



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**Manual de procedimientos
De Enfermería de la Casa de Salud del
Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

**NOÉ DELGADO ÁVILA
N° DE CUENTA: 9509195-4**

DIRECTOR DEL TRABAJO:

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES


LIC. EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ

MÉXICO D.F., 2004

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

*Agradezco a mi madre por el
apoyo incondicional que
siempre me ha brindado.*

*A mi padre, pues gracias a él
he llegado a ser el hombre
que soy ahora.*

*A mis profesores, por sus
enseñanzas tanto dentro como
fuera de las aulas.*

*A todos mis amigos, de
quienes siempre puedo esperar
el apoyo que me permite
continuar.*

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Desarrollo Comunitario (CEDECO) son espacios para la capacitación, la producción, el trabajo social y el bienestar para su comunidad.

Estos centros reciben en sus instalaciones a personas de bajos recursos de zonas urbano-marginales, rurales y de comunidades indígenas de todo Chiapas con el fin de capacitarlos dentro de sus instalaciones en tres grandes áreas: agropecuaria, técnicas y servicios, cada una con sus actividades propias.

Agropecuaria	Técnica	Servicios
Cunicola.	Carpintería.	Panadería.
Porcicola.	Herrería.	Tortillería.
Florícola.	Corte y confección.	Tecnología de alimentos.
Piscícola.	Tapetes anudados	
Avícola.	a mano.	

Dado que las personas que acuden a los CEDECO's llegan con la idea de aprender alguno de estos talleres-oficio mediante una capacitación que dura de 3 a 6 meses y sus hogares se ubican en la mayoría de los casos a distancias considerables, se cuenta con albergues para que permanezcan internados durante el tiempo que dure su curso.

Dentro de los servicios que se les ofrece a los cursantes se encuentra la cocina comedor, biblioteca, aulas multiusos, canchas deportivas, y servicios de salud en el primer nivel de atención, todo esto con el fin de fomentar capacidades, valores y conocimientos que les permitan tener mayores oportunidades para integrarse a la vida laboral con mayor éxito y así mejorar sus condiciones de vida.

En la actualidad existen tres CEDECO's ubicados en zonas estratégicas del estado de Chiapas: en la región Altos, en San Cristóbal de las Casas se ubica la Albarrada, en Chalchihuitán hay otro centro con el mismo nombre, y en la zona fronteriza, en el ejido de Saltillo se localiza el Centro llamado Las Margaritas.

Estos Centros, por las características ya descritas, tienen de forma constante a un gran número de personas bajo su responsabilidad. Personas que son susceptibles de presentar en cualquier momento algún problema o situación que comprometa su salud, ya sea de origen patológico, por estar expuesto a un medio ambiente diferente al acostumbrado, o bien, con origen emocional, por el proceso de adaptación al mismo medio y el hecho de estar lejos de sus hogares, pero además se encuentran los trabajadores de cada centro que laboralmente no cuentan con servicios de salud y que también están expuestos a sufrir en cualquier momento alguna enfermedad.

Ante tal situación, en cada uno de los tres CEDECO's se han creado casas de salud en su interior para enfrentar, desde el primer nivel de atención, las demandas de salud tanto de sus cursantes como de sus trabajadores.

Esta es la idea esencial de cada una de las tres casas de salud de los Centros de Desarrollo Comunitario, sin embargo, en el caso de La Albarrada también se brinda atención constante a la población de San Cristóbal de las Casas y de otras comunidades cercanas.

Las casas de salud son atendidas, en general, por pasantes del servicio social de la licenciatura en enfermería y obstetricia, así como por personal designado por la jurisdicción sanitaria 2 de los Altos de Chiapas, quienes brindan atención a todo aquel que lo solicite, con un servicio totalmente gratuito y en la mayoría de los casos se les brinda el medicamento, ya sea alópata o de herbolaria.

Cabe señalar que el autor, dentro de su experiencia en su servicio social, pudo darse cuenta de la diferencia de criterios del personal de casa de salud en cuanto a la atención, así como en cuanto a la realización de los procedimientos, de tal manera que podían encontrarse varias opiniones completamente distintas para un solo caso entre pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el personal médico y de enfermería de la jurisdicción sanitaria 2, e incluso entre ellos mismos, de aquí surge la inquietud de elaborar un manual con el propósito de unificar criterios, que brinde una orientación breve y clara y que sirva como medio de control.

Para tal propósito, este manual se ha dividido en nueve grandes capítulos, cada uno con sus propios rubros, donde se han abordado las actividades más comunes de casa de salud; tales divisiones son las siguientes:

En el capítulo uno se abordan los métodos para impedir la presencia y diseminación de microorganismos en casa de salud.

En el capítulo dos se habla de la valoración del estado del paciente, con todas las actividades que para ello son necesarias.

En el capítulo tres se trata la atención de enfermería en el control prenatal, dividiendo esta atención en visita de primera vez y visitas subsecuentes.

El capítulo cuatro es una continuidad del anterior, pues se habla de la atención de la mujer en etapa de puerperio, así como de la alimentación al recién nacido.

En el capítulo cinco se aborda la atención al recién nacido sano y se mencionan algunos consejos que servirán a la madre en la atención del pequeño en casa.

El capítulo seis es una continuación del anterior, pues trata sobre la atención de enfermería al menor de cinco años sano y la atención a las tres principales causas

que alteran su estado de salud: la desnutrición, las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias.

El capítulo siete se refiere a las parasitosis más frecuentes en San Cristóbal de las Casas y, por lo tanto, en La Albarrada, problemas tanto de endoparasitosis como de ectoparasitosis.

En el capítulo ocho se habla sobre la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, los dos problemas más comunes en la población adulta.

Y finalmente, en el capítulo nueve se aborda la detección oportuna de cáncer cervico-uterino.

Cada uno de los temas se aborda desde el concepto, los objetivos, la fundamentación de la actividad, el material y el equipo que se requiere para ello, los pasos a seguir para realizar la actividad y, finalmente, se realizan algunas observaciones y recomendaciones relacionadas a lo abordado.

Todo lo anterior con el fin de aclarar las dudas y facilitar la búsqueda y comprensión por parte del lector.

Así pues, siendo enfermería una carrera práctica, la importancia de este manual radica en que, unificando criterios, se seguirán las mismas líneas acción para desarrollar los procedimientos de las distintas casas de salud, pero además, desde un punto de vista organizacional, se facilitará la supervisión en cuanto al orden jerárquico, facilitando de esta manera detectarlas deficiencias que pueda presentar el personal de enfermería de casa de salud al brindar el servicio mientras se promueve mayor calidad en la atención.

JUSTIFICACIÓN

La salud es un derecho constitucional de todo individuo, sin embargo, en el estado de Chiapas, así como en otros lugares de nuestro país, no todas las personas tienen la misma oportunidad para recibir los servicios de salud.

Para enfrentar esta situación se han creado las casas de salud, que brindan atención principalmente a nivel preventivo.

En el caso de La Albarrada, Chalchihuitán y las Margaritas, estas son atendidas principalmente por pasantes del servicio social de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y en menor escala, por personal del área de la salud de la jurisdicción sanitaria 2 de la región Altos de Chiapas.

Sin embargo, y pese a que los pasantes que se integran a las actividades de casa de salud pertenecen a la misma área, la salud, en ocasiones se presentan discrepancias sobre la forma en la que deben enfrentar algún problema, ya sea por la situación que se presenta o por criterios personales, y dentro del equipo de pasantes surgen distintas soluciones para un mismo problema, o se tienen distintas opiniones de cómo proceder; esto ocasiona que la imagen del profesional se desvirtúe ante aquellos que asisten a casa de salud y genera dudas con respecto a la capacidad real de los mismos, por lo que las personas demandantes del servicio desconfían de sus decisiones y de conocimientos de los prestadores de la atención.

Por otro lado, no se cuenta con documento alguno en el que se describan los procedimientos que se realizan en las casas de salud, en ninguno de los tres Centros de Desarrollo Comunitario.

Partiendo desde la importancia administrativa que tiene un manual en un servicio o institución, el cual es reflejar las actividades que se realizan, a la vez que sirve como marco de referencia para actuar en las situaciones que se describen en dicho documento, y por lo tanto, sirve como evaluador, un manual de procedimientos ayudará en casa de salud a tener una misma idea, un mismo punto de partida y los mismos criterios para actuar en las diferentes actividades que se realicen.

Cabe señalar que las condiciones de los tres CEDECO's varia un poco, de ahí que los problemas de salud, así como las alternativas que se les brinda a trabajadores y cursantes varien entre sí, no obstante la atención básica que se proporciona al paciente sigue siendo la misma.

Esto nos lleva a la conclusión de que es necesario contar con un manual en el que se describan los procedimientos que se llevan a cabo en las casas de salud de Los Centros de Desarrollo Comunitario, a fin de unificar criterios, contar con un documento que simplifique el trabajo y evite la diferencia de opiniones, además de que permita facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso y sea la base para servir como instrumento de control de las actividades mismas para, así, brindar a los pacientes que acuden mejor atención, con mayor calidad y calidez, contribuyendo a una mejor recuperación de los mismo, al basarse en los mismos

criterios de acción, y se traducirá en un mayor impacto a favor de la salud, y al bienestar del público demandante que acude a esta.

Las principales resultantes de la existencia de un manual de procedimientos en casa de salud es el aumento de la calidad de los servicios, que se reflejaría positivamente en la imagen de la misma, de los CEDECO's y de los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, quienes tendrían, además, una mayor orientación de los procedimientos a realizar en casa de salud, se retroalimentarían sus conocimientos al manejarlo, y de existir, se aclararían las dudas que pudiesen tener con respecto a los procedimientos abordados en el manual mismo.

Por otro lado, y dadas las características del presente manual, este es aplicable en las casas de salud de los tres CEDECO's, cumpliéndose así los objetivos de unificar criterios, simplificar el trabajo, orientar a los pasantes del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y al resto del personal que ahí labore sobre los procedimientos a realizar, facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso a casa de salud y servir como un instrumento de control y evaluación en la misma.

OBJETIVOS GENERALES

- Dar a conocer los procedimientos que se realizan en la casa de Salud del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada a todo el personal relacionado al área de la salud que participan en la misma.
- Unificar Criterios de acción en el personal de enfermería que desarrolla sus actividades en la Casa de Salud del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada.
- Favorecer una más rápida integración a la dinámica de actividades a todo nuevo elemento que se integre al equipo de casa de salud del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada.
- Contar con un documento normativo que facilite la supervisión de las actividades que se realizan en casa de salud.

POLÍTICAS

- Atender, en primera instancia, a trabajadores y cursantes de los Centros de Desarrollo Comunitario que requieran atención médica y que se presenten a casa de salud.
- Brindar atención médica de primer nivel a todo aquel que se presente a casa de salud, sin importar origen étnico, religión, edad, sexo o condición social.
- La consulta siempre será gratuita.
- Los medicamentos que requiera el paciente se le darán, en la medida que sea posible y siempre que hayan en existencia, de forma gratuita.
- La consulta normal se dará siempre en el horario establecido para la casa de salud.
- Las consultas de urgencia que surjan se atenderán en el momento que el paciente se presente.
- Cuando la situación comprometa la vida del paciente, o sobrepase la capacidad de acción de casa de salud, se trasladará a la persona al hospital más cercano.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este manual primeramente se observaron los procedimientos que se realizan en casa de salud del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada, y con base en esas observaciones se procedió a diseñar el presente trabajo, determinando los procedimientos más relevantes que se desarrollan en la misma.

Una vez realizadas las observaciones, se procedió a desarrollar el proyecto de este manual, y posteriormente se redactó cada punto a abordar dentro de este documento.

Los pasos principales a seguir para el desarrollo de cada procedimiento son los siguientes:

Primeramente se señala cual es el procedimiento a tratar, y se identifica su concepto y los objetivos que persigue, se señalan y fundamentan los pasos que se llevan a cabo y se menciona el material y equipo necesario para el desarrollo del procedimiento en cuestión. Al final se realizan observaciones y recomendaciones que se consideran pertinentes a cada situación

Al concluir los capítulos en los que se divide este trabajo se aborda un glosario en el que se mencionan los términos más relevantes empleados durante el desarrollo de este trabajo.

Una vez que se hayan abordado los capítulos que se han considerado, y se haya concluido el glosario, se presentan dos apéndices que complementan la exploración física, y al finalizar dichos apéndices se aborda la bibliografía utilizada durante el desarrollo de este manual. Esto complementará la información necesaria para orientar al personal de casa de salud para brinde una mejor atención, con calidad y calidez al paciente que así lo demande.

INDICE

Tema	Página
Introducción	I
Justificación	II
Objetivos generales	VIII
Políticas	IX
Metodología	X
1. MÉTODOS PARA MINIMIZAR O IMPEDIR LA PRESENCIA Y DISEMINACIÓN DE MICROORGANISMOS	
1.1. Asepsia	8
1.2. Lavado de manos	11
1.3. Sanitización mecánica	14
1.4. Desinfección	17
1.5. Envoltura de material e instrumental	20
1.6. Esterilización	23
1.7. Manejo de desechos biológico-infecciosos	27
2. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE	
2.1 Interrogatorio	32
2.2 Historia de enfermería	35
2.3 Signos vitales	36
2.4 Somatometría	41
2.5 Exploración física	42
2.6 Observaciones y recomendaciones	55

3	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL	
3.1	Primera visita	57
3.1.1	Signos vitales y somatometría en el embarazo	63
3.1.2	Exploración física durante el embarazo	65
3.1.3	Cálculos obstétricos	69
3.2	Visitas subsecuentes	71
3.2.1	Inmunización durante el embarazo	74
3.2.2	Cuidados durante el embarazo	76
3.2.3	Orientación higiénico-nutricional	80
3.2.4	Orientación a la futura madre sobre la lactancia materna durante el embarazo	85
3.3	Observaciones y recomendaciones	87
4	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO	
4.1	Paciente en estado de puerperio	89
4.2	Valoración de la mujer en estado puerperal	93
4.3	Orientación higiénico-nutricional	98
4.4	Orientación general a la mujer durante el puerperio	97
4.5	Orientación sobre la alimentación al recién nacido	99
4.6	Observaciones y recomendaciones	102
5	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO	
5.1	Atención mediata al recién nacido	104
5.2	Somatometría	108
5.3	Exploración cefalocaudal	111
5.4	Baño del recién nacido en el hogar	116
5.5	Formas para cargar al recién nacido	121

5.6	Observaciones y recomendaciones	122
6	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA SALUD DEL NIÑO	
6.1	Atención al menor de cinco años sano	124
6.2	Control del menor de 5 años sano	126
6.2.1	Somatometría	126
6.2.2	Valoración del estado de nutrición	127
6.2.3	Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años	137
6.2.4	Esquema básico de vacunación	142
6.2.5	Prevención de accidentes	143
6.2.6	Observaciones y recomendaciones	144
6.3	Medidas de prevención de la desnutrición	145
6.3.1	Medidas de control en caso de desnutrición	146
6.3.2	Orientación nutricional	147
6.3.3	Observaciones y recomendaciones	149
6.4	Enfermedades Diarreicas	150
6.4.1	Diarrea sin deshidratación	150
6.4.2	Diarrea con deshidratación	151
6.4.3	Uso de antimicrobianos	152
6.4.4	Orientación sobre las medidas de prevención	153
6.4.5	Observaciones y recomendaciones	153
6.5	Infecciones respiratorias agudas	154
6.5.1	Medidas de control	155
6.5.2	Uso de antimicrobianos	156
6.5.3	Orientación sobre las medidas de prevención	157

6.5.4	Observaciones y recomendaciones	158
7	PARASITOSIS MÁS FRECUENTES EN SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS	
7.1	Parasitología	160
7.2	Endoparasitosis	162
7.3	Ectoparasitosis	167
7.4	Observaciones y recomendaciones	169
8	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS	
8.1	Diabetes mellitus	171
8.1.1	Principales signos y síntomas de la diabetes mellitus	173
8.1.2	Diagnostico de la diabetes mellitus	173
8.1.3	Tratamiento y control	174
8.1.4	Recomendaciones alimenticias	176
8.1.5	Observaciones y recomendaciones	177
8.2	Hipertensión Arterial	179
8.2.1	Diagnostico de hipertensión arterial	180
8.2.2	Tratamiento y control	180
8.2.3	Prevención primaria	182
8.2.4	Recomendaciones alimenticias	183
8.2.5	Observaciones y recomendaciones	183
9	DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CERVICOUTERINO	
9.1	DOC: Detección Oportuna de Cáncer	185
9.2	Factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero	188
9.3	Frecuencia de la detección oportuna	188
9.4	Diagnostico	189

9.5	Hallazgos del estudio	189
9.6	Hallazgos adicionales	190
9.7	Tratamiento y control	190
9.8	Observaciones y recomendaciones	192
10	APÉNDICES	
10.1	Examen de las mamas	194
10.2	Exploración abdominal por las 9 regiones	196
10.3	Atención de enfermería según las necesidades psicológicas del paciente	198
11	GLOSARIO	203
12	BIBLIOGRAFÍA	208
	Índice de cuadros	Página
1:	Materiales que se pueden esterilizar en Casa de Salud.	26
2:	Variantes Del tiempo de exposición y temperatura sugeridos.	26
3:	Valores normales de los signos vitales del mes de vida a los 18 años.	40
4:	Factores de riesgo a identificar en la primera consulta del embarazo.	59
5:	Signos y síntomas de embarazo.	61
6:	valores normales de los signos vitales durante el embarazo.	63
7:	altura del fondo uterino durante el embarazo.	68
8:	Calendario de visitas prenatales.	71
9:	Evaluación de riesgo perinatal en cada consulta subsecuente.	72
10:	Esquema de vacunación del toxoide tetánico.	75
11:	Orientación sobre los cambios en el embarazo durante el primer trimestre.	76
12:	Orientación sobre los cambios en el embarazo durante el segundo y tercer trimestre.	78
13:	Raciones a consumir de cada alimento.	82
14:	Cereales y tubérculos.	82
15:	Leguminosas y alimentos de origen animal.	82
16:	Frutas y verduras.	83
17:	Técnica para la alimentación al seno materno.	85
18:	Factores de riesgo perinatal en el puerperio.	91

19: Características de los loquios.	97
20: Evaluación del riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días.	106
21: Evaluación de riesgos en cada consulta al niño de 7 días a 1 año.	107
22: Reflejos del recién nacido.	116
23: Referencia para valorar peso/edad en niñas menores de 5 años; peso (Kg.) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses.	128
24: Referencia para valorar peso/edad en niños menores de 5 años; peso (Kg.) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses.	129
25: Referencia para valorar talla/edad en niñas menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses.	130
26: Referencia para valorar talla/edad en niños menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses.	132
27: Referencia para valorar peso/talla en niñas, peso (Kg.) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm.	133
28: Referencia para valorar peso/talla en niños, peso (Kg.) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm.	134
29: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años.	137
30: Esquema básico de vacunación.	142
31: Inicio de la ablactación.	147
32: Uso de antimicrobianos en las enfermedades diarreicas.	152
33: Características clínicas de las infecciones respiratorias agudas.	154
34: Uso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas.	156
35: Endoparásitos más comunes en San Cristóbal de las Casas.	162
36: Tratamiento de elección para las parasitosis más comunes de San Cristóbal de las Casas.	166
37: Ectoparásitos más comunes en San Cristóbal de las Casas.	167
38: Esquema de tratamiento para pacientes diabéticos obesos.	174
39: Esquema de tratamiento para el paciente diabético no obeso.	175
40: Evaluación del grado de control del paciente diabético.	175
41: Lineamientos para el tratamiento individualizado de la Hipertensión arterial etapas I y II sin complicaciones.	181
42: Evaluación del control en el paciente con hipertensión arterial.	182

1. METODOS PARA IMPEDIR LA PRESENCIA Y DISEMINACIÓN DE MICROORGANISMOS

1.1. Asepsia

Concepto

Es la ausencia de materia séptica; estado libre de infección. Método para prevenir infecciones por medios físicos (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Objetivos

- ♣ Eliminar o destruir totalmente los microorganismos vegetativos y esporulados respectivamente a través de sanitización, desinfección y esterilización.

Fundamentación

Según Nordmark (Bases científicas de enfermería, 1972):

- ✓ Las bacterias son capaces de reproducirse a una gran velocidad.
- ✓ Muchas especies de bacterias producen una cubierta mucoide (cápsula), que aumenta su virulencia.
- ✓ Las bacterias patógenas en los tejidos corporales, en las secreciones y en las excreciones son más virulentas que los microorganismos que crecen fuera del cuerpo.
- ✓ La mayoría de los microorganismos patógenos son mesofílicos, que quiere decir que crecen de forma óptima entre los 25 y los 45° C.
- ✓ Las temperaturas bajas inactivan a los microorganismos, pero rara vez son mortales.

- ✓ La ebullición a 100° C durante, como mínimo, 10 minutos inactiva o mata a todas las bacterias, pero no cuando están en forma de esporas.
- ✓ Todos los microorganismos requieren humedad para su crecimiento.
- ✓ La limpieza (ausencia de mugre y material orgánico como comida y material expulsado fuera del cuerpo) inhibe el crecimiento de los microorganismos.
- ✓ Las sustancias químicas que interfieren con los procesos vitales de los microorganismos pueden matarlos o inhibir su crecimiento y reproducción.

Material y equipo

- ◆ Guantes
- ◆ Recipiente para contener el material (puede ser una tarja mediana)
- ◆ Esponja o lienzo
- ◆ Cepillo pequeño de cerdas rígidas
- ◆ Jabón
- ◆ Campo, para el secado

Pasos

- Antes de realizar cualquier acción, póngase guantes resistentes al agua, sobre todo si los objetos están contaminados.
- Abra pinzas y tijeras lo más pronto posible después de su uso, especialmente cuando el tiempo disponible no permita una limpieza concienzuda de manera inmediata.
- Enjuague primero los instrumentos con agua corriente.
- De ser posible, utilice agua tibia, además de siempre utilizar jabón o detergente para toda labor de limpieza, ya que esto facilita que se desprendan la suciedad

y las secreciones corporales en forma de pequeñas partículas que se retiran más fácilmente.

- Puede emplear una esponja o lienzo para friccionar y desprender así la suciedad y los organismos de las superficies del material.
- Utilice un cepillo de cerdas rígidas para desprender suciedades cuando estas se encuentren muy adheridas; este tipo de cepillo ayuda a limpiar orificios y juntas del instrumental.
- Seque bien los instrumentos para prevenir la oxidación.

Observaciones y recomendaciones

- Recuerde que los guantes, cepillos, esponjas, lienzos y agua empleados para la limpieza del instrumental son reservorios de microorganismos, por lo que también debe limpiarlos o desecharlos, según resulte pertinente.
- Considere sus manos sumamente contaminadas después de haber terminado la limpieza del equipo, aun que se hayan utilizado guantes; por lo que es muy importante lavarse las manos inmediatamente después de terminar el lavado del instrumental.

1.2. Lavado de manos

Concepto

Procedimiento mediante el cual se asean las manos, con base en reglas de asepsia (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999)

Objetivos

- ♣ Fomentar o mantener los hábitos higiénicos.
- ♣ Disminuir la transmisión de enfermedades.

Fundamentación

Es muy importante lavarse las manos con agua y jabón antes y después de cada procedimiento, porque:

- ✓ Nunca toque directamente las llaves del lavabo, pues se considera que las llaves están sucias, y un área limpia se contamina al contacto con un área sucia.
- ✓ La solubilidad de los jabones solo se produce en presencia de agua.
- ✓ El jabón provoca que se rompa la tensión superficial, y a menor tensión superficial, mayor penetración de jabón en los tejidos.
- ✓ Es recomendable usar cepillo de cerdas en el lavado de manos cuando las manos estén demasiado sucias, ya que el método mecánico de limpieza favorece la remoción de sustancias que ofrecen resistencia.
- ✓ Además, es importante recordar que:
 - Los movimientos circulares y firmes desprenden la suciedad y los microorganismos alojados entre los dedos y los pliegues de la piel de los nudillos, así como en las palmas y en los dorsos de las manos.

- Los microorganismos pueden estar presentes en muñecas y antebrazos, al igual que en las manos. La fricción ayuda a aflojar a aquellos y a la suciedad.
- El agua corriente favorecerá el arrastre mecánico del polvo y los microorganismos aflojados por el jabón, el agua y la fricción hacia el lavabo.
- La gravedad favorece el arrastre mecánico de microorganismos.

Material y equipo

- ◆ Jabón
- ◆ Cepillo de cerdas
- ◆ Toalla de tela absorbente y/ o toallas desechables.

Pasos

- Acérquese al lavabo y no permita que su uniforme lo toque durante la acción.
- Para hacer correr el agua con la llave ábrala con sus manos y ciérrela con una toalla de papel, pues se considera que la llave esta contaminada.
- Humedezca las manos y enjabónelas muy bien.
- Si cuenta con jabón líquido, use no menos de una cucharadita. En caso de usar jabón de barra, enjuáguelo antes de comenzar; de llegar a resbalarse el jabón accidentalmente, al levantarlo inicie el lavado de nuevo, pues se considera que el recipiente donde descansa el jabón, el lavabo y el suelo están contaminado, además de que un jabón contaminado hace que se contaminen las manos.
- Si se cuenta con cepillo de cerdas, úselo cuando las manos estén demasiado sucias.

- Lávese las palmas y los dorsos de las manos, cada dedo, las áreas interdigitales y los nudillos con movimientos circulares firmes de fricción
- Lave las muñecas y hasta el tercio inferior del brazo con movimientos de fricción firmes y suaves
- Después de lavarse, enjuague la barra de jabón en el chorro de agua (así como el cepillo, si se utilizo) y colóquelo (s) en la jabonera sin tocarla
- Enjuague las manos, muñecas y antebrazos bajo el chorro de agua.
- Mantenga las manos por encima del nivel de los codos
- Seque completamente sus manos con toalla de tela absorbente o, si se cuenta, con toallas de papel.
- Cierre la llave del agua, ya sea con una punta de su toalla de tela o con una toalla de papel desechable, nunca directamente con sus manos limpias.
- Aplique loción o crema si en necesario, ya que el uso constante de los detergentes altera las propiedades de la piel facilitando que se resquebraje

Observaciones y recomendaciones

- Es obligación no solo del personal de enfermería, si no de todo el personal relacionado a la salud el lavarse las manos antes y después de cada cuidado en el que se mantenga contacto directo con el paciente.
- El uso de jabones o detergentes que contienen un antiséptico puede causar resequedad e irritación de la piel, contrario al objetivo de disminuir el número de microorganismos en la superficie de la piel, puesto que cuando se encuentra irritada aloja a los gérmenes y se hace más difícil un lavado adecuado. Por lo tanto, se recomienda el uso de jabón neutro, así como crema humectante al concluir las actividades del día.

1.3. Sanitización mecánica

Concepto

Es el proceso por el cual el número de contaminantes microbianos presentes en los objetos se reduce hasta lo que se acepta como nivel de seguridad, el cual se refiere a la cuenta equivalente a menos de 10 organismos por 1 cm² en los utensilios sanitizados, utilizando medios mecánicos como la fricción o el arrastre para lograrlo.

Objetivos

- ♣ Reducir los organismos presentes en los objetos, en un número considerado "aceptable".
- ♣ Remover material orgánico e inorgánico presente en los objetos.
- ♣ Favorecer la desinfección.

Fundamentación

La sanitización mecánica acompañada de jabón es de suma importancia, porque:

- ✓ De no hacerlo estaremos favoreciendo el desarrollo de microorganismos patógenos.
- ✓ El método mecánico de limpieza favorece la remoción de sustancias que por estar muy adheridas ofrecen mayor resistencia para eliminarlas y el chorro de agua no es suficiente en muchas ocasiones.
- ✓ El jabón reduce la posibilidad de adquirir infecciones al eliminar varios de los microorganismos patógenos presentes en el material contaminado.

Material y equipo

- ◆ Guantes
- ◆ Recipiente para contener el material (puede ser una tarja mediana)
- ◆ Cepillo pequeño de cerdas rígidas
- ◆ Jabón
- ◆ Campo para secar y/o toallas desechables.

Pasos

- Retirar los desechos contenidos en los utensilios, colocándolos en recipientes adecuados o bien, en lugares con salida al drenaje, utilizando el chorro de agua.
- Utilizar un cepillo de cerdas rígidas y jabón en el proceso.
- Desinfectar el material en caso necesario, ya que en este procedimiento se destruye microorganismos patógenos más resistentes.
- Esterilizar el material en caso necesario, puesto que mediante este procedimiento se destruye toda forma de vida microbiana.
- Una vez realizados los pasos anteriores, asegurar la limpieza del lugar donde se guarda el material, puesto que esto asegurará la limpieza del equipo en un uso futuro.
- Finalmente se debe mantener en orden y clasificación el material, pues esto favorecerá su fácil y rápida identificación en el momento que se requiera.

Observaciones y recomendaciones

- Recuerde antes de iniciar el procedimiento ponerse guantes. Esto garantizará la salud de quien lleve a cabo la labor.
- Siempre que utilice el cepillo de cerdas, hacerlo en dirección descendente; esto evitara que se salpique con agua contaminada de microorganismos.
- Se debe recordar siempre realizar estos procedimientos en el material que lo requiera las veces que sea necesario.
- El jabón y el agua siguen siendo los mejores agentes de limpieza disponibles, asegúrese de contar siempre con ellos.
- El personal de casa de salud debe tener siempre presente que la transmisión de infecciones se debe en especial a la mala ejecución de estos procedimientos.

1.4. Desinfección

Concepto

Es el proceso, ya sea físico o químico, mediante el cual los microorganismos patógenos, a excepción de las esporas, son destruidos. Generalmente sigue al proceso de sanitización.

Objetivos

- ♣ Evitar la propagación de agentes microbianos en el medio ambiente
- ♣ Prevenir la transmisión de agentes infecciosos

Uso de agentes físicos

El agua en ebullición (hirviendo) y la exposición a la luz (asoleamiento) son los dos tipos de agentes físicos más comunes para la desinfección. Debido a las condiciones de casa de salud del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada, pero principalmente a que mediante ambos procedimientos solo se destruyen algunas formas de microorganismos patógenos, estos dos procedimientos no se llevan a cabo. Cabe recordar que por lo económico que resulta, el agua hirviendo es una de las maneras más convenientes de desinfectar en el hogar que podemos recomendar, siempre y cuando se realice con las precauciones necesarias, en especial si hay niños pequeños en casa.

Uso de agentes químicos

Este tipo de desinfección se lleva a cabo por agentes químicos desinfectantes y antisépticos con propiedades bactericida, bacteriostática o bacteriolítica. Dependiendo de su concentración y tiempo de exposición, su acción se hace más lenta y se neutraliza con el jabón y materia orgánica como sangre o pus (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Fundamentación

- ✓ Al someter a inmersión total el material se está asegurando una adecuada desinfección.
- ✓ Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas, bacteriostáticas o bacteriolíticas.
- ✓ La someter el material a un medio desinfectante, por desnaturalización (pérdida de propiedades físicas o químicas propias de la proteína celular bacteriana) se eliminan las bacterias presentes.
- ✓ La rapidez de la muerte microbiana es proporcional al tiempo de exposición al agente destructor.
- ✓ El empleo de agentes químicos a bajas concentraciones requiere de una exposición prolongada.

Material y equipo

- ◆ Guantes
- ◆ Recipiente para contener el material (puede ser una tarja mediana)
- ◆ Benzal
- ◆ Campo y/o toallas desechables para el secado

Pasos

- ✓ En un recipiente agregar agua suficiente para cubrir el material a desinfectar.
- ✓ Agregar el benzal suficiente que requiera la cantidad de agua utilizada; Recuerde que en el garrafón del benzal se marca la concentración a utilizar por cada litro de agua.
- ✓ Mantenga la exposición del material el tiempo máximo posible.

- ✓ Retire el material de la solución de agua y benzal y seque completamente.
- ✓ Se recomienda, en caso de que el material este demasiado contaminado, que después del secado se proceda a esterilizarlo.
- ✓ Finalmente guarde el material en completo orden.

Observaciones y recomendaciones

- La diferencia que hay entre los agentes destructores de microorganismos es que los antisépticos son utilizados en tejido vivo, mientras que los desinfectantes son utilizados en material, objetos inanimados, por ser mayor su concentración y por lo tanto también su agresividad. De utilizar desinfectantes sobre la piel directamente, esta se dañaría.
- En casa de salud los agentes químicos antisépticos con los que se cuenta son alcohol etílico, yodopolivinil pirrolidona (isodine), merthiolate, y peróxido de hidrógeno (agua oxigenada).
- El agente químico desinfectante con el que se cuenta es el cloruro de benzalconio (benzal).

1.5. Envoltura de material e instrumental

Concepto

La envoltura es el material con el cual se protege el equipo que se va a someter a esterilización (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999). Para este fin en casa de salud se emplea papel kraft café.

Objetivo

- ♣ Proteger y aislar el material y equipo de uso externo.
- ♣ Conservar la esterilidad del material y equipo una vez que ha salido del autoclave.

Fundamentación

El papel kraft nos ofrece varias ventajas, como:

- ✓ Semipermeabilidad al calor.
- ✓ Resistencia a altas temperaturas y al manejo.
- ✓ Es de fácil manejo.
- ✓ Es desechable después de su uso.

Material y equipo

- ◆ Papel kraft
- ◆ Tijeras
- ◆ Cinta testigo
- ◆ Pluma para anotar los datos correspondientes

Pasos

- Previamente realice el lavado del material a esterilizar, y cuando lo requiera desinfectelo.
- Seque completamente el material.

- Corte el papel suficiente para cubrir el material.
- Coloque el papel de tal forma que las esquinas queden orientadas hacia arriba, hacia abajo y hacia sus lados.
- Para efectos prácticos, considere la esquina más próxima a usted como la número 1, la de su derecha la número 2, la de su izquierda la número 3 y la más alejada de usted la número 4.
- Coloque al centro del papel el material a esterilizar.
- Dirija la esquina número 1 hacia la esquina número 4, doblando la punta hacia usted en una pequeña pestaña.
- Doble las puntas 2 y 3 hacia el centro, cubriendo la esquina número 1.
- Finalmente doble la esquina número cuatro hacia usted, insertando la punta en el espacio por las esquinas 2 y 3, y deje una pequeña pestaña.
- Proceda a esterilizar.

Observaciones y recomendaciones

- El material que se va a esterilizar debe protegerse con una envoltura de suficiente tamaño para cubrir el material adecuadamente, donde se deben considerar 4 puntas y 2 caras: la que será interna o estéril y la externa o limpia; la envoltura debe disponerse en forma de "cartera", de tal forma que la última forma se fije por sí sola mediante un doble o por medio de una cinta testigo.
- Recuerde que el papel kraft con el que cuenta casa de salud lo proporciona el Centro de Desarrollo Comunitario, y no siempre se cuenta con el suficiente, por lo que cuando se utilice, debe ser solo para la envoltura de los paquetes a esterilizar.

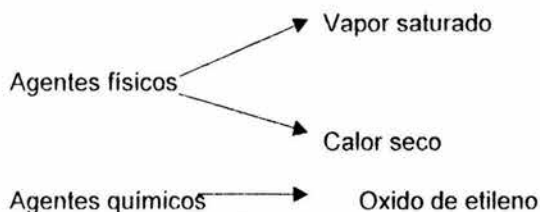
- Cuando elabore los paquetes asegúrese de ocupar solo el papel necesario, un exceso en su uso solo ocasionaría el hacer demasiados dobleces, y esto significa menor penetración del calor en áreas de los dobleces, y su desperdicio.
- Asegúrese de escribir sobre la cinta testigo el nombre y el número de piezas del material que se esteriliza, así como la hora y la fecha en que se realiza, esto ayudará a su mejor identificación y manejo.
- Asegúrese de que el área donde se encuentra el material esterilizado y el papel kraft se encuentre muy limpio; es responsabilidad del personal de enfermería el mantenerlo así.
- Un pequeño pliegue en el doblez inferior en la envoltura ofrece mayor seguridad en el manejo del paquete, pues al abrirlo evita una contaminación accidental.
- la integridad de la envoltura garantiza la esterilización del material

1.6. Esterilización

Concepto

Es el proceso de destrucción total de toda forma de vida microbiana, incluyendo las esporas. (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Hasta el momento, los medios eficaces para lograr la esterilización son:



Esterilización por calor

En el caso particular del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada, contamos con un pequeño esterilizador de calor seco, por lo que solo contemplamos este tipo de esterilización. Al respecto, el calor es un agente destructor de la vida microbiana que se utiliza en relación al factor tiempo, y se vale de un equipo similar al de un horno casero, por lo que su utilización es de lo más sencilla.

Objetivos

- ♣ Asegurar la destrucción microbiana del material.
- ♣ Garantizar la esterilización del material a utilizar.

Fundamentación

Los microorganismos se destruyen cuando el calor excede las condiciones en las que son capaces de sobrevivir: cuanto más alta sea la temperatura, más rápidamente mueren los microorganismos.

Falta página

N° 24

Observaciones y recomendaciones

- A mayor temperatura, menor tiempo de exposición durante la esterilización. En los cuadros uno y dos encontrara los tiempos/ ° centígrados y el material que se recomienda se puede esterilizar en el esterilizador por calor seco.
- No hable, tosa estornude o se incline sobre un campo u objeto esterilizado. De este modo evitará la contaminación de su material estéril por microorganismos provenientes de su nariz o boca.
- Esterilice todo material de reuso que entre en contacto con secreciones de un paciente, como es el caso de los espejos vaginales, pinzas o tijeras, entre otros, pues esto evitará la transmisión de infecciones a través del material.
- Es mucho mejor exagerar en cuanto a las medidas de limpieza y esterilización que arriesgarse a la más leve probabilidad de contaminación. (Wolf, L.L., 1998).

En la pagina siguiente se muestra un cuadro donde se describen los materiales que se pueden esterilizar en casa de salud con el tiempo sugerido para San Cristóbal de las casas.

Cuadro 1: Materiales que se pueden esterilizar en Casa de Salud.

Artículos	Calor seco 160° Centígrados
Instrumental quirúrgico	120 minutos
Material de cristal	120 minutos
Instrumental de corte	120 minutos
Aceites (hasta 30 ml)	120 minutos
Gasas vaselinadas	120 minutos
Polvos	120 minutos

Fuente: Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999.

Cuadro2: Variantes Del tiempo de exposición y temperatura sugeridos.

1 hora-----	171.5° Centígrados ó 340° Fahrenheit
2 horas-----	160° Centígrados ó 320° Fahrenheit
2 ½ horas-----	149° Centígrados ó 300° Fahrenheit
3 horas-----	141° Centígrados ó 285° Fahrenheit
6 horas o más---	121° Centígrados ó 250° Fahrenheit

Fuente: Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999.

1.7. Manejo de desechos biológico-infecciosos

Concepto

Conjunto de operaciones que incluye la identificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento, y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

Debe entenderse como agente biológico-infeccioso a cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando esta presente en concentraciones suficientes, en un ambiente propicio, en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada (PROY-NOM-087-ECOL-SSA1-2000).

Objetivos

- ♣ Manejar de manera adecuada los desechos infecto-contagiosos para evitar que estos se conviertan en un riesgo para la salud tanto del personal de casa de salud como de las personas que asisten a la misma.

Fundamentación

- ✓ Todos los microorganismos necesitan humedad para su crecimiento.
- ✓ La resequedad inhibe el crecimiento de los microorganismos, pero no garantiza su eliminación.
- ✓ La presencia de sangre y material orgánico favorece el crecimiento de los microorganismos.
- ✓ Los agentes infecciosos pueden proceder del hombre, de los animales, de los artrópodos, de las plantas o de la tierra.
- ✓ La principal fuente de agentes infecciosos que producen enfermedades transmisibles es una persona que esta eliminando microorganismos vivos.

- ✓ Siempre existen microorganismos en la superficie externa del cuerpo, así como en las cavidades y en los conductores que tienen una conexión directa con el ambiente externo.
- ✓ Los microorganismos pueden transmitirse directamente desde su origen hasta un huésped susceptible directa o indirectamente, mediante:
 - El contacto con alguna parte infectada del cuerpo o con el material expulsado que contiene a los agentes infecciosos.
 - El contacto de gotitas a partir de la boca y la nariz con las mucosas del huésped.
 - El contacto directo con el material o equipo que contiene a los microorganismos.

Material y equipo

- ◆ Cubetas
- ◆ Bolsas de color rojo
- ◆ Contenedor de objetos punzocortantes o bote resistente que cumpla esta función

Pasos

En cuanto al material de curación u otro que tenga contacto con el paciente y que sea desechable:

- Colocar la bolsa en la cubeta
- Desechar el material en la bolsa, siendo solo el que ha tenido contacto con el paciente (ya sea sangre, cualquier secreción, o que hayan tenido contacto con la piel del paciente).
- Permita que la bolsa se llene hasta el 80 por ciento de su capacidad antes de cambiarla.

- Una vez llena la bolsa la bolsa reemplácela por una nueva, mientras que la anterior es cerrada completamente. La bolsa no podrá ser abierta o vaciada por nadie.
- Se almacenara esta bolsa en un espacio designado y marcado con la leyenda de "RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-¡NFECCIOSOS" por un espacio de tiempo no mayor a los 30 días como máximo.
- Finalmente se procederá a la incineración de las bolsas que lleguen a recolectarse en un espacio de 30 días.

En cuanto a residuos punzocortantes:

- Se usará para la contención de estos residuos (lancetas, jeringas desechables con aguja, agujas de sutura, hojas de bisturí) un envase llamado contenedor de objetos punzocortantes
- De no contar con un contenedor, se podrán utilizar latas con tapa removible o botes de plástico con tapa de rosca con capacidad de entre uno y dos litros, que deberán marcar previamente con la leyenda de "RESIDUOS PELIGROSOS PUNZOCORTANTES BIOLÓGICO-¡NFECCIOSOS" y con el símbolo universal de riesgo biológico.
- Los recipientes deben ser llenados hasta un ochenta por ciento de su capacidad antes de ser reemplazados, asegurándose de que estén bien cerrados; no deberán ser abiertos o vaciados por nadie.
- Se almacenara el recipiente en un espacio designado y marcado con la leyenda de "RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO-¡NFECCIOSOS", o bien en algún lugar dentro de las instalaciones donde no se obstruyan las vías de acceso, por un espacio de tiempo no mayor a los 30 días como máximo.

- Una vez transcurridos los 30 días como máximo, deberá llevarse este contenedor al lugar más cercano donde puedan darle un tratamiento adecuado. Esta acción puede llevarla a cabo el médico asignado por la jurisdicción sanitaria N° 2 de San Cristóbal de las Casas a casa de salud.

Observaciones y recomendaciones

El área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos debe:

- Estar separada de las áreas de casa de salud, cocina- comedor, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavanderías.
- Estar techada, ser de fácil acceso para la recolección y transporte, sin riesgos de inundación e ingreso de animales.
- Contar con señalamientos y letreros alusivos a la peligrosidad de los mismos, en lugares y formas visibles, el acceso a esta área sólo se permitirá al personal de casa de salud y a quienes ellos mismos designen responsables de estas actividades y se deberán realizar las adecuaciones en las instalaciones para los señalamientos de acceso respectivos.
- De no contar con espacios disponibles para construir un almacenamiento temporal, se podrá utilizar contenedores plásticos o metálicos para tal fin, siempre y cuando cumplan con los requisitos mencionados anteriormente en estas observaciones.

2. Atención De Enfermería En La Valoración Del Estado Del Paciente.

2.1. Interrogatorio

Concepto

Serie de preguntas dirigidas al paciente con el fin de identificar los signos y síntomas que presenta.

Objetivos

- ♣ Establecer el primer contacto con el paciente.
- ♣ Crear una ficha de identificación para visitas subsecuentes.
- ♣ Obtener la información necesaria indispensable para la elaboración del diagnóstico del paciente.
- ♣ Establecer una relación de confianza entre el personal de enfermería y el paciente.

Fundamentación

- ✓ Con una adecuada observación y un lenguaje claro en el interrogatorio se logra una detección oportuna y correcta de necesidades clínicas permitiendo una mejor atención, así como la remisión del paciente hacia los profesionales de salud indicados. (Rosales, B.S. & Reyes, G.E. 1999).
- ✓ El conocimiento integral del individuo aumenta la capacidad del personal de enfermería a la toma de decisiones.

Material y equipo

- ♦ Hoja blanca y/o formato de historia de enfermería.
- ♦ Pluma o lápiz, para hacer las anotaciones.

Pasos

- Reciba gentilmente al paciente.
- Pídale que tome asiento.
- Preséntese con el paciente.
- Explíquelo, brevemente, el procedimiento y su fin.
- Primeramente obtenga la información personal: Nombre, edad, sexo, estado civil, religión a la que pertenece, dialecto, etnia.
- Pregunte sobre las razones por las que acude a casa de salud.
- Pregunte al paciente sobre su estado actual de salud: los problemas de salud que tiene actualmente.
- Pregunte que problemas de salud ha tenido en el pasado el paciente, de haber tenido alguno, que tratamiento recibió y los resultados del mismo.
- Pregunte al paciente sobre la salud de su familia, sobre todo de padres y abuelos.
- Pregunte sobre los hábitos que forman el modo o estilo de vida del paciente, sobre todo los que afectan su salud, como el fumar, el beber, entre otros.
- Realice la exploración física por sistemas.
- Pregunte al paciente si es alérgico a algún medicamento. (Wolf, L.L., 1992)

Observaciones y recomendaciones

- Seleccione el lugar más adecuado para la realización del interrogatorio, pues habrá algunas preguntas a las que el paciente se resistirá a contestar en presencia de otras personas.
- Escuche con interés, confianza y paciencia a la persona, esto ayudará en ella a disminuir la preocupación, ansiedad, temor, y propiciará una mejor comunicación.
- Utilice un lenguaje claro y sencillo, a fin de que el paciente entienda las preguntas, esto facilitará el trabajo y agilizará el interrogatorio.
- Pregunte sobre el estado de las principales funciones vitales y de los problemas que presenta el paciente, pues así logrará tener un conocimiento integral del mismo, lo que aumenta la capacidad del personal de enfermería en la toma de decisiones, además, la detección oportuna y correcta de necesidades y manifestaciones clínicas permite canalizar al paciente a otras instituciones donde pueden atenderlo de manera más adecuada.
- Mantenga contacto con el traductor del Centro de Desarrollo Comunitario, puede ocuparlo en cualquier momento.
- Tenga a la mano una relación del personas del Centro de Desarrollo Comunitario que hable alguna lengua indígena, y marque cual es; esto ayudará cuando se presente algún paciente que no hable español y no este el traductor.
- Continúe con el interrogatorio durante la exploración física.
- El ser profesional significa también ser gentil, respetuoso y amable con la gente que acuden a casa de salud.

2.2. Historia de enfermería

concepto

La historia de enfermería es un documento que permite registrar los antecedentes del paciente, su padecimiento actual y los datos correspondientes a la interrogación y exploración física, que ayudan a formular un diagnóstico, establecer un pronóstico e instituir el plan de acción de enfermería a realizar.

Objetivo

- ♣ Tener un documento en el cual se registren todos los datos del paciente, a fin de que quede un archivo con sus datos, diagnóstico y tratamiento.

Fundamentación

- ✓ En la historia de enfermería se determinarán todos los antecedentes que puedan tener importancia para el paciente (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G 2000).

Material y equipo

- ◆ Formato de historia clínica u hoja en blanco.
- ◆ Lápiz o pluma, para hacer las anotaciones.

Pasos

- Primeramente realice la ficha de identificación del paciente (nombre completo, edad, estado civil y nivel académico, religión, etnia y lengua que habla).
- Continúe con los antecedentes heredo-familiares.
- Siga con los antecedentes personales no patológicos.
- Posteriormente pregunte los antecedentes personales patológicos.
- Pregunte sobre antecedentes quirúrgicos o alérgicos.
- SI ES MUJER, pregunte los antecedentes gineco-obstétricos.
- Finalice con el padecimiento actual.

2.3. Signos vitales

Concepto

Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en el cuerpo de manera constante, y determinan de manera global el estado fisiológico del organismo, y son temperatura. Respiración, pulso y tensión arterial.

Objetivos

- ♣ Determinar si las constantes vitales están dentro de los límites normales.
- ♣ Valorar el estado de salud o enfermedad del paciente.
- ♣ Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

Fundamentación

- ✓ El calor del cuerpo dilata el mercurio contenido en el termómetro.
- ✓ Los termorreceptores se encuentran por debajo de la superficie de la piel.
- ✓ La pérdida de calor ocurre principalmente por piel y pulmones.
- ✓ La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta. (Rosales, B.S & Reyes, G.E., 1999).
- ✓ El pulso determina la frecuencia y los tipos de latidos del corazón.
- ✓ Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es expulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardíacas.
- ✓ Un pulso con frecuencia lenta significa que el corazón toma periodos de descanso más prolongados entre latido y latido.
- ✓ La respiración voluntaria es fácilmente controlada por el paciente.
- ✓ La respiración involuntaria es controlada por el bulbo raquídeo.

- ✓ La composición química de la sangre regula la frecuencia y profundidad de la respiración.
- ✓ El organismo capta oxígeno y elimina dióxido de carbono y otras sustancias de desecho a través del aparato respiratorio y del sistema circulatorio.
- ✓ Los eritrocitos llevan oxígeno de los alvéolos a los tejidos corporales.
- ✓ La transmisión del sonido a través del estetoscopio se hace posible debido a que las ondas de sonido pasan por líquidos, sólidos y vidrio.
- ✓ En la presión sanguínea influyen la fuerza con la que contrae el ventrículo izquierdo, el volumen de la sangre impulsada por la aorta y la resistencia ofrecida por los vasos más pequeños. (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Material y equipo

- ◆ Portatermómetro con solución antiséptica.
- ◆ Termómetro axilar.
- ◆ Torundera con torundas secas.
- ◆ Reloj con segundero.
- ◆ Estetoscopio.
- ◆ Esfigmomanómetro aneróide (baumanómetro).
- ◆ Hoja para registro.
- ◆ Pluma para hacer la anotación.

Pasos

- **Temperatura**
- Explique brevemente el procedimiento al paciente.
- Mientras toma la temperatura es conveniente que realice la toma del resto de los signos vitales.

- Verifique que el bulbo del mercurio se encuentre debajo de 34° centígrados, en caso contrario, sacúdalo para hacer descender el mercurio.
- Coloque el termómetro bajo la axila derecha, verificando que el bulbo del termómetro quede en contacto directo con la piel.
- Pida al paciente que ponga la palma de su mano sobre el tórax, a fin de presionar ligeramente el termómetro, evitando que se caiga.
- Deje el termómetro de 3 a 5 minutos bajo la axila antes de retirarlo.
- Mientras transcurre este tiempo, continúe con la toma de los signos restantes
- **Pulso**
- Verifique que el brazo izquierdo del paciente descansa en una posición cómoda.
- Colóquelas yemas de los dedos índice y anular sobre la arteria radial.
- Oprima con la fuerza necesaria para percibir el pulso.
- Una vez percibido, inicie la cuenta del mismo durante un minuto.
- Al pasar el minuto, anote el registro en una hoja.
- **Respiración**
- Aproveche que el paciente está sentado y tranquilo, no le avise que le tomará su frecuencia respiratoria.
- Continúe con la misma posición de la toma de pulso, colocando el brazo sobre el tórax.
- Observe los movimientos respiratorios mientras examina tórax y abdomen cuando se eleva y se deprime.
- Cunte las respiraciones durante un minuto y haga la anotación en la hoja de registro.

➤ **Tensión arterial**

- Extienda el brazo izquierdo del paciente y apóyelo sobre una superficie.
- Explique brevemente el procedimiento al paciente.
- Coloque el brazalete del esfigmomanómetro 2.5 centímetros por encima de la articulación del brazo.
- Palpando, localice el pulso braquial y coloque ahí la membrana del estetoscopio.
- Cierre la válvula de aire y comience a insuflar rápidamente el brazalete hasta que ya no se escuche el pulso.
- Abra la válvula y deje escapar el aire lentamente. Escuche con atención el primer latido claro y rítmico y haga la lectura: esa cifra marca la presión sistólica.
- Continúe aflojando el tornillo de la válvula para que el aire salga lentamente y mantenga la vista fija en la escala del esfigmomanómetro, el último golpe claro que escuche corresponde a la presión diastólica.
- Abra completamente la válvula dejando escapar el aire restante y retire el brazalete.
- Haga el registro en la hoja correspondiente.
- A continuación, retire el termómetro limpiándolo con una torunda seca de la punta al bulbo con movimientos rotatorios.
- Haga la lectura del termómetro y registrela en la hoja.
- Sacuda el termómetro para bajar la escala de mercurio e introdúzcalo nuevamente en la solución antiséptica. (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999)

Observaciones y recomendaciones

Cuadro 3: Valores normales de los signos vitales del primer mes a los 18 años.

Edad	Signos vitales				
	Frecuencia cardiaca Despierto	Frecuencia Respiratoria Por minuto	Temperatura en grados centígrados	Tensión arterial	
				Niños	Niñas
1 ^{er} mes	100 - 120	30	37.5	86/52	84/52
6 meses	80 - 150	30	37.5	90/53	91/53
1 año	80 - 150	25	37.7	90/56	91/54
2 años	80 - 150	25	37.7	91/56	90/56
3 años	70 - 100	23	37.2	92/55	91/56
4 años	70 - 100	23	37.2	93/56	92/56
5 años	70 - 100	21	37.0	92/56	94/56
6 años	70 - 100	21	37.0	96/57	96/57
7 años	70 - 100	20	36.8	97/58	97/58
8 años	70 - 100	20	36.8	99/60	99/59
9 años	70 - 100	19	36.7	101/61	100/61
10 años	70 - 110	19	36.7	102/62	102/62
11 años	55 - 90	19	36.7	90/63	105/64
12 años	55 - 90	19	36.7	109/64	109/64
13 años	55 - 90	18	36.6	109/63	109/64
14 años	55 - 90	18	36.6	112/64	110/67
15 años	55 - 90	17	36.6	114/65	111/67
16 años	55 - 90	17	36.6	117/67	112/67
17 años	55 - 90	16 - 18	36.6	119/69	112/66
18 años	55 - 90	16 - 18	36.6	121/70	112/66

Fuente: Wong, D.L., 1995.

Nota: Tome en cuenta que los parámetros mencionados en este cuadro pueden variar debido a las condiciones geográficas o ambientales, así como por causa del estado nutricional del individuo.

2.4. Somatometría

Concepto

Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad de gramos de la masa corporal, y la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo (Rosales, B.S. & Reyes, G.E. 1999).

Objetivos

- ♣ Valorar el crecimiento del individuo.
- ♣ Valorar su estado de salud- enfermedad.

Fundamentación

- ✓ La pérdida de aumento de peso o talla en un paciente, que no esta acorde a su edad, implica trastornos en su estado de salud (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Material y equipo

- ◆ Báscula con estadiómetro.
- ◆ Hoja de registro y pluma para realizar el registro
- ◆ Toallas desechables u hojas limpias para poner en la base de la báscula.

Pasos

- Pídale al paciente que se quite los zapatos.
- Ayúdelo a subir sobre la plataforma de la báscula para que su cuerpo quede alineado.
- Mueva la barra de la báscula (kilogramos) hasta encontrar el peso.
- Coloque la rama horizontal del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que las dos ramas del estadiómetro formen un ángulo recto.
- Haga los registros de peso y talla.

2.5. Exploración física

Concepto:

"Explorar en forma sistematizada los diferentes segmentos corporales para detectar la presencia de signos que indican alguna patología" (Mondragón, C., H. 1999)

Objetivos:

- ♣ Obtener Información sobre el estado de salud del paciente.
- ♣ Identificar oportunamente los signos de los padecimientos que presenta el paciente.

Material y equipo:

- ◆ Cama.
- ◆ Sabana.

Pasos:

- Explique al paciente el procedimiento que va a realizar y el por qué.
- Cierre la puerta del consultorio para proteger la intimidad del paciente.
- Pida al paciente que se recueste boca arriba y pídale que se descubra.
- Cubra al paciente con una sabana.
- Realice la exploración física en forma cefalocaudal.
- Al terminar pida al paciente que se cubra
- Si es necesario explorar región genital, primero infórmelo al paciente; si es mujer, pídale que se coloque en posición ginecológica y cúbrala con una sabana.

EN AMBOS SEXOS, CON EL PACIENTE SENTADO

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Cabeza	<p>Observe la posición de la cabeza respecto a los hombros y al tronco.</p> <p>Observe el tamaño, forma y contorno.</p> <p>Palpe el cráneo en busca de nódulos o masas rotando suavemente las yemas de los dedos.</p>	<p>La cabeza se mantiene normalmente derecha en la línea media del tronco.</p> <p>El cráneo es generalmente redondeado, con una prominencia de la región frontal hacia delante y de la región occipital hacia atrás.</p> <p>El cuero cabelludo que recubre el cráneo es liso y elástico.</p>
Ojos	<p>Observe la posición relativa de los ojos entre sí.</p> <p>Observe la posición y el color de los párpados.</p> <p>Inspeccione el iris y observe cualquier defecto en el borde.</p> <p>Observe el tamaño, forma e igualdad de las pupilas.</p> <p>Explore la respuesta directa y consensual de las pupilas a la luz.</p>	<p>Los ojos son paralelos entre sí.</p> <p>Los párpados cubren el globo ocular.</p> <p>El dibujo del iris debe ser claramente visible, con ambos iris del mismo color.</p> <p>Las pupilas, normalmente, son negras redondeadas, regulares y de igual tamaño (3 a 7 milímetros).</p> <p>La pupila iluminada repentinamente por un haz de luz debe contraerse bruscamente.</p> <p>La esclerótica tiene color de porcelana en pacientes de origen europeo, y amarilla clara en pacientes de origen afroamericano.</p>

Área a Evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Orejas	Observe la posición de la oreja, su color, tamaño, forma y simetría.	Las orejas son de igual tamaño o están situadas al mismo nivel con el punto superior de inserción a nivel del canto externo del ojo. El color debe ser el mismo que el de la cara.
Nariz	Observe cualquier deformidad o inflamación de la región externa de la nariz. Valore la forma, tamaño y color que presenta la piel de la nariz. Observe la presencia de secreciones y congestión en las fosas nasales.	La nariz es lisa y simétrica. La nariz presenta el mismo color de la cara. Las fosas nasales son ovales, simétricas y, en estado normal, no presentan secreción ni congestión.
Boca y faringe	Inspeccione la textura, contorno, color e hidratación de los labios. Inspeccione la mucosa bucal pidiéndole al paciente que abra la boca. Inspeccione y cuente los dientes. Observe el aspecto, la presencia de caries dentales, fundas o coronas, huecos de extracción y el color. Para explorar la faringe, pida al paciente que abra la boca y diga "ah".	Los labios son rosados, húmedos, simétricos y lisos, con la superficie libre de lesiones. La mucosa es rosa brillante, suave y húmeda. Los dientes son de color marfil, lisos y brillantes; los adultos tienen 32 piezas dentales. La faringe posterior es lisa, de color rosa brillante y bien hidratada. Es normal la presencia de pequeñas manchas irregulares que corresponden

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Boca y faringe	<p>Sitúe el abatelenguas en el tercio medio de la lengua.</p> <p>Use una lámpara para inspeccionar los pilares de la faringe, la úvula, el paladar blando, las amígladas y la faringe posterior.</p>	<p>al tejido linfático y a pequeños vasos sanguíneos.</p> <p>La úvula y el paladar blando se elevan cuando el paciente dice "ah".</p> <p>Las amígladas se funden con el color rosa de la faringe y no deben sobrepasar los límites de los pilares.</p>
Cuello	<p>Observe si existe simetría entre los músculos del cuello, el alineamiento de la traquea o cualquier tumefacción en la base del cuello.</p> <p>Observe cualquier dilatación o prominencia de las venas yugulares y de las arterias carótidas.</p> <p>Inspeccione la parte inferior del cuello sobre la glándula tiroidea en busca de masas y simetría.</p> <p>Pida al paciente que extienda el cuello y trague saliva; observe cualquier abultamiento de la glándula tiroidea.</p>	<p>En una disposición normal el cuello está ligeramente hiperextendido sin masas ni asimetría.</p> <p>Las venas y las arterias son planas.</p> <p>No hay masas visibles.</p> <p>La glándula tiroidea no se puede visualizar al tragar saliva.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Cuello	<p>Para explorar los ganglios linfáticos pida al paciente que se relaje y que ponga el cuello ligeramente flexionado hacia un lado; explore los tejidos y músculos de la zona utilizando las yemas de los tres dedos medios. Palpe suavemente cada ganglio linfático de forma rotatoria.</p>	<p>Los ganglios linfáticos, en condiciones normales, no son palpados con facilidad.</p>
	<p>No presione excesivamente al palpar, ya que los ganglios pequeños pueden pasar inadvertidos.</p>	<p>La presencia de pequeños ganglios, menores de 1 centímetro, móviles, blandos y no dolorosos es normal.</p>
Tórax	<p>Observe la forma y simetría del tórax de espalda y frente; mida el diámetro anteroposterior.</p>	<p>El contorno del tórax es relativamente simétrico.</p>
	<p>Observe la posición de la columna vertebral, la inclinación de las costillas y la simetría de las escápulas.</p>	<p>El esqueleto óseo es evidente, las clavículas son prominentes, el esternón es bastante plano. El diámetro anteroposterior es normalmente de 1/3 a 1/2 del diámetro biparietal.</p>
	<p>Observe el tórax en conjunto.</p>	<p>La columna está recta sin desviación lateral, las escápulas son simétricas y están íntimamente unidas a la pared torácica. El tórax se expande y se relaja bilateralmente.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Tórax	<p>Palpe el esqueleto y los músculos de la región posterior del tórax en busca de bultos, pulsaciones, molestias, movimientos o posiciones anormales; si existe dolor o molestia, evite palpar profundamente, pues podría causar un daño mayor.</p>	<p>Si no existen masas, la palpación es indolora, la caja torácica es relativamente elástica, mientras que la columna dorsal es rígida.</p>
	<p>Sitúese de pie tras el paciente y coloque los pulgares a lo largo de la apófisis espinosa a la altura de la décima costilla. Después de la respiración, pida al paciente que haga una respiración profunda.</p>	<p>El desplazamiento del tórax debe separar los pulgares entre 3 y 5 centímetros.</p>
	<p>Realice percusión en los espacios intercostales a intervalos de 4 a 5 centímetros.</p>	<p>En la región posterior del tórax normalmente existe resonancia a la percusión.</p>
	<p>Ausculte los ruidos pulmonares para identificar moco, obstrucción de las vías aéreas o patología pulmonar.</p>	<p>La percusión sobre la escápula, las costillas o la columna es mate.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Tórax	<p>Utilice la membrana del estetoscopio en los adultos. Pida a la paciente que doble los brazos por delante de la cabeza inclinada hacia delante. Sitúe firmemente el estetoscopio sobre la piel de los espacios intercostales.</p>	<p>Los ruidos respiratorios normales abarcan sonidos bronco vesiculares entre las escápulas (sonido soplate con fases inspiratoria y espiratoria iguales) y sonidos vesiculares en la periferia de los pulmones (suaves, ventosos, de tono grave, con una fase inspiratoria que dura tres veces más que la fase espiratoria).</p>
	<p>Pida al paciente respire lenta y profundamente con la boca ligeramente abierta. Con el paciente sentado observe los músculos accesorios de la respiración: esternocleidomastoideo, trapecio y músculos abdominales. Estando aún el paciente sentado, derecho, y con los hombros hacia atrás, ausculte el tórax anterior. Preste especial atención durante la auscultación de los lóbulos inferiores, donde se acumulan con frecuencia las secreciones mucosas.</p>	<p>Los músculos accesorios se desplazan mínimamente en la respiración pasiva normal. La respiración en las mujeres es con mayor movimiento en las costillas, en tanto que los hombres e infantes tienen movimientos abdominales más pronunciados.</p> <p>Los ruidos bronco vesiculares y vesiculares se escuchan por encima y por debajo de las clavículas y a lo largo de la periferia pulmonar. Los ruidos bronquiales son normales sobre la tráquea: fuertes, de tono agudo y con sonido hueco, durante la espiración, durando más tiempo durante la espiración que durante la inspiración.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Tórax	<p>Busque signos o síntomas indicativos de trastornos pulmonares; compare los hallazgos con la valoración de la piel, uñas y mucosa oral.</p> <p>Un soplo se detecta como un sonido silbante o soplante al comienzo, en la mitad o al final de la sístole o diástole. Para valorar la irradiación ausculte sobre las regiones próximas al punto en el que el soplo se oye mejor, como en cuello o espalda.</p> <p>Revise los riñones. Percuta el ángulo costovertebral a la altura de la línea escapular.</p>	<p>La oxigenación reducida puede causar estado de alerta reducido, así como coloración azul-morada en áreas distales.</p> <p>La percusión no provoca dolor o molestias en el paciente.</p>
En caso de ser mujer		
Mamas	<p>Con la paciente sentada y los brazos colgando relajadamente a los lados, observe el tamaño y la simetría de ambas mamas.</p> <p>Inspeccione el contorno y la forma de las mamas y observe si existen masas, aplanamientos o depresiones.</p>	<p>En caso de que se trate de una mujer que ya ha tenido hijos, puede presentarse una mama más grande que la otra, por el amamantamiento.</p> <p>Las mamas varían en su forma desde convexas a pendulares o cónicas. No debe haber masas, aplanamientos o depresiones.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Mamas	Inspeccione la piel que cubre la mama, su color y patrones venosos y la presencia de edema, lesiones o inflamación.	El color de la piel que las cubre es el mismo que el resto del cuerpo, y los patrones venosos son parecidos en ambos lados.
	Examine el pezón y la aréola en cuanto a tamaño, color y forma, y la dirección hacia donde apuntan los pezones. Si están invertidos pregunte desde cuando se encuentran así. Observe cualquier secreción de los pezones (en el apéndice 10.1 se aborda la exploración y autoexploración de mamas).	Las aréolas normales son redondas u ovales y casi iguales en ambos lados, su color varía de rosado a marrón. En las mujeres de piel clara la aréola se vuelve marrón durante el embarazo. Los pezones pueden ser ligeramente asimétricos, y la mayoría están evertidos. La aréola tiene el mismo color.
CONTINUANDO CON LA EXPLORACIÓN EN AMBOS SEXOS, ESTANDO EL PACIENTE RECOSTADO		
Abdomen	<p>Observe la postura del paciente y busque algún dato de rigidez abdominal.</p> <p>Inspeccione el abdomen desde una posición baja para observar el contorno, sombras y movimientos anormales.</p> <p>Inspeccione la piel del abdomen en cuanto a color, cicatrices, patrón venoso, lesiones y estrías.</p>	<p>El paciente libre de dolor abdominal no encogerá ni contraerá el abdomen.</p> <p>La piel se ve sometida a las mismas variaciones de color que el resto del cuerpo.</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Abdomen	Inspeccione el contorno, la simetría y el movimiento superficial observando si hay masas, abultamientos o distensión.	Los patrones venosos son normalmente débiles, excepto en los pacientes delgados; e las mujeres las estrías se producen por estiramiento del tejido en la obesidad o el embarazo.
	Si el abdomen parece estar distendido, pida al paciente que se vuelva hacia un costado e inspeccione el flanco abultado.	Un abdomen aplastado forma un plano horizontal desde la apófisis xifoides hasta la sínfisis del pubis. Un abdomen redondeado es uniformemente convexo, con la máxima altura en el ombligo. Un abdomen cóncavo que parece hundirse en la pared muscular es frecuente en personas delgadas.
	Ausculte los ruidos intestinales, observando su frecuencia y carácter.	Una distensión simétrica generalizada puede tener su origen en una comida abundante, obesidad o gases. Los ruidos intestinales son de tono agudo. Se producen chasquidos o sonidos gorgoteantes de forma irregular y oscilan de 5 a 35 por minuto.
	Con la campana del estetoscopio ausculte la región abdominal.	No existen ruidos vasculares sobre las arterias aorta, renal, iliaca o femoral. Si se oyen soplos no palpe el abdomen, pues puede propiciar una lesión.

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
Abdomen	En el apéndice 10.2 se aborda la exploración abdominal por las 9 regiones.	Los órganos huecos como el estómago, el intestino, la vejiga y la aorta tienen sonido timpánico. Se puede escuchar un tono mate sobre el hígado, bazo, páncreas, riñones y sobre la vejiga distendida.
Extremidades	<p>Observe en las extremidades el tamaño global, la presencia de deformidades evidentes, el aumento de tamaño óseo, el alineamiento y la simetría de longitud y posición.</p> <p>Valore la piel, los lechos ungueales, en busca de signos de insuficiencia venosa o arterial: color, temperatura, pulso, edema, sensibilidad y cambios cutáneos. Examine las extremidades inferiores en busca de varices, edema periférico y flebitis.</p> <p>Valore la existencia de edema con fovea cerca de los tobillos. Presione por 5 segundos con el dedo índice sobre cada maléolo interno o sobre la cresta tibial.</p>	<p>Generalmente existe simetría bilateral en cuanto a longitud, perímetro, alineación y posición, y número de los pliegues cutáneos.</p> <p>Normalmente las venas no son visibles, sin embargo, los capilares pequeños en forma de araña visible a lo largo del muslo son normales.</p>
		La presión sobre la piel no deja una depresión permanente, ya que esta desaparece en unos cuantos minutos.

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
La exploración del área genital solo se realizará cuando la situación del paciente lo requiera, y con su previo consentimiento.		
En mujeres		
Genitales	<p>Inspeccione las características de la superficie de los labios mayores.</p> <p>Retraiga suavemente los labios mayores con los dedos de una mano para inspeccionar clítoris, labios menores, orificio uretral, himen, orificio vaginal y periné.</p> <p>Examine el clítoris y los labios menores en cuanto a tamaño y forma. Busque presencia de inflamación, irritación o flujo en los pliegues.</p> <p>Observe cuidadosamente el orificio uretral, su color y posición, observe la presencia de flujo o fistulas.</p> <p>Examine y palpe el periné.</p>	<p>La piel del perineo es algo más oscura que el resto de la piel; debe estar lisa y limpia.</p> <p>Los labios menores son normalmente más delgados que los labios mayores, y un lado puede ser mayor que otro.</p> <p>El tamaño del clítoris es variable, pero normalmente no excede de 2 centímetros de longitud y de medio centímetro de diámetro. La superficie interna debe estar húmeda y presentar un color rosa oscuro.</p> <p>El orificio uretral está normalmente intacto y sin inflamación.</p> <p>La superficie es lisa; en nulíparas el tejido se percibirá grueso y liso, en tanto que en la multipara será más delgado y rígido</p>

Área a evaluar	Valoración	Hallazgos normales
En hombres		
Genitales	<p>Pida al hombre que se ponga de pie; recuerde usar guantes para esta exploración.</p> <p>Inspeccione el pene en busca lesiones, inflamación o flujo. Observe la simetría del escroto y palpe los testículos.</p>	<p>En condiciones normales, no debe haber lesiones o flujo en el pene, ni masas llenas de líquido.</p> <p>Debe apreciarse simetría en el escroto, y los testículos deben encontrarse a la misma altura y deben ser del mismo tamaño.</p>

Fuente: Castillo, L.F.J., 1998; Mondragón, C.H., 1999; Potter, P.A., 1995; Wolff, L., 1998.

2.6. Observaciones y recomendaciones

Al terminar el último punto de este capítulo, usted habrá identificado cuál es el problema del paciente, y tendrá todos los elementos para realizar un diagnóstico de enfermería, por lo que podrá desarrollar un plan de enfermería adecuado a sus necesidades. A continuación se hacen algunos comentarios y recomendaciones para la exploración física del paciente.

- El glaucoma es un problema muy serio de la visión, más común en el estado de Chiapas de lo que se cree, donde la presión intraocular ocasiona gradualmente la pérdida de la vista, por lo que cuando el paciente refiera un problema de disminución de la agudeza visual, debe ser esta una de las posibilidades a descartar.
- Es muy importante que al detectar aleteo nasal, sobre todo en menores de 5 años, ponga énfasis en la atención, pues puede tratarse de un problema muy serio que requiere atención especializada.
- Dentro de la exploración física nunca de por hecho alguna suposición, ya que al no realizar una exploración completa pueden estar omitiéndose detalles muy importantes para la realización del diagnóstico.
- Dentro de la exploración física, al detectar cualquier alteración que no pueda ser manejada en casa de salud, no dude en referir al paciente a otra unidad de salud de forma inmediata.
- Tenga a la mano los números de emergencia del estado, así como de la cruz roja y de los hospitales más cercanos: una llamada a tiempo puede evitar muchos problemas al paciente.
- Para atención psicológica al paciente, consulte el apéndice 10.3, página 198.

3. Atención De Enfermería En El Control Prenatal

3.1. Primera visita

Concepto

Conjunto de acciones y actividades que se realizan en el primer contacto que se tiene con la mujer embarazada para valorar su salud y el desarrollo del feto, así como para promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G, 2000).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-1993, la primera consulta a la embarazada debe ser antes de cumplir las 12 semanas de gestación.

Objetivos

- ♣ El establecimiento de buenos hábitos de salud en beneficio de la madre y el niño.
- ♣ Vigilar y registrar los cambios que presenta la mujer y el feto en las diferentes etapas del embarazo.
- ♣ Identificar a tiempo posibles complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la embarazada y del feto.
- ♣ Obtener en la paciente un embarazo con mínimas molestias físicas y emocionales.
- ♣ Que la madre llegue a un parto en las circunstancias más deseables. (Burroughs, A. 1999).
- ♣ Identificar a embarazadas que presenten complicaciones en su embarazo, y canalizarlas a unidades de salud donde puedan atenderlas adecuadamente. (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G 2000).

Fundamentación

- ✓ Un adecuado control prenatal ayuda a reducir la mortalidad materno-infantil.
- ✓ Mediante un control prenatal constante se pueden detectar y atender problemas en cualquier etapa del embarazo, sin que estos sean graves ni pongan en riesgo el desarrollo del mismo.
- ✓ Durante el control prenatal se pueden detectar factores de riesgo que ponen en peligro la salud de la madre y el producto.

Pasos

- Reciba a la paciente gentilmente.
- Preséntese ante la paciente.
- Identifique a la paciente por su nombre, llamándola así a partir de ese momento
- Elabore la historia clínica completa (en el punto 2.2 de este manual, pagina 36, se aborda lo relativo a la historia clínica).
- Mediante el interrogatorio a la paciente identifique los factores de riesgo, y de acuerdo al siguiente cuadro que se sugiere, formule un plan de enfermería en donde se lleven acabo las actividades correspondientes para disminuir ó eliminar los factores que presente la paciente.

Cuadro 4: Factores de riesgo a identificar en la primera consulta del embarazo.

FACTOR	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
Edad (años)	20 a 30	15 a 19	14 y menos
Edad (años)		31 a 35	36 y más
Peso al inicio (Kg.)	51 a 64	65 a 75	76 y más
Peso al inicio (Kg.)		41 a 50	40 y menos
Estatura (cm)	1.50 y mas	1.45 a 1.49	1.44 y menos
Nivel socioeconómico	alto y medio	bajo	muy bajo
Estado civil	casada	soltera	sin cónyuge
Estado civil	unión libre	viuda	
Actitud	adecuada	Inadecuada	muy alterada
Paridad	1 a 3	4 a 6	
Paridad		nulipara	
Parto anterior	normal	difícil	Traumático
Abortos consecutivos	no	2 y más	
Cesáreas previas	no	una	2 y más
Parto pretérmino	no	uno	2 y más
Preeclampsia – eclampsia	no	sí	
Hijos 2500g y menos	no	uno	2 y más
Hijos 4000g y más	no		sí
Muertes perinatales	no	uno	2 y más
Hijo malformado	no		sí
Cirugía pélvica previa	no	ginecológica	útero
Consanguinidad	no		sí
Factor Rh	positivo	negativo no inmunizada	negativo inmunizada

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

Cuadro 4: Factores de riesgo a identificar en la primera consulta del embarazo (continuación).

FACTOR	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
Hemoglobina (gr.)	11 y más	8 a 10.9	menos de 8
Tabaquismo	no	si	
Alcoholismo	no	si	
Toxicomanías	no	si	
Amenaza de aborto(menos de 20 semanas)	no	controlada	activa
Amenaza de parto pretérmino (20 semanas y mas)	no	controlada	activa
Hemorragia ginecológica	no	controlada	activa
Cardiopatía	no	controlada	activa
Neuropatía	no	controlada	activa
Diabetes	no	controlada	activa
Hipertensión crónica	no	controlada	activa
Hipertensión del embarazo	no	controlada	activa
Ruptura de membranas	no	12 hrs. y menos.	13 hrs. y más

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

Nota: Si la paciente presenta un factor de riesgo que rebasa las capacidades del personal de enfermería de casa de salud, canalícela de inmediato con un especialista.

- Realice el diagnóstico de embarazo mediante la observación de los cambios físicos, así como de los signos y síntomas presentados durante el embarazo.

Cuadro 5: Signos y síntomas de embarazo.

De sospecha	De probabilidad	De certeza
Durante el interrogatorio		
Amenorrea. Náuseas y vómitos. Sialorrea. Polaquiuria. Nicturia. Mastalgia. Astenia y adinamia. Mareos. Irritabilidad. Somnolencia. "Antojos".	Aumento de varios de los síntomas de sospecha Percepción de los movimientos fetales por la madre	
Durante la exploración física		
Aumento de tamaño, consistencia y sensibilidad mamaria. Pigmentación del pezón. Aréola secundaria. Red venosa de Haller. Calostro. Pigmentación cutánea en abdomen, muslos y genitales externos. Leucorrea.	Aumento de peso corporal. Aumento del tamaño uterino de acuerdo a la amenorrea. Modificación de órganos pélvicos	Auscultación de latidos cardiacos fetales. Percepción de partes fetales durante las maniobras de Leopold. Comprobación de movimientos fetales en la exploración.

Fuente: Mondragón, C.H., 1999.

- Realice la toma de los signos vitales y la somatometría
- Realice la exploración física en forma cefalocaudal.
- Realice los cálculos obstétricos correspondientes.
- Programe las visitas subsecuentes.

3.1.1. Signos vitales y somatometría en el embarazo

Signos vitales

En el punto 2.3 de este manual , pagina 37, se ha abordado lo referente a la toma de signos vitales, por lo que a continuación se presentan las alteraciones que estos presentan durante el embarazo.

Cuadro 6: valores normales de los signos vitales durante el embarazo.

Signo vital	Valores en la embarazada	observaciones
Temperatura	Aumento de 0.3° C en la temperatura corporal hasta la mitad del embarazo; después se normaliza.	Sensación de demasiado calor y mayores respiraciones
Pulso	Se incrementa de 10 a 15 latidos por minuto.	Este aumento es gradual y llega a su máximo nivel al final del embarazo.
Respiración	Aumenta la ventilación hasta en un 37% por minuto.	La respiración puede ser difícil, sobre todo al final del embarazo.
Tensión arterial	En la primera mitad del embarazo disminuye de 5 a 10 mm Mg. Después alcanza los niveles normales previos al embarazo.	Cualquier aumento de 30 mm Mg en la presión sistólica es un dato anormal. La disminución de 10 a 30 mm Mg. de la presión sistólica podría producir desmayos.

Fuente: Baily, R.E.; Lloyd, Z.M.; Claire, M.L.; Neeson, J.D., 1997; Rosales, B.S. & Reyes, G.E. 1999.

Peso

- ◆ Durante el primer trimestre la ganancia de peso es muy baja, pero a partir de la 20ava semana el incremento es constante (Botero, 2000).
- ◆ El aumento de peso debe ser, en condiciones normales, en la primera mitad del embarazo, aproximadamente de 500 gramos por mes.
- ◆ A partir de la segunda mitad del embarazo el aumento de peso es de 1500 gramos por mes, alcanzando un incremento de entre 9 y 12 kilogramos al final del embarazo.
- ◆ Un aumento excesivo o brusco puede ser una señal inicial que indica la presencia de un problema grave (Asociación d médicos del hospital de ginecología y obstetricia, 1995).

3.1.2. Exploración física durante el embarazo

Concepto

Explorar en forma sistemática los diferentes segmentos corporales para detectar la presencia de signos que indican alguna patología asociada al embarazo (Mondragón, 1999).

Para fines prácticos, solamente se abordan puntos específicos de la embarazada; en el punto 2.5 (página 43), de este manual ya se ha hablado de la exploración física.

Objetivos

- ♣ Obtener información sobre el estado de salud de la embarazada.
- ♣ Identificar oportunamente los signos de los padecimientos que complican el embarazo.

Material y equipo

- ◆ Cama.
- ◆ Sabana.
- ◆ Cinta métrica.
- ◆ Estetoscopio de pinart.

Pasos

- Explique a la embarazada lo que va a realizar y con que fin.
- Cierre la puerta del consultorio para proteger la intimidad de la embarazada.
- Pida a la embarazada que se recueste boca arriba cúbrala con una sabana, descubriendo solo la región abdominal hasta el borde superior de la sínfisis del pubis.

- Realice maniobras de Leopold, escuche la frecuencia cardíaca fetal, mida el fondo uterino y realice los cálculos obstétricos que correspondan.
- Al terminar, pida a la embarazada que se cubra y explíquese los resultados de la exploración.

Maniobras de Leopold

- **Primera maniobra:**

Viendo hacia la cara de la embarazada, coloque las palmas de sus manos sobre los costados de la parte superior y más prominente del útero y desplácelas siguiendo la curvatura que se presenta, determinando de este modo el límite superior del fondo uterino.

- **Segunda maniobra:**

Descienda las manos colocándolas una vez más a los lados del vientre materno, haga presión levemente y compare los dos lados del abdomen; el lado más resistente, liso y convexo corresponde al dorso del niño, y el dado opuesto, un tanto irregular, corresponde a las extremidades del bebe.

- **Tercera maniobra:**

Coloque una mano en la parte inferior del abdomen, sobre la sínfisis del pubis y haga ligeros movimientos laterales con su mano. Si puede mover de un lado a otro sin que se mueva el dorso (peloteo), se trata de la cabeza del feto, la cual, a la palpación, se encuentra dura, liza y redonda ; si al realizar el movimiento el dorso se mueve, se trata de las nalgas, y usted palpará una estructura blanda e irregular.

➤ **Cuarta maniobra:**

Viendo hacia los pies de la señora, coloque sus manos en la parte inferior del útero, sobre el borde superior de la sínfisis del pubis, y ejerza tracción hacia arriba; si el bebé se desplaza libremente no está encajado.

De no desplazarse, presione los tres primeros dedos de cada mano a los lados de la cabeza fetal, en la dirección de la entrada de la pelvis, determinando, así, el grado de encajamiento.

Recuerde que esto último solo se puede hacer una vez que el trabajo de parto ha comenzado (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G., 2000).

Frecuencia cardíaca fetal

- A partir de la semana 20, con un estetoscopio de pinard se escucha fácilmente. Recuerde que la colocación del estetoscopio depende de la edad gestacional: en la primera mitad del embarazo el estetoscopio se sitúa en la línea media, entre el ombligo y el pubis, y se dirige hacia el ombligo en busca de mayor intensidad.
- Palpe el vientre de la madre y coloque una mano sobre el dorso y otra sobre la cabeza del bebé, después, deslice la mano inferior hacia arriba, hasta encontrar la resistencia propia del hombro (Stewart, T.E., 1979), coloque el estetoscopio de pinard en esa región, sujetándolo únicamente con la presión de su cabeza. El punto donde escuche la frecuencia cardíaca fetal es conocido como foco fetal.
- La frecuencia cardíaca fetal normal se encuentra entre los 120 y 160 latidos por minuto en promedio, con un ritmo acompasado y constante (Mondragón, C.H. 1999).

Medición de fondo uterino

Objetivos

- ♣ Correlacionar el tamaño el útero con el tiempo de amenorrea.
 - ♣ Calcular el tamaño y el peso del producto.
 - ♣ Sospechar la existencia de problemas obstétricos, tales como gemelaridad, tamaño anormal del producto para le tiempo de embarazo, entre otros.
- (Mondragón, C.H., 1999)

Pasos

- Identifique el fondo uterino.
- Ponga el extremo inicial de la cinta métrica sobre la sínfisis del pubis hasta la parte más prominente del fondo uterino.
- Realice la medición.

Nota: cuando el útero aún no es palpable por encima del pubis, el crecimiento uterino es de 1 centímetro semanal, variando al final de entre los 32 y los 34 centímetros. (Burroughs, A. 1999). Recuerde que al hacer la medición con la cinta métrica el resultado obtenido es de 2 a 3 centímetros mayor, ya que se esta incluyendo el espesor de la pared abdominal.

Cuadro 7: altura del fondo uterino durante el embarazo.

Semanas de gestación	Altura mínima normal	Altura máxima normal
12	8	12
16	12	17
20	15	21
24	19	24
28	21	27
32	25	30
36	28	33
40	31	35

Fuente: Llaca, R.V.; Fernández, A.J.; 2000

3.1.3. Cálculos obstétricos.

Calculo de la edad gestacional

Para calcular la edad gestacional probable, con base en la altura del fondo uterino se utiliza la *prueba de Alfehd*, que es la siguiente:

$$\text{Número de meses de embarazo} = \frac{\text{Altura de fondo uterino} + 4}{4}$$

Esta regla se basa en que el útero crece 4 centímetros por cada mes de embarazo; el objetivo de sumar 4 al número de centímetros de la altura del fondo uterino es compensar el crecimiento correspondiente al primer mes. (Mondragón, 1999).

Ejemplo:

Piense en una señora que tiene un fondo uterino de 21 centímetros, sumamos 4 y nos da 25, a este resultado lo dividimos entre 4; el resultado es de 6.25, es decir, tenemos a una señora con seis meses y una semana de embarazo.

Existe otra regla que puede ayudarnos a calcular las semanas de embarazo basándonos en la altura del fondo uterino, la *regla de McDonald*, y se hace de la siguiente manera:

$$\text{Semanas de gestación} = \frac{\text{Altura de fondo uterino} \times 8}{7}$$

Ejemplo:

Tenemos una señora con 18 centímetros de fondo uterino, lo multiplicamos por 8 y nos da 144, dividimos entre 7 y nos da 20.5; entonces tenemos a una señora con un embarazo de 20 semanas y la media.

Calculo de la fecha probable de parto

Para calcular la fecha probable de parto el método utilizado con más frecuencia es la regla de Nägele modificada, que se realiza con la siguiente formula:

Primer día de la fecha de última menstruación + 7 días + 9 meses

Tomemos como ejemplo a una señora que tuvo el primer día de su última menstruación el 18 de noviembre de 2003, a esta fecha se le suman 7 días, 25 de noviembre, y se le suman 9 meses, 25 de agosto, entonces la fecha probable de parto es el 25 de agosto de 2004.

Recuerde dos puntos muy importantes:

La suma de los 9 meses inicia con el siguiente mes consecutivo a la suma de los 7 días, y este resultado es una fecha probable (Burroughs, A., 1999), ya que un parto normal puede ser desde 15 días antes o hasta 15 días después de la fecha estimada.

3.2. Visitas subsecuentes

Concepto:

Consultas a las que acude la embarazada después de la primera ocasión, para valorar el desarrollo del embarazo.

Objetivos

- ♣ Observar el desarrollo del embarazo.
- ♣ Detectar algún posible riesgo que llegase a presentarse durante el transcurso del mismo.
- ♣ Valorar el estado nutricional de la embarazada.

El personal de enfermería de la casa de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, desde luego esperando que sean, de forma ideal, 14, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente cuadro:

Cuadro 8: Calendario de visitas prenatales

Mínimo	Ideal
1ª consulta, entre la 1ª y la 12ª semana	Del 1º a 6º mes 1 vez por mes
2ª consulta, entre las 22 a 24 semanas	
3ª consulta, entre las 27 a 29 semanas	En el 7º y 8º mes 1 vez cada 15 días
4ª consulta, entre las 33 a 35 semanas	
5ª consulta, entre las 38 a 40 semanas	
	En el 9º mes 1 vez cada semana

Fuente: NOM-007-SSA2-1993

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42 (NOM-007-SSA2-1993).

Pasos

- Reciba gentilmente a la paciente.
- Indague sobre los aspectos generales de salud, movimientos fetales, secreción vaginal y dolor.
- Registre el peso corporal, presión arterial y la altura del fondo uterino, recuerde que después de la semana 28 se comprueba la posición, presentación y actitud del feto (Wren, B.G. & Lobo, R.A., 1991).
- Identifique la presencia de factores de riesgo.

Cuadro 9: Evaluación de riesgo perinatal en cada consulta subsecuente.

Factores	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Presión arterial sistólica	80-139	140-160	161 y más
Presión arterial diastólica	60-90	91-109	110 y más
Aumento de peso kilogramo/ mes	1 a 1.5	1.6 a 2.9	3 a más
Aumento de peso kilogramo/ mes		Sin aumento	Disminución de peso
Aumento de fondo uterino centímetros/ mes	3 a 5	6-7	8 y más
Aumento de fondo uterino centímetros/ mes		1-2	Sin aumento
Movimientos fetales	Normal	Moderado ↑	Exagerado ↑
Movimientos fetales		Moderado ↓	Exagerado ↓
Hemorragia genital	No	Mínima	Regular
Membranas ovulares	Integras	Rotas hace 12 horas y menos	Rotas hace 13 horas y más

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

Cuadro 8: Evaluación de riesgo perinatal en cada consulta subsecuente
(Continuación)

Factores	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Contracciones uterinas antes de 37 semanas, por hora	1 y menos	2 a 3	4 y más
Aborto	No	Amenaza de	En evolución
Parto pretermino, 20 a 36 semanas	No	Amenaza de	En evolución
Infección urinaria	No	Controlada	Activa
Otras alteraciones maternas Especifique			

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

La flecha hacia arriba ↑ significa aumento; la flecha hacia abajo ↓ significa disminución

De acuerdo a la capacidad de casa de salud, si uno o más datos entran en riesgo medio, valore el referir a la paciente al hospital regional de San Cristóbal de las Casas, pero si algún factor mencionado entra en riesgo alto refiérala de inmediato.

- Oriente a la paciente sobre el esquema de vacunación del toxoide tetánico.
- Oriente a la paciente sobre los aspectos higiénico-nutricionales.
- Oriente a la paciente sobre las molestias que comúnmente se presentan durante el embarazo.
- Oriente a la paciente sobre la lactancia materna durante el embarazo.
- Explique brevemente a la paciente su condición y aclare todas las dudas que tenga con respecto a su estado.
- De acuerdo al calendario de consultas, programe la siguiente.

3.2.1. Aplicación de toxoide tetánico

Material y equipo

- ◆ Frasco con toxoide tetánico.
- ◆ Jeringa desechable de 0.5 mililitros con aguja de calibre 20x32.
- ◆ Torundas humedecida en alcohol
- ◆ Campo de papel kraft estéril.
- ◆ Bolsa de plástico roja, recipiente rígido para desecho de punzocortantes.
- ◆ Cartilla de la mujer para realizar el registro de la aplicación.
- ◆ Pluma o bolígrafo para hacer la anotación.

Pasos

- Lave sus manos.
- Coloque una cubierta de papel kraft sobre la mesa Pasteur.
- Coloque sobre esta la jeringa y el frasco con torundas humedecidas en alcohol.
- Saque el frasco del toxoide del refrigerador, verificando el nombre de la vacuna a aplicar, la fecha de caducidad y el aspecto y color del contenido.
- Quite el sello metálico del frasco y limpie el tapón de hule con la torunda humedecida en alcohol.
- Destape la jeringa y cargue el toxoide tetánico (0.5 mililitros).
- Descubra la región glútea.
- Limpie la región con la torunda humedecida en alcohol, con movimientos de arriba hacia abajo, cuidando de no volver a pasar la torunda por la parte limpia.
- Tome la jeringa ya cargada con el toxoide.
- Fije la piel con los dedos índice y pulgar de la mano contraria a la que tiene la jeringa.

- Introduzca firmemente la aguja en un ángulo de 90 grados y aspire para asegurarse de que no ha puncionado un vaso sanguíneo.
- Si no hay sangre al aspirar, presione el embolo para que penetre la vacuna.
- Fije ligeramente la piel con una torunda humedecida en alcohol, cerca del sitio donde ha insertado la aguja y retire la jeringa inmediatamente después de haber introducido el líquido.
- Presione sin dar masaje con la torunda de 30 a 60 segundos.
- Deposite la aguja en el contenedor designado.
- Registre la dosis aplicada en la cartilla de la mujer y en el formato de casa de salud con pluma, y la próxima dosis con lápiz.
- Oriente sobre los efectos secundarios.

Cuadro 10: Esquema de vacunación del toxoide tetánico.

Vía	Dosis	Numero de dosis	Efectos secundarios	Acciones contra los efectos secundarios
Intramuscular profunda, en región deltoidea o glútea.	0.5 mililitros	Primer embarazo: 1ª dosis al 6º mes 2ª dosis al 7º mes Embarazos subsecuentes: Una dosis por cada embarazo hasta completar 5 dosis.	Inflamación, tumefacción y dolor en el sitio de aplicación. Ocasionalmente: malestar, febrícula, anorexia e irritabilidad .	Colocar hielo sobre la región, sin que el contacto sea directo, descanso.

Fuente: Manual de procedimientos técnicos, 2002

3.2.2. Cuidados durante el embarazo

El personal de enfermería puede intervenir orientando a la paciente para aliviar las molestias más comunes como se describe en los dos siguientes cuadros.

Cuadro 11: Orientación sobre los cambios en el embarazo durante el primer trimestre

Cambios durante el embarazo	Orientación a la paciente
Nauseas	Coma alimentos blandos, secos y en poca cantidad, lo cual también contribuye, además de disminuir las náuseas, a que tome líquidos entre comidas.
Cansancio	Relaje los miembros inferiores, elevando las piernas cuando este sentada o acostada, con el fin de favorecer una mejor circulación, así mismo, se recomienda que duerma por lo menos 8 horas durante la noche, a fin de descansar adecuadamente.
Congestión nasal	Use de vaporizaciones, aumente el consumo de líquidos y el masaje sobre los senos paranasales para aliviar este malestar.
Polaquiuria	Orinar cuando sienta la necesidad, no espere a que sea urgente, y disminuya el consumo de líquidos por las noches, para que pueda descansar mejor.
Sensibilidad en mamas aumentada	Use un sostén que no comprima sus senos, y evite el uso de ropa ajustada y sintética.
Leucorrea	Tenga especial atención en una buena higiene cotidiana y lleve ropa interior de algodón, a fin de evitar irritación vaginal.

Fuente: Stright, A., 1999; Burroughs, A., 1999, Mondragón, C.H., 1999; Fenwick, E. 1999

Cuadro 11: Orientación sobre los cambios en el embarazo en el primer trimestre (continuación)

Cambios durante el embarazo	Orientación a la paciente
Dolor de cabeza	<p>Tenga un descanso y sueño suficientes, a que consuma sus alimentos en adecuada cantidad, tome suficientes líquidos, se dé masajes en cuello, hombros, cara, cuero cabelludo y frente y tome baños de agua caliente, a fin de evitar el dolor de cabeza, que puede presentarse por mala alimentación, cansancio excesivo o, lo que es más común, por demasiada tensión derivada de los cambios propios del embarazo.</p> <p>Es muy importante que la embarazada avise en forma oportuna si el dolor de cabeza no cede, pues esto puede ser un indicio de hipertensión arterial inducida por el embarazo.</p>
Actividad sexual	<p>A menos de que existan complicaciones tales como riesgo de aborto o parto pretermino, las relaciones sexuales pueden realizarse hasta la semana 36; a partir de esta semana debe suspenderse, por el peligro de estimular el trabajo de parto por efector mecánicos</p>

Fuente: Stright, A., 1999; Burroughs, A., 1999, Mondragón, C.H., 1999; Fenwick, E. 1999

Cuadro 12: Orientación sobre los cambios en el embarazo durante el segundo y tercer trimestre

Cambios durante el embarazo	Orientación a la paciente
Aumento en el volumen de las mamas	<p>Use de una talla mayor de sostén, preferentemente de algodón; existe el sostén de lactancia, con abertura al frente, útil para favorecer la eversión del pezón, si esta invertido, además de evitar la compresión de los senos.</p> <p>Evite el uso de jabón sobre los pezones para prevenir su agrietamiento.</p>
Inflamación de piernas y pies Varices	<p>Evite este problema elevando las piernas cuando este sentada o recostada, sobre una almohada o algún bulto, a fin de favorecer la adecuada circulación de la sangre.</p> <p>Evite cruzar las piernas o estar de pie por mucho tiempo, así mismo, evite la ropa estrecha o demasiado ajustada. Puede recomendarse el uso de medias de soporte.</p>
Estreñimiento	<p>Consuma fibras naturales, tales como la avena o el trigo, aumente el consumo de líquidos y, de ser posible, camine un poco más, si no lo hace de forma regular.</p>
Dolor de Espalda	<p>Al evitar permanecer de pie o sentada durante largos periodos y al corregir la postura cuando se encuentra en una mala posición, así como el hacer ejercicio ligero, este problema desaparece en gran medida.</p>
Calambres en las piernas	<p>El aumento en el consumo de huevo, tortilla, leche, que son alimentos que tienen calcio, así como el aplicar calor a los músculos, frotándolos, flexionando el pie una y otra vez y haciendo presión de la rodilla para abajo ayuda a eliminar los calambres cuando se presentan.</p>

Fuente: Stright, A., 1999; Burroughs, A., 1999, Mondragón, C.H., 1999; Fenwick, E. 1999

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Cuadro 12: Orientación sobre los cambios en el embarazo en el segundo y tercer trimestre (continuación)

Cambios Durante el embarazo	Orientación a la paciente
Mareo	Moverse sin brusquedad, despacio, evitar los espacios donde haya mucha gente y que estén cerrados, y el permanecer en lugares más frescos ayuda a resolver el problema.
Dificultad para dormir	será más cómodo si duerme recostada sobre su lado izquierdo, y que debe evitar tomar café, sobre todo si lo acostumbra fuerte; esto le ayudará a dormir mejor.
Pirosis	Haga comidas frecuentes y en pequeñas cantidades, evitando alimentos picantes y grasosos; cocine sin aceite ni manteca, a fin de evitar la sensación de acidez estomacal.
Sudoración	Vista ropa amplia, de preferencia de algodón y evite las telas sintéticas, beba mucha agua y evite los espacios cerrados.
Leucorrea aumentada	Evite el uso de jabones perfumados y utilice toallas sanitarias ligeras. De presentar color u olor desagradable, acompañado de comezón intensa, recurra a casa de salud.
Estrías de distensión	Pese a que no se puede evitar la aparición de las estrías, el uso de cremas humectantes evita la molestias que las acompañan, y el no rascarse evita que la marca de que deja sea muy evidente.
Dolor de espalda	Al caminar no jale sus hombros hacia atrás, y no agache la cabeza; al agacharse para levantar objetos, no lo haga por la cintura, doble las rodillas separando los pies de 30 a 45 centímetros para conservar el equilibrio. Si la molestia persiste, la aplicación de calor en la espalda aumentará el flujo sanguíneo y aunado a un adecuado reposo, reducirá la molestia. Un masaje en la espalda sería muy útil.

Fuente: Stright, A., 1999; Burroughs, A., 1999, Mondragón, C.H., 1999. Fenwick, E. 1999

3.2.3. Orientación higiénico- nutricional durante el embarazo

Higiene

Es muy común que las mujeres transpiren más durante el embarazo, por lo que se recomienda tomar un baño diariamente con agua tibia (Mondragón, C.H., 1999), debiendo evitar los baños muy calientes, pues al elevar la temperatura del cuerpo podrían poner en peligro al feto (Burroughs, A. 1999).

Otro problema que puede causar el baño con agua muy caliente es la vasodilatación que ocasionaría, fácilmente, un descenso en la tensión arterial, y que provocaría mareos, poniéndola en riesgo de caerse; desde luego, además de lo anterior, hay que tener más precauciones en el baño para evitar algún resbalón. No deben usarse jabones fuertes que irriten la piel, pues esta se encuentra más sensible en el embarazo. Por la resequedad que la piel adquiere en este periodo es necesario usar cremas humectantes en todo el cuerpo, pero en especial en abdomen, caderas, glúteos y pechos, ya que la piel de estas zonas tendrá mayor y más rápida distensión y, por lo tanto, presentarán mayor riesgo de aparición de estrías (Embarazo en forma, 1997).

Control odontológico

Los cambios en la acidez de la saliva podrían ser uno de los mecanismos para el aumento de la caries, sin embargo, un control odontológico adecuado evita problemas dentarios posteriores (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G., 2000), incluyendo la pérdida de piezas dentales.

Casa de salud no se cuenta con este servicio, pero si puede canalizar a la embarazada al hospital regional para que sea atendida de forma oportuna y adecuada.

Alimentación

Lo primero que debe tomar en cuenta el personal de enfermería es el estado nutricional de la embarazada, ya que debido a la economía, la zona o la cultura, la alimentación no siempre esta bien equilibrada, por lo que se deben identificar los grupos alimenticios de que dispone la paciente, y se le debe explicar el beneficio que le brindan los minerales y las proteínas.

Una labor del personal de enfermería muy importante es el sensibilizar a la embarazada de la importancia de vigilar la calidad y cantidad de lo que come.

Muchas dietas que se le puedan recomendar a la mujer en esos momentos, en las que tiene que medir la cantidad de lo que come, diferenciar a que grupo alimenticio corresponde cada cosa, o medir las calorías, acaban en el olvido, pues no corresponden a su contexto cultural o porque simplemente no están familiarizadas con el tipo de información. Por esta razón debe hacerse énfasis en cuanto a la orientación nutricional, a fin de que la embarazada lo comprenda.

Para fines prácticos, el personal de enfermería de casa de salud debe explicar a la paciente embarazada sobre la alimentación dividida en tres grupos generales:

- ♦ Cereales y tubérculos.
- ♦ Leguminosas y alimentos de origen animal.
- ♦ Frutas y verduras.

Así mismo, se debe orientar sobre la cantidad de alimentos en cada comida, por lo que, a continuación, se presenta una sugerencia de los alimentos y las raciones que la embarazada debe consumir.

Se le debe orientar, de igual manera, sobre el aumento en el consumo de líquidos, lo cual debe ser , en promedio, de 2 a 2.5 litros de agua al día, para prevenir infecciones en vías urinarias y mejorar la función renal.

Cuadro 13: Raciones a consumir de cada alimento

Alimentos	Desayuno	Comida	Cena
Cereales y tubérculos	2	2	2
Leguminosas y alimentos de origen animal	1	2	1
Frutas y verduras	3	4	3

Fuente: cuaderno de nutrición Vol. 13/ No. 2/ 1990. Hospital de perinatología.

Nota: La medida de la ración que se sugiere equivale a una taza de 200 mililitros.

Cuadro 14: Cereales y tubérculos

Alimento	Ración medida casera	Alimento	Ración en medida casera
Arroz cocido	1/2 taza	Tamal	1/3 pieza
Sopa de pasta	1/2 taza	Galletas	5 piezas
Avena cocida	1/2 taza	Elote	1/3 pieza
Tortilla	1 pieza	Papa	1/2 taza
Bolillo	1/2 pieza	Camote	1/2 taza
Betabel		1/2 pieza	

Fuente: cuaderno de nutrición Vol. 13/ No. 2/ 1990. Hospital de perinatología.

Cuadro 15: Leguminosas y alimentos de origen animal

Alimento	Ración en medida casera	Alimento	Ración en medida casera
Frijol cocido	1/2 taza	Huevo	1 pieza
Haba cocida	1/2 taza	Pollo cocido	1 pieza
Garbanzo cocido	1/2 taza	Mollejas	2 piezas
Cacahuete	10 vainas	Hígado de pollo	3 piezas
Lenteja cocida	1/2 taza	Hígado de res	1 rebanada
Leche entera	1/2 taza	Carne de res/cerdo	1 rebanada
Leche evaporada	1/4 taza	Pescado	1 pieza mediana
Yogurt natural	1/2 taza	Sardina	2 piezas
Queso	1 rebanada	Atún	1/4 taza

Fuente: cuaderno de nutrición Vol. 13/ No. 2/ 1990. Hospital de perinatología.

Cuadro 16: Frutas y verduras

Alimento	Ración en medida casera	Alimento	Ración en medida casera
Chabacano fresco	4 piezas	Melón	1/4 pieza
Ciruela fresca	4 piezas	Naranja	1 pieza
Durazno fresco	1 pieza	Papaya	3/4 taza
Fresas	3/4 taza	Plátano	1/2 pieza
Guayaba	1 pieza	Pera	1/2 pieza
Jugo de naranja	1/2 taza	Piña	1/2 taza
Mamey	1/4 taza	Sandía	1 taza
Mandarina	1 pieza	Toronja	1/2 pieza
Mango	1/2 pieza	Tuna	3 piezas
Manzana	1/2 pieza	Uva	1/2 taza

Fuente: cuaderno de nutrición Vol. 13/ No. 2/ 1990. Hospital de perinatología.

Desde luego, debemos estar concientes que la cantidad de alimento puede no satisfacer el apetito conforme avance el embarazo, por lo que se sugiere se aumente media taza de los siguientes alimentos a las raciones de la comida al inicio del tercer trimestre o en cuanto se considere necesario:

Calabazas, chícharos, jicamas, nabos, nopales y zanahorias.

Sin embargo, y para evitar posibles indigestiones, se pueden planificar los alimentos en cuatro comidas, respetando el número total de raciones por día.

Para corregir la deficiencia de ácido fólico y hierro que puede presentarse durante el embarazo, se sugiere comer en colaciones (alimentos entre comidas) los siguientes alimentos:

Vegetales de hoja verde como el apio, acelgas, berros, brócoli, coles, espinacas, lechuga, quelites y verdolagas, así como atún, chabacanos y ciruelas secas, cacahuates, avellanas, almendras y nueces.

Trabajo

En cada uno de los centros de desarrollo comunitario trabajan, en las diversas áreas que los conforman, mujeres, de las cuales varias son madres. Generalmente no hay problema en que la embarazada trabaje, siempre y cuando no maneje sustancias tóxicas, no realice movimientos y esfuerzos abdominales violentos ni cargue objetos pesados.

La Ley Federal del Trabajo señala como obligatorio a los patrones el otorgar incapacidad laboral de 42 días antes y 42 días después del parto; algunas empresas dan 30 días antes y 60 días después del parto, ambos tiempos con el mismo fin: proteger a la madre y a su hijo de posibles riesgos (Mondragón, C.H., 1999).

3.2.4. Orientación a la futura madre sobre la lactancia materna durante el embarazo

Las reservas proteicas que la madre va almacenando a lo largo del embarazo son indispensables para una buena producción de leche, por tanto, la alimentación juega un papel fundamental mientras dure, y no se debe esperar hasta el último trimestre (que es cuando la madre siente que "ha llegado la leche") para comenzar a comer más. Desde luego, también es muy importante preparar las glándulas mamarias para la lactancia:

A partir del 5to mes, la embarazada debe hacer masajes suaves a sus mamas y pezones, ayudándose con vaselina. El masaje en las mamas se realiza con las palmas de las manos y en forma circular (Cervera, P., 1994). Así mismo, y con la ayuda de los dedos índice y pulgar, estando este último hacia arriba, se aplica un masaje haciéndolo rotar ligeramente, pero sin provocar daño, a fin de que este tenga la forma adecuada para la lactancia.

Cuando hay un aumento en la actividad uterina espontánea no se recomienda realizar este masaje, pues se pone a la mujer en peligro de un parto prematuro debido al aumento de oxitocina (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G., 2000).

En el cuadro siguiente se describe la técnica de alimentación al seno materno; es conveniente que la madre conozca esta técnica desde antes de que nazca el bebé para que este familiarizada y pueda resolver sus dudas de forma oportuna.

Cuadro 17: Técnica para la alimentación al seno materno

- La madre debe tener limpios los senos; es conveniente que antes de darle de comer al bebé se lave las manos con abundante agua y jabón y se dé masaje en los senos en el sentido de las manecillas del reloj.

Fuente: Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas; M.A.; 1999.

Cuadro 17: Técnica para la alimentación al seno materno

- El niño debe estar seco y confortable.
- Es muy importante que la madre esté cómodamente sentada (no acostada) y con apoyo adecuado del brazo en el que sostiene al bebé, éste debe ser colocado frente al pecho, que será sostenido por la mano de la madre con cuatro dedos abajo del pezón y el pulgar arriba del mismo (en forma de C), el bebé debe tener la cabeza más elevada que el resto del cuerpo (semiinclinado).
- Indique a la madre que debe acercar el pezón a los labios del bebé, quien por reflejo natural (búsqueda) lo atraerá de modo que le quede totalmente dentro de la boca, a fin de que el niño pueda comer mejor y no lastime el pezón.
- Explique a la madre que el pecho no debe comprimir la nariz del niño, ya que esto le dificulta la espiración.
- Durante los dos primeros días de la lactancia suele haber poca leche, pero el niño obtiene beneficios del calostro, que le brinda anticuerpos.
- Recomiende a la madre que amamante al bebé durante 5 minutos en cada pecho, tiempo que irá prolongando hasta aproximadamente 10 minutos en cada uno.
- Para liberar el pecho de la succión, se introduce entre la areola y los labios del bebé.
- Explique a la madre que después de que amamante a su hijo, entre uno y otro pecho, lo recargue contra su hombro, dándole unas palmadas suaves en la espalda durante uno o dos minutos para que expulse el aire que ingirió y no vomite.

Fuente: Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A.; 1999.

Cuadro 17: Técnica para la alimentación al seno materno (continuación)

- Al terminar se recostará al niño en la cuna inclinado ligeramente sobre su lado derecho a fin de que la leche pase con facilidad al estomago.
- El personal de enfermería de la casa de salud, a su juicio, debe hacer algunas recomendaciones más, según se valore la actitud de la madre; a continuación se recomiendan algunas de gran importancia:
 - ✓ Que amamante a su hijo por un periodo mínimo de 6 meses.
 - ✓ Se debe alimentar al bebé a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé tenga hambre, sin un horario estricto
 - ✓ Para que el alimento sea más agradable al niño, la mamá deberá tener al bebé completamente limpio y seco.

Fuente: Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas; M.A.; 1999.

3.3. Observaciones y recomendaciones

- Recuerde que un adecuado control prenatal se traduce en una salud optima para la madre y el recién nacido.
- Considerando que podemos captar a las embarazadas desde el inicio de la gestación, entonces se recomienda seguir el calendario ideal de consultas prenatales, a fin de proporcionar un servicio de mayor calidad.
- Siempre que este por realizar algún procedimiento, explíquelo previamente a la paciente, esto la tranquilizará y promoverá su cooperación.
- Así mismo, explique todo resultado de la consulta, a fin de aclarar toda duda que tenga la embarazada.
- Pero sobre todo, si encuentra alguna situación que sobrepase su capacidad, canalícela de inmediato al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas.

4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO.

4.1. Paciente en etapa de puerperio

Concepto

El puerperio es el periodo comprendido en la mujer entre la expulsión completa de la placenta y la regresión al estado previo al embarazo de los órganos y estructuras que participaron durante la gestación (Botero, U.J.; Jubiz, H.A.; Henao, G., 2000).

Objetivos

- ♣ Favorecer el retorno de la mujer al estado previo al embarazo.
- ♣ Prevenir o minimizar las complicaciones después del parto.
- ♣ Favorecer el alivio y, si existiese, la cicatrización de los tejidos pélvicos y perineales.
- ♣ Ayudar a la restauración de las funciones corporales normales.
- ♣ Facilitar los cuidados al recién nacido y el auto cuidado por parte de la madre (Stright, B. 1999).

Fundamentación

- ✓ De acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, se recomienda un mínimo de tres consultas a la paciente en estado de puerperio, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- ✓ Durante el puerperio los cambios que se presentaron a lo largo del embarazo desaparecerán hasta volver a la normalidad (Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del IMSS, 1999).

- ✓ El puerperio, en sí, debe ser de recuperación para la madre, por ello el descanso, sueño tranquilo, y sobre todo, una adecuada alimentación son fundamentales, para que se vayan consolidando las nuevas relaciones que establece siempre la incorporación de un miembro más a la familia, tanto si se trata del primer hijo como de los siguientes (Cervera, P., 1994).

Pasos

- Reciba a la paciente gentilmente.
- Preséntese usted a la paciente.
- Identifique a la paciente.
- Realice la toma de los signos vitales y la somatometría, enfocándose más al peso que a la talla.
- Busque la historia clínica de la paciente, si es que ya cuenta con una, de lo contrario, elabore la historia clínica completa. En el punto 2.2 de este manual, pagina 35, se aborda lo relativo a la historia clínica.
- Identifique en que estadio del puerperio se encuentra la paciente.
- Mediante el interrogatorio a la paciente, así como la exploración física, identifique los factores de riesgo, y de acuerdo al cuadro presentado en la siguiente pagina, formule un plan de enfermería en donde se lleven acabo las actividades correspondientes para disminuir ó eliminar los factores de riesgo que encuentre.

Cuadro 18: Factores de riesgo perinatal en el puerperio.

Factores	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Hemorragia	Normal	Moderada	Excesiva
Hipertensión	No	Moderada	Severa
Hipotensión	No	Moderada	Severa
Taquicardia	No	Moderada	Severa
Hipertermia	No	Moderada	Severa
Involución uterina	Adecuada	Subinvolución	Atonía
Insuficiencia respiratoria	No	Moderada	Severa
Edema	No	Regional	General
Infección	No	Local	Generalizada
Lactancia	Al seno	otra	

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999

Nota: Recuerde que si la paciente presenta algún factor de riesgo que supere las capacidades del personal de casa de salud, se debe trasladar de inmediato al lugar más adecuado, a fin de que reciba la atención que requiere.

Dentro de la evaluación del estado de la madre, tome en cuenta los siguientes puntos:

- Valore las mamas en cuanto a su firmeza, sensibilidad y color, y los pezones en cuanto a grietas y sangrado, manipulando las mamas con cuidado.
- Evalúe el nivel de conocimientos de la madre acerca de la alimentación del recién nacido (lactancia al seno materno y alimentación con biberón). De haber sido paciente en control prenatal, evalúe el nivel de conocimiento de la alimentación al seno materno, de no ser así, realice la orientación pertinente.
- Evalúe el estado de la eliminación intestinal y la vuelta a los patrones anteriores al parto.
- Evalúe el estado nutricional, incluyendo las costumbres de consumir alimentos y líquidos especiales para esta etapa.
- Evalúe la deambulación, los patrones de descanso y sueño, y la integración de la mujer a las actividades de la vida cotidiana.
- Valore la circulación periférica, observando si hay varices, edema, simetría de forma y tamaño en miembros inferiores, su coloración y temperatura.
- Valore la adaptación sicosocial, incluyendo:
 - Signos y síntomas de la "melancolía" del posparto, tales como llanto, abatimiento, pérdida del apetito, dificultad para concentrarse y para dormir, ansiedad.
 - Observe la interacción de la madre y la familia con el recién nacido, si es posible (Stright, B., 1999).

4.2. Valoración de la mujer en estado puerperal

Al valorar a la madre que acaba de tener a su bebé, el personal de enfermería de casa de salud debe considerar lo siguiente:

Puerperio inmediato

Primeras 24 horas después del parto (NOM-007-SSA2-1993). Se ha calculado que al terminar esta etapa el sangrado no debe exceder de 500 mililitros aproximadamente; el útero debe estar firmemente contraído y llegar su fondo al nivel de la cicatriz umbilical. Los signos vitales deben ser estables, aun que se presenta sudoración relativamente abundante (Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del IMSS, 1999).

Algo que debemos tomar en cuenta es que durante esta etapa la paciente se encuentra agotada físicamente, además de presentar escalofríos, somnolencia, febrícula, bradicardia, loquios abundantes de aspecto hemático, y coágulos sanguíneos, en ocasiones (Mondragón, C.H., 1999).

Recuerde que se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles (NOM-007-SSA2-1993).

Puerperio mediato

Esta etapa continua a la anterior, y abarca del 2o. al 7o. Día después del parto (NOM-007-SSA2-1993). En sangrado progresivamente va disminuyendo en volumen y va adquiriendo una constitución más serosa, marcándose totalmente esta condición a partir del 5° día, aproximadamente.

El útero ha disminuido de volumen progresivamente, aunque en ocasiones, al tercer día, aun puede palparse bajo la cicatriz umbilical; al final de esta etapa el fondo del útero se encontrará entre la sínfisis del pubis y la cicatriz del ombligo,

aproximadamente a la mitad. La palpación y movilización del útero debe ser indolora, en caso contrario, deberá sospechar de la presencia de infección o restos placentarios.

Entre el tercer y quinto días se inicia la secreción láctea, primero como líquido seroso y luego de un color amarillo oscuro cuya salida no debe evitarse, si no por el contrario, favorecerse y estimularse (Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del IMSS, 1999).

La temperatura y el pulso deben ser normales, sin embargo, la paciente sentirá la presencia de cierto dolor producido por las contracciones uterinas al ir involucionando, conocido como entuertos. También puede existir cierta depresión posparto en las mujeres que han tenido conflictos psicoemocionales durante el embarazo (Mondragón, C.H., 1999).

Si existen heridas operatorias, deben curarse diariamente, manteniéndolas limpias y secas para evitar una posible infección (Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia N° 3 del IMSS, 1999).

Puerperio tardío

Continúa inmediatamente después de la etapa anterior, y abarca del día 8 al 42 después del parto (NOM-007-SSA2-1993). En esta etapa se iniciará la actividad física de la paciente según sus necesidades familiares y sociales. El sangrado vaginal puede presentarse muy ocasionalmente, debiendo ser cada vez menos; frecuentemente la secreción será serosa y en muchas mujeres solo habrá una escasa leucorrea. Cualquier sangrado mayor deberá hacer sospechar de retención de restos placentarios o de infección genital.

La secreción láctea continúa en un volumen constante, siendo la fase de amamantamiento más ardua, ya que el horario estará regido por la solicitud del

recién nacido, o por el establecimiento del horario de alimentación de cada 3 horas.

Hacia los 20 a 30 días la paciente presentará un sangrado más o menos normal, como en la menstruación, que indica el retorno de esta, aun que no sea normal en cuanto a duración y volumen.

Hacia el final de este periodo la paciente se debe realizar una valoración para determinar su estado, y se debe aprovechar el momento para orientar sobre los métodos de control de la fecundidad, la actividad, sexual y la duración de la lactancia. El útero debe haber alcanzado su tamaño normal, con presencia mínima o desaparición de loquios (Asociación de médicos del hospital de ginecología y obstetricia N° 3del IMSS, 1999).

Debe estar conciente, además, que al valorar a la mujer en estado puerperal puede encontrar :

- Leve elevación de temperatura, que puede deberse a un leve deshidratación o al inicio de la lactancia.
- Tensión arterial disminuida, con pulso acelerado (por arriba de los 100 pulsaciones), que pueden significar la presencia de una hemorragia y el riesgo de un shock hipovolémico.
- Si no hay pulso alterado, la hipotensión puede ser causada por el reajuste cardiovascular hacia el estado previo al embarazo.
- Si la presión se encuentra elevada, puede deberse a un estado de hipertensión inducida por el embarazo.

4.3. Orientación higiénico-nutricional durante el puerperio

Higiene

Dado que la madre se encuentra amamantando, para bañarse debe iniciar lavándose los senos primero con agua únicamente, para disminuir la resequedad de la piel y reducir el riesgo de grietas en los pezones; una vez concluido el baño, se recomienda a la paciente dejar los senos expuestos al aire por unos 15 minutos.

Para reducir el riesgo de infección, se orienta a la paciente para que, al lavarse el perineo, frote del frente hacia atrás, de la uretra hacia el recto; aconseje a la paciente que no frote muy fuerte las extremidades inferiores, porque existe el riesgo de émbolos, que al ser desprendidos viajarían hacia el corazón o cerebro, y pueden causar graves problemas. (Burroughs, 1999).

Alimentación

Si durante el embarazo no hubo ningún problema de salud, la alimentación puede ser normal, teniendo especial énfasis en las proteínas (pollo, guajolote, pescado, lentejas, huevos, carne de res, queso), por las pérdidas relacionadas con la lactancia (Botero, 2000). Hay que recordar que la madre requiere de tres comidas balanceadas al día; se recomienda, cuando amamante, consumir cantidades adicionales de calcio y fósforo (leche y derivados, así como huevo y tortilla), y fibra (trigo, avena), para reducir el estreñimiento. Es muy importante que tome suficientes líquidos, ya que puede atravesar por una deshidratación resultado del esfuerzo al momento del parto (Burroughs, 1999).

Así mismo, es conveniente no obsesionarse con querer perder rápidamente y mediante dietas restrictivas los kilos ganados durante el embarazo, pues no dará resultado y únicamente se ocasionará una malnutrición (Cervera, 1994).

4.4. Orientación general a la mujer durante el puerperio

Cuadro 19: Características de los loquios

Tipo	Periodo	Normales	Anormales
Rojos	Del 1º al 3º día	Rojo brillante, consistencia sanguínea olor a carne; aumento temporal al amamantar y al levantarse.	Numerosos coágulos grandes; mal olor, la toalla sanitaria se humedece por completo.
Serosos	Del 4º al 9º día	Pardo rosado; de consistencia serosanguínea.	Mal olor; toalla sanitaria húmeda completamente .
Blancos	Del 10º día hasta 3 semanas	Blanco cremoso; olor a carne.	Mal olor; persisten durante más de tres semanas; retoma color rosado o rojo.

Fuente: Burroughs, A. 1999.

Reanudación de las actividades normales

Se aconseja a las madres que después de tener a su bebé deben aumentar sus actividades poco a poco y evitar cargar cosas muy pesadas, cansarse demasiado, y subir demasiadas escaleras.

Después de la segunda semana de haber tenido a su hijo, pueden hacer labores ligeras en casa; muchas mujeres reanudan casi todas sus actividades en casa ya en la cuarta o quinta semana después del nacimiento de su hijo, sin embargo, si trabaja, se recomienda considerarlo después de la segunda visita a casa de salud, alrededor de la sexta semana de puerperio (Burroughs, 1999).

Entuertos

Son contracciones uterinas dolorosas después del alumbramiento; generalmente se producen en forma incoordinada de tal manera que no permiten la expulsión de los coágulos acumulados en la cavidad uterina, y es más frecuente en las mujeres que ya han tenido más de un hijo.

Cuando la madre da el pecho al bebe, el estímulo que se produce por la succión ocasiona una reacción que libera oxitocina, la cual provocará en el útero contracciones, generalmente dolorosas. La duración de los entuertos varia entre las 48 y las 72 horas (Botero, 2000).

Constipación

La disminución de la actividad intestinal puede ocasionar la constipación; de acuerdo con Botero, (2000), con la deambulación y la ingestión abundante de líquidos y una dieta rica en fibra se facilita el transito intestinal, lo que elimina el problema.

Reanudación de las actividades sexuales

Estas pueden reanudarse sin problemas una vez que han cesado la expulsión de los loquios, pero sobre todo, cuando la mujer se sienta dispuesta. El plazo varia de tres a seis semanas (Burroughs, 1999).

Es muy importante advertir a la pareja sobre los métodos anticonceptivos, pues la lactancia no garantiza un periodo preciso de no ovulación y la mujer puede quedar embarazada si no se toman las medidas adecuadas (Botero, 2000).

4.5. Orientación sobre la alimentación al recién nacido

Se debe hacer énfasis a la paciente sobre la importancia de la alimentación al seno materno, tanto para la madre como para el bebé; así mismo, pregunte a la madre sobre la utilización de la técnica de alimentación al seno materno, y si la madre no la conoce bien, o la desconoce, explíquela. En el punto 3.2.3, página 80, encontrará lo relativo a esta técnica.

En caso de que la madre no pueda amamantar al recién nacido, se hace necesaria la alimentación artificial, por lo que se debe orientar a la madre sobre lo referente a:

- ✓ Tipo de fórmula.
- ✓ Preparación de fórmula: medición y esterilización.
- ✓ Equipo/ tipos de biberones, chupones.
- ✓ Esterilización de equipo.
- ✓ Técnica para la alimentación: posición, evitando la "formación de burbujas".

Ayude a la madre a determinar cuando está satisfecho el bebé y a desarrollar programación para los alimentos.

Técnica para la preparación y esterilización de biberones

Para comodidad de la madre, se recomienda que todos los biberones que toma el niño durante el día se preparen al mismo tiempo

- **Material y equipo**
- Agua hervida.
- Cacerola lo suficientemente amplia para que quepan todos los biberones.
- Suficientes biberones para 24 horas.
- El alimento artificial que se le dará al bebé: fórmula láctea, leche en polvo.
- Mesa de preparación, que deberá estar perfectamente limpia.

Pasos

- Lave muy bien sus manos con agua y jabón
- Lave los biberones y enjuáguelos muy bien.
- Añada agua hervida hasta completar el número de onzas recomendado en la etiqueta de la lata.
- Tome la lata del alimento que consume el bebé y lea en la etiqueta el número de cucharadas a diluir. Ponga la cantidad señalada en cada biberón.
- Si el niño toma leche líquida y no en polvo, prepárela según sea el caso, y ponga en cada biberón la cantidad indicada.
- Agite los biberones para realizar la mezcla.
- Voltee el biberón para comprobar que el hoyo del chupón gotea. Si no sale leche, aumente el tamaño del hoyo para que gotee, pero si sale a chorro, deseche ese chupón y cámbielo por otro.
- Una vez probado el goteo afloje la rosca de la tapa del biberón, coloque el capuchón y ponga el biberón en la cacerola; repita lo mismo con los demás.
- Una vez acomodados todos los biberones, ponga agua en la cacerola hasta que cubra un poco más de la mitad del biberón.
- Ponga la cacerola tapada en la estufa y deje que hierva por 20 minutos.
- Retire del fuego la cacerola y deje que enfríe un poco; tape bien cada biberón, espere a que enfríen un poco más y guárdelos a temperatura fría.
- Cuando requiera un biberón, caliéntelo a baño maría (Games E.,J. & Palacios T., J.; 1995).

A este procedimiento se le llama esterilización terminal y un biberón preparado así dura hasta 24 horas, pero después de este tiempo, se debe desechar el sobrante.

Técnica de alimentación con biberón:

- Cambie el pañal del bebé si es necesario; lave sus manos después de hacerlo.
- Sostenga al niño en brazos.
- Coloque una toalla, pañal limpio o babero bajo la barbilla del bebé.
- Observe el tipo y cantidad de fórmula que contiene el biberón.
- Haga escurrir unas cuantas gotas de fórmula en la parte inferior de su muñeca para percibir la temperatura; esta debe ser tibia.
- Para facilitar la ingesta al bebé, la fórmula debe gotear, pero no fluir a chorro continuo. Si el agujero es demasiado pequeño, un bebé débil se fatigará y no terminará su alimento, en tanto que si es demasiado grande, existe el riesgo de que pueda ahogarse o perder la satisfacción que le brinda succionar.
- Tenga cuidado de no ensuciar el chupón.
- Sostenga el biberón de forma que el chupón se llene de fórmula, lo que impide que el pequeño trague aire.
- Haga eructar al bebé a la mitad de su alimentación y al final de ella con alguna de las siguientes formas:
 - Coloque un pañal o toalla sobre su hombro para proteger su ropa. Después sosténgalo firmemente contra su hombro y de palmaditas sobre la espalda del bebé hasta hacerlo eructar.
 - Siente al bebé y sosténgale el tórax con una mano, y frote con la otra mano su espalda suavemente, hasta lograr el eructo.
- La comida debe tener de 15 a 20 minutos de duración, no debe apresurar al lactante ni forzarlo a comer de más.

- Al terminar de comer el pequeño, limpio y seco, recuéstelo sobre su lado derecho para facilitar la digestión y evitar la aspiración de leche regurgitada o vómito (Schulte, E.B., 1999).

4.6. Observaciones y recomendaciones

- Debemos ser sensibles a las diferentes costumbres y reconocer que algunas mujeres se desaniman si se les recomienda que caminen pronto y que participen en sus propios cuidados, por lo que se les tiene que explicar la importancia de seguir las recomendaciones, a fin de promover una mejor recuperación y evitar complicaciones (Burroughs, A., 1999).
- Un adecuado control prenatal deriva en una mujer sana durante el puerperio, por lo que la atención esta enfocada a evitar o identificar la presencia de riesgos potenciales antes de que se conviertan en problemas graves.
- Se debe insistir en el uso de la lactancia al seno materno.
- La alimentación debe ser a libre demanda, pero en la mayoría de los casos el recién nacido pedirá de comer aproximadamente cada 3 ó 4 horas.
- La lactancia con biberón solo se acepta cuando hay una razón clínicamente justificada para que la madre no de alimentación al seno materno.
- la técnica de preparación de biberones aquí descrita sirve para los necesarios durante 24 horas, pero solo se podrá preparar más de uno si se cuenta con refrigerador para su adecuada conservación, de lo contrario deberá prepararse uno por uno los biberones.
- 24 horas después de la preparación del biberón, se considera que ya no esta limpio el contenido, por lo que darlo al recién nacido podría enfermarlo.

5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

5.1. Atención mediata al recién nacido

Concepto

Se considera como recién nacido al pequeño una vez que ha nacido, ya sea por vía vaginal o por cesárea, y hasta que cumple el primer mes de nacido.

La atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días (NOM-007-SSA2-1993), y dado que en casa se salud se da el seguimiento de la mujer embarazada, se le debe orientar con respecto a la visita posterior al parto, donde debe llevar a su bebé para que sea valorado a la semana y al mes de nacido.

Objetivos

- ✓ Identificar problemas actuales o potenciales que pueda presentar el recién nacido.
- ✓ Proporcionar a los padres información acerca de los cuidados al recién nacido.
- ✓ Ayudar a los padres a resolver sus dudas con respecto a la crianza del recién nacido (Stringht, B., 1999).

Fundamentación

En el período posparto el recién nacido experimenta cambios muy complejos como consecuencia de la transición a la vida extrauterina; la atención de enfermería a este nuevo ser se basa en el conocimiento de estos cambios (Stright, 1999) para prevenir los riesgos a los que está expuesto, identificar los problemas que puede presentar y promover el bienestar del mismo.

Material y equipo

- ✓ Una balanza infantil.
- ✓ Una cinta métrica.
- ✓ Una hoja de registro.
- ✓ Una pluma para registrar los datos.

Pasos

- ✓ Reciba a la madre con el niño.
- ✓ Páselos al consultorio para iniciar su atención.
- ✓ Oriente a la madre sobre como ayudará.
- ✓ En la mesa de exploración, pida a la madre que desvista completamente al bebé.
- ✓ Asegúrese de que la báscula esté cubierta por una hoja de papel kraft, a fin de que el bebé no tenga contacto directo con la superficie fría de la báscula.
- ✓ Coloque al bebé sobre la báscula y haga la medición del peso.
- ✓ Anote en su hoja de registro el peso del bebé.
- ✓ Coloque al bebé en la mesa de exploración en línea recta.
- ✓ Mida al bebé con la cinta métrica desde la parte más alta de su cabeza hasta sus talones y los perímetros del niño como corresponden.
- ✓ Anote sus registros en su hoja.
- ✓ Realice la toma de signos vitales al bebé. En la página 43 se mencionan los valores normales de los signos vitales en el menor.
- ✓ Realice la exploración cefalocaudal.
- ✓ Realice la valoración de riesgo perinatal en el recién nacido.
- ✓ Anote los hallazgos más importantes en su hoja de registro.

- ✓ Una vez que termine, pida a la madre que vista al bebé e informe del estado del mismo.
- ✓ Oriente a la madre sobre los cuidados higiénico-nutricionales.
- ✓ Oriente a la madre sobre los cuidados generales al recién nacido.

Cuadro 20: Evaluación del riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días.

Factor	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Perdida de peso	Hasta 8%	9 a 12%	13% y más
Control de temperatura	Si	--	No
Alimentación	Al seno	Otra	--
Dispepsia	No	Moderada	Severa
Onfalitis	No	Si	--
Ictericia	Leve	Moderada	Severa
Succión – deglución	Normal	Fatiga	Anormal
Llanto	Normal	Agudo	Débil
Convulsiones	Ausentes	Focal	Generalizada
Respuesta, examen	Normal	Agitación	Letargo
Fontanelas	Normal	Deprimida	Tensa
Tono muscular	Normal	Hipertónico	Hipotónico
Movimientos anormales	No	Temblor	Clónicos
Opistótonos	No	--	Si
Asimetría postural	No	--	Si
Cadera	normal	Abducción	Ortolani positivo
Preensión	Con jalón	Sin jalón	Ausente
Búsqueda	Normal	Limitada	Ausente
Moro	Normal	Asimétrico	Ausente
Endereza miembros inferiores	Normal	Incompleto	Ausente
Cabeza sigue tronco	Si	--	No
Marcha	Normal	Incompleta	No

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

Cuadro 21: Evaluación de riesgos en cada consulta al niño de 7 días a 1 año.

Factor	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Riesgo del cuadro anterior	Bajo	Medio	Alto
Peso	Normal	Desviación leve	Desviación moderada
Estatura	Normal	Desviación leve	Desviación moderada
Perímetro cefálico	Normal	Desviación leve	Desviación moderada
Alimentación	Adecuada	Inadecuada	--
Inmunizaciones	Completas	Incompletas	--
Deshidratación	No	Moderada	Severa
Insuficiencia respiratoria	No	Moderada	Severa
Higiene	Buena	Mala	--
Cuidado materno	Sí	No	--
Respuesta a examen	Normal	Agitación	Letargo
Fontanelas	Normal	Deprimida	Tensa
Tono muscular	Normal	hipertonía	Hipotonía
Convulsiones	No	Focal	General
Movimientos anormales	No	Temblor	Clónicos
Deglución	Normal	Fatiga	Anormal
Malformación	No	Menor	Mayor
Desarrollo motor	Normal	Retraso 1 mes	Retraso > un mes
Desarrollo coordinación	Normal	Retraso 1 mes	Retraso > un mes
Desarrollo social	Normal	Retraso 1 mes	Retraso > un mes
Desarrollo lenguaje	Normal	Retraso 1 mes	Retraso > un mes
Otros, especifique			

Fuente: Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, CIMIGen, 1999.

El signo > da el significado de retraso mayor a un mes.

Si el recién nacido presenta algún factor que supere las capacidades de casa de salud, no dude en referirlo de inmediato al lugar más adecuado para su atención.

5.2. Somatometría

Concepto

Es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano, y aporta los indicadores que se utilizan para hacer una adecuada evaluación del crecimiento del niño (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Objetivos

- ♣ Valorar el peso del infante.
- ♣ Valorar el crecimiento del infante, en cuanto a talla y perímetros.
- ♣ Valorar su estado de salud- enfermedad.

Fundamentación

- ✓ La pérdida de aumento de peso o talla en un paciente, que no esta acorde a su edad, implica trastornos en su estado de salud (Rosales, B.S. & Reyes, G.E., 1999).

Peso: Es la cantidad en gramos de la masa corporal (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Material y equipo

- ◆ Báscula pesabebés.
- ◆ Hoja de registro.
- ◆ Hoja de papel kraft.
- ◆ Pluma o lápiz para hacer las anotaciones.

Pasos

- Coloque una hoja de papel kraft sobre el platillo de la báscula y calibre.
- Explique a la madre el fin y pídale que desvista al niño.
- Ponga con mucho cuidado al bebé sobre el platillo de la báscula.
- Realice la medición del peso, sin descuidar al bebé.
- Retire al bebé de la báscula y póngalo sobre la mesa de exploración.
- Realice la anotación en su hoja de registro.

Talla: Es la distancia que existe de la parte más elevada del cráneo a la planta de los pies (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Material y equipo

- ◆ Cinta métrica de 0.5 centímetros de ancho.
- ◆ Hoja de registro.
- ◆ Pluma o lápiz.

Pasos

- Explique el procedimiento a la madre y pida su ayuda.
- Recueste al bebé boca arriba sobre la mesa de exploración.
- Pida a la madre que sujete al bebé por la cabeza.
- Usted presione suavemente las rodillas del niño.
- Realice la medición de la parte más alta de la cabeza a la planta de los pies.
- Realice la anotación en su hoja de registro.
- Realice la medición de los perímetros del infante.

Nota: No ponga los dedos bajo la cinta al hacer la medición, pues el resultado no es el real.

Perímetro cefálico: es la medición de la circunferencia externa de la cabeza (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Pasos

- Coloque el extremo inicial de la cinta en la glabella.
- Rodee la cabeza, tocando los siguientes puntos:
 - Borde superior del arco superciliar de un lado (arriba de la ceja).
 - Zona inmediata superior a la implantación del mismo lado.
 - Parte más prominente del occipucio.
- Siga los mismos puntos en el lado opuesto, en sentido inverso, hasta llegar al punto de partida y haga la medición.
- Realice la anotación en su hoja de registro.

Perímetro torácico: es la medida de la circunferencia del tórax tomada a la mitad de una respiración normal (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Pasos

- Pase la cinta métrica alrededor del tórax a la altura de las tetillas.
- Haga la medición a la mitad de una respiración normal.
- Realice la anotación en su hoja de registro.

Perímetro abdominal: Es la medida de la circunferencia del abdomen en posición decúbito dorsal (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Pasos

- Pase la cinta métrica alrededor del abdomen a nivel de la cicatriz abdominal.
- Haga la medición
- Realice la anotación en su hoja de registro.

Perímetro braquial: Es la medida de la circunferencia del brazo (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999).

Pasos

- Tome el brazo izquierdo del bebé.
- Pase la cinta a la altura de la mitad del brazo y haga la medición.
- Realice la anotación en su hoja de registro.

5.3. Exploración cefalocaudal

De la misma forma que a todo paciente que acude a consulta, al recién nacido se le debe realizar una exploración de pies a cabeza completa, para así poder dar una opinión real y concreta de su condición.

A continuación se presenta de manera sintetizada los hallazgos normales que debe encontrar en una exploración a un recién nacido a término (con una gestación de 38 a 40 semanas) en condiciones normales.

Cabeza

Explore la cabeza para investigar simetría, parálisis, forma, tumefacción, movimiento. Los huesos del cráneo se encuentran separados entre sí por bandas de tejido blando, conectivo, llamado suturas, que en algunos sitios son anchas y dan lugar a la fontanela anterior (comúnmente llamada mollera), que mide de 3 a 4 centímetros de largo y 2 a 3 centímetros de ancho (Brunner, L.S., 1991), tiene forma de rombo y esta situada sobre la línea media del cráneo, y la fontanela posterior, que solo mide unos cuantos milímetros.

La fontanela anterior se cierra normalmente antes de los 18 meses de edad, mientras que la fontanela posterior se cierra durante el primer mes de vida.

En la cabeza del recién nacido es frecuente ver una zona abultada que tarda varios días en desaparecer y que es más notable cuando es el primero; este abultamiento, llamado caput succedaneum, se debe a la inflamación de los tejidos que cubren el cráneo, por la compresión que sufre la cabeza del niño contra los huesos de la pelvis de la madre durante el parto; al palpar se encuentra suave y blando, desaparece espontáneamente y no debe dársele masaje ni punzarlo, ya que se infecta con facilidad.

El perímetro de la cabeza (perímetro cefálico) en un recién nacido a término es de 34 a 35 centímetros.

Cara

Presenta cierta inflamación en la cara, pero esto va disminuyendo progresivamente.

Ojos

Desde las primeras cuatro semanas los estímulos luminosos producen movimiento ocular (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A., 1999). Las pupilas deben ser iguales y contraerse ante la luz brillante repentina (Brunner, L.S., 1991).

Nariz

Se encuentra permeable. Recuerde que los lactantes respiran exclusivamente a través de esta, de ahí la importancia de su permeabilidad.

Oídos

Las orejas deben ser simétricas y firmes, estando la parte superior a la misma altura que los ojos; los canales auditivos pueden estar congestionados por uno o dos días después del nacimiento, pero deben oír bien en unos días.

Boca

Sobre todo, inspeccione el paladar duro para cerciorarse que está cerrado.

Cuello

Palpe en busca de ganglios linfáticos; la clavícula se palpa en busca de fracturas, sobre todo si se sospecha de un parto difícil. Investigue la movilidad del cuello, pues la rigidez e hiperextensión pueden ser a causa de traumatismo o infección.

Tórax

La circunferencia promedio es de 30 a 33 centímetros y debe ser simétrico (Brunner, L.S., 1991).

Mamas

En los niños recién nacidos en ocasiones el tejido mamario aumenta de tamaño por las hormonas maternas, e incluso presentan cierto endurecimiento y salida de líquido lechoso (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A.; 1999).

Sistema respiratorio

Normalmente, la respiración del bebé es de 40 a 60 veces por minuto, siendo superficial y con ritmo irregular e influida por el estado de sueño, vigilia o última tetada.

Sistema cardiovascular

El corazón del recién nacido late de 100 a 160 veces por minuto, en condiciones normales; el segundo ruido cardíaco es más agudo y de tono más alto que el primero, y rara vez se escucha más de dos ruidos, siendo la causa soplos transitorios.

Palpe la presencia de pulso braquial, radial, pedio y femoral; la ausencia de este último nos indica que la circulación aórtica es insuficiente.

Recuerde que los recién nacidos de más de 3 kilogramos de peso tienen una presión sistólica de 60 a 80 y una diastólica de 35 a 55 (Brunner, L.S., 1991).

Abdomen

En general es más abultado , ya que las vísceras, el hígado sobre todo, son de tamaño proporcionalmente mayor.

El muñón del cordón umbilical se seca y cae durante los 7 a 10 días que siguen al parto; el perímetro abdominal es de 33 a 34 centímetros aproximadamente (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A.; 1999).

Genitales

Varones

En el recién nacido a término, el escroto, piel que cubre los testículos, se observa redundante y surcado por rugosidades, con una coloración más oscura que el resto de la piel; los testículos están ya dentro de las bolsas escrotales (Mendoza, M.C.; Gaona, M.I.; Rivas, M.A.; 1999); Observe el meato uretral en el glande, su posición normal es central.

Mujeres

En las recién nacidas, los labios mayores cubren los labios menores, el colgajo himeneal (tejido) puede sobresalir de la vagina, desapareciendo durante las siguientes semanas. Puede haber exudado vaginal, blanco o rosado, por la caída de las hormonas maternas; no requiere tratamiento (Brunner, L.S., 1991).

Dorso

Explore la curvatura y cierre de la columna vertebral, y examine la zona anal para verificar la permeabilidad anal a través de la temperatura rectal.

Sistema musculoesquelético

Explore extremidades para determinar si hay fracturas, parálisis, límite de movimientos, o posición irregular.

Explore luxación de cadera con el lactante en posición supina, flexiónale sus rodillas y sepárelas hacia los lados y báje las hacia la superficie de la mesa; si se produce un chasquido es que hay luxación.

Sistema neurológico

Los mecanismos neurológicos están inmaduros desde el punto de vista fisiológico y anatómico, lo que produce movimientos sin coordinación, regulación inestable de la temperatura y falta del control muscular (Brunner, L.S., 1991).

Los reflejos en el recién nacido son importantes indicadores del desarrollo normal; en el cuadro siguiente se abordan dichos reflejos.

Cuadro 22: Reflejos del recién nacido

Reflejo	Respuesta normal
Hociqueo y succión	El recién nacido gira la cabeza en la dirección del estímulo, abre la boca y empieza a chupar cuando le tocan la mejilla, el labio o la esquina de la boca con un dedo o un pezón.
Deglución	El recién nacido deglute en coordinación con la succión cuando tiene líquido en la parte posterior de la lengua.
Moro	Extensión con abducción bilateral y simétrica en de las extremidades, con el pulgar e índice formando una C, seguida de abducción de las extremidades y vuelta a la flexión relajada cuando se cambia bruscamente de posición al recién nacido, o cuando se le coloca de espalda sobre una superficie plana.
Gateo	El recién nacido intenta gatear hacia delante con ambos brazos y piernas cuando se le coloca boca abajo en una superficie plana.
Babinski	Los dedos de los pies del recién nacido se hiperextienden y se abren en abanico desde la posición de dorsiflexión cuando un lado del pie es acariciado desde el talón hacia la punta del pie.

Fuente: Stright, B., 1999.

5.4. Baño del recién nacido en el hogar

Concepto

Es la limpieza general del cuerpo con agua que se proporciona al recién nacido (Rosales, S. & Reyes, E., 1999).

Objetivo

- ♣ Eliminar las secreciones y el sudor de la piel del bebé.
- ♣ Favorecer la función circulatoria por medio de la circulación y el masaje.
- ♣ Fomentar el vínculo afectivo madre-hijo

Material y equipo

- ◆ Recipiente para el agua tibia.
- ◆ Tina acorde al tamaño, donde realizar el baño.
- ◆ Toalla facial o esponja.
- ◆ Torundas de algodón.
- ◆ Toalla grande, para secarlo.
- ◆ Ropa limpia.

No es indispensable usar jabón, pero si se emplea, debe ser neutro, pues los jabones alcalinos, aceites o lociones pueden propiciar el desarrollo de las bacterias.

Pasos

Medio ambiente y seguridad.

- Dar el baño en un cuarto tibio, libre de corrientes de aire.
- Bañar al niño en un lugar seguro; Nunca deje solo al niño.
- Sujete siempre al niño para evitar caídas.
- Si tiene que salir del cuarto, lleve al niño con usted.

El baño

- Coloque una manta o almohada en el fondo para mayor comodidad.
- Ponga de 7 a 10 centímetros de agua tibia en la tina.
- El baño va de la parte más limpia a la más sucia del cuerpo, es decir, de los ojos y cara, al tronco y extremidades del cuerpo y, por último, el área del pañal.
- Lave ojos y cara solo con agua; enseguida lave el pelo antes de meter al niño al agua.
- Lave el dorso y las extremidades rápidamente pero con cuidado.
- Inspeccione el cordón umbilical (si aún no se ha desprendido), verificando el área por posible hemorragia o aroma fétido. Si detecta alguno de estos dos puntos, no dude en acudir inmediatamente al hospital o clínica más cercano.
- Lave las nalgas mediante un golpeteo suave, secando al terminar.
- Aseo de genitales.
 - Niñas.
 - Lave la vulva con especial cuidado, separando los labios vaginales y aseando del frente hacia atrás para eliminar la suciedad que pudiese acumularse en esta zona.
 - Varones.
 - Limpie suavemente el pene sin forzar el prepucio.
 - Con una esquina limpia de la toalla o esponja limpie bajo el escroto y en los pliegues inguinales.
- Al principio podría ser más fácil aplicar primero el jabón al cuerpo del bebé y luego meterlo al agua para enjuagarlo. Debe asegurarse de tener bien sujeto al niño.

- Una vez enjuagado, seque al niño y arrópelolo, protegiéndolo siempre de las corrientes de aire.

La técnica descrita es solo una sugerencia que el personal de enfermería explicará a la madre, en caso de que esta ignore la forma en que debe hacerlo.

Cuidados complementarios del baño

- Limpieza nasal y bucal

Durante los primeros días de vida el recién nacido produce una mayor cantidad de mucosidad y podría ser necesario aspirar suavemente con una perilla de succión. El personal de enfermería de casa de salud enseñará a los padres el uso de la perilla para eliminar el moco de boca y nariz. Y después les pedirá repitan la acción. Se aconseja a los padres lavar la perilla muy bien después de usarla, y desecharla si el niño presenta alguna infección.

- Cuidado de las uñas

Si el pequeño tiene uñas largas y se araña, es necesario recortar las uñas, haciendo un corte recto con tijeras de punta roma. De preferencia sugiérale a los padres hacerlo cuando está quieto o dormido para evitar que se le lastime por un movimiento brusco.

- Heces y micción

Los pequeños orinan de 6 a 8 veces al día. Si lo hacen menos de 5 veces al día podría ser necesario darle más líquidos. Los padres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces (materia fecal). En condiciones normales, las heces son:

- Las primeras heces son verde oscuras.
- Cerca del tercer o cuarto día están más formadas y toman un color verde amarillento, y se les conoce como heces de transición (de meconio a leche).
- Los niños alimentados con fórmula son muy firmes y bien formadas, color pardo amarillento.
- Los niños alimentados al seno materno tienen heces más suaves y frecuentes, color amarillo mostaza.
- Los niños amamantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida.
- Nunca debe presentarse un "círculo de agua" alrededor de los sólidos de las heces, pues esto indica la posibilidad de diarrea; de presentarse, acuda de inmediato a la casa de salud.

➤ Pañales y rozaduras

Los niños orinan y defecan con frecuencia, y se les debe cambiar el pañal cuando está húmedo o sucio. Para limpiar el área perianal es suficiente usar agua limpia o toallitas húmedas, sin embargo, estas toallitas podrían contener sustancias químicas o fragancias que irritan la piel del bebé, por lo que, de ser necesario, debe utilizarse un jabón suave para eliminar algunos residuos fecales.

Comente a los padres que si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollarán con rapidez rozaduras, que son resultado de irritación por amoniaco de la orina. Después de haber lavado y secado cuidadosamente al niño, y si los padres lo desean, puede aplicarse algún producto para eliminar las rozaduras, pero esto es opcional.

La madre debe recordar que si se utiliza pañal desechable, el niño puede presentar rozaduras en los lugares de la piel donde el elástico hace contacto con la piel; el personal de enfermería de casa de salud debe discutir con los padres las ventajas y desventajas del uso de pañal de tela y desechable.

➤ Ropa

El personal de casa de salud debe aconsejar a los padres que la vestimenta del niño debe ser cómoda y adecuada al clima; la ropa no debe ser muy caliente o abrigadora en tiempo cálido, ni demasiado ligera en tiempo frío, y que cuando se le exponga al sol se le debe proteger su piel, pues por ser muy delicada podría quemarse con facilidad.

Las ropas del niño pueden lavarse con jabón sin detergente. Es muy importante que se enjuague completamente para eliminar todos los residuos de jabón, y si es necesario, enjuagarla dos veces. Debe advertírseles también que eviten el uso de detergentes y suavizantes, pues podrían causar irritación en la piel del bebé.

Consideraciones sobre la nutrición

Como mencionamos en el capítulo anterior, la lactancia al seno materno brinda todo el aporte nutricional que requiere el recién nacido durante esta etapa, y solo en algunas situaciones especiales, y bajo ciertas consideraciones, se acepta la alimentación artificial.

Para las técnicas de alimentación al seno materno consulte el punto 3.2.3, página 80, y para alimentación artificial, consulte el punto 4.5, página 99 de este manual.

5.5. Formas para cargar al recién nacido.

➤ Posiciones del niño y formas de abrazarlo

Enseñe a los padres que el recién nacido tiene muy poco control de su cabeza y, por lo tanto, al colgarlo sobre la espalda, el niño apenas puede levantar la cabeza. A causa de ello, se debe colocar al pequeño sobre un colchón firme y nunca boca bajo. El síndrome de muerte súbita infantil ocurre con mayor frecuencia cuando los niños se encuentran boca bajo (Burroughs, 1999).

Siempre que se levante al niño para abrazarlo, debe sostenerle la cabeza, pues es más grande que el resto de su cuerpo y el cuello aún no tiene mucha fuerza.

Hay tres formas básicas de abrazar al niño:

- La cabeza del niño se acomoda en el hueco del codo doblado. Esta forma permite mirarle a los ojos y deja una mano libre para alcanzar los objetos que requiera.
- La posición vertical es la forma de tomar al pequeño y sentir un apoyo seguro en la cabeza, dorso superior y glúteos. Es una posición ideal para hacerlo eructar.
- El abrazo de balón, casi la mitad del cuerpo del niño es apoyado por el antebrazo de quien lo abraza, y cabeza y cuello quedan sobre la palma de la mano. Esta forma es ideal para alimentarlo al pecho, sin embargo, deja un tanto desprotegida la cabeza del niño.

Es usual utilizar una combinación de estas tres formas de abrazo para proporcionar al niño calidez y cercanía, mirándolo a los ojos y alimentándolo.

5.6. Observaciones y recomendaciones

- Después de la primera semana de vida el recién nacido aumenta entre 20 y 25 gramos diarios hasta cumplir su primer año de edad; puede decirse que su peso al nacer (en condiciones normales, en promedio 3 kilogramos) se duplica a los cuatro meses (6 kilogramos) y se triplica al año(9 kilogramos), mientras que su talla normal es de 50 centímetros al nacimiento (Mendoza, 1999); en las paginas 128 a 133 se abordan la talla y el peso normal en niños y niñas después del nacimiento.
- Cuando realice la exploración del recién nacido evalúe la presencia de los reflejos con mucha atención; recuerde que la ausencia de uno o mas reflejos indican una anormalidad en el bebé.
- La limpieza en el recién nacido es muy importante, pero también es muy importante el lugar donde la realice. Debe evitar que haya corrientes de aire, pues se presencia puede favorecer la aparición de enfermedades respiratorias.
- La posición del recién nacido para dormir es igualmente importante: debe ser boca abajo y con la cabeza hacia un lado, a fin de que, de llegar a presentarse vómito o regurgitación, el líquido expulsado no entre en los pulmones, problema llamado broncoaspiración, situación que puede comprometer la vida del recién nacido.

**6. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL NIÑO MENOR DE 5
AÑOS SANO**

6.1. Atención al menor de cinco años sano

Después de que el niño cumple el primer mes de edad es muy importante darle seguimiento a su atención, a fin de poder detectar a tiempo problemas que pueden presentarse en el infante, y que afectan su salud y comprometen su sano desarrollo.

Por esta razón, el presente capítulo es una continuidad directa del anterior, y dado que se considera que la atención en cuanto a la consulta es la misma, se abordan directamente temas específicos que pueden detectarse a tiempo o que, de ya estar presentes, deben atenderse de inmediato para evitar afecciones posteriores más graves.

Objetivos

- ♣ Identificar problemas actuales o potenciales que pueda presentar el niño.
- ♣ Proporcionar a los padres información acerca de los cuidados que requiere el niño.
- ♣ Ayudar a los padres a resolver sus dudas con respecto al estado de salud de su hijo.

Fundamentación

- ✓ En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor.
- ✓ El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.
- ✓ El personal de salud deberá otorgar al niño de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses (NOM-031-SSA2-1999).

Material y equipo

- ◆ Una balanza infantil o báscula con estadiómetro, dependiendo de la edad del niño.
- ◆ Una cinta métrica, en caso de que no pueda ponerse de pie para la medición.
- ◆ Una hoja de registro.
- ◆ Una pluma para registrar los datos.

Pasos

- Reciba a la madre con el niño.
- Pácelos al consultorio para iniciar su atención.
- Realice la medición de la somatometría en el infante. Si el niño aún no puede ponerse de pie para la medición de su peso y talla, ocupe los pasos del capítulo anterior.
- Realice la toma de signos vitales al niño (en la página 43 se mencionan los valores normales de los signos vitales en el menor).
- Realice la exploración cefalocaudal.
- Realice la valoración de riesgo en el niño de 7 días a 1 año (página 110).
- Anote los hallazgos más importantes en su hoja de registro.
- Una vez que termine, pida a la madre que vista al niño e informe del estado del mismo.
- Oriente a la madre sobre los cuidados higiénico-nutricionales.
- Oriente a la madre sobre los cuidados al niño.

Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación:

Menores de un año: al nacimiento, a los dos, cuatro y seis meses de edad.

- Al año
- A los dos años y
- A los cuatro años.

Como casa de salud no cuenta con el esquema básico de vacunación, se sugiere explicar a las madres de los pequeños en consulta lo anterior, y referirlos al centro de salud de los Pinos.

6.2. control del menor de 5 años sano

6.2.1. Somatometría

➤ Longitud (talla):

La longitud debe medirse acostando en un Infantómetro a los niños que no pueden ponerse de pie. Se utilizará el estadiómetro en niños que pueden ponerse de pie; se deben retirar zapatos y descubrir la cabeza de objetos y peinados que alteren la medición; hay que asegurarse que el niño tenga las rodillas estiradas, la espalda recta y la vista al frente. La lectura se debe realizar frente a la escala y debe anotarse en centímetros.

Peso:

Para su medición se debe calibrar y colocar la báscula en una superficie plana (báscula pesa bebé o de piso), se debe retirar toda la ropa, zapatos y objetos pesados, colocando al niño en la báscula y realizando la lectura de la medición

cuando el instrumento esté sin movimiento, de frente a la escala de medición y expresarse en kilogramos.

➤ Perímetro cefálico:

Debe realizarse hasta los dos años de edad, con cinta métrica metálica, flexible, 5 milímetros de ancho, expresándose en centímetros. En caso de detectarse problema, se efectuará el seguimiento del mismo y la medición por especialistas, hasta que el niño cumpla los cinco años de edad.

6.2.2. Valoración del estado de nutrición

La valoración del estado de nutrición debe basarse en una evaluación que comprende:

Historia dietética.

- ✓ Historia socioeconómica,
- ✓ Historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición.

Los índices antropométricos a utilizar en la valoración del estado nutricional son:

- ✓ Peso para la edad.
- ✓ Talla para la edad.
- ✓ Peso para la talla.

PARA LA VALORACIÓN DE PESO-EDAD, APLIQUE LOS CUADROS 23 Y 24 DE NUTRICIÓN QUE APARECEN A CONTINUACIÓN:

Cuadro 23: Referencia para valorar peso/edad en niñas menores de 5 años; peso (Kg.) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses

EDAD/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO	EDAD/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO
0	2.7	3.2	3.6	12	8.5	9.5	10.6
1	3.4	4.0	4.5	13	8.7	9.8	10.8
2	4.0	4.7	5.4	14	8.9	10.0	11.1
3	4.7	5.4	6.2	15	9.1	10.2	11.3
4	5.3	6.0	6.9	16	9.3	10.4	11.5
5	5.8	6.7	7.5	17	9.5	10.6	11.8
6	6.3	7.2	8.1	18	9.7	10.8	12.0
7	6.8	7.7	8.7	19	9.8	11.0	12.2
8	7.2	8.2	9.1	20	10.0	11.2	12.4
9	7.6	8.6	9.6	21	10.2	11.4	12.6
10	7.9	8.9	9.9	22	10.3	11.5	12.8
11	8.2	9.2	10.3	23	10.5	11.7	13.0

AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO	AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO
2/0	10.6	11.8	13.2	3/0	12.6	14.1	16.1
2/01	10.8	12.0	13.5	3/01	12.8	14.3	16.3
2/02	11.0	12.2	13.7	3/02	12.9	14.4	16.5
2/03	11.2	12.4	14.0	3/03	13.1	14.6	16.7
2/04	11.3	12.6	14.2	3/04	13.2	14.8	16.9
2/05	11.5	12.8	14.5	3/05	13.3	14.9	17.0
2/06	11.7	13.0	14.7	3/06	13.5	15.1	17.2
2/07	11.9	13.2	15.0	3/07	13.6	15.2	17.4
2/08	12.0	13.4	15.2	3/08	13.7	15.4	17.6
2/09	12.2	13.6	15.4	3/09	13.9	15.5	17.8
2/10	12.3	13.8	15.6	3/10	14.0	15.7	18.0
2/11	12.5	13.9	15.8	3/11	14.1	15.8	18.1

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 23: Referencia para valorar peso/edad en niñas menores de 5 años; peso (Kg.) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses (continuación)

AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO		AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO
4/0	14.3	16.0	18.3		4/06	15.0	16.8	19.4
4/01	14.4	16.1	18.5		4/07	15.1	17.0	19.6
4/02	14.5	16.2	18.7		4/08	15.2	17.1	19.7
4/03	14.6	16.4	18.9		4/09	15.4	17.2	19.9
4/04	14.8	16.5	19.0		4/10	15.5	17.4	20.1
4/05	14.9	16.7	19.2		4/11	15.6	17.5	20.3

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 24: Referencia para valorar peso/edad en niños menores de 5 años; peso (kg) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses

EDAD/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO		EDAD/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO
0	2.9	3.3	3.8		12	9.1	10.2	11.3
1	3.6	4.3	5.0		13	9.4	10.4	11.5
2	4.3	5.2	6.0		14	9.6	10.7	11.8
3	5.0	6.0	6.9		15	9.8	10.9	12.0
4	5.7	6.7	7.6		16	10.0	11.1	12.3
5	6.3	7.3	8.2		17	10.1	11.3	12.5
6	6.9	7.8	8.8		18	10.3	11.5	12.7
7	7.4	8.3	9.3		19	10.5	11.7	12.9
8	7.8	8.8	9.8		20	10.6	11.8	13.1
9	8.2	9.2	10.2		21	10.8	12.0	13.3
10	8.6	9.5	10.6		22	10.9	12.2	13.5
11	8.9	9.9	10.9		23	11.1	12.4	13.7

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 24: Referencia para valorar peso/edad en niños menores de 5 años; peso (kg) por edad de 0 meses a 4 años 11 meses, (continuación)

AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO		AÑOS/ MESES	DESNUT. LEVE	PESO NORMAL	SOBRE PESO
2/0	11.2	12.3	14.0		3/06	13.9	15.7	17.6
2/01	11.4	12.5	14.2		3/07	14.1	15.8	17.8
2/02	11.5	12.7	14.4		3/08	14.2	16.0	18.0
2/03	11.7	12.9	14.6		3/09	14.4	16.2	18.2
2/04	11.8	13.1	14.8		3/10	14.5	16.4	18.4
2/05	12.0	13.3	15.1		3/11	14.6	16.5	18.6
2/06	12.1	13.5	15.3		4/0	14.8	16.7	18.7
2/07	12.3	13.7	15.5		4/01	14.9	16.9	18.9
2/08	12.4	13.9	15.7		4/02	15.1	17.0	19.1
2/09	12.6	14.1	15.9		4/03	15.2	17.2	19.3
2/10	12.7	14.3	16.0		4/04	15.4	17.4	19.5
2/11	12.9	14.4	16.2		4/05	15.5	17.5	19.7
3/0	13.0	14.6	16.4		4/06	15.7	17.7	19.9
3/01	13.2	14.8	16.6		4/07	15.8	17.9	20.1
3/02	13.3	15.0	16.8		4/08	16.0	18.0	20.3
3/03	13.5	15.2	17.0		4/09	16.1	18.2	20.5
¾	13.6	15.3	17.2		4/10	16.3	18.3	20.7
3/05	13.8	15.5	17.4		4/11	16.4	18.5	20.9

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

PARA LA VALORACIÓN DE TALLA-EDAD, UTILICE LOS CUADROS 25 Y 26 DE NUTRICIÓN QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN:

Cuadro 25: referencia para valorar talla/edad en niñas menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses

MESES	BAJA	NORMAL	ALTA		MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
0	47.7	49.9	52.0		4	59.4	62.0	64.5
1	51.2	53.5	55.8		5	61.5	64.1	66.7
2	54.4	56.8	59.2		6	63.3	65.9	68.6
3	57.1	59.5	62.0		7	64.9	67.6	70.2

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 25: referencia para valorar talla/edad en niñas menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses, (continuación)

MESES	BAJA	NORMAL	ALTA		MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
8	66.4	69.1	71.3		16	75.9	78.9	81.8
9	67.7	70.4	73.2		17	76.9	79.9	82.9
10	69.0	71.8	74.5		18	77.9	80.9	84.0
11	70.3	73.1	75.9		19	78.8	81.9	85.0
12	71.5	74.3	77.1		20	79.7	82.9	86.0
13	72.6	75.5	78.4		21	80.6	83.8	87.0
14	73.7	76.7	79.6		22	81.5	84.7	87.9
15	74.8	77.8	80.7		23	82.4	85.6	88.9

AÑOS/ MESES	BAJA	NORMAL	ALTA		AÑOS/ MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
2/0	81.3	84.5	87.7		3/06	94.0	97.9	101.8
2/01	82.1	85.4	88.6		3/07	94.7	98.6	102.5
2/02	82.9	86.2	89.5		3/08	95.3	99.2	103.1
2/03	83.7	87.0	90.4		3/09	95.8	99.8	103.8
2/04	84.5	87.9	91.3		3/10	96.4	100.4	104.4
2/05	85.2	88.7	92.1		3/11	97.0	101.0	105.1
2/06	86.0	89.5	93.0		4/0	97.6	101.6	105.7
2/07	86.7	90.2	93.8		4/01	98.1	102.2	106.3
2/08	87.4	91.0	94.6		4/02	98.7	102.8	106.9
2/09	88.1	91.7	95.4		4/03	99.3	103.4	107.5
2/10	88.8	92.5	96.1		4/04	99.8	104.0	108.1
2/11	89.5	93.2	96.9		4/05	100.3	104.5	108.7
3/0	90.2	93.9	97.6		4/06	100.9	105.1	109.3
3/01	90.9	94.6	98.4		4/07	101.4	105.6	109.9
3/02	91.5	95.3	99.1		4/08	101.9	106.2	110.5
3/03	92.2	96.0	99.8		4/09	102.4	106.7	111.1
3/04	92.8	96.6	100.5		4/10	102.9	107.3	111.6
3/05	93.4	97.3	101.2		4/11	103.5	107.8	112.2

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 26: referencia para valorar talla/edad en niños menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses

MESES	BAJA	NORMAL	ALTA	MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
0	48.2	50.5	52.8	12	73.4	76.1	78.8
1	52.1	54.6	57.0	13	74.5	77.2	80.0
2	55.5	58.1	60.7	14	75.6	78.3	81.1
3	58.5	61.1	63.7	15	76.6	79.4	82.3
4	61.0	63.7	66.4	16	77.5	80.4	83.4
5	63.2	65.9	68.6	17	78.5	81.4	84.4
6	65.1	67.8	70.5	18	79.4	82.4	85.4
7	66.8	69.5	72.2	19	80.2	83.3	86.4
8	68.3	71.0	73.6	20	81.1	84.2	87.4
9	69.7	72.3	75.0	21	81.9	85.1	88.4
10	71.0	73.6	76.3	22	82.7	86.0	89.3
11	72.2	74.9	77.5	23	83.5	86.8	90.2

AÑOS/MESES	BAJA	NORMAL	ALTA	AÑOS/MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
2/0	82.4	85.6	88.8	3/02	92.4	96.3	100.2
2/01	83.2	86.4	89.7	3/03	93.1	97.0	101.0
2/02	83.9	87.2	90.6	3/04	93.8	97.7	101.7
2/03	84.7	88.1	91.4	3/05	94.4	98.4	102.4
2/04	85.4	88.9	92.3	3/06	95.0	99.1	103.1
2/05	86.2	89.7	93.1	3/07	95.7	99.7	103.8
2/06	86.9	90.4	94.0	3/08	96.3	100.4	104.5
2/07	87.6	91.2	94.8	3/09	96.9	101.0	105.2
2/08	88.3	92.0	95.6	3/10	97.5	101.7	105.9
2/09	89.0	92.7	96.4	3/11	98.1	102.3	106.6
2/10	89.7	93.5	97.2	4/0	98.7	102.9	107.2
2/11	90.4	94.2	98.0	4/01	99.3	103.6	107.9
3/0	91.1	94.9	98.7	4/02	99.9	104.2	108.5
3/01	91.8	95.6	99.5	4/03	100.4	104.8	109.1

Fuente. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 26: referencia para valorar talla/edad en niños menores de 5 años; talla (cm) por edad, de 0 meses a 4 años 11 meses (continuación)

AÑOS/MESES	BAJA	NORMAL	ALTA		AÑOS/MESES	BAJA	NORMAL	ALTA
4/04	101.0	105.4	109.8		4/08	103.2	107.7	112.2
4/05	101.6	106.0	110.4		4/09	103.7	108.3	112.8
4/06	102.1	106.6	111.0		4/10	104.3	108.8	113.4
4/07	102.7	107.1	111.6		4/11	104.8	109.4	114.0

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

PARA LA VALORACIÓN DE PESO-TALLA, SE HARÁ USO DE LOS CUADROS 27 Y 28 QUE APARECEN A CONTINUACIÓN:

Cuadro 27: Referencia para valorar peso/talla en niñas, peso (kg) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm

LONGITUD Cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO		LONGITUD Cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO
50	3.0	3.4	3.8		67	6.8	7.5	8.3
51	3.1	3.5	4.0		68	7.1	7.8	8.6
52	3.3	3.7	4.2		69	7.3	8.1	8.9
53	3.4	3.9	4.4		70	7.6	8.4	9.1
54	3.6	4.1	4.6		71	7.8	8.6	9.4
55	3.8	4.3	4.9		72	8.1	8.9	9.7
56	4.0	4.5	5.1		73	8.3	9.1	9.9
57	4.2	4.8	5.4		74	8.5	9.4	10.2
58	4.4	5.0	5.7		75	8.7	9.6	10.4
59	4.7	5.3	5.9		76	8.9	9.8	10.6
60	4.9	5.5	6.2		77	9.1	10.0	10.8
61	5.2	5.8	6.5		78	9.3	10.2	11.1
62	5.4	6.1	6.8		79	9.5	10.4	11.3
63	5.7	6.4	7.1		80	9.7	10.6	11.5
64	6.0	6.7	7.4		81	9.9	10.8	11.7
65	6.3	7.0	7.7		82	10.1	11.0	11.9
66	6.5	7.3	8.0		83	10.3	11.2	12.1

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 27: Referencia para valorar peso/talla en niñas, peso (kg) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm (continuación)

LONGITUD Cm	BAJA	NORMAL	ALTA		LONGITUD Cm	BAJA	NORMAL	ALTA
84	10.5	11.4	12.3		93	12.3	13.3	14.3
85	10.6	11.6	12.5		94	12.5	13.5	14.5
86	10.8	11.8	12.7		95	12.8	13.8	14.8
87	11.0	11.9	12.9		96	13.0	14.0	15.1
88	11.2	12.2	13.1		97	13.3	14.3	15.4
89	11.4	12.4	13.3		98	13.5	14.6	15.7
90	11.6	12.6	13.6		99	13.8	14.9	16.0
91	11.8	12.8	13.8		100	14.1	15.2	16.3
92	12.1	13.0	14.0					

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 28: Referencia para valorar peso/talla en niños, peso (kg) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm

LONGITUD Cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO		LONGITUD cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO
50	2.9	3.3	3.8		63	5.8	6.5	7.3
51	3.1	3.5	4.0		64	6.1	6.8	7.6
52	3.2	3.7	4.2		65	6.4	7.1	7.9
53	3.4	3.9	4.5		66	6.7	7.4	8.2
54	3.6	4.1	4.7		67	7.0	7.7	8.5
55	3.8	4.3	5.0		68	7.3	8.0	8.8
56	4.0	4.6	5.2		69	7.5	8.3	9.1
57	4.3	4.8	5.5		70	7.8	8.5	9.4
58	4.5	5.1	5.8		71	8.1	8.8	9.7
59	4.8	5.4	6.1		72	8.3	9.1	9.9
60	5.0	5.7	6.4		73	8.6	9.3	10.2
61	5.3	5.9	6.7		74	8.8	9.6	10.5
62	5.6	6.2	7.0		75	9.0	9.8	10.7

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Cuadro 28: Referencia para valorar peso/talla en niños, peso (kg) por longitud (cm), de 50 cm a 100 cm (continuación)

LONGITUD Cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO	LONGITUD cm	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ALTO
76	9.2	10.0	11.0	89	11.8	12.8	13.8
77	9.4	10.3	11.2	90	12.0	13.0	14.0
78	9.7	10.5	11.4	91	12.2	13.2	14.3
79	9.9	10.7	11.7	92	12.4	13.4	14.5
80	10.1	10.9	11.9	93	12.6	13.7	14.7
81	10.2	11.1	12.1	94	12.9	13.9	15.0
82	10.4	11.3	12.3	95	13.1	14.1	15.2
83	10.6	11.5	12.5	96	13.3	14.4	15.5
84	10.8	11.7	12.8	97	13.6	14.7	15.7
85	11.0	11.9	13.0	98	13.9	14.9	16.0
86	11.2	12.1	13.2	99	14.1	15.2	16.3
87	11.4	12.3	13.4	100	14.4	15.5	16.6
88	11.6	12.5	13.6				

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención de la salud del niño

Una vez comparados los índices antropométricos de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla con las tablas de referencia recomendadas, el niño se debe clasificar en:

Peso en relación con la edad

- Sobrepeso
- Peso normal
- Desnutrición leve

Talla en relación con la edad

- Ligeramente alta
- Estatura normal
- Ligeramente baja

Peso en relación con la talla

- Sobrepeso
- Peso normal
- Desnutrición leve

Una vez clasificado, se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los hallazgos:

- Si el crecimiento y estado nutricional del niño es normal se debe citar a control subsecuente con la periodicidad que se considere y orientar a los padres sobre la alimentación, higiene, inmunizaciones e hidratación oral.
- Si el crecimiento y el estado nutricional del niño se encuentra con desnutrición leve o talla ligeramente baja, citar a intervalos más cortos (cada 30 días en menores de 5 años o por periodos de dos meses en mayores de esa edad).
- En caso de encontrar alteraciones en el crecimiento y en el estado de nutrición, investigar las causas probables (enfermedades o mala técnica de alimentación, entre otras) e indicar tratamiento y medidas complementarias; en caso de no corregirse las alteraciones con el tratamiento indicado, se le enviará a un servicio de atención médica especializada y, una vez resuelto el problema, continuar el control en el primer nivel de atención.
- Si el niño se encuentra con desnutrición grave u obesidad, y/o talla baja, se canalizará al niño a un servicio de atención médica especializada y, una vez restablecido el estado nutricional, se continuará el control en el primer nivel de atención.

Recuerde que casa de salud no cuenta con el material y equipo necesario para atender a niños con desnutrición más otro problema agregado, ni desnutrición moderada o grave, por lo que no debe arriesgar o comprometer la vida del infante; debe canalizarlo a una unidad especializada de inmediato.

6.2.3. Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años

Para conocer el desarrollo del niño se valorará el desarrollo psicomotor en el menor de un año y de uno a cuatro años de edad cada que el pequeño acuda a consulta para el control del crecimiento, con los parámetros siguientes:

Cuadro 29: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años

Edad	Conductas			
	Lenguaje	Social	Coordinación	Motora
De 0 a 3 meses	Llora. Ríe. Emite sonidos.	Mira la cara. Sonríe espontáneamente.	Sigue con la mirada objetos móviles. Busca con la mirada la fuente del sonido. Mueve la cabeza y los ojos, en busca del sonido.	Boca abajo, levanta 45 grados la cabeza. Tracciona hasta sentarse. Mantiene erguida y firme la cabeza.
De 4 a 6 meses	Balbucea. "da-da", "ma-ma"	Atiende con interés el sonido. Busca con la mirada su fuente. Sonríe espontáneamente.	Intenta la presión de objetos. Presión global a mano plena (barrido).	Eleva el tronco y la cabeza, apoyándose en manos y antebrazos. Mantiene erguida y firme la cabeza. Se mantiene sentado, con apoyo. Se mantiene solo, sin apoyo.

Fuente: Norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, 1999.

cuadro 29: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años (continuación).

Edad	Conductas			
	Lenguaje	Social	Coordinación	Motora
De 7 a 9 meses	Lalea, "da-da", "ma-ma", "agu", utiliza consonantes	Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal. Es inicialmente tímido con extraños.	Prensión entre la base del pulgar y el meñique. Prensión entre el pulgar y la base del dedo índice. Prensión en pinza fina. Opone el índice con el pulgar.	Se sienta solo, sin apoyo. Consigue pararse, apoyado en muebles. Gatea. Camina apoyado en muebles.
De 10 a 12 meses	Dadá, mamá, pan, agua, oso.	Bebe de la taza. Juega "palmitas", "tortillitas". Detiene la acción a la orden de ¡No!.	Prensión en pinza fina. Opone el índice con el pulgar.	Gatea. Camina apoyado en muebles. Camina tomado de la mano.

Fuente: Norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, 1999.

Cuadro 29: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años (continuación).

Edad	Conductas			
	Lenguaje	Social	Coordinación	Motora
De 13 a 18 meses	Utiliza más palabras.	Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido. Se viste con ayuda. Juega solo.	Construye torres de tres cubos. Introduce objetos grandes en otros. Introduce objetos pequeños en frascos o botellas.	Sube escaleras, gateando. Camina bien sólo, sin ayuda
De 19 a 24 meses	Señala alguna parte del cuerpo. Cumple órdenes simples. Nombra a las figuras de un dibujo.	Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido. Ayuda en tareas simples de la casa. Juega en paralelo (imitando).	Construye torres de tres cubos. Construye torres de cuatro cubos. Construye torres de cinco cubos.	Patea la pelota. Salta. Lanza la pelota. Sube escaleras, con ayuda. Sube escaleras, tomado del pasamanos.

Fuente: Norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, 1999.

cuadro 29: Evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de cinco años (continuación).

Edad	Conductas			
	Lenguaje	Social	Coordinación	Motora
De 2 a 4 años	<p>Construye frases.</p> <p>Cumple órdenes complejas.</p>	<p>Lava y seca sus manos.</p> <p>Controla esfínteres.</p> <p>Se pone alguna ropa.</p> <p>Se quita alguna ropa.</p> <p>Se viste sin ayuda.</p> <p>Comparte juegos.</p>	<p>Construye torres de más de cinco cubos.</p> <p>Copia el círculo.</p> <p>Copia la cruz.</p>	<p>Salta en un pie.</p> <p>Sube escaleras sin apoyo.</p>
De 4 a 5 años		<p>Compite jugando.</p>	<p>Copia el cuadrado</p>	

Fuente: Norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, 1999.

Una vez realizada la valoración de las conductas que ejecutan el menor de un año y el de uno a cuatro años, de acuerdo a la información de los cuadros anteriores, se clasifica al niño de la siguiente manera:

- Normal, si ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

- Limitrofe, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica, pero si a la inmediata anterior.

- Anormal, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

- Se debe mantener el control subsecuente, de acuerdo con los siguientes hallazgos:
 - Cuando el desarrollo corresponda a su edad se dará orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo, y citar a consultas subsecuentes con la periodicidad que se establece en la Norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño.

 - Si el desarrollo no corresponde a su edad, pero sí a la inmediata inferior, se dará orientación para favorecer el desarrollo del niño, y citar a consulta subsecuente a las dos semanas siguientes en el infante y tres meses después al preescolar; si no logra mejoría, se le enviará a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención oportuna.

 - Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata inferior, se le derivará a una unidad médica especializada para su atención.

6.2.4. Esquema básico de vacunación

En casa de salud no se aplican el esquema básico de vacunación, sin embargo, es muy importante que se revise en el menor de 5 años su cartilla de vacunación, a fin de canalizarlo al Centro de Salud de Los Pinos para que le apliquen las dosis que le hagan falta, de acuerdo al cuadro siguiente:

Cuadro 30: Esquema básico de vacunación

Vacuna	Enfermedad	Dosis	Edad
BCG	Tuberculosis	1 décima de mililitro, dosis única	Al nacer
SABIN	Poliomielitis	0.1 mililitro Preliminar 1º 2º 3º adicionales	Al nacer 2 meses 4 meses 6 meses Semanas nacionales de vacunación
Pentavalente (DTP – Hib - HB)	Difteria, Tos ferina Tétanos, Haemofilus influenzae – b, Hepatitis - B	0.5 mililitros 1º 2º 3º	2 meses 4 meses 6 meses
DPT	Difteria, Tos ferina Tétanos	0.5 mililitros Refuerzos	2 años 4 años
Tripe viral SRP	Sarampión, Rubéola Paroliditis	0.5 mililitros 1º Refuerzo	1 año 6 años
SR	Sarampión, Rubéola	Adicionales	
TD	Tétanos Difteria	Refuerzo	A partir de los 12 años
Hepatitis B	Hepatitis B	Primera Segunda	A partir de los 12 años Un mes después de la primera

Fuente: Coreño, J.O.M.; Hernández, L.B.; León, O.R.A.; Ramírez, S.M.L.P.; Tanguana, A.M.F. 2002; Cartilla nacional de vacunación.

6.2.5. Prevención de accidentes

La función del personal de enfermería en casa de salud es básicamente la siguiente:

- ◆ Identificar los riesgos ambientales y realizar acciones para reducirlos o eliminarlos.
- ◆ Identificar características de comportamiento en los niños que puedan relacionarse con la aparición de accidentes, y orientar a los padres al respecto.
- ◆ Restar particular atención a los niños que presenten lo siguiente:
 - Características, mayor de lo normal, que los pongan en riesgo, tales como curiosidad excesiva, hiperactividad y atrevimiento.
 - Características que reducen la capacidad del niño a enfrentar los riesgos, tales como agresividad, terquedad, mala concentración, falta de control.

Considere en estos dos puntos anteriores el canalizar al pequeño al área de psicología para una mayor atención.

- ◆ Proporcione a los padres información sobre el desarrollo del niño en lo relacionado a accidentes, a fin de aclarar todas las dudas posibles a través de la enseñanza preventiva en la que se incluya a los niños como parte del grupo que tome la plática.
- ◆ Recuerde tener siempre a la mano los teléfonos de emergencia del estado, a fin de dárselos a los padres de familia, como medida de prevención.

Enseñe a los niños las precauciones de seguridad referentes a bicicletas, puertas, personas extrañas fuera de casa, conductas en la calle; si hay algún otro riesgo a nivel comunitario, haga la observación. (Lippincot, 1999).

6.2.6. Observaciones y recomendaciones

- La valoración de la somatometría, el estado de la nutrición, el desarrollo en sus cuatro elementos, así como el esquema básico de vacunación y la prevención de accidentes han sido contemplados en este manual por ser los puntos que, en su conjunto, nos dan los datos suficientes para evaluar el estado de salud del menor de 5 años sano.
- El acudir a las consultas con la frecuencia que se recomienda al inicio del capítulo garantiza una adecuada monitorización del desarrollo del infante.
- Así mismo, da la pauta para que, de presentarse algún problema, este se detecte de manera oportuna, permitiendo actuar antes de que el problema se complique o derive en otro más grave.
- Una gran ventaja que ofrece esta monitorización es que permite identificar los problemas en los que incide la población infantil, permitiendo crear las estrategias adecuadas para enfrentar tales situaciones.
- En los puntos siguientes de este capítulo se abordan los problemas detectados en la población asistente a casa de salud en el Centro de Desarrollo Comunitario de La Albarrada, así como las estrategias que se proponen para resolver tales situaciones.

6.3. Medidas de prevención de la desnutrición

De acuerdo a la NOM-031-SSA2-1999, las actividades que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad, son:

- ✓ Orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:
 - Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia.
 - Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida.
 - Ablactación adecuada.
 - Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
- ✓ Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en:
 - El lavado de manos.
 - Corte de uñas periódicamente.
 - El consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos.
- ✓ Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.
- ✓ Esquema básico de vacunación completo.
- ✓ Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año a partir de los dos años de vida.
- ✓ Megadosis de vitamina A en administración periódica.
- ✓ Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica.
- ✓ Atención integrada del niño enfermo.

6.3.1. Medidas de control en caso de desnutrición

Desnutrición leve: incorporar al paciente a un programa de orientación alimentaria, con las consultas mensuales necesarias en casa de salud hasta su recuperación.

Desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en riesgo su vida: incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, con consultas cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y la familia pueda continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

Los casos de desnutrición moderada con alguna infección agregada, así como los casos de desnutrición grave detectados en casa de salud serán referidos de inmediato al hospital regional de San Cristóbal de las Casas para su atención.

En caso de sobrepeso u obesidad: integrar al paciente a un programa de orientación alimentaria e incremento de la actividad física, y evaluar periódicamente su estado de nutrición.

Para clasificar la desnutrición, se emplean las mediciones de peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad, y se comparan con los valores de niño en cuestión. Usted puede encontrar dichas tablas en el punto 6.2.2 de este manual.

La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue:

- ◆ Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento.
- ◆ Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente.
- ◆ Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

6.3.2. Orientación nutricional

Ablactación

Desde el punto de vista nutricional, si hay suficiente leche materna, no son necesarios otros alimentos hasta después de los 4 meses de edad, pero si la leche materna no es suficiente, la alimentación se puede complementar con formulas lácteas, o bien, se puede iniciar la ablactación a los 3 meses de edad, con purés o papillas de frutas.

Puede comenzar la ablactación ofreciendo al pequeño purés de manzana y plátano, frutas maduras y de la estación, que son las más adecuadas y económicas.

Una vez transcurridos los primeros cuatro meses, puede iniciar la ablactación de acuerdo al cuadro siguiente:

Cuadro 31: Inicio de la ablactación

Mes	Alimentos
4°	Los primeros días se dan probadas con cuchara de cada uno de ellos y si hay aceptación y tolerancia se va aumentando hasta llegar a 5 ó 6 cucharadas; antes de las tetadas o biberones, los cereales se pueden iniciar poco después de las frutas, utilizando de preferencia arroz, tortilla o cereal de maíz. <i>Los cereales de trigo, tales como sopas de pasta, pan y avena no se recomiendan antes de los 6 meses.</i>
5°	Se inician las papillas de verduras cocidas
6°	se pueden mezclar los vegetales con un poco de pollo cocido y las cantidades se incrementan progresivamente para satisfacer al niño, quien tolera fácilmente las zanahorias y la papa.
7°	puede iniciar con calabazas tiernas, ejotes, espinacas y chayote; en este momento también se pueden incluir leguminosas como lentejas, garbanzo y frijol.

Cuadro 31: Inicio de la ablactación (continuación)

8°	el niño sano esta en condiciones de saborear, aun que no de masticar, pequeños trozos de pan o galleta. Puede cambiar de papillas a alimentos picados (en trozos pequeños), esto ayuda a que los acepte después. Siempre que se inician alimentos complementarios, existe la posibilidad de ocasionar intolerancia o inducir alergia, por lo que se recomienda no dar alimentos aromáticos o alergénicos, sobre todo en familias con antecedentes de alergias.
9° a 11°	los alimentos que se intercalaban entre tetadas o biberones forman por si solos una comida, que se puede ofrecer poco después de medio día, acompañando el pequeño a la familia en la mesa. Su comida puede incluir sopa de fideos, caldo de verduras, yema de huevo, carne molida, hígado de pollo, jugo de tomate, caldo de frijoles, plátano, manzana.
12° y 13°	A los alimentos ya mencionados se les puede agregar pequeñas cantidades de mantequilla pasteurizada, aceite de oliva o ajonjolí, la yema con todo y clara cocinada en cualquier forma, manzana cruda, plátano, papaya, zapote prieto.
14° y 15°	Aparecen los primeros dientes y puede adicionarse hebras de carne o trozos de hígado de pollo. A estas alturas el pequeño ya esta en condiciones de incorporarse a la dieta familiar normal

Fuente: Mendoza, M.C; Gaona, M.I., Rivas, M.A., 1999.

El personal de enfermería de casa de salud debe brindar toda la información necesaria a los padres, a fin de que el pequeño lleve una dieta balanceada de acuerdo a su ambiente familiar y área geográfica.

También es muy importante dar una adecuada orientación higiénica en la preparación de los alimentos cuando se inicia la ablactación, ya que esta representa un riesgo si no se llevan las medidas higiénicas adecuadas.

Reglas para iniciar el destete

La edad para el destete varía de acuerdo con la secreción láctea y la nutrición de la madre.

- ◆ También depende del factor económico, cultural, social, y del ambiente familiar; en el caso de madres campesinas o en pobreza, como lo menciona Mendoza (1999), se recomienda iniciar el destete después del año.
- ◆ Las madres que requieran dejar a su hijo para trabajar por varias horas, como es el caso de las trabajadoras del Centro de Desarrollo Comunitario, pueden iniciar el destete cuando el bebé tenga entre cuarto y seis meses.
- ◆ Es regla fundamental no establecer el destete de forma brusca para no exponer al niño al cambio rápido de alimentos que le causen problemas digestivos.

6.3.3. Observaciones y recomendaciones

- Aquí se presenta una propuesta para prevenir o enfrentar la desnutrición, sin embargo, esto no funcionará si no asumimos nuestro papel con verdadero profesionalismo.
- La desnutrición es completamente prevenible, por lo se debe orientar de manera adecuada a la población en general sobre la prevención e identificación de la desnutrición, a fin de que puedan acudir a casa de salud oportunamente.
- Ahora bien, por sus características, casa de salud solo puede atender los casos de desnutrición leve y moderada sin infección agregada, en casos con complicación ayudamos más al paciente canalizándolo de manera inmediata que reteniéndolo para atenderlo.

6.4. Enfermedades Diarreicas

6.4.1. Diarrea sin deshidratación

Interrogatorio

Presenta generalmente menos de cuatro evacuaciones líquidas en 24 horas, ausencia de vómito.

Exploración física

sin signos clínicos de deshidratación.

Medidas de control

La administración de líquidos en forma de té, agua de frutas, cocimientos de cereal y Vida Suero Oral, así como el mantener la alimentación habitual.

Al identificarse en consulta a un menor de 5 años con diarrea, y una vez valorado sin deshidratación, proceda a aplicar el PLAN A para pacientes con enfermedad diarreica sin deshidratación con atención en el hogar:

Continuar con la alimentación habitual

- Aumentar la ingesta de los líquidos de uso regular en el hogar así como Vida Suero Oral: de este último, en los niños menores de un año de edad, ofrecer media taza (75 ml) y en los mayores de un año, una taza (150 ml) y administrarlo a cucharadas o mediante sorbos pequeños, después de cada evacuación.
- Capacitar a la madre para reconocer los signos de deshidratación y otros de alarma por enfermedades diarreicas: sed intensa, poca ingesta de líquidos y alimentos, numerosas heces líquidas, fiebre, vómito y sangre en las evacuaciones, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.

6.4.2. Diarrea con deshidratación

Interrogatorio:

Ha presentado más de 4 evacuaciones líquidas en las últimas 24 horas.

Ha presentado vómito frecuente.

Exploración física:

Presenta dos o más de las manifestaciones clínicas siguientes:

- ✓ Inquieto o irritable.
- ✓ Ojos hundidos, llanto sin lágrimas.
- ✓ Boca y lengua secas, saliva espesa.
- ✓ Respiración rápida.
- ✓ Sed aumentada, bebe con avidez.
- ✓ Elasticidad de la piel, mayor o igual a dos segundos.
- ✓ Pulso rápido.
- ✓ Llenado capilar de tres a cinco segundos.
- ✓ Fontanela anterior hundida (lactantes).

Medidas de control

Plan B: Para pacientes con diarrea y deshidratación con atención en la unidad de salud:

- ✓ Administrar Vida Suero Oral 100 ml por kilogramo de peso, en dosis fraccionadas cada 30 minutos durante cuatro horas.
- ✓ Si el paciente presenta vómito, esperar 10 minutos e intentar otra vez la hidratación oral, más lentamente.

Al mejorar el estado de hidratación, pasar al Plan A. En caso contrario, repetir el Plan B por otras cuatro horas, de no existir mejoría traslade lo más rápido posible

al niño a la unidad médica más cercana, donde podrán iniciar el tratamiento utilizando el PLAN C.

6.4.3. Uso de antimicrobianos

Estos son útiles en el tratamiento de las enfermedades diarreicas en el 90% de los casos. Por otra parte, su uso puede propiciar que la enfermedad se prolongue y ocasionar resistencia bacteriana. Los antimicrobianos sólo están indicados en casos de diarrea por: *Shigella sp*, *Vibrio cholerae*, presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* o *Giardia lamblia*, de acuerdo con el cuadro siguiente:

Cuadro 32: Uso de antimicrobianos en las enfermedades diarreicas

DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
Disentería Por Shigella	Trimetoprim, 10 mg/kg/día, con sulfametoxazol, 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Ampicilina 100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, durante cinco días, vía oral.
Amibiasis Intestinal	Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral.	Tinidazol, 50 mg/kg/día una vez al día por 3 días, vía oral.
Giardiasis Intestinal	Metronidazol 15 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante cinco días, vía oral.	Albendazol 400 mgs por día, durante cinco días, vía oral.
Cólera	Eritromicina 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante tres días, vía oral.	Trimetoprim, 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40-50 mg/Kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante 3 días, vía oral.

Fuente: NOM031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, 1999.

6.4.4. Orientación sobre las medidas de prevención

De acuerdo a Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, las tareas específicas efectivas para prevenir las enfermedades diarreicas, son:

- ✓ Cloración del agua y procedimientos de desinfección de alimentos.
- ✓ Lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida.
- ✓ Mejoramiento de las prácticas de ablactación, a partir de los cuatro a seis meses de edad.
- ✓ Promoción de la higiene en el hogar, con énfasis en el lavado de manos, manejo higiénico de los alimentos y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea.
- ✓ Vacunación contra el sarampión.
- ✓ Administración de vitamina "A" como suplemento, que juega un papel central en la resistencia inmunológica a la infección.

6.4.5. Observaciones y recomendaciones

- La diarrea puede que se presenta sin deshidratación, sin un adecuado tratamiento, puede derivar en diarrea con deshidratación, por lo que es de gran importancia llevar al menor de 5 años a casa de salud tan pronto se presente un cuadro de diarrea, por mínimo que este sea.
- Los remedios caseros no son del todo confiables, sobre todo porque no atacan la causa de la diarrea, así que de presentarse un cuadro diarreico, sobre todo en los menores de un año, oriente a a la madre para que comience a darle al bebé vida suero oral y que recurra a casa de salud lo más pronto posible.
- Explique a la madre que la practicas de algunas costumbres para resolver el problema pueden dañar al niño, por lo que debe evitar el realizarlas.

6.5. Infecciones respiratorias agudas

Interrogatorio

En la atención de los niños con IRA, el interrogatorio y la inspección se deben orientar hacia la identificación, en primer lugar, de la presencia o no de neumonía y en forma secundaria, de otitis media aguda, faringoamigdalitis purulenta u otro problema de origen bacteriano.

Exploración física

La norma oficial mexicana NOM-031-SSA2-1999 ha aceptado que la polipnea es el signo de predicción más temprano de neumonía, con una alta sensibilidad y especificidad, además de constituir el primero de los mecanismos que el organismo pone en marcha ante la dificultad respiratoria.

Cuadro 33: Características clínicas de las infecciones respiratorias agudas (IRA) sin neumonía.

Rinofaringitis	Faringitis congestiva	Faringoamigdalitis purulenta	Sinusitis	Laringitis
Estornudos.	Dolor faringeo.	Dolor faringeo.	Dolor facial o cefalea.	Disfonia:
Rinorrea.	Vesículas o ulceraciones.	Adenopatía cervical.	Rinorrea mucopurulenta.	Estridor laríngeo.
Obstrucción nasal.	Enrojecimiento de la faringe.	Ausencia de rinorrea.	Fiebre mayor de cuatro días, o reaparición después de cuatro días.	Bronquitis:
Enrojecimiento de la faringe.		Fiebre.		Estertores bronquiales
Dolor faríngeo.		Otitis media aguda.		Tos con expectoración.
		Otalgia.		
		Otorrea menor de dos semanas.		
		Tímpano abombado.		

Fuente: NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

6.5.1. Medidas de control

El manejo de los casos de infecciones respiratorias agudas se basa en tres planes Generales de tratamiento: PLAN A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía, PLA B, tratamiento para niños con neumonía sin factores de mal pronóstico y PLAN C, tratamiento para niños con neumonía leve con factores de mal pronóstico y neumonía grave.

De acuerdo con lo anterior, en casa de salud solo se atenderá a pacientes dentro del PLAN A, si el personal de casa de salud, al explorar al niño, encuentra hallazgos que indiquen mayor gravedad, deberán trasladarlo de inmediato al hospital regional de San Cristóbal de las Casas.

Plan A: Tratamiento para niños con IRA sin neumonía:

- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual.
- No suspender la lactancia al seno materno.
- Si hay otorrea, limpieza del conducto auditivo externo, con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas.
- Control del dolor, la fiebre y el malestar general, con acetaminofén, 60 mg/kg/día, vía oral, dividido en cuatro a seis tomas.
- En menores de un año, no aplicar supositorios para la fiebre.
- No utilizar jarabes o antihistamínicos.
- Si existen factores de mal pronóstico, revalorar al niño en 48 horas y capacitar a la madre o responsable del menor en el reconocimiento de los signos de dificultad respiratoria así como los cuidados en el hogar, con el propósito de que acuda nuevamente a solicitar atención médica en forma oportuna.

- Explicar a la madre que la tos es un mecanismo de defensa, que se debe favorecer.
- Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación canalizar al niño al centro de salud de los pinos para que le apliquen al niño las dosis faltantes.
- Evaluar el estado nutricional, así como registrar peso y talla en la Cartilla Nacional de Vacunación.

6.5.2. Uso de antimicrobianos

Sólo están indicados en casos de faringoamigdalitis purulenta, otitis media aguda y sinusitis, de acuerdo con el cuadro siguiente:

Cuadro 34: Uso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas sin neumonía

Diagnostico	Medicamento de elección	Alternativa
Faringoamigdalitis purulenta	Penicilina benzatínica combinada, 1'200,000 U.I., dosis única, vía intramuscular.	Eritromicina 30-40 mg/kg/día dividido en tres dosis durante 10 días o Clindamicina 10-20 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 10 días.
Otitis media aguda	Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral.	Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.
Sinusitis	Amoxicilina, 40 mg/kg/día divididos en tres dosis diarias, durante siete días, vía oral.	Trimetoprim 8 a 10 mg/kg/día con sulfametoxazol 40 a 50 mg/kg/día, divididos en dos dosis diarias, durante siete días, vía oral.

Fuente: NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

6.5.3. Orientación sobre las medidas de prevención

La orientación debe estar dirigida fundamentalmente hacia la identificación de los signos de alarma:

- ◆ Respiración rápida.
- ◆ Tiraje intercostal.
- ◆ Dificultad para respirar.
- ◆ Dificultad para beber y amamantarse.
- ◆ Avance de la enfermedad

Todo esto a fin de que la madre acuda urgentemente a casa de salud o a la unidad de salud más cercana de identificar estos signos.

De acuerdo a la norma oficial mexicana NOM-O31-SSA2-1999, Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas, y que se deben promover en la comunidad, son:

- Dar lactancia materna exclusiva, durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y complementaria después de esa edad.
- Vigilar y en caso necesario, orientar a la familia sobre la alimentación adecuada y otras medidas que contribuyan a corregir el estado nutricional del niño.
- Vacunar contra el sarampión, tos ferina, difteria e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b, de acuerdo con la norma oficial mexicana.
- Evitar fumar cerca de los niños.
- Evitar la combustión de leña o el uso de braseros en habitaciones cerradas.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.

- En época de frío, mantener abrigados a los niños.
- Proporcionar el aporte adecuado de líquidos, frutas y verduras amarillas o anaranjadas, que contengan vitaminas "A" y "C".
- Evitar el hacinamiento humano, para disminuir la transmisión de estas infecciones.
- Ventilar la habitación del niño.
- Fomentar la atención médica del niño sano.

6.5.4. Observaciones y recomendaciones

- Las medidas de prevención son el eje central para minimizar y/o evitar las infecciones respiratorias agudas.
- El uso de antimicrobianos solo se reserva para los casos indicados en el cuadro 33; el mal uso de estos, así como el emplear dosis incompletas ocasionarían resistencia bacteriana o infecciones recurrentes.
- El uso de antimicrobianos de mayor espectro al requerido pueden ocasionar un descenso en el sistema inmunitario, cuyo resultado sería la reaparición de una infección, pero mucho más agresiva.
- Debe quedar muy claro para la madre cuáles son los signos de alarma, pues el identificarlos significa que el niño ya se encuentra muy grave y que requiere atención de inmediato.
- Una vez más insistimos en la capacidad de casa de salud: de detectarse un caso que supere su capacidad o la de casa de salud, no lo dude y canalice de inmediato al niño al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas; esta medida oportunamente empleada evita consecuencias mayores.

**7. PARASITOSIS MÁS FRECUENTES EN SAN
CRISTÓBAL DE LAS CASAS**

7.1. Parasitología

Concepto

La parasitología médica es el área que estudia a los parásitos que infectan al hombre y que son capaces de causarle daño (Burgos, G.F. & Romero S.L. 1998).

Para su estudio se divide en endoparasitosis (parasitosis intestinal) y ectoparasitosis (parasitosis externa, de piel y cuero cabelludo).

Objetivo

- ♣ Identificar la presencia de los principales parásitos que presentan los habitantes de San Cristóbal de las casas.
- ♣ Identificar las características más importantes de estos parásitos.

Fundamentación

- ✓ Cuando un parásito invade a un huésped, puede morir inmediatamente o sobrevivir sin causar daño al huésped (infección).
- ✓ Alternativamente, el huésped puede sobrevivir y producir morbilidad (enfermedad), y posiblemente matar al huésped.
- ✓ Los parásitos pueden causar enfermedad por su presencia física o compitiendo por el huésped por nutrientes específicos.
- ✓ Los organismos parasitarios desarrollan mecanismos evasivos contra las respuestas inmunitarias del huésped. (Behrman, R. E.; Kliegman, R. M.; Arvin, A. M.; Nelson, W. E.; 1997).
- ✓ Hasta un 5% de los casos dermatológicos se deben a ectoparásitos.

- ✓ La presencia de la ectoparasitosis es en sí es un problema, pero además es un factor determinante para la aparición de problemas subsecuentes que agravan el problema.

Material y equipo

- ◆ Camilla de exploración física.
- ◆ Sabana para cubrir al paciente

Pasos

- Escuche detenidamente al paciente o familiar que describe el problema para realizar un diagnóstico primario. Durante el interrogatorio, haga énfasis en preguntas que orienten sobre cuando inicia el problema y que otros familiares presentan los signos y síntomas del paciente que acude a casa de salud.
- Dentro de la exploración física, haga énfasis en la región que se señale en el problema, sin olvidar los signos y síntomas que esta presentando.
- De acuerdo al cuadro siguiente, identifique al parásito y oriente sobre los mecanismos de transmisión y las acciones para prevenir la reaparición del problema.

7.2. Endoparasitosis

Cuadro 35: Endoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las Casas

Nombre	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Mecanismos de transmisión	Órgano que parasita	Prevención
Cisticercosis	Taenia solium	Dolores musculares constantes, en casos cerebrales, cefalalgia, hidrocefalia, visión doble, náuseas, vómito.	Ingesta de huevos en frutas y vegetales regadas con aguas negras	Cerebro Ojos Músculos	Evitar riego con aguas negras, lavar muy bien frutas y verduras y evitar fecalismo a ras de suelo.
Ascariasis	Áscaris lumbricoides	Como larva: insuficiencia respiratoria, disnea, aleteo nasal, tos seca. Como adulto: pérdida de peso dolor tipo cólico con diarrea.	Fecalismo a ras de suelo, contacto con alimentos contaminados con huevecillos.	Intestino delgado	Evitar riego con aguas negras, lavar muy bien frutas y verduras y evitar fecalismo a ras de suelo.

Fuente: Burgos, G.F. & Romero S.L. 1998.

Cuadro 35: Endoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las Casas (continuación)

Nombre	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Mecanismos de transmisión	Órgano que parasita	Prevención
Tricocefalosis	Trichuris Trichiura	Peristalsis aumentada, dolor abdominal, diarrea, astenia, anorexia, cefalea, insomnio, nerviosismo.	Ingesta de huevecillos en alimentos contaminados, ingesta de tierra	Ciego, apéndice, sigmoides, colon.	Adecuado control de excretas, lavar muy bien frutas y verduras, aseo adecuado.
Uncinariasis	Necator americano	En el sitio de entrada de la larva, macula, pápula, zona eritematosa con picazón intensa. En su tránsito por el árbol respiratorio, fiebre, tos y estertores de corta duración. En el intestino delgado, dolor abdominal tipo cólico, heces fétidas, diarrea con sangre.	A través de la piel de los pies descalzos.	Intestino delgado	Uso de calzado en áreas endémicas, buena disposición de excretas.

Fuente: Burgos, G.F. & Romero S.L. 1998.

Cuadro 35: Endoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las Casas (continuación)

Nombre	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Mecanismos de transmisión	Órgano que parasita	Prevención
Enterobiasis	Enterobius vermicularis	Prurito anal, nasal, vulvar, tenesmo, anorexia, pérdida de peso, enuresis, rechinido de dientes, dolor abdominal, vómito.	A través de la ingesta de alimentos contaminados, por inhalación.	Ciego, apéndice, colon.	Aseo constante de ropa interior y de cama, higiene personal total.
Triquinosis	Trichinella spiralis	Periodo intestinal: irritación intestinal, náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, de cabeza, diaforesis. Periodo de migración larvaria: inflamación, dolor y espasmos a nivel muscular, fiebre, fotofobia. Periodo de enquistamiento larvario: hemorragia en astilla en las uñas, agudización de los síntomas.	Ingesta de carne de cerdo contaminada y mal cocida.	Lengua, diafragma, músculos intercostales, cuadriceps	Control sanitario de la carne, cocción adecuada de la misma, control de roedores cercanos a los corrales de los cerdos.

Fuente: Burgos, G.F. & Romero S,L. 1998.

Cuadro 35: Endoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las Casas (continuación)

Nombre	Agente causal	Manifestaciones clínicas	Mecanismos de transmisión	Órgano que parasita	Prevención
Amibiasis	Entamoeba histolytica	<p>Amibiasis intestinal aguda: evacuaciones líquidas con moco y sangre, tenesmo, pujo, dolor abdominal, deshidratación, pérdida de peso, fiebre.</p> <p>Amibiasis intestinal crónica: cuadros intermitentes de constipación, flatulencia, pujo, tenesmo, evacuaciones líquidas con moco y sangre.</p>	<p>Alimentos contaminados con quistes, vegetales regados con aguas negras.</p>	Intestino grueso.	<p>Adecuada disposición de excretas, evitar el riego con aguas negras, control sanitario de los alimentos, lavarse las manos.</p>

Fuente: Burgos, G.F. & Romero S.L. 1998.

En el cuadro siguiente se describe el tratamiento para las parasitosis anteriormente descritas.

Cuadro 36: Tratamiento de elección para las parasitosis más frecuentes de San Cristóbal de las Casas

Parasitosis	Tratamiento
Cisticercosis	Furoato de diloxadina, 10 mg/kg/día, vía oral durante 10 días.
Ascariasis	Albendazol, dosis única, de 400 mg, dosis única.
Tricocefalosis	Albendazol, 400 mg, vía oral, repetir dosis de ser necesario, orientar sobre una dieta rica en hierro.
Uncinariasis	Albendazol, 400 mg, vía oral, dosis única, orientar sobre una dieta rica en hierro.
Enterobiasis	Albendazol, 400 mg vía oral, dosis única.
Triquinosis	En fase intestinal, piperacina. En fase larvaria, tiavendasol y antiinflamatorios.
Amibiasis	Metronidazol, 30 mg/kg/día, divididos en tres dosis diarias, durante 10 días, vía oral.

Fuente: Burgos, G.F. & Romero S.L. 1998; Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Arvin, A.M., Nelson, W.E., 1997

7.3. Ectoparasitosis

Cuadro 37: Ectoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las Casas

Agente causal	Problema causado	Origen	Región que afecta	Manifestaciones clínicas	Tratamiento
Pulga	Infestación	Perros, gatos, ratas, conejos	Pantorrillas, muslos, parte baja del abdomen, superficies flexoras del antebrazo, ocasionalmente, cara.	Dermatitis por contacto, exantema papular, prurito intenso.	Aplicación tópica de benzoato de bencilo, el tiempo que sea necesario; crema de crotamitón al 10% para aliviar la irritación.
Tunga penetrans	Tungiasis	Cerdo	Dermis y tejido celular subcutáneo.	Pequeña pápula, inicialmente, que pasa a pústula o absceso subcutáneo; lesión pruriginosa donde se aloja el parásito.	Extirpación quirúrgica; tintura de yodo sobre la lesión para evitar complicaciones.
Ácaro	Escabiasis	Ser humano perros, caballos	Espacios interdigitales, palmas, superficies flexoras de las muñecas, antebrazos, pliegues axilares, ombligo, genitales externos, nalgas.	Prurito intenso nocturno, pápulas rojizas, algunas con excoriación, costra y descamación, lesiones en forma de surcos.	Baño completo; Aplicar pomada de tiabendazol dos veces al día de 5 a 10 días, en forma abundante, desde el cuello hasta la planta de los pies.

Fuente: Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Harbin, A.M., Nelson, W.E., 1997

Cuadro 37: Ectoparásitos más frecuentes en San Cristóbal de las casas (continuación)

Agente causal	Problema causado	Origen	Región que afecta	Manifestaciones clínicas	Tratamiento
Piojos	Pediculosis Capitis	Ser humano	Cuerpo cabelludo	Prurito con presencia de pápulas pequeñas en el cuero cabelludo.	Crema – loción de permetrina al 1% aplicada durante 10 minutos, repitiendo la aplicación a los 7 a 10 días; cepillado constante posterior. Las iendres se eliminan con un peine de puntas finas después de aplicar al pelo una solución de vinagre y agua al 1:1
Piojos	Pediculosis del cuerpo	Ser humano ropa contami nada.	Hombros, tronco y nalgas	Prurito intenso, pápula pruriginosa de color rojo, con un punto hemorrágico central, excoriaciones por el rascado, fiebre y malestar general.	Loción de lindano durante 8 a 12 horas, aplicada a todo el cuerpo. Medidas higiénicas constantes, lavado con agua muy caliente de las ropas de vestir y de cama infestados

Fuente: Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Harbin, A.M., Nelson, W.E., 1997; Books, D., Dumbar, E.M., 1998; Biagui, F., 1986.

7.4. Observaciones y recomendaciones

- Al estar parasitada alguna persona, puede estarlo el resto de la familia, ya que un niño puede transmitir el parásito a la madre, y esta, a través de los alimentos, a toda la familia, por ejemplo, por lo que debe darse tratamiento para toda la familia una vez identificado en caso.
- Así mismo, se debe insistir en el adecuado lavado de frutas y verduras, además de la adecuada cocción de todos los alimentos, y evitar el consumo de carne cruda.
- El adecuado lavado de las prendas de vestir y de la ropa de cama, así como el cambio diario de ropa una vez iniciado el tratamiento, es de gran importancia, pues esto ayuda a combatir completamente al parásito al eliminar los huevecillos que puedan quedarse entre la ropa.
- Como puede darse cuenta el lector, hay medicamentos que se mencionan, pero no se encuentran en casa de salud, por lo que de tener la sospecha de que se trata de alguna parasitosis y no cuenta con los medicamentos adecuados, deberá referir al paciente al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas para que se le brinde atención adecuada y oportuna al paciente.
- Recuerde que animales vagabundos como perros y gatos, así como las ratas pueden infestar a los animales domésticos, sean perros, gatos, conejos, cerdos, caballos, por lo que es necesario mantener alejados a los animales callejeros, mantener limpio el lugar donde duermen los animales domésticos y evitar que la basura se almacene por tiempo prolongado.

8. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES CRÓNICO – DEGENERATIVAS

8.1. Diabetes mellitus

Concepto

Diabetes Tipo 1, al tipo de diabetes en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

Diabetes tipo 2, al tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia (NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes).

Objetivo

- ♣ Identificar los casos de diabetes entre la población que asiste a casa de salud.
- ♣ Aumentar el número de casos controlados.
- ♣ Brindar orientación a pacientes detectados.

Fundamentación

- ✓ Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene.
- ✓ En México existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas.
- ✓ Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años.
- ✓ La mortalidad por esta causa ocupa el tercer lugar dentro de la mortalidad general.
- ✓ La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal.

- ✓ Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares (NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes).

Material y equipo para medición de glucosa en sangre (Dextrostix)

- ◆ Tiras reactivas para la medición de glucosa en sangre Dextrostix.
- ◆ Escala de medición de glucosa en sangre (se encuentra en el frasco de las tiras reactivas).
- ◆ Torundero.
- ◆ Torundas alcoholadas.
- ◆ Torundas secas.
- ◆ Gasa seca y limpia.
- ◆ Aguja estéril.
- ◆ Reloj con segundero.
- ◆ Contenedor para material punzocortante.
- ◆ Contenedor para material biológicamente infeccioso.

Pasos

- Explique el procedimiento al paciente.
- Durante el interrogatorio identifique los síntomas propios de la diabetes que describa el paciente.
- Durante la exploración física identifique los signos que sugieran la presencia de diabetes mellitus.
- Indague sobre la presencia de complicaciones.
- Realice los pasos para la medición de la glucemia con la prueba dextrostix II.
 - explique el procedimiento al paciente.

- Retire una tira reactiva del frasco y tape este inmediatamente.
 - Con una torunda alcoholada limpie la yema del dedo pulgar de la mano izquierda.
 - Destape la aguja estéril y retire el capuchón.
 - Puncione la yema del dedo elegido.
 - Espere a que se forme una gota de sangre lo suficientemente grande y colóquela sobre las áreas reactivas de la tira.
 - Espere 30 segundos y limpie la gota de sangre con la gasa limpia.
 - Mientras tanto brinde al paciente una torunda para que comprima la región de la punción.
 - Pasados los 30 segundos ponga la tira sobre la gasa, doble una parte y seque las áreas reactivas de la tira ejerciendo ligera presión por 1 ó 2 segundos.
 - Una vez seca la sangre espere 90 segundos más.
 - Lea el resultado comparando las áreas reactivas de la tira con la carta de colores impresa en el frasco.
 - La escala normal se indica en el cuadro referente a 110 mg/dl.
 - Anote el resultado en la hoja de registro.
 - Explique el resultado al paciente.
- De acuerdo con los hallazgos del interrogatorio y la exploración física, además de la cantidad de glucosa en sangre en ayunas, realice el diagnóstico; de la orientación necesaria al paciente, resolviendo todas las dudas que él tenga. Recuerde que la cantidad normal de glucosa en sangre en ayunas es de 80 mg/dl a 110 mg/dl.

8.1.1. Principales signos y síntomas de la diabetes mellitus

El principal referente de su existencia es la triada de la diabetes: polifagia, poliuria y polidipsia, además de antecedentes familiares de diabetes.

Las complicaciones más comunes son: disminución de la agudeza visual, cataratas, infección renal y de vías urinarias persistente, presencia de úlceras, procesos de cicatrización retardado, calambres, impotencia, incontinencia, trastornos digestivos, diarreas nocturnas,

8.1.2. Diagnostico de la diabetes mellitus

Se establece si cumple cualquiera de los siguientes criterios:

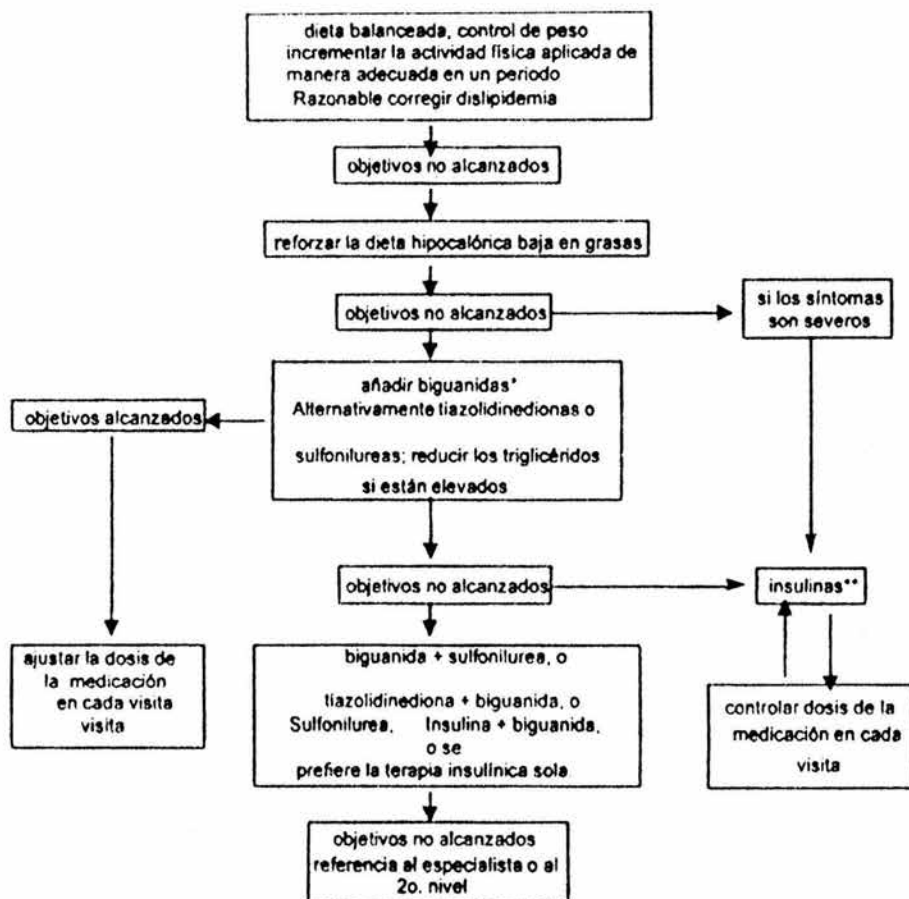
- ✓ Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual >200 mg/dl (11,1 mmol/l).
- ✓ Glucemia plasmática en ayuno >126 mg/dl (7 mmol/l).

En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba al día siguiente.

8.1.3. Tratamiento y control

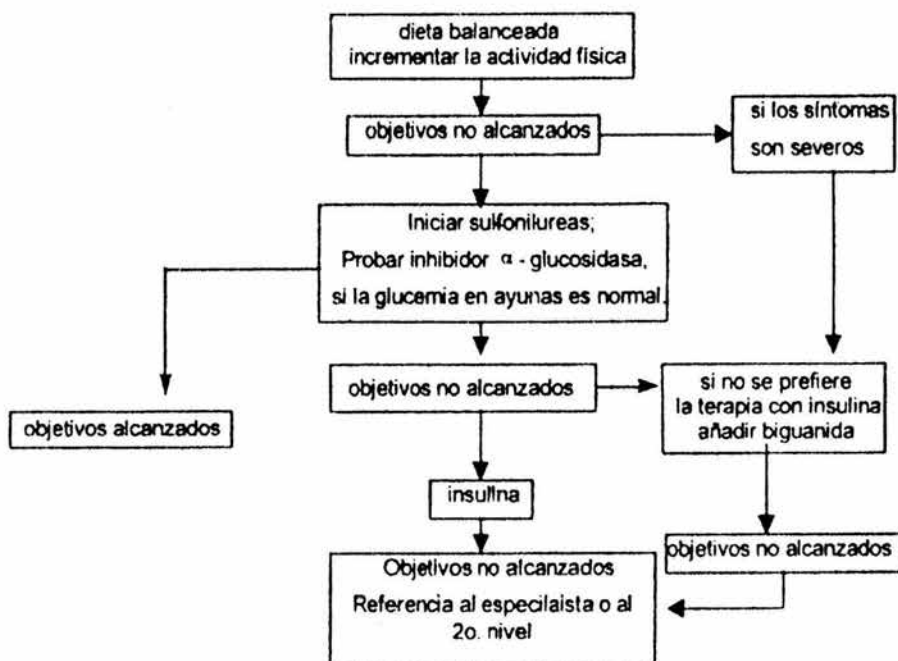
Una vez diagnosticada la diabetes, y para su tratamiento y control, se sugiere usar los dos cuadros siguientes como guía.

Cuadro 38: Esquema de tratamiento para pacientes diabéticos obesos



Fuente: NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Cuadro 39: Esquema de tratamiento para el paciente diabético no obeso



Fuente: NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Para evaluar al paciente diabético en su tratamiento, se sugiere el uso del siguiente cuadro.

Cuadro 40: Evaluación del grado de control del paciente diabético

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
H.T.A. (mm de Hg)	120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27

Fuente: NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Para calcular el índice de masa corporal, use la siguiente fórmula: $IMC = \text{kg/m}^2$

Índice de Masa Corporal = peso corporal / estatura elevado al cuadrado

8.1.4. Recomendaciones alimenticias

- ✓ **Pacientes con obesidad (IMC <27): dietas con restricción calórica 20-25 kcal/día en base al peso recomendable.**
 - Para determinar el consumo habitual, el paciente registrará los alimentos de dos días de la semana y de un día del fin de semana.
 - Dieta baja en calorías: se recomienda un consumo menor a 1500 kcal, las cuales se ajustarán de manera balanceada entre los grupos de alimentos. En pacientes con obesidad extrema el consumo energético puede ser superior a 1500 kcal.
 - Sustituir harinas por verduras.
 - Restringir la grasa, sugerir el consumo de carnes magras, res, pollo (sin piel) pavo, y mariscos.
 - Incrementar el consumo de pescado.
 - Los aceites vegetales se limitarán a dos cucharadas diarias (<30 ml); de preferencia recomendar aquellos aceites con mayor contenido de grasas monoinsaturadas (aceite de oliva, aguacate, cacahuate, etc.) y poliinsaturados.

- ✓ **Pacientes con peso normal (IMC >18 y < 25 kg/m²).**
 - Dieta normal en calorías: dependerá de la actividad física y el momento biológico
 - Reducir contenido de azúcares refinados y grasas saturadas.
 - Fraccionar de tres a cuatro comidas diarias.
 - Incrementar el consumo de pescado.

- ✓ **Pacientes con bajo peso (IMC <18 kg/m²).**
 - Dieta con alto consumo calórico.
 - Tratamiento adecuado para lograr peso normal.
 - Incrementar el consumo de pescado.
- ✓ **Pacientes con hipertensión arterial.**
 - Restringir consumo de sodio a menos de 2 g por día.
 - No aconsejar el agregar sal adicional a las comidas, sustituirla por condimentos naturales.

8.1.5. Observaciones y recomendaciones

- Una parte considerable de las personas que tienen este problema no lo saben, por lo que es muy importante el realizar la prueba de glucosa en sangre en personas con antecedentes familiares y que presentan los síntomas descritos cuando acuden a casa de salud.
- Si el paciente no guardo ayuno y aún así se le realiza la prueba de glucosa en sangre, el resultado de la medición será más elevada de lo normal, por lo que de encontrarse alta la glucosa, deberá pedírsele que regrese para otra prueba confirmatoria.
- En cuanto a la dieta, es muy importante hacer caso a las recomendaciones, pues una dieta inadecuada resultará en la concentración de la glucosa en sangre elevada.
- En cuanto al régimen de ejercicios, se recomienda valorar el recomendarlo, pues la mayoría de los asistentes a casa de salud realizan trabajos que les requiere un esfuerzo físico considerable.

8.2. Hipertensión Arterial

Concepto

La hipertensión arterial se define como una presión sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg y una presión diastólica menor a 90 mm de Hg, clasificándose en las siguientes etapas:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg

Etapa 3: ≥ 180 / ≥ 110 mm de Hg

Objetivos

- ♣ Identificar los casos de hipertensión arterial entre la población que asiste a casa de salud.
- ♣ Aumentar el número de casos controlados.
- ♣ Brindar orientación a pacientes detectados.

Fundamentación

- ✓ alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad.
- ✓ en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas.
- ✓ La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales.
- ✓ La presencia de hipertensión arterial esta asociada con la presencia de enfermedades del corazón, enfermedad cerebrovascular y nefropatías, las cuales se encuentran entre las primeras causas de muerte (Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999).

Material y equipo para la toma de tensión arterial

- ◆ El requerido para la valoración de tensión arterial

Pasos

- Explique el procedimiento al paciente.
- Durante el interrogatorio identifique los síntomas propios de la hipertensión arterial que describa el paciente.
- Durante la exploración física identifique los signos que sugieran la presencia de hipertensión arterial.
- Indague sobre la presencia de complicaciones.
- De acuerdo con los hallazgos del interrogatorio y la exploración física, además del resultado de la valoración de la tensión arterial, realice el diagnóstico; de la orientación necesaria al paciente, resolviendo todas las dudas que él tenga.

8.2.1. Diagnóstico de hipertensión arterial

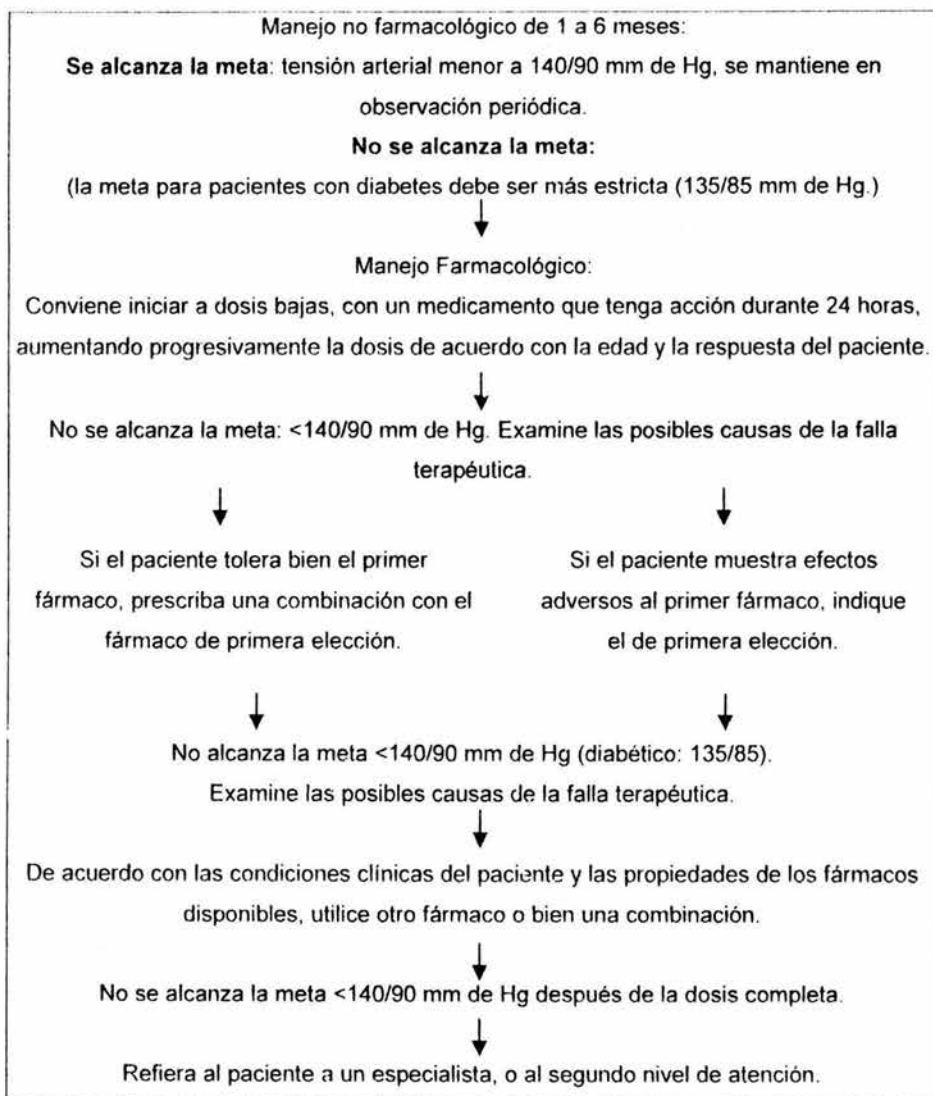
se considerarán hipertensos los pacientes cuya tensión arterial promedio, tras un mínimo de tres mediciones, al menos en dos ocasiones distintas, con media hora de reposo, sea igual o superior a 140/90 milímetros de mercurio, (abreviado, mm Hg).

En aquellos pacientes en los que las cifras de tensión arterial no se mantengan siempre por encima de 140/90 mm Hg, se debe realizar una monitorización para aseverar o descartar el problema(Sánchez M., A.; Aparicio R., V.; German B., C.; Mazarrazo A., L.; Merelles T, A.; Sánchez G., A.; 2000).

8.2.2. Tratamiento y control

Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, y para su tratamiento y control, se sugiere usar el cuadro siguientes como guía.

Cuadro 41: Lineamientos para el tratamiento individualizado de la Hipertensión arterial etapas I y II sin Complicaciones



Fuente: Fuente: Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999

Para evaluar al paciente diabético en su tratamiento, se sugiere el uso del siguiente cuadro.

Cuadro 42: Evaluación del control en el paciente con hipertensión arterial

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
T.A. mm de Hg	<140/90	140/90-160/95	>160/95
IMC (kg/m ²)	<25	25-27	>27
Sodio	<2400 mg/día		
Alcohol	≤30 ml/día		
Tabaco	Evitar este hábito		

Fuente: Norma oficial mexicana NOM-030-SSA2-1999

8.2.3. Prevención primaria

Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25.

El control de peso se llevará a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas

Actividad física.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la Tensión arterial.

En el caso de personas con escasa actividad física, o vida sedentaria, se recomienda el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.)

Consumo de sal.

Debe promoverse el reducir el consumo de sal, cuya ingestión no deberá exceder de 6 g/día (2.4 g de sodio).

Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

Consumo de alcohol.

La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de dos a tres copas al día; las mujeres y personas delgadas deberán reducir aún más el consumo.

8.2.4. Recomendaciones alimenticias

En relación con la tensión arterial, debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

8.2.5. Observaciones y recomendaciones

- Malos hábitos alimenticios, como un excesivo consumo de sal y grasas animales, condicionan el aumento de la tensión arterial, por lo la orientación de una adecuada alimentación ayuda, en gran medida, a disminuir el problema.
- Cefalea, acufenos, fosfenos, visión borrosa, diaforesis y adinamia son signos y síntomas clásicos de la hipertensión arterial.
- Cuando se detecte un paciente con hipertensión arterial demasiado alta y no responda ante el tratamiento, canalicelo de inmediato al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas.

**9. DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER
CERVICOUTERINO**

9.1. DOC: Detección Oportuna de Cáncer

La prevención del cáncer cérvicouterino se realiza por medio de detección oportuna, la cual esta orientada a evitar o disminuir los factores de riesgo y a descubrir tempranamente alteraciones citológicas.

Para realizar una detección oportuna, es necesario el estudio del papanicolaou.

Concepto

Papanicolaou: También conocido como Citología vaginal exfoliativa, es la toma de muestra de las células del endocérvix y exocérvix. Es uno de los métodos para detectar en etapas tempranas el cáncer cérvico uterino. (NOM-014-SSA2-1994).

Objetivos

- ♣ Realizar una detección oportuna de los casos de cáncer cervicouterino en la población femenina de entre 25 y 64 años que asiste a casa de salud.
- ♣ Brindar orientación a pacientes detectadas.
- ♣ A las pacientes cuyo resultado del papanicolaou sea positivo, y requiera atención especializada, canalizarlas de manera oportuna al hospital regional de San Cristóbal de las Casas para una adecuada atención.

Fundamentación

- ✓ El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general.
- ✓ En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.
- ✓ En los países en que se tienen campañas de detección adecuados con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la

incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud (NOM-014-SSA2-1994) .

Material y equipo

- ◆ Cama de exploración
- ◆ Sabana.
- ◆ Campo de tela limpio.
- ◆ Hisopo, para realizar la toma de la muestra.
- ◆ Portaobjetos.
- ◆ Líquido fijador en aerosol.
- ◆ Bolsa de plástico pequeña.
- ◆ Espéculo vaginal.
- ◆ Recipiente con agua tibia.
- ◆ Lápiz
- ◆ Recipiente con agua jabonosa.
- ◆ Hoja de registro correspondiente.

Para la toma satisfactoria de la citología vaginal exfoliativa es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espejo vaginal, tomando una muestra suficiente del exocervix y endocervix previo consentimiento informado de la mujer, y que no esté menstruando, eliminándose otras barreras de los servicios y de las usuarias.

Pasos

- Una vez que se ha decidido realizar la prueba, ponga el espéculo vaginal en agua tibia, a fin de que no este frío al momento de la prueba.
- Explique el procedimiento a la paciente.
- No tome la muestra si la paciente esta menstruando o hay hemorragia vaginal.
- Anote con lápiz el nombre de la paciente en el extremo opaco del portaobjetos.
- Retire el espéculo vaginal del agua tibia.
- Pida a la paciente que se recueste sobre la mesa de exploración y de la cintura para abajo, adoptando una posición adecuada para el examen.
- Cubra a la paciente con la sabana, dejando al descubierto solo la región genital.
- Póngase guantes.
- Sujete el espéculo con la mano derecha.
- Separe los labios vaginales con la mano izquierda.
- Gire el espéculo de derecha a izquierda, Introduciéndolo suavemente, puede humedecerlo un poco con el agua tibia .
- Una vez introducido el espéculo, ábralo separe las hojas despacio, para mostrar el orificio cervical.
- Introduzca el hisopo en el canal cervical y describa un circulo completo en el sentido de las manecillas del reloj.
- Una vez tomada la muestra, gire en el portaobjetos el hisopo con la misma, de manera tal que en el portaobjetos quede una muestra entera de la pared cervical .
- Rociar el portaobjetos con liquido fijador en aerosol.
- Retire el espéculo vaginal y colóquelo en un recipiente con agua jabonosa.

- Quite los guantes.
- Coloque el portaobjetos con la muestra dentro de una bolsa de plástico, embétele con los datos de la paciente y llene la papelería correspondiente.
- Pídale a la paciente que se vista; explíquele que la muestra será enviada al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas, por lo que tardará un par de semanas antes de que envíen el resultado.
- Pídale a la paciente que regrese en un tiempo aproximado para recibir los resultados del estudio.
- Aclare todas las dudas que tenga la paciente.

9.2. Factores de riesgo para el cáncer del cuello del útero

- ✓ Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- ✓ Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
- ✓ Múltiples parejas sexuales (tanto del hombre como de la mujer)
- ✓ Infección cervical por virus del papiloma humano
- ✓ Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E
- ✓ Nunca haberse practicado el estudio citológico

9.3. Frecuencia de la detección oportuna

La citología vaginal exfoliativa se realizará cada tres años en aquellas mujeres con dos citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por Virus del Papiloma Humano, displasias o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores positivos serán referidas al Hospital Regional de San

Cristóbal de las Casas, para atender dichas alteraciones. Las mujeres con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos deberán continuar con exámenes anuales hasta que haya dos resultados consecutivos negativos, los cuales pueden realizarse el casa de salud.

9.4. Diagnóstico

El perfil de riesgo en el cáncer cérvico-uterino es la mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedente de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

Para establecer el diagnóstico del cáncer del cuello del útero se requiere la presencia de células de aspecto maligno en el estudio citológico y la confirmación por el estudio histopatológico.

9.5. Hallazgos del estudio

El resultado del estudio citológico es descriptivo y debe ser informado de la siguiente manera:

- a.- Negativo a cáncer.
- b.- Negativo con proceso inflamatorio.
- c.- Displasia leve (NIC 1)*.
- d.- Displasia moderada (NIC 2).
- e.- Displasia grave (NIC 3).
- f.- Cáncer del cuello del útero in situ (NIC 3).
- g.- Cáncer microinvasor e invasor.
- h.- Adenocarcinoma.

* NIC: Neoplasia Intraepitelial Cervical.

i.- Maligno no especificado.

9.6. Hallazgos adicionales

a.- Imagen del virus del papiloma humano.

b.- Imagen del virus del herpes.

c.- Tricomonas.

d.- Bacterias.

e.- Hongos.

f.- Otras alteraciones (especifique).

9.7. Tratamiento y control

El resultado histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

a.- Tejido de cérvix normal.

b.- Cervicitis aguda o crónica.

c.- Infección viral (herpes, papiloma humano).

d.- Displasia leve (NIC 1).

e.- Displasia moderada (NIC 2).

f.- Displasia severa (NIC 3).

g.- Cáncer in situ (NIC 3).

h.- Cáncer microinvasor.

i.- Cáncer invasor.

j.- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).

k.- Sarcoma y otros tumores.

l.- Maligno no especificado.

M.- Insuficiente para diagnóstico.

Las pacientes con resultado citológico de alteraciones inflamatorias o displasia leve (NIC 1) pueden recibir tratamiento en casa de salud para su control semestral con estudio citológico.

Las pacientes con resultado citológico de displasia (NIC: 2, 3), deberán ser referidas a una clínica de displasias para su estudio por medio de colposcopia y cepillado endocervical.

Las pacientes con citología de cáncer cérvico uterino invasor y tumor macroscópico, se transferirán a un centro oncológico para su tratamiento.

Las pacientes embarazadas que presenten cualquier imagen alterada en su estudio citológico pasarán al hospital regional para su diagnóstico.

Con citología de displasia (NIC 1, 2, 3) o invasor sin tumor visible, serán referidas al hospital regional, donde pasarán a colposcopia para su diagnóstico.

Con confirmación histológica de NIC 1, 2, 3 pasarán a vigilancia y su tratamiento se hará en el puerperio.

Si el resultado histológico obtenido de una biopsia amplia por cono, es de cáncer microinvasor, la paciente pasará a tratamiento en un centro oncológico.

Paciente con citología de invasor y embarazo con tumor visible, pasará a su tratamiento en un centro oncológico.

A las pacientes con diagnóstico de cáncer se les deberá proporcionar apoyo psicológico.

9.8. Observaciones y recomendaciones

- Recuerde que en casa de salud solamente se realiza la toma de la muestra, por lo que de presentarse algún dato de oriente hacia un problema en el cual requiera tratamiento especializado, se deberá canalizar a la paciente de inmediato al Hospital Regional de San Cristóbal de las Casas, a fin de que la paciente reciba atención oportuna.
- Debe orientarse a la paciente a fin de esclarecer todas las dudas que tenga respecto al resultado de la prueba de papanicolaou.
- En cuanto a la asistencia a nivel psicológico, se contactará al personal calificado para la canalización y atención de la paciente, ya sea en el mismo Centro de Desarrollo comunitario o es el Hospital Regional de las Cristóbal de las Casas.
- Por las características de este procedimiento, recuerde que debe realizarse bajo consentimiento previo de la paciente, y sin forzarla en ningún momento.
- Así mismo, se deberán resolver todas las dudas que tenga la paciente antes, durante y después de la prueba de papanicolaou, dando una atención de calidad, calidez y profesionalismo.

10. APÉNDICES

10.1. Examen de las mamas

La técnica del examen de las mamas por la propia paciente es la misma que emplea el personal de enfermería cuando se encarga de dicho examen. Lo ideal es que se instruya a la paciente al respecto en el mismo momento en que es examinada, ya que se trata de una técnica muy eficaz para detectar oportunamente el cáncer mamario. A continuación se muestra la técnica recomendada por la asociación norteamericana de cáncer. Se recomienda el examen de las mamas mensualmente, después de la menstruación.

Primer paso, en el baño:

Examine sus mamas durante el baño: las manos se deslizan más fácilmente cuando la piel esta húmeda. Mueva con suavidad la mano con los dedos extendidos sobre cada parte de cada mama* mientras mantiene el brazo del lado de la mama a examinar sobre la nuca, usando la mano derecha para examinar la mama izquierda y la mano izquierda para examinar la mama derecha, en busca de cualquier masa, cuerpo extraño o engrosamiento, los cuales no son normales en la mama.

Segundo paso, frente al espejo:

Examine las mamas con los brazos a los lados, en seguida levántelos por arriba de la cabeza; este atenta a cualquier cambio en el contorno de sus mamas, inflamaciones, zonas hundidas en la piel, o cambios en el pezón. Después apoye

* Recuerde que las mamas se dividen en cuadrante superior interno y externo y cuadrante inferior interno y externo.

las palmas de las manos sobre las caderas y presione firmemente para flexionar los músculos del tórax. Practicando una revisión regular ante el espejo le permite identificar que es lo normal en sus mamas, así como que es lo anormal y desde cuando a aparecido aproximadamente.

Tercer paso, acostada:

A fin de examinar la mama derecha, coloque una almohada o una toalla doblada bajo el hombro del mismo lado, y la mano de este por detrás de la cabeza, con lo cual se distribuye el tejido mamario sobre el tórax con mayor uniformidad. Presione suavemente con la mano izquierda y los dedos estirados en pequeños movimientos circulares en dirección de las manecillas del reloj; inicie en la parte superior externa de la mama derecha y mueva la mano en el sentido mencionado hasta regresar a dicho punto. Es normal encontrar un borde de tejido firme en la parte inferior de cada mama.

Después muévase unos dos y medio centímetros hacia el centro, en dirección al pezón y continúe realizando el movimiento circular con el fin de examinar cada borde de su mama, incluyendo el pezón. Esto requiere por lo menos tres movimientos circulares más; después de efectuados repita los mismos movimientos en la mama izquierda de la misma manera que lo hizo con la derecha. Finalmente presione el pezón de cada mama entre los dedos pulgar e índice: debe informar canalizar de inmediato a la paciente si llega a encontrar cualquier derrame claro o sanguinolento (con sangre). (Wolf 1998).

10.2. Exploración abdominal por las 9 regiones

Existen una manera muy práctica de explorar el abdomen: dividiéndolo en 9 regiones.

Para esto, imagine dos líneas verticales que se extienden superiormente desde los puntos medios de los ligamentos inguinales, y dos líneas horizontales, una al nivel de las costillas inferiores y otra al nivel de las crestas iliacas.

Estas 9 regiones son, en la parte central superior epigastrio (1), y a sus lados, hipocondrio derecho (2) e hipocondrio izquierdo(3); bajo el epigastrio se encuentra en mesogastrio (4), a sus lados encontramos flanco derecho (5) y flanco izquierdo.(6). En la parte inferior, al centro, se ubica el hipogastrio (7), y a sus lados encontramos la fosa iliaca derecha(8) y la fosa iliaca izquierda (9).

En el cuadro siguiente se muestran las 9 regiones y los órganos que se encuentran en cada una de ellas.

División abdominal

Hipocondrio derecho	Epigastrio	Hipocondrio izquierdo
Lóbulo derecho del hígado.	Aorta.	Estomago.
Vesícula biliar.	Píloro.	Bazo.
Parte del duodeno.	Parte del duodeno.	Cola del páncreas.
Ángulo hepático del colon.	Páncreas.	Ángulo esplénico del páncreas.
Mitad superior del riñón derecho.	Parte del hígado.	Mitad superior del riñón izquierdo.
Glándula suprarrenal.		

Flanco derecho	Mesogastrio	Flanco izquierdo
Colon ascendente.	Epiplón.	Colon descendente.
Mitad inferior del riñón derecho.	Mesenterio.	Mitad inferior del riñón izquierdo.
Parte del duodeno y del yeyuno.	Parte inferior del duodeno.	Parte del yeyuno e ileon.
Fosa iliaca derecha	Parte del yeyuno i del ileon.	Fosa iliaca izquierda
Ciego.	Hipogastrio	
Apéndice.		Colon sigmoides.
Extremo inferior del ileon.	Íleon.	Uréter izquierdo.
Uréter derecho.	Vejiga.	Conducto deferente izquierdo.
Conducto deferente derecho.	Útero.	Ovario izquierdo.
Ovario derecho.		

Fuente: Kozier, B.; Erb, G.; Blais, K.; Wilkinson, J., 1999.

Nota: en los cuadros anteriores se mencionan los diferentes órganos que se encuentran, anatómicamente, en cada uno de los nueve cuadrantes, sin embargo, recuerde que algunos de los órganos no son palpables en un paciente normal.

10.3. Atención de enfermería según las necesidades psicológicas del paciente

Cuando un paciente presenta alguna alteración de salud su estado de ánimo reacciona de diferentes formas antes de reconocer que está enfermo.

Las manifestaciones orgánicas más fáciles de identificar durante los estados emocionales son consecuencia de la acción del sistema nervioso autónomo, acción subordinada por los centros hipotalámicos. Este sistema está a su vez constituido por los sistemas simpático y parasimpático, que controlan el funcionamiento de todos los órganos a excepción de la musculatura voluntaria.

Los estímulos que reciben estos órganos a través del sistema parasimpático (cuyo mediador químico es la acetilcolina), tiende a favorecer el funcionamiento moderado de los mismos, lo que caracteriza su actividad normal. La predominancia parasimpática es, por lo tanto, más acentuada en los periodos en los que el cuerpo descansa.

Al respecto, algunas de las situaciones psicológicas que presenta más frecuentemente el paciente y donde el personal de enfermería de casa de salud debe prestar mayor atención son:

Angustia: Esta parece estar relacionada con la transición de abandonar los roles conocidos para enfrentarse a situaciones desconocidas, y es determinada por el miedo a lo desconocido y a la confusión.

Ansiedad: Es una reacción emocional frente a un estímulo inespecífico por manifestarse en los diferentes niveles de respuesta de la persona. En los pensamientos y sentimientos la persona ansiosa experimenta sensación de nerviosismo e incapacidad para concentrarse, temor, desamparo. En el

comportamiento la ansiedad puede reproducirse en conductas como irritabilidad, llanto, huida, falta de iniciativa o imposibilidad para realizar determinadas tareas.

Estrés: es aquel estado de tensión o ansiedad al que la persona se ve sometida de forma intensa o prolongada en un determinado momento. Cuando se maneja de forma normal se denomina como "niveles de estrés positivo", niveles que el individuo puede manejar sin sentirse afectado, pero cuando se sobrepasan los límites óptimos se convierte en un problema, pues se desencadenan efectos negativos que, incluso, comprometen la salud y el bienestar del individuo.

Estos tres elementos se aparecen en un paciente cuando presenta alguna alteración en su estado de salud, ya que la angustia y la ansiedad van aumentando cada vez más, estresando a la persona, lo cual se verá reflejado, igualmente, en sus sentimientos y emociones.

"Sentimientos: son estados afectivos de carácter más bien duradero y de moderada intensidad. La simpatía, el amor, la compasión, pueden considerarse sentimientos".

"Emociones: Son estados afectivos mucho más pasajeros que los sentimientos. Se caracterizan por aparecer de forma más bien brusca y por ser mucho más intensos. La cólera, la angustia, el miedo, son emociones" (Cerde, E. 1990).

El personal de enfermería debe estar conciente que debido a la gran variedad sociocultural que se presenta en San Cristóbal de las Casas, donde se encuentra una amplia diversidad de pensamientos, derivados de su herencia cultural, la

religión, el mestizaje, así como la influencia de los viajeros, ya sean del país o extranjeros, cada individuo manifiesta sus emociones y sentimientos de forma distinta, por lo que al brindarle la atención al paciente se debe tomar en cuenta las emociones y sentimientos particulares que maneja al momento de atenderlo.

Con respecto a lo anterior, el personal de enfermería debe considerar igualmente que es sumamente difícil cambiar el comportamiento con el que esta familiarizada la persona, comportamiento que puede ser perjudicial para el paciente y/o para quienes le rodean. Al paciente le resulta difícil cambiar de actitud cuando sus emociones y sentimientos están centrados en aquellas situaciones que le preocupan; estas preocupaciones, por generar angustia, ansiedad y estrés, deben ser el punto central de la atención del cuidado de enfermería hasta que la persona sienta seguridad y confianza para afrontarlos y superarlos por sí misma.

En el proceso salud-enfermedad, al presentarse alguna enfermedad, el paciente también verá afectados sus sentimientos y emociones, como ya se comentó, al preocuparse por su estado; tal situación generará una situación de ansiedad y estrés que solo conseguirán agravar más su problema. Las fuentes de ansiedad y estrés pueden ser muy amplias y variadas, y lo que para una persona puede ser un factor estresante, para otras puede no serlo, sin embargo se pueden distinguir tres áreas principales:

- Factores personales: son los vinculados a los sentimientos y deseos de la persona y factores vinculados a situaciones personales de pérdida, cambio y crisis.
- Factores familiares: incluyen cambios en los roles familiares, demandas, celebraciones familiares y dificultades en la dinámica familiar.

- Factores sociales: podemos clasificarlos en elementos estresantes interpersonales, que derivan de las relaciones de los demás, elementos estresantes económicos, laborales y ambientales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Para poder brindar una adecuada atención a las necesidades psicológicas que el paciente puede presentar, se sugiere considerar los siguientes puntos:

- ✓ Proporcionar al paciente y familiares información acerca de aquellas dudas o temores que puedan presentarse en relación con la situación actual.
- ✓ Enseñar al paciente estrategias positivas de afrontamiento que le permitan hacer frente a la situación de ansiedad de forma adaptativa, es decir, que introduzca fuentes de motivación, cambiando aquellas que impiden avanzar al paciente; esto se puede lograr de la manera siguiente:
 - Que el paciente conozca los objetivos que se pretenden alcanzar en su tratamiento, los cuales deben planearse en conjunto enfermería-paciente.
 - Involucrar activamente al paciente en sus cuidados.
 - Apoyar y aprobar los esfuerzos logrados, por mínimos que sean.
 - Informar al paciente los logros y resultados que se están produciendo (Tazón, A.P.; Aseginolaza.,CH.L.; García, C.J.; 2000).
- ✓ Brindar todo el apoyo posible en las diversas acciones, tanto en el aspecto material como en el emocional.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar la ansiedad, buscando las causas de esta, la iniciativa, la toma de decisiones y la solución de los problemas, es decir, también apoyar la autonomía de los pacientes.

- ✓ Ayudar a identificar las estrategias de afrontamiento inadecuadas mediante formas alternativas positivas y eficaces, sin hacer uso de la crítica negativa, o controladora, sin utilizar expresiones como "debe" o "esta obligado".
- ✓ Mantener y propiciar un ambiente terapéutico que favorezca el bienestar y el reposo y que proporcione seguridad al paciente.
- ✓ Reforzar positivamente la capacidad para sentir ayuda, evitando que por ello el paciente se sienta devaluado o inútil, identificando y respondiendo a las necesidades del paciente como importantes, no obstante cual sea su motivación.
- ✓ Favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos mediante el uso de actitudes facilitadoras, permitiendo que el paciente exprese sus propios sentimientos reconociendo y aceptando su opinión y su punto de vista, utilizando su interacción para reducir la tensión y disminuir los sentimientos negativos.
- ✓ Así mismo, el personal de enfermería debe tener siempre presente que la atención de las emociones y sentimientos deben realizarse de acuerdo a las características personales de cada paciente, a las de su enfermedad y a las de sus situaciones y problemas por los que atraviesa en ese momento.
- ✓ Finalmente, si la situación emocional del paciente va más allá de sus capacidades, o considera que las actitudes del mismo son negativas para su recuperación y que el paciente se porta apático y poco cooperador, puede cambiar de estrategia, o bien, canalizarlo al servicio de Psicología del Centro de Desarrollo Comunitario para que se le brinde una mejor atención.

11. GLOSARIO

Ablactación: Es la introducción de otros alimentos no lácteos (sólidos o líquidos) en la alimentación del niño.

Antiséptico: Sustancia que destruye, impide o inhibe la reproducción de microorganismos. Se caracteriza por aplicable a seres vivos.

Agente biológico-infeccioso: Cualquier microorganismo capaz de producir enfermedades cuando está presente en concentraciones suficientes (inóculo), en un ambiente propicio (supervivencia), en un hospedero susceptible y en presencia de una vía de entrada.

Antibiótico: Sustancia química que impide el desarrollo o multiplicación de ciertos microbios o los destruye.

Caso en control: Paciente que presenta de manera regular, niveles dentro de los rangos esperados, de acuerdo al problema que padezca.

Centro oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria reservada principalmente para el diagnóstico y tratamiento a pacientes que padecen afecciones específicas de lesiones precursoras y cáncer.

Cianosis: Coloración azul de piel y mucosas.

Contaminación: Presencia de un agente infeccioso en la superficie del cuerpo, objetos, sustancias o alimentos.

Crecimiento: Proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.

Choque hipovolémico: Colapso circulatorio por déficit de volumen intravascular.

Desinfección: Aplicación de un agente, generalmente químico, que disminuye la carga microbiana y el crecimiento de microorganismos.

Destete: en pediatría significa la sustitución de la alimentación materna por lactancia artificial.

Deshidratación: Disminución en el volumen de líquidos corporales y en la turgencia de la piel.

Dieta: Conjunto de alimentos que se consumen al día.

Dificultad respiratoria: Alteración en el funcionamiento pulmonar, que se manifiesta por uno o más de los siguientes signos: aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea o taquipnea); tiraje; estridor en reposo; o sibilancia en diferentes intensidades.

Disenteria: Evacuaciones con moco y sangre.

Disfonía: Alteración en el tono de la voz.

Dismenorrea: dolor pélvico-abdominal presente durante la menstruación.

Dispepsia: Vago sentimiento de molestia en el epigastrio que se nota después de comer; se presenta una sensación desagradable de plenitud, pirosis, flatulencia y náuseas.

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Embarazo normal: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Espacio interdigital: espacio que se encuentra entre dedo y dedo.

Factor de riesgo: Atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a la probabilidad de la ocurrencia de un evento

Fiebre: Elevación anormal de la temperatura corporal, por encima de los límites normales, arriba de 38.0°C.

Fontanela: Zona blanda que corresponde a cada uno de los espacios membranosos que existen en el cráneo humano antes de su completa osificación, en niños menores de 18 meses, también conocida como mollera.

Hipertermia: Estado de elevación anormal de la temperatura del cuerpo por arriba de 40°C, sin intervención del hipotálamo o participación de mecanismos termorreguladores, ejemplo, insolación, golpe de calor.

Incidencia: Frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad o daño en una población, lugar y tiempo determinados.

Lactante: Niño menor a dos años de edad.

Leucorrea: Secreción vaginal aumentada

Manejo: Conjunto de operaciones que incluyen la identificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

Microorganismo patógeno: Agente que produce enfermedad.

Otalgia: Dolor de oído.

Otitis media aguda: Inflamación del oído medio que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio limitando la movilidad de la membrana timpánica. Su presentación puede ser muy diversa con sintomatología inespecífica, incluyendo otalgia, fiebre, sensación de oído ocupado, hipoacusia y otorrea.

Otorrea: Supuración en el oído, salida de líquido, o pus, por el conducto auditivo externo.

Palidez: Tono blanquecino de piel y mucosas.

Pirosis: Sensación comúnmente conocida como agruras

Polaquiuria: Aumento en el número de veces que se requiere orinar.

Posición: relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o derecha de la madre; su localización facilita la auscultación del corazón fetal (Mondragón, 1999).

Polipnea: Respiración rápida, aumento de la frecuencia respiratoria arriba de 60 por minuto, en niños menores de 2 meses de edad; arriba de 50 por minuto, en niños de 2 a 11 meses, y arriba de 40 por minuto, en niños de uno a cuatro años.

3.65 Preescolar, al niño de dos a cuatro años.

Primer nivel de atención: Unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.

Punto toconómico: punto de referencia del feto, que varía de acuerdo con las diversas presentaciones según el grado de flexión del polo cefálico:

- Presentación cefálica, el punto toconómico puede ser el occipucio (occipito).
- Los huesos propios de la nariz (naso).
- El mentón (mento).

En la presentación pélvica, el punto toconómico es el sacro.

Pus: Líquido denso resultado de una lesión inflamatoria y que está compuesto por leucocitos en diferentes etapas degenerativas, líquidos, desechos tisulares y gérmenes.

Ración o porción: Cantidad de alimentos expresada en diferentes medidas de uso común para cada grupo de alimentos, que se utiliza para la prescripción dietética.

Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Regurgitación: derrame de leche que suele ocurrir poco después de la comida, sin que el lactante realice esfuerzo alguno.

Segundo nivel de atención: Unidades que atienden los problemas de salud que, a causa de su complejidad, no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención.

Separación: Segregación de las sustancias, materiales y residuos peligrosos cuando presenten un riesgo.

Sibilancia: Ruidos respiratorios silbantes, de predominio espiratorio.

Situación: relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

Tiro o tiraje: Hundimiento del hueco supraesternal, de los espacios intercostales y del hueco epigástrico, durante la inspiración, como consecuencia de la obstrucción de las vías respiratorias, que, en su expresión de mayor gravedad, se manifiesta como disociación torácico-abdominal.

Tratamiento: El método físico o químico que elimina las características infecciosas e irreconocibles de los residuos peligrosos biológico-infecciosos.

Turgencia: Tensión celular de la piel, dependiente de la hidratación de las células.

Vómito: expulsión (acompañada de esfuerzo abdominal) de una cantidad mayor a la regurgitación, con leche parcialmente digerida.

12. BIBLIOGRAFÍA

Asociación de médicos del hospital de ginecología y obstetricia N° 3 del IMSS A. C. "Ginecología y obstetricia", 3ª ed., México, D. F., Méndez editores S. A. De C.V., 1995.

Asociación Hispano mexicana, I.A.P.; Centro de Investigación Materno Infantil Gen; Hospital Amigo del Niño y de la Mujer, O.P.S. O.M.S.; "CIMI Gen, Sistema Para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal", México, D.F. Ed. Servicios de Artes Graficas Ramírez, 1999.

Balderas P, M.L., "Administración de los Servicios de Enfermería", 3ª ed, México, D. F. Ed. Interamericana- McGraw- Hill, 1995.

Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Arvin, Ann M.; Nelson, Waldo E.; "Nelson, tratado de pediatría", volumen I, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana, 1997.

Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Arvin, Ann M.; Nelson, Waldo E.; "Nelson, tratado de pediatría", volumen II, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana, 1997.

Biagi. F., "Enfermedades Parasitarias", México, D. F., Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V. 1997.

Botero U. J., Jubiz H. A., Henao g., "Obstetricia y ginecología", 6ª ed. Antioquia, Impresión Quebecor, 2000.

Bustamante L. G., Axal M. A., "Fundamentos de Enfermería, bases científicas", México, D. F. Ed. Ateneo, 1998.

Burgos, Gabriel Félix, "Ecología y salud, Texto Básico de Auto enseñanza", Volumen II, México, D.F. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

Brunner, Lillian S., "Manual de la enfermera", Vol. 4, México, D.F. Ed. Interamericana, McGraw-Hill, 1991.

Brooks, D; Dumbar, E.M., "Enfermedades Infecciosas", México, D.F., Ed. Científica, 1988.

Centros de desarrollo comunitario, "Diagnostico Situacional del Centro de desarrollo comunitario La Albarrada, Documento de Información", San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Secretaria de Desarrollo Comunitario, 2002.

Cerda, E.; Maisto, A.; "Una psicología de hoy", 14ª ed., Barcelona, España, Ed. Herder, 1990.

Churman, Phair, Peterson, Warren. "Enfermedades infecciosas, bases clínicas y biológicas", 5ª ed. México, D. F. McGraw-Hill Interamericana Editores, 1999.

Hospital de Perinatología, "Cuaderno de nutrición", Vol. 13/ No. 2. Hospital de Perinatología. 1990

Dickason, E. J., Silverman B. L., Kaplan, J. A., "Enfermería materno-infantil", 3ª ed., Madrid, España, Ed. Harcour Brace de España S. A., 1999.

Esteve R. J., Mitjans G. J., "Enfermería, Técnicas Clínicas", Madrid, España, McGraw-Hill/ Interamericana de España, 2000.

Fajardo O., G; "Teoría y practica de la atención médica y de hospitales". México, D.F., Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1972.

Games Eternold, Juan & Palacios Treviño, Jaime L. "Introducción a la pediatría", 5ª ed. México, D.F., Mendez Editores, 1995.

Grupo Editorial Océano, "Enciclopedia de la Enfermería", volumen 1, Barcelona, España, Grupo Editorial Océano, 2000.

Hoekelman R. A., "Atención Primaria en Pediatría", 3ª ed. Tomo II, Madrid, España, Ed. Harcourt, 1998.

Joan Luckman, "Cuidados de enfermería Saunders". Vol. I, México, D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000.

Kozier, Bárbara; Erb, Glenora; Blais, Kathleen; Wilkinson, Judith, "Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y practica". Vol. I, México, D.F., McGraw-Hill Interamericana, 1999.

Kossier B., Erb G., McKay B. P., "Fundamentos de Enfermería", México, D. F. Interamericana McGraw-Hill, 1994.

Lasty Balseiro Almario, "Principios de Administración", 2ª ed. México, D.F. Aztlán Editorial, 1996.

Ledesma, "Introducción a la Enfermería", México, D. F. Ed. Limusa, 1984.

Lippincot, "Enfermería Practica", vol. I 6ª ed., México, D.F. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

Lippincot, "Enfermería Practica", vol. II 6ª ed., México, D.F. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

Llaca, R. V., Fernández A. J.; "Obstetricia clinica", Médico, D. F. McGraw Hill Interamericana, 2000.

Luckman J., "Cuidados de enfermería Saunders". Vol. I, México, D. F. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V., 2000.

Martínez Báez, Manuel, "Manual de parasitología médica", 2ª ed. México, D.F. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1967.

Mendoza García Ma. Concepción, Gaona Urbina & Rivas Ma. Adela, "Enfermería pediátrica", México, D.F., Ed. Manual Moderno, 1999.

MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, recuperado el 29 de agosto de 2003, de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-013-SSA2-1994.htm>

MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino, recuperado el 7 de junio de 2003 de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-014SSA2-1994.htm>

MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, recuperado el 9 de julio de 2003 de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-015-SSA2-1994.htm>

Mondragón Castro, Héctor, "Obstetricia básica ilustrada", México, D.F., Ed. Trillas, 1999.

Morris, Ch. G.; Maisto, A.; "Psicología", 10ª ed. México, D.F., Ed. Pearson Educación, 2001.

Nettina, S.M., "Enfermería Practica de Lippincot", vol. I 6ª ed., México, D. F. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

Nettina, S.M., "Enfermería Practica Lippincot", vol. II 6ª ed., México, D. F. Interamericana McGraw-Hill, 1998.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recuperado el 23 de mayo de 2003, de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-007-SSA2-1993.htm>

NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño, recuperado el 2 de agosto de 2003 de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-031-SSA2-1999.htm>

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, recuperado el 13 de julio de 2003 de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-030-SSA2-1999.htm>

NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, recuperado el 18 de mayo de 2003, de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-190-SSA1-1999.htm>

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, recuperado el 12 de mayo de 2003, de <http://www.codamedver.gob.mx/NOM-005-SSA2-1993.htm>

Normark M. T., "Bases Científicas de la enfermería", 2ª ed. México, D. F., Ed. La Prensa Medica Mexicana, S.A. de C.V., 1992.

Novel, M.G.; Lluch, C.T.; López, V.D.M.; "Enfermería: Enfermería psicosocial y salud mental." Barcelona, España, Ed. Masson, S.A., 2000.

Olvera P. C., Moreno B. C., Rosales M. K., "Diagnostico situacional del Centro de Desarrollo Comunitario La Albarrada", San Cristóbal de las Casas, Chiapas. 2002.

Potter, Perry, "Fundamentos de enfermería", Vol. 1, 5ª ed. Madrid, España, Ediciones Harcourt, S.A., 2002.

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama, recuperado el 5 de junio 2003, de <http://www.codamedver.gob.mx/p041ssa2.htm>

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-087-ECOL-SSA1-2000, Protección ambiental, recuperado, el 9 de septiembre de 2003, de <http://www.femamvepe.com/nomecol.html>

Rosales B. S. & Reyes G. E., "Fundamentos de Enfermería", 2ª ed., México, DF, Ed. El manual moderno, SA de CV, 1999.

Sánchez Moreno, Antonio; Aparicio Ramón, Vicente; German Bes, Concha; Mazarrazo Alvear, Lucia, Merelles Tormo, Antonio; Sánchez García, Ana; "Enfermería comunitaria 3, Actuación en Enfermería Comunitaria, Sistemas y Programas de Salud". Madrid, España, McGraw-Hill Interamericana de España, 2000.

Schulte, Elizabeth B. "Enfermería Pediátrica de Thompson", 7ª ed. México, D.F. McGraw-Hill Interamericana, 1999.

Sorrentino, S. A., Gorek B., "Fundamentos de Enfermería Practica", 2ª ed., Madrid, España, Ed. Elsevier Science, 2002.

Sorrentino S. A., "Enfermería Practica", Madrid, España, Ed. Mosby/Doyma, 1994.

Terán, B.E., "Diccionario Mosby de la salud", Madrid, España, Ed. Doyma libros, 1996.

Tazón, A.P.; Asequinolaza, Ch.L.; Garcia, C.J.; "Enfermería: Ciencias Sociales". Barcelona, España, Ed. Masson, S.A., 2000.

Velasco/ Whetsell/ Coffin, "Enfermería Pediátrica", Bogotá, Colombia, McGraw-Hill interamericana S.A. 2002.

Wolff Lewis, LuVerne, "Curso de Enfermería Moderna", 7ª ed. México, DF, HARLA-México, 1998.

Wolff Lewis, LuVerne, "Fundamentos de Enfermería", 4ª ed. México, DF, HARLA-México, 1992.

Wren, Barry G. & Lobo, Rogerio A., "Manual de obstetricia y ginecología", México, D.F., Nueva Editorial Interamericana, 1991.