



# 2015

## Manual de Procedimientos de Enfermería en la atención de la Salud Materno infantil



Docente: Docentes:

MCE. Cecilia Capriles Lemus, Dra.

Claudia Beatriz Enríquez, MCE.

Gloria López Mora, MCE. Graciela

López Orozco

ME. Hogla Reyes Prieto



by BelSueño®

01/07/2015

# Índice

Objetivo General	(saber Heurístico) Intervención/Acción		(Saber axiológico) Valores
<p><b>El estudiante identifica y desarrolla habilidades en los procedimientos que aplicará en la atención y cuidados Materno –infantiles.</b></p>	<p><b>Valoración en el embarazo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista, observación y exploración física</li> <li>Signos vitales</li> <li>Maniobras de Leopold</li> <li>Toma de frecuencia cardiaca fetal</li> </ul>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad</li> <li>Compromiso</li> <li>Veracidad</li> <li>Honestidad</li> <li>Trabajo Colaborativo</li> </ul>
	<p><b>Valoración y control del Trabajo de Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de respiración y relajación- control del dolor.</li> <li>Medidas para estimular vaciamiento del globo vesical (sondeo)</li> <li>Aseo vulvar</li> <li>Tricotomía</li> <li>Tacto vaginal</li> <li>Control de contracciones</li> </ul>	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad</li> <li>Compromiso</li> <li>Veracidad</li> <li>Honestidad</li> <li>Trabajo Colaborativo</li> </ul>
	<p><b>Valoración y en el Puerperio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia del Globo de seguridad de Pinart</li> <li>Aseo Vulvar</li> <li>Vigilancia de Loquios</li> <li>Monitoreo de Signos Vitales</li> </ul>	37	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad</li> <li>Compromiso</li> <li>Veracidad</li> <li>Honestidad</li> <li>Trabajo Colaborativo</li> </ul>
	<p><b>Valoración del RN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apgar</li> <li>Silverman</li> <li>Capurro</li> </ul> <p><b>Cuidado inmediato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Somatometría</li> <li>Aspiración de secreciones</li> <li>Ligadura y cuidado del muñón</li> <li>Profilaxis oftálmica</li> <li>Control de signos vitales</li> <li>Adaptación al medio</li> <li>Identificación del RN</li> </ul> <p><b>Cuidados Mediatos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Baño y vestido</li> <li>Lactancia Materna</li> </ul> <p>Técnica de amamantamiento Posiciones de amamantamiento Educación materna</p>	46  53	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilidad</li> <li>Compromiso</li> <li>Veracidad</li> <li>Honestidad</li> <li>Trabajo Colaborativo</li> </ul>

	<b>Lactancia Materna Alojamiento Conjunto</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsabilidad</li><li>• Compromiso</li><li>• Veracidad</li><li>• Honestidad</li><li>• Trabajo Colaborativo</li></ul>
--	---	--	--

## **Competencia**

El estudiante identifica y desarrolla habilidades en los procedimientos que aplicará en la atención y cuidados Materno –infantil.

## INTRODUCCIÓN

La salud materno infantil y familiar es considerada importante para el desarrollo humano. Madre y niño se incluyen entre los más vulnerables debido a los múltiples factores que los afectan, entre los que destacan las condiciones socioeconómicas, nivel educativo, patrones culturales, y status de las mujeres, además los ligados al subdesarrollo, incremento demográfico y dificultad para acceder a los servicios.

La Clínica Materno Infantil pretende que el estudiante desarrolle competencias para la atención de la madre gestante y niño menor de 5 años en el espacio real, constituido por las instituciones de salud que reúnen los requisitos para considerarse campos clínicos.

El presente manual proyecta constituirse en un apoyo para los estudiantes inscritos en esta experiencia educativa para contribuir en el desarrollo de la práctica clínica, se describen en el las etapas preconcepcional, prenatal, trabajo de parto y parto, niño menor de cinco años, los contenidos y actividades que contempla la práctica, fundamento teórico, objetivos de aprendizaje, descripción de técnicas y procedimientos para la realización así como materiales necesarios para realizar los procedimientos, finalmente la forma en que serán evaluados.

## **JUSTIFICACION**

La salud materno infantil se ve afectada por un conjunto de factores que requieren de acciones concretas encaminadas a solucionar, mantener o fomentar un nivel adecuado de salud, entre ellas recibir atención profesional que responda a sus necesidades según su grado de riesgo y su complejidad asistencial, como sujeto y objeto principal de los servicios que brinda el equipo de salud.

Esta situación hace imprescindible la formación integral de los estudiantes en el área materna infantil para desarrollar los saberes teóricos, metodológicos y humanísticos que le permitan proporcionar el cuidado de enfermería a la madre, hijo y familia, de manera oportuna, accesible, integral y continua.

La elaboración y uso del presente manual pretende ser un apoyo para el estudiante en la práctica clínica, que oriente sus objetivos y competencias a desarrollar, lo que redundará en optimización del tiempo del estudiante y profesor para invertirlo en las tareas propias de la experiencia.



## Valoración en el embarazo

Esto quiere decir que la valoración enfermera es:

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- "Planificada". Está pensada, no es improvisada.
- "Sistemática". Requiere un método para su realización.
- "Continua". Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.

Deliberada". Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

### Tipos de valoración

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- **Valoración inicial:** es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.

Facilita la ejecución de las intervenciones.

- **Valoración continua,** posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

**Tiene como objetivo:** - Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas. - Realizar revisiones y actuaciones del plan. - Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

### Entrevista

**Métodos para la recogida de información:** -

#### Entrevista.

Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud.



### **Tipos de entrevista:**

- Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

### **Objetivos de la entrevista:**

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente..
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. Partes de la entrevista: Inicio, cuerpo y cierre.
- Inicio: Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen modelos estructurados para la recogida sistemática y lógica de la información.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos.

Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

### **Técnicas de la entrevista:**

- Verbales: interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).
- No verbales: expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico. Cualidades que debe tener un entrevistador:
- Empatía: Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra.



La empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás. Consta de dos momentos, uno en el que el profesional es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, y otro en el que le da a entender que la comprende.

- Proximidad afectiva entre el paciente y el profesional. (Técnica no verbal).
- Respeto: El profesional reconoce al paciente como persona, apreciando su dignidad y sus valores.
- Concreción: Es la capacidad del profesional para delimitar los objetivos que pretende buscar.
- Autenticidad: ésta supone que “uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos”.

### Observación

Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estas tres. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante esta técnica se confirmarán o descartarán posteriormente.



### Exploración física

Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar.

#### Objetivos de la exploración:

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.



- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

### **Técnicas de la exploración:**

• **Inspección:** es el examen visual, cuidadoso y global del paciente.

Su objetivo es determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o 8 los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).



10

• **Palpación:**

Consiste en la utilización del tacto.

Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.



• **Percusión:**

Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

**Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:**

- Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
- Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.



- Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire.

• **Auscultación:**

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Se utiliza el Estetoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.



**Formas de abordar un examen físico:**

• **Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies":** sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.

• **Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":** se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

**Signos vitales**

Los **signos vitales** son medidas de varias características fisiológicas humanas, generalmente tomadas por profesionales de salud, para valorar las funciones corporales más básicas. Los signos vitales son una parte esencial de la presentación del caso.

Hay cuatro signos vitales que están estandarizados:

1. Temperatura corporal
2. Pulso (o frecuencia cardíaca)
3. Tensión arterial
4. Frecuencia respiratoria

El equipo necesario para encontrar los signos vitales lo componen un termómetro, un esfigmomanómetro, y un reloj. Aunque el pulso frecuentemente puede ser tomado a mano, se puede requerir un estetoscopio para un paciente con un pulso débil.



**Se han propuestos algunos signos adicionales tales como:**

**Quinto signo:**

El Dolor, como percibido por el paciente en una escala visual analgésica (EVA) de 0 a 10 puntos.

**Sexto Signo:**

La Glucosa (Destroxtis o glicemia capilar)

Es la medición de la concentración de glucosa en la sangre.

**Parámetros establecidos:**

Los niños e infantes tienen frecuencias cardiacas y respiratorias más rápidas que los adultos como se muestra en la siguiente tabla:

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia cardiaca normal (latidos por minuto)</b>	<b>Frecuencia respiratoria normal (respiraciones por minuto)</b>
Neonato	110-160	30-60
0-5 meses	90-190	25-45
6-12 meses	80-140	20-40
1-3 años	80-130	20-35
3-5 años	80-120	20-30
6-10 años	70-110	15-30
11-14 años	60-105	12-20
15+ años	60-100	12-19

**Valores normales de Temperatura (T)**

<b>Edad</b>	<b>Grados centígrados</b>
Recién nacido	36.1- 37.7
Lactante	37.2
De 2 a 8 años	37.0
Adulto	36.0- 37.0

**Valores normales de Presión Sanguínea T/A:**

Edad	Presión Sistólica mmHg)	Presión Diastólica (mm Hg)
Lactante menor	60- 90	30- 62
2 años	78- 112	48- 78
8 años	85- 114	52- 85
12 años	95- 135	58- 88
Adulto	100- 140	60- 90

### Las escalas de valoración del dolor



son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

### CONSIDERACIONES IMPORTANTES A LA HORA DE EVALUAR EL DOLOR:

Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).

Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/ capacidad para colaborar. Explicar los puntos de anclaje





adecuando el lenguaje al estilo cultural del paciente. Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.

Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).

EVA (Escala visual analógica).

## **Medición de glucosa capilar con glucómetro**

14

### **Concepto:**

Es la medición de la concentración de glucosa en la sangre.

### **• Material**

- Aparato Medidor de Glucosa
- Lancetas - Algodón empapado en alcohol (torundas), o agua y jabón
- Guantes de látex
- Contenedor (para material contaminado)
- Hoja de registro • Método
- Póngase los guantes y pida al paciente que se lave las manos con agua y jabón o use algodón empapado en alcohol para limpiarle la parte lateral del dedo escogido; de preferencia la mano que menos use, la izquierda si es diestro o la contraria si es zurdo.
- Asegúrese de que sus manos estén completamente secas antes de manipular la tira reactiva y muestre al paciente que el equipo que va a utilizar está limpio y que las lancetas son nuevas y no han sido utilizadas en ocasiones anteriores. 8 9
- Saque la tira reactiva y siga las instrucciones del fabricante

### **• Punción para la toma de muestra con glucómetro**

- Obtenga una gota de sangre de preferencia de la parte lateral externa del dedo. No apriete más de lo necesario. Ponga la gota de sangre colgante en el área de medición de la tira reactiva hasta que detecte la presencia de la muestra y retire el dedo.

- Espere el resultado de la glucosa sanguínea y anótelos en su hoja de registro.
- Deseche lancetas, tiras reactivas y algodón en un contenedor para material biológico contaminado; no use lancetas más de una vez.

### • Valoración de pruebas

#### Positiva

Si la prueba de glucemia capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas o 140 mg/dl casual tendrá que acudir a su centro de salud para que se le practique otra prueba en ayunas (Prueba Confirmatoria).

#### Negativo

Si la prueba de glucemia es menor 100 mg./dl recomiéndele al paciente hacerse otra detección al año.

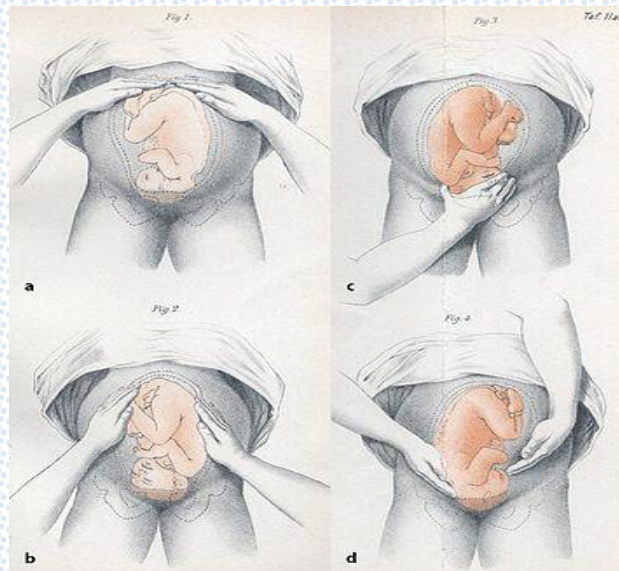
#### Maniobras de Leopold

En obstetricia las maniobras de Leopold consisten en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal, y que, junto con la evaluación de la pelvis materna, pueden indicar si el parto será complicado o si resultará necesario realizar una cesárea.

