

7-2



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO
PRENATAL Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO**

ESTUDIO MONOGRAFICO

**Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**p r e s e n t a :
CONCEPCION NERI ORTIZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION		Pág.
1.-Conceptuaciones de la Asistencia Prenatal		2
2.-Objetivo general y específicos del estudio.....		3
3.-Antecedentes históricos de la Asistencia prenatal en México.....		5
4.-Participación de enfermería en los programas de Atención Prenatal en los aspectos de:		
4.1.-Diagnóstico del embarazo.....		9
4.2.-Estudios de laboratorio y gabinete.....		16
4.3.-Vigilancia médica periódica.....		18
4.4.-Detección de las necesidades generales de la embarazada:.....		20
4.4.1.-Nutricionales.....		20
4.4.2.-Emocionales.....		24
4.4.3.-Sueño, reposo, y ejercicio.....		24
4.4.4.-Vestido.....		25
4.4.5.-Protección específica de enfermedades.....		28
5.-Visita domiciliaria de enfermería a la embarazada.....		34
6.-Labor Educativa.....		39
6.1.-Hábitos higiénicos personales.....		39
6.2.-Información respecto a evolución del embarazo y trabajo de parto.....		42

6.3.-Preparativos para la atención del parto.....50

**6.4.-Preparativos para la atención y cuidados
del recién nacido.....57**

CONCLUSIONES

SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

El trabajo que enseguida expongo es un tema frecuente e interesante por ser uno de los más comunes de la práctica diaria de la enfermera, ya que ésta es la primera que presta ayuda a la mujer desde su inicio -- del embarazo hasta el final de él; desempeñando una labor constante como aliada del médico, pues desde las épocas remotas ya se llevaba un control empírico.

Hoy en día se trata de llevar lo mejor posible -- una buena evolución del embarazo, preparando mejor a las enfermeras para la atención de la embarazada.

En este sencillo trabajo se expresan todos aquellos conceptos sobre la Asistencia Prenatal que son de orientación y utilidad para el bienestar de la madre y el recién nacido.

1.-CONCEPTUACIONES DE LA ASISTENCIA PRENATAL

---Son las orientaciones necesarias que se le proporcionan a la mujer embarazada, llevando por finalidad un estado óptimo de la salud de la futura madre y del producto.

---Permite a la mujer embarazada llegar al parto en condiciones óptimas, dispuestas a conducirse con la máxima tranquilidad e ilusionadas con la idea de tener un hijo en perfecto estado de salud.

---"Las actividades en materia de Atención Materno infantil para los próximos años, deberán buscar que cada madre goce de buena salud, tenga un parto normal, aprenda el arte del cuidado del niño y críe hijos sanos". (1)

1/ Septien González, José Manuel; Revista El Médico. "Atención Materno Infantil Integral".-- (S.S.A.), 1975, pág. 26.

2.-OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Que toda mujer embarazada desde el inicio de su gestación sea atendida tanto por el médico como por la enfermera, ya que de ellos se obtendrá una Atención Prenatal adecuada, medio indiscutible de disminución de la Morbimortalidad-Infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Que toda mujer embarazada comprenda el porqué del interrogatorio y de la exploración que se le efectúa en la primera consulta al médico.
- La importancia de acudir puntualmente a las consultas necesarias, para proporcionarle atención médica continua e integral, desde que se le diagnosticó su embarazo.
- Informarle a toda mujer embarazada la importancia del porqué una alimentación debe ser buena en calidad y no en cantidad.
- Instruir a la mujer embarazada respecto a la higiene personal, del vestido y de los ejercicios que pueda realizar.
- Descubrir y tratar oportunamente las enfermedades exclusivas del embarazo, concomitantes o ambas.
- Tratar de solucionar los problemas físicos y psicológicos que presenta la mujer durante su gestación.
- Que la mujer embarazada conozca cuales son las manifestaciones normales del embarazo desde su inicio.

- Preparar a la embarazada para que su parto ocurra en condiciones óptimas.

- Promover la educación sanitaria integral instruyendo a los padres acerca de la evolución del embarazo, parto y puerperio así como el cuidado del recién nacido y además las normas de higiene y alimentación tanto en la madre como en el recién nacido.

3.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ASISTENCIA MEDICA PRENATAL EN MEXICO.

En las sociedades antiguas las madres ayudaban a sus hijas en la atención del parto. En México en el período Precortesiano (inicia con el siglo VII y termina en la conquista - Española) a la partera o comadrona se le llamaba Tlanatquiti citl, quienes para poder trabajar en ésto, se adiestraban -- con otras parteras más antiguas; las instruían para que supieran dar consejos anticipados con los que se preparaba a las parturientas.

Sabían atender tanto el embarazo como el parto y el --- puerperio; se acostumbraba a llevar a las embarazadas a los temascales (temaxcalli) para que sudando se desembarasaran - de los malos humores.

Daban los siguientes consejos a las futuras madres:

- a).-Que no se calentaran mucho al fuego, para que no tostaran a la criatura.
- b).-Que no durmieran en el día, para que no naciera deforme de la cara.
- c).-No masticar chicle negro, porque podía enfermarse de endurecimiento del paladar y engrosamiento de encías, pues en ese estado no podría comer y moriría de hambre.
- d).-Que no tuviera disgustos ni preocupaciones, que se le -- evitara impresiones fuertes porque podría abortar.
- e).-Ordenaban a la familia y especialmente al esposo, que le diera todo lo que se le antojara, para no ocasionar al - producto grave daño.
- f).-Prohibía a la embarazada ver todo lo que tuviera color -

rojo, porque ésta era la causa de que el niño naciera de lado.

- g).-No debería comer tierra, porque daría a la criatura - algún defecto corporal.
- h).-Aconsejaban a la gestante que en los primeros meses - del embarazo, cohabitara con su marido moderadamente, sin dejar de ejercer tal función, porque faltando del todo, la criatura nacería enferma y de poca fuerza.

Cercano el tiempo del parto, prohibían todo contacto sexual, para dar facilidad al parto y decían que para que el feto no se diera cuenta del acto y después lo narrara.

Recomendaban una buena alimentación, reposo físico y moral, moderación en el trabajo manual, sobre todo en los últimos meses que era la época en que la embarazada corría a cargo de la partera.

Al iniciarse el parto lavaban a la embarazada enjabonándole bien sus cabellos y arreglaban perfectamente con limpieza la recámara en donde iba a dar a luz. Al regularizarse los dolores le daban un baño y oportunamente la hacían beber la raíz molida en agua de una planta llamada Cihuiptli, que gozaba de la propiedad de empujar al feto hacia fuera; el cordón umbilical era cortado con las uñas o con un pedazo de ocote, nunca con un instrumento de metal, porque decían que el metal era frío y le hacía daño al niño.

Mientras la placenta no era expulsada se ataba el cordón al muslo de la paciente, para que no subiera e hiciera difícil la expulsión; pero una vez expulsada, se le en

terraba profundamente como si fuera el mismo feto, porque decían que era parte del cuerpo de aquel individuo.

Terminado el parto se dejaba a la madre acostada, diciéndole que guardara quietud por lo menos cuatro días y se le acostumbraba vendarla por el vientre.

En el período Colonial, la obstetricia durante muchos años o quizás siglos de este período, solo fué ejercida empíricamente por las religiosas pero sin conocimientos técnicos al respecto.

En esta época no se contaba con la Asistencia Prenatal, la futura madre llegaba al parto sin atención médica, solamente se llamaba a la comadrona en los partos normales, ya que para los partos difíciles las mujeres estaban demasiado tiempo en trabajo de parto hasta morir; esta deficiencia de la Asistencia Prenatal dependió por la falta de conocimientos de Anatomía y Fisiología del embarazo.

Durante el siglo pasado perdieron terreno las partes por la combinación del médico-enfermera y medios hospitalarios modernos. Entonces se pensó en que las comadronas deberían mejorar su educación y práctica obstétrica para obtener el conocimiento de la profesión médica.

Actualmente se les exige una preparación adecuada quienes quieren ejercer la obstetricia, deberán tener conocimientos de primaria y secundaria antes de cursar la carrera de enfermera general, más un curso de especializa-

ción de 2 años.

No obstante las parteras empíricas de zonas rurales - suelen ser personas orgullosas e ignorantes que rechazan - las enseñanzas, de manera que el factor básico de la mayoría es brindarle una educación continua de los fundamentos de la clínica obstétrica moderna y Asistencia Prenatal Temprana.

4.- PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRENATAL EN LOS ASPECTOS DE:

4.1.-Diagnóstico de embarazo.

La labor de la enfermera en el consultorio de una clínica no substituyan al médico, pero complementan la labor del mismo y contribuyen a brindar asistencia Prenatal más amplia.

Desde que la paciente acude por vez primera a una clínica o a un médico, es probable que sienta temor antes de su primera consulta, pero si ha sido tratada con cordialidad, lo habitual es que las veces sucesivas acuda a la clínica mejor dispuesta. La paciente no solo necesita que se le informe respecto a su estado, sino encontrar un ambiente de confianza y comprensión, por lo cual las enfermeras se hallan en situación excelente de hacerlo.

En muchas clínicas la obtención de antecedentes se haya a cargo de las enfermeras, lo que les proporciona oportunidad para interrogatorios de carácter íntimo, exponiendo a la interesada las razones para obtener esos datos informativos lo cual eliminará sus temores y servirá para conseguir sus cooperación.

La historia médica y obstétrica tiene la finalidad de proporcionar al médico un registro exacto de los antecedentes de la paciente y su estado actual. El interrogatorio debe ser ordenado y sistemático y se deben anotar los antecedentes personales y familiares con especial referencia a toda enfermedad que podría influir sobre el embarazo.



La primera consulta al médico debe hacerse a las dos faltas de menstruación, para confirmar el diagnóstico del embarazo.

(Salvat "El Nacimiento de un Niño").

Una parte de éste interrogatorio concierne al ciclo menstrual de la paciente, teniendo una especial importancia los siguientes datos:

- ¿ A qué edad comenzó a menstruar ?
- ¿ Sus ciclos son normales ?
- ¿ Sus períodos son regulares ?
- ¿ Son dolorosos ?
- ¿ Es muy abundante o escasa su menstruación ?
- ¿ En qué fecha terminó su último período menstrual ?

Esta última pregunta servirá para estimar la fecha probable del parto.

En términos generales el embarazo dura de 38 a 42 semanas que es equivalente de 266 a 280 días. Cualquier fecha que se fije para el parto, será solamente aproximada ya que la fecha probable del parto suele estimarse por la regla de Nägele, en la cual se suman 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación, se le restan 3 meses a la nueva fecha y se le suma un año, no obstante -

puede haber error de una a dos semanas.

A veces la paciente no recuerda la fecha de su último período menstrual o presenta alteraciones en su menstruación, sin ésta fecha el médico puede emplear varios métodos para estimar la edad del producto. Muchos de los métodos se basan en las mediciones del abdomen de la madre --- cuando ésta cursa desde su segundo trimestre en adelante, pero cuando no ha pasado del primer trimestre, el médico se basa en las manifestaciones de presunción, de probabilidad y pasando del segundo trimestre de certeza.

Antes de que el médico realice la exploración o reconocimiento clínico a la embarazada, la enfermera le tomará peso y talla y la acompañará a la sala de reconocimientos, donde le proporcionará una bata y le indicará que se desnude por completo. Le ayudará a subir a la mesa de exploración y le pedirá que se acueste sobre su espalda en posición horizontal y se cubrirá a continuación con una sábana. La enfermera estimará la presión arterial, pulso y temperatura.



Es indispensable que la enfermera tome peso y talla desde el inicio del embarazo.

(Ibiden 65)

Durante la exploración clínica que realiza el médico, - la enfermera permanecerá al lado de la embarazada y anotará todo lo que éste observe y desee que se registre, una vez - terminado el reconocimiento se le ayuda a bajar de la mesa, se espera a que termine de vestirse y se le dan instruccio- nes referentes a la fecha en que debe volver a la consulta.

Manifestaciones de Presunción y de Probabilidad.

Aunque en realidad todas éstas manifestaciones concier- nen al médico para diagnosticar el embarazo, es muy impor- tante que toda enfermera deba tener en mente todos estos co- nocimientos para que así le explique a la embarazada el por- qué de un interrogatorio y una exploración detallada.

Durante el primer trimestre no hay manifestaciones de - certeza del embarazo; hay manifestaciones de presunción y - de probabilidad, pero no de certeza, de tal manera que des- de el punto de vista únicamente clínico, no podríamos noso- tros incluir el diagnóstico de embarazo con certeza absolu- ta.

Las manifestaciones de presunción: son los síntomas sub- jetivos que presenta la mujer durante sus tres primeros me- ses, es decir: amenorrea, alteraciones en su aparato diges- tivo, urinario, sistema nervioso, en sus mamas. Cuando és- tos datos subjetivos se recaban; entonces son manifestacio- nes de Presunción: ptialismo, sialorrea, náuseas, vómitos - sobre todo matutinos, en ayunas, constipación, polaquiuria, - cierto adolorimiento de las mamas, hiperpigmentación de la- aréola primaria, hiperirritabilidad del pezón, la aparición de tubérculos de Montgomery, la aparición de la red venosa

de Haller y más tardíamente la aparición de la areóla secundaria.

Las manifestaciones de Probabilidad: se recogen a nivel del aparato genital y son signos subjetivos: los cambios mamarios, cuando los comprobamos objetivamente, pasan a ser signos de probabilidad, así como la secreción de calostro por los senos que aparece más o menos a la 9a o 10a semanas de embarazo; la mama puede ser exprimida y se extraerá un líquido seroso, turbio, escaso, llamado calostro. Estas manifestaciones son de probabilidad y no de certeza, por la sencilla razón de que pueden ocurrir fuera del embarazo.

A nivel de los órganos genitales, un tinte violáceo o morado de la pared vaginal (signo de Chadwick), el reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino (signo de Godel), el aumento de éste, su forma que cambia de periforme a esfenoideal en los primeros dos meses y después se hace ovoide; el reblandecimiento a nivel del istmo uterino (signo de Hegar); los cambios de consistencia que traducen actividad del cuerpo uterino (signo de Braxton-Hicks); la percepción del pulso de la madre en uno de los fondos de saco laterales de la vagina (pulso vaginal de Ossiander). Estas manifestaciones se investigan haciendo una exploración genital, que es bimensual. Desde luego, simplemente al separar los labios para observar el introito vaginal ya se vé el tinte violáceo de la pared vaginal, se introducen los dedos a la vagina y se siente que está reblandecida, todos los tejidos están blandos, perfectamente depresibles, se pueden llevar las pare--

des vaginales hasta las paredes óseas de la pelvis con cierta facilidad y ligeras molestias o nulas.

Por lo tanto, en presencia de una mujer con amenorrea - que tiene los cambios subjetivos y objetivos mencionados, -



Es importante que la embarazada entienda el porqué de la exploración física y del interrogatorio detallado.

la probabilidad de que esté embarazada es casi una certeza. Desgraciadamente no siempre aparecen todas las manifestaciones que se han mencionado; una mujer que tiene amenorrea, - ligera indisposición digestiva y los signos mencionados anteriormente se encuentran dudosos, no podemos concluir que esté embarazada.

Manifestaciones de Certeza.

Lo que verdaderamente constituyen signos de certeza en el diagnóstico de la embarazada son: la comprobación objetiva de las manifestaciones subjetivas de crecimiento progresivo del vientre y de muestras de actividad vital del feto: movimientos fetales y latidos del corazón fetal, así como - la apreciación objetiva del signo de Braxton-Hicks.

La apreciación de movimientos fetales, aparte de poder ser subjetiva, puede ser objetiva a través de la palpación, cuando se está palpando el vientre puede sentirse de repente un movimiento de alguno de los miembros del producto. En tonces este signo es inequívoco porque ningún proceso que - no sea el embarazo lo dá; pero los movimientos fetales pueden ser un fenómeno que se compruebe también por inspección y auscultación abdominales.

La percepción del latido fetal con el estetoscopio de - Pinard aplicado sobre el vientre de la mujer, es un signo - de certeza inequívoco, teniendo precaución de que siempre - que auscultemos los latidos fetales, cuando menos tomar por un momento el pulso radial de la madre con objeto de apreciar que es claramente un ritmo diferente.

Otra cosa de certeza es la comprobación objetiva del -- signo de Braxton-Hicks; el hecho de que nosotros toquemos - una "bola" dentro del vientre, y de repente esa bola se pone dura y sobresale al ponerse rígida, esto no ocurre mas - que con la matriz, de manera que no puede ser otra cosa que un embarazo.

4.2.-Estudios de Laboratorio y Gabinete.

Al comienzo del embarazo están indicados los análisis de laboratorio siguientes: determinación de la concentración de hemoglobina y hematocrito, análisis que se repetirá oportunamente a las 32 semanas de gestación, o cuando el médico lo considere necesario.

Si fuera anormalmente baja en cualquier momento, estarán indicadas una ulterior valoración hematológica y un tratamiento adecuado. Por lo regular, la ley exige una prueba serológica para la sífilis, la infección materna con paso de espiroquetas a través de la placenta puede provocar una sífilis congénita con posible morbilidad fetal, de carácter grave e incluso la muerte. Una vez descubierta esta enfermedad suele ser fácil de tratar y es posible erradicarla. En vista del actual recrudecimiento de la sífilis contagiosa es a veces aconsejable repetir las pruebas serológicas cuando ingresa la paciente para el parto, siendo importante la determinación del Rh materno y su grupo sanguíneo. Si el Rh de la madre es negativo se intentará la determinación de anticuerpos anti-Rh.

La orina preferentemente correspondiente al chorro medio, será analizada en busca de glucosa y albúmina, esto se hará en el momento de la visita inicial y por lo menos otras dos o tres veces más durante el embarazo. Ha sido una mera costumbre comprobar la posible presencia de albúmina en cada visita en un intento por descubrir precozmente una preeclampsia; sin embargo es del todo desusado que la albuminuria causada por la preeclampsia antecede a la elevación de-

la presión sanguínea y al edema.

Es más importante para la detección precoz de la pre-eclampsia que el médico preste atención a cualquier incremento de la presión sanguínea y aumento de peso súbito de la embarazada. La bacteriuria se investigará en toda mujer que presente cualquier síntoma que sugiera la posibilidad de una infección del tracto urinario o que haya tenido con anterioridad una infección de las vías urinarias.



Para que no surjan complicaciones en el transcurso del embarazo, es imprescindible que se pongan en marcha controles prenatales adecuados.

La toma de presión arterial y el análisis de orina en busca de albúmina o glucosa deben efectuarse una vez al mes.

(Ibiden,62)

4.3.-Vigilancia Médica Periódica.

La embarazada deberá hacer sus visitas al consultorio o a la clínica una vez por mes durante los primeros cinco meses y después serán más frecuentes para que durante el último mes sean semanalmente; siendo los procedimientos básicos en cada visita los siguientes puntos:

- Preguntar a la embarazada acerca de su estado general y por cualquier molestia que haya tenido.
- Pesarla y registrar el resultado en la hoja clínica haciendo una comparación con la curva promedio estándar y de acuerdo con ello se tomarán las medidas para aumentar o disminuir el peso.
- Investigar proteínas y glucosa por medio de una muestra de orina.
- Registro de los signos vitales y en especial de la tensión arterial.
- Exámen abdominal: medir y anotar la altura del útero, así mismo, se describirá cualquier anomalía después de la 20a semana, se determinará la situación del feto y se auscultarán los latidos de éste. A partir de la 32a semana se harán además de lo anterior una estimación de la probable presentación y si existe abocamiento o encajamiento y del probable peso fetal.
- La exploración vaginal puede realizarse prácticamente en cualquier momento del último mes del embarazo (siempre en presencia de la enfermera o algún familiar) excepto si hay sangrado para:

- a).-Confirmar la presentación.
- b).-Establecer la altura.
- c).-Determinar las condiciones del cérvix.

Estos datos adquieren mayor importancia cuando el parto es inminente o se plantea la posibilidad de una inducción.

---Repetir las determinaciones del hematocrito y de hemoglobina alrededor de la 32a semana de gestación. Si existe anemia debe seguirse un tratamiento estricto para evitar complicaciones que podrían ser fatales tanto para la madre como para el producto.

Es indispensable la vigilancia médica periódica desde el inicio del embarazo.

(Danae "El Libro de la Madre y el Niño", 68).



4.4.-Detección de las necesidades generales de la Embarazada.

4.41.-Nutricionales.

La salud del hijo no solo depende de una buena alimentación de la madre durante el embarazo, sino también del estado nutricional materno antes de este período. Los estudios nutricionales realizados en mujeres embarazadas han demostrado la relación estrecha entre la dieta materna y el estado del niño al nacer. Así una futura madre desnutrida no estará en condiciones de proporcionar al producto en formación todo lo que éste necesita para su crecimiento y desarrollo. En nuestro medio por diversos factores socio-económicos y culturales, un gran porcentaje de las mujeres gestantes no se nutren adecuadamente.

Por esto es importante vigilar la alimentación de la embarazada, considerando que debe incluir en la dieta los nutrientes que necesita su producto, restituyendo principalmente déficits de proteínas, calorías, hierro y vitamina C, teniendo en cuenta su "masa total viviente" en el cálculo de la dieta.

Una vez que la mujer entra en etapa de la gestación es conveniente orientarla en los puntos que debe vigilar en su alimentación eliminando aquéllos conceptos falsos que carecen por completo de bases científicas.

Entre éstas sobresale la idea de que una mujer embarazada debe "comer por dos" y al respecto es conveniente mencionar que en su alimentación debe prestarle más atención a la calidad que a la cantidad de los alimentos; es decir, re

comendarle alimentos de alto valor nutritivo, tales como -- las proteínas, limitándose al consumo de alimentos sin va-- lor nutritivo.



La embarazada debe prestarle más atención a la calidad que a la can- tidad de los alimentos.
(Ibiden,25).

La desnutrición materna predispone a complicaciones como edema, parto prematuro y anemia.

Las vitaminas y minerales también se recomiendan aumentar su consumo. Dentro de los minerales debe tenerse especial atención el calcio y el hierro, pues sus necesidades aumentan considerablemente. En cuanto al calcio, la madre debe mantener al máximo sus reservas consumiendo alimentos como la leche que tiene una relación calcio-fósforo de alto valor nutritivo. Los requerimientos del hierro en la mayoría de las embarazadas no se satisfacen plenamente con la dieta habitual, por ello con frecuencia debe añadirse hierro medicinal durante el último trimestre sobre todo en el caso de las multíparas, así mismo se recomienda reducir el consumo de sal.

Es conveniente vigilar el aumento de peso, el cual deberá incrementarse entre los 9 y 12 kg. al final del embarazo controlando el consumo de grasas y carbohidratos cuando estos se vean considerablemente aumentados.



Hay que vigilar todo aumento de peso excesivo, o el que se produzca - antes del tercer mes.

(Ibiden, 97).

4.42.-Emocionales.

Aunque el estado mental de la madre no puede afectar a las condiciones físicas del niño, ésta deberá evitar toda irritación nerviosa, fatiga innecesaria y exceso de reacciones emocionales no solo en su propio beneficio sino también en el de los que la rodean.

La forma característica de reacción emocional durante el embarazo y después del mismo es modificable por la personalidad de cada mujer; algunas mostrarán exageración notable de algunos caracteres de la personalidad, en tanto que otras no mostrarán cambios. En términos generales la enfermera deberá estar preparada para enfrentarse al "cuadro" característico de cada mujer durante el parto y ayudarlas a comprender que sus sentimientos no son anormales y que se normalizarán en breve.

4.43.-Sueño, Reposo y Ejercicio.

Las mujeres embarazadas necesitan dormir y reposar en una habitación bien ventilada, especialmente en las últimas semanas, hay que indicarles la conveniencia de dormir 8 horas como mínimo, debido a que el embarazo provoca fácilmente fatiga.

La cantidad y clase de ejercicio de la embarazada dependerá primordialmente de sus hábitos, nunca deberá llegar a fatigarse; sin embargo tan pronto comience a sentir can--

sancio, lo mejor será que se limite. El mejor ejercicio es la "caminata" salvo en condiciones de mal tiempo. Deberá -- prescindir de toda actividad que requiera levantar objetos pesados, estirarse demasiado o esforzarse por alcanzar algo; así como la carrera, el tenis, la natación, etc., porque durante los tres primeros meses existe siempre el riesgo de abortar, si se practican con exageración.

Lo médicos prohíben sobre todo los viajes en motoci--cleta y a veces en automóvil, ya que la vibración, los ba--ches y los saltos bruscos son nocivos para el producto, es--pecialmente durante la primera fase de su desarrollo; aun--que a partir del octavo mes también se corre el peligro de--que el feto se desprenda antes de tiempo.

En las últimas semanas del embarazo no conviene via--jar pues se corre el riesgo de traer un niño al mundo en lugares y condiciones desfavorables.

4.44.-Vestido.

Los vestidos para embarazadas deben ser atractivos,--prácticos y cómodos al mismo tiempo, la clase y cantidad de ropa que use será de acuerdo a la estación y el clima.

Cualquiera que sea el vestido que use deberá ser de--

preferencia sujeto sobre los hombros, sin tira constrictora a nivel del vientre.

Las mujeres que por consejo del médico tienen que llevar forzosamente una faja de maternidad, deben observar lo siguiente: la faja no debe apretar los muslos ni el estómago, debe estar bien acoplada sobre el vientre para que quede suelta llegando hasta el hueso del pubis. Debe estar con feccionada con un buen material elástico y poseer en el centro o en los lados algún dispositivo que permita aumentarla de talla.

El sostén debe tener una copa espaciosa y unos tirantes suficientemente largos o elásticos para que no opriman el pecho en lo más mínimo. Es preferible un sostén graduable por la espalda y provisto de cierre delantero el que se podrá usar también durante el período de lactancia del niño.

Sólo con unos zapatos adecuados se puede permanecer de pie con comodidad. Los tacones no deben ser demasiado finos ni más altos de 5 cms.; los zapatos más cómodos son los de tipo deportivo, con tacón ancho y no muy alto ya que durante este tiempo el pie tiene que soportar mas peso y por esto el zapato debe ajustarse bien pero sin apretar demasiado.

Las modernas medias protectoras se han popularizando entre las futuras madres ya que protegen contra las várices y son muy beneficiosas para las mujeres que deben permanecer muchas horas de pie, pues evitan el cansancio gracias a la acción del permanente y suave masaje que ejerce sobre la pierna su ajustado tejido.



El embarazo no es una excusa para abandonar la apariencia externa sino, al contrario, una razón para extremar la atención en todo lo referente a este tema; un punto muy importante es la -- elección de zapatos adecuados al embarazo.

(Ibiden, 88).

4.45.-Protección Específica de Enfermedades.

El médico debe conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos y enfermedades que se hayan padecido en anteriores ocasiones así como las enfermedades hereditarias que puedan repercutir en la evolución del embarazo y de esta forma se estará preparando para salir al paso de cualquier complicación inesperada durante el parto.

Los antecedentes ginecológicos los vamos a dividir en fisiológicos y patológicos.

Entre los fisiológicos nos corresponde conocer la historia menstrual de la mujer; fecha de menorrea, ritmo menstrual, duración de la menstruación, cantidad, si la menstruación ha sido dolorosa o nó, etc. Muchos transtornos menstruales son la manifestación exterior de alteraciones orgánicas, y que pueden ser causa de trastornos en el curso del embarazo actual. La fecha de iniciación de las relaciones sexuales también tiene importancia. Si es el primer embarazo después de 10 años de matrimonio, quiere decir que la mujer posiblemente tenga en su aparato genital alteraciones que causaron la esterilidad durante 10 años, pero esas alteraciones pueden subsistir y producir algún transtorno en el embarazo actual; tal es el caso de una hipoplasia genital que produce esterilidad y de repente hay un embarazo, y nosotros vamos a estar alerta en este caso para hacer un exámen genital -- mas cuidadoso y determinar si existe esta hipoplasia, porque si no hacemos esto la mujer puede abortar dentro de

un mes o dos.

En los antecedentes ginecológicos patológicos, nos interesa fundamentalmente la existencia de escurrimientos genitales anormales; sea sangrado anormal, sea escurrimiento purulento por infección o por infestación genital de vagina, cuello, genitales superiores; el antecedente de este tipo de escurrimientos puede demostrar también alteraciones en el aparato genital de la mujer que puede repercutir seriamente sobre el embarazo actual, lo mismo se diría sobre operaciones ginecológicas previas como la -- histeropexia o fijación del utero a la pared abdominal anterior porque haya tenido retroversión, entonces nosotros vamos a estar alertas porque la histeropexia que fija el utero directamente a la pared abdominal, crea condiciones en las que el utero va a encontrar grandes dificultades para crecer correctamente durante el embarazo, y con muchísima frecuencia los embarazos que suceden a las histeropexias van a ser abortados en el curso de los primeros meses, lo que va a ser muy importante para la vigilancia del embarazo actual.

Los antecedentes obstetricos tienen una enorme importancia; en ello vamos a investigar la cantidad, la calidad y la evolución que ha tenido cada uno de los embarazos anteriores, igualmente todos los antecedentes hemorragias durante embarazo, puerperio, accidentes traumáticos, partos distócicos, infecciones, etc., si por ejemplo -- nos encontramos ante una mujer que cursa su cuarto emba-

razo, por lo cual decimos que es multípara, pues ya ha tenido tres hijos y ya no nos preocupamos de las dimensiones de la pelvis ni de la cabeza del producto; pero si le preguntamos a la mujer cuanto han pesado sus hijos y nos contesta que dos kgs, y por la exploración calculamos que que el producto actual pesa 3 kgs o más, para nosotros es como si fuera el primer embarazo (desde el punto de vista de dimensiones feto-pelvicas), aún cuando vivan los otros tres niños.

Ciertas enfermedades que sufra la embarazada tienen más importancia que otras, bien para su propia salud o bien para la de su futuro hijo.

La mujer que padezca del corazón con una cardiopatía demostrada, como por ejemplo fiebre reumática o una insuficiencia derivada de esta enfermedad, debe tener especial cuidado y ser vigilada muy estrechamente por el médico, porque la sobrecarga que supone el embarazo para el trabajo del corazón puede ser fatídica sobre todo durante el parto.

Las enfermedades del riñón requieren cuidados especiales y también entrañan un riesgo tan importante como las del corazón.

Las infecciones de cualquier tipo pueden igualmente motivar complicaciones a la embarazada y al producto. Entre las enfermedades crónicas más importantes en tal sentido hay que señalar sobre todo la tuberculosis. Si --

una mujer con tuberculosis activa no tratada no ha podido evitar el embarazo que sería lo más aconsejable, debe seguir durante el mismo un tratamiento adecuado, ya que no solo su organismo sufrirá mas en esta época, sino que el feto puede infectarse y nacer el niño con una tuberculosis congénita.

Igual hay que decir sobre las enfermedades venéreas sobre todo la sífilis, en los últimos tiempos ha experimentado u aumento en cuanto al número de niños infectados en el claustro materno, con terribles consecuencias después de que la penicilina había mejorado las estadísticas de morbi-mortalidad neonatal.

Las infecciones agudas tienen también gran importancia sobre todo las ocasionadas por virus como la gripe; pero sobre todas hay que resaltar la influencia negativa de la rubeóla, puesto que aún siendo una enfermedad benigna que ataca sobre todo a la enfermedad infantil, pero cuando se infecta la embarazada antes del cuarto mes sobre todo del segundo al tercero, causa al producto lesiones gravísimas en los oídos, ojos, corazón y otros órganos.

Anteriormente se veía que las mujeres diabéticas abortaban con mayor facilidad debido a los problemas o trastornos metabólicos que presentaban. Como muchas personas padecen esta enfermedad sin saberlo, el análisis de orina se hace completamente necesario así como la glicemia. Gracias al descubrimiento de la insulina así como de

los hipoglucemiantes orales y con el reconocimiento médico-periódico es posible que hoy en día, cualquier madre diabética pueda tener hijos sanos.

A veces (por motivo de un accidente) puede ser necesario someter a una mujer embarazada a un exámen de rayos X - en este caso sobre todo si la mujer se halla en los primeros meses de gestación, el médico tomará precauciones o evitará las irradiaciones innecesarias ya que pueden perturbar el desarrollo de las células del feto, originando así, malformaciones y anormalidades.

El empleo de los rayos X no es tan peligroso en los últimos meses del embarazo, aunque siempre debe tenerse en cuenta la influencia de las radiaciones en las funciones ováricas.

Las mujeres habituadas a fumar deben de ser advertidas de los daños que causa la nicotina en el embarazo. La placenta no puede filtrar esta materia venenosa que penetra en el ciclo circulatorio del producto en formación lo cuál da como consecuencia que la madre obtenga niños de bajo peso al nacer.

El Dr. Mario González Ramos jefe de la Unidad de Genética Clínica del Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (+) precisó que: " Las características que presentan los hijos de madres alcoholicas, - son el retardo del crecimiento pre y postnatal; alteracio-

nes craneofaciales en forma asimétrica, trastornos en los miembros superiores e inferiores, así como retardo mental -- (en grado mayor o menor), sin descartar el desarrollo de -- malformaciones de origen cardiovascular.

Luego señaló que el tratamiento que reciben los pequenos después de nacer, son de rehabilitación, tanto en el aspecto psicológico, así como físico de las extremidades y -- del cráneo, ya sea por medio de cirugía plástica o bien por métodos científicos. También comentó que las madres que por diversas causas desarrollen algún grado de alcoholismo crónico, corren el riesgo de procrear hijos con malformaciones y que el punto más importante o actividad que desarrolla el genetista es concientizar a la madre del daño que le causa el alcohol y de las alteraciones que sufre el producto du--rante el embarazo".

(+) Tomado de el "Heraldo de México"

6 de Enero 1979, pag. 4A.

5.-VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA A LA EMBARAZADA.

Durante la visita domiciliaria se le informará a la futura madre sobre la evolución anatómica y fisiológica de su organismo, las complicaciones que le pueden suceder, -- los cuidados que debe tener como veremos más adelante y además se le informará sobre las manifestaciones de comportamiento del recién nacido para que no se angustie por un detalle sin importancia y en cambio tenga presente otros-- que puedan ser fundamentales para descubrir una anomalía grave.

Dichas manifestaciones son las siguientes:

Respiración.

La respiración del niño durante el primer mes de su vida puede ser irregular, rápida y superficial por momentos-- y en cambio, en otros lenta y profunda o con pequeños períodos en que la interrumpe por completo para volver a reanudarla sin que por ello sea anormal.

Llanto.

El llanto de los niños es muy variable en cuanto a la intensidad y otras características. Lloran cuando tienen hambre, sed, frío o cualquier otro malestar; algunos lloran durante períodos prolongados sin causa aparentemente.

Puede permitírseles que llore por algunos minutos sin que ocurra nada grave; sin embargo, si el recién nacido -- llora intensa y frecuentemente, habrá que explorarlo con cuidado para encontrar la causa del llanto.

Sobresaltos.

La mayoría de los recién nacidos se asustan fácilmente cuando escuchan un ruido intenso o si se les cambia brusca^umente de posición. Hay que explicar a la madre que esto no es anormal y que su sistema nervioso madurará progresiva^umente.

Evacuaciones.

En los primeros días de vida las evacuaciones son meco^uniales (color verde oscuro, pegajosas y escamosas). Poste^uriormente se vuelven transicionales, de pardo a verde y po^udrán contener algunos restos meconiales; evolucionando has^uta lo amarillo oro pastoso.

Cuando los lactantes son alimentados con leche materna evacúan de 2 a 6 veces al día. En cambio cuando son alimen^utados con leche de polvo, evaporada o pura de vaca, las -- evacuaciones son menos frecuentes y abundantes; una o dos^u veces al día, de color amarillo pálido y más secas.

El niño al defecar se esfuerza y se le congestiona la^u cara; sin embargo ese esfuerzo es fisiológico y no se debe tratar de ayudarles con enemas, laxantes o supositorios.

Regurgitaciones.

Cuando se presenten se deberá investigar la prepara^ución de la fórmula láctea, respecto a sus proporciones y - cantidades, la posición del niño durante la alimentación, - si ha eructado al terminar la fórmula, etc., e instruir a^u la madre a corregir los defectos observados.

Cólicos.

El cólico es un episodio súbito en que el niño llora intensamente, agita sus extremidades, su cara se enrojece, el abdomen se distiende y el tono del llanto es más agudo; este episodio puede durar desde un minuto a varias horas y por lo regular ocurre siempre a la misma hora, ya sea al atardecer o por la noche; afortunadamente si no hay otra patología desaparecen poco a poco. La administración de antiespasmódicos o té caliente y el uso del chupón en algunas ocasiones como último recurso ayudan a la pronta desaparición del cuadro.

Ropa.

La ropa que use el recién nacido debe ser olgada, libre de resortes y listones; la que esté en contacto con la piel debe ser perfectamente de algodón. No hay que abrigarlo demasiado ni usar alfileres o lazos que lo compriman, así como tampoco gorros en la cabeza.

Ombigo.

La caída del cordón umbilical desecado se efectúa generalmente a los 10 a 12 días después del nacimiento, se deberá aplicar toques en la base del cordón con un antiséptico de preferencia incoloro como el benzal.

Hipo.

Es frecuente que después de comer aparezca como consecuencia de regurgitaciones de jugo gástrico al esófago o un poco más de aire en la cavidad gástrica.

Basta con sostener un momento al niño para que eructe, colocándolo en posición vertical, poniendo su cabeza sobre el hombro izquierdo de la madre con la cara de lado y darle ligeras palmaditas en la espalda hasta lograr que el niño eructe. También se le puede dar un poco de té caliente; la madre no debe preocuparse por esto ya que no es una complicación grave para el niño.

Estornudos.

Son frecuentes y normales, como consecuencia de un estímulo ocasionado por la presencia de secreciones mucosas en las fosas nasales; se le indicará que debe llevarlo al médico cuando éstos estornudos vayan acompañados de hipertermia, ya que puede tratarse de alguna patología del aparato respiratorio.

Baño.

Se efectuará diariamente de preferencia por la mañana, evitando enfriamientos, en caso de que por algún motivo no deba bañarse al niño, solo se le hará aseo parcial con --- aceite mineral o con agua templada en región glútea y genitales externos. Se deberá usar un jabón neutro.



Hay una manera de sostener al niño, muy sencilla, que no impide la libertad de movimientos y sin embargo es completamente segura: se desliza la mano izquierda por detrás de la espalda del niño y se le sujeta fuertemente por la parte superior del brazo izquierdo. De este modo, el niño puede apoyar la cabeza en el brazo de la madre y patear tan fuerte como quiera. Para bañar al niño boca abajo sirve el mismo sistema, pero al revés.

(Ibiden, 168).



6.-LABOR EDUCATIVA.

6.1.-Hábitos Higiénicos Personales.

En una embarazada todas las glándulas (también las sudoríparas) trabajan intensamente, por lo que no está demás utilizar con ésta época un desodorante suave además del baño diario. El uso de éste producto proporciona a la embarazada la sensación de estar aseada y fresca; con ello fortalece su autoconfianza, siempre tan propicia a decaer.

Un esmerado aseo exterior debe formar parte durante el embarazo del cuidado general del cuerpo. Deben utilizarse toallas y esponjas personales; el aseo íntimo tiene gran importancia por la mañana y por la noche se lavarán cuidadosamente con un buen jabón los órganos genitales externos y el ano.

Un esmerado masaje corporal además de ser constante, - dado con un cepillo seco o un guante apropiado, tiene varias ventajas: preserva de una transpiración exagerada, activa la circulación de la sangre refrescando el cuerpo y mantiene la elasticidad de la piel, esto último principalmente en la parte superior de los muslos y en los alrededores del vientre y el pecho tiene gran importancia, ya que en estas zonas del cuerpo es en donde aparecen más fácilmente las llamadas estrías o vívices del embarazo debidas a que la piel no puede resistir la elevada tensión que hacen los músculos abdominales. Estas vívices no desaparecen después del parto, sino que por lo regular quedan como cicatrices nacaradas y relucientes.

Durante el embarazo se deben cuidar las mamas desde un-

principio; sin perder nunca de vista su misión posterior respecto a la estética femenina. El mejor tratamiento consiste en lavarlas con agua caliente y acabar el baño con agua más fría procurando que no esté helada. Durante los siguientes meses puede efectuarse un masaje energético con un buen aceite protector para mantener bien formados los pezones.



El masaje corporal con un guante apropiado mantendrá la elasticidad de la piel y contribuirá a evitar las antiestéticas "estrías del embarazo", temibles sobre todo - en los alrededores del vientre y el -
pecho.

(Ibiden, 93).

A la hora de elegir los cosméticos muchas mujeres se encuentran con que durante éstos nueve meses, la piel es el problema número uno, a menudo se reseca demasiado y algunas veces muy pocas se engrasa en exceso. En cualquiera de éstos casos hay que buscar una solución. En la piel reseca y escamosa se suaviza cepillándola o tratándola a diario con leche de almendras y friccionándola con un aceite apropiado.

La piel gracieta no se dá con frecuencia en el embarazo, pero si por casualidad se diera el caso, puede utilizarse un jabón a base de azufre, un ligero masaje con cepillo y una aplicación general sobre el cuerpo de polvos de talco azufrado.

Las manchas oscuras (llamadas "máscara del embarazo o cloasma gravídico") se deben a un exceso de pigmentación, pero desaparecen después del parto; pueden disimularse casi por completo con un poco de maquillaje.

Generalmente los cabellos y la uñas pueden considerarse la segunda preocupación de la embarazada. Las uñas quebradizas o astillables se fortalecen rápidamente pintándolas con yodo incoloro; es preferible llevar las uñas cortas y perfectamente cuidadas evitando así el mal efecto que causan si están rotas o desiguales.

Los cabellos suelen volverse mates y quebradizos; un masaje con una buena loción capilar vivifica el cuero cabelludo y el cabello.

El uso del aire caliente del secador para el cabello debe evitarse en lo posible al final del embarazo, ya que no conviene sobrecargar la circulación sanguínea de la madre.

6.2.-INFORMACION RESPECTO A EVOLUCION DEL EMBARAZO Y TRABAJO DE PARTO.

Los dos primeros meses.

Antes de que una mujer esté segura de que espera un hijo ha transcurrido el primer mes del embarazo. Desde que sabe con certeza que está embarazada debe seguir con toda minuciosidad los consejos del médico, siempre que considere - tomar medicamentos se los prescribirá el médico orientándola que medicamentos debe tomar o no. Por lo general las mujeres embarazadas en éstos meses presentan mareos y vómitos al levantarse lo cual se puede suprimir tomando un vaso de agua templada o una galleta antes de levantarse. Debe evitar tener los pisos muy resbalosos porque pueden provocar - el aborto. Es prudente visitar al dentista para evitar dolores y caries durante los próximos meses.

Tercer Mes.

En este mes todavía no ha empezado a engordar y tampoco necesita comenzar la dieta propia del embarazo, debiendo tomar líquidos no sobrepasándose de 1 a 2 litros diarios.

Cuando existe estreñimiento puede recurrir a laxantes suaves que probablemente vencerán el estreñimiento. El ejercicio suave favorece la evacuación intestinal, por eso es - recomendable comenzar a adquirir el hábito del paseo durante la gestación.

No se debe comenzar aún la gimnasia del embarazo, puesto que el embrión podría desprenderse con facilidad y provocar un aborto, también conviene limitar la práctica del de-

porte. Se le prohíbe a la embarazada los baños de vapor y de aire caliente cubiertos, porque son fatigosos para el delicado ciclo vital de ésta.

Cuarto Mes.

Ahora comienza ya a ser difícil conservar el equilibrio psicológico, precisamente en esta época es importante la ayuda que pueden proporcionar las buenas amistades, las conversaciones amenas, una función de teatro o una cena agradable fuera de casa. Los cosméticos y además cuidados del cuerpo pueden hacer que la embarazada parezca tan agradable como siempre. Por tentador que resulte el cigarrillo ofrecido, es mejor rechazarlo ya que como sabemos, nos puede traer consecuencias para el producto como: bajo peso al nacer o en ocasiones partos prematuros.

Quinto Mes.

Ha llegado el momento en que las viejas faldas ensanchadas abase de cinturillas de goma elástica y los vestidos camiseros que se venían todavía aprovechando ya no sirven y resultan incómodos; ya no bastan los 10 cms. que se ha logrado ensanchar y no hay más solución que recurrir al vestido prenatal.

Si el médico lo aconseja se comprará una faja especial de embarazada; si no bastará con un portaliqas de la medida adecuada.

A partir de éste mes la futura madre deberá comenzar sus reconocimientos preventivos cada seis semanas como mínimo



Una mujer jamás renuncia a verse desde fuera. En su personalidad tienen igual importancia el - "cómo soy" y el "cómo me ven los demás". Esta aguda autocrítica, esta vigilancia atenta de todos los detalles, no deben fallar en la época del em barazo. (Ibiden, 78).

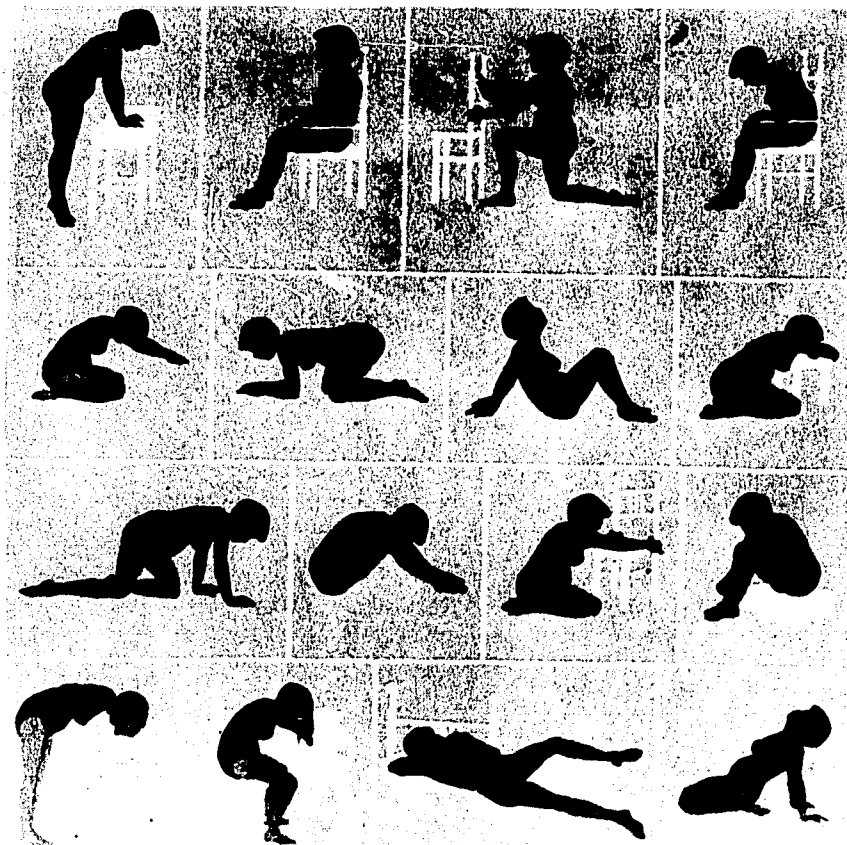
no; conviene presentar en cada visita un análisis de orina. El médico le indicará a la enfermera llevar un control de la presión arterial, el peso y el contorno de la madre.

Durante este tiempo, el feto comienza a hacerse notar moviéndose y dando ligeras patadas contra la pared del vientre de la madre.

Sexto Mes.

Entre el cuarto y sexto mes, la madre generalmente no suele tener problemas de salud. Las molestias características de los primeros meses del embarazo han desaparecido; -- por otra parte, el feto no tiene aún el tamaño necesario para ocasionar trastornos a la madre. A veces a causa del aumento de peso y del desarrollo del mismo, la madre puede sufrir várices.

Ciertos trastornos renales pueden manifestarse con -- una intensa y prolongada inflamación de tobillos, por lo cual debe consultarse al médico. Las hemorragias vaginales durante la segunda mitad del embarazo se deben siempre a algún trastorno serio; si la pérdida es notable hay que indicarle que guarde reposo y avisar enseguida al médico. En esta época segregan ya pequeñas cantidades de calostro. Este líquido se deposita en los pezones formando costras que conviene lavar cuidadosamente. Si la secreción es considerable, puede recurrirse a las compresas de gasa estéril las cuales se colocarán entre el sostén y el pecho.



**Preparación Psicofísica durante el Embarazo.
Ejercicios de gimnasia aconsejados.
(Salvat "El Nacimiento de un Niño", 127).**

Séptimo Mes.

Hay que realizar con toda seguridad la gimnasia del embarazo y sobre todo los ejercicios de respiración profunda. El cuerpo del feto principalmente la cabeza, oprime con --- fuerza las vías urinarias; la vejiga no puede distenderse y debe vaciarse a menudo; hay que evitar a toda costa el estreñimiento.

Al terminar este mes, el desarrollo del feto puede en lo fundamental darse por terminado. Si por casualidad el niño no naciera ahora, ya tendría posibilidades de sobrevivir -- siempre que se le proporcione los correspondientes cuidados.

Octavo Mes.

Durante los últimos tres meses del embarazo, la madre aumenta su peso a 500 grs. cada semana y el feto por sí solo aumenta 200 grs. por semana. Hacia el final de este mes debe pesar aproximadamente 2 Kg. y lógicamente sus posibilidades de sobrevivir en caso de parto prematuro son considerables.

Ya en ésta época hay que ir cuidando con más detalle - las mamas, sobre todo los pezones, que con mucha facilidad se agrietan y forman pequeñas úlceras, en cuanto el niño empieza a succionarlos con fuerza e incluso en mujeres con -- piel delicada y frágil aunque no amamanten a su hijo. Estas grietas son muy dolorosas y con facilidad se infectando lugar a Mastitis y abscesos.

Seis semanas antes del plazo calculado para el fin -- del embarazo, a más tardar debe suspenderse las relaciones sexuales del matrimonio, ya que existen ocasiones en que -- esa estimulación mecánica puede provocar el trabajo de parto.



"¡Ha crecido mamá!" Efectivamente el embarazo adelanta, y todos en la casa comparten el clima ilusionado de la espera.

(Danae "El Libro de la Madre y el Niño", 105).

Noveno Mes.

Al final del embarazo la cabeza del feto se sitúa en la pelvis menor. La matriz vuelve a una posición más baja y la respiración jadeante que sobrevenía con la consiguiente incomodidad siempre que se subían escaleras o se realizaba algún esfuerzo, comienza ahora a disminuir un poco.

Las visitas rutinarias al médico deben repetirse por lo menos cada semana. El desarrollo del feto concluye una semana antes del parto y ya no tiene tanta libertad de movimientos en el vientre de la madre; por lo general debe pesar como mínimo 2,400 grs.

Una madre precavida aprovecha el tiempo para preparar el equipo que debe llevar a la clínica. En una maleta pequeña pueden ir las cosas del futuro recién nacido y en otra maleta se colocarán los objetos personales de la madre.

6.3.- PREPARATIVOS PARA LA ATENCION DEL PARTO.

Cuando una mujer gestante a término se presenta a la clínica, hospital o maternidad será recibida por el médico, el cuál, tras informarse de cómo se han desarrollado los acontecimientos de su gestación y de su inicio de trabajo de parto, pasará a realizar la exploración mediante un buen lavado de manos y con guantes estériles; para ello la enfermera le indicará a la embarazada la posición que deberá tomar ante el médico, éste decidirá de si el parto está en marcha o por el contrario, ha sido una " falsa alarma ".



Auscultación del corazón fetal mediante un estetoscopio de Pinard; el latido fetal debe ser controlado antes y durante el parto a intervalos regulares. (Salvat, "El Nacimiento de un Niño, 85).

En el caso de que efectivamente la embarazada tenga -- que permanecer hospitalizada, de inmediato la enfermera debe proceder a preparar su correcta instalación, haciendo un -- buen lavado vulvo-perineal, rasurando el vello pubiano (tri cotomía), previo un buen enjabonado y pintando la zona am-- pliamente con una solución antiséptica, con el fin de evi-- tar cualquier contaminación que pudiera llevar a una infec-- ción del canal genital.

También la enfermera le deberá aplicar un enema para - el vaciamiento del intestino grueso, para evitar la defeca-- ción en el momento del nacimiento del niño. Efectuará un es tricto control de la tensión arterial, temperatura, pulso y respiraciones maternos y el latido cardiaco del feto, así - como el ritmo de las contracciones uterinas.

El médico encargado de asistir el parto visitará con - frecuencia a la embarazada para revisar los controles de la enfermera, observando personalmente el desarrollo del traba-- jo de parto, ayudando a la futura madre en el mismo y dando a la enfermera las indicaciones oportunas con objeto de que todo transcurra sin complicaciones de ninguna clase y a la-- vez con el menor esfuerzo posible tanto de la madre como -- del niño.

Cuando el médico a través del tacto observa que existe una dilatación completa del orificio cervical o sea que ya-- la embarazada se encuentra en período expulsivo; indica que se pase a la mesa de la sala de partos, en donde la enferme



Una vez preparada la embarazada por la enfermera, el médico efectúa un tacto vaginal para comprobar si hay dilatación del cuello uterino y si todo marcha perfectamente. (Ibiden, 84).



El médico efectúa una anestesia local, para que la región perianal quede insensibilizada. (Iden, 92).



Durante el parto la enfermera debe ayudar a la paciente a que colabore al nacimiento de su hijo. (Ibiden, 98).

ra la colocará en posición ginecológica, apoyando sus piernas sobre las "pierneras" de la mesa de partos y flexionando sus muslos sobre el abdomen; posteriormente se le dará al médico el instrumental y los bultos de ropa que ocupará. Este se dispondrá a asistir el parto igual que se tratase de cualquier intervención quirúrgica, esto es, tras un perfecto lavado y cepillado previo de sus manos y brazos; se colocará guantes y bata estériles.

Cubrirá con compresas estériles el abdomen y las piernas dejando solo a la vista la región vulvo-perineal que es la zona en donde el médico trabajará para la asistencia del parto pero siempre conjuntamente con la enfermera.



Se inicia la expulsión de la cabeza
ayudada por las maniobras del médico.
(Idem, 98).



El niño acaba de nacer y llora vigorosa-
mente. El color de su piel es discretamente
cianótico, porque su oxigenación no es aún-
perfecta.
(Idem, 101)

Parece que cada día está más cerca en que (mediante la verdadera medicina preventiva perinatal) se preserve - la integridad física y mental del recién nacido.

Cerca del 30% de las gestantes presentan algún factor de riesgo para el producto, y generan aproximadamente la mitad de los problemas neonatales inmediatos. La otra mitad es, en el momento actual; totalmente imprevisible. La prevención y anticipación de esos posibles riesgos perinatales es una meta importante y, considerando que frecuentemente son de extrema urgencia, se comprenderá la necesidad de que un pediatra instruido en fisiopatología fetal y neonatal forme parte del equipo de trabajo en la sala de parto. (+)

En los últimos 25 años ha sido grande la evolución de los cuidados del recién nacido, motivada (principalmente) por el mejor conocimiento de la etiología de muchos - problemas físicos o mentales que se presentan en la edad pediátrica, aunada a la falta de conocimiento en muchas - áreas de la fisiología fetal y neonatal, motivando en tal virtud, un gran número de investigaciones en este productivo campo.

La actitud expectante en la sala de parto no se -- justifica más, pues la vida plena de un niño depende de - una ventilación adecuada, precoz, y de la preservación de - un buen equilibrio ácido-básico..

La mayoría de los recién nacidos respira exponta--

neamente dentro de los primeros 60 a 90 segundos de vida. Si esto no ocurre ya sea por una hipoxia intrauterina o una depresión secundaria a la analgesia o anestesia administrada a la madre, ya sea por agresiones traumáticas, infecciosas, etc., aumenta la posibilidad de un daño neurológico permanente, por el retraso en el establecimiento de una hematosis deseable y satisfactoria.

La experiencia del obstetra, del anestesiólogo, de la enfermera y principalmente del pediatra en la atención neonatal inmediata en la sala de parto, es imprescindible para la manutención de la integridad neurológica - funcional del neonato portador de una inesperada depresión respiratoria.

Además del manejo de las técnicas de resucitación, al neonatólogo también cabe la responsabilidad de atender a la gran mayoría de recién nacidos sin problemas médicos y que se están adaptando en forma normal a la vida extrauterina. Para eso se sugiere una rutina en la sala de parto, respetando el principio de que el tiempo es de la mayor importancia y de que la acción debe ser pronta, eficiente y delicada.

6.4.-PREPARATIVOS PARA LA ATENCION Y CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

La sala de partos debe reunir condiciones de amplitud, luz, asepsia, así como de ubicación, que permitan cómoda y adecuadamente el tratamiento inmediato del recién nacido y su traslado rápido a la sala de cunas.

Habrá todo el equipo necesario para la atención del recién nacido como son:

- Perillas de hule de buena elasticidad o fuente de aspiración con sistema regulador de presión. Un método simple es la intersección de una pera de vidrio o plástico entre el catéter y la sonda de aspiración, conteniendo un orificio que pueda ser ocluido por el dedo pulgar del Pediatra, controlando de ésta manera, la ya pequeña presión negativa de succión.
- Fuente de oxígeno central o móvil.
- Bolsa de ventilación con mascarillas faciales de tamaños variables, suficientes solo para cubrir la nariz y la boca del recién nacido, Hay bolsas autoinsuflables, caras-pera más eficientes y seguras pues contienen válvulas de escape que impide la insuflación con una presión superior a 30 cms. de agua.
- Cánulas orofaríngeas (tamaños 00, 0 y 1) que serán utilizadas en las situaciones en que la ventilación por mascarilla facial se impone. Su función será impedir la caída de la lengua hipotónica a la faringe, estando el recién-



Recién nacido después de su reanimación. En la mesa auxiliar se observan los útiles necesarios. (Ibiden, 13).

nacido en decúbito dorsal.

- Laringoscopio infantil curvo (para recién nacidos mayores) y resto para prematuros y recién nacidos de bajo peso.
- Tubos endotraqueales, tamaños 8 a 14, secos y estériles, ligados a un adaptador para la bolsa de ventilación.
- Catéteres (radiopacos, de ser posible) tamaños 3.5 a 5 para la perfusión en vasos umbilicales. Las sondas de polietileno (números 5 ó 6) también pueden ser usadas.
- Mesa de resucitación con ruedas en las patas, de cerca de un metro de largo y con las siguientes facilidades:

- a) Compresa enrollada en forma cilíndrica para ser colocada bajo los hombros del niño, de modo que permita que el cuello se mantenga hiperextendido durante una eventual intubación endotraqueal.
- b) Estetoscopio con cápsula de pequeño tamaño (2 a 3 cm.).
- c) Fuente de calor radiante (por ejemplo, dos focos de -- 200 watts, colocados a una distancia de 80 a 100 cm. - del recién nacido). Hay unidades de resucitación que contienen mascarillas para oxigenación bajo presión positiva y succión con presión negativa, ambas controladas.

---Medicamentos como: solución de bicarbonato de sodio al 5 %, adrenalina, gluconato de calcio, solución de glucosa al 10 %, cloranfenicol oftálmico, etc.

---Varios: guantes estériles, cordones para ligadura umbilical, agujas y jeringas, gasa estéril, equipo de venoclisis, sondas nasogástricas, equipo para pequeña cirugía de cateterismo umbilical.

---Es indispensable que haya un Pediatra a disposición del servicio de partos durante las 24 horas del día, para aquellos casos en que urge el tratamiento inmediato, debiendo estar capacitado para practicar aspiración e intubación traqueal, oxigenación del niño y demás medidas de reanimación.



Primer exámen médico del recién nacido
Los cuidados más inmediatos tienden a comprobar la normalidad de las vías respiratorias y asegurarse del buen funcionamiento de la circulación sanguínea.

(Danae, "El libro de la Madre y el Niño" 164)

a).-Dentro de los cuidados inmediatos del recién nacido tenemos los siguientes:

Aspiración de secreciones y regulación de la respiración.

La respiración se inicia con rapidez, tan pronto como nace el niño se limpia suavemente la cara con gasa estéril, se mantiene en decúbito ventral o en supinación lateral con la cabeza más baja, de tal modo que por gravedad desciendan y salgan las secreciones, pero es necesaria la aspiración - con una sonda de nélaton del # 8 o 10, la cual se introduce por la boca y fosas nasales, se saca con mucho cuidado vigilando que no vaya a sangrar la faringe o fosas nasales.

Se lava la sonda vigilando que no queden secreciones en ella, además se pasa hasta esófago con el propósito de descubrir cualquier malformación congénita que pueda presentar.

Si se trata de un niño en situación que esté comprometiéndose su vida, tan pronto respira se le seca, se envuelve en cobijas calientes y se coloca de inmediato en la incubadora previamente calentada (33-35°C), posponiendo la ligadura del cordón, identificación y método de Crecé.

Ligadura del cordón umbilical.

Inmediatamente se pinza el cordón umbilical a una distancia de 3 a 4 cm. de la base, se procede a ligar con una cinta de algodón estéril especial, haciendo dos circulares-anudándolas fuertemente con intervalo de 1 cm. aproximadamente y se corta el resto, vigilando el sangrado del mismo.



El niño ha nacido, pero aún permanece unido a la madre por el cordón umbilical, el cuál - será tomado con dos pinzas por el médico, que lo seccionará con unas tijeras, acto con el - cuál desvincula totalmente, en el sentido anatómico, a madre e hijo.
(Salvat, "El nacimiento de un niño", 100).

Evaluación del Apgar.

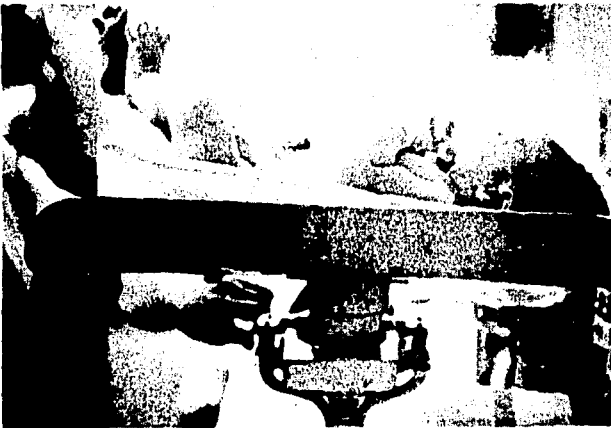
Dentro de los primeros 60 segundos después de que el niño ha nacido, cinco signos objetivos deben ser evaluados: 1) La frecuencia cardiaca; 2) el esfuerzo respiratorio; 3) el tono muscular; 4) el reflejo de irritabilidad y 5) la coloración de la piel. Cada uno de estos signos es un signo de depresión o de la ausencia de ésta en el niño al nacimiento, y se califica de 0, 1 y 2. El niño está en el mejor estado posible si su calificación es de 10. Si tiene una calificación de 5 a 10 usualmente no necesita tratamiento. Si su calificación es de 4 o menor, el padecimiento del niño debe diagnosticarse inmediatamente y se le debe tratar. Aproximadamente de 70 a 90 de cada 100 recién nacidos tendrán una calificación de 7 o mayor al minuto después del nacimiento.

Esto se demuestra en la gráfica siguiente del sistema de calificación desarrollado por la Dra. Virginia Apgar:

I N D I C E D E A P G A R			
SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menos de 100 por minuto	Más de 100 por minuto
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular Hipoventilación	Bueno Llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Alguna flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja (estímulo plantar)	Ausente	Mueca	Llanto fuerte
Color de la piel	Cianosis o palidez	Cuerpo rosado Extremidades cianóticas	Completamente rosado

Cuidados de los ojos o método de Credé.

Si la madre tiene gonorrea, los ojos del niño pueden ser inoculados con el microorganismo durante el parto. Si los ojos no son tratados adecuadamente enseguida, pueden contraer la oftalmía del recién nacido. Es obligatorio y necesario por ley de nuestro país desde 1933 con el fin de evitar y como medida profiláctica prevenir la oftalmía gonococcica. El nitrato de plata se ha usado durante muchos años, aunque actualmente en algunos hospitales usan antibióticos como el cloranfenicol.



En todo recién nacido debe efectuarse la Somatometría.

(Danae "El Libro de la Madre y el Niño", 165).

Somatometría.

El peso normal puede variar de 2,800 a 3,250 grs., la talla de 48 a 51 cm; el perímetro cefálico de 33 a 35 cm; el perímetro torácico de 35 a 36 cm; el perímetro abdominal de 32 a 33 cm; el segmento inferior de 18 a 20 cm. y longitud del pie de 7 a 8 cm.

Temperatura.

Para estimar la temperatura del niño, se introduce suavemente en el recto un termómetro perfectamente lubricado;-- de esta manera pueden descubrirse la imperforación anal, si existe hipotermia u otras anomalías congénitas. Si se expulsa meconio, el hecho debe anotarse. Cuando se dificulta la introducción del termómetro en el recto, la enfermera debe avisar de inmediato al médico encargado del servicio.

Investigación de anomalías (Exploración Física).

Si bien el hacer el diagnóstico compete al médico y no a la enfermera, al observar cuidadosamente al niño la enfermera puede descubrir una anomalía que el médico no ha visto, deben buscarse los siguientes datos: falta de dedos, dedos supernumerarios, pie zambo, fractura de clavícula o huesos largos, paladar hendido, labio leporino, frenillo de la lengua corto, criptorquidea, orificios uretrales anormales, hernias, hidrocele o imperforación anal.



El pediatra observa cuidadosamente al niño, cerciorándose de que se trata de un bebé completamente normal.

(Salvat, "El Nacimiento de un Niño", 112).

Identificación.

Se hace con el fin de que no haya confusiones en los niños. Se utiliza un brazalete que se coloca en la muñeca - de la mano del niño y además una tira de identificación en el tórax que contendrán los siguientes datos: nombre, cédula, cama, tipo de parto, hora en que nació, sexo, peso y la huella del pulgar de la mano derecha de la madre. Cabe señalar que la madre dispondrá de otro brazalete con los mismos datos, para que al ser dados de alta del hospital, ésta co-

rrobore los mismos datos de ella con los de su hijo y así - no existan problemas de identificación.



El niño ha sido "identificado" mediante una pulsera en que están - escritos todos sus datos.
(Ibiden, 111).

b).-Atención mediata del recién nacido.

A la llegada del niño a la sala de cunas, la enfermera debe cerciorarse de que la respiración se ha regularizado, - de que la coloración del niño es normal, del estado de la - ligadura del cordón umbilical y de su correspondiente identificación.

Asearlo de acuerdo con la rutina del servicio y colocarlo - después en posición de trendelemburg en su cuna. Si existe exceso de moco en la faringe se le aspirará delicadamente; en caso de cianosis se colocará al recién nacido en tienda de oxígeno o incubadora con oxígeno.

Si no hay unidad de tratamiento intensivo o ésta se -- destina sólo a niños en situaciones críticas, durante las - primeras 24 horas se aloja al recién nacido en un sitio en - que pueda ser vigilado con frecuencia por la enfermera de - guardia, movilizándolo posteriormente a su lugar correspon - diente.

Se toma la temperatura rectal a su ingreso y cada 4 ho - ras hasta que ésta se haya uniformado, continuando después una vez por turno, anotándola en la hoja especial de la en - fermera.

Se anotará también meticulosamente el número de evacua - ciones, orinas, vómitos, al igual que sus características. - La enfermera seguirá estrictamente todas las medidas desig - nadas para proteger al niño de las infecciones y vigilar que por parte del cuerpo médico y del personal del servicio se - cumplan las mismas. A la menor sospecha de un padecimiento - infeccioso, se deberá notificar al médico y aislar al niño.

Alimentación del recién nacido.

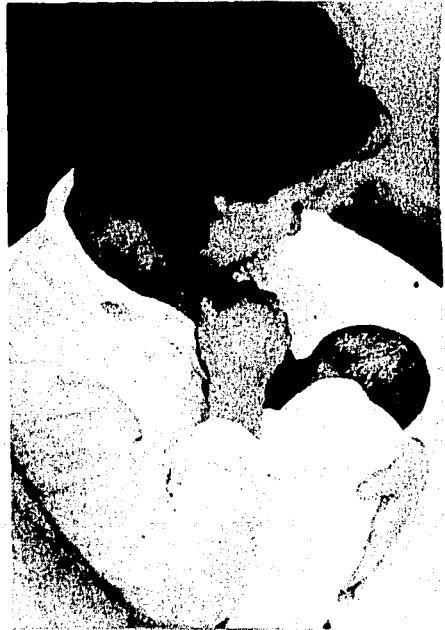
En los niños normales las rutinas que se siguen en al - gunos hospitales son primeramente ayuno por 6 hrs. a partir

del nacimiento, después se les ofrecerá solución glucosada al 5% cada 3 hrs. aproximadamente.

A las 24 hrs. de su nacimiento se inicia la lactancia materna, que es el método por medio del cual la madre alimenta a su niño introduciendo a su organismo sustancias alimenticias directamente de las glándulas mamarias, siendo el objetivo alimentar adecuadamente, estimular la glándula y obtener calostro y formar nuevos hábitos en la madre y en el niño en el momento de realizar ésta función.

La enfermera debe instruir a la madre en la técnica de alimentación materna.

(Salvat "El Libro de la Madre y el Niño", 192).



La enfermera instruirá a la madre sobre la técnica de alimentación hacia el recién nacido, indicándole que primeramente se asee la glándula mamaria usando torundas que con tengan algún antiséptico no irritable, comenzando por el pe zón hacia la periferia con movimientos rotatorios y secando con otra torunda en la misma forma.

Posteriormente se le dará el niño a la madre indicándo le que el pezón quede sobre la lengua del niño procurando - que la glándula mamaria no obstruya las fosas nasales; que el niño succione de 5 a 10 minutos y posteriormente ofrecer la otra glándula, haciéndolo eructar previamente.

Terminada su alimentación mantendrá al niño en posi--- ción vertical sobre el hombro de la madre y dar unos golpe- citos en la espalda, para que por medio del eructo expulse el aire que pudo haber deglutido durante su amamantamiento.

En caso de que el niño no pueda ser alimentado al seno materno se le proporcionará la alimentación Artificial, el- cual es un método que se sigue para introducir al organismo del niño nutrientes o sustancias por medio de un biberón pa ra que obtenga calor y energía y formarles hábitos benefi- ciosos. La cantidad de leche que tomará el niño será según- su capacidad gástrica, que se calcula aproximadamente toman- do una centésima parte de su peso real en gramos. Por ejem- plo: si el niño pesa 3,000 grs., se le proporcionará 30 ml. en cada toma cada 3 horas.

CONCLUSIONES

- 1.-La Atención Prenatal correcta constituye un aspecto de vital importancia en la Medicina Preventiva.
- 2.-La historia clínica y exploración física cuidadosas realizadas al principio de la gestación, proporcionan la base para el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones que pueden comprometer al embarazo.
- 3.-El conocimiento de los problemas generales de la salud de la embarazada permiten al médico interpretar correctamente la sintomatología que sobrevenga y coregir de inmediato las complicaciones.
- 4.-Las relaciones de comprensión y afinidad entre la embarazada, médico y enfermera, son necesarias para una buena Atención Prenatal.
- 5.-Que la enfermera oriente debidamente a la embarazada y prevenirla de las complicaciones más comunes.
- 6.-La enfermera deberá respetar todas las indicaciones giradas por el médico en cuanto, aplicación del tratamiento se refiere, con prontitud y esmero.
- 7.-La atención médica y los cuidados básicos de enfermería ayudan a que la madre obtenga un hijo sano.
- 8.-La atención inmediata del neonato en la sala de ex-pulsión por enfermeras capacitadas es de vital importancia.
- 9.-Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio.

SUGERENCIAS

- 1.-Impartir charlas en las instituciones hospitalarias a las madres sobre las medidas higienico-dieteticas a seguir, como ya se están llevando a cabo en algunas -- instituciones.
- 2.-Promover programas a nivel nacional sobre Atención -- Prenatal e intensificando los cuidados del recién nacido.
- 3.-Conocer el grado de cultura de los grupos en que se -- van a impartir las pláticas de Atención Prenatal de -- modo que se adapte al nivel intelectual para que re-- sulten comprensivas e interesantes. Así mismo, utilizar metodos de difusión didácticos de acuerdo a la cultura del grupo de madres.
- 4.-La enfermera debe orientar a la madre del recién naci do y a la familia en general acerca de las medidas de higiene que se deben seguir para evitar el mayor núme ro de enfermedades.
- 5.-Hacer notar a la madre la importancia de que el niño sea controlado periódicamente por el médico pediatra.

B I B L I O G R A F I A

- BRAVO PEÑA, FEDERICO.** Nociones de Historia de la Enfermería; 4 edición, México, editorial, 1973.
96 - 100 páginas.
- BOOKMILLER, MAE M.** Enfermería Obstétrica. 5 edición, tr. por el Dr. Homero Vela Treviño; México, Inter americana, 1968.
125 - 133 páginas.
- CASTELAZO AYALA, LUIS,** Obstetricia; 3 edición, México, - Francisco Méndez, 1974.
91 - 101 páginas.
- CASTELAZO AYALA, LUIS.** "Orientaciones para la Atención - Materno Infantil en la Medicina Familiar". - En su nombre de la revista. México, IMSS, 1975
17 - 67 páginas.
- LORE SCHULTZ-WILD, y F. MUÑOZ LOPEZ.** "El Libro de la Madre y el Niño". 3 edición, tr. por Mauricio -- Wiesenthal; ediciones DANAE, México, 1974.
68 - 114 páginas.
- MARLOW, DOROTHY R.** Enfermería Pediátrica; 4 edición, tr. por el Dr. Homero Vela Treviño, México, Inter americana, 1975.
136-137 páginas.
- MORRIS, FISHBEEIN M.D.** "Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud", tr. por el Dr. Amador Marin. Editores: H.S. Stuttman CO., INC., New York, 1967.
251 - 262 páginas.
- NIEVES NAVARRO, MAURO.** "Programa Institucional de Nutrición". Córdoba, IMSS, 1978.

- RAPH C. BENSON.** "Manual de Ginecología y Obstetricia".
2 edición, tr. por el Dr. Francisco Reyes R., México, 1969.
38 - 45 páginas.
- ROSADO MUNOZ, JAVIER.** "El Pediatra en la Sala de Partos"
Actualidades Médicas; México, 1975.
15 - 18 páginas.
- SALVAT, MANUEL.** "El Nacimiento de un Niño". Editorial Salvat, México, 1974.
81 - 91 páginas.
- VALENZUELA-J. LUENGAS MARQUET.** "Manual de Pediatría". Editorial Interamericana, México, 1975.
206 - 208 páginas.