



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

“ CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUE CURSA
EL PUERPERIO FISIOLÓGICO ”

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

CLAUDIA IVET JAIME GARCIA

No. Cuenta: 09853308- 8

DIRECTORA DE TRABAJO

Angelina Rivera M
LEO. Angelina Rivera Montiel

MÉXICO, FEBRERO 2005



m343776



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTO

Es poco decir " GRACIAS ", si se tiene la maravillosa oportunidad de vivir con tantas bendiciones como en mi vida las he tenido y es tan importante valorar esta palabra y sentirse en verdad agradecido que no encuentro la forma más adecuada para transmitir mi gratitud. Sin embargo, se que esta vía es la más común, y pero eso no le resto importancia.

A DIOS:

Por darme la fuerza para vencer todos los obstáculos y así logra concluir mi carrera.

A MIS PADRES:

Por darme la oportunidad de existir y por su apoyo incondicional, reciban estas líneas como el más humilde homenaje y estímulo para seguir adelante y muestre que sus sacrificios no fueron en vano.

A MI HERMANA:

Por la convivencia, verdades y paciencia para con esta integrante. Somos un equipo de campeonas.

A MI ESPOSO:

Por su paciencia, comprensión, y apoyo para la realización de este trabajo.

A MI HIJA:

Por quitarte un espacio de tiempo que dedicaba a tu lado.

A MIS PROFESORES:

Que de una u otra manera colaboraron para la realización de este trabajo.

A TODOS GRACIAS...

INDICE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: JAIME GARCIA
CLAUDIA IRET.
FECHA: 4-05-05
FIRMA: 

Objetivos	
Justificación	
Introducción	
Atención de enfermería en la toma de Signos Vitales en mujeres puérperas:	
Toma de Signos Vitales	1
Atención de enfermería en la valoración de las mamas en mujeres puérperas:	
Exploración Mamaria	11
Autoexploración Mamaria	13
Lactancia Materna	16
❖ Posiciones del amamantamiento	21
❖ Formación del pezón	24
❖ Pezones irritados	28
❖ Extracción Manual	29
Atención de enfermería en la valoración del útero en mujeres puérperas:	
Involución Uterina	34
Masaje Uterino	38

Atención de enfermería en la valoración de la eliminación urinaria en mujeres
puérperas:

Micción 40

Atención de enfermería en la valoración Vulvo-Perineal en mujeres puérperas:

Aseo Vulvo-perineal 43

Valoración del perineo 45

Baños de Asiento 48

Atención de enfermería en la valoración de los factores emocionales durante el

Puerperio Fisiológico:

Adaptación a los papeles de la madre 51

Unión entre padres y Recién Nacido 52

Complicaciones Psicológicas 53

Costumbres 54

Bibliografía

Glosario

LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA A REALIZAR SON:

- ❖ Toma de Signos Vitales

- ❖ Exploración Mamaria

- ❖ Autoexploración Mamaria

- ❖ Lactancia Materna:
 - Posiciones del amamantamiento

 - Formación del pezón

 - Pezones irritados

 - Extracción Manual

- ❖ Involución Uterina

- ❖ Masaje Uterino

- ❖ Micción

- ❖ Aseo vulvo-perineal

- ❖ Valoración del perineo

- ❖ Baños de asiento

OBJETIVOS

Objetivo General:

A través del manual de procedimientos unificar criterios relacionados con aquellos procedimientos que se requieran para la valoración y cuidado de la mujer que se encuentre en el puerperio fisiológico.

Objetivo Especifico:

- Contar con un documento de consulta que permita homogenizar las técnicas de enfermería más comunes que se desarrollan en el puerperio fisiológico a fin de garantizar una atención de enfermería de calidad a la población del Hospital General Milpa Alta.
- Que el manual de procedimientos de enfermería sirva para que la enfermera identifique los posibles factores de riesgo disminuyendo así las complicaciones posparto.

JUSTIFICACIÓN

Este manual de procedimientos se justifica dentro de el Hospital General Milpa Alta, porque durante mi instancia en el Servicio Social, se observó que el cuidado de enfermería que se tiene con la mujer que cursa el Puerperio Fisiológico, no es sistematizada, sino todo lo contrario, ya que dicho cuidado se lleva a cabo por rutina.

Este Hospital cuenta con los servicios de Cirugía General, Pediatría, Gineco/Obstetricia, Medicina Interna, Planificación Familiar, Dental y Psicología; pero la mayor población que se atiende en este Hospital es de Obstetricia, ya que se atiende a un gran número de mujeres embarazadas, por lo que en Hospitalización hay muchas mujeres en recuperación posparto y en consecuencia las enfermeras dan el mismo cuidado a todos los pacientes de cirugía general y mujeres puérperas, no tomando en cuenta los procedimientos específicos de las mujeres que cursan el Puerperio Fisiológico.

Esto puede aumentar el riesgo de que las mujeres presenten complicaciones posparto relacionados con una inadecuada valoración e interpretación clínica de los datos obtenidos de la misma; por lo dicho anteriormente el manual presenta técnicas de enfermería a desarrollar en el servicio de Gineco/Obstetricia para brindar una orientación a la enfermera, ya que se pretende que el personal cuente con una guía de consulta fácil y rápida teniendo este los procedimientos más usuales, así como algunas sugerencias para garantizar una mejor atención de enfermería en la paciente que cursa el puerperio fisiológico.

INTRODUCCIÓN

En esta ocasión conoceremos los procedimientos específicos que se realizan en el Puerperio Fisiológico, así como algunos factores emocionales a valorar después del parto ya que cuyo principal fin es la integración del paciente.

Cabe mencionar que los procedimientos que se mencionan en este manual son esenciales para la valoración de la mujer Puérpera, pero no hay que descartar que en la mujer existen cambios en todos los aparatos y sistemas del cuerpo, y el que no se mencione en este manual las otras valoraciones no sean importantes.

A lo largo de las primeras seis semanas después del parto el organismo materno desarrolla una serie de cambios que tienen por objeto recuperar la situación estructural y funcional existente antes del embarazo. Esencialmente se trata de procesos involutivos y cicatrización que afecta a todos los aparatos y sistemas en un doble aspecto morfofuncional, con una notable excepción, la instauración de la lactancia, que de ninguna manera puede clasificarse de proceso involutivo, sino lo contrario.

Las alteraciones son diferentes en cada una de las etapas evolutivas del puerperio ya que estas presentan una cronología en sus tres fases evolutivas.

Las alteraciones de la salud durante el puerperio revisten diferentes grados de gravedad, y producen el efecto complementario de interferir en el proceso fisiológico de la recuperación interrumpiéndola o retasándola.

Los criterios de interpretación que se mencionan en cada procedimiento son muy importantes, ya que en ellos se describe los conocimientos básicos que debe tener una enfermera para identificar lo que es normal, así como los factores de riesgo o complicaciones de la mujer en el puerperio.

Las sugerencias que aquí se describen, son con el objeto de proporcionar a todas las personas que consulten este manual, algunas ideas sobre la manera de como hacer las cosas más fáciles o donde debemos de poner más cuidado en los procedimientos para evitar complicaciones.

Es necesario incluir en este panorama el conjunto de mecanismos de tipo psicológico que operan en la adaptación de la mujer a la nueva situación.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TOMA DE LOS SIGNOS VITALES EN MUJERES PUERPERAS

Signos Vitales

Concepto:

Son constantes que se utilizan para controlar las funciones del cuerpo, reflejando cambios funcionales importantes que de otra manera no serían observados.

Clasificación:

Temperatura, pulso, respiración, y presión arterial

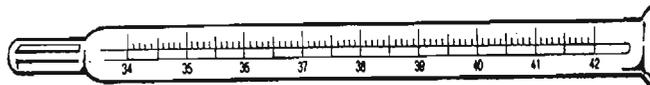
Objetivo:

Identificar posibles alteraciones que nos indiquen alguna complicación como hemorragia, infección, etc.

Para fines de valoración en la mujer en el puerperio fisiológico por complicaciones asociadas con el mismo son de relevancia la Temperatura y la Presión Arterial; cabe mencionar que no hay que descartar el pulso y la respiración.

Temperatura:

Son las maniobras por medio de las cuales se mide la temperatura del organismo y puede ser bucal, axilar, inguinal y rectal.



Principio:

La temperatura de un organismo es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo.

Material y equipo:

- Carro Pasteurs
- Charola de acero inoxidable que contenga porta termómetros con solución desinfectante mimbreados
- Termómetros según el número de pacientes
- Dos recipientes: uno con torundas secas y otro con torundas de agua jabonosa
- Hojas de registro
- Bolsa de papel

Técnica:

- 1.- Lavar las manos y preparar el equipo
- 2.- Trasladar el equipo a la unidad del paciente
- 3.- Comunicar al paciente con palabras sencillas la razón de las maniobras
- 4.- Preparación física en decúbito dorsal o sedente
- 5.- Tomar un termómetro de la solución antiséptica
- 6.- Limpiar el termómetro con una torunda de agua simple, haciendo movimientos de retracción de la cubeta de mercurio al cuerpo
- 7.- Desechar la torunda en la bolsa de papel y rectificar que la columna de mercurio este a menos de 35° C de lo contrario hacerla descender sacudiendo fuertemente el termómetro
- 8.- Aflojar el camión o la bata de la paciente, colocar el termómetro en la axila y pedirle a la paciente que lo sostenga en el brazo durante 3 min. verificando que la cubeta de mercurio este en contacto con la piel del paciente
- 9.- Después de este lapso retirar el termómetro, limpiarlo con una torunda seca y efectuar la lectura, registrarlo.

Criterios de Interpretación:

- Las primeras 24 horas la mujer se encuentra afebril, pero también puede tener una temperatura de 38°C después del parto como resultado del esfuerzo y de la deshidratación del trabajo de parto (esta no puede durar más de un día).
- La fiebre suele ser uno de los primeros síntomas de infección, ingurgitación mamaria, etc.

Sugerencias:

- Se toma la temperatura cada 4 u 8 horas durante los primeros días después del parto.
- Se debe checar que el mercurio del termómetro haya bajado totalmente.
- Se debe desinfectar el termómetro antes de usarse para cada paciente para evitar alguna infección.

Presión Arterial (T/A)

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para conocer la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, dependiendo de la fuerza de contracción cardíaca y del estado físico de las arterias.

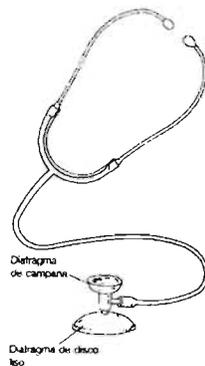
Las variantes son: La sistólica (cuando el corazón se contrae e impulsa la sangre dentro de la aorta), diastólica (momento en que el corazón se dilata) y la diferencial (son el valor que existe entre las dos cifras anteriores).

Principio:

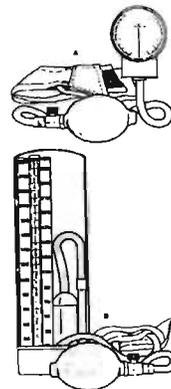
Representa la fuerza de transmisión de flujo sanguíneo que genera la contracción del corazón en cada latido.

Material y equipo:

- Baumanometro
- Estetoscopio biauricular
- Pluma
- Hoja de registro



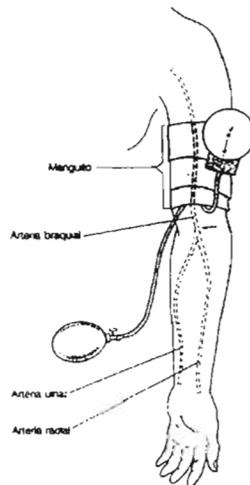
Estetoscopio con ambos diafragmas y de disco liso



Instrumentos de medida de la presión arterial
A. Esfigmomanómetro aneróide y pera
B. Esfigmomanómetro de mercurio y pera

Técnica:

- 1.- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente
- 2.- Comunicar al paciente con palabras sencillas, la razón de las maniobras
- 3.- Colocar al paciente en decúbito dorsal o sedente y descubrir el brazo y antebrazo
- 4.- Colocar el brazalete alrededor del brazo a 2 cm. por arriba del codo
- 5.- Conectar el sistema de registro con el de compresión



- 6.- Colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial
- 7.- Cerrar la válvula de la pera insufladora
- 8.- Insuflar el brazalete hasta que la columna del mercurio marque 200 mmHg
- 9.- Dejar salir el aire lentamente, aflojando el tornillo de la pera insufladora
- 10.- Escuchar el primer ruido que corresponde a la presión sistólica, leer la cifra, continuar bajando la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, leer la cifra y registrarla como presión diastólica
- 11.- Quitar el estetoscopio y desconectar el sistema de compresión desinflándola totalmente
- 12.- Retirar el brazalete del paciente, doblarlo y guardarlo en su estuche
- 13.- Dejar al paciente confortable
- 14.- Anotar fecha, hora y datos de registro de la toma efectuada

Criterios de interpretación:

- La disminución de la T/A indican readaptación fisiológica por la disminución de la presión intra pélvica o relacionar con hemorragia uterina
- El aumento de la T/A acompañado de cefalea y edema, nos habla de preclamsia
- La T/A con cifras 130/90 o más se sospecha de preclamsia
- La T/A con cifras de 60 mmHg en diastolita se sospecha hipotensión y se puede relacionar con hemorragia posparto
- La T/A se puede aumentar por la emoción y deseo de ver al bebé o por el tipo de oxiocitos que se le aplicaron a la madre
- La T/A también aumenta por el dolor o por la elevación del volumen sanguíneo

Sugerencias:

- El brazalete del paciente se debe apoyar en un plano resistente
- Evitar que la cápsula del estetoscopio toque el brazalete
- El brazalete se coloca ajustado pero sin apretar
- Asegúrese que la columna de mercurio quede a la altura del brazo y este a nivel del corazón
- Si se tiene duda repetir la lectura
- Maneje el baumanometro con cuidado, ya que es frágil

Pulso (FC)

Concepto:

Son las maniobras que se siguen para percibir la frecuencia de los latidos del corazón, el ritmo y la amplitud.

Principio:

El pulso varía según la edad, sexo, talla, estado emocional y actitud del individuo.

Material y equipo:

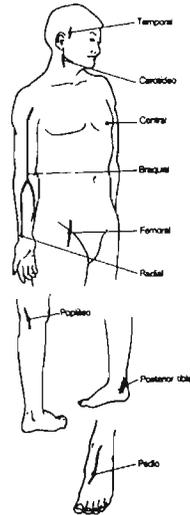
- Reloj con segundero
- Pluma y hoja de registro

Técnica:

1.- Comunicar al paciente con palabras sencillas, la razón de las maniobras

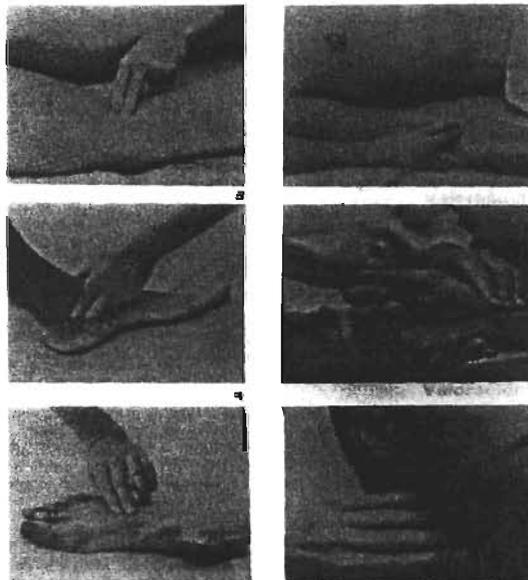
2.- Colocar la posición de descanso (decúbito dorsal o sedente)

3.- Para tomar el pulso seleccionar el punto de pulsación (temporal, carotídeo, central, braquial, femoral, radial, popíteo, posterior tibial y pedio), normalmente se toma el pulso radial, a menos que no pueda exponerse o que tenga que valorar la circulación de otra área del cuerpo



4.- Cuando se valora el pulso radial, el brazo puede reposar a lo largo del paciente, con la palma mirando hacia abajo; o el antebrazo puede descansar en un ángulo de 90° a través del tórax con la palma hacia abajo

5.- Colocar dos o tres dedos medios de forma ligera y encuadra en el punto de pulsación



6.- Contar el pulso durante un minuto

7.- Valorar el volumen y el ritmo del pulso

8.- Reportar los datos de valoración en la hoja de registro

Criterios de interpretación:

- El latido suele ser de 60 a 90 latidos por minuto dentro de los primeros 10 días
- La FC mayor de 100 latidos por min. es taquicardia y puede indicar infección o hemorragia
- El pulso rápido y/o débil se relaciona con hipotensión que sugiere hemorragia o shock, pero también puede relacionarse con la disminución del lecho vascular por contracciones del útero
- La bradicardia también se puede relacionar con la disminución del esfuerzo cardiaco o aumento del volumen durante la contracción
- Puede ocurrir taquicardia que se relaciona con el aumento de la perdida de sangre en el trabajo de parto, parto prolongado o difícil
- La bradicardia puerperal (50-70 latidos por min.) dura de 6 a 10 días del periodo posparto

Sugerencias:

- Se debe de tomar el pulso con los dedos índice y medio, ya que si se toma con el pulgar se está tomando el pulso de quien lo toma y no del paciente
- Notificar al medico cuando las cifras sean menores de 50 o más de 100 latidos por min.
- Notificar al medico cuando el pulso sea demasiado débil o fuerte

Respiración (FR)

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para conocer la frecuencia, ritmo, amplitud de las respiraciones del paciente.

Principio:

El ciclo completo entre una inspiración y una respiración constituye una respiración.

Material y equipo:

- Reloj con segundero
- Pluma

- Hoja de registro

Técnica:

- 1.- Continuar sosteniendo la muñeca del paciente como si estuviera tomando el pulso y colocarla sobre la cara anterior del tórax
- 2.- Valorar la respiración tomando en cuenta el color de la piel y mucosas, ansiedad, irritabilidad, inquietud, dolor, movimientos torácicos, etc.
- 3.- Observar los movimientos torácicos mientras se toma supuestamente el pulso radial
- 4.- Contar la FR durante un minuto
- 5.- Observar la profundidad y ritmo mirando los movimientos del pecho
- 6.- Reportar los datos de valoración

Criterios de interpretación:

- La respiración se mejora después del parto, desapareciendo la disnea mecánica que por compresión abdominal se manifiesta en el embarazo.
- La respiración va a ser de 16 a 24 respiraciones por min.

Sugerencias:

- Notificar al médico cuando sean las cifras menores de 14 o mayores de 30 respiraciones por min.
- Se debe contar el número de respiraciones en silencio y sin que el paciente se de cuenta de que está tomando la FR, ya que ésta puede modificar sus respiraciones si se da cuenta que se las está contando.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE LAS MAMAS EN MUJERES PUERPERAS

Exploración mamaria

Concepto:

Es una evaluación física que se realiza en los 4 cuadrantes de la glándula mamaria para la localización de alteraciones existentes en ella.

Objetivo:

Detectar precozmente las lesiones cancerosas, para aumentar las posibilidades de curación del cáncer mamario.

Material y Equipo:

- Una habitación con adecuada iluminación
- Sabana limpia
- Silla
- Una pequeña almohada
- Guantes
- Toalla
- Bata

Técnica:

1.- Pregunte a la paciente si ha presentado dolor, tumoración, engrosamiento o dolor en el pecho; secreción, retracción o descamación del pezón, así como cambios de tamaño en el pecho.

2.- Pregunte si realiza una autoexploración mamaria mensual. En caso afirmativo pregunte en que momento del ciclo menstrual la realiza. Pida a la paciente que describa o demuestre la técnica utilizada.

3.-Valore si la paciente esta recibiendo anticonceptivos orales, digoxina, diuréticos, esteroides o estrógenos; determine su ingesta de cafeína.

4.- Si la paciente describe una tumoración en el pecho, pregunte sobre el tiempo transcurrido desde su detección inicial, si aparece y desaparece, o siempre esta presente, o si a existido algún cambio.

5.- Pida a la paciente que se desvista completamente de la cintura hacia arriba y que se ponga la bata.

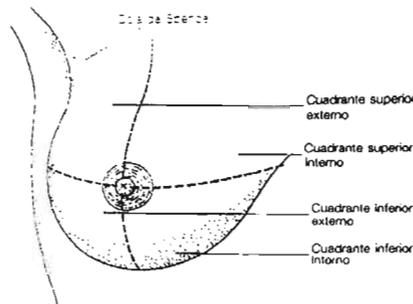
6.- La paciente puede permanecer de pie o sentada con los brazos colgando libremente a los lados.

7.- Si se dispone de un espejo, colóquelo frente a la paciente durante la exploración.

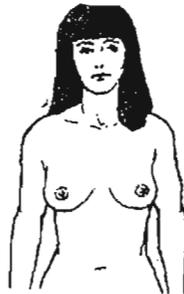
8.- Explique todos los pasos de la exploración claramente, describiendo los signos y rasgos que van a observarse, los hallazgos normales y las variaciones de la normalidad así como las técnicas correctas para una valoración completa.

9.- Propicie a la paciente la oportunidad de preguntar y aclarar dudas.

10.- Trazar unas líneas imaginarias que dividen a la mama en cuatro cuadrantes y cola.



11.- Inspecciones el tamaño y la simetría de las mamas. Observe la posición de la mama y el pezón en relación al espacio intercostal subyacente. Observe la zona del tórax por la que se extiende la mama.

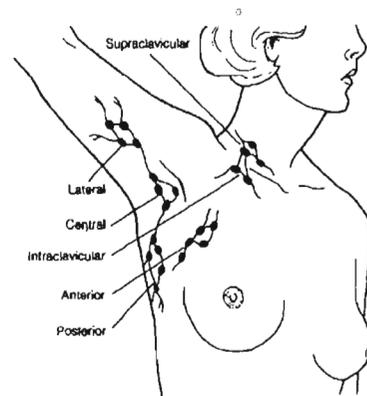


12.- Observe el contorno o forma de la mama; detecte la presencia de masas, aplanamientos o retracción. Si se sospecha de una retracción mamaria pida a la paciente que adopte una de estas tres posiciones: brazos levantados por encima de la cabeza, manos apoyadas en las caderas y brazos extendidos hacia delante, mientras la paciente permanece sentada e inclinada hacia delante.

13.- Inspeccione el color y el patrón venoso de la piel suprayacente. Si las mamas son grandes, levántelas cuidadosamente para inspeccionar los pliegues cutáneos. La piel normal de la mama presenta un color semejante a la piel adyacente.

14.- Inspeccione el color, el tamaño, la forma y la presencia de secreción en las areolas y pezones, observe la dirección de los pezones y la presencia de erupciones o úlceras. Observe el color de la secreción, si existe.

15.- Palpe los ganglios linfáticos: La paciente permanece sentada con los brazos a los lados y la musculatura relajada. Sitúese frente a la paciente, hacia el lado que esta explorando, y aguante su brazo ligeramente flexionado, mientras este se separa de la pared torácica.



Nódulos linfáticos que drenan a los tejidos mamarios

16.- Palpe con la mano libre la pared torácica de la paciente y el hueco axilar. Con la yema de los dedos presione con suavidad sobre la superficie de las costillas y la musculatura.

17.- Palpe las siguientes áreas: borde del músculo pectoral mayor a lo largo de la línea axilar anterior; línea axilar media de la pared torácica; porción superior del humero; borde anterior del músculo dorsal ancho a lo largo de la línea axilar posterior.

18.- Palpe a lo largo del borde clavicular superior e inferior. Detecte el número, localización, consistencia, movimiento y tamaño de los ganglios linfáticos. Si existe una adenopatía palpable, pregunte a la paciente si es dolorosa. Siga el mismo procedimiento con la mama contralateral.

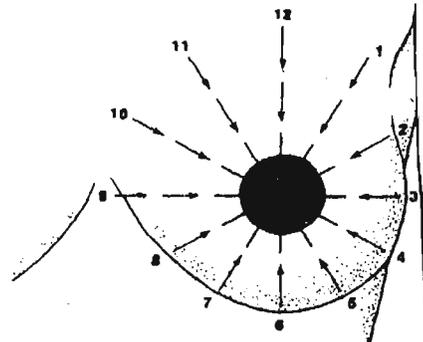
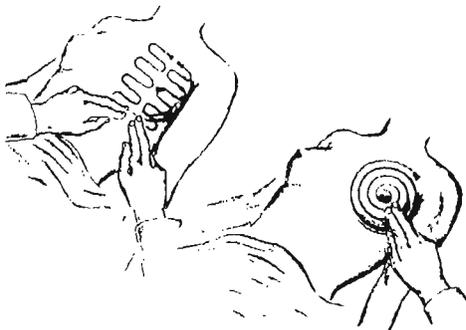
19.- Coloque a la paciente en decúbito supino, con el brazo derecho en abducción y la mano detrás de la cabeza; puede colocarse una pequeña almohada o toalla bajo el hombro derecho. Si la paciente se queja de un nódulo o masa, explore en primer lugar la mama contralateral.



20.- Colóquese en el lado derecho de la paciente. Comprima suavemente el tejido mamario contra la pared torácica, utilice las yemas de los tres primeros dedos. Efectúe un abordaje sistemático, siguiendo uno de los dos sistemas siguientes:

- Exploración adelante y atrás con movimientos de los dedos hacia arriba y hacia abajo en cada cuadrante.
- Realizando pequeños círculos concéntricos con los dedos en cada cuadrante y en la cola de la mama.
- Exploración en dirección a las agujas del reloj.

Explore toda la mama y la cola, detecte cualquier zona de dolor.



21.- Mientras lleva a cabo la palpación mamaria, sujete los dedos de la paciente y muévalos con suavidad sobre su tejido mamario. Es normal detectar una consistencia lobular. Los bordes inferiores de la mama pueden ser más firmes y duros.

22.- Si se detecta una masa inusual, determine las siguientes características: localización en relación con los cuadrantes, diámetro en centímetros, forma redonda o discoide, consistencia blanda, firme o dura, sensibilidad, movilidad (si es movable o fija), delimitación, superficie (lisa o irregular), si a la palpación es dolorosa.

23.- Comprima suavemente la areola con los dedos. A continuación, comprima el pezón con el pulgar e índice para observar la presencia de secreción. Repita el procedimiento para la mama contralateral.



Criterios de interpretación:

- La mastopatía fibroquística da una sensación de mama con nódulos pero de forma bilateral.
- Advierta a la paciente que no comprima excesivamente el pezón, ya que si lo hace lo está estimulando.
- La consistencia del tejido subyacente cambia con la edad, los trastornos patológicos y las variaciones hormonales
- Normalmente los nódulos no son palpables; los nódulos que son duros, dolorosos e inmóviles son sospechosos y a estos se les valora el número de nódulos palpables, su consistencia, movilidad y tamaño.
- Los tumores malignos de mama son muy frecuentes y tienen repercusiones devastadoras, no solo en cuanto a la vida de la persona si no también para la familia.

Sugerencias:

- La palpación de los nódulos linfáticos axilares se facilita cuando los músculos de la zona se relajan. Los músculos contraídos pueden esconder los nódulos ligeramente agrandados.
- La paciente debe aprender a detectar las variaciones normales en su propia mama para poder reconocer las masas anormales.
- Explicar todos los pasos de la exploración claramente ayuda a que la paciente coopere en la exploración.
- Describir los signos y rasgos que van a observarse, los hallazgos normales y las variaciones de la normalidad así como las técnicas correctas para una valoración completa ayudan a una detección oportuna.
- La mujer hoy en día cuenta con una serie de exámenes de fácil realización para detectar tempranamente la presencia de lesiones cancerosas y así iniciar un tratamiento curativo pertinente.

Autoexploración mamaria

Concepto:

Es una valoración física que la persona se realiza en las mamas para localizar alguna alteración.

Objetivo:

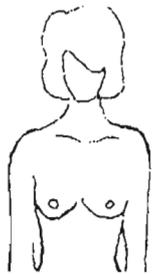
Enseñar a la paciente la técnica de la autoexploración mamaria

Material y Equipo:

- Espejo
- Almohada
- Cama o alfombra

Técnica:

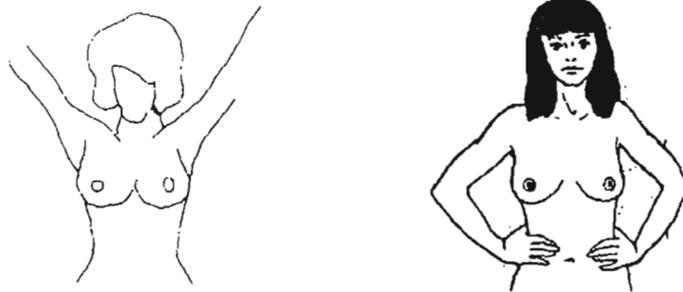
1.- Colocarse delante del espejo. Observar ambas mamas para detectar cualquier alteración como secreciones por los pezones, presencia de arrugas, retracciones o descamación de la piel, etc.



2.- Para detectar cambios en las formas de las mamas, llevar a cabo los siguientes pasos:

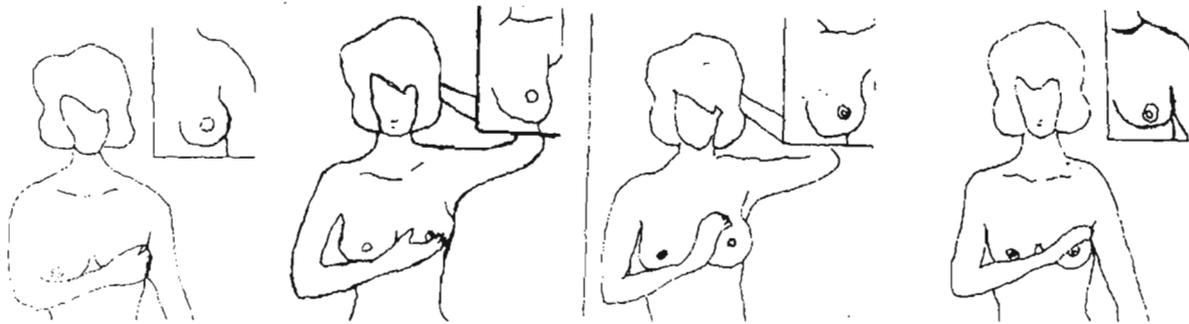
- Observar las mamas en el espejo mientras se levantan las manos por encima de la cabeza

- Colocar las manos sobre la cadera e inclinarse ligeramente hacia el espejo, cuando hombros y codos se desplazan anteriormente



- 3.- Levantar el brazo derecho hacia la nuca y utilizar tres o cuatro dedos de la mano izquierda para explorar cuidadosamente la mama.

Empezar con el borde más externo, presionando las yemas de los dedos en forma de pequeños círculos, que se desplazarán concéntricamente alrededor de la mama, en dirección al pezón. Presentar especialmente atención a la zona entre la mama y la axila y detectar la presencia de adenopatías o masas inusuales.



- 4.-Repetir el procedimiento para la mama izquierda.



5.- Palpar con suavidad ambos pezones, detectar la presencia de secreción, no pellizcarse el pezón.



6.- Repetir el tercer y cuarto pasó en decúbito supino, colocar el brazo derecho detrás de la cabeza y una almohada delgada debajo del brazo derecho. Palpar la mama derecha. Repetir el proceso con la mama izquierda.



7.- Informar al medico si detecta algún nódulo

Sugerencias:

- Todas las mujeres a partir de 20 años deben llevar a cabo esta autoexploración mensualmente.
- Es mejor realizar la autoexploración mamaria en los primeros días que siguen a la menstruación.
- La mayor parte de los tumores mamarios en una población son descubiertos por las pacientes.

Lactancia Materna

Concepto:

Periodo durante el cual el niño se nutre del seno materno

Objetivo:

Es una forma natural de nutrir al lactante estableciendo una relación íntima de madre- hijo.

5.- Palpar con suavidad ambos pezones, detectar la presencia de secreción, no pellizcarse el pezón.



6.- Repetir el tercer y cuarto pasó en decúbito supino, colocar el brazo derecho detrás de la cabeza y una almohada delgada debajo del brazo derecho. Palpar la mama derecha. Repetir el proceso con la mama izquierda.



7.- Informar al medico si detecta algún nódulo

Sugerencias:

- Todas las mujeres a partir de 20 años deben llevar a cabo esta autoexploración mensualmente.
- Es mejor realizar la autoexploración mamaria en los primeros días que siguen a la menstruación.
- La mayor parte de los tumores mamarios en una población son descubiertos por las pacientes.

Lactancia Materna

Concepto:

Periodo durante el cual el niño se nutre del seno materno

Objetivo:

Es una forma natural de nutrir al lactante estableciendo una relación íntima de madre- hijo.

Material y equipo:

- Habitación
- Silla
- Almohada
- Banco
- Sabana

Técnica:

- 1.- Verificar que el niño este con el pañal limpio.
- 2.- Lavarse las manos con agua limpia y jabón.
- 3.- Adoptar la posición que más le acomode (madona, decúbito lateral izquierdo o derecho, de sandía, etc.)
- 4.- Descubrir el pecho con el que va a alimentar al bebé



5.- Él bebé posee un reflejo instintivo que lo hace buscar tu pezón para encontrar comida y se llama reflejo del “hociqueo”. Hasta aproximadamente el décimo día de vida estimula este reflejo golpeando su mejilla más cercana a ti: el niño se volverá hacia tu pecho buscando el pezón.



6.- Si el bebé no volteo al acercarle tu pecho, exprime con suavidad bajo la areola hasta que aparezcan unas gotitas de leche en el pezón y moja sus labios, esto lo animara a abrir la boca



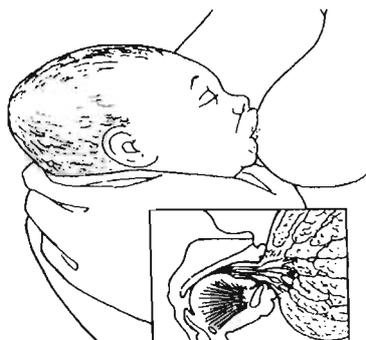
7.- Levanta la cabeza del bebé aproximándola a tu pecho, su barbilla chocando y su lengua bajo el pezón; guía la introducción de este.



8.- Una vez agarrado el bebé, no solo succiona sino que "ordeña" la mama con su mandíbula, exprimiendo los reservorios lácteos de la base de la areola. Si únicamente chupa el pezón, tu estarás molesta y el no obtendrá leche. Si adviertes un dolor penetrante inspira profundamente para relajarte.



9.- Desde donde tu lo ves, él bebé bien agarrado tiene su mandíbula muy abierta y su boca ocupada por completo por la mama. Para saber si esta comiendo adecuadamente, fijate en el movimiento de sus sienes y orejas, que demuestran el esfuerzo de sus músculos maxilares.



10.- La propia succión estimula la liberación mamaria de la leche acumulada. El reflejo de subida o reflujo tibio de la leche suele experimentarse como una sensación de hormigueo inmediatamente después de agarrarse él bebé. Sin embargo no todas las mujeres lo sienten; si el reflejo hace rezumar leche de la otra mama sujeta una compresa sobre ese pezón para recoger el chorro.



11.-Déjalo en la primera mama hasta vaciarla, cuando haya salido toda la leche notarás ese pecho más pequeño y ligero. A menudo él bebé hace una pausa durante la toma y después succiona solo un momento; tras unos minutos sin extraer nada, retíralo para que eructe, no tires del pezón porque te hará daño. Desliza el dedo meñique entre sus labios para interrumpir la succión.



12.-Después de un eructo o dos y tal vez una cabeceada breve, ofrécele el otro pecho. Si tiene bastante hambre vaciara también este o bien succionara solo por placer, que es tan necesario como la leche.



13.- Cuando el niño este satisfecho se queda dormido en tus brazos y se le escapara el pezón de su boca. No te preocupes si crees que no ha tomado bastante leche; confía en su elección de lo que quiere y necesita en cada momento.



Criterios de interpretación:

- En los primeros días después del nacimiento las mamas producen calostro, un alimento rico en proteínas que proporcionan al bebé anticuerpos valiosos contra la infección. Cuando empieces a producir leche alrededor del cuarto día, tu hijo estimulará a tu organismo de forma natural para obtener un aporte suficiente
- Es muy importante que la madre le de su primer leche al recién nacido ya que este es el calostro, y este es rico en anticuerpos y actúa como laxante natural ayudando al paso del meconio
- La clave para una buena producción láctea es amamantar al bebé siempre que lo pida; en los primeros días esto significa cada dos o tres horas. La secreción lactea funciona según un esquema de oferta y demanda: cuanto más a menudo tome el niño y cuanto más saque, más se producirá la leche
- La leche no es igual a lo largo de toda la toma: al principio es más acuosa y alivia la sed del niño; después se hace más espesa, rica en calorías y le proporciona una sensación de plenitud.

- Por ello es tan importante dejarlo de 10 a 15 min. en uno de los pechos en cada toma; de lo contrario, volverá a tener hambre en seguida
- Las glándulas de Montgomery lubrican el pezón y proporciona un sabor y olor que permite al bebé encontrar al pezón
- La cantidad de leche que se produzca, nada tiene que ver con el tamaño de los senos; cada seno tiene de 15 a 20 lóbulos de tejido glandular que es el que produce leche, lo demás es tejido adiposo (graso) depositado en esta zona, lo que lo hace parecer más grande o más chico, según la cantidad de grasa depositada
- Con frecuencia los entuertos también se producen al alimentar al seno, ya que la pituitaria posterior libera oxitocina como consecuencia de la succión del niño.
- La oxitocina produce contracción de los conductos lácteos de los senos, los cuales expulsan calostro o leche y también ocasionan que los músculos uterinos se contraigan
- El descolgamiento de una mama lactante, abandonada a su propio peso, padece: estiramiento de los tejidos y dolor, por un lado y distensiones de los sistemas de supresión (sobre todo del ligamento de Cooper) con evidentes consecuencias estéticas adversas
- Para evitar el estiramiento de los tejidos en la mama, se debe de utilizar un sistema de sujeción sólido, bien ajustado que soporte a toda la mama durante las 24 horas del día en el periodo inicial de la lactancia
- Los bebés de bajo peso al nacimiento, por lo general con edades gestacionales de menos de 34 semanas, no debe intentarse de inmediato la lactancia materna. El esfuerzo en si consume muchas calorías y los lactantes de esta edad tienen un escaso control de su temperatura, ya que casi siempre deben permanecer en una incubadora
- Las madres con bebés de menos de 34 semanas de gestación que están convencidas de amamantar a su hijo deben estimularse para que bombeen o expriman manualmente cada mama por 5 o 10 minutos cada 2 o 3 horas durante el día, y probablemente una vez por la noche. La idea es llevar ventaja a las necesidades del lactante, ya que es más fácil disminuir con rapidez la provisión de leche que aumentarla
- El goteo de la mama es un fenómeno común, sobre todo durante las primeras semanas de lactancia. El llanto de un niño puede inducir el reflejo lactogeno, con goteo subsecuente. El goteo también puede ocurrir durante la actividad sexual, sobre todo al paso del orgasmo. Debe informarse a la madre que esto es normal, y que puede disminuir alimentando al lactante antes del coito
- Cuando hay goteo en la mama que no esta alimentando al lactante un cojín o un pañuelo doblado dentro del sostén ayudara a la absorción de la leche; muchas veces la madre puede preferir que el goteo cese inmediatamente, esto se puede hacer presionando con un dedo o con la palma de la mano contra el pezón o la mama, no ocupados durante los primeros minutos de la alimentación

Sugerencias:

- Orientar a la madre sobre la manera correcta de tomar el seno, la importancia de lavarse las manos antes de lactar al niño, ya que de esta manera se reducirán las enfermedades gastrointestinales del recién nacido
- Evitar el aseo constante de los senos, ya que se puede producir resequedad en la piel o grietas en los pezones
- Con el baño diario es suficiente para el aseo de las mamas
- Ofrecer un espacio de tranquilidad durante la alimentación materna, ya que la madre debe encontrarse tranquila y cómoda
- La alimentación debe ser a libre demanda
- Al término de la alimentación, sacarse una gota de leche y untársela alrededor del pezón y la areola para ayudar a la lubricación
- Alternar los senos durante la alimentación para evitar congestión mamario
- Explicar a la madre todos los beneficios que le ofrece la lactancia materna exclusiva tanto a ella como al bebé
- Habla con el bebé mientras lo amamantas



Posiciones de amamantamiento

Concepto:

Actitud de todo el cuerpo o parte de este en forma precisa para lactar

Objetivo:

Dar mayor comodidad al binomio madre-hijo durante la lactancia materna

Material y equipo:

- Silla o Cama
- Almohada o Cojín
- Sabana
- Habitación
- Banco

Técnica:

- Posición de madona o sentada

1.- Sentarse en una silla con la espalda totalmente recta; colocarse un banco debajo de los pies, para levantarlos y facilitar la posición

2.- Acercarse al pecho al bebé, colocando una almohada o cobija debajo de el, para acercárselo mas al pecho

3.-Colocar al niño con la siguiente posición: abdomen de la madre con el abdomen del bebé de manera que la mano que lo sostenga toque las nalgas del bebé



4.-Verifique que la cara del niño este frente al seno

5.-Con la otra mano sostener el seno en forma de "C", es decir, el dedo pulgar arriba de la areola y los cuatro dedos debajo de la areola

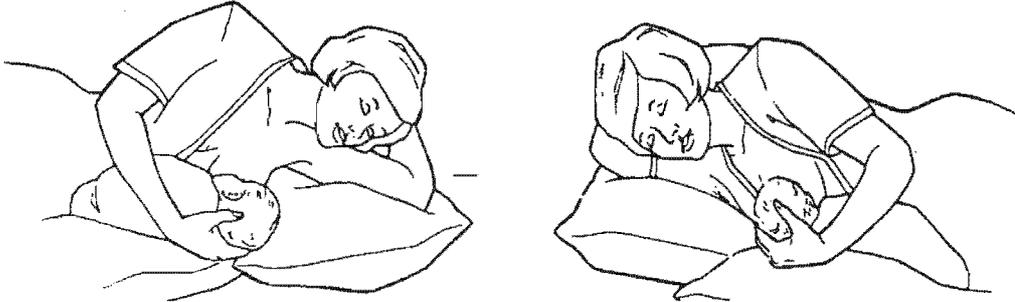


- Posición de decúbito lateral izquierdo o derecho

- Posición de decúbito lateral izquierdo o derecho

1.- Acostar a la madre en decúbito lateral izquierdo o derecho

2.- Acercar al bebé al cuerpo de la madre, que el abdomen de ambos queden juntos



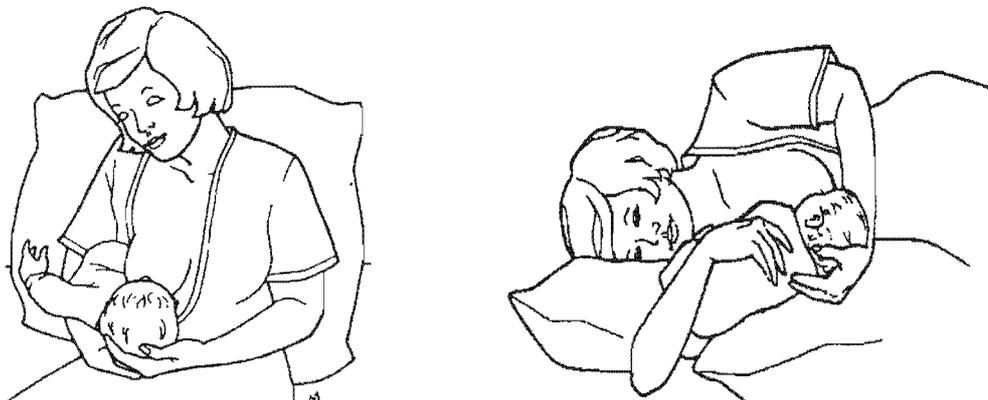
3.- Con la mano sobre la que esta acostada abrazar al niño

4.- Con la otra mano tomar el seno del lado del que esta acostada en forma de "C"

- Posición de sandía o pelota de fútbol americano

1.- Una vez de tener el cuerpo del niño sobre el regazo, se le acomoda a lo largo del costado de la madre con sus piecitos apuntando hacia la espalda, de cualquiera de los dos lados y sosteniéndolo muy cerca de sí con el brazo del mismo lado, tal como los jugadores sostienen la pelota oval

2.- Colocar un cojín debajo del niño para que este no jale o cuelgue del seno



- Posición de pie

1.- La madre esta de pie con el niño colocado a lo largo del cuerpo de la madre y es sostenido por sus brazos

Criterios de interpretación:

- En la posición de decúbito lateral hay menor contacto visual, por lo que no es aconsejable, excepto para la alimentación nocturna
- La posición de sandía es magnífica para estar sentada en la cama o en un sofá grande así como en caso de cesárea

Sugerencias:

- En la posición de madona se sugiere usar una silla con una base o brazo de apoyo, ya que en esta descansará su brazo cuando sostenga al niño
- Se puede evitar o aminorar mucho dolor adoptando diferentes posiciones para el amamantamiento, ya que de este modo la presión y el roce de la lengua del lactante rotara en diferentes áreas del pezón, disminuyendo la posibilidad de que se agriete
- Una vez que los dos son expertos, descubrirás que cualquier postura relajada es buena. La posición de sentada en la cama o en el suelo con las piernas cruzadas es excelente, sobre todo si puedes descansar tu espalda sobre una almohada o mueble.



Formación del pezón

Concepto:

Es la preparación del pezón para una feliz lactancia materna, mediante la realización de ejercicios manuales.

Objetivo:

- Obtener un pezón útil para la lactancia
- Facilitar la succión del recién nacido
- Disminuir la presencia de pezones irritados y dolorosos durante la lactancia materna
- Corregir anomalías como pezón plano, invertido, etc.

Material y equipo:

- Dos jeringas con embolo de 20ml
- Agua limpia
- Jabón
- Toalla
- Un tubo de polietileno de 4mm de ancho por 30 cm. de largo

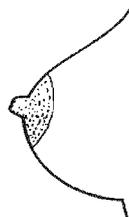
Técnica:

1.- Lavarse las manos con agua limpia y jabón, secárselas con una toalla limpia

2.- Realizar la prueba del pellizco:

Con el dedo índice y pulgar, se toma el pezón por la base, se unen los dedos índice y pulgar varias veces alrededor de la base del pezón, las respuestas pueden ser:

- Reacción normal: Al estimularlo el 60% o más del pezón debe mantenerse erecto o proyectarse más aún



- Plano: El pezón se mantiene plano o parcialmente retraído al estimularlo



- Pseudo invertido: Alrededor del 30% del pezón parece invertido pero se yergue con la prueba del pellizco



- Invertido: El 1% del pezón se retrae o si esta invertido se mantiene así cuando se estimula



3.- Una vez identificado el tipo de pezón realizar los siguientes ejercicios de Hoffman:

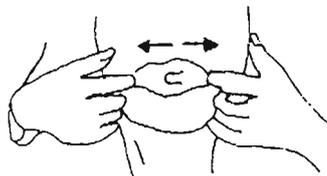
- Con los dedos pulgar e índice, jalar con suavidad el pezón hacia delante

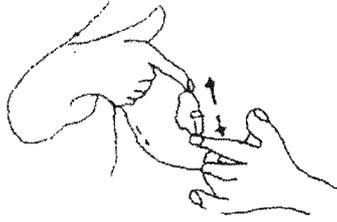


- Con los mismos dedos girar el pezón a la derecha e izquierda



- Colocar los dedos índice de ambas manos a los lados del pezón y estirar hacia a fuera la piel de la areola





- Repetir estos ejercicios varias veces al día durante 10 minutos

4.- Para los pezones planos e invertidos se realizan los siguientes ejercicios:

- A una de las jeringas se les quita el embolo y se une a la jeringa por medio del tubo
- La jeringa que no tiene el embolo se pone encima del pezón, mientras que con la otra se succiona lentamente, para que por medio de la succión se erecte el pezón
- Para desprender el pezón de la jeringa, se introduce el dedo meñique y poco a poco se va retirando
- Repetir el ejercicio cuantas veces sea necesario

Criterios de Interpretación:

- El tamaño, la forma del pezón varían considerablemente de una mujer a otra, y esto puede afectar la lactancia materna.
- El uso de técnicas apropiadas para preparar el pezón ayudará a estimular el flujo sanguíneo, distribuir la lubricación de las glándulas de Montgomery, crear la capa de queratina y desarrollar un pezón que pueda asirse.
- Si los pezones se lavan con otra sustancia que no sea agua su lubricación natural puede desaparecer

Sugerencias:

- A veces los pezones son muy grandes. Si el pezón es tan largo que sobrepasa el paladar duro y llega a tocar el paladar blando, le dará náuseas al bebé o parecerá que lo atraganta. Su manera de reaccionar puede ser luchando: al llevarlo al pecho voltea la cabeza, llora y mueve brazos y piernas. Esto se puede corregir alejando al niño un poco del pecho
- Las compresas con hielo aplicadas al pezón exactamente antes de iniciar la alimentación, puede aumentar la contractilidad
- El uso de la técnica de Hoffman, y utilizar un protector para las mamas entre una alimentación y otra, ayuda a la contractilidad posparto

Pezones irritados

Concepto:

Son fisuras dolorosas en el pezón que pueden culminar en mastitis.

Criterios de interpretación:

- Si la irritación de pezones persiste puede deberse a una infección por *Candida Albicans* en la boca del bebé; siempre que una mujer tenga dolor en los pezones revise la boca del niño
- Un niño con algodoncillo tienen la lengua cubierta de lecciones blancas que se asemeja a la leche coagulada en los carrillos. Si no está seguro de que si es leche o es infección trate de quitarlos. Si lo logra hacer fácilmente, entonces es leche; en caso contrario muy probablemente se trata de algodoncillo.

Sugerencias:

- En caso de que aparezca hipersensibilidad o irritación de los pezones, es necesario tratarlos adecuadamente antes de que ocurran abrasiones o ulceraciones
- Evitar el jabón, alcohol y tintura de benzoina al hacer la limpieza de las mamas
- Usar el protector del pezón
- Exponer las mamas al aire tanto sea posible, y tomar en cuenta exposiciones breves a la luz solar
- Asegúrese de que el niño succione la areola completa y no solo la punta del pezón
- Al lactante debe de amamantar primero del lado menos irritado
- Amamantar al niño con más frecuencia. Esto es útil porque las mamas no se llenan en exceso y porque el lactante menos hambriento succiona con menos vigor
- Cambiar la posición de lactancia en cada alimentación. Esto ayuda a que la presión máxima sea en áreas distintas cada vez
- Cerciorarse de que el niño no tenga aftas, ya que esta situación puede agravar la irritación de los pezones maternos
- Hacer esfuerzos conscientes para relajarse antes de cada alimentación, ya que los pezones hipersensibles pueden causar suficiente aprensión y tensión como para que se inhiba el reflejo lactógeno
- Si se sigue la mayoría de los pasos delineados con anterioridad se lograra un alivio considerable; la irritación desaparecerá en varios días y no progresara.
- Si los pezones se irritan tanto como para hacer que el amamantamiento sea imposible, debe sugerirse que la madre se exprima manualmente su leche

- Una interrupción breve de la alimentación materna resolverá el problema la mayoría de las veces

Extracción manual de leche materna

Concepto:

Son las maniobras que se realizan para la extracción de leche a través de la manipulación externa de las mamas.

Objetivo:

- Proporcionar alimentos al lactante cuando por alguna razón no pueda ser alimentado al seno materno
- Evitar congestión mamaria

Material y equipo:

- Agua tibia y limpia
- Toalla
- Vaso (recipiente) estéril y/o limpio
- Cinta adhesiva para etiquetar

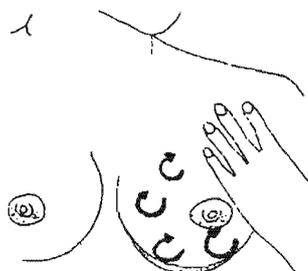
Técnica:

1.- Lavarse las manos con agua y jabón

2.- Séquese las manos con una toalla o trapo limpio

3.- Etapa de estimulación:

- Iniciar el masaje en la parte superior del seno, oprimiendo firmemente hacia la caja torácica y realice movimientos circulares con los dedos en los mismos puntos y en dirección a las manecillas del reloj



- Después de unos cuantos segundos proceda a otra área del seno



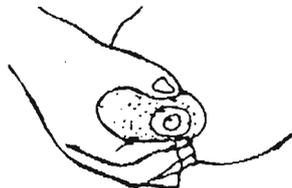
- Forme un espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola



- El movimiento es similar al que se usa en el autoexamen del seno
- Se sacude suavemente ambos senos, inclinándose hacia delante, la fuerza de gravedad ayuda al descenso de la leche

4.- Etapa de extracción:

- Coloque el pulgar y los dedos índice y medio aproximadamente de 3 a 4 cm. detrás del pezón
- Coloque el pulgar por encima y los dedos debajo del pezón formando una letra "C" con la mano



- Coloque los dedos de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos

- Empuje los dedos hacia la caja torácica



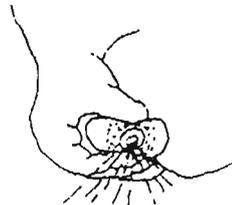
- Gire con los 4 dedos en oposición al pulgar como imprimió las huellas digitales en una hoja de papel
- Con movimientos giratorios oprima y vacíe los depósitos de leche sin maltratar los tejidos del pecho que son muy sensibles
- De masaje, frotamiento y sacuda suavemente los senos

5.-Etapa de Recolección:

- Coloque el recipiente de plástico en una superficie firme y por debajo del pecho
- Presione con ambos dedos índices, la areola y el pezón de manera cordial directamente hacia el frente



- Extraiga nuevamente la leche de cada pecho durante 3 – 5 min.



- Tape el recipiente una vez extraída la leche y etiquetarla con la fecha.

Criterios de interpretación:

- La acumulación residual de leche en los sistemas conductores provoca congestión en los tejidos mamarios
- Las mamas siempre deben ser suaves, más que duras e irregulares. Algunas veces las madres notan la presencia de una bola dolorosa o un punto hipersensible en su mama, que a menudo se acompaña de enrojecimiento. Por lo general esto indica que uno o más de los conductos se ha bloqueado por la secreción láctea trasvasada. Si también hay fiebre, el diagnóstico probable es una infección temprana de la mama. El tratamiento consiste en la continuación de la lactancia, permitiendo que el lactante succione primero del lado afectado para asegurar un buen drenaje y evitar el llenado excesivo
- La leche recolectada en el refrigerador dura 24 horas y en el congelador dura hasta 3 meses

Sugerencias:

- Lavar bien las manos con agua y jabón, así como el vaso donde se va a depositar la leche
- Tapar el vaso para que no entren agentes patógenos y provoquen enfermedades gastrointestinales
- Retirar el sostén del seno para evitar que se contamine la leche
- Durante los ejercicios para la extracción, evitar jalar el pezón con fuerza, ya que puede provocar daños a la piel
- Recordar a la madre que