

PROGRAMA SAHARAUI DE SALUD MATERNAL

Objetivos generales:

- Prevenición de la enfermedad.
- Promoción de la Salud.
- Atención a la Patología prevalente.

Objetivos del Programa de la mujer:

- Disminuir la morbimortalidad de las mujeres debida al Embarazo, Parto y Puerperio.
- Disminuir la morbimortalidad de los Recién nacidos.
- Distanciar las gestaciones.
- Promover los Embarazos deseados en el momento adecuado para la pareja.
- Disminuir los abortos.
- Fomentar el disfrute de las relaciones sexuales de la pareja sin temor a embarazo en un momento no adecuado para la salud.
- Disminuir las Infecciones de Transmisión Sexual (ETS)
- Mejorar la Salud de las mujeres Saharauis.
- Promover y fomentar la participación de los Sanitarios y población en el bienestar y la salud de la mujer y especialmente en el area de la Reproducción, Puerperio y Sexualidad.

Intervención de las ONG: objetivos

- Reciclaje del personal médico y actualización
- Formación del personal paramédico: sanitarios, enfermería, matronas...(anexo 1).
- Conseguir autonomía propia
- Disminuir la dependencia de las comisiones.

ACTIVIDADES A REALIZAR A NIVEL EN LAS DAIRAS

Actuarían como unidades básicas de salud

Educación sanitaria en:

- La importancia del control del embarazo.
- Higiene en el Embarazo, hábitos de vida, alimentación...
- Formas de colaborar durante el parto.
- Lactancia materna: hábitos e higiene.
- Tabúes sociales y culturales en el parto, puerperio y embarazo.
- Reproducción, sexualidad y métodos para no tener embarazos muy seguidos.
- Atención al recién nacido, y cuidados en la familia.

Control del Embarazo:

- Captación del Embarazo en fase Precoz.
- Consulta de embarazo (anexo 2).
- Preparación para el Parto
- Atención a los casos de embarazo de riesgo
- Derivar los casos de riesgo a un nivel superior
- Consulta en el puerperio

Visita domiciliaria en:

Puerperio

Mujeres que no acuden a los controles del dispensario o médicos.

¿Quiénes intervienen en estas actividades?

MEDICO

SANITARIO DAIRA:

Educación Sanitaria

Vacunaciones

Registro de Partos en

Haimas

Registro de Recién Nacidos

Atención a las mujeres Mayores

RESPONSABLES DE BARRIO

Captar embarazos

Precozmente

Educación Sanitaria

MATRONAS:

Educación Sanitaria

Derivar embarazo de riesgo

Preparación al parto

Atención al Parto en Haimas

Hospital Visita Domiciliaria

RESPONSABILIDADES DEL MEDICO

Educación sanitaria para Sanitarios
Matronas.

Atención a la enfermedad.

1.-Atención a las **enfermedades prevalentes** de la mujer.

2.-Atención al **embarazo y sus complicaciones. Cartilla Maternal**

3.-Atención al Parto en el Hospital y sus complicaciones.

-Control registro de Partos y Recién Nacidos.

4.- Atención al **Distanciamiento de los embarazos.**

5.- Control de las Enfermedades de transmisión Sexual. (ETS).

6.- Prevención en la Salud.

-Educación de las mujeres Embarazadas.

-Formación y educación de las Parteras de las dairas.

-Formación de las responsables de barrio como promotores de salud.

-Educación, Formación, Asesoramiento de los sanitarios de Daira.

RESPONSABILIDAD DE LOS SANITARIOS DE DAIRAS.

Colaborar en la atención a la enfermedad con el médico.

Educación Sanitaria.

Control de las visitas de la Embarazada al médico (**Cartilla Maternal**).

Detectar gestaciones de riesgo y derivar al médico.

Detectar embarazadas que no hayan visitado al medico.

RESPONSABILIDAD DE LAS MATRONAS

Captar embarazos en la fase temprana.

Atención al Parto en Haimas y Hospital.

Fomentar el Parto Hospitalario, para evitar riesgos en haimas.

Detectar embarazos de riesgo y derivar al sanitario y médico.

Solicitar **la Cartilla maternal** en el Parto.

Educación sanitaria a la mujer.

Visitas a la Puérpera en su domicilio (anexo 3).

RESPONSABILIDAD DE LAS RESPONSABLES DE BARRIO.

Formarse y reciclarse periódicamente con el médico.

Educación Sanitaria a las mujeres en su barrio.

Controlar que las gestaciones no se produzcan demasiado seguidas, para no deteriorar la salud de la mujer. (Formar en el uso de métodos anticonceptivos)

Detectar embarazos muy tempranos para que se deriven al medico o matrona.

Educar sanitariamente a la embarazada (Higiene, alimentación, trabajo,...)

Informar al sanitario de los embarazos de Riesgo:

Abortos anteriores

Partos complicados

Bajo peso

Embarazos muy seguidos

Recién Nacidos Bajo Peso

Atención a la mujer en el puerperio, así como al recién nacido.

DISTRIBUCION DE RESPONSABILIDADES.

	MEDICO / A	SANITARIO	MATRONA	RESPONSAB DE BARRIO
Captar embarazo Precozmente.	+++	+++	+++	+++
Captar embarazo De Riesgo.	+++	+++	+++	+++
Consulta a demanda	+++	+		
Cartilla Maternal	+++	+++	+++	+
Visita Puerperal Domicilio	++	++	+++	+++
Reciclaje Profesionales del programa a	+++	+	+	
Educación Sanitaria	++	+++	+++	+
Espaciar entre gestacion y gestación	+++		++	++

¿Qué es la detección precoz de una embarazada?

Objetivo: que todas las mujeres embarazadas soliciten el control de la gestación en la primera falta de regla.

Intervienen:

Médico
Sanitario
Matrona
Responsables de Barrio

¿Qué es derivar?

Consiste en aconsejar a la mujer embarazada la visita a la estancia superior para controlarse su estado de salud **o de Riesgo.**

Se realizara especialmente en las

- Grandes multíparas.
- Primerizas
- Edad menor de 20 años.
- Partos pretérmino (que nacieron antes).
- Hijos anteriores de muy poco peso a
- Cesáreas anteriores
- Anemia grave
- Embarazo con enfermedad

¿Que es seguimiento de la embarazada?

