

Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil
-PROMATERNI-

Control posparto

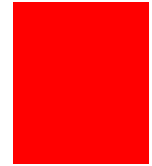


Resultados esperados

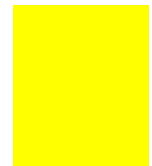
1. Comprender la serie de actividades de control posparto
2. Mejorar la técnica de control posparto

Control posparto

a. Todas las puérperas en mi lugar de trabajo reciben 1er control posparto dentro de primeras 24 horas.

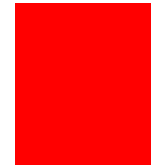


b. Pocas embarazadas en mi lugar de trabajo reciben 1er control posparto después de 24 horas.

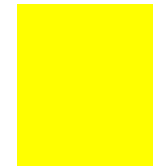


Control posparto

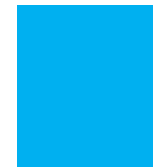
a. Tengo conocimiento y habilidades para realizar control posparto.



b. Tengo cierto conocimiento y habilidades para realizar control posparto.



c. No tengo conocimiento y habilidades para realizar control posparto.



EVALUACIÓN DEL POSPARTO

II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

III. EVALÚE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN EL POSPARTO

IV. SI REFIRIO A LA PACIENTE DESCRIBA MANEJO Y ESTABILIZACIÓN

V. PRIMER CONTROL POSPARTO

VI. SUPLEMENTACIÓN, MEDICAMENTOS Y CONSEJERÍA EN EL POSPARTO

VII. CONTROLES POSPARTO (hasta 6 meses después de parto).

EVALUACIÓN DEL POSPARTO

No. Expediente: _____ Fecha: / /

II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____ años Fecha de Nacimiento: / /
 Nombre de otro/a responsable: _____ Tel: _____
 Dirección: _____ Tel: _____
 Migrante: SI NO Ocupación: _____

III. EVALÚE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN EL POSPARTO

Marque en los cuadros correspondientes de SI o NO lo encontrado en la evaluación. De acuerdo al nivel de resolución, trate o refiera.

| | SI | NO | | SI | NO |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hemorragia vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal severo (epigastria) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza severo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta (140/90) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visión borrosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coágulos con mal olor (Loquios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. SI REFIRIÓ A LA PACIENTE DESCRIBA MANEJO Y ESTABILIZACIÓN

V. PRIMER CONTROL POSPARTO Fecha: / /

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|-------|
| Cuántos días después del parto | PIA | / | mm/Hg |
| Dónde fue atendido su parto | FC | X | min |
| Quién le atendió el parto | Temperatura | °C | |
| Herida operatoria | Examen de mamas: (describa) | | |
| Involución Uterina | | | |
| Examen ginecológico (Describe: hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) | | | |
| Lactancia materna exclusiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué no? | | | |
| Diagnóstico: | | | |
| Conducta y Tratamiento: | | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | | |

VI. SUPLEMENTACIÓN, MEDICAMENTOS Y CONSEJERÍA EN EL POSPARTO

| | | | |
|------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sulfato Ferroso | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería en PF: posparto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ácido Fólico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería en lactancia materna exclusiva y alimentación de la mujer lactante | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Otro medicamento | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería de lactancia materna a mujer VIH + | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Td | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería a mujer VIH + | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |



Primer control posparto

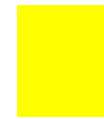
Control del puerperio

Se recomienda visitar a la puérpera _____ horas después del parto domiciliar.

a. Primeras 24 horas



b. Después de los 40 días



c. Después de las 48 horas



Control del puerperio

A una paciente que resolvió parto institucional.

a. Se hace una visita domiciliaria



b. Se cita al servicio de salud




c. Ninguna de las anteriores



d. Se debe hacer a y b



V. PRIMER CONTROL POSPARTO

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Cuantos días después del parto |  <p>¿Como observar herida operatoria?</p> | P/A / mmHg |
| Donde fue atendido su parto | | FC X min |
| Quien le atendió el parto | | Temperatura °C |
| Herida operatoria | | Examen de mamas: (describa) |
| Involución Uterina | | |
| Examen ginecológico (Describe: Hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) | | |
| Lactancia materna exclusiva SI NO ¿Por que no? | | |
| Diagnostico: | | |
| Conducta y Tratamiento: | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | |

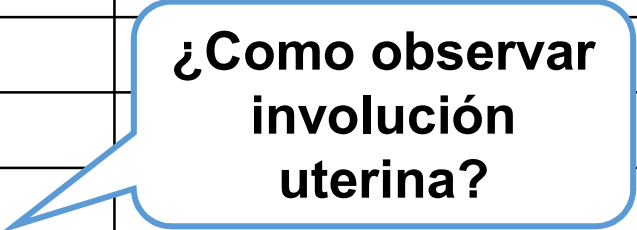
- 1. Verificar adecuada cicatrización**
- 2. Verificar ausencia de enrojecimiento**
- 3. Descartar presencia de liquido en herida**

¿Cuándo encuentre una puérpera post cesárea que tiene fiebre cuál riesgo obstétrico considera?

- a. Hipertensión
- b. Anemia
- c. Infección
- d. Alergia



V. PRIMER CONTROL POSPARTO

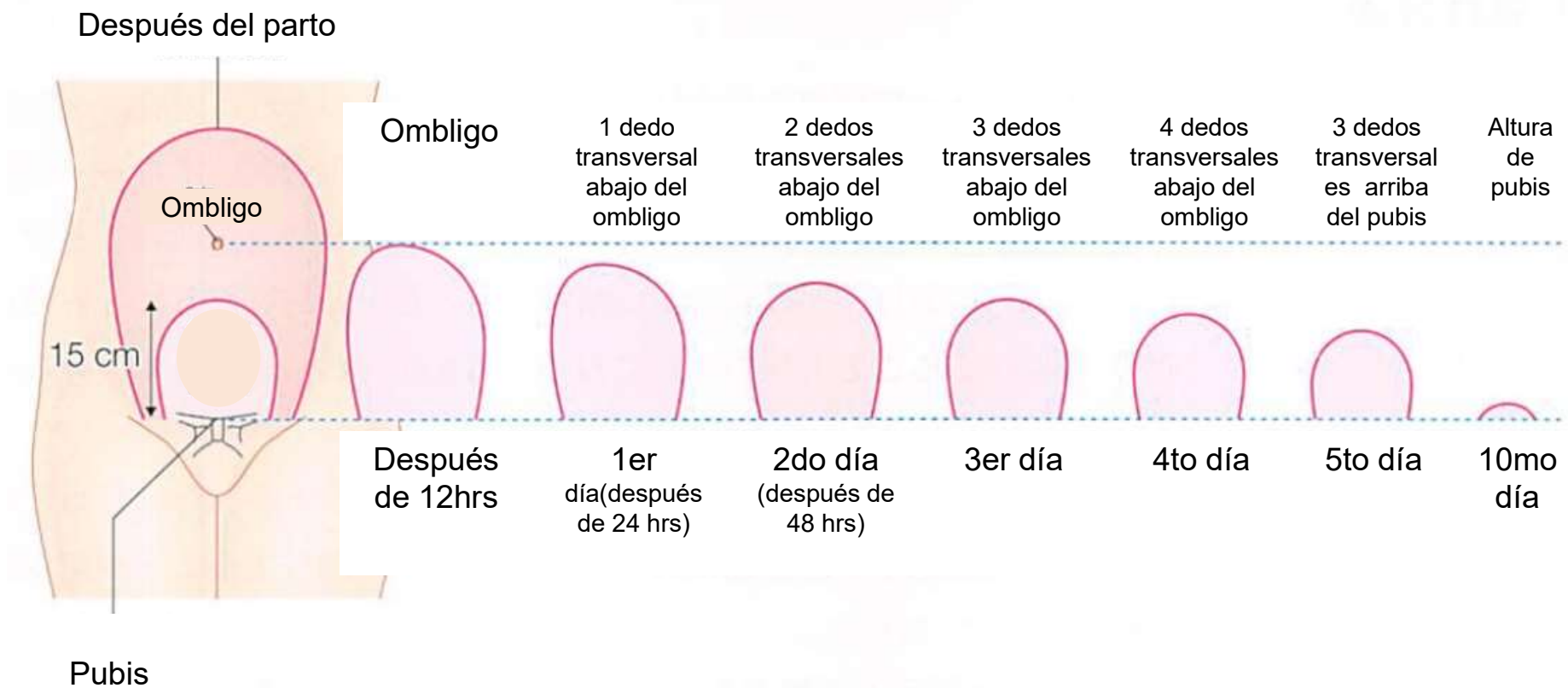
| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---|-------|
| Cuantos días después del parto | | P/A | / | mmHg |
| Donde fue atendido su parto | | FC | | X min |
| Quien le atendió el parto |  | Temperatura | | °C |
| Herida operatoria | | Examen de mamas: (describa) | | |
| Involución Uterina | | | | |
| Examen ginecológico (Describe: Hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) | | | | |
| Lactancia materna exclusiva SI NO ¿Por qué no? | | | | |
| Diagnóstico: | | | | |
| Conducta y Tratamiento: | | | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | | | |

- 1. Mediante masaje uterino verificar que útero este duro como piedra.**
- 2. Verificar cantidad de hemorragia.**

Demostración de evaluación de involución uterina

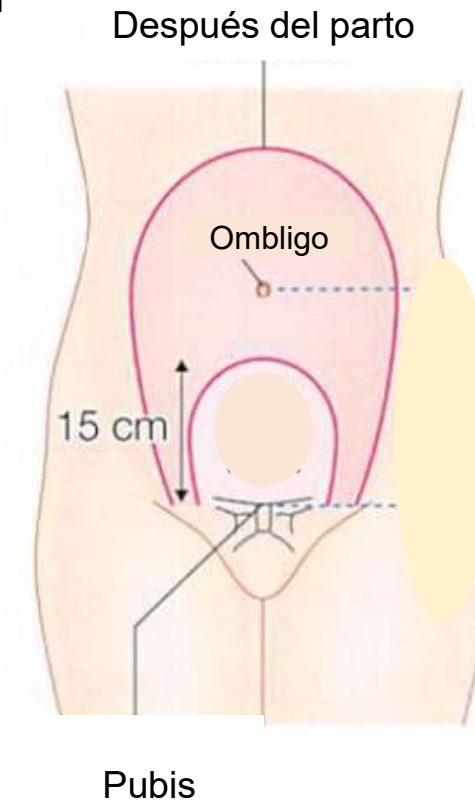


Evolución de involución uterina después del parto

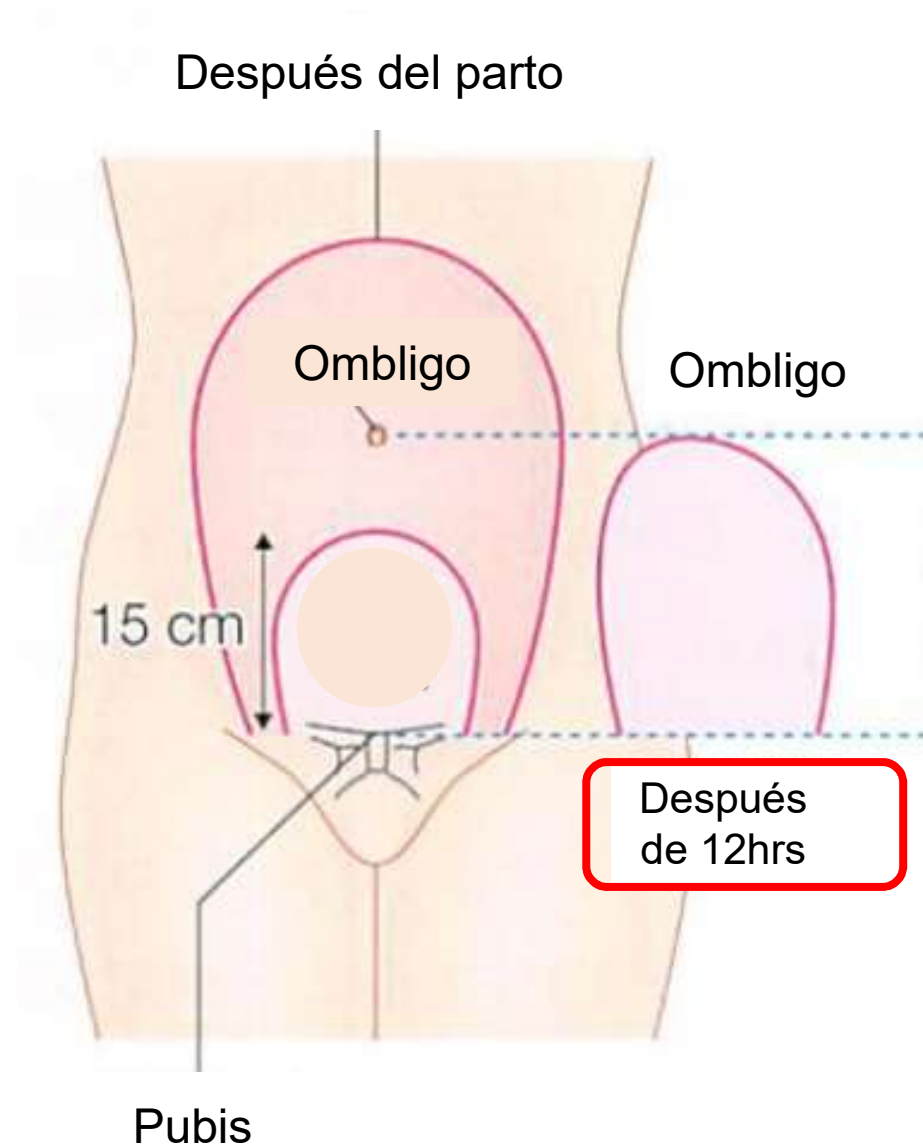


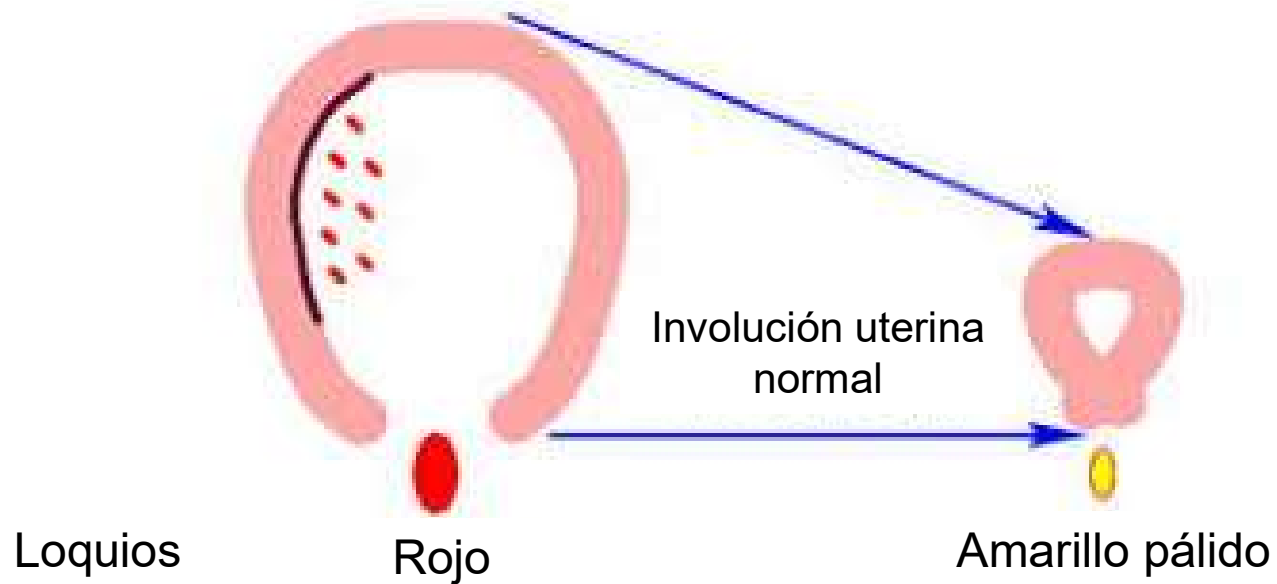
¿Cuándo encuentre una puérpera con este tamaño uterino 12 horas después del parto, cual riesgo obstétrico considera?

- a. Falta de Involución
- b. Hipertensión
- c. Choque
- d. Hemorragia

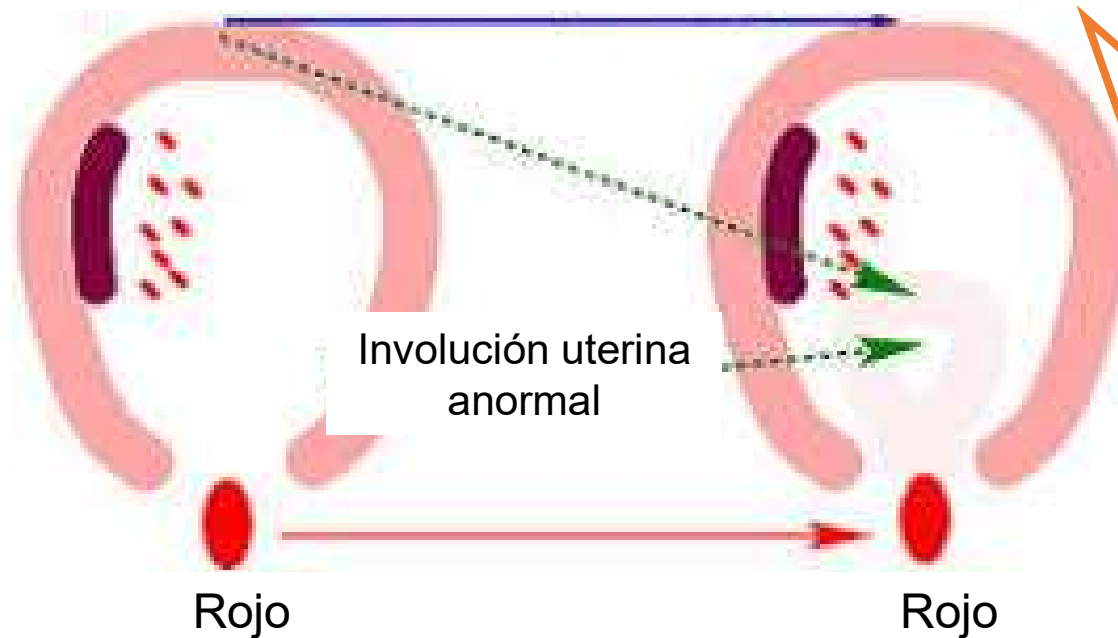


a. Falta de Involución







Factores de retraso de involución uterina



- Relajamiento de músculo de útero
- Restos placentarios

V. PRIMER CONTROL POSPARTO

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|---|-------|
| Cuantos días después del parto | | P/A | / | mmHg |
| Donde fue atendido su parto | | FC | | X min |
| Quien le atendió el parto | | Temperatura | | °C |
| Herida operatoria | | Examen de mamas: (describa) | | |
| Involución Uterina | | | | |
| Examen ginecológico (Describa: Hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) | | | | |
|   | | | | |
| Lactancia materna exclusiva SI NO ¿Por qué no? | | | | |
| Diagnóstico: | | | | |
| Conducta y Tratamiento: | | | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | | | |

- **Loquios:** Derrame sanguíneo, serosanguinolento y seroso de forma consecutiva a través de la vagina después del parto; dura aproximadamente unos quince días.
- **Episiorrafia:** Restauración mediante sutura de la episiotomía vaginal, y revisar sutura de desgarros producidos durante un parto.

¿Como observar episiorrafia o sutura?

- **Verificar adecuada cicatrización**
- **Verificar presencia de hemorragia**
- **Determinar característica de hemorragia (color y olor)**



EVALUACIÓN DEL POSPARTO

II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

III. EVALUE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN EL POSPARTO

IV. SI REFIRIO A LA PACIENTE DESCRIBA MANEJO Y ESTABILIZACION

V. PRIMER CONTROL POSPARTO

VI. SUPLEMENTACIÓN, MEDICAMENTOS Y CONSEJERIA EN EL POSPARTO

VII. CONTROLES POSPARTO (hasta 6 meses después de parto)

EVALUACIÓN DEL POSPARTO

No. Expediente: _____ Fecha: / /

II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____ años Fecha de Nacimiento: / /
 Nombre de otro/a responsable: _____ Tel: _____
 Dirección: _____ Tel: _____
 Migrante: SI NO Ocupación: _____

III. EVALÚE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO EN EL POSPARTO

Marque en los cuadros correspondientes de SI o NO lo encontrado en la evaluación. De acuerdo al nivel de resolución, trate o refiera.

| | SI | NO | | SI | NO |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hemorragia vaginal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal severo (epigastria) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza severo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta (140/90) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Visión borrosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coágulos con mal olor (Loquios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. SI REFIRIÓ A LA PACIENTE DESCRIBA MANEJO Y ESTABILIZACIÓN

V. PRIMER CONTROL POSPARTO Fecha: / /

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|-------|
| Cuántos días después del parto | PIA | / | Mm/Hg |
| Dónde fue atendido su parto | FC | X | min |
| Quién le atendió el parto | Temperatura | °C | |
| Herida operatoria | Examen de mamas: (describa) | | |
| Involución Uterina | | | |
| Examen ginecológico (Describe: hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc.) | | | |
| Lactancia materna exclusiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué no? | | | |
| Diagnóstico: | | | |
| Conducta y Tratamiento: | | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | | |

VI. SUPLEMENTACIÓN, MEDICAMENTOS Y CONSEJERIA EN EL POSPARTO

| | | | |
|------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sulfato Ferroso | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería en PF: posparto | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Ácido Fólico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería en lactancia materna exclusiva y alimentación de la mujer lactante | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Otro medicamento | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería de lactancia materna a mujer VIH + | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Td | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Consejería a mujer VIH + | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Suplementación, medicamentos y consejería en el posparto

| Medicamento | Dosis | Objetivo |
|-----------------|-------------------|--------------------------------|
| Sulfato Ferroso | 8 tabletas al mes | Prevenir anemia |
| Acido Fólico | 4 tabletas al mes | Prevenir anemia |
| Td | Según esquema | Prevenir infección por tétanos |

Caso de muerte materna en el departamento Quiché

- Madre adolescente de 16 años
- Muerte directa Shock Séptico
- Causa básica Endometritis
- *Parto fue atendido por medico en CAP*
- *Tuvo tres controles prenatales*
- *Pero no tuvo ningún control posparto*

¿Qué pudo hacerse para salvar a la puérpera?

Demostración de Control posparto según la ficha



V. PRIMER CONTROL POSPARTO

Fecha: / /

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|---|-------|
| Cuantos días después del parto | | P/A | / | mmHg |
| Donde fue atendido su parto | | FC | | X min |
| Quien le atendió el parto | | Temperatura | | °C |
| Herida operatoria | | Examen de mamas: (describa) | | |
| Involución Uterina | | | | |
| Examen ginecológico (Describa: Hallazgos patológicos y características de loquios, episiorrafia, etc) | | | | |
| Lactancia materna exclusiva SI NO ¿Por qué no? | | | | |
| Diagnóstico: | | | | |
| Conducta y Tratamiento: | | | | |
| Nombre y cargo de la persona que atiende: | | | | |

Control Posparto (1)

❖ Ejercicio en grupo

1. Preparación para el cuidado posparto

| Procedimiento | Punto de verificación |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lavarse las manos Preparación del equipo necesario | 1-1 Usar jabón/alcohol. |
| | 1-2 Preparar todos los equipos antes del examen físico obstétrico (Estetoscopio, Esfigmomanómetro, Termómetro, Sabana, Guantes). |

2. Inicio del cuidado puérpera

| Procedimiento | Punto de verificación |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Preparación de la puérpera y el ambiente | 2-1 Saludar a la puérpera |
| | 2-2 Le explicar el procedimiento de la atención post parto |
| | 2-3 Cerrar la puerta para mantener la privacidad |
| | 2-4 Apoyar a la puérpera para recostarse en la camilla |
| | 2-5 Se poner guantes |

Control Posparto (2)

❖ Ejercicio en grupo

3. Herida Operatoria

| Procedimiento | Punto de verificación |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Colocar a la puérpera en una mesa segura para control posparto y verificar la herida operatoria | 3-1 Verificar adecuada cicatrización |
| | 3-2 Verificar ausencia de enrojecimiento |
| | 3-3 Descartar presencia de líquido en herida (Color, olor y cantidad) |

4. Involución Uterina

| Procedimiento | Punto de verificación |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Confirmar el tamaño y dureza de útero | 4-1 Pedir a la puérpera doblar las rodillas, coloca mano en la sínfisis del pubis, y localiza fondo uterino, pidió a la puérpera que estire las piernas. |
| | 4-2 Mediante masaje uterino verificar adecuada involución uterina. |
| | 4-3 Verificar cantidad de hemorragia. |

Control Posparto (3)

5. Examen ginecológico

| Procedimiento | Punto de verificación |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Características de loquios | 5-1 Verificar características de loquios (color, olor y cantidad). |
| Espisiorrafia | 5-2 Verificar adecuada cicatrización. |
| | 5-3 Verificar ausencia de enrojecimiento. |
| | 5-4 Verificar presencia de liquido en herida (color, olor y cantidad). |



Control Posparto (4)

6. Examen de mamas

| Procedimiento | Punto de verificación |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Chequeó correctamente las mamas | 6-1 Solicitar autorización a la paciente para observar mamas. |
| | 6-2 Verificar que no haya eritema, preguntándole si siente caliente los pechos. |
| | 6-3 Preguntar si hay dolor el momento de dar de mamar. |
| | 6-4 Preguntar si no siente bolas (masas) en los pechos. |
| | 6-5 Verificar forma del pezón. |

Control Posparto (5)

7. Resumen

| Procedimiento | Punto de verificación |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Apoyo a la puérpera para que bajara de la camilla de evaluación con seguridad Registró los valores medidos en la ficha clínica prenatal y/o posparto | 7-1 Apoyar a la puérpera. |
| | 7-2 No omitir nada en la ficha clínica prenatal y/o posparto. |

8. Explicación de resultados y plan educacional

| Procedimiento | Punto de verificación |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Explicó los resultados del cuidado posparto Dio plan educacional basado en los resultados | 8-1 Explicar resultados del cuidado posparto. |
| | 8-2 Dar fecha de próxima cita. |

Practica de control posparto

Guía P.9

❖ Instrucción del ejercicio en grupo

- 1) Dividir 5 grupos. Cada grupo tiene un facilitador del ejercicio en grupo
- 2) Los participantes realizaran control posparto después de 24 horas
- 3) Anote resultados de control posparto en la ficha clínica prenatal y/o posparto (guía p.9)
- 4) Un participante en mismo grupo será el evaluador (turno) según lista de chequeo (guía p. 17).
- 5) Si tienen alguna duda, pregunten al facilitador.
- 6) Retroalimentación
Puntos buenos, Puntos de mejora
- 8) Cambie al siguiente participante.

De seguimiento al compromiso



¿Como solucionar, cuando encuentra obstáculos o barreras ? (1)



Las madres, por costumbre, no salen de la casa durante un tiempo después de parto.

- Avisar al servicio de salud, que nació el bebe, para que la lleguen a visitar, o que un familiar lleve al bebe a su primer control, hasta que la madre pueda salir.



¿Como solucionar, cuando encuentra obstáculos o barreras ? (2)



Las madres niegan control posparto por enfermeros auxiliares.

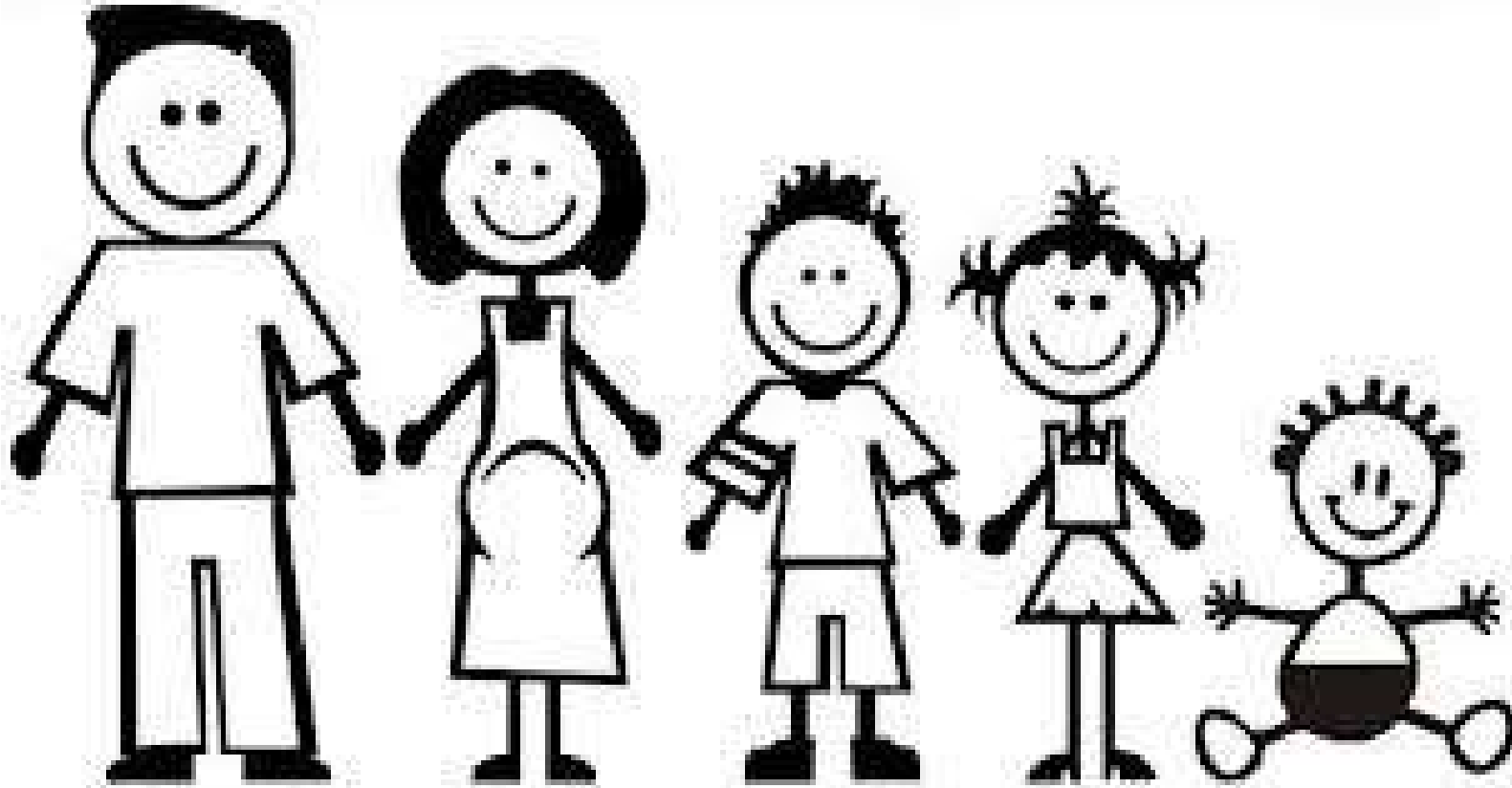
- Solicitar observaciones necesidades sobre control prenatal a comadrona y confirmar el resultado de ella.



¿Preguntas?



Gracias por su atención



PROMATERNI 
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil