

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CRECIMIENTO Y  
DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO. CENTRO DE SALUD  
BELENPAMPA. CUZCO 2016 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,  
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

**RUTH ABIGAIL VILCHEZ PINARES**

**Callao, 2018  
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ruth Pinares', with a stylized flourish at the end.

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES                      PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES                      SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA                      VOCAL

### ASESORA: Mg. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 246

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 948 -2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	2
1.1 Descripción de la Situación Problemática	2
1.2 Objetivo	3
1.3 Justificación	3
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco Conceptual	7
2.3 Definición de Términos	22
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados en la atención del niño o la niña	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	29
<b>V. CONCLUSIONES</b>	32
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	33
<b>VII. REFERENCIALES</b>	34
<b>ANEXOS</b>	36

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

A nivel mundial los fallecimientos de recién nacidos o neonatos constituyen el 46% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de las muertes neonatales (75%) tienen lugar durante la primera semana de vida, y cerca de 1 millón de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas. Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. Siendo este periodo, el de mayor vulnerabilidad es cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y al niño para evitar y tratar enfermedades que puedan terminar en muerte. <sup>1</sup>

En América Latina la reducción de la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) es de 55%, pasando de 33 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10 en 2012, es decir actualmente se registran aproximadamente 106 mil defunciones neonatales anualmente. Esta situación también se observa en nuestro país, donde la TMN se redujo, según ENDES 2012, en un 67% y está directamente relacionada al incremento de la cobertura y mejora de la calidad de los cuidados prenatales y la atención del parto institucional. <sup>2</sup>

A nivel regional, en Cusco las primeras causas de mortalidad de población en etapa neonatal, corresponden a infecciones respiratorias agudas bajas (33.24%), lesiones de intención no determinada (9,89%), e insuficiencia respiratoria (8.52%), entre las más importantes. Por lo tanto, hay que prestar atención a los problemas relacionados a mortalidad a

enfrentar como los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; el retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer; y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.<sup>3</sup>

El Centro de Salud Belepampa esta categorizado como un establecimiento de salud I-4, tiene asignada una población asignada de 30,092 habitantes. De los cuales la población de mujeres en edad reproductiva (10 a 49 años) es de 10,415 habitantes, mujeres gestantes son 669 hab. Brinda atención de parto las 24 horas, medicina general y especializada en pediatría, ginecología, obstetricia, enfermería, psicología y nutrición a todo el ámbito del distrito Santiago de Cusco; además de la población aledaña del distrito Cusco.

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia profesional en la intervención de enfermería en el crecimiento y desarrollo del recién nacido. Centro de Salud Belepampa. Cusco 2016 – 2017.

## **1.3. Justificación**

Según el Ministerio de Salud, la atención integral de salud neonatal tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbimortalidad neonatal, mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal en los establecimientos de salud públicos y privados del Sector Salud a nivel nacional en los diferentes niveles de atención.<sup>4</sup>

Como profesionales enfermeras contamos con las competencias necesarias respecto del conjunto de intervenciones y procedimientos en el cuidado neonatal, ya que somos las responsables directas de brindar la atención inmediata al recién nacido desde la recepción del mismo hasta los 28 días. Además de brindar consejería a las madres en el periodo de

hospitalización observando si los conocimientos y prácticas brindados durante este periodo favorezcan y garanticen el cuidado del recién nacido en el hogar, entendiendo que el periodo neonatal, comprendido entre el nacimiento y los 28 días de edad, es la etapa más vulnerable de la vida del ser humano donde se dan los mayores riesgos para la sobrevivencia; enfermedades, complicaciones, secuelas y muerte.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de recién nacidos en condiciones normales efectúan esta transición sin complicaciones y aquellos que sobreviven sanos dependen de otras intervenciones básicas para evitar complicaciones como la oftalmia neonatal, la onfalitis, las infecciones de piel o la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

El propósito del presente informe de experiencia profesional es dar a conocer las estrategias de intervención de la enfermera en la atención del recién nacido con la finalidad de lograr su bienestar y asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos. De manera que sirva de guía a quienes tienen la responsabilidad de la atención de los niños y niñas desde el momento del nacimiento en establecimientos donde se brinde atención a la parturienta y al producto vivo al nacer hasta los 28 días de nacido. Con ello contribuiremos de manera científica y empírica a fortalecer las competencias de la profesional enfermera en la atención del recién nacido.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Chapilliquen Joanna. (2007). **“Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Materno Perinatal”**. Lima. Su objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido. Dentro de las conclusiones que llego fue: Las madres adolescentes no cuentan con el conocimiento adecuado acerca de las áreas del cuidado físico del recién nacido y que por lo tanto no brindarán cuidado integral a sus hijos. Con lo que ponen en riesgo de salud de los mismos”.<sup>5</sup>

Osorio, Flor. (2013). **“Nivel de conocimientos sobre autocuidado en el puerperio y cuidados en el Recién Nacido de las puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio 2013”**. Lima. Tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento que tienen las puérperas sobre autocuidado en el puerperio y cuidados del recién nacido en INMP. Arribó a las conclusiones; El nivel de conocimientos que predominó en las puérperas del estudio con respecto a los cuidados del recién nacido fue el nivel medio con un 54,8%, seguido de un nivel bajo en un 27,4% y alto en un 17,9%”, 100% de las puérperas del estudio creen necesario e importante que se le brinde información sobre autocuidado en el puerperio y cuidados en el recién nacido”.<sup>6</sup>

Cardozo Johanna. (2008). **“Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido – localidad de ciudad de Bolívar – Bogotá”**. Su objetivo: Identificar los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido, asistentes a la unidad de atención y orientación de la población

desplazada. Llegando a la conclusión que los conocimientos que tienen las madres adolescente sobre cuidados básicos al recién nacido en cuanto a necesidades básicas como alimentación, termorregulación, afecto, sueño, higiene, prevención de accidentes y signos de alarma, no se presentaron en ningún caso en el 100% de las madres adolescentes, lo cual llama la atención para quienes se relacionan con la educación en salud específicamente en esta área”.<sup>7</sup>

Martínez Ángela. (2009). **“Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo”**. Colombia. Con el objetivo: identificar cuál es la modificación de conocimientos en las madres adolescente sobre cuidados básicos del recién nacido después de la aplicación de un programa educativo; en la localidad de la ciudad de Bolívar, Bogotá D.C. Las conclusiones a las que se llegaron fueron: “La modificación de los conocimientos en las madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido en cuanto a necesidades como alimentación, higiene, termorregulación, afecto, sueño, prevención de accidentes y signos de alarma, a partir de la aplicación de un programa educativo, se identificó en el post-test que se encuentra por encima del 90%, lo cual indica de manera positiva el aporte de los programas de educación dirigidos a la población adolescentes. Con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, la modificación de los conocimientos en las madres adolescentes, identificadas en el post test se evaluaron en un 90% en cuanto a frecuencia en la lactancia materna, en el cambio de pañal, los mecanismos de pérdida de calor y horas de sueño en el recién nacido”.<sup>8</sup>

Los trabajos de investigación antes descritos, aportan al presente informe académico de experiencia laboral elementos para comprender mejor la realidad y evaluar los resultados como el conocimiento y los multifactores

inherentes de las madres que influyen en el cuidado de sus niños recién nacidos. Los estudios señalan que el conocimiento que tienen las madres sobre los cuidados básicos al recién nacido está en un rango de bajo - medio, sobre todo cuando se trata de madres adolescentes.

## **2.2. Marco Conceptual**

Al momento del nacimiento ocurre una etapa de transición en la que el feto se convierte en un neonato, y se le llama así hasta el final de su primer mes de vida fuera de la matriz, que es cuando empieza el período de la primera infancia.

Entonces el recién nacido pasa bruscamente de un mundo cálido, oscuro y acuoso a un universo frío, gaseoso y lleno de luz, a lo cual se supone que esta de transición debe significar un choque, en este nuevo mundo sensorial.

Al nacer los órganos vitales del bebé están formados y funcionan, ya que los recién nacidos pueden ver, oír, oler, degustar y sentir; pueden llorar, comer y mover sus miembros, además poseen una serie de reflejos que les permite enfrentarse a su nuevo mundo, están preparados para aprender y rápidamente empiezan a buscar información en sus alrededores, pero, aun así, los bebés están indefensos.

### **Recién Nacido a Término, Pre término, Pos término**

Recién nacido es el nombre que recibe el neonato dentro de los primeros 28 días de vida, durante este periodo está predispuesto a varios cambios, mediante la intervención por parte del personal de enfermería tiene un papel importante para identificar posibles patologías, anomalías, problemas de salud y en especial la educación hacia la madre con respecto al cuidado del recién nacido en el hogar.

Los recién nacidos se pueden clasificar de dos formas:

1. Según su peso:

- Recién nacidos de peso bajo
- Recién nacidos de peso normal
- Recién nacidos de peso alto

2. Según la edad gestacional:

- Recién nacidos de pre término (antes de las 37 semanas)
- Recién nacidos a término (entre 37 – 42 semanas)
- Recién nacidos a pos término (después 42 semanas)

## **ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO**

El acto del nacimiento de un bebé, después de la gestación normal, representa una de las situaciones más frecuentes en la atención de salud, en la que es necesario evitar un posible exceso de intervencionismo, ya que puede llegar a ser perjudicial, además de privar a la familia del disfrute de un acontecimiento feliz y dificultar el establecimiento del vínculo familiar.

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer, se debe contar con un lugar adecuado en la sala de partos o adyacente con temperatura, iluminación y equipos necesarios para realizar la evaluación del neonato. El profesional que atiende al niño debe tener un conocimiento completo de los antecedentes perinatales, lo que le permite saber anticipadamente los riesgos del recién nacido y así estar preparado para una eventual necesidad de reanimación.

Para lograr una coordinación positiva, es recomendable establecer una relación adecuada, suficientemente y anticipada entre la familia y los profesionales responsables de los cuidados del RN en el parto y en los momentos posteriores para explicar cómo es la transición neonatal, las distintas fases de adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo, el inicio de la alimentación, cuidados y las pruebas de exploración clínica de enfermedades. A esto se anota que el recién nacido normal posee ciertas características de carácter físico que le son propias y que conviene puntualizar.

La acción del personal de enfermería en el proceso del parto, es de gran relevancia ya que se puede observar a primera instancia si existen anormalidades físicas, realizar procedimientos, como profilaxis umbilical y ocular, estimulación, instruir a la madre sobre la importancia de la lactancia materna y evitar posibles riesgos tanto de la madre como del neonato. La primera evaluación y examen neonatal incluye los siguientes aspectos: <sup>9</sup>

1. Evaluar la necesidad de reanimación.
2. Test de Apgar al minuto y a los 5 minutos, para evaluar la adaptación del recién nacido.
3. Descartar malformaciones mayores.
4. Evaluar la edad gestacional.
5. Clasificar al recién nacido por peso y edad gestacional.
6. Clasificar el riesgo del recién nacido y según este su destino, con la madre o traslado a la unidad neonatal.

Las primeras horas de vida del recién nacido requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica

general, durante este periodo, el recién nacido si no tiene problemas, debe estar junto a la madre, esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre - hijo y el inicio precoz de la lactancia en un periodo especialmente sensible e importante. Inicialmente, algunos recién nacidos pueden necesitar estar un par de horas en una sala especial con una temperatura adecuada para luego ser enviado con su madre en cuanto se estabilice.

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del recién nacido al medio extrauterino.

Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardiaca, en su estado de alerta y actividad motora.

## **CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO**

**Antes del alta:** son las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades básicas del recién nacido durante su estancia en alojamiento conjunto, permite identificar los posibles riesgos en su satisfacción; y brindar apoyo emocional a los padres, dentro de ellos tenemos:

### **a. CONTROL DE LA FUNCIÓN CARDIO - RESPIRATORIA**

Los valores normales deben registrarse cuando el recién nacido este tranquilo y durante un minuto completo, hecho justificado por la irregularidad de las respiraciones.

Frecuencia cardiaca: 120- 170 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 30- 80 respiraciones por minuto.

Los valores normales de la frecuencia cardiaca y respiratoria junto con el buen color, al actividad espontanea y el buen tono muscular son signos

fiables de oxigenación suficiente.

## **b. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

Si el recién nacido no ha sido alimentado después del nacimiento, se le debe educar a la madre sobre ponérselo al pecho lo antes posible. En los primeros días se recomienda que se haga masajes en las mamas de manera circular de arriba hacia abajo, para estimular la producción de leche, sino deben ponerse en práctica todos los medios para favorecer la lactancia materna. No obstante, si una madre elige, por la razón que sea, alimentar a su hijo con fórmula adaptada, la enfermera deberá respetar la decisión y ayudar a la madre en su administración. El soporte y el asesoramiento del personal sanitario en estos primeros días son básicos para el logro de una lactancia eficaz.

Iniciar lactancia materna en la primera hora de vida disminuye la mortalidad neonatal en el 22 % y retrasar el inicio de lactancia después de 1 hora de nacido aumenta la probabilidad de muerte neonatal hasta 2.5 veces, después de un día la aumenta hasta 4.5 veces y después de 3 días aumenta 11 veces la mortalidad neonatal.

Se han observado efectos estadísticamente significativos y positivos del contacto temprano (en cualquier momento de una a 24 horas después del nacimiento) piel a piel en la continuación de la lactancia de uno a cuatro meses después del nacimiento. También se observa una tendencia hacia una mejor duración de la lactancia. También se han demostrado beneficios estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel en el mantenimiento de la temperatura del recién nacido en el rango térmico neutral, el llanto del recién nacido, la glucemia del recién nacido, las puntuaciones globales con respecto al amor y a la conducta de contacto afectivo materno

durante la lactancia observada dentro de los primeros días posteriores al nacimiento. Los recién nacidos prematuros casi a término han demostrado una mejor estabilidad cardiorrespiratoria con el contacto temprano piel a piel.<sup>9</sup>

### **c. ELIMINACIÓN**

Es importante recalcar la cantidad, calidad y el registro de la emisión de orina, heces y vómitos. La primera micción se observa en la sala de partos; la gran mayoría de los niños orina dentro de las primeras 24 horas, y solamente algunos dentro de las 48 horas; es importante el registro del momento en que se ha producido la primer micción, ya que si en estos plazos no ha miccionado, cabe pensar en posibles alteraciones. También es importante observar las características, puesto que normalmente los recién nacidos orinan a chorro. Sobre deposiciones, la emisión de meconio (deposición de color negruzco), generalmente tiene lugar después del parto. Si no hay eliminación durante las primeras 24 horas de vida, puede ser debido a una oclusión intestinal a partir del segundo o tercer día efectúan las deposiciones de transición. De darse vómitos en el recién nacido debe tenerse en cuenta el inicio, momento en el que se ha producido, cantidad y características. Y observarse si hay regurgitación, vomito por intolerancia alimentaria, hemático, bilioso (siempre considerarlo como signos de alarma) o emisión de una cantidad importante de salivación por la boca. La sudoración del neonato es escasa normalmente.<sup>9</sup>

### **d. MOVILIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA POSTURA ADECUADA**

El recién nacido realiza movimientos continuos de las extremidades espontáneamente y vuelve a la posición simétrica de flexión en decúbito prono, gira la cabeza de un lado a otro para evitar la asfixia, tiene las

extremidades flexionadas, la pelvis alta y las rodillas debajo del abdomen cuando se le lleva a la posición sentada, el equilibrio entre flexores y extensores del cuello le permitirá mantener la cabeza en la línea media solo por unos instantes; la sedestacion será imposible, ya que su espalda esta uniformemente redondeada y las extremidades inferiores flexionadas.

#### **e. SUEÑO Y DESCANSO**

El grado de actividad varia bastante en los recién nacidos y depende de varios factores (administración de mediación a la madre durante el parto, drogadicción materna, la propia naturaleza del niño, etc.) de las 24 horas del día, el recién nacido normal pasa cerca de un 80% en fase de reposo (entre 18 y 20 horas durmiendo, en periodos de 2 horas de sueño, aproximadamente, y entre 20 y 30 minutos de vigilia), dedicando las restantes a su alimentación.<sup>9</sup>

#### **f. HIGIENE Y CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL**

La piel del recién nacido a las pocas horas de vida ya está contaminada; la limpieza periódica y evitar las escoriaciones son medidas profilácticas anti infecciosas. Después del nacimiento, el cordón umbilical es blanco, gelatinoso, y posteriormente sufre una necrosis aséptica y se desprende. La caída del cordón umbilical se produce habitualmente entre el cuarto y duodécimo día de vida. Debe evitarse la infección del cordón y ombligo.<sup>9</sup>

**Después del alta:** El regreso al hogar de los padres y el recién nacido es un nuevo reto para la familia; pues los progenitores han de ser capaces de crear un medio cómodo y acogedor para el niño con un mínimo de problemas; por lo tanto, la enfermera deberá proporcionar todas las instrucciones básicas y necesarias y, si fuese necesario por

escrito. Son las siguientes:

#### **g. ALIMENTACIÓN, DEPOSICIONES Y CONTROL DE PESO**

Resaltar durante la orientación a la madre, sobre la lactancia materna (técnica, beneficios, etc.), explicar a los padres que es posible que su hijo llore durante la noche y que no siempre es por falta de alimento; recordarles que el llanto es su principal medio de comunicarse. No hace falta dar agua entre las tomas, ya que las necesidades hídricas están perfectamente cubiertas con la leche (un 87% de su composición es agua).

#### **h. CORDON UMBILICAL Y BAÑO**

Mostrar la técnica de curar el ombligo, hasta la caída del cordón umbilical; y explicar a los padres que deben seguir haciéndolo con la cicatriz 2 o 3 días más después de la caída, hasta que esté completamente seca. Al mismo tiempo reforzar la técnica adecuada de la limpieza del Cordón umbilical que debe ser diario y 3 veces al día.

Se le debe explicar la técnica del baño, frecuencia e importancia. Una vez desprendido el Cordón umbilical, cuando la cicatriz este bien seca, el recién nacido podrá ser bañado por completo. El baño debe ser un momento de placer y de higiene. Podrán realizarse a cualquiera hora del día y los padres podrán escoger el momento adecuado para hacerlo con calma, debe resultar agradable para el recién nacido. Ha de ser diario y, en la medida de lo posible, realizarse a la misma hora. Debe ser corto, de unos 5 minutos de duración, sobre todo en los primeros días, y efectuarse en una habitación caliente, para evitar las pérdidas de calor. La temperatura del agua debe ser tibia.

### **i. HABITACIÓN Y ROPA**

Se le debe aconsejar a los padres que guarden todas las pertenencias del recién nacido en su habitación para evitar posibles contagios. Indicar que se mantenga una temperatura de unos 22 C° dentro de la habitación, que eviten las temperaturas elevadas y abrigar demasiado al niño.

### **j. SIGNOS DE ALARMA**

Las primeras horas del recién nacido probablemente sean las más peligrosas, porque efectúa la transición del ambiente protector intrauterino a la vida independiente.

El recién nacido sano es dado de alta a las 48 a 72 horas del nacimiento, por ello la madre debe recibir la orientación adecuada para que identifique los signos de alarma con la finalidad que recurra oportunamente a la consulta y evitar complicaciones graves. Entre ellos tenemos los siguientes: <sup>10</sup>

**ICTERICIA.** Es la coloración amarilla de piel y mucosas, consecuencia de la descomposición normal de los glóbulos rojos (menor tiempo de vida de los eritrocitos circulantes, solo 70 a 80 días a diferencia de los 120 días en los lactantes mayores), asimismo de la inmadurez del hígado para procesar la bilirrubina, pues la capacidad para conjugarse la bilirrubina está reducida debido a la disminución de la producción de la glucoronil transferasa. Por lo tanto la mayoría de los RN presenta un cierto grado de ictericia, que aparece usualmente entre el segundo y quinto día, y desaparece alrededor de dos semanas, a esto se le denomina ICTERICIA FISIOLÓGICA, cuyos valores de bilirrubina oscila sobre 12 mg/dl. En cambio la ICTERICIA PATOLÓGICA o ANORMAL aparece en

las primeras 24 horas, la bilirrubina aumenta más de 0.5 mg por hora. Es importante su detección porque puede producir KERNICTERUS, cuando supera las cifras de 20mg/dl, el RN convulsiona. De presentar esta coloración en piel y mucosas pasado el quinto día o la coloración aumento en dimensión en la piel del RN acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.

**HIPERTERMIA – HIPOTERMIA.** La temperatura normal oscila entre 36.5 y 37 (axilar). Es hipotermia cuando tiene cifras por debajo de 36.5, y la elevación por encima de 37.5 se denomina Hipertermia o fiebre. La inmadurez del centro termorregulador origina que el RN sea frágil a enfriarse o incrementar la temperatura sino está abrigado adecuadamente. Sin embargo la hipotermia o la hipertermia deben valorarse como sospecha de infección. Las causas que pueden alterar la temperatura normal en un recién nacido puede ser: Infección, deshidratación, etc.

**CIANOSIS.** Es la coloración azulada de la piel y mucosas definida por aumento de la hemoglobina desaturada en la sangre arterial superior a 5g/dl. Al valorar a un RN se debe diferenciar si estamos frente a una cianosis periférica (extremidades y peri bucal) que habitualmente es de buen pronóstico, o si es cianosis central. La cianosis se presenta por defecto central (SNC) o periférico(tráquea, bronquios, pulmones, pleura), el ingreso y captación de oxígeno es inadecuado, no hay buena captación de oxígeno por los alveolos. Puede ser de origen pulmonar o cardiaco. Ante un RN cianótico debe descartarse:

- Patologías que pueden cursar con cianosis como hipoglucemia, hipotermia, poliglobulia, y septicemia.
- Antecedentes maternos: uso de fármacos en el trabajo de parto (anestésicos), corioamnionitis, diabetes pregestacional.

- Antecedentes fetales: prematuridad, sufrimiento fetal, asfixia, Síndrome de Aspiración Meconial (SAM).

En estos casos llevar inmediatamente al RN al centro de salud más cercano para su evaluación.

**ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN.** La respiración del recién nacido es habitualmente periódica, esto quiere decir que no es regular (por momentos parece respirar a cierto ritmo rápido y luego se enlentece hasta hacer pausas de hasta 5 segundos de duración. Sin embargo el recién nacido normal presenta hasta 60 respiraciones en cada minuto y esta es la cifra máxima tolerable para hablar de frecuencia respiratoria normal.

La POLIPNEA o TAQUIPNEA. Es cuando la frecuencia respiratoria es mayor de 60 x minuto. La madre debe observar si estos episodios se presentan frecuentemente después de la alimentación, así como después del llanto, porque podría corresponder a problemas cardiacos.

La APNEA es cuando el niño respira extremadamente lento o incluso deja de respirar más allá de 20 segundos, y especialmente si no responde a la estimulación, debe ser llevado a un centro asistencial para su evaluación, aun después de haber superado la situación. Cuando el cese del flujo de aire en la vía aérea por 20 segundos, o cuando es menor el tiempo que se acompaña de cianosis, y bradicardia se llama APNEA. La causa puede ser infección, lesión neurológica (convulsión del RN), problemas cardiacos, o asfixia. Es por ello que apenas se evidencie algunos de estos signos se lleve al RN a un establecimiento de salud lo más rápido posible.

**CONVULSIONES.** Habitualmente los recién nacidos presentan temblores de brazos y piernas estando despiertos y sobresaltos al estar

dormidos. Pero estos movimientos deben distinguirse de las denominadas convulsiones que corresponden a verdaderos movimientos anormales y que si son patológicos. En el recién nacido pueden presentarse de modo muy variado pero característicamente no cesan a pesar de la estimulación, el niño presenta la mirada fija y se desconecta del ambiente o los ojos se dan vuelta hacia arriba visualizándose fundamentalmente la esclerótica (sector blanco del ojo), cuerpo hipotónico (blando), o hipertónico (endurecimiento) o con movimientos de contracción rítmicos de miembros superiores o inferiores. Estos movimientos pueden ser generalizados o focalizados, sutiles o muy evidentes. Son una emergencia médica por cuanto indican un proceso patológico que puede producir daños cerebrales irreversibles, en consecuencia es imperativo reconocerlas y tratar la convulsión y su causa.

**VOMITOS.** Los RN presentan regurgitaciones dado la capacidad limitada del estómago, reflujo fisiológico que es expulsado sin esfuerzo luego de la alimentación. Cuando el RN expulsa con esfuerzo un gran volumen de leche después de la alimentación y un aumento de la frecuencia durante el día puede corresponder a una patología.

Las causas más frecuentes son:

- Infecciones: gastrointestinales, respiratorias, urinarias.
- Intolerancia alimentaria: lactosa.
- Malformaciones del aparato digestivo: atresia intestinal, estenosis hipertrófica del píloro, estenosis esofágica.
- Invaginación intestinal.
- Trastornos endocrinos: diabetes.
- Enfermedades del SNC: hidrocefalia, meningitis, encefalitis.
- Errores innatos del metabolismo: galactosemia, acidemias orgánicas.

## **ROL EDUCATIVO DE LA ENFERMERA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO AL ALTA**

El personal de enfermería en el cuidado del recién nacido durante el alta es fundamental y su actuar está sustentado y respaldado por la "Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal.

R.M. N° 828 – 2013/MINSA dentro de ella se especifica:

Se necesita una hospitalización mínima de 24 horas, en donde el Recién Nacido este en buenas condiciones (examen físico normal, buena succión, regulando temperatura), se hace entrega del carne para el control del crecimiento y desarrollo (CRED) y se le da cita para primera consulta, entre 7 días posteriores al alta. También se verifica si recibió BCG y la vacuna antipoliomielítica. Lo más importante es que los padres (sobre todo la madre) reciban orientación sobre la lactancia materna e higiene del recién nacido.

Los establecimientos de salud categorizados para la atención del recién nacido, realizarán la atención integral del mismo a los 2 días de haber sido dado de alta y al 7mo día de vida, por consulta externa, para identificar precozmente cualquier sintomatología que ponga en riesgo la vida del menor y proteger su salud. Esta atención será realizada haciendo uso de la metodología AIEPI, incluyendo adicionalmente el tamizaje de hipotiroidismo a la niña y niño al que le fue realizado el examen al momento del alta, así como la verificación de la disponibilidad del certificado de nacimiento, teniendo en cuenta que no existe ninguna limitación ni condición previa para su expedición gratuita.

## **INFORMACIÓN QUE RECIBEN LAS MADRES AL MOMENTO DEL ALTA GENERALES**

Según la norma técnica respaldada por el R.M. N° 828 – 2013/MINSA el personal de salud debe abordar los siguientes ejes temáticos durante la consejería al alta, según necesidad de la familia y/o responsables de la atención y cuidado de la niña y el niño:

- Lactancia materna exclusiva
- Inmunizaciones
- Cuidado del niño en el hogar: baño matinal, limpieza y curación del muñón umbilical, etc.
- Prevención de enfermedades prevalentes en la niña y el niño, signos de alarma y referencia oportuna.
- Importancia de las relaciones conyugales, de las expresiones afectivas y de la organización del tiempo.

Al reconocer la gran carga cultural que envuelven las prácticas del cuidado al recién nacido, y la obligatoria participación de la familia en el cuidado del RN y de la madre, durante el puerperio, además de considerar los hallazgos obtenidos en estudios revisados, para el desarrollo de este informe académico se asume los fundamentos teóricos de Madeleine Leininger como principal orientadora, pues la teoría del cuidado transcultural ofrece los elementos conceptuales y metodológicos requeridos para fundamentar la comprensión de las prácticas de cuidado con el recién nacido, que ofrecen las madres en el hogar. En este sentido, Leininger consigue consolidar una teoría que reconoce como metaparadigmas de enfermería la cultura y el cuidado, con una visión holística y trascendente. Desde esta perspectiva, logra que en el fenómeno del cuidado humano se encuentren dos o más culturas (diversidad), que tras un proceso de conservación, negociación o

reestructuración de los cuidados émicos y éticos, le apuesten a un mismo objetivo (universalidad): el bienestar del ser humano. Al profundizar en los postulados de Leininger se entiende que la interacción del cuidador profesional con el cuidador tradicional lleva implícita la mutua aceptación y un gran respeto por la diversidad cultural.<sup>11</sup>

Esta teoría apoya mi trabajo académico, porque una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería. Asimismo, por el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las madres que cuidan a sus hijos RN en el hogar, para enseñar y suministrar una asistencia coherente con este entorno cultural. Al asumir el reto de describir un cuidado cultural, es vital el respeto por la privacidad de los hogares durante las visitas de seguimiento. Para todas las madres no significa lo mismo el cuidado de su hijo RN, puesto que, para cada madre su hijo es único, diferente a los demás. El cuidado del hijo, independiente de la destreza con que lo haya asumido la madre, está impregnado de la carga de ansiedad que exige el desarrollo de mecanismos de afrontamiento específicos, según la situación particular de cada niño.

Para la profesión de Enfermería es importante el estudio de la asistencia a los RN por las madres con el apoyo de la familia y en su contexto, desde una perspectiva cultural y holística, para descubrir expresiones y significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, que amplíen los conocimientos existentes. Leininger consideró que el concepto de asistencia correspondía con el fenómeno que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales.

De acuerdo con Leininger, las diferencias en los valores y modelos de cuidados culturales entre diversas culturas se traducen en diferencias en las expectativas y la práctica de enfermería. Cuando los profesionales trabajan en culturas extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre asistencia o expectativas de cuidados, se detectan signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes. Para lograr mayor satisfacción de las madres con el cuidado de los RN la enfermera debe minimizar la distancia existente entre el conocimiento científico-técnico del cuidado especializado y el cuidado genérico que están en capacidad de ofrecer las madres en el hogar, pues los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en satisfacción y bienestar.<sup>11</sup>

### **2.3. Definición de términos**

#### **Atención inmediata del RN**

Es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer, se debe contar con un lugar adecuado en la sala de partos o adyacente con temperatura, iluminación y equipos necesarios para realizar la evaluación del neonato.

#### **Centro de Salud**

Institución del Ministerio de Salud que brinda atención integral médica, con énfasis en promoción y prevención de riesgos y daños. Caracterizado por tener una infraestructura destinada para la atención primaria de salud de la población, atiende fundamentalmente a la población de los niveles socio-económicos pobre y extremo pobre. Por su nivel de complejidad están categorizados en el primer nivel de atención.

## **Cuidados del recién nacido**

Son todas las acciones que se deben de realizar al niño entre 0 a 28 días de nacido para lograr cubrir sus necesidades de lactancia, higiene, sueño, eliminación y signos de alarma.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Las fuentes de recolección de datos para el presente informe de experiencia profesional han sido:

- Historias Clínicas Familiares
- Registro de nacimientos.
- Estadísticas de la Estrategia Salud Reproductiva del C.S. Belepampa.

#### **3.2. Experiencia Profesional**

Inicio mi actividad laboral profesional en el año 1987 realizando mi SERUMS en el C.S. San Pedro en Cusco. Laborando posteriormente en condición de nombrado en el C.S. Belepampa a la fecha durante ya 30 años, cumpliendo funciones y responsabilidades en cuanto se refiere a la atención integral del niño y la niña.

Del año 1992 al 1997 desempeñe el cargo de coordinadora local del proyecto Kusiayllu, componente del programa PAMFAR, sede Cusco  
ANEXO 1

El C.S. Belepampa (I - 4) pertenece a la Red de Servicios de Salud Cusco Norte. Este establecimiento de salud pertenece al primer nivel de atención, con atención de 24 horas donde se brinda atención en medicina, odontología, obstetricia, psicología, enfermería y de laboratorio. Asimismo, desde el año 2005 cuenta con un Centro Obstétrico para la atención del parto y puerperio en condiciones de normalidad.

Mi labor se enfoca en la atención del niño y la niña, específicamente en la atención inmediata del Recién Nacido e Inmunizaciones.

## ANEXO 2

En consultorio atendemos seis enfermeras como parte de la atención de Crecimiento y Desarrollo del Niño y la Niña. Aunque limitados los recursos humanos para atender a una población demandante de nuestros servicios que asciende a 30,092 habitantes y se tiene asignados atender 492 partos, puesto que nuestro establecimiento está ubicado estratégicamente y es Centro de Salud de Referencia del distrito de Santiago de Cusco.

**Tabla 3.1.**  
**Enfermeras para Atención de CRED Centro de Salud Belempampa 2017**

ESTRATEGIAS	NÚMERO DE ENFERMERAS	CONDICIÓN LABORAL	FUNCIÓN
Inmunizaciones	4	Nombradas	Preventiva
Crecimiento y Desarrollo	2	Nombradas	Preventiva

**Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla podemos observar la distribución de los enfermeras según las estrategias. En relación a la estrategia de inmunizaciones podemos afirmar que hay 04 enfermeras, en tanto que solo 02 realizan atención de CRED en el establecimiento.

### **3.3. Procesos realizados en la atención del neonato**

Durante más de 30 años de experiencia profesional en la atención integral del niño y la niña, progresivamente he venido desarrollando actividades específicas relacionadas a la prevención de daños, tanto para el crecimiento y el desarrollo, como para la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, ahora incluidas en lo que se denomina Paquete de Atención Integral del Niño y la Niña.

#### **ANEXO 3**

Dentro de lo que corresponde a la Atención Integral del Neonato, el profesional de enfermería se encarga de la Atención inmediata del recién nacido, realizando un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.

Antes del nacimiento, se preparan recursos y equipos para la recepción del recién nacido. Verificando la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.

Se asegura un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. La temperatura de la sala se mantiene estable durante las 24 horas del día, manteniendo las ventanas y puertas cerradas. Se dispone de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

Se realiza la valoración de la condición del recién nacido inmediatamente después del nacimiento, a través del Apgar. Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, se verifica la presencia de respiración o llanto, el tono

muscular y edad gestacional para decidir las intervenciones a aplicar. Cuando no se evidencia respiración, o se encuentra hipotónico o se evidencian signos de prematuridad, o alguna malformación congénita mayor la profesional que está atendiendo el parto tiene que realizar el pinzamiento inmediato y corte del cordón umbilical y procedemos en forma inmediata a la aplicación de los procedimientos de reanimación neonatal.

Cuando el RN se encuentra con buen tono muscular, buen esfuerzo respiratorio y es a término se aplican los procedimientos de rutina de la atención inmediata neonatal,

Se coloca al recién nacido en forma inmediata sobre el vientre materno, al mismo tiempo se procede a secarlo con un campo precalentado.

Se aspiran secreciones de las vías aéreas, solo cuando las secreciones produzcan obstrucción de las vías aéreas.

Luego del periodo de contacto piel a piel, se procede a continuar con los procedimientos de la atención inmediata neonatal:

Se identifica al neonato: registrando los datos en un brazalete plástico (nombre y apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento y sexo del recién nacido).

Se hace la prevención de la infección ocular: usando gotas oftálmicas con antibiótico (eritromicina, tetraciclina, gentamicina, sulfacetamida sódica, etc.), aplicando una gota en cada conjuntiva.

Para prevenir la enfermedad hemorrágica: Se aplica Vitamina K, 1mg en recién nacidos a término y 0.5 mg en recién nacidos pre término, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.

Se aplican medidas del cuidado del cordón: verificando la presencia del número de vasos normales en el cordón umbilical, colocando una gota de alcohol etílico al 70% y se cubre con gasa estéril.

Se hace la somatometría: medición del peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico del recién nacido, registrando estos datos en la historia clínica neonatal.

Se realiza el examen físico completo: examinando en forma sistemática al recién nacido (examen general y regional); incluyendo la determinación de la edad gestacional aplicando el test de Capurro u otro similar.

Se registran los datos en la historia clínica neonatal: La puntuación de Apgar al minuto y a los 5 minutos.

#### ANEXO 4

Se viste al recién nacido y se lo lleva junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato: donde se continúa la evaluación de la temperatura, los signos vitales y la condición clínica del recién nacido y se le brinda información a la madre sobre la técnica de lactancia materna, la identificación de los signos de alarma y los cuidados del neonato.(anexo)

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 4.1.**  
Recién Nacidos Atendidos  
Centro de Salud Belepampa 2016 – 2017

AÑOS	N° RN ATENDIDOS	RN PROGRAMADOS	%
2016	538	497	108.2
2017	582	492	118.3

*Fuente. Estadísticas del C. S. Belepampa.*

En la tabla podemos observar que las coberturas de recién nacidos atendidos se han incrementado (108,2% á 118,3%) y en ambos años, respecto a los RN programados.

Lo que estaría indicando que hay mayor confianza de la población hacia el establecimiento de salud, por múltiples razones, sobre todo por la existencia de un equipo multidisciplinario de profesionales para la atención de la madre y el niño específicamente. Tiene también que ver con las inadecuadas condiciones de coyuntura que viene atravesando nuestro Hospital de referencia más cercano. Además de lo saturados que se encuentran los hospitales de la región.

**Tabla 4.2.**

Recién Nacidos Según Apgar Centro de Salud Belempampa 2016 – 2017

AÑOS	APGAR			
	< 7	7 - 9	8 - 9	9 - 9
2016	4	16	254	264
2017	2	12	280	288

*Fuente. Estadísticas del C. S. Belempampa.*

En la tabla se observa que el mayor número de RN tiene puntuación Apgar mayor de 7, en tanto que solo 6 RN (de 552 RN) tienen Apgar menor que 7.

Situación que se explicaría que estos RN se encontraban en buen estado físico, producto de un monitoreo adecuado del trabajo de parto y la atención apropiada del RN tanto en el periodo inmediato como mediato. Gracias a que se cuenta con un conjunto de personal profesional y técnico formado y capacitado, los equipos, medicamentos y materiales necesarios para brindar una atención de calidad, que posibilite un mayor acceso de la población a los servicios que ofrece nuestro establecimiento de salud.

**Tabla 4.3.**

RN con Enfermedades Congénitas Centro de Salud Belepampa 2016 – 2017

AÑOS	Síndrome Down	Ano Imperforado	Polidactilia	Nº
2016	2	1	2	5
2017	2	0	2	4

*Fuente. Estadísticas del C. S. Belepampa.*

En la tabla podemos observar que la incidencia de enfermedades congénitas es baja. Se presentaron 5 y 4 casos el 2016 y 2017.

Nuestro establecimiento de salud no cuenta con equipos de naturaleza compleja de alta tecnología para la detección de estas patologías. Sin embargo, consideramos que su incidencia es menor, más aún tratándose de patologías en su mayoría tratables.

## V. CONCLUSIONES

- a. Es determinante la calidad en la atención que brindamos a nuestros usuarios, para asegurar un mayor acercamiento y confianza en la atención que ofertamos. Lo que se explica por una mayor demanda de atención de partos en el establecimiento en los últimos dos años, pues se tiene en cuenta el enfoque de interculturalidad (parto vertical).
  
- b. Para brindar Atención Integral al Neonato es imprescindible el trabajo en equipo de todo el personal del establecimiento de salud, pues todos somos responsables de la entrega del paquete completo de atención integral al neonato.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Para el personal de salud: Mantener el mismo espíritu y compromiso con la labor que vienen desempeñando en la Atención Integral al Neonato, con el único propósito de asegurar un proceso de adaptación en condiciones inmejorables de los niños y niñas al nacer.
  
- b. Para la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo: Consolidar las actividades programadas y las estrategias implementadas en el trabajo con las madres de familia en la gestación, parto y puerperio, a fin de garantizar y mantener una cobertura óptima de parto institucional.
  
- c. Para la institución: Elaborar los documentos de gestión del establecimiento con participación efectiva de todo el personal, a fin de involucrarlos y comprometerlos en todas las actividades de las diferentes estrategias a favor del desarrollo integral de los niños y las niñas del ámbito de intervención del establecimiento de salud.

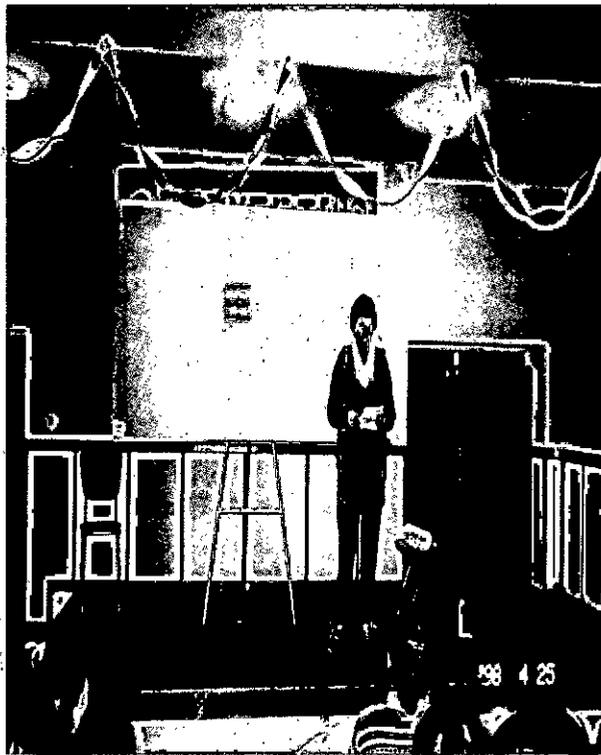
## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. **Reducir la mortalidad de los recién nacidos**. Octubre de 2017. Ginebra. Suiza.
2. Jeannette Ávila Vargas - Machuca, Mario Tavera Salazar, Mario Carrasco Gamarra. **Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012**. D.G.E. [internet]. 2013; 118 pag. Disponible en:  
[http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad\\_neonatal11\\_12.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf)
3. DIRESA CUSCO. **Análisis de Situación de Salud Cusco**. Perú. 2013.
4. MINSA. **Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. R.M. N° 828 – 2013/MINSA**. Lima. Perú.
5. Chapilliquen, J. **“Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Materno Perinatal”**. Tesis para optar título profesional de licenciada de enfermería. UNMSM. Lima. 2009.
6. Osorio, F. **“Nivel de conocimientos sobre autocuidado en el puerperio y cuidados en el Recién Nacido de las púerperas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio 2013”**. Tesis para optar título profesional de licenciada de obstetricia. UNMSM. Lima. 2013.
7. Cardozo, J. **“Conocimientos de madres adolescentes sobre cuidados básicos al recién nacido – localidad de ciudad de Bolívar – Bogotá”**. Tesis para optar título profesional de Enfermera. Pontificia Universidad de Javeriana. Colombia. 2008.

8. Martínez, Á. ***“Modificación de los conocimientos de las madres adolescentes sobre los cuidados básicos al recién nacido después de la aplicación de un programa educativo”***. Tesis para optar título profesional. Pontificia Universidad de Javeriana. Colombia. 2009.
9. Organización Panamericana de la Salud. AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencias. En el contexto del proceso continuo de atención de la madre, del recién nacido y del niño. 2da Ed. Washington, D.C. 2010.
10. Marín, A. Manual de pediatría ambulatoria. Ed. Panamericana. Bogotá. 2008.
11. Marriner-Tomey, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Séptima edición. Ed. Elsevier. España. 2011.
12. Ruiz, M. Enfermería del niño y del adolescente. 2ª. Ed. España. 2009.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

## ANEXO 2



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

ANEXO 3



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

## ANEXO 4



### FICHA ÚNICA DE RECIÉN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGÍA



HC: \_\_\_\_\_

Apellidos del RN: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ F.Nac.: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### DATOS MATERNOS:

Nombres y Apellidos de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años

**Estado Civil**

Soltera  Casada   
 Conviviente  Viuda

**Grado de Instrucción**

Analfabeta  Primaria   
 Secundaria  Superior

**Occupación**

Ama de Casa  Obrero   
 Empleada  Ambulante   
 Otro: \_\_\_\_\_

**Procedencia**

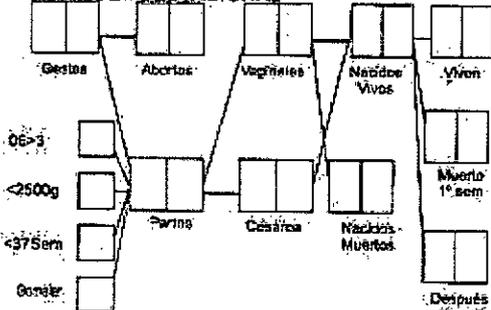
Provincia: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_  
 Dirección Actual: \_\_\_\_\_

**Fecha y Hora del Ingreso de la Gestante al Servicio de Gineco-Obstetricia y/o Sala de Partos**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Apellidos y Nombres del Padre:** \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: FORMULA GESTACIONAL



**Controlada**

SI  N° Controlés: \_\_\_\_\_  
 NO

**Vacuna** SI  NO

N° Dosis: \_\_\_\_\_

**Donde se controló**

Ninguna   
 Hospital Lorena   
 Hospital Regional   
 Centro de Salud   
 Puesto de Salud   
 Particular

**Serológico:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (+)  (-)  No tiene   
 Dilución: \_\_\_\_\_

**Tipo de Sangre Materno**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 No tiene   
 Grupo: \_\_\_\_\_ (O, A, B, AB)  
 Rh: \_\_\_\_\_ (+) (-)

Peso Inicial del Embarazo: \_\_\_\_\_ Kg.  
 Peso Final del Embarazo: \_\_\_\_\_ Kg.

**Talla/Madre**

1m. Cni

**Riesgo Obstétrico**

Sin Calificar   
 Bajo   
 Alto

**Antecedentes Familiares:**

Ninguna  Gemelares   
 Alergias  H.T.A.   
 Anomalia  Neoplasia   
 Epilepsia  TBC   
 Diabetes  Enf. Congén   
 Embarazo Múltiple   
 Otros: \_\_\_\_\_

**Patologías durante el Embarazo:**

SI   
 NO

**Patologías durante el Parto:**

SI   
 NO

**Tipo Parto**

Eutócico   
 Disfórico   
 Vaginal

**Presentación**

Cefálica   
 Pelviana   
 Otros: \_\_\_\_\_

**Inicio Trabajo Parto**

Espontáneo   
 Inducido   
 Conducido   
 Cesárea Electiva

**Maduración Pulmonar**

SI   
 NO

**Membranas al Ingreso Materna**

Rotas

**Tiempo de Ruptura de membranas**

Horas: \_\_\_\_\_

**Recibió Tratamiento por R.R.M.**

SI   
 NO

Fecha y Hora del llenado de la ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ am/pm.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
ENFERMERA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA MADRE

EE.SS. DE PROCEDENCIA:

