

# HOSPITAL CIVIL DE PASAJE “SAN VICENTE DE PAUL”



- CUIDADOS  
POSTERIORES  
AL PARTO O  
CESAREA.



- **Dr. Mg. SIXTO CHILQUINGA V.**  
**GINECO-OBSTETRA**  
[www.drsexto.com](http://www.drsexto.com)

# ASEO PERSONAL

- Baño diario
- Cepillarse los dientes
- Si fue parto vaginal, duchas vulvares 2 veces al día con povidyne.
- Si se realizó cesárea, lavarse la herida quirúrgica, secarse y aplicarse “bicalcohol”.



# ALIMENTACION

- Variada, completa y balanceada, en lo posible carnes blancas, legumbres, frutas y lácteos.



# ACTIVIDAD FISICA

- De a poco, preferible iniciar con caminatas, posteriormente natación y/o bicicleta, siguiendo las recomendaciones medicas.



# RELACIONES SEXUALES

- Se recomienda reiniciarlas de preferencia luego de los 40 días post-parto, siempre con asesoría en planificación familiar (anticonceptivos).
- Cabe indicar que para que todo resulte bien se deberá contar con el consentimiento de ella, su estado de ánimo y respetando el criterio medico.



# USO DE MEDICAMENTOS

- Tome solo los medicamentos prescritos por el medico.



# CUIDADOS DE LA HERIDA

- La sutura de la herida por cesárea deberá ser retirada aproximadamente a los 7 días de la cirugía.
- La sutura de la herida (episiotomía + episiorrafia) no necesitan retirarse, caen solos, solo amerita aseo diario.



# ACUDIR AL MEDICO EN CASO DE:

- Fiebre
- Mareo
- Dolores abdominales
- Hemorragia vaginal
- Salida de secreción fétida por vagina
- Dolor, hinchazón, salida de pus o sangre por la herida.
- Induración y dolor de los senos



# ASUMIR ROL DE MADRE

- Asuma su rol de madre con optimismo, confianza, apoyándose en DIOS, la familia y sociedad.



# DEPRESION POST-PARTO

- Algunas madres pueden adquirir una leve forma de depresión llamada [tristeza postparto](#), que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de 2 semanas.
- La mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir. Con el transcurso de los días, y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la tristeza postparto desaparece.
- Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las 2 semanas puede ser un indicio de depresión postparto y amerita ayuda psicológica.



# SENO MATERNO

- Lavarse las manos y pezones antes de cada lactancia.
- La madre debe estar sentada cómodamente y amarrar a su bebe horizontalmente.
- Dar el seno cada 2 o 3 horas por 10 minutos cada seno o a libre demanda.



# SENO MATERNO

- A continuación sacar los gases del bebe colocándolo verticalmente sobre el pecho de la madre y dándole suaves golpecitos en la espalda.
- No acostar al bebe inmediatamente después de dar de lactar, se lo debe tener amarcado verticalmente unos minutos sin mecerlo para evitar que vomite.



# SENO MATERNO

- Debe darse únicamente el seno materno al menos los primeros 6 meses de vida del bebe.
- Si el bebe no lacta naturalmente la cantidad necesaria, consulte a su pediatra.



*“LA LACTANCIA MATERNA PROTEGE A LOS BEBES DE ENFERMEDADES Y FORTALECE LOS LAZOS AFECTIVOS DURANTE TODA LA VIDA”.*

# MASTITIS

- Infección de las mamas que se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana.

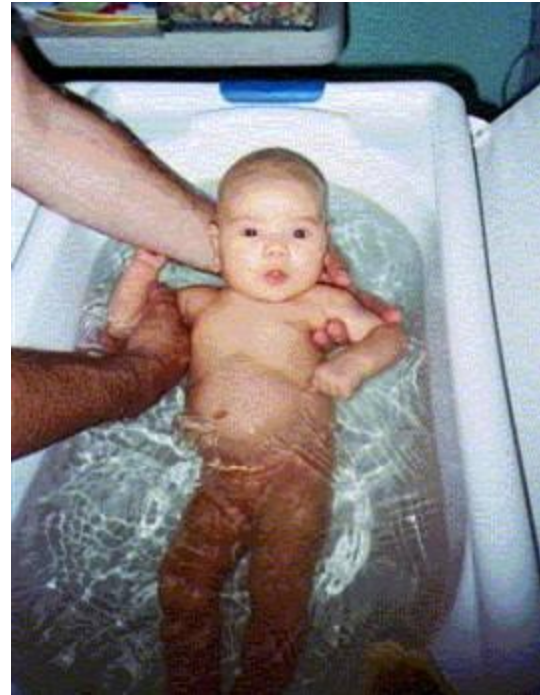
## **Los factores que influyen son:**

- Éxtasis lácteo.
- Traumatismo en el pezón.
- Técnica equivocada para amamantar.
- La paciente se queja de dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno.
- La infección va acompañada de fiebre, escalofríos y malestar general, y si no se trata adecuadamente puede dar lugar a un absceso



# CUIDADOS AL BEBE

- Debe bañarse al bebe todos los días únicamente con agua tibia durante la primera semana, si esta sano.
- A partir de la segunda semana el baño debe realizarse con jabón neutro o avena, sin olores, ni colores artificiales, para prevenir alergias.



# CUIDADOS AL BEBE

- El cordón del ombligo debe desinfectarse tres veces al día con “bicalcohol”, hasta que caiga por si solo y continuar la limpieza del ombligo por 5 días mas.
- No coloque ningún material sobre el ombligo (ni bolas, ni monedas, ni granos), este tomara su forma naturalmente.



# CUIDADOS AL BEBE

- Siempre debe estar abrigado de acuerdo al clima.
- Debe exponerlo al sol para que reciba los rayos solares, 10 minutos por la espalda y 10 minutos de frente, cubriéndole los ojos y genitales.



# CUIDADOS AL BEBE

- A las 24 horas de nacido, deberá llevarlo al centro de vacunación, para aplicarle la BCG, si nace el fin de semana deberá regresar el lunes y solicitar el carnet con el calendario de las próximas vacunaciones.



República del Ecuador  
Ministerio de Salud Pública

**CARNÉ DE SALUD  
DE LA NIÑA**

Chillquina Baster P.W.  
APELLIDOS NOMBRES

Fecha de Nacimiento: Año Mes Día  
02 11 01

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANTROPOMETRÍA AL NACIMIENTO
PROVINCIA <u>ES OJA</u>	Peso <u>2800</u> gr.
CANTÓN <u>DASAI</u>	Talla <u>48</u> cm.
ÁREA DE SALUD <u>VACUNACIÓN</u>	Perímetro Cefálico <u>35.5</u> cm.
PARROQUIA <u>DASAI</u>	APGAR:
HISTORIA CLÍNICA N°	1' ..... 5' .....

# CUIDADOS AL BEBE

- No se olvide de pedir el certificado de nacido vivo, para la inscripción en el registro civil.
- Traerle a control medico a la primera semana de nacido.

<b>Hospital "San Vicente de Paul" Pasaje</b>		<b>Hospital "San Vicente de Paul" Pasaje</b>	
Nombre: _____	Nombre: _____	Fecha: _____	Hora: _____
Fecha: _____	Hora: _____	Sexo: _____	Peso: _____
Sexo: _____	Peso: _____	Talla: _____	P.C. _____ PT. _____
Talla: _____	P.C. _____ PT. _____	Atendido por: _____	Perim. Abdom _____
Atendido por: _____	Perim. Abdom _____	Tipo de Parto: _____	Edad Gestacional: _____
Tipo de Parto: _____	Edad Gestacional: _____		

**INEC** INFORME ESTADÍSTICO DE NACIDO VIVO Form. EY - 1

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME, LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVÉS

1) URBINA DE REGISTRO CIVIL DE: \_\_\_\_\_ Oficina No. \_\_\_\_\_

2) PROVINCIA: \_\_\_\_\_

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

4) Acta de Inscripción N° \_\_\_\_\_ (Deber ser el mismo que consta en el libro de Inscripciones)

**(A) DATOS DEL NACIDO VIVO**

10) SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	11) FECHA DE NACIMIENTO Año _____ Mes _____ Día _____	12) NACIDO EN: Establecimiento del Municipio de Sabal <input type="checkbox"/> Establecimiento del SISE <input type="checkbox"/> Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/>	13) ASISTIDO POR: Médico <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> Partera Calificada <input type="checkbox"/> Comadrona no capacitada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	14) TIPO DE EMBARAZO: Simple <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Cuadrupla o más <input type="checkbox"/>	15) LUGAR DE NACIMIENTO: Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Parroquia rural _____ Localidad _____
--	--	--	--	--	---

**(B) DATOS DE LA MADRE**

16) NOMBRES Y APELLIDOS _____	17) EDAD DE LA MADRE (En años cumplidos a la fecha del parto) _____	18) ¿CUÁNTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? (Incluye al que nace) _____	19) ¿CUÁNTOS HIJOS QUE NACERON VIVOS HAN MUERTO? (a la fecha del parto) _____	20) ¿CUÁNTOS HIJOS NACERON MUERTOS? _____	21) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN PROFESIONAL DURANTE ESTE EMBARAZO? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	22) PERTENENCIA ÉTNICA (Con la finalidad de que se pueda disponer de información sobre sus hábitos de alimentación, control sobre su AUTOCORRECCIÓN, etc. desde el nacimiento.) Intígena <input type="checkbox"/> Afro-Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin ignora <input type="checkbox"/>	23) ESTADO CIVIL Y CONYUGAL Unión <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Sin ignora <input type="checkbox"/>	24) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	25) NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO Ninguno <input type="checkbox"/> Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Educación Media <input type="checkbox"/> Educación Alta <input type="checkbox"/> Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>	26) RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE: Provincia _____ Cantón _____ Ciudad _____ Parroquia rural _____ Localidad _____
-------------------------------	---	---	---	---	--	---	---	--	--	---

**(C) INFORMACIÓN GENERAL**

29) DATOS DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Nombre y Apellidos _____ Dirección de la consulta o domicilio N° Teléfono _____ Ciudad o Parroquia Rural - Provincia _____ Fecha _____	30) ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO Nombre del establecimiento de salud _____ Ciudad o Parroquia Rural - Provincia _____ Dirección y N° Teléfono _____ Si el nacimiento ocurrió en un lugar diferente al del establecimiento de salud, deje en blanco estos espacios.	OBSERVACIONES: Este espacio está destinado para que se pueda escribir cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre el nacimiento ocurrido.
---	--	--

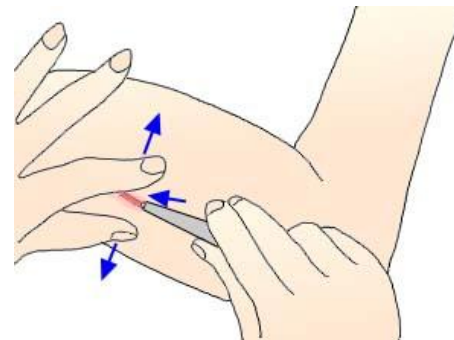
# DESCANSO MATERNO

- LA LARGA JORNADA DEL “DIA A DIA” PROVOCARA CANSANCIO; POR LO QUE SE RECOMIENDA AL ESPOSO Y FAMILIARES COLABORAR CON EL REPOSO DE LA MADRE PARA PERMITIR SU RECUPERACION.



# PLANIFICACION POST-PARTO

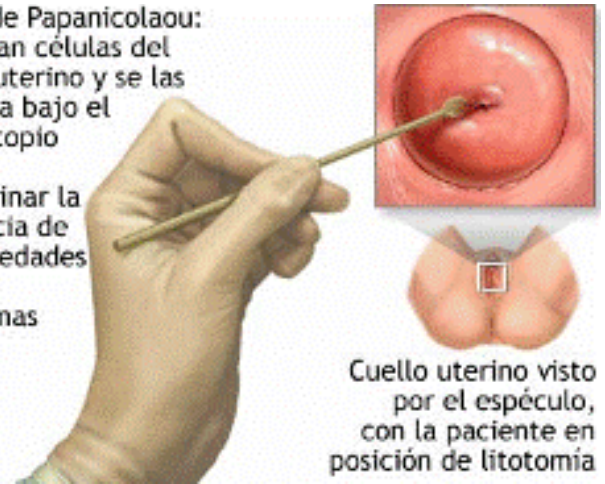
- El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y **parto** y del esfuerzo que requiere la atención de niños y niñas.
- La duración de la lactancia materna y del intervalo entre los embarazos son determinantes para la calidad de vida de los y las recién nacidos/as.
- La anticoncepción **post-parto** contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos.



# PREVENCIÓN DEL CÁNCER

- Acudir cada año para realizar el Papanicolaou (Prevención del cáncer cervicouterino).

Frotis de Papanicolaou: se raspan células del cuello uterino y se las examina bajo el microscopio para determinar la presencia de enfermedades u otros problemas



Cuello uterino visto por el espéculo, con la paciente en posición de litotomía

# PREVENCIÓN DEL CÁNCER

## Auto examen de mamas.

- Realice el examen una vez al mes.
- Una semana después del inicio de su menstruación, si no menstrúa (menopausia), elija un día fijo de cada mes para realizárselo.
- Este examen le permite conocerse mejor, detectar cualquier cambio.
- Si encuentra cambios en la forma, tamaño de las mamas, masas, hundimientos, pezón hundido o torcido, salida de sangre o alguna secreción del pezón, consulte a su médico inmediatamente



# GRACIAS

- LO PASADO HA HUIDO
- LO QUE ESPERAS ESTA AUSENTE
- PERO EL PRESENTE ES TUYO.