La destreza y práctica del examinador para realizar las maniobras son el factor principal para el diagnóstico correcto. La posición fetal puede ser también determinada mediante ultrasonido.

Las maniobras de Leopold pueden ser ejecutadas en los meses finales de la gestación, con especial valor semiológico a partir de la semana 32; también durante y entre las contracciones uterinas en el trabajo de parto.

Realizar las maniobras de Leopold puede resultar complicado sobre todo en mujeres con obesidad o aquellas con polihidramnios. La palpación puede ser



incómoda para la mujer sino se realiza en la posición adecuada y asegurándose de que la gestante se encuentre relajada. El examinador debe asegurarse de que la mujer haya vaciado recientemente su vejiga. La mujer debe recostarse sobre su espalda con los hombros sobre una almohada, las rodillas ligeramente flexionadas y el abdomen totalmente descubierto.

### **Primera maniobra**

Esta maniobra valora la **situación** del producto y consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, este puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza se palpa como una masa dura, redonda, lisa y móvil (**Redonda**, **Regular** y **Resistente**). Las nalgas se perciben como una masa grande, blanda e irregular. Esta maniobra se realiza de frente a la cara de la gestante y, utilizando los bordes cubitales de ambas manos, se palpa la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero.

### **Segunda maniobra**

Se utiliza para observar la **posición** del dorso fetal, que puede ser anterior, lateral o posterior. El dorso suele palpase como una estructura dura, convexa y resistente a la palpación; en cambio, las extremidades fetales son blandas, móviles, irregulares y numerosas. Esta maniobra se realiza de frente a la gestante, palpando el abdomen con gentileza, aplicando presión profunda con la palma de ambas manos. Una de las manos debe permanecer fija en un lado del abdomen mientras la mano opuesta explora el lado contrario, para concluir la exploración deben explorarse ambos lados del útero intercalando las manos.

### **Tercera maniobra**

Permite identificar el polo fetal que ocupa la porción inferior del útero y establecer si se encuentra encajado en la pelvis.<sup>1</sup> Utilizando el pulgar y los dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen de la gestante justo por encima de la sínfisis del pubis. De acuerdo a la sensación que dé la estructura palpada se puede determinar el tipo de presentación, al igual que en la primera maniobra. En

caso de que el polo fetal inferior no se encuentre encajado en la pelvis, se sentirá como una masa móvil.

### **Cuarta maniobra**

En la cuarta maniobra, que es la única que se ejecuta mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de **encajamiento** y la **actitud** de la cabeza; consiste en buscar sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, esto nos indica si ha descendido la presentación y si la cabeza se encuentra en flexión o extensión. Para realizarla se mueven los dedos de ambas manos gentilmente por los bordes inferiores del útero hacia el pubis. El lado donde haya mayor resistencia al descenso de los dedos corresponde a la frente. Si la cabeza del feto está bien flexionada la frente debería encontrarse en el lado opuesto de la espalda fetal. Si la cabeza se encuentra extendida entonces se palpará el occipucio y se encontrará localizado al mismo lado que el dorso del producto.

### **Toma de frecuencia cardíaca fetal**

La **frecuencia cardíaca fetal** o fetocardia de feto humano son los latidos del corazón en un minuto. El corazón fetal aparece a la semana 6 y ya se puede detectar su latido mediante una ecografía Dopplergestacional a partir de la décima semana. Se puede escuchar de dos maneras: la primera con la corneta de Pinard a partir de la vigésima semana de gestación y la segunda con un doppler obstétrico. El foco máximo de auscultación se encuentra hacia la cabeza y el dorso fetal. La **frecuencia cardíaca fetal basal** oscila entre 120 y 160 latidos por minuto;<sup>1</sup> se habla de taquicardia fetal cuando ésta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia está por debajo de 120 latidos por minuto; estos cambios se relacionan con el estado anímico materno, la alimentación, la hipoxia fetal, los medicamentos.

**Punto Toconómico:** Relación entre el dorso fetal y el flanco materno y sus variedades simples son: Derecha o izquierda, relevante para la toma de frecuencia cardíaca fetal.



## Valoración y control del Trabajo de Parto y Parto:

- Dolor (técnicas de relajación a realizar: respiración, masaje corporal y reflexología podal, musicoterapia).
- Vaciamiento Vesical ( Colocación de Sonda Foley y Sonda Nelaton)
- Aseo Vulvar
- Tricotomía
- Tacto Vaginal



18

### Dolor:

#### Fundamento Teórico:

Para poder abordar el tema del dolor en el parto es necesario tener conocimiento de los aspectos biológicos, evolutivos, familiares, sociales culturales y cognitivos que están involucrados en la percepción del dolor.



Es importante distinguir tres aspectos del dolor:

- Aspecto sensitivo (sensaciones físicas)
- Aspecto afectivo (sentimientos)
- Aspecto cognitivo (pensamientos)

El alivio del dolor durante el parto contribuye al bienestar físico y emocional de la embarazada y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de enfermería.

#### Técnicas complementarias para el alivio del dolor en el parto:

El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona. El dolor experimentado por las mujeres durante el trabajo de parto es



producto de una acumulación de estímulos fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Las sensaciones difieren sustancialmente de una mujer a otra en cada uno de sus partos. Se considera dolor a la experiencia sensorial y emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, en relación con algunas alteraciones físicas y/o condicionantes afectivas, sociales y culturales. La gran variedad de factores que intervienen en la vivencia del fenómeno doloroso explican las diferencias personales y socioculturales en su apreciación y manifestación, así como los modos de afrontarlo.

### **La utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor**

incluye una amplia variedad de técnicas encaminadas a mejorar las sensaciones físicas y también para prevenir la percepción psicoemocional del dolor.

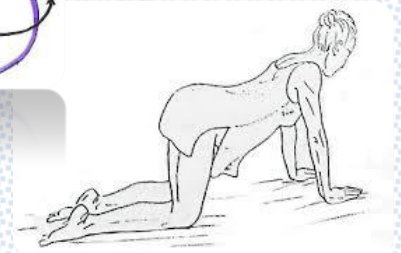
Los principales métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el parto son:

#### **Libertad de movimientos**

- Poder moverse libremente durante el parto ayuda a la mujer a afrontar la dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural<sup>8</sup>, menos alteraciones en el patrón de la FCF<sup>9</sup> y se acorta el tiempo de la primera fase del parto<sup>10</sup>. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.



proceso de  
sensación



#### **Apoyo continuo durante el parto**

- Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de una revisión Cochrane, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de



analgésicos y estuvieron más satisfechas con la experiencia.

### Uso del agua

La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. Los resultados de la revisión Cochrane<sup>12</sup> muestran que la utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa.

La temperatura del agua no debe superar los 37°C y no se aconseja la inmersión durante más de 2 horas<sup>14</sup>. La inmersión debe producirse cuando la mujer se encuentre con una dilatación de al menos 5 cm, ya que la inmersión en una fase temprana del parto puede inducir a partos prolongados y al uso de analgesia epidural y oxitocina. La rotura de membranas no contraindica el uso del agua. Inyecciones de agua estéril Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml). Se ha estudiado también la administración subcutánea con resultados más débiles en cuanto a su efectividad analgésica. Mediante la administración de agua estéril se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales<sup>16</sup>. Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral.. Utilización de la bañera en la dilatación presión muscular existente a ambos lados de ésta: región lumbosacra dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis. El efecto comienza a los pocos segundos, es máximo a los 30-40 minutos y puede durar en torno a los 90 minutos. La analgesia se produce exclusivamente para el



dolor lumbar, pero no es efectiva para el dolor abdominal ni perineal. Se recomienda la aplicación temprana durante la fase de dilatación.

### **Técnicas de relajación:**

Permiten una disminución de la tensión muscular y proporcionan tranquilidad. No existe una revisión sistemática de estudios que evalúen la eficacia de las técnicas de relajación en la reducción del dolor, aunque hay algunos artículos que concluyen que existe una percepción subjetiva de mayor control por parte de la mujer. Existe también una disminución de la ansiedad, una mayor distracción de la atención al dolor y una reducción de su percepción.

21

### **Masaje corporal:**

Masaje Incluye la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo y se utiliza para ayudar a relajar los músculos tensos y suavizar y calmar a la gestante. Dos ensayos efectuados concluyen que la utilización del masaje durante el parto mejora la relajación y reduce el dolor porque mejora el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos.



### **Respiración:**

La respiración regularmente refleja nuestro nivel de relajación o excitación. Cuando estamos descansando o dormidos, la respiración se torna más lenta y rítmica. Cuando estamos tensos, la respiración se vuelve irregular, o podemos llegar a contenerla. Controlar la respiración podría ayudarle a tener presente su estado de ánimo y mantenerse relajada.



Muchas mujeres hallan que las técnicas de respiración son útiles durante el trabajo de parto. Los patrones de respiración durante el nacimiento requieren que



se concentre en su respiración. Durante una contracción, los pensamientos son redirigidos de una reacción de **dolor**, como lo es la tensión, sosteniendo la respiración, hacia una respuesta de **respiración relajada** que ya aprendió. Practicar mucho es la mejor forma de desarrollar una respuesta relajada a los estímulos de dolor.

### **Lineamientos para las técnicas de respiración**

- Comience a enfocarse en su respiración cuando sienta que necesita ayuda para relajarse o cuando no pueda caminar más o conversar durante una contracción. Para muchas mujeres, esto puede significar muchas horas en el trabajo de parto.
- Su respiración deberá ser a un ritmo cómodo y no ser causa de falta de aliento o desvanecimiento.
- Su forma de respirar será en su propio estilo. Cada respiración podrá ser llevada a cabo hacia adentro y hacia afuera por la nariz o por la boca, o hacia adentro a través de la nariz y hacia afuera a través de la boca. **La clave aquí es que la respiración se sienta natural, relajada y regular.**
- Estas técnicas de respiración tienen dos características en común: una respiración limpiadora y un punto focal.

### **Respiración limpiadora:**

El uso de una respiración limpiadora antes y después de cada contracción es importante. Ésta es una respiración exagerada y profunda, realizada generalmente inhalando por la nariz, y exhalando por la boca. El propósito de esta respiración es:

Proporcionarle más oxígeno a su bebé.

- Señalar internamente que una contracción está comenzando, y le recuerda que debe comenzar a concentrarse en la respiración, concentración y relajación.

- Señalar externamente a su compañero y a cualquiera que le ayude de que una contracción está comenzando. Ellos le pueden ofrecer su apoyo, tal como brindarle un masaje en la espalda o animarla verbalmente.
- Le permite liberar cualquier tensión persistente después de que termina una contracción.
- Le brinda a su bebé un incremento de oxígeno al final de la contracción.

### **Punto focal:**

El uso de un punto focal le ayudará a aumentar la relajación y concentración durante una contracción. Un punto focal interno, como lo es imaginar una escena llena de paz o tranquilidad, es buena opción para algunas madres. Otras quizás les funciona mejor concentrarse en un objeto del cuarto o en los ojos de su compañero. Estos enfoques pueden variar durante el trabajo de parto a medida que las contracciones se vuelven más fuertes.

Practique diversos puntos focales que faciliten su concentración y le ayuden a eliminar distracciones (Nota: **No** usar como punto focal un reloj).

- Permita a su respiración continuar por sí misma, tranquilamente fácil y suavemente. Concéntrese en tratar de soltarse para una buena relajación y permita a su cuerpo ponerse floja con cada exhalación. Imagínese una muñeca de trapo.
- Quizás su cuerpo comience a sentirse tibio y pesado.
- Cuando esté lista para despertarse, inhale profundamente y estire sus brazos y piernas a medida que exhala.

### **Respiración de Ritmo Lento**

- Tome una respiración “limpiadora” al comienzo de una contracción.
- Continúe respirando en forma pareja, de adentro y hacia afuera con calma, respiración abdominal suave.
- El ritmo es aproximadamente la mitad del ritmo normal de su respiración.



- Usted puede usar estrategias de Atención de Enfoque tales como:
  - Inhalar/Exhalar a través de la nariz.
  - Inhalar/Exhalar a través de la boca.
  - Contando los ritmos, imágenes, frases de afirmación, etc.
  - Movimientos, caricias, masajes, palmadas, etc.
  - Un punto focal visual.
  - Mientras termina una contracción, tome una respiración “limpiadora”, saque el aire lentamente y relájese completamente.

### **Respiración moderada, rítmica**

#### **Reflexología podal:**

La Reflexología podal toma al pie como un microsistema del cuerpo, teniendo en cuenta que una parte abarca el todo y conforma la unidad.

Es una técnica de masaje manual que estimula las terminales nerviosas en los pies; dicho estímulo viaja por vía refleja y produce una respuesta de ajuste en el organismo a través del Sistema Nervioso Central, liberando los canales de energía vital.



La estimulación a través de la Reflexología y puntos específicos de digitopresión, favorecerán la efectividad de las contracciones y el avance de la dilatación del cuello uterino.

A su vez, por su efecto analgésico, alivia dolores provocados por las contracciones y la compresión en la cavidad de la pelvis durante el descenso del feto.

- Se basa en tocar puntos específicos de los pies (como el que corresponde al útero) que favorecen la contracción y que estimulan el parto según vaya haciendo presión sobre ellos la terapeuta.

## Musicoterapia

Sabemos que la música y las emociones están fuertemente ligadas, y en este tipo de trabajo se aprecia a diario como a través de ella aparecen sensaciones en el cuerpo, pensamientos inconscientes, ganas de moverse, emoción, satisfacción y ternura, mucha ternura que a veces llega a convertirse en canción... Esta disciplina aun poco conocida en nuestro país tiene **grandes beneficios para las mamás y los bebés que están en el vientre, como para el vínculo entre ellos** y así lo gozan desde que deciden empezar esta actividad hasta en el momento del parto y después del nacimiento.



25

## Vaciamiento Vesical

### Fundamento Teórico:

El cateterismo vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos. Considerando que el cateterismo vesical es una maniobra invasiva y potencialmente traumática a la estructura de las vías urinarias estériles, excepto en la parte final de la uretra que se considera no estéril; en el procedimiento del cateterismo vesical se estima que existe un alto riesgo de infección del tracto urinario, por la introducción de microorganismos al interior de la vejiga. Por lo tanto, se debe valorar cuidadosamente la necesidad de la realización del procedimiento en forma correcta, además de realizarlo con la técnica estrictamente estéril.



## Indicaciones

La indicación para el cateterismo vesical puede ser transitoria, intermitente y permanente; la prescripción transitoria requiere de un tiempo menor a 5 minutos de permanencia de la sonda, habitualmente se realiza con fines diagnósticos, el intermitente se utiliza por lo general en pacientes con vejiga neuropática, y en cuanto a la permanente, suele mantenerse por días o meses, por lo que a continuación mencionaremos algunos casos:

1. Vaciar completamente la vejiga antes de la cirugía o del parto.
2. Para mantener la descompresión de la vejiga durante ciertos procedimientos quirúrgicos.
3. En el post-operatorio o en el post-parto para prevenir la distensión vesical cuando el paciente no es capaz de orinar espontáneamente (paciente que se le aplicó anestesia raquídea).
4. Para vaciar el contenido de la vejiga y aliviar la distensión vesical por una importante retención de orina.
5. Para determinar la cantidad de orina residual en la vejiga después de la micción.
6. Para mantener el drenaje constante de la orina.

## Material y equipo

Sondas:

**Nelaton o rígidas:** Es utilizado para cateterización temporal, el cual consta de una luz, está diseñado de polivinil o goma.

**Foley o de retención:** Es utilizada para cateterización permanente, cuenta con dos vías: Una que permite el drenaje de la orina y otra que cuenta con un balón inflable situado cerca de la punta de inserción, el cual una vez instalada la sonda, se infla y permite mantenerla fija en el interior de la vejiga.





El tamaño de las sondas se gradúa de acuerdo a la escala de French, a mayor número de la sonda más grande es la luz teniendo calibres del # 8 al 30. Para niños se utilizan del # 8 y 10, en pacientes adultos se usan del #14, 16 y 18. En cuanto al diseño de la punta, puede ser roma, cónica, acodada (Tiemann Couvelaire), filiforme o en oliva y perforada (Council). La sonda Foley posee una punta firme suave que permite una inserción con la menor molestia para el paciente, y está revestida de silicón que facilita la inserción sin producir irritación, el tamaño de la luz del drenaje permite el fluido constante.

### **Sistema de drenaje**

Existen dos sistemas de drenaje: El sistema abierto, en el cual la sonda se puede desconectar del tubo de la bolsa de drenaje, que funciona en base a la fuerza de gravedad; el sistema de drenaje cerrado es el más recomendable, ya que gracias a este sistema se han disminuido notablemente las infecciones urinarias relacionadas al sondeo vesical, debido a que existe la ventaja de ser un sistema sellado, disminuye el riesgo de entrada de microorganismos al sistema urinario. Además, consta de una válvula antirreflujo, que evita el regreso de la orina ya drenada a la bolsa recolectora hacia el sistema urinario, siendo otra medida más para evitar el riesgo de infección.

### **Sondeo permanente**

- Sonda Foley N° 14 ó 16.
- Bolsa recolectora de orina.
- Guantes estériles.
- Solución para irrigación.
- Compresas de Gasa (5 x 7.5).
- Solución antiséptica.
- Jeringa de 10 ml.
- Ámpula de agua bidestilada de 5 ó 10 ml.
- Jalea lubricante estéril.
- Cubrebocas.



- Pinza Forester (anillos).

## Procedimiento

1. Verificar en el expediente clínico la indicación de sondeo vesical de la paciente y al mismo tiempo rectificar los datos de identificación de la paciente, así como llamarle por su nombre.
2. Explicar a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.
3. Asegurar la privacidad de la paciente.
4. Percutir y palpar la vejiga para valorar la distensión vesical.
5. Proporcionar apoyo psicológico a la paciente, mencionarle que el relajar los esfínteres urinarios favorece la introducción de la sonda, siendo ésta menos dolorosa.
6. Colocar a la paciente en posición litotómica o ginecológica, con una almohadilla debajo de los glúteos (permite mayor visibilidad y menor riesgo de contaminación de la sonda al insertarla). Se deben cubrir las piernas de la paciente dejando descubierto únicamente la región perineal (con la misma sábana del paciente).

Para evitar que pueda mojarse la ropa de cama, se hará un reacomodo del hule clínico y de la sábana clínica o bien colocar un protector de cama.

7. Realizar la asepsia de las manos con un desinfectante especial a base de Triclosán 1 g el cual posee un amplio espectro antimicrobiano, de acción rápida y prolongada, además de ser hipoalergénico.
8. Colocarse el cubrebocas y gorro (en algunos hospitales también se usa bata para protección).
9. Disponer el equipo respetando las reglas básicas de asepsia y calzarse los guantes estériles, y colocar campos estériles (el campo cerrado se coloca para disponer el material y así facilitar su manejo durante la técnica y el campo hendido se coloca en la región perineal). Disponer la solución antiséptica y la jalea lubricante, gasas y solución para irrigación. Preparar la jeringa con la solución inyectable de 5 ml (con esto se comprueba que el balón está en condiciones de uso), si existe fuga de solución inyectable,



cambiar la sonda por una nueva y utilizar un dispositivo para embonar la jeringa a la sonda. En caso de que se requiera una muestra de orina disponer el frasco estéril.

**10. Realizar la asepsia perineal:**

a) Con la mano no dominante, separar los labios mayores y menores (al realizar la

asepsia del meato urinario) utilizando el dedo pulgar y anular.

b) Con la mano dominante, tomar la pinza estéril para aseo y montar en ella una esponja de gasa empapada de solución antiséptica e iniciar la asepsia teniendo en cuenta las reglas básicas, utilizando una sola gasa en cada movimiento; de arriba hacia abajo y el centro a la periferia de lo distal a lo proximal.

c) Repetir la operación 3 veces.

d) Limpiar el antiséptico con solución para irrigación.

11. La mano no dominante se considera no estéril, por lo tanto, con la mano dominante inspeccionar las condiciones del meato, observar si existe inflamación, algún flujo, etc.

12. Preferentemente utilizar otro par de guantes estériles para introducir la sonda, o en su defecto mantener la mano diestra con el guante estéril.

13. Localizar el orificio uretral e introducir la punta de la sonda previamente lubricada, en forma suave y lenta (recordar que la uretra femenina es más corta) hasta que fluya la orina. Si existe resistencia en la penetración de la sonda, no se debe forzar la introducción.

14. **Para inflar el balón**, se debe insertar la jeringa ya preparada con los 5 ml de solución inyectable en la vía de la sonda correspondiente. Antes de inflar el balón, será necesario introducir de 2.5 a 5 cm después del punto donde inició el flujo de la orina. Esta medida evita que el globo se infle dentro de la uretra, donde podría ocasionar lesiones.

15. Una vez que el balón está inflado, se debe tirar suavemente de la sonda hasta notar resistencia, con el propósito de comprobar que el balón está

bien inflado y la sonda está anclada a la vejiga. Se recomienda desinflar ligeramente el balón para evitar que ejerza una presión excesiva sobre el cuello de la vejiga.

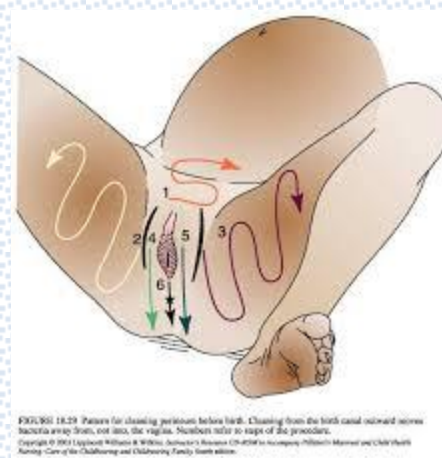
16. **Iniciar el drenaje**, conectando la salida de la sonda al tubo de entrada del equipo. Como la orina fluye por gravedad, es necesario colocar el equipo por debajo del nivel de la vejiga del paciente, pero no debe colocarse sobre el piso, para evitar que el dispositivo para el vaciado se contamine.
17. En pacientes femeninas, es necesario fijar la sonda con cinta adhesiva (antialérgica) en la cara interna del muslo.
18. **Para el cateterismo vesical no permanente** utilizar sonda rígida, se realiza el procedimiento anterior, únicamente se deja drenar la orina ya sea para recolección de una muestra o vaciar o drenar cuando existe distensión vesical y posteriormente se retira.
  - Vigilar que no existan acodamientos de la sonda o del sistema del equipo.
  - Vigilar al paciente para detectar posibles complicaciones (mencionadas con anterioridad).
19. Registrar en el expediente clínico la hora, fecha de la realización del procedimiento y volumen de solución inyectable utilizada para inflar el balón. Anotar la cantidad de orina drenada y las características, si es que se envió muestra al laboratorio clínico.

## El aseo vulvar

**Concepto:** es el aseo que se hace a los genitales externos femeninos.

El aseo se realiza para evitar la contaminación o disminuir los microorganismos con esto se evitan las infecciones o irritaciones también es una forma de fomentar la higiene en el paciente o usuario.

Es importante saber que el aseo vulvar debe hacerse antes de cualquier procedimiento quirúrgico o también en toda persona que lo necesite diariamente como parte de su higiene por ejemplo en púerperas, etc.



## Objetivos

- \* Limpiar y observar la zona perineal en la mujer.
- \* Prevenir infecciones.
- \* Proporcionar bienestar.

## Material

- \* Recipiente adecuado para lavado de arrastre.
- \* Agua templada con jabón o solución antiséptica.
- \* Guantes.
- \* Pinzas largas sin dientes.
- \* Gasas o torundas.
- \* Riñon

## Secuencia

- \* Identificar al paciente.
- \* Informarle sobre el procedimiento a realizar.
- \* Solicitar su colaboración siempre que sea posible.
- \* Preservar la intimidad de la paciente.
- \* Colocar a la paciente en decúbito supino, con las rodillas flexionadas y separadas, apoyando los pies en la cama.
- \* Lavarse las manos y colocarse guantes.
- \* Colocar el riñon a la paciente.
- \* Retirar la compresa perineal, si la tuviera, y observar el color, olor y cantidad de flujo o líquidos. Desechar la compresa.
- \* Proceder al lavado de arrastre, dejando caer la solución desde una altura de unos 20 centímetros, empleando las gasas necesarias.

## Tricotomía:

Es el procedimiento a realizar en un paciente que va a hacer sometido a una intervención quirúrgica; es preciso preparar la zona cutánea donde se va efectuar la incisión.



**Objetivo:**

Evitar el riesgo de una enfermedad infecciosa en la herida quirúrgica.

**Pasos:**

- \*informar al paciente lo que se va a realizar.
- \*lavarse las manos.
- \*Reunir el material.
- \*Respetar la intimidad del paciente tal vez pueda ser correr cortinas o pedir a otras personas que se retiren de la habitación.
- \*Colocarse los guantes.



32

**Valorar el área que se va a rasurar:**

-En caso que se necesario rasurar genitales colocar cómodo al paciente debajo de los glúteos.

- \*Humedecer y enjabonar genitales.
- \*Rasurar de arriba hacia abajo (evitar producir lesiones; especialmente en mujeres el área bulbares muy delicada).

**En cualquier otra parte del cuerpo:**

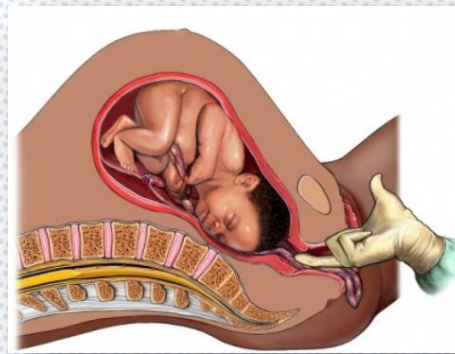
- Colocar una toalla o bata bajo la parte del cuerpo a rasurar.
- \*Humedecer la zona a rasurar.
- \*Empapar de jabón gasas y enjuagar la zona.
- \*Realizar el rasurado en dirección del crecimiento del vello.
- \*Enjuagar el rastrillo y la zona rasurada.
- \*Repetir el rasurado hasta que no haya rastros de vello en la zona.



- \*Enjuagar y secar muy bien.
- \*Dejar cómodo al paciente.
- \*Recoger y lavar el material.
- \*Retirarse guantes.
- \*Lavarse las manos.
- \*Hacer registros correspondientes en hoja de enfermería.

### Tacto Vaginal:

Es una prueba exploratoria que consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano de un explorador en la vagina de la mujer para obtener información mediante el sentido del tacto.



En las mujeres embarazadas se utiliza para conocer la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino y el descenso y rotación de la cabeza fetal.

La valoración de la exploración es muy subjetiva y su exactitud queda limitada si no es llevada a cabo siempre por el mismo profesional y estando la mujer en la misma posición en todos los tactos.

Un tacto vaginal puede ser experimentado por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invade su privacidad e intimidad. Debe realizarse **siempre previo consentimiento** y es recomendable que el profesional explique exactamente qué es lo que va a hacer y cómo lo va a hacer. De esta manera, creando un clima de respeto y estableciendo una mínima confianza es probable que resulte menos incómodo y doloroso.

Los tactos ofrecen una información valiosa, sin embargo deben realizarse únicamente cuando sea estrictamente necesario. Esto quiere decir que en principio, si el parto va bien no hay necesidad de realizarlos. La OMS aconseja realizarlos cada 4 horas o antes si la gestante tiene sensación de pujo.

En el momento en que se produce la rotura de bolsa están (a priori) desaconsejados pues los dedos pueden arrastrar microorganismos de la vagina hacia el cuello del útero y provocar **riesgos de infección**.

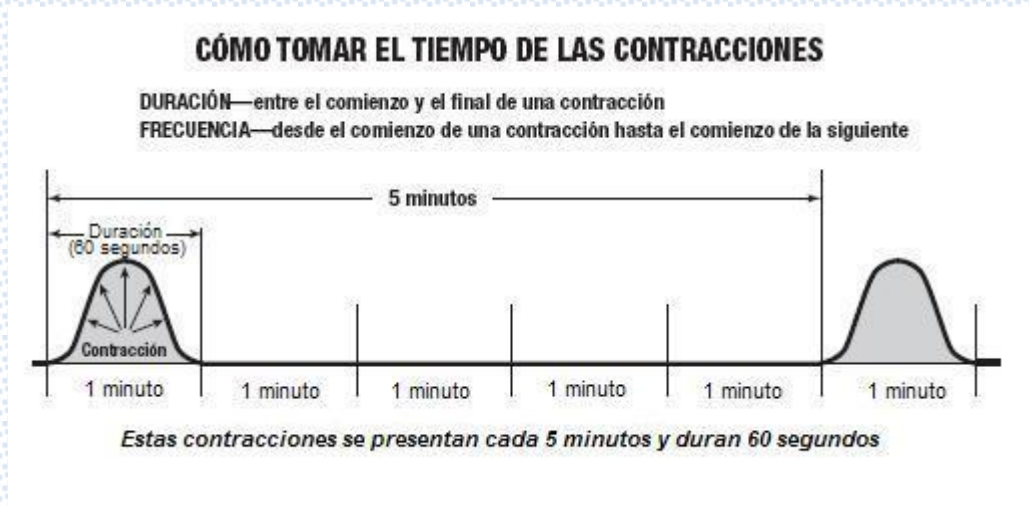
### **Control de las Contracciones:**

Las contracciones en un trabajo de parto son los encogimientos y relajamientos periódicos que tiene el músculo uterino, el músculo más largo en el cuerpo de la mujer. Algo activa la glándula pituitaria para que suelte una hormona llamada oxitocina, que estimula ese encogimiento del útero. Es muy difícil predecir cuándo realmente comenzará el trabajo de parto. Generalmente las contracciones son descritas como un calambre o encogimiento que comienza en la espalda de la mujer y viaja por caderas y vientre, a manera de una ola.

El trabajo de parto se hace a través de una serie de contracciones. Estas contracciones causan que la parte superior del útero (fondo), se contraiga y engrose, mientras que el cuello del útero y la parte baja del útero se estiran y se relajan. Esto ayuda al bebé a pasar desde el interior del útero y a través del canal del nacimiento para poder nacer.

### **¿Cómo tomarle el tiempo a las contracciones?**

Las contracciones comienzan y se detienen, y tienen un apreciado período de descanso. Cuando cuente las contracciones, comience a contar desde el inicio de una contracción hasta el inicio de la siguiente.



La forma más fácil para tomar el tiempo de las contracciones es anotar en un papel la hora en que comienza una contracción y su duración, la cantidad de tiempo que dura cada contracción, Anotar el tiempo y la duración de cada contracción es de gran ayuda al momento de describir su patrón de contracción.

**Según su fisiología, en las contracciones uterinas se puede apreciar:**

- **Tono:** la presión más baja registrada entre las contracciones
- **Intensidad (amplitud):** aumento de la presión intrauterina en cada contracción. **Se mide en mmHg.** Las contracciones se perciben aproximadamente a partir de los 10 mmHg y las de entre 25-30mmHg de intensidad rozan los límites de la sensibilidad dolorosa.

**Grados de intensidad:**

- 0: menos de 15mmHg
- +: de 15 a 25mmHg, en general dura menos de 30 segundos
- ++: 30 a 50mmHg y dura aprox. 45 segundos.
- +++ : más de 50mmHg y dura más de 60 segundos

- **Frecuencia:** número de contracciones producidas en 10 min
- **Intervalo:** el tiempo entre los vértices de dos contracciones
- **Actividad uterina:** intensidad x frecuencia, se expresa en mmHg x 10 minutos.

## Tipos de contracciones

- **Contracciones A (o de Alvarez):** se presentan en las etapas iniciales y hasta las 28 semanas. Son de muy baja intensidad (2-4 mmHg) y de escasa frecuencia. No son percibidas nunca por la embarazada.
- **Contracciones focales:** Son contracciones de poca intensidad (menos de 10mmHg) localizadas en pequeñas aéreas del útero. Por lo general, se producen como reacción a un movimiento del bebé.
- **Contracciones generalizadas:** comienzan en un área pero se extienden al resto del útero. Se pueden producir por movimientos del bebé o por esfuerzos o cambios de posición de la madre.
- **Contracciones de Braxton Kicks:** tienen una intensidad de entre 10-15 mmHg. Se propagan en un área más grande del útero, la tripa se endurece pero no hay dolor. Duran aproximadamente entre 30 y 60 segundos. Su frecuencia es baja (1/hora), pero aumentan a medida que se desarrolla el embarazo. Pueden aparecer desde la semana 13 pero lo normal es que empiecen a notarse hacia la segunda mitad del embarazo. Son contracciones irregulares, arrítmicas e indoloras.
- **Contracciones preparto:** Son contracciones más intensas que las de Braxton Hicks pero no son las del trabajo de parto propiamente dichas. Pueden aparecer unos días antes del parto e indican que el momento está por llegar. Su función es la de madurar y ablandar el cuello del útero. Son más frecuentes y pueden causar alguna molestia Su intensidad es de 20 mmHg aunque pueden llegar a 30 mmHg cada 5-10 minutos pero no son rítmicas.
- **Contracciones de parto:** son regulares, progresivas e intensas. Se producen cada períodos regulares con una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos. Van aumentando su duración llegando a durar aproximadamente entre los 60 y 90 segundos. Y son dolorosas, su intensidad es superior a 30mmHg y en el expulsivo pueden alcanzar los 60 mmHg.



Conociendo mejor los diferentes **tipos de contracciones** que suceden en el embarazo será más fácil reconocerlas cuando se produzcan. En otro post hablaremos concretamente de cómo diferenciar las contracciones falsas de las verdaderas contracciones de parto.

## Valoración y en el Puerperio

### Puerperio:

es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto inmediato.



Se trata de un período muy importante, ya que es el tiempo de aparición de los factores que encabezan las causas de mortalidad materna, como las hemorragias posparto, entre otras. Por ello, se acostumbra durante el puerperio tener controlados los parámetros vitales y la pérdida de sangre maternos.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.



Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.

### **Eliminación del agua**

Durante el embarazo se presenta un aumento de agua en los tejidos, que es eliminada durante las primeras semanas de puerperio. Aumenta la eliminación de orina y sudor: por este método se pierden cerca de dos litros de agua.

La pérdida de agua, unida a la expulsión del contenido del útero, a la pérdida de sangre, a la involución del aparato reproductor y a la lactancia, determinan una disminución de peso en la mujer de cerca del 12,5%.

### **Modificaciones en el aparato circulatorio**

La frecuencia cardíaca, que había aumentado a causa del cansancio después del parto, vuelve a su estado normal; a veces el pulso incluso se ralentiza (bradicardia puerperal) y tiene que considerarse como una respuesta fisiológica del organismo. Las venas, que se habían debilitado y podían romperse con facilidad, recuperan su estado normal. Todavía serán dolorosos e hinchados los nódulos hemorroidales, que volverán a la normalidad durante la primera semana de puerperio.

### **Modificaciones a nivel hormonal**

La cantidad de hormonas estrógenas vuelve a la normalidad. La progesterona vuelve a los niveles normales después de 5-6 días, y la gonadotropina coriónica humana desaparece de la sangre y la orina después de 6 días.

Las glándulas endocrinas vuelven a funcionar dentro de sus valores normales, después de la hiperactividad debida al embarazo. Enseguida después del parto, la hipófisis secreta en notable cantidad prolactina, que estimula la producción de leche.

### **Modificaciones en el abdomen**

El volumen del abdomen disminuye y eso facilita los movimientos del diafragma, permitiendo la respiración más amplia y más profunda. El estómago y el intestino pueden padecer una ligera dilatación, con una leve disminución de velocidad de la función digestiva.

El apetito al principio es escaso, mientras que aumenta la sensación de sed. Después, el apetito vuelve a su estado normal, más lento es el retorno de la actividad intestinal a sus niveles normales.

### **Modificaciones en el aparato urinario**

En los primeros días de puerperio, los riñones son sometidos a un notable esfuerzo. La vejiga, que había estado comprimida mucho tiempo y ha padecido una disminución en el tono de su musculatura, aumentará su capacidad, aunque su vaciado será difícil. El estancamiento de orina en la vejiga facilita la instalación de gérmenes, que provocan inflamación en la vejiga (3% de los casos).

### **Modificaciones en la piel**

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de pliegues. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales).

A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

Después del parto puede aparecer un período de escalofríos, que puede ser intenso y durar algunos minutos, o bien fugaz y desaparecer enseguida.

La temperatura de la mujer durante el primer día puede elevarse (la axilar alcanza los 38 °C). Si la temperatura supera los 38 °C o dura más de 24 horas, hay que empezar a considerar eventuales complicaciones patológicas.

### **Modificación en las defensas inmunitarias**

Durante el puerperio, las defensas inmunitarias disminuyen. Las mujeres que padezcan alguna enfermedad infecciosa sufren un empeoramiento después del parto.

### **Modificaciones anatómicas**

El orificio del cuello del útero en las mujeres que han dado a luz sufre una modificación definitiva: de ser redondo se transforma en una hendidura dispuesta transversalmente. El fenómeno se debe a las pequeñas laceraciones producidas por el paso del feto. La distensión del ostio vaginal determina la desaparición de toda huella del himen. Sólo quedan pequeños restos carnosos, las llamadas carúnculas mirtiformes. ETAPAS DEL PUERPERIO a) Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. b) Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2.º al 10.º día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia. c) Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. d) Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

40

### **Fenómenos locales**

Los genitales vuelven a un nivel primitivo, el que tenían antes del principio del embarazo.

### **Modificaciones en el útero**

El útero, que durante la gestación aumentó de tamaño unas 30-40 veces, vuelve a sus condiciones normales, por un proceso llamado involución uterina. Al principio del puerperio tiene unos 20 cm de largo, 12 cm de ancho y un espesor de 8-9 cm. El espesor de la pared del cuerpo es de 4-5 cm. Después de pocas horas del parto, el fondo del útero sube al nivel del ombligo, para volver a bajar a su posición normal después de pocos días.

La involución del cuerpo del útero afecta a todos los niveles:



- el peritoneo se dispone en pliegues que, sucesivamente, desaparecen;
- la musculatura se reduce considerablemente, gran parte de las fibras musculares formadas a causa del embarazo desaparecen y las restantes vuelven a sus dimensiones normales;
- también el tejido conectivo vuelve a la normalidad.

Los productos de la destrucción de las fibras musculares se eliminan con la orina, que aumenta su contenido en nitrógeno. La separación de la placenta y las membranas ovulares crea en la cavidad uterina una gran llaga. La cavidad también contiene coágulos de sangre y fragmentos de decidua, que serán eliminados en 2-3 días.

Los productos eliminados durante el puerperio se llaman loquios. En los primeros tres días, los loquios están constituidos por sangre y vernix caseosa (loquios sanguíneos o rojos). En el cuarto y en el quinto día la cavidad del útero es invadida por gérmenes, que determinan un aflujo de leucocitos. En este período los loquios están constituidos por glóbulos blancos y gérmenes (loquios suero-sanguíneos). A finales de la primera semana, la cavidad uterina aparece limpiada por el material necrótico, se inicia así la regeneración del endometrio y los loquios adquieren un aspecto opalescente (loquios serosos). La regeneración se extiende gradualmente. Los loquios disminuyen de intensidad, adquiriendo una textura más densa y un color blanquecino-amarillento (loquios blancos) y desaparecen a la tercera semana de puerperio.

Al término del parto, el cuello uterino no se distingue del cuerpo uterino. Después de un día, el cuello se ha reconstituido, pero el canal se ha dilatado, lo que permite el paso de gérmenes. Sólo después de un mes del parto el canal cervical vuelve a sus dimensiones originales.

### **Modificaciones en los ovarios**

El cuerpo lúteo gravídico en los ovarios desaparece. El sistema hormonal vuelve gradualmente a las condiciones que permiten una nueva ovulación.

El período de reanudación de la ovulación y, consecuentemente, de la menstruación, varía notablemente:

- en la mujer que no amamanta, después de unos 40 días (75% de los casos)
- en la mujer que amamanta, experimenta un retraso (amenorrea de la lactancia) variable (25% de los casos), que puede durar toda la lactancia; raras veces también puede durar más allá del destete, a causa de un hiperinvolución del útero.

### **Modificaciones en la vagina**

La vagina retoma las condiciones normales en unos diez días. Los pliegues de la mucosa disminuyen: las paredes vaginales son más lisas. Esta también pierde su lubricación.

### **Procedimientos :**

#### **En el Puerperio inmediato:**

- Toma de Signos vitales principalmente presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.
- Administración de medicamentos analgésicos
- Palpación de fondo uterino para corroborar contracción del mismo (globo de Pinart).
- Control de la micción (cantidad y forma: espontanea o con dolor)
- Asegurar descanso de la puérpera
- Favorecer la lactancia materna
- Valoración de los lóquios (en cuanto a cantidad, color y presencia de coágulos).

#### **En el Puerperio Mediato o intermedio:**

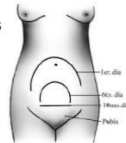
- Valoración del estado general de la mujer
- Control de los signos vitales

- Valoración de la involución uterina (globo de seguridad de Pinard)
- Valoración de los lóquios
- Valorar cualquier signo de infección
- Educación para la salud (educación sobre: lactancia materna, los cambios presentes y signos de alarma y cuidado del RN)
- Evolución perianal solo si hay presencia de episiotomía
- Valoración de la eliminación vesical e intestinal
- Valoración de las mamas (secreción láctica)

### Vigilancia del Globo de seguridad de Pinard:

#### CLINICA: Globo de Seguridad de Pinard

Clínicamente palpamos un útero de consistencia duro elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical. En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 – 2 cm. / día .



### Aseo Vulvar

**Concepto:** es el aseo que se hace a los genitales externos femeninos.

El aseo se realiza para evitar la contaminación o disminuir los microorganismos con esto se evitan las infecciones o irritaciones también es una forma de fomentar la higiene en el paciente o usuario.

Es importante saber que el aseo vulvar debe hacerse antes de cualquier procedimiento quirúrgico o también en toda persona que lo necesite diariamente como parte de su higiene por ejemplo en púerperas, etc.

## Objetivos

- \* Limpiar y observar la zona perineal en la mujer.
- \* Prevenir infecciones.
- \* Proporcionar bienestar.

## Material

- \* Recipiente adecuado para lavado de arrastre.
- \* Agua templada con jabón o solución antiséptica.
- \* Guantes.
- \* Pinzas largas sin dientes.
- \* Gasas o torundas.
- \* Riñón

## Secuencia

- \* Identificar al paciente.
- \* Informarle sobre el procedimiento a realizar.
- \* Solicitar su colaboración siempre que sea posible.
- \* Preservar la intimidad de la paciente.
- \* Colocar a la paciente en decúbito supino, con las rodillas flexionadas y separadas, apoyando los pies en la cama.
- \* Lavarse las manos y colocarse guantes.
- \* Colocar el riñón a la paciente.
- \* Retirar la compresa perineal, si la tuviera, y observar el color, olor y cantidad de flujo o líquidos. Desechar la compresa.
- \* Proceder al lavado de arrastre, dejando caer la solución desde una altura de unos 20 centímetros, empleando las gasas necesarias.

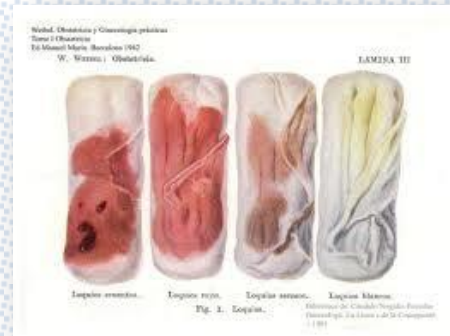
## Vigilancia de Loquios

### Entuertos

Calambres uterinos resultantes de la relajación y contracción de las fibras musculares, ocurren durante los primeros tres días del puerperio.



**Loquios** Secreciones vaginales posteriores al parto, contienen sangre del sitio placentario, tejido necrótico y moco. El olor normal es similar al del flujo menstrual. Se caracteriza por su color, cantidad y duración, conforme a la evolución de la paciente.



### Calculo de cantidad de loquios

- Escasos: menos de 2.5 cm en un apósito o toalla sanitaria.
- Ligeros: menos de 10 cm.
- Moderados: menos de 15 cm.
- Abundantes: más de 15 cm.
- Excesivos: saturación del apósito en un lapso de 15 minutos.

### Monitoreo de Signos Vitales:

La toma de signos vitales incluirá: Presión Arterial, frecuencia cardiaca, y temperatura.

**La Frecuencia Cardiaca** lleno, regular, amplio, con una oscilación de pulso entre 60 y 80 latidos por minuto, cualquier alteración puede ser por complicaciones hemodinámicas.

**La Presión Arterial** puede presentarse como 100/70 a veces un poco mas baja.

**La temperatura** no debe ser mayor a 36.8.

## Valoración del RN

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de las actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar del recién nacido.

Los cuidados del recién nacido se clasifican en:

inmediatos (es decir que son aquellos que se realizan inmediatamente al nacer), mediatos (desde el momento que pasa al cuero hasta que egresa del hospital), y tardío (los que se realizan en el hogar hasta los 28 días de haber nacido que termina en el periodo de neonato

Para los cuidados inmediatos, como todo procedimientos a realizar el personal de enfermería debe anticiparse, preparar y comprobar el funcionamiento de los equipo; además de repasar el procedimiento en el caso de estar en la etapa de formación.

### MATERIAL NECESARIO

- Mesa de reanimación
- Fuente de calor
- Incubadora radiante
- Cuna térmica
- Perrilla de goma
- Succionado mecánico
- Ligadura umbilical
- Tijeras
- Guantes
- Sondas de aspiración de 5,8 y 10fr.
- Sonda de alimentación de 8fr
- Bolsa de reanimación con máscaras faciales para recién nacido
- Fuente de oxígeno
- Medicamentos de reanimación



- Gotas de cloranfenicol oftálmico
- Estetoscopio
- Campos estériles prematuro y de termino
- Tubos endotraquiales
- Laringoscopio
- Equipo de succión
- Termómetro
- Termómetro rectal
- Cinta métrica
- Pesa bebes
- Vitamina k intramuscular

### **Cuidados inmediatos del Recién nacido RN:**

Los cuidados inmediatos son aquellos que se brinda en el nacimiento en los primeros 5 minutos.

- **Prevenir la pérdida de calor:** una vez separado de la madre el recién nacido se debe colocar en una cuna radiante. Secar energéticamente al bebe, remover las toallas mojadas.
- **Liberar la vía aérea:** continuar con la aspiración de secreciones iniciando con la boca y luego con la nariz, evitando la succión profunda de laringe, pero se debe tener cuidado porque esto puede provocar un paro cardíaco o respiratorio.
- **Iniciar respiración:** estimulación táctil, realizar pequeños golpecitos en el talón del niño o bien tallar ligeramente su espalda.
- **Todas estas maniobras deben realizarse en menos de un minuto.**

### **Cuidados mediatos del recién nacido**

- **Ligar el cordón umbilical**
- **Realizar aseo ocular y aplicarle cloranfenicol oftálmico (2 gotas c/ ojo).**
- **Aplicar vitamina k;** 1ml. Intramuscular dosis única (se aplica en la pierna)
- **Verificar permeabilidad rectal con termómetro rectal y tomar temperatura.**



- **Realizar la Somatometria o antropometría.**
- **Verificar peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, medir pie, brazo y pierna.**
- **Identificación del bebe**
- **Realizar el Tamiz metabólico neonatal**
- **Llenar la hoja** o constancia de alumbramiento.
- **Exploración física**



### **Apgar:**

La puntuación de Apgar, **la primera prueba para evaluar a un recién nacido**, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé.

La prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible.

**Los factores son los siguientes:**





## TEST APGAR

SIGNO	0	1	2
<b>LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO</b>	AUSENTE	MENOS DE 100	100 O MÁS
<b>ESFUERZO RESPIRATORIO</b>	AUSENTE	IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O LLANTO
<b>TONO MUSCULAR</b>	FLACIDEZ	FLEXIÓN MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
<b>IRRITABILIDAD REFLEJA</b>	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
<b>COLOR DE PIEL Y MUCOSAS</b>	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE











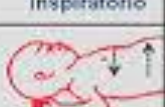

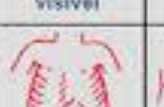
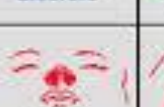
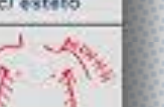
TEST DE APGAR	puntuación 0	puntuación 1	puntuación 2
frecuencia cardíaca	sin latido	< 100/min	> 100/min
esfuerzo respiratorio	no respira	débil	vigoroso, llanto
respuesta a sonda	sin respuesta	mueca leve	mueca, tos
tono muscular	flaccido	tono bajo	tono normal
color	cianosis	cianosis leve	sonrosado

## Silverman

**Evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido.** Es recomendable que se pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en los neonatos pretérmino, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto, etc. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación **entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.**

**Escala de Silverman - Anderson**

	0	1	2
Movimientos tóraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Disociación tóraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Discreto	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Discreta	Notable
Aleteo nasal	No	Discreto	Muy Intenso
Quejido espiratorio	No	Leve e inconstante	Constante e intenso

	Retração Intercostal		Retração Xífoide	Batimento de Asa Nasal	Gemido Expiratório
	Superior	Inferior			
0	 sincronizado	 s/ tiragem	 ausente	 ausente	 ausente
1	 declive inspiratório	 pouco visível	 pouco visível	 discreto	 audível s/ estetó
2	 balançim	 marcada	 marcada	 marcado	 audível s/ estetó

## Capurro

Es un criterio utilizado para estimar la **edad gestacional** de un **neonato**. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.

### Rangos para las edades de gestación.

La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional:

- Postmaduro: 42 semanas o más.
- A término: entre 37 y 41 semanas.
- Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas.
- Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas.
- Prematuro extremo: menos de 32 semanas.

A cada parámetro fisiológico se le asocia una puntuación de acuerdo con la siguiente tabla:

Sistema de Puntuaciones					
<b>Forma de la oreja (Pabellón)</b>	Aplanada, sin incurvación (0 pts)	Borde sup. parcialmente incurvado (8 pts)	Todo el borde sup. incurvado (16 pts)	Pabellón totalmente incurvado (24 pts)	-
<b>Tamaño de la glándula mamaria</b>	No palpable (0 pts)	Palpable menor de 5mm (5 pts)	Palpable entre 5 y 10 mm (10 pts)	Palpable mayor de 10mm (15 pts)	-
<b>Formación del pezón</b>	Apenas visible sin areola (0 pts)	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata (5 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado (10 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado (15 pts)	-
<b>Textura de la piel</b>	Muy fina, gelatinosa (0 pts)	Fina, lisa (5 pts)	Más gruesa, discreta, descamación	Gruesa, grietas superficiales, descamación	Gruesa, grietas profundas apergaminadas



			superficial (10 pts)	de manos y pies (15 pts)	(20 pts)
<b>Pliegues plantares</b>	Sin pliegues (0 pts)	Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 pts)	Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 pts)	surcos en mitad anterior (15 pts)	surcos en más de la mitad anterior (20 pts)

A continuación se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la llamaremos *P*) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos *E*):

$$E = \frac{204 + P}{7}$$

Debido a que este test tiene implicancias subjetivas, es solo una estimación, y tiene error de +/- 18 días.





## Cuidados inmediatos

Es el conjunto de procedimientos que ayudan al neonato a realizar en forma adecuada la transición de la vida fetal a la neonatal.

### Objetivo:

- Brindar las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina.
- Identificar y resolver las situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida del Neonato.

53

## La valoración del RN

Nos permite entender el estado en que se encuentra actualmente el producto y hacer un pronóstico de cómo se encontrará a corto plazo.

Además permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas a las necesidades del RN.

### Cuidados inmediatos:

#### Somatometría

Es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano.

#### Objetivo:

Valorar el crecimiento del individuo.

#### Medición:

Peso, talla, Perímetro cefálico, Perímetro torácico, perímetro abdominal y pie.

#### Equipo:

Báscula, cinta métrica y hoja de registro



## Aspiración de secreciones orofaríngeas:

### Objetivo:

- Mantener la vía aérea superior permeable, en caso de nacer deprimido y detectar la presencia de secreciones.



**Material:**

- Red de vacío o aspiración central y/o máquina de aspiración
- Sonda de silicón y frasco de aspiración
- Sonda de aspiración n° 8-10 french (12 -14 french cuando hay presencia de meconio)
- Guantes de procedimientos no estériles
- Agua estéril
- Mesa de procedimientos Procedimiento
- Reunir el material
- Abrir envoltorios y ubique sobre mesa de procedimientos
- Seleccionar sonda según peso del recién nacido.
- Realizar lavado de manos clínico o quirúrgico y secar
- Conectar el frasco de aspiración a la red o máquina de aspiración.
- Regular la presión de aspiración, no debe sobrepasar los 80 -100 mm Hg o 8 -10 cm de agua)
- Abrir el agua • Ponerse guantes de procedimientos
- Conectar sonda de aspiración al circuito • Introducir la sonda en agua para verificar permeabilidad de esta y corroborar presión de aspiración
- Introducir la sonda en cavidad orofaríngea con el sistema de aspiración destapado • Retirar la sonda aspirando suavemente
- Repetir procedimiento si es necesario
- Acomodar al recién nacido
- Aspirar el agua para lavar la sonda de aspiración.
- Cortar la aspiración.
- Retirar frasco de aspiración y dejarlo donde corresponda según norma del servicio.
- Retirarse los guantes
- Lavarse las manos
- Registrar el procedimiento.

**Ligadura y cuidado del muñón**



## Objetivos

- Separar al RN de su madre después del nacimiento favoreciendo la adaptación a la vida extrauterina
- Realizar una técnica de ligadura de cordón en forma correcta y sin riesgos de sangramiento posterior.

## Material

- 2 Pinzas de anillos
- Tijera onfalotomo
- Guantes estériles
- Gorro, mascarilla
- Lavado quirúrgico de manos • Colocar las pinzas de anillo entre los 2 extremos de la porción que se va a cortar y traccionar hacia la unión de la pinza
- Verificar que el RN este vigoroso: esperar que deje de latir el cordón (+/- 1 minuto)
- Pinzar el cordón a 2 a 3 cms. de la base de inserción del cordón
- Presionar el cordón desde primera pinza desplazando sangre hacia la placenta
- Colocar la segunda pinza a unos 10 cms de la primera pinza
- Cortar el cordón entre ambas pinzas, cerca de la primera • Traccionar el clip umbilical por debajo de la primera pinza, retirar pinza dejándola sobre mesa auxiliar
- Si la ligadura es con cinta umbilical, colocar inmediatamente después de la primera pinza estrujar hacia la placenta hacer varios nudos seguros.
- Verificar que no exista sangrado • Realizar la profilaxis del cordón con alcohol desde el corte hacia la base del muñón.



## Consideraciones

- Verificar que el cordón no tenga desgarros o ruptura de vasos sanguíneos, por riesgo de sangrado; si esto sucediera reforzar la ligadura
- La ligadura deberá hacerse antes de los 30 segundos solo en caso de:
  - Sufrimiento fetal agudo y con recién nacido deprimido, con bradicardia y con incapacidad de adaptarse al medio extrauterino
  - Recién Nacido no vigoroso y con presencia de líquido amniótico con meconio espeso.
  - Madre con anestesia general y que el recién nacido nace deprimido.
  - Circular de cordón al cuello irreducible, a pesar de adecuadas maniobras para intentar reducirla.
  - Desprendimiento de Placenta normo inserta y/o metrorragia severa
  - Paciente con Síndrome de Down
  - Hijo de madre diabética mal controlada
  - Hijo de madre RH (-)



### **Profilaxis oftálmica**

La profilaxis ocular es la administración de gotas oftálmicas, o colirio, que contienen antibióticos y que se colocan en los ojos del recién nacido. Una disposición legal exige la realización de este procedimiento para proteger al bebé contra una posible infección de gonorrea no diagnosticada en el cuerpo de la madre. En la mayoría de los hospitales se utilizan antibióticos. En ocasiones se utiliza otra preparación, denominada nitrato de plata.

El colirio, o gotas oftálmicas, puede producir visión nublada y, en algunos casos, es posible que provoque el enrojecimiento o la hinchazón de los ojos del recién nacido. Este es un trastorno transitorio. No se deben lavar ni limpiar los ojos para eliminar el medicamento.

### **Control de signos vitales**



## Objetivo

- Obtener una evaluación de los parámetros cardiorrespiratorios y de termorregulación del recién nacido con el fin de detectar oportunamente alteraciones.

## Material:

- Estetoscopio • Termómetro digital • Reloj con segundero

## Procedimiento

Se describirán por separado con fines didácticos, considerando que en la práctica se realizan en forma simultánea; es recomendable realizarlo en el siguiente orden:

Frecuencia respiratoria; frecuencia cardíaca; temperatura axilar, temperatura rectal. **Frecuencia respiratoria (FR)**

- Realizar lavado de manos
- Descubrir y visualizar el tórax del recién nacido
- Controlar durante un minuto los movimientos respiratorios
- ( inspiración) con recién nacido en reposo
- Registrar o memorizar N° de respiraciones

## Frecuencia cardíaca (FC)

- Realizar lavado de manos
- Descubrir el tórax del RN • Colocar capsula del estetoscopio tibio en el hemitórax izquierdo bajo la mama • Controlar durante un minuto los latidos cardiacos con recién nacido en reposo.
- Registrar FC.



## Temperatura axilar

- Realizar lavado de manos • Soltar sabanillas o ropa del recién nacido dejando buen acceso a la axila (secar axila)
- Encender termómetro digital o bajar mercurio del termómetro de vidrio, colocar en el hueco axilar en forma paralela al tronco del recién nacido, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que termino la medición.
- Cubrir al recién nacido
- Dejar al recién nacido cómodo y seguro

- Lavar termómetro con agua corriente limpiar con alcohol y guardar
- Realizar lavado de manos
- Registrar los signos vitales en hoja de enfermería

### **Temperatura rectal**

- Realizar lavado clínico de manos
- Colarse guantes de procedimiento
- Retirar el pañal, limpiando la región genital si está con deposiciones
- Retirar guantes y lave sus manos, colocar pañal limpio
  - Colocar al recién nacido decúbito dorsal, lateralizar ligeramente
  - Sostener las extremidades inferiores flectadas suavemente, encender termómetro e introducir el bulbo en el ano, esperar algunos segundos hasta que suene el termómetro indicando que terminó la medición
  - Retirar el termómetro, lea temperatura y dejarlo en el área sucia.
  - Dejar al recién nacido cómodo
  - Lavar termómetro con agua corriente, limpiar con alcohol y guardar
  - Realizar lavado clínico de manos
  - Registrar temperatura en hoja de enfermería



### **Consideraciones**

- El control de signos vitales generalmente se realiza en forma simultánea
- Realizar el procedimiento antes de la atención para no alterar la frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca
- Se recomienda utilizar termómetro y fonendoscopio individuales, si no se cuenta con ellos realizar desinfección de estos entre paciente y paciente
- La temperatura rectal solo se medirá en atención inmediata para verificar termorregulación y permeabilidad anal y por indicación profesional
- Durante el control, siempre inmovilizar al niño y mantener el termómetro en la mano del operador, para evitar accidentes

- El uso de termómetros de mercurio, debe excluirse de los hospitales, por el riesgo toxico de los vapores de mercurio
- No exponer al recién nacido a enfriamientos innecesarios

### Valores normales en recién nacidos

Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura axilar	Temperatura rectal
90 – 160 latidos x minuto	40 – 60 respiraciones x minuto.	36,5 a 37 °C	0,3 a 0,5 °C mayor que T° axilar

59

### Identificación del RN

#### Objetivos

- Identificar al RN desde el momento de su nacimiento, con los datos de su madre, para asegurar una identificación correcta
- Prevenir la ocurrencia de errores en la atención, asegurando una identificación correcta



#### Materiales

- Brazaletes con identificación materna para colocación inmediata
- Brazaletes de identificación plástico



- Ficha clínica materna y cédula de identidad  
Procedimiento • La Enfermera a cargo de sala atención debe ser la responsable de llenar los datos del brazaletes de identificación y verificarlos previo a su instalación.

- El brazaletes se colocará en la muñeca de la extremidad superior izquierda en sala de parto o en pabellón, deberá especificar al menos nombre completo de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo. La enfermera elabora el brazaletes debe incluir datos de ficha clínica y nombre completo de la madre, fecha, hora de nacimiento y sexo del recién nacido.

- En caso de embarazo múltiple se debe elaborar el número de brazaletes que sea necesario. (2, 3 o más) se ponen los brazaletes de identificación
- El brazaletes de identificación debe colocarse inmediatamente después del nacimiento, antes de retirar al recién nacido de la sala de partos o pabellón
- El brazaletes de identificación debe colocarse en extremidad superior izquierda
- La enfermera debe leer el brazaletes de identificación completo a la madre, verificando información
- Informarle a la madre que el recién nacido debe permanecer con brazaletes durante toda la hospitalización.

El brazaletes de identificación del RN contendrá los siguientes datos: • Nombre completo de la madre (2 nombres y 2 apellidos) • Fecha y hora de nacimiento. • Sexo del RN.

### **Cuidados Mediatos**

#### **Baño y vestido**

Por supuesto que el primer baño de un recién nacido se realiza en el hospital o en la clínica en la cual se atendió el parto o cesárea. Así que como enfermera profesional de la salud, este es el procedimiento que se debe realizar.

Recuerda que es el momento perfecto para observar y encontrar hallazgos importantes en la anatomía y fisiología del recién nacido; así como la adaptación que tiene este a la vida extrauterina

#### **Material:**

Cinta métrica.  
Termómetro.  
Toallas.  
Pañal.  
Ropa de cama.

#### **Material para el baño.**

Ligadura.  
Hisopos.





**Cuidados de enfermería antes, durante y después del baño:**

1. Tomar el peso antes de alimentarlo por las mañanas. Recuerda que la ganancia de peso que tiene el recién nacido se observa día a día y para esto es necesario que el estómago se encuentre vacío para que no sea un falso positivo de ganancia de peso.

2. Pesar el campo y restar el resultado. El recién nacido puede perder peso por sudoración u orina; el campo o sabana son receptores de estos líquidos, deben quedar registrados en los egresos del día.

3. La enfermera debe realizar lavado de manos, secado y calentar las manos. La asepsia antes de empezar el procedimiento y el manejo del recién nacido son fundamentales para mantener las funciones vitales en equilibrio y evitar infecciones cruzadas.

4. **Tomar signos vitales** antes de realizar el baño para evitar que el niño se agite y altere los resultados. Se toman Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y temperatura.

La Temperatura axilar central se debe tomar de 3-5 min.

FC: se calienta el estetoscopio y se toma la frecuencia cardíaca apical que está ubicada debajo de la teta del lado izquierdo. Los parámetros normales se ubican entre 120-180 por minuto.

FR: oscila entre 30-60 respiraciones por minuto. Se observan características de la respiración como: bradipnea, taquipnea, respiración superficial o profunda, rítmica o arrítmica.



## Lactancia Materna

La lactancia es una habilidad adquirida tanto para la madre como para el bebé, lo cual requiere de tiempo y paciencia.

Las investigaciones muestran que los días críticos para amamantar con éxito son los primeros seis a siete días después del parto, y más adelante, cerca de la sexta semana de vida del bebé. Es importante obtener la ayuda necesaria durante estos períodos. El agotamiento puede desempeñar una función importante si tiene alguna duda sobre la continuidad de la lactancia. De ser posible, obtenga ayuda con las tareas domésticas y el cuidado del bebé, a fin de tener tiempo para el descanso y el bienestar. No dude en aceptar la ayuda que le ofrezcan. Simplifique las tareas en la mayor medida posible, por ejemplo, usando platos/tazas desechables o utilizando el servicio de entrega a domicilio para las compras de comestibles.

- Cree un "espacio de amamantamiento" tranquilo y cómodo, y relájese.
- Busque una posición cómoda, por ejemplo, en una silla con mucho espacio a los costados y atrás, para poder colocar almohadas como

apoyo para su bebé y sus brazos. Sentarse con las piernas elevadas sobre una cama o usar un taburete para los pies cuando esté sentada en una silla le ayudarán a sentirse más cómoda.

- Abra el pañal de su bebé y verifique si es necesario cambiarle los pañales. Esto ayudará a despertar y estimular a su bebé para que se alimente, especialmente si su bebé está somnoliento. Si su bebé está despierto y preparado para alimentarse, espere hasta que su bebé termine de alimentarse del primer seno para cambiarle los pañales.
- Es normal que los bebés estén somnolientos durante las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento. Trate de amamantarlo cada 1 a 3 horas en un período de 24 horas (entre 8 y 12 veces en 24 horas).

### **Posiciones para amamantar**

Posición de cuna (vientre con vientre)

Posición de cuna cruzada (vientre con vientre)

Posición de fútbol americano

Posición recostada de lado

### **Postura:**

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Las hay diversas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

### **Posición:**

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame.

También las hay diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

## **Sobre posturas y posiciones**

Lo normal es pasar muchas horas totales al día amamantando, si no buscamos estar cómodas sufrimos dolor de espalda y las tomas se nos harán interminables. Es buena idea tener preparado un lugar cómodo para amamantar durante el día que puede ser por ejemplo un sillón. Es buena idea disponer también de cojines para poder apoyar los brazos mientras sujetas al bebé o apoyar al bebé si ocasionalmente necesitas una mano libre, y en caso de estar sentada, un reposapiés.

Antes se recomendaba a la madre tener la espalda recta y bien apoyada, con los hombros hacia atrás, pero recientemente se ha descubierto que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada hacia atrás. También se puede amamantar estirada. Lo importante es no amamantar nunca encorvada sobre el bebé. En el cualquier caso es importante prever un buen apoyo en la zona lumbar y cervical mediante cojines o similar. A ser posible también en la corva de las rodillas.

Puesto que las tomas de las primeras semanas suelen ser prolongadas, siempre es recomendable, antes de empezar, el prever de tener a mano todo aquello que se pueda necesitar (pañuelos, teléfono, mando a distancia, libro, vaso de agua, etc....).

## **Posición del bebé al pecho**

Aparte de que, para amamantar, la madre disponga de varias posturas entre las que escoger, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas.

## **Posición del bebé al pecho**

Aunque lo más habitual es amamantar sentada o estirada con el bebé frente a la madre, son muchas las posiciones a las que se puede llegar a recurrir:



**Postura sentada – Posición estirado:** El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.



Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte.

**Postura sentada – Posición “de rugby”:** El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.



Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.

Tanto la posición estirada como la “de rugby” funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

**Postura sentada – Posición caballito:** En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.



Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas.

En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.

**Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo): En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea.



También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato.

**Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo inverso): En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho.





**Postura “a cuatro patas” – Posición “boca arriba”:** Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario.



Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

Todas estas posiciones son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles.

Lo importante es saber que no existe una única postura o posición correcta apta para todos los binomios madre / hijo, sino que cada binomio tendrá que buscar las posturas y posiciones que mejor se adapten a sus mutuas preferencias y también a las características físicas de ambos.

### **Cómo colocar el bebé al pecho paso a paso**

1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
2. Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
3. Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.

4. Se enfoca nariz – pezón.
5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
6. Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
7. Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)
8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
9. Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
10. La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
11. La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
12. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.

### **Signos de buena posición**

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.

### **Signos de buen agarre**

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están vertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.

- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

### **Signos de buena succión**

Al inicio la succión es rápida y superficial. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si tu bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien.

Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observas un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando.

Además podrás ver que:

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- La mejillas no se hunden, sino que se ven redondas y llenas.

# Anexos



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**Guía de valoración por patrones funcionales de salud para la usuaria  
obstétrica/embarazo**

**Datos biográficos e institucionales:**

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Número de afiliación \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_

Ingreso económico familiar mensual \_\_\_\_\_

Motivo de la visita o problema principal \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico \_\_\_\_\_

Tratamiento médico actual \_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

Enfermedades  
anteriores \_\_\_\_\_

Historia familiar de  
enfermedad \_\_\_\_\_

Enfermedades en anteriores  
embarazos \_\_\_\_\_

Historia de la enfermedad actual \_\_\_\_\_

**1.- Patrón percepción/mantenimiento de la salud**

Servicios con los que cuenta la casa-habitación  
especificar \_\_\_\_\_

Características higiénicas de la  
vivienda \_\_\_\_\_

Hábitos higiénicos que practica la usuaria en el  
hogar \_\_\_\_\_

Contacto con enfermos infectocontagiosos ( ) en caso afirmativo,  
especificar \_\_\_\_\_

Contacto con animales domésticos ( ) en caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

Existe hacinamiento en el hogar ( )

Existen factores de riesgo en la comunidad, hogar y laboral ( ) en caso afirmativo, especificar  
¿Cuales?

Existen alteraciones físicas o mentales en la usuaria que puedan desencadenar un accidente ( )  
en caso afirmativo especificar  
¿cuales? \_\_\_\_\_

Percepción de la usuaria sobre su estado de salud actual, especificar \_\_\_\_\_

Interés por el cuidado de la salud ( ) en caso negativo especificar ¿por qué? \_\_\_\_\_

Asiste a control prenatal ( ) en caso negativo, especificar ¿por que? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especificar con quien acude y número de visitas \_\_\_\_\_

Tratamiento médico en el hogar, especificar ¿cual? \_\_\_\_\_

Seguimiento del tratamiento médico ( ) en caso negativo especificar ¿por que? \_\_\_\_\_

Existencia de automedicación ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cual? \_\_\_\_\_

Realiza cuidados para conservar y recuperar la salud ( ) en caso negativo, especificar ¿por que? \_\_\_\_\_

Vigilancia de la actividad fetal ( ) en caso negativo, especificar ¿por que? \_\_\_\_\_

Preparación para la lactancia ( ) en caso negativo, especificar ¿por que? \_\_\_\_\_

Existencia de algún tipo de alergia ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles y a qué? \_\_\_\_\_

Existencia de toxicomanías ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? \_\_\_\_\_

## 2.- Patrón nutricional metabólico

### Estado físico actual

Peso actual \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Ganancia ponderal \_\_\_\_\_ Glucemia \_\_\_\_\_

Temperatura corporal \_\_\_\_\_ Altura uterina \_\_\_\_\_

Características de:

Piel \_\_\_\_\_

Cabello \_\_\_\_\_

Uñas \_\_\_\_\_

Mucosa oral \_\_\_\_\_

Encías \_\_\_\_\_

Lengua \_\_\_\_\_

Labios \_\_\_\_\_

Faringe \_\_\_\_\_

Dentadura \_\_\_\_\_

Presencia de:

Anorexia ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Náuseas ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Vómitos ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Pirosis ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Polifagia ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Polidipsia ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Regurgitaciones ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Edema ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Drenajes ( )  
especificar \_\_\_\_\_

Alimentación acostumbrada en el hogar,  
especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ingesta habitual de líquidos, especificar cantidad \_\_\_\_\_



Comidas realizadas en el hogar durante el día, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de intolerancia alimentaria ( ) en caso afirmativo especificar \_\_\_\_\_

Seguimiento del régimen dietético en el hogar ( ) en caso negativo especificar ¿por que?

Presencia de calostro ( ) en caso afirmativo, especificar  
¿características? \_\_\_\_\_

### 3.- Patrón de eliminación

#### Estado físico actual

##### Características de:

Orina \_\_\_\_\_

Heces \_\_\_\_\_

Sudor \_\_\_\_\_

Peristaltismo intestinal \_\_\_\_\_

##### Presencia de:

Halitosis \_\_\_\_\_

Goteo y salida de orina \_\_\_\_\_

Flatulencias \_\_\_\_\_

Disuria \_\_\_\_\_

Hemorroides \_\_\_\_\_

Oliguria \_\_\_\_\_

Masa rectal palpable \_\_\_\_\_

Poliuria \_\_\_\_\_

Esfuerzo al defecar \_\_\_\_\_

Hematuria \_\_\_\_\_

Constipación \_\_\_\_\_

Coluria \_\_\_\_\_

Dolor al evacuar \_\_\_\_\_

Proteinuria \_\_\_\_\_

Urgencia para defecar \_\_\_\_\_

Glucosuria \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

Eliminación intestinal habitual, especificar características y frecuencia \_\_\_\_\_

Eliminación urinaria habitual, especificar características y frecuencia\_\_\_\_\_

Empleo de auxiliares o medicamentos para la defecación ( ) en caso afirmativo especificar  
¿cuáles?

#### 4.- Patrón actividad/ejercicio

##### Estado físico actual

Frecuencia cardiaca materna\_\_\_\_\_ Frecuencia de pulso\_\_\_\_\_ Tensión arterial\_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria\_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca fetal\_\_\_\_\_

##### Características de:

Pulso\_\_\_\_\_

Llenado capilar\_\_\_\_\_

Ritmo cardiaco\_\_\_\_\_

Respiración\_\_\_\_\_

Secreciones broncopulmonares\_\_\_\_\_

Actividad fetal (movimientos en 30 minutos)\_\_\_\_\_

##### Presencia de:

Soplos\_\_\_\_\_

Disnea\_\_\_\_\_

Distensión venosa yugular\_\_\_\_\_

Aleteo nasal\_\_\_\_\_

Piel marmórea\_\_\_\_\_

Cianosis\_\_\_\_\_

Sudoración fría\_\_\_\_\_

Estertores\_\_\_\_\_

Palpitaciones\_\_\_\_\_

Tos\_\_\_\_\_

Lipotimias\_\_\_\_\_

Tubos respiratorios\_\_\_\_\_

Vértigos\_\_\_\_\_

Apoyo ventilatorio\_\_\_\_\_

Acúfenos\_\_\_\_\_

Fosfénos\_\_\_\_\_

Falta de energía\_\_\_\_\_

Malestar y debilidad con el ejercicio\_\_\_\_\_

Limitaciones para el movimiento\_\_\_\_\_

Actividades que puede realizar para el autocuidado (alimentación, higiene, funciones de eliminación y vestido)

especificar\_\_\_\_\_

Actividades de recreación habituales\_\_\_\_\_

Practica de ejercicios para facilitar el trabajo de parto ( ) en caso negativo, especificar ¿por que?

\_\_\_\_\_

Realiza caminata durante el día ( ) en caso negativo, especificar ¿por que?

\_\_\_\_\_

Capacidad para mantener en el hogar un entorno seguro y confortable ( ) en caso negativo, especificar ¿por que?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5.- Patrón reposo/sueño

### Presencia actual de:

Cansancio\_\_\_\_\_Postura de cansancio\_\_\_\_\_Temblor de manos  
\_\_\_\_\_Ojeras\_\_\_\_\_

Párpados inflamados\_\_\_\_\_Enrojecimiento de conjuntivas\_\_\_\_\_Bostezos\_\_\_\_\_  
Confusión\_\_\_\_\_

Expresión vacía\_\_\_\_\_Habla pausada\_\_\_\_\_Habla  
dificultosa\_\_\_\_\_Irritabilidad\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_Especificar\_\_\_\_\_

Horas de sueño habituales en 24 horas, especificar\_\_\_\_\_

Prácticas habituales para conciliar el sueño, especificar ¿cuales?\_\_\_\_\_

Existencia de dificultad para conciliar el sueño ( ) en caso afirmativo, especificar ¿por que?

Calidad del sueño, especificar \_\_\_\_\_

Periodos de descansos durante el día,  
especificar \_\_\_\_\_

## 6.- Patrón cognitivo/perceptual

### Estado físico y mental actual

Nivel de conciencia \_\_\_\_\_

Orientación (persona, tiempo y espacio) especificar \_\_\_\_\_

Presencia de:

Crisis convulsivas \_\_\_\_\_

Midriasis \_\_\_\_\_ Meiosis \_\_\_\_\_ Anisocoria \_\_\_\_\_ Irritabilidad \_\_\_\_\_ Dolor \_\_\_\_\_

Cefalea \_\_\_\_\_ Hiperreflexia \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

### Problemas con:

La memoria \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

La concentración \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

El razonamiento \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

### Alteraciones en:

Vista \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Olfato \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Audición \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Gusto \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Equilibrio \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_



Presencia de reflejos, especificar ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Características del tono muscular, especificar \_\_\_\_\_

Características de la información que tiene la usuaria sobre el embarazo y sus cuidados, especificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Existencia de capacidad en la usuaria par la toma de decisiones ( ) en caso negativo especificar ¿por que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7.- Patrón de autoimagen/autoconcepto

### Presencia actual de:

Nerviosismo \_\_\_\_\_ Suspiros \_\_\_\_\_ Apatía \_\_\_\_\_ Conducta  
violenta \_\_\_\_\_ Egocentrismo \_\_\_\_\_

Sentimiento de culpa e inutilidad \_\_\_\_\_ Dificultad para  
relajarse \_\_\_\_\_ Ambivalencia \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

El embarazo fue planeado ( ) en caso negativo especificar ¿cuales fueron las circunstancias por las que se dio? \_\_\_\_\_

El embarazo es aceptado ( ) en caso negativo, especificar ¿razones?

\_\_\_\_\_

Percepción que tiene la usuaria de sí misma, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aceptación de su imagen corporal con el embarazo ( ) en caso negativo, especificar ¿por que?

\_\_\_\_\_

Existencia de preocupaciones ( ) en caso afirmativo especificar ¿cuáles?

\_\_\_\_\_

Estado de ánimo de la usuaria,  
especificar \_\_\_\_\_

Existencia de cooperación en los cuidados ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Realización de preparativos para la llegada del recién nacido ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar \_\_\_\_\_

## 8.- Patrón rol/relaciones

### Presencia actual de:

Dificultad para concentrarse y expresar sentimientos \_\_\_\_\_ Cambios de ánimo \_\_\_\_\_

Tristeza \_\_\_\_\_ Llanto \_\_\_\_\_ Incapacidad para llorar \_\_\_\_\_ Cólera \_\_\_\_\_

Dificultad en la participación \_\_\_\_\_ Aislamiento \_\_\_\_\_ Rememoraciones \_\_\_\_\_

Dificultad para la comunicación \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

Existencia de sentimientos de pérdida ( ) en caso afirmativo, especificar ¿por qué?

Personas con las que convive diariamente, especificar ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Personas significativas para la usuaria, especificar ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Características de la relación con la pareja, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de dificultades en la familia ( ) en caso afirmativo especificar ¿cuáles?

---

---

Dificultades para el cumplimiento del rol (esposa, madre, trabajadora, etc) ( ) en caso afirmativo especificar ¿cuales?\_\_\_\_\_

---

Personas que dependen de la usuaria, especificar\_\_\_\_\_

---

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar\_\_\_\_\_

---

## 9.- Patrón sexualidad/reproducción

### Estado físico actual

Semanas de gestación de acuerdo al crecimiento uterino\_\_\_\_\_

Posición, situación y presentación fetal\_\_\_\_\_

Presencia de:

Flujo vaginal normal\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Ruptura de membranas\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Líquido amniótico transvaginal\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Sangrado transvaginal\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Contracciones uterinas\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Problemas en glándulas mamarias\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Otros\_\_\_\_\_Especificar características\_\_\_\_\_

Resultados de estudio de laboratorio y gabinete (registrar fecha )\_\_\_\_\_

Menarquia \_\_\_\_\_ Inicio de vida sexual activa \_\_\_\_\_

Embarazos \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Legrados \_\_\_\_\_

Episiotomías \_\_\_\_\_ Hijos de bajo peso \_\_\_\_\_ Hijos malformaciones \_\_\_\_\_

Hijos con patología neonatal \_\_\_\_\_ Edad materna en el primer embarazo \_\_\_\_\_

Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_ Fecha probable de parto \_\_\_\_\_

Métodos de planificación familiar utilizados, especificar \_\_\_\_\_

Deseo de planificar su familia ( ) en caso afirmativo especificar ¿como?

Enfermedades de transmisión sexual que ha padecido, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de dificultades relacionadas con la actividad sexual ( ) en caso afirmativo, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de inquietudes relacionadas con el sexo ( ) en caso afirmativo, especificar ¿Cuales?

## 10.-Patrón afrontamiento/estres

### Presencia actual de:

Inquietud \_\_\_\_\_ Tensión muscular \_\_\_\_\_ Postura rígida \_\_\_\_\_ Manos húmedas \_\_\_\_\_

Boca seca \_\_\_\_\_ Negación del problema \_\_\_\_\_ Hipersensibilidad a la crítica \_\_\_\_\_

Conducta manipuladora \_\_\_\_\_ Autocompasión \_\_\_\_\_ Conducta autodestructiva \_\_\_\_\_

Cambios en el estilo de vida \_\_\_\_\_



Respuesta personal ante una situación causante de estrés, especificar \_\_\_\_\_

Las opciones elegidas para tratar situaciones de estrés han sido favorables para la salud ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué? \_\_\_\_\_

Respuesta de la pareja ante el actual embarazo, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Respuesta familiar ante el actual embarazo, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empleo de técnicas de relajación durante el embarazo ( ) en caso negativo, especificar ¿por qué?

\_\_\_\_\_

Ayuda que la enfermera (o) puede proporcionar a la usuaria/familia para afrontar el estrés

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **11.- Patrón valores/creencias**

Actitud religiosa de la usuaria, especificar \_\_\_\_\_

Existencia de conflictos internos sobre creencias ( ) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles?

\_\_\_\_\_

Mitos y creencias de la usuaria/familia relacionados con el cuidado del embarazo, especificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ayuda que la enfermera (o) puede brindarle, especificar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Rubrica

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE ENFERMERIA

REGION VERACRUZ

Enfermería Infantil hoja de Evaluación Teórico-practica

Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Entrevista	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Exploración física	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Signos vitales	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					



Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Maniobras de Leopold	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Toma de frecuencia cardiaca Fetal	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Técnica de Respiración-relajación en embarazada	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Sondeo vesical	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Aseo Vulvar	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Tricotomía	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Tacto vaginal	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Vigilancia del globo de seguridad de Pinart	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Vigilancia de Loquios</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Monitorización de signos vitales en la puerpera</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Valoración del RN	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Valoración de Apgar	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Valoración de Silverman	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Valoración de Capurro	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Aspiración de secreciones en el RN</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Vigilancia y cuidado del muñón umbilical</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Profilaxis oftálmica</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica:	MB	B	R	D	
<b>Control de signos vitales del RN</b>					
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					



Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Identificación del RN	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Baño del RN	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Lactancia Materna	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					

Fecha:	Evaluación				Nombre y firma del Pasante.
Técnica: Técnica de Apego madre e hijo	MB	B	R	D	
• Concepto					
• Objetivos					
• Equipo					
• Técnica					
• Recomendaciones					