio"/> artificial <input type="radio"/> Boca arriba <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> BCG <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> PESO AL EGRESO <input type="text"/> g EGRESO MATERNO día mes año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> traslado <input type="radio"/> lugar <input type="text"/> Responsable <input type="text"/>				

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

CPESAVP (Regional) 10/06

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P50) graficados.

Carnet Perinatal

Lugar de Control Prenatal _____

Lugar del Parto _____

El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con usted en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Localidad: _____

CPESAVP 09/06

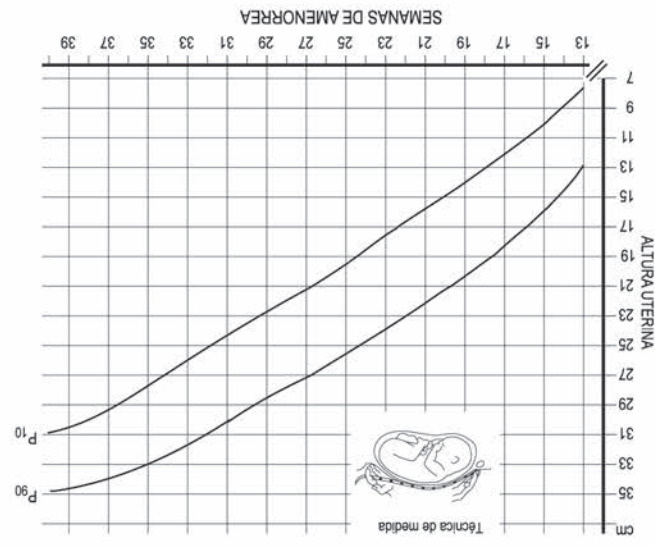
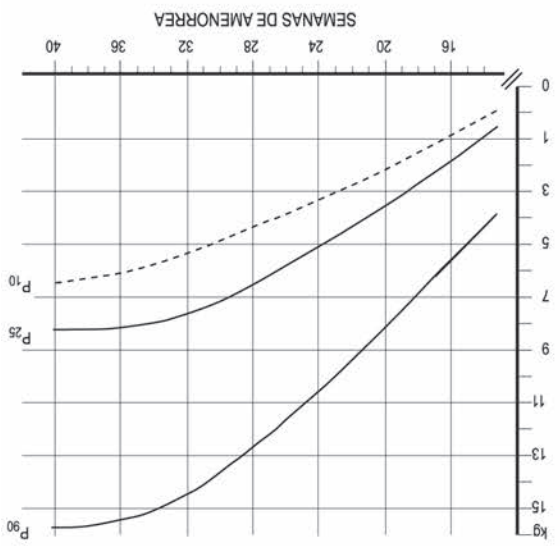


EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	
Día	Mes

HOSPITALIZACIÓN				
	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

La información aquí contenida es propiedad de la gestante y no podrá ser difundida a terceros, al amparo de las disposiciones vigentes sobre privacidad de la información médica.



Plan de Parto

Cuando el parto se aproxima es normal que la paciente y sus familiares experimenten una sensación de alegría y ansiedad. El médico o la médica y todo el equipo de salud están en la obligación de contribuir a disminuir las preocupaciones explicándole los detalles relacionados con el parto y ofreciéndole la confianza de los proveedores de salud.

Los preparativos para el parto deben iniciarse desde la consulta prenatal. Las orientaciones del equipo médico incluirán el plan de parto, para que la paciente y sus familiares tengan todo organizado para el momento en que se inicien las contracciones de parto. La paciente y sus familiares deben ser orientados sobre el momento en que deben acudir al centro de salud, los signos de alarma durante el embarazo, quién o quiénes acompañarán a la parturienta; qué vía de transporte se utilizará y tener una segunda opción por si falla la primera; qué cosas llevará consigo (batas, ropas para la/el recién nacida/o cuando esté de alta). Además quién estará atento durante el internamiento y servirá de contacto con el centro de salud. La paciente debe llevar su cédula de identidad personal o acta de nacimiento cuando vaya al centro de salud.

Centro de atención: _____

Fecha probable de parto: _____

Centro probable de referencia: _____

Centro de Referencia	Dirección y teléfono	✓
	Cómo llegar	
	A quién contactar	
Auto-cuidado	Alimentación	
	Higiene	
	Actividad física	
	Evitar hábitos tóxicos	
Signos de Alarma y Qué hacer	Entregar hoja informativa	
	Educar a la señora y sus familiares	
	Revisión con pareja, familiares y vecinos	
Preparar para el Bebé	Ropa para el bebé	
	Aprender sobre lactancia materna	
	Aprender sobre el cuidado del bebé	
Para el parto	Ropa, preparar bulto	
	Acompañantes	
	Transporte	
	Ahorro de dinero	
	Apoyo de la comunidad (fondo de solidaridad)	
	Ayuda para cuidar a los otros niños y para los quehaceres domésticos	
Para el postparto	Identificar quién la va a ayudar	



Control de Citas

CONSULTAS	PROXIMA CITA (día, mes y año)	HORA
1- consulta		
2- consulta		
3- consulta		
4- consulta		
5- consulta		
6- consulta		
7- consulta		
8- consulta		
9- consulta		
10- consulta		
11- consulta		
12- consulta		
Consulta post- parto		
Consulta post- parto		
Consulta post- parto		

Importancia del control del embarazo

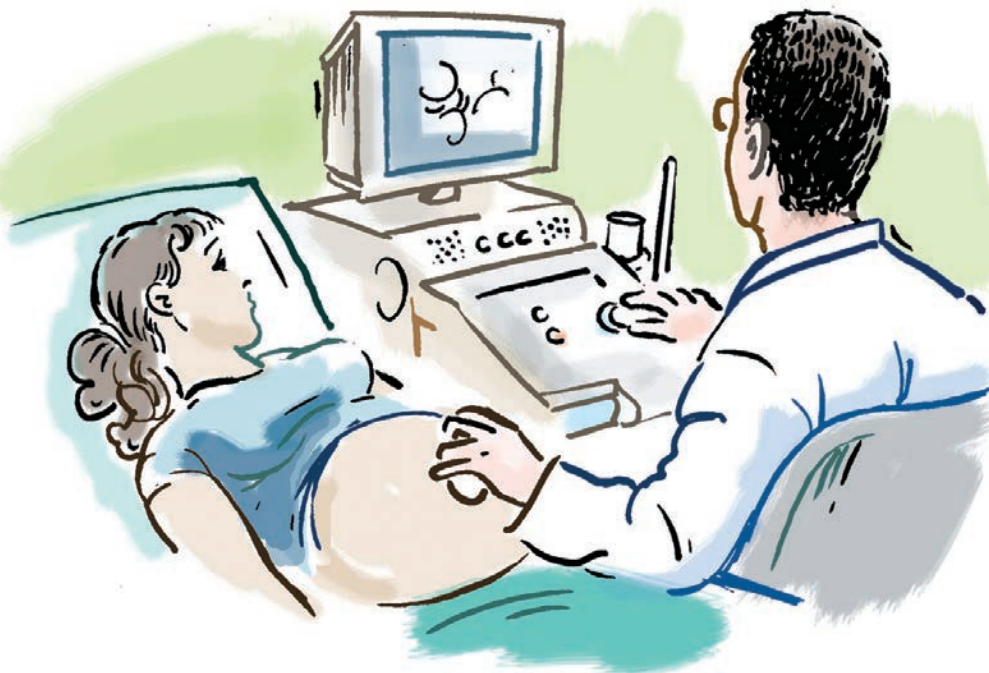
Mediante el control prenatal, pueden vigilar el crecimiento y la vitalidad de mi bebé, la evolución de mi embarazo, facilitarme contenido educativo para mi salud, la del bebé, la familia y la comunidad, con el objetivo de asegurar un embarazo sin complicaciones y el desarrollo y nacimiento saludable del bebé.

Aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto y en ocasiones se pueden presentar complicaciones en algunos de ellos. Entonces, otra finalidad del control prenatal es la de prevenir estas complicaciones, detectar embarazos que puedan presentarlas e identificarlas tempranamente y tratarlas de forma oportuna.

Si no existiese el control prenatal es posible que algunos embarazos presenten complicaciones, que pueden ser evitadas.

¿Cuándo debo empezar a chequear el embarazo?

Desde que sospeche que estoy embarazada, debo acudir al centro de salud más cercano para iniciar mis chequeos en el programa de atención prenatal. Estos controles me pueden ayudar mucho en la detección de complicaciones y establecer las medidas preventivas para corregirlas en su momento oportuno.



¿Cuántas veces debo chequearme el embarazo?

Durante todo el embarazo debo ser chequeada al menos 6 veces si el embarazo es normal, y cuantas veces sea necesario.

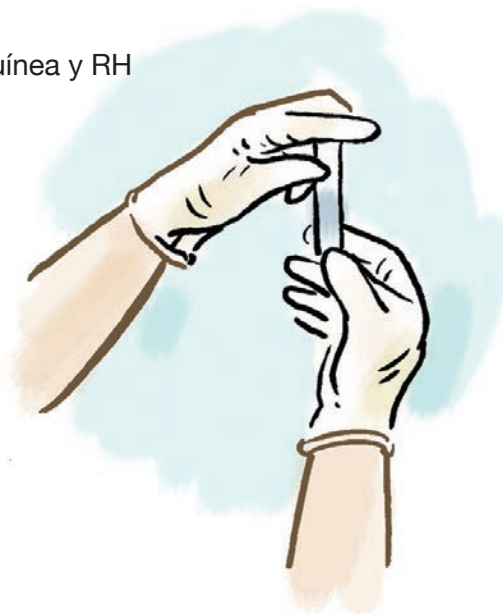
Debe asistir mi esposo/pareja a los controles prenatales

En la medida de lo posible se sugiere que tu pareja asista a los controles para que se involucre en tu embarazo, conozca mi médico y siga mi evolución de nuestro bebé. En este sentido se espera él que asista al menos a 2 consultas y esté presente a menos en un estudio ecosonográfico. El hecho de que tu compañero no pueda asistir a todas tus evaluaciones no debe ser motivo de conflicto en la pareja, hay que recordar que las presiones laborales y económicas a veces no lo permiten.

¿Cuáles exámenes de laboratorio y otros estudios debo realizarme durante el embarazo?

La realización de exámenes de laboratorio y otros estudios son fundamentales para prevenir y tratar enfermedades que pueden poner en peligro mi salud y la del bebé por lo que durante el embarazo debo realizarme los siguientes exámenes y estudios:

- Hemograma
- Glicemia (para el azúcar)
- VDRL (prueba de sífilis)
- HIV
- HbsAg (prueba para hepatitis B)
- Falcemia
- Examen de Orina
- Tipificación Sanguínea y RH
- Papanicolaou
- Toxoplasmosis
- Sonografía



¿Cuáles vacunas se administran en el embarazo?

La vacuna indicada durante el embarazo es el Toxoide Tetánico (TT) que la protege a usted y su bebé de contraer tétanos.

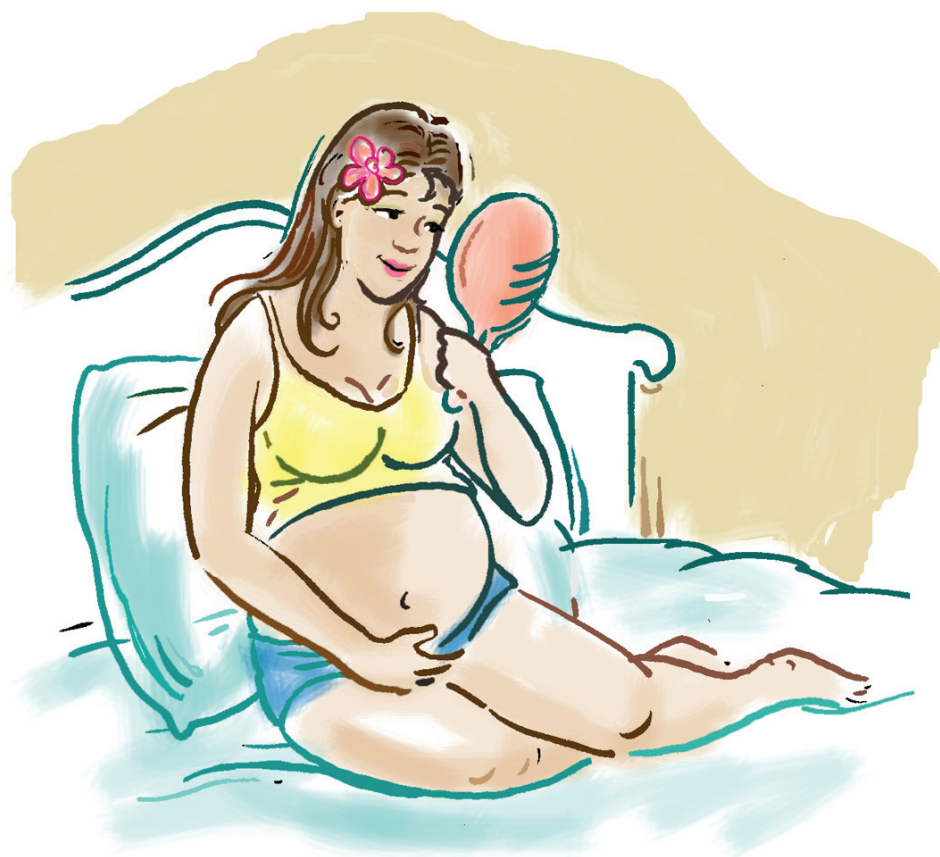
Aproveche el primer contacto con el servicio de salud para solicitar su aplicación.

Cuidando la belleza en el embarazo

El embarazo es un periodo en el que la mujer debe mantener su belleza interna y externa al máximo y así hacer sentir al futuro bebé deseado y amado.

Cuidado del cabello

Las hormonas en el embarazo y las vitaminas que tomamos para el bebé ayudan a que nuestro pelo se vea brillante, abundante y saludable. Estos mismo factores y el estrés que caracteriza el post parto pueden producir pérdida temporal del cabello, por lo tanto no hay que alarmarse.



Durante el embarazo se debe continuar el cuidado normal del cabello. Lavarse el pelo con un champú suave y usar un acondicionador al final. Si el pelo se siente seco puede usar un tratamiento una vez por semana. Si tu pareja insiste en mimarte puedes pedirle que te de un masaje en cuero cabelludo con aceite tibio que puede ser de canola, oliva, coco o mejor aún de aguacate.

Tintes y productos Químicos. Una de las controversias durante el embarazo son los tintes de pelo. La mayoría de los médicos sugieren a sus pacientes no poner color en el pelo durante el primer trimestre a menos que sean solo rayitos, o tinte a base de agua. No se puede usar color que cubra la cabeza completa o que toque el cuero cabelludo. Lo mismo se aplica a tratamientos como alisados y permanentes. No hay nada comprobado en esto, pero los médicos prefieren prevenir. Después del primer trimestre generalmente se puede usar color pero hay que consultar con tu médico antes.

El cuidado del cutis durante el embarazo

Es probable que si tu piel es grasosa, con el embarazo desaparezcan las espinillas, pero si tu cutis es seco o normal, probablemente se reseque.

- Deja que tu piel respire, reduce lo más posible el uso de maquillaje.
- Lávate la cara antes de acostarte con jabón suave o leche limpiadora; de esta forma eliminarás las impurezas acumuladas durante el día.
- Al terminar, aplica una crema hidratante.



Sexo y embarazo

Una buena sexualidad durante el embarazo prepara el cuerpo para un parto vaginal, los músculos de la vagina se ejercitan durante una relación sexual y mejoran su tono muscular para el momento del nacimiento. Además, con el ejercicio, el bebé recibe más oxígeno, lo cual le ayuda a estar más sano.

Tu hijo no notará nada, excepto tu palpitación más rápida y tu respiración acelerada. A menos que tu embarazo sea complicado, no debes preocuparte por el bebé. Las membranas ovulares y el líquido amniótico le protegen y además, el cuello del útero está cerrado.

Las relaciones sexuales durante el embarazo probablemente no puedan ser acrobáticas y tal vez habremos de evitar algunas posturas que antes practicábamos con normalidad. Y es que en ningún momento la embarazada debe sufrir presión, dolor o incomodidad durante la práctica del sexo y además al final de la gestación puede perder flexibilidad debido a los cambios en el cuerpo.



En estos momentos, el diálogo y la comprensión con la pareja es fundamental. Comunicándose abiertamente se llegará a un acuerdo para coincidir en la mejor forma de mantener relaciones sexuales placenteras, además habrán de tener en cuenta los cambios en el modo de vivir la sexualidad durante cada etapa del embarazo.

Si tu embarazo está considerado como complicado o surgen situaciones especiales, tu médico te sugerirá espaciar o suspender hasta nuevo aviso las relaciones sexuales.

Orientación en salud bucal

Durante el embarazo se producen grandes cambios en la mujer a todos los niveles: en el aspecto físico, en el químico y en el psicológico. Esto hace que la cavidad bucal de la embarazada sea más susceptible a padecer problemas en las encías y caries dentales.

Esto es más evidente a partir del tercer mes de embarazo. Si la mujer padecía previamente problemas en las encías y caries, éstas empeoran durante el embarazo. Es necesario en esta etapa del embarazo extremar los cuidados dentales. Las alteraciones bucales propias del embarazo, son inevitables y pueden prevenirse realizando una adecuada higiene dental con un cepillado después de las comidas y al acostarse usando el hilo dental. Una limpieza cuidadosa eliminará la placa bacteriana que es la causante de la caries dental y de problemas en las encías. Ante cualquier alteración en la salud bucal se recomienda visitar al odontólogo.

Alimentación durante el embarazo

La alimentación durante el embarazo constituye un factor de vital importancia para la correcta formación y crecimiento del bebé. Una dieta balanceada y nutritiva, es primordial a lo largo de todo el embarazo. Es que en este período, se impone satisfacer también los requerimientos nutricionales del bebé.

Una de las condiciones fundamentales para mantener una dieta bien balanceada es no comer demasiado de cada uno de los grupos de alimentos, ya que se necesita variedad para obtener adecuados suplementos de proteínas esenciales, minerales y vitaminas. La correcta alimentación también contribuye a evitar un trabajo de parto prematuro, al equilibrio emocional y a la recuperación corporal después de dar a luz.

En aquellos casos en que la futura mamá tenga sobrepeso, deberá limitar el consumo de alimentos calóricos tales como dulces, azúcares y grasas.



Es fundamental que en toda alimentación estén presentes estos cinco grupos de nutrientes:

La dieta diaria de una embarazada debe ser equilibrada, variada, adecuada y con calidad e higiene. En las comidas deben estar presentes los diferentes grupos de alimentos.

Utilizando el Pílon de la Alimentación y Nutrición, en el cual encontramos los diferentes grupos de alimentos tales como: los cereales, víveres y tubérculos, frutas, verduras, y/o vegetales, pescado, carnes, vísceras, leguminosas, huevos y leche, yogur, quesos y alimentos fortificados.

Se recomienda consumir diariamente tres comidas principales y dos meriendas.

Fruta (2-4 raciones): recuerda que una ración equivale a media taza de fruta cortada, una fruta mediana (como una naranja, mandarina, guineo pequeño, una manzana) o a tres ciruelas.

Cereales/viveres/tubérculos (6-11 raciones): una ración equivale a una rebanada de pan, media taza de arroz, pasta o viveres, maicena, avena, trigo.

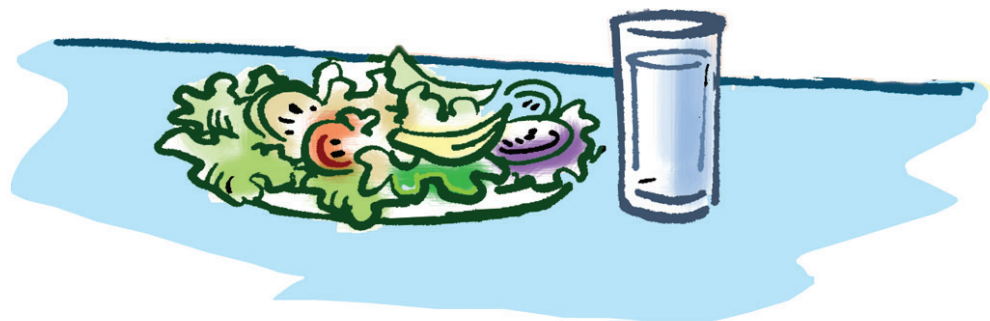
Lácteos (3-4 raciones): una ración es un vaso de leche, dos yogures, una lonja de queso.

Proteínas (2-3 raciones): una ración es un filete de carne roja, vísceras de pollo, de pescado, o bien, dos huevos. Las leguminosas, habichuelas, lentejas, guandules, garbanzos, maní, almendra.

Vegetales y/o Verduras (3-5 raciones): una taza de verduras crudas o media taza de verdura cocida.

Azúcar, grasas y sal yodada: la sal es necesaria para el embarazo y no debe suprimirse de la dieta. Todos deben consumirse con moderación.

Se debe evitar fumar y beber alcohol.



Signos y síntomas de alarma durante el embarazo

- Poco crecimiento abdominal
- Aumento o disminución de peso
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Sangrado o “manchado” por vía vaginal, con o sin dolor
- Salida de líquido con o sin dolor
- Aumento de secreción vaginal
- Dolor abdominal persistente (en el bajo vientre) de cualquier intensidad
- Dolor de cabeza fuerte y continuo
- Mareos
- Zumbido de oídos
- Visión borrosa
- Dificultad para respirar
- Edema (hinchazón) exagerado de manos y cara y edema localizado por encima de la rodilla
- Fiebre
- Aumento en el número de micciones (orinar) y molestia al orinar
- Convulsiones

Revise esta lista y manténgala junto a su carnet perinatal. Ante cualquier manifestación y persistencia de las molestias, acuda a su centro de atención para que el personal médico la evalúe y la refiera si es necesario.

Signos y síntomas de alarma durante la labor de parto

- Sangrado
- Inicio del trabajo de parto antes de las 37 semanas
- Labor de parto prolongada
- Parto detenido
- Alteración de los signos vitales maternos
- Fiebre
- Convulsiones
- Salida de líquido por vagina
- Salida del cordón umbilical antes del parto
- Presentación anormal
- Piel fría, palidez, sodoración, sangrado abundante, desorientación y aceleramiento del corazón
- Período expulsivo prolongado
- Síntomas como ver estrellas, zumbido de oído y dolor de estómago
- Retención placentaria

Signos y síntomas de alarma después del parto

- Sangrado vaginal abundante en las primeras 4 horas después del parto
- Dolor de cabeza, decaimiento, falta de apetito, mareo fácil
- Presencia de secreción vaginal fétida o purulenta
- Fiebre
- Útero que se queda grande
- Presión alta
- Presión baja
- Corazón acelerado
- Pulso débil y rápido
- Piel pálida y fría
- Dificultad respiratoria
- Convulsiones
- Tristeza durante la mayor parte del día que puede prolongarse por semanas
- Desinterés o rechazo para atender a su recién nacida/o

Cuidados de la salud de los recién nacidos

El baño

- Puede ser diario desde el nacimiento, aunque no se le haya caído el cordón aún. Hay que elegir un momento tranquilo del día, o cuando al bebé le resulte más relajante, y se convertirá esta práctica en un juego entrañable para los padres y el bebé.
- Tener todo lo que se pueda necesitar a mano.
- No llenar mucho la bañera, basta con unos 10-15 cm. de agua.
- La temperatura del agua debe ser agradable (36-38°C). Comprobar que no quema introduciendo un codo o el dorso de la mano.
- La temperatura ambiente también debe ser agradable (22-24°C), evitando las corrientes de aire.
- Usar jabones suaves y en muy poca cantidad, aprovechando la misma agua para enjuagarle. Si es niño/a, limpiar la zona entre los genitales y el ano.
- El baño no ha de durar demasiado. Al principio bastan unos minutos, y a medida que el bebé va creciendo se puede prolongar este momento.
- Sacarle del agua con cuidado, envolviéndolo en una toalla limpia y seca, y secarle con suavidad.
- Después del baño podemos aprovechar para hidratar su piel a la vez que le damos un masaje usando una crema o aceites adecuados para su edad. Este masaje permite el contacto íntimo de los padres con el bebé, le relaja para el sueño y nutre su piel.



Las uñas

Se cortan, pero no demasiado. Las uñas de los pies se cortan rectas. Las de las manos deben recortarse sin que queden picos, para evitar los arañazos. En ambos casos nunca cortaremos al límite de la piel, para evitar que las uñas se claven en el dedo. El cortauñas debe ser de uso exclusivo del bebé.

Los ojos, la nariz, los oídos

Si es necesario, limpie desde la parte interna del ojo hacia la externa. En los oídos limpie sólo la parte externa visible y con una gasa húmeda. La cera que segrega el oído sirve como defensa y no debemos intentar extraerla. La nariz se obstruye con facilidad, aunque la cantidad de moco no sea abundante. El estornudo, que se produce con bastante frecuencia, es la forma en que el bebé limpia sus mucosas.

El ombligo

- Se limpia diariamente, con agua y jabón, durante el baño. Para favorecer su cicatrización y prevenir infecciones, procurar mantenerlo siempre seco y limpio.
- No hay que cubrirlo con gasas, pues favorece la humedad. Si tiene mal aspecto, huele mal, tiene secreciones o sangra, acudir al centro salud.
- Cuando el cordón se caiga (entre los 5 y 15 días aproximadamente), se debe seguir limpiando hasta que esté bien seco. La desinfección del ombligo no debe hacerse con yodo, sino con alcohol de 70° aplicado 2 ó 3 veces al día tras el baño y el cambio de pañal, hasta la caída del cordón y la cicatrización umbilical. En caso de infección no aplicar remedios caseros.

Habitación y cuna

La habitación ha de estar a una temperatura en torno a los 20°C, tranquila, con buena ventilación y sin objetos que acumulen polvo. Es necesario un ambiente libre de humos del tabaco. Los hijos de madres y padres fumadores sufren más infecciones respiratorias, otitis y más ingresos hospitalarios por bronquitis y neumonías que los hijos de los no fumadores. La cuna debe ser adecuada, cuando se acueste al bebé no ponerle cadenas, medallas, baberos ni alfileres, por su seguridad.

El paseo

Los paseos del bebé son muy importantes para su salud. Hay que sacarle a la calle desde el alta hospitalaria, siempre que no exista ningún problema que lo impida. Es relajante para el bebé y favorece la recuperación del tono muscular y del sistema circulatorio de la madre.

Procurar pasearlo por sitios tranquilos, alejados de ruidos y humos, aprovechando las horas de sol de la mañana y el atardecer. La luz solar ayuda a activar la vitamina D, por lo que si el tiempo lo permite es bueno que su cara, brazos y piernas estén al aire libre.

Importancia de la lactancia materna

Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento mejoraría sus condiciones actuales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.



El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo. La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Ventajas para la mujer

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.
- Pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente.
- Tienen menor riesgo de presión alta.
- Tienen menos probabilidades de sufrir de depresión
- Disminuye el riesgo de tener osteoporosis en un futuro.

Ventajas para la familia

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, biberón, agua y gas de cocinar.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

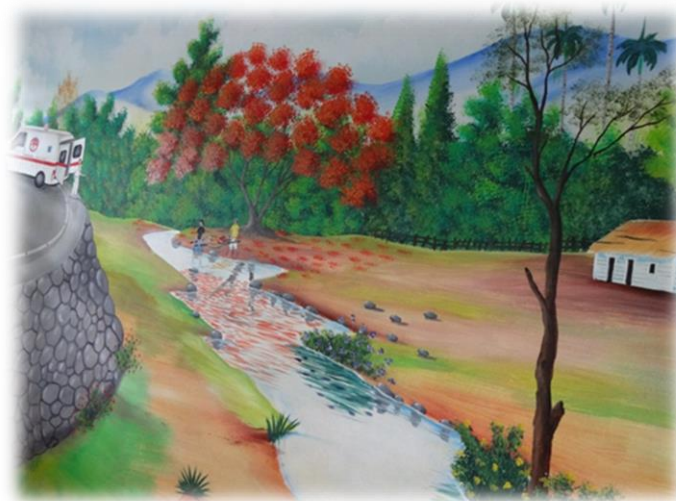
Ventajas para el país

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

Importancia de la planificación familiar

La planificación familiar es una necesidad personal y social. Uno de los elementos fundamentales para mantener una sociedad emocional y sexualmente sana, es evitar los embarazos no deseados y todas sus consecuencias: el aborto clandestino, la mortalidad materna, infantil, el abandono, la paternidad irresponsable o la crianza de esos niños desde el resentimiento y la impotencia.

Toda mujer tiene derecho a usar un método de planificación familiar, con información necesaria, que puedes obtener gratuitamente en los establecimientos de salud.



Este es un material didáctico elaborado para las Actividades del Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para Embarazada y el Período Neonatal en la Región III de Salud