El seguimiento del embarazo requiere:

- Hacer las consultas programadas.
- Registrarlas.
- Poder recuperar estos registros en las visitas sucesivas y en el parto.

¿Que es distanciar los embarazos y porque?

Conseguir que entre una gestación y la siguiente pase mínimo dos años, para que no se deteriore la salud de la mujer saharai.

PROGRAMA PARA DISTANCIAR LOS EMBARAZOS

Objetivos: Entre cada gestación que pasen dos años

Edad de la mujer mayor de 18 años, menor de 40
Estado de Salud de la mujer: no anemia No infecciones.
Que la pareja piense que es el momento de tener un hijo.
Que la mujer esté vacunada de Rubeola tres meses antes.

Intervienen: Médicos

Responsables de Barrio

REGISTRO DE DATOS

En cada consultorio, el Sanitario llevará un Registro de los **Datos de Partos** y nacimientos habidos diariamente el que conste:

Nombre

Daira

Edad de la mujer

Edad Gestacional

Tipo de Parto: cabeza, nalgas, cesárea

Lugar del Parto: Haima u Hospital

Peso del Recién nacido

Estado del recién nacido.

Deberá realizarse la estadística mensualmente, y entregársela a los médicos.

Mortalidad Materna: muertes en el embarazo o cuarenta y dos días siguientes después de su terminación, dividido entre el n^o de Recién Nacidos.

Mortalidad Infantil de menos de un año: número de muertos dividido entre los niños vivos.

Mortalidad perinatal: Son las muertes ocurridas desde la 28^a semana de gestación, hasta el séptimo día de vida.

UNIDAD BASICA DE SALUD EN LAS DAIRAS

Equipo del Consultorio:

Mobiliario

Peso

Aparato de tensión

Calculo de edad gestacional (rueda de cálculo).

Metro

Estetoscopio materno y fetal

Guantes

Fuente de agua para lavado de manos.

Luz

Transporte

Cartillas maternas.

Equipo de Partera

Libro de Registro de Parto y Recién nacidos

En el HOSPITAL DE LA WILAYA.

Camas

Servicio encargado de la Limpieza

Servicio encargado de la nutrición, Comedor

Salas de Ingreso

Sala de acompañantes

Sala Medico de guardia, Biblioteca etc.

Sala de Partos:

Jefa de Partos

Matronas en turno de mañana - tarde

Tarde-noche.

Mobiliario

Material e instrumental de partos

Agua

Luz

Libro de Registro, Planilla de Partos.

Sala de Puérperas

COORDINACION ENTRE EL DISPENSARIO O UNIDAD BASICA DE SALUD Y EL HOSPITAL

Deberá existir un sistema organizativo básico consensuado entre los diferentes participantes en el protocolo; el establecimiento de las funciones a realizar por cada cual debe ser establecido por quienes van a desarrollar el programa y en función de las habilidades de cada cual, podrá no ser igual en todas las Dairas.

Habrá que realizar protocolos de derivación entre la Daría (unidad básica de salud) y el hospital.

Los sistemas de comunicación entre ellos tendrán que ser fluidos, sobretodo al inicio habrá que programar reuniones muy frecuentes entre todos los participantes para conseguir un sistema organizativo básico. En estas reuniones también se deben realizar sesiones formativas teóricas.

ANEXO1 PROGRAMA TEÓRICO

Programa general ¹

UNIDAD 1

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN:

1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
2. Menstruación, ovulación y fecundación
3. Desarrollo del embarazo :
 - 3.1. 1º, 2º y 3º Trimestres: Síntomas físicos y cambios emocionales.
 - 3.2. Desarrollo fetal
4. Control del embarazo problemas y riesgos durante el mismo.
5. Motivos de derivación al Hospital.

UNIDAD 2

EL PARTO I

HIGIENE DEL PARTO

1. El Salón de Partos:

- 1.1. Distribución del mobiliario
- 1.2. Orden y limpieza del Salón y del mobiliario
- 1.3. El material para atender el parto : disposición limpieza y esterilización.
- 1.4. Medicación que debe existir en el Salón de Partos.

2. Higiene de la Parturienta:

- 2.1. Genitales
- 2.2. Micción
- 2.3. Defecación
- 2.4. Deambulación
- 2.5. Hidratación

3. Higiene de la Matrona, Médica/o :

- 3.1. Medidas de asepsia
- 3.2. Utilización del material

¹ Elaborado por Begoña Calvo. Enero 2003

UNIDAD 3

EL PARTO II

1. Mecanismo del parto :
 - 1.1. Pródromos.
 - 1.2. Dilatación
 - 1.3. Expulsivo.
 - 1.4. Alumbramiento.
2. Papel de la matrona en el control y seguimiento de la dilatación.
3. Signos de alarma durante la dilatación , el expulsivo y el alumbramiento.
4. La sutura de desgarros.

UNIDAD 4

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO/A (R.N.)

1. Valoración del Test de Apgar.
2. Peso.
3. Registro del R.N: Su importancia.
4. Utilización del colirio ocular.
5. Cuidados especiales:
 - 5.1. Cordón umbilical.
 - 5.2. Color.
 - 5.3. Calor.
 - 5.4. Inicio de la lactancia

UNIDAD 5

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL POSTPARTO INMEDIATO: PAPEL DE LA MATRONA EN LA PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES

- Vigilancia del estado general y constantes vitales: color, Temperatura, tensión arterial.
- Motivos de perfusión endovenosa y/o vigilancia de la misma.
- Medidas preventivas de la hemorragia y la infección puerperal.
- Loquios, involución uterina, periné, mamas, diuresis.
- Información higiénico- sanitaria a la puérpera y su familia.

UNIDAD 6

COMPLICACIONES DEL POSTPARTO INMEDIATO Y DE PUERPERIO

1. La hemorragia uterina y sus causas:
 - 1.1. atonía uterina
 - 1.2. desgarros perineales
 - 1.3. retención de restos placentarios
2. La fiebre y sus posibles causas:
 - 2.1. loquios infectados
 - 2.2. mastitis
3. Actuación de la matrona ante las complicaciones del Puerperio

UNIDAD 7:

ATENCIÓN A LA MUJER GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA INGRESADA EN EL HOSPITAL

1. Importancia de la historia clínica
2. Toma de constantes vitales: Tensión arterial, Pulso y Temperatura
3. Establecer la visita de la mujer ingresada en cada turno de Matrona
4. Atención a las metrorragias:
 - 4.1. Mujer no gestante
 - 4.2. Embarazada : 1º, 2º ,3º trimestre
 - 4.3. Puérpera

UNIDAD 8:

ANTICONCEPCIÓN

UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO:

- Como medida terapéutica
- Como anticonceptivo
- Como preventivo de las enfermedades de transmisión sexual

Otros métodos de barrera.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.

DISPOSITIVOS INTRAÚTERINOS.

MÉTODOS IRREVERSIBLES.

MÉTODOS NATURALES.

UNIDAD 9:

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y S.I.D.A.

ANEXO 2 PROTOCOLO DE CONTROL DEL EMBARAZO

Captación precoz de las gestantes: dada la situación en los campamentos se podría considerar un éxito el inicio del control en el primer trimestre.

Citación de la primera visita en la Daira, deben de ser los saharauis quienes decidan que profesional la realiza. Médico, matrona o sanitario.

Contenido:

Filiación: nombre, Dayra, barrio.

Educación sanitaria particularizada: Lactancia materna, alimentación adecuada durante el embarazo, cuidados en general.

Historia clínica detallada: Antecedentes familiares, haciendo hincapié en los antecedentes de hipertensión, diabetes, niños nacidos con defectos (malformados, retraso mental, enfermedades hereditarias). Antecedentes personales: enfermedades previas o actuales, hábitos tóxicos, alergias.

Historia menstrual y paridad

Primer día del último periodo menstrual y fecha probable de parto.
Anamnesis: Preguntar por náuseas, vómitos, percepción de movimientos fetales, edemas, pérdidas vaginales en forma de flujo, líquido, sangre.

Toma de tensión arterial.

Labstix en orina.

Control de la altura uterina, si procede, el útero sale de la pelvis y se hace palpable a través del abdomen en las semanas 12 a 14.

Escuchar tonos fetales si procede.

APERTURA DE LA CARTILLA MATERNAL, que se entregará a la gestante y se le explicará que siempre que acuda a una visita sanitaria la tiene que presentar.

Visitas sucesivas en las dayras: Se programarán una vez al mes, y tendrán el siguiente contenido:

Anamnesis.

Tensión arterial.

Peso.

Labstix en orina.

Control de crecimiento uterino: medidas de fondo y contorno y maniobras de Leopold.

Escuchar tonos fetales.

Se anotará todo en la CARTILLA MATERNAL y se entregará a la mujer.

En los embarazos normales, al menos en dos ocasiones se mandará a la mujer al hospital de la Wilaya:

Una en la semana 20 de gestación o antes, con una visita al médico para valoración de riesgos

Se realizará una ecografía entre la 20 y la 24 semana para descartar malformaciones del aparato cardiovascular o de otros aparatos

Otra visita, cerca del término del embarazo en que el médico volverá a valorar su estado y se realizará nueva ecografía para control del crecimiento fetal y valorar presentación.

En las dos visitas al hospital se pedirá analítica, en la primera:

Hemograma.

Grupo y rH.

Elemental y sedimento de orina.

Glucemia basal.

Exudado vaginal

Serología

Vih Antígeno de superficie

En la segunda visita:

Hemograma.

Glucemia basal.

Elemental y sedimento de orina.

Todas estas actividades quedarán a su vez convenientemente reflejadas en la CARTILLA MATERNAL.

Se insistirá a la gestante, en que debe llevar la cartilla maternal al hospital cuando vaya a dar a luz.

ANEXO 3. ATENCIÓN AL PARTO NORMAL

1. Definición de parto
2. Mecanismo del parto.
3. Exploración de la gestante.
4. Curso clínico del parto.
5. Asistencia al parto normal.
6. Hemorragias del alumbramiento.
7. Sutura

1. **DEFINICIÓN** – Terminación fisiológica del embarazo, mediante la expulsión del feto y sus anejos.

2. **MECANISMO DEL PARTO** – Intervienen en él tres elementos:

2.1. ***El canal óseo y las partes blandas.***

El canal óseo esta formado por la cara posterior de la sínfisis del pubis (por delante); cara anterior del sacro y cóccix (por detrás) y caras internas de los huesos iliacos (por los laterales).

Su orificio superior se llama estrecho superior

Su orificio inferior se llama estrecho inferior (plano de la expulsión de la presentación)

El canal blando esta formado por la vagina.

2.2. ***El objeto del parto*** –El objeto principal es el feto y ante todo la cabeza fetal, ya que esta es el único elemento que no puede comprimirse. Para poder descender a través del canal la cabeza debe flexionarse.

2.3. ***El motor uterino*** – El útero esta formado por fibras musculares lisas, dispuestas en forma circular. Cuando se inicia el parto, las contracciones borran el canal cervical transformándolo en un anillo que se dilata hasta un diámetro de 10 centímetros y hace que el feto sea expulsado. Después del parto la retracción inmediata de las capas musculares evita las hemorragias.

Las contracciones del parto son:

- Involuntarias.
- Progresivas en su duración y en intensidad.
- Intermitentes, rítmicas y regulares.
- Dolorosas, la sensación dolorosa no empieza hasta después del principio de la contracción y acaba antes del final; aumenta con la angustia.

3. EXPLORACIÓN DE LA GESTANTE –

- 3.1. **Inspección** – Se mirará la forma y la dirección del útero, que normalmente tiene un eje vertical y un polo superior.
- 3.2. **Medición** – Se toma desde el borde superior de la sínfisis del pubis, hasta el fondo uterino, y permite conocer el tamaño del feto. Normalmente al final del embarazo, es de 32 a 34 cm.
- 3.3. **Palpación** – Sirve para el diagnóstico de la presentación y posición del feto.²
- 3.4. **Auscultación** – El latido fetal se escucha en el dorso del feto, a la altura del hombro, que situado el abdomen de la gestante, corresponde a debajo del ombligo.
- 3.5. **Tacto vaginal** – Se precisa asepsia y suavidad. Se debe explorar:
 - 3.5.1. El Cuello:
 - La situación (si está centrado, posterior, etc.)
 - La consistencia (si está blando o rígido)
 - La longitud (si está borrado o formado)
 - La dilatación (los centímetros de dilatación)
 - 3.5.2. La presentación:
 - Tipo de presentación (*cefálica, nalgas, transversa, etc.*)
 - Situación de la presentación (*si está alta o presiona al cuello*)
 - 3.5.3. El estado de la bolsa amniótica (*si esta rota o integra*). En caso de rotura, se comprueba el color de las mismas (*claras o teñidas*).

4. CURSO CLINICO DEL PARTO

- 4.1. PERIODO PRODRÓMICO - Precede al parto en semanas, días y a veces horas. A veces se expulsa el tapón mucoso, que puede estar manchado de sangre. Las contracciones son irregulares, en intensidad y frecuencia.

En este periodo se debe hacer vida normal. Este periodo termina cuando el cuello esta borrado y tiene 3 cm de dilatación.

El cuello se dice que está borrado cuando el orificio cervical interno y el externo se juntan en un solo orificio.
- 4.2. PERIODO DE DILATACION - Este periodo se inicia con 3cm y cuello borrado. Finaliza con la dilatación completa (10 cm.)

En las primíparas se suele borrar el cuello primero y luego se dilata.

En las múltíparas se suele hacer al mismo tiempo.

El periodo de dilatación es mas largo en las primíparas

El mecanismo es el siguiente: Se traccionan las fibras musculares del útero (con la contracción) sobre el cuello y la presentación empuja, forzando la dilatación del mismo.

Durante este periodo las contracciones son más rítmicas y más intensas.

Durante este tiempo es bueno tomar líquidos azucarados y pasear; en caso de estar acostada, se recomienda la postura en decúbito lateral izquierdo.

² Ver las maniobras de Leopold explicadas en la vigilancia del embarazo

Se vigilará la frecuencia cardiaca fetal frecuentemente en el periodo entre contracciones y se valorará la dilatación del cuello mediante tactos vaginales. Si se observa alguna anomalía se debe acudir al Hospital.

4.3. PERIODO EXPULSIVO: Este período se inicia con la dilatación completa y finaliza con la expulsión total del feto.

Durante este tiempo las contracciones son más intensas y se acompañan de una necesidad de empujar para realizar la expulsión del feto. El principal problema suele ser la expulsión de la cabeza por ser la parte del cuerpo que tiene mayor diámetro, después salen los hombros, seguidos del resto del cuerpo.

En primer lugar se acomoda la presentación (cabeza, nalgas, etc.) al estrecho superior de la pelvis. El máximo diámetro de la cabeza se acomoda al máximo diámetro del canal del parto.

Después la cabeza va descendiendo y rotando desde la posición transversa a oblicua, para llegar al suelo de la pelvis en posición anteroposterior. En estas dos fases la cabeza está flexionada y toca la cabeza con el esternón.

Cuando la cabeza llega la vulva, sale al exterior y se deflexiona, hace un giro de 90° mirando a uno de los muslos de la madre y coloca los hombros de una posición transversa a una posición anteroposterior para facilitar así la salida de su mayor diámetro.

Por último, una vez que han salido los hombros, el resto del cuerpo no tiene problemas para salir.

En este periodo de expulsión es importante la colaboración materna para que no se prolongue mucho tiempo y el feto salga en las mejores condiciones.

Es importante también la ayuda de un profesional durante este periodo, protegiendo el periné y evitando los posibles desgarros.

4.4. PERIODO DE ALUMBRAMIENTO:

Este periodo abarca desde la expulsión del feto hasta la salida de la placenta y anejos. Tras la salida del feto las contracciones se detienen y unos 5 a 10 minutos después la placenta se desprende y la mujer nota nuevamente las contracciones y expulsa la placenta. La placenta suele estar situada en el fondo del útero y con la expulsión del feto, el útero se reduce de tamaño haciendo que la placenta se despegue por un lateral o por el centro; esto produce un hematoma que va poco a poco despegando el resto de la placenta. En su salida, la placenta presenta primero la cara fetal al ser traccionada por el cordón umbilical.

Una vez que la placenta ha salido, el útero se contrae evitando así la hemorragia. Se puede realizar un pequeño masaje al útero para ayudar a su contracción. Es importante comprobar que³ la vejiga esté vacía para que no impida la contracción uterina. También se puede aplicar un peso en el abdomen de la mujer para evitar el desplazamiento del útero y que éste se llene de coágulos sin que la hemorragia sea vista desde el exterior.

Se puede administrar "Methergín" por vía I.M³.

³Ver apartado correspondiente al postparto inmediato).

5. ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

El parto debe ser atendido por personas que tengan experiencia en ello y sean capaces de valorar si hay alguna complicación para enviar a la gestante a un hospital. Si el parto es normal, se puede atender en el domicilio o puede acudir al hospital para evitar problemas de ultima hora. Las condiciones deben ser de asepsia tanto de la persona que atiende el parto como del instrumental que se utilice.

Cuando una gestante llega al hospital con síntomas de estar de parto, la actitud de la profesional será la siguiente:

- 5.1. Hacer una breve historia del embarazo:
Antecedentes familiares y obstétricos.
Reseñar posibles problemas habidos durante el embarazo: hemorragias, infecciones.
Vigilancia o no de su embarazo y revisión de todos los datos que aporte de él: Ecografías, datos analíticos etc.
- 5.2. Hacer una exploración de la gestante⁴
- 5.3. Medición de la Tensión arterial, Pulso y Temperatura.
- 5.4. Controlar la dinámica uterina. Para ello se coloca la mano encima del útero y se percibe un aumento de tono en la contracción que va desapareciendo cuando cesa la contracción y el útero se relaja. De esta forma se ve el ritmo de las contracciones, si son cada 3, 5, o más minutos
- 5.5. Se aprovechara el momento de relajación del útero para escuchar el latido fetal. Si la gestante no esta en expulsivo se la conducirá a una habitación donde descansara (en decúbito lateral izquierdo, preferentemente) y donde puede pasear si lo desea.
- 5.6. Procurar que la vejiga no este llena (favorecer la micción frecuente)y ofrecer líquidos azucarados si la dilatación se alarga.
- 5.7. Realizar tactos vaginales con mas o menos frecuencia según la fase del parto, manteniendo la asepsia.
- 5.8. Se respetará la bolsa amniótica hasta la dilatación completa y tras una rotura espontánea, escuchar siempre el latido fetal el feto, para comprobar su estado y vigilar que no tenga un prolapso de cordón que puede ser mortal para el feto.

⁴ Ver explicación en apartado anterior, respecto a: Inspección, Medición, Palpación,, Auscultación, Tacto vaginal.

5.9. Lavar los genitales externos, de arriba abajo con una solución antiséptica y los muslos también.

- Durante la fase expulsiva hay que animar a la paciente a empujar, durante las contracciones uterinas. Se dará dos empujones mantenidos en cada contracción.
- El feto va progresando por el canal del parto y presionando el periné y el recto, lo cual hace que la mujer sienta mas necesidad de empujar.
- Cuando la cabeza estira el periné de forma que la salida de la cabeza sea inminente se debe proteger el peiné y frenar la salida de la cabeza, para evitar los desgarros.
- Cuando la cabeza ya ha sido expulsada, se la ayuda a girar a un lado y se tira de ella hacia abajo, hacia el ano de la madre, permitiendo la salida del hombro anterior del feto.
- Se levanta entonces la cabeza del niño hacia el abdomen de la madre, para permitir entonces el paso del hombro posterior sobre el periné, el resto del cuerpo sale fácilmente. Se limpian bien la nariz y la boca.⁵ Después de la salida del feto reaparecen las contracciones.
- Posteriormente se vigila el fondo del útero y se hace una presión con la mano encima de la sínfisis del pubis para subir el útero y comprobar si la placenta esta desprendida (si el cordón entra dentro de la vagina es que no esta desprendida y si el cordón no entra entonces esta desprendida).También aparece una pequeña hemorragia por la vulva y eso nos indica que la placenta esta desprendida.
- Cuando la placenta esta desprendida se extrae, bien mandando a la mujer que empuje o bien presionando nosotras el útero desde el fondo, con una mano y con la otra se hace una tracción suave del cordón para iniciar su extracción, cuando la placenta asoma por la vulva, la mano situada en el abdomen pasa a colocarse debajo de la placenta a modo de bandeja para que con el peso no desgarre las membranas, una vez que ha salido la placenta se la coge con las dos manos y se la da vueltas sobre si misma para fortalecer las membranas y que no se desgarren
- Una vez terminada la expulsión la placenta y las membranas deben ser examinadas para comprobar que estén completas.

• ⁵ Ver preanimación del Recién Nacido

1º. - Cara materna revisando si falta algún cotiledón o parte de alguno. También hay que vigilar si hay algún cotiledón aberrante.

2º. - Cara fetal revisando la inserción del cordón y el número de sus vasos (normalmente una vena y dos arterias).

- La paciente debe ser vigilada. Controlar la altura del útero que debe estar por debajo del ombligo y en forma de globo duro.

6. HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO⁶

7. SUTURA

En caso de desgarro se sutura de la siguiente forma:

En primer lugar limpiar bien la zona para poder identificar las estructuras afectadas.

Con los dedos índice y medio se separa la vagina para ver bien el **ángulo** (punto donde se unen los dos lados de la vagina que hay que suturar).

En dicho ángulo se da el primer punto, cerrando así el ángulo y luego se realiza una sutura continua para cerrar la vagina teniendo mucho cuidado en la aproximación de los bordes de la misma. Cuando la sutura alcanza el anillo himeneal se dan dos puntos más para aproximar el borde posterior de la horquilla perineal y labios mayores, finalizando aquí la sutura continua con un nudo.

Se empieza entonces la sutura del músculo con puntos sueltos, que en diferentes capas irán cerrando el esfínter vaginal y los músculos profundos y superficiales del periné. Es muy importante el asegurarse de no dejar espacios muertos. Esta fase finaliza justo debajo de la piel y se aproximan así los bordes de la misma.

Finalmente se sutura la piel con puntos sueltos que hacen coincidir exactamente los bordes de la misma para que la cicatrización sea perfecta.

Después de la sutura se lava la zona con un antiséptico.

Es aconsejable que los puntos se mantengan lo más secos y limpios posible.

⁶ Merche Boix

ANEXO 4 ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO NORMAL

Cuidados neonatales: los primeros minutos.⁷

Los primeros minutos de vida de un niño fuera del claustro materno pueden ser críticos. Afortunadamente, si se trata de un niño normal o a término, se adaptará con rapidez a su nuevo entorno. Pero podemos facilitar- y asegurar-esta transición brindándole unos expertos cuidados neonatales. Por ejemplo:

- Estimulación de la respiración
- Valoración de su estado
- Sección del cordón umbilical.
- Protección contra la infección ocular.
- Administración de Vitamina K.

Pero no permita que estas tareas oscurezcan su responsabilidad de brindar apoyo emocional a los padres y promover el establecimiento de vínculos afectivos (unión emocional) entre ambas partes.

Recuerde tranquilizar a los padres asegurándoles que su hijo es sano y normal (a menos que no sea cierto), y anímeles a cogerlo en brazos.

¿Sabe cuáles son las necesidades más urgentes del neonato?. En la mayoría de los casos, haga de las tres medidas descritas a continuación sus principales prioridades.

Limpieza de las vías aéreas: Cuando nace un niño, una de las adaptaciones más importantes que debe hacer es empezar a respirar de forma espontánea. Para posibilitar la respiración, hay que limpiarle las vías aéreas de moco, líquido amniótico y sangre, normalmente presentes en el momento del nacimiento.

Para aspirar, utilice una jeringa de pera, un catéter blando(con aspiración eléctrica o bucal) o un aspirador de DeLee.

Durante el parto, aspire y limpie la boca y fosas nasales del niño tan pronto como emerja la cabeza. Tras el parto, colóquelo en posición de Trendelenburg para facilitar el drenaje, y repita la aspiración si es preciso.

Importante: evite la sobreaspiración, pues inhibe la respiración y puede irritar la mucosa.

Si las secreciones son abundantes, limpie las vías aéreas con un aspirador de DeLee, tal como muestra la siguiente secuencia fotográfica.

Añadir:("utilización del aspirador de DeLee", pág 129)

Estimulación de la respiración: Generalmente el niño boquea y llora cuando sus vías aéreas están limpias. De esta forma, llena sus pulmones y estimula la

⁷Ginecología y Obstetricia en Enfermería.Col."Nursing Photobook", p 128 y SS

respiración regular. Si es necesario, estimule el llanto sosteniéndole cabeza abajo frotándole la espalda o las plantas de los pies.

Mantenimiento del calor corporal: El neonato llega a un mundo que es más frío que el seno materno. El contraste puede no ser del todo negativo; de hecho, ayuda a estimular la respiración. Pero no permita que esté demasiado tiempo expuesto al frío, pues podría presentar una hipotermia.

Después de la limpieza de las vías aéreas, siga los pasos necesarios para prevenir la pérdida de calor corporal. Si está mojado de líquido amniótico, séquele la piel con suavidad y rapidez (especialmente la cabeza). Después, colóquelo sobre el abdomen de la madre. Además de mantener el calor corporal del niño, esta posición favorece el establecimiento de vínculos afectivos.

Valórelo con frecuencia para detectar signos de hipotermia, como frialdad de las extremidades y cianosis en los dedos de manos y pies o en los labios. El organismo del niño puede responder a la frialdad del entorno con un aumento del metabolismo, consumiendo rápidamente azúcares y grasas. Entre las posibles complicaciones figuran acidosis metabólica, traumatismo cerebral y muerte.

Sistema de puntuación de Apgar

¿Cómo se puede evaluar rápidamente el estado de un neonato? A través del sistema de puntuación de Apgar mostrado en la tabla.

Este sistema de puntuación, fidedigno y ampliamente aceptado, le permite establecer rápidamente una valoración basal.

Valore rápidamente al niño un minuto después del nacimiento y de nuevo a los 5 minutos. En cada evaluación controle los cinco indicadores vitales (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración de la piel) y puntúelas según una escala del 0 (muy deprimido) al 2 (excelente). A continuación, sume los puntos de cada apartado para determinar la puntuación total del neonato. Una puntuación de 7 a 10 indica un estado excelente del recién nacido; de 4 a 6 se considera medianamente deprimido, y de 0 a 3, fuertemente deprimido. Un niño con una puntuación inferior a 6 puede requerir maniobras de reanimación inmediatas.

Cuando puntúe cada indicador, tenga en cuenta las siguientes cuestiones:

- Frecuencia cardíaca: este indicador es el más importante y el primero en alterarse si el niño presenta problemas. En los minutos siguientes al nacimiento la frecuencia cardíaca normal es de 150-180 latidos / minuto. Posteriormente se reduce a 130- 140 latidos/min.(Por supuesto, las actividades como el llanto aumentan de forma transitoria la frecuencia cardíaca.) Considere una frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos / minuto como indicativa de asfixia. Observe atentamente al niño y prepárese para reanimarlo, si es necesario.

Para una valoración más exacta, controle la frecuencia cardíaca apical con un estetoscopio pediátrico. También puede determinarla palpando el cordón umbilical.

- **Esfuerzo respiratorio:** En el primer o segundo minuto después del nacimiento, el niño debe respirar espontáneamente, con una frecuencia de 35-40 respiraciones por minuto.
- **Tono muscular:** un niño con un buen tono muscular mantendrá flexionadas las extremidades y ofrecerá resistencia a sus esfuerzos por estirárselas.
- **Irritabilidad refleja:** el niño debe protestar durante la aspiración (cuanto más ruidosa sea su queja, mejor). También puede comprobar su irritabilidad refleja palmeándole suavemente los pies y notando el vigor de su respuesta.
- **Coloración de la piel:** todos los niños están cianóticos en el momento del nacimiento, pero un niño normal se vuelve rosado en un plazo de 3 minutos. Sin embargo, las extremidades pueden permanecer azuladas durante un lapso de tiempo algo mayor.

Indicador	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menos de 100 latidos / minuto.	Más de 100 latidos / minuto.
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto lento, irregular y débil.	Llanto bueno y vigoroso.
Tono muscular	Flácido, flojo	Cierta flexión de las extremidades.	Buena flexión; movimientos activos.
Irritabilidad refleja (en respuesta a la sonda en las fosas nasales)	Ausente	Llanto débil o muecas.	Llanto vigoroso, tos, estornudos.
Coloración de la piel	Palidez o cianosis generalizada.	Coloración corporal normal (dependiendo de la raza del niño); extremidades cianóticas.	Coloración normal del cuerpo y extremidades.

El cordón umbilical:

Sección:

Antes de seccionar el cordón, nos lavamos las manos con agua y jabón. No es necesario que nazca la placenta para cortar el cordón, así podemos envolver la criatura para que no se enfríe y ponerla al lado de la madre.

Cogemos el cordón y a dos dedos de su salida del ombligo lo atamos con una cinta hervida haciendo un nudo de dos vueltas. A otros dos dedos de este amarre le hacemos otro igual. Si disponemos de pinzas de cordón lo amarraremos con pinzas de cordón.

Cortamos el cordón entre los dos usando unas tijeras hervidas o una cuchilla nueva hervida.

Cura del ombligo:

Se hace con una gasa o trapito limpio empapado en alcohol. Vigilamos que no sangre y que no tenga pus.

Le ponemos un trozo de gasa o un trapo con alcohol.

No ponerle otros productos.

Protección ocular:

Limpiemos los ojos con gasa o trapo limpios.

Ponemos una gota de nitrato de plata en cada ojo nada mas nacer el niño o dos aplicaciones de pomada oftálmica con aureomicina en cada ojo, una nada mas nacer el niño, y otra después de pasada la mitad de un día (12 horas) después.

Inyección de vitamina K:

Es importante para evitar hemorragias en el recién nacido y en el primer periodo de la vida del bebe.

Para prevenirlo se pondrá una inyección de vitamina K en la nalga intramuscular de 0.5 mg. nada mas nacer el bebe.

ANEXO 5 PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PUERPERIO NORMAL.

Es una función clásicamente desarrollada por las matronas.

1. Cuidados posparto:

1.1. Cuidados vesicales:

Después del parto, la paciente puede no experimentar la sensación de ganas de orinar cuando se llena la vejiga, especialmente si ha recibido un anestésico durante el parto. O, si se ha practicado una episiotomía, tal vez retrase la micción por miedo al dolor. La matrona es la responsable de prevenir una distensión vesical.

¿Por qué es tan importante este aspecto? Porque una distensión vesical puede desplazar al útero hacia arriba y hacia un lado, inhibiendo el proceso normal de las contracciones uterinas después del parto. Esto puede producir una hemorragia uterina posparto.

Hay que animar a la paciente a miccionar en las 8 horas siguientes al parto (o cuando sea necesario para prevenir la distensión). *Recuerde* la vejiga de la madre se llenará rápidamente si ha recibido líquidos intravenosos durante el parto. Controle estrechamente el balance de aportes y pérdidas.

Si tiene alguna dificultad para miccionar, vierta un poco de agua tibia sobre su perineo. Considere el cateterismo vesical solo como último recurso.

1.2. Deambulación:

Tras un parto vaginal sin complicaciones, muchas mujeres pueden andar (con ayuda) al cabo de algunas horas. Y, como ya sabe, la deambulación temprana ayuda a reducir el riesgo de complicaciones durante el periodo de recuperación.

A menos que esté contraindicado, anime a la paciente a desplazarse hasta el baño para la primera micción después del parto. Para minimizar los efectos de la hipotensión postural, dígame que se siente en el borde de la cama y deje colgar las piernas durante unos minutos antes de ponerse en pie. Permanezca a su lado cuando se levante y ande, aunque le diga que se encuentra bien: puede que se maree después de haber vaciado la vejiga.

Aumente gradualmente los periodos de deambulación, según el estado de la paciente y las órdenes del médico.

1.3. Eliminación intestinal:

Durante un tiempo después del parto la paciente seguirá presentando estreñimiento, al igual que en el último periodo del embarazo. Y a causa del dolor perineal, puede sentirse poco dispuesta a intentar una evacuación intestinal, lo que aumentará el estreñimiento.

Para prevenir o aliviar el estreñimiento, tome las siguientes medidas.

- Fomente el ejercicio y la deambulación tempranos, a menos que estén contraindicados. Tan pronto como la paciente se sienta con fuerzas, enséñele los ejercicios que la ayudarán a restaurar el tono muscular abdominal (ver mas adelante).
- En la medida de lo posible que tome una alimentación rica en fibra.
- Asegúrese que bebe seis vasos de agua(u otro líquido) al día

Debido al estreñimiento y estrés del embarazo y parto, la paciente puede desarrollar hemorroides. Enséñele a autoadministrarse un baño de asiento, tal como se muestra mas adelante.

Si a la paciente se le ha practicado una episiotomía, también pueden serle beneficiosos los baños de asiento.

Valoración de los loquios

Durante algunas semanas después del parto, la paciente eliminará loquios (sangre uterina, secreciones y desechos celulares) a través de la vagina. Como se indica en la tabla adjunta, los loquios cambian de color y consistencia siguiendo unos estadios predecibles. En consonancia, se describen como loquios rojos, loquios serosos y loquios blancos.

Asegúrele a la paciente que la eliminación de loquios es normal y que refleja la curación y regeneración del revestimiento uterino.

Nota: Debido al estancamiento vaginal, la madre puede experimentar una pérdida abundante la primera vez que se ponga en pie. Anticípesele para que no se asuste.

Valore los loquios cada vez que controle el fundus, tal como se indica mas adelante. Anote su color, olor, cantidad (escasa, moderada o abundante) y cualquier otra característica (p.ej., la presencia de coágulos).

Aunque la cantidad de los loquios varía según las pacientes, tiende a ser más abundante en mujeres que han tenido varios hijos. La pérdida total oscila entre 400 y 1.200 ml, disminuyendo a medida que el útero se recupera.

Awise al médico si:

Los loquios contienen grandes coágulos o membranas. (Los pequeños coágulos son normales durante un corto periodo de tiempo después del parto).

Los loquios son hemáticos después del quinto día, especialmente cuando el fundus está bien contraído y se sitúa por debajo del ombligo. En estas circunstancias, una pérdida hemática sugiere una hemorragia provocada por desgarros cervicales o perineales.

- La pérdida aumenta súbitamente después de haber empezado a reducirse.
- La pérdida cesa prematuramente.
- Los loquios tienen un olor fétido. (Normalmente huelen a sangre vieja).
- La paciente tiene fiebre.
- La paciente refiere dolor en la parte inferior del abdomen.

Estadio	Duración aproximada	Descripción
Loquios rojos	Del primer al cuarto día del puerperio.	Hemáticos, con algo de moco, desechos hísticos y posiblemente pequeños coágulos. Pueden tener un cierto olor a carne.
Loquios serosos	Del quinto al séptimo día del puerperio.	Color rosado o parduzco, serosos, inodoros.
Loquios blancos	De la primera a la tercera semana del puerperio.	Color amarillo-cremoso, marrón o casi incoloro. Pueden tener un ligero olor a rancio.

2. Valoración de la altura del *fundus*

Inmediatamente después del parto, el útero es una masa de tejido hinchado y fácilmente palpable que se sitúa en las regiones profundas de la pelvis.

En este momento el fundus se localiza en un punto equidistante entre el ombligo y la sínfisis púbica.

Sin embargo, en el plazo de unas horas el útero se eleva hasta que el fundus queda al mismo nivel del ombligo o ligeramente por encima de él. Después, inicia el proceso de contracción y curación, llamado *involución*, que durará unas seis semanas.

Durante este tiempo, el útero elimina los restos de su revestimiento (loquios) y regenera el endometrio.

Durante la involución, el fundus desciende a un ritmo de 1-2 cm diarios; o sea, aproximadamente un través de dedo (aunque dicho parámetro es variable). Hacia el décimo día, el fundus deja de ser palpable.

Una de las responsabilidades de la matrona consiste en valorar regularmente la altura del fundus para asegurarse de que la involución se desarrolla con normalidad. Empezando poco tiempo después del parto, realice controles del fundus a los siguientes intervalos:

- Cada 15 minutos durante 2 horas
- Cada 30 minutos durante 4 horas
- Cada 4 horas durante el resto del primer día del puerperio.
- Después, al menos una vez al día hasta que el fundus ya no sea palpable.

Anotaciones:

- Anote sus hallazgos según la localización del fundus (en traveses de dedo) en relación con el ombligo.
- Procure describir como lo nota a la palpación; por ejemplo, firme y redondeado (lo que indica una involución satisfactoria), o blando y de contornos mal delimitados.
- Avise al médico si lo nota blando y mal delimitado o si la involución se enlentece o detiene, especialmente cuando los loquios sean anormales (véase la tabla anterior).

Como realizar la valoración del fundus y el cuidado perineal:

1. Prepare a la paciente explicándole procedimiento, si es necesario. Pídale que miccione antes de iniciar sus cuidados.
2. Después proporcionele intimidad y colóquela en decúbito supino.
3. Anote las determinaciones de sus signos vitales.
4. Colóquela el travesero impermeable debajo de las nalgas, y retírela la compresa perineal con un movimiento de delante hacia atrás para no esparcir por el periné las bacterias rectales. Anote el color y consistencia de los loquios.
5. Prepárese ahora para la valoración del fundus. Coloque una mano inmediatamente por encima de la sínfisis púbica y curve la otra sobre el extremo superior del fundus. Comprima el fundus con la mano para valorar su consistencia. Si lo nota firme y no es mayor ni está más elevado que en la valoración anterior, seguramente es que evoluciona bien. Pero si lo nota blando, estímulo con un masaje. Aplique masaje en el fundus con un suave movimiento circular y observe si se produce la expulsión de coágulos o una hemorragia excesiva. Continúe dando masaje hasta que lo note firme. Debería responder rápidamente. Precaución: no utilice el puño, ni aplique una presión excesiva, pues podría provocar una inversión uterina en la vagina.
6. Coloque la cuña bajo la paciente. A continuación, irrigue el periné con agua o una solución antiséptica. Con un movimiento de delante hacia atrás, seque suavemente el periné con las gasas limpias. Retire la cuña. Si a la paciente se le practicó una episiotomía, observe la zona en busca de hemorragia, enrojecimiento, inflamación o hematomas. Fíjese también en los bordes de la sutura. Colóquela una compresa perineal limpia y fíjela. Ayude a la paciente a adoptar una postura cómoda. Descríbalo todo en su hoja de curso de enfermería.

Control de la hemorragia puerperal:

Supongamos que el control de los loquios revela una hemorragia puerperal excesiva. Ante todo, asegúrese que la vejiga de la paciente está vacía, y aplíquese un masaje en el fundus tal como se ha explicado. Si estas medidas no dan resultado, notifíquese al médico, que para tratar este proceso puede ordenar uno de estos fármacos:

Maleato de metilergometrina⁸(la metilergometrina es un derivado semisintético del alcaloide natural ergometrina).

Indicaciones posparto:

Para prevenir o tratar la hemorragia causada por atonía o subinvolución uterinas.

Dosificación:

0,2 mg por vía intramuscular cada 2-4 horas después de la expulsión de la placenta (máximo 5 dosis).

En las hemorragias uterinas importantes u otras urgencias que comprometan la vida de la paciente :0,2 mg por vía endovenosa administrada lentamente (durante un mínimo de un minuto). La dosis intravenosa puede diluirse hasta 5ml con una solución de cloruro sódico al 0,9%.

Después de la dosis intramuscular o intravenosa inicial, puede administrar 0,2-0,4 mg por vía oral cada 6-12 horas durante un periodo de 2-7 días.

Efectos colaterales:

Nauseas y vómitos; dolor uterino tipo cólico; hipertensión; frialdad de las extremidades.

Observaciones de enfermería:

- **No los administre a pacientes con sensibilidad a los preparados de ergotamina.**

No los administre antes de la expulsión de la placenta.

Examine el fármaco antes de administrarlo: deséchelo si muestra decoloración.

- Adminístrelos solo como último recurso en el caso de pacientes con alteraciones o enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedad o deterioro hepático o renal o sepsis.
- Adminístrelos con precaución si los combina con anestésicos regionales, dopamina y oxitocina intravenosos: puede provocar una vasoconstricción excesiva.
- Al administrarlos, controle cuidadosamente la tensión arterial, frecuencia del pulso y contracciones uterinas. Espere una respuesta inmediata de la paciente a la inyección intravenosa; el efecto se demorará 2-5 minutos tras la inyección intramuscular y 5-10 minutos después de la administración oral.

⁸ Metilergobasina es el nombre que la dan ⁸ J. Florez, Armijo y Mediavilla en FARMACOLOGÍA HUMANA, Eunsa . Pamplona 1.983;p 525

La respuesta puede durar 45 minutos tras la administración intravenosa y 3 horas o más en caso de administración intramuscular.

- Informe de los cambios súbitos en los signos vitales, periodos frecuentes de relajación uterina y variaciones en el aspecto o cantidad de la hemorragia uterina.
- Disminuya la dosis, según orden médica, si aparecen dolores cólicos abdominales intensos.
Mantenga el calor corporal de la paciente.
- Guarde las formas inyectables de estos fármacos a temperatura ambiente.

Oxitocina sintética:

Indicaciones posparto:

Para reducir la hemorragia tras la expulsión de la placenta.

Dosificación:

De 1 a 4 ml (10-14 U) diluidos en 1.000 ml de glucosa al 5% en agua o en una solución de cloruro sódico al 0,9%. Debe administrarse por vía intravenosa al ritmo de goteo necesario para cohibir la hemorragia, o por vía intramuscular a dosis de 0,3-1 ml (3-10 U).

Efectos colaterales:

Rara vez puede producir hipotensión excesiva; acción antidiurética con intoxicación hídrica si se acompaña de infusión elevada de líquidos.⁹

Observaciones de enfermería:

- No la administre simultáneamente por más de una vía.
- Antes de su administración por vía intravenosa, distribuya el fármaco en la solución diluyente haciendo girar suavemente el frasco o bolsa intravenosa.
- Controle y anote las contracciones uterinas, signos vitales y cantidad y calidad de la hemorragia uterina.
- Guarde los preparados inyectables de oxitocina a temperatura ambiente.

⁹ J. Florez, Armijo y Mediavilla en FARMACOLOGÍA HUMANA, Eunsa . Pamplona 1.983; p 524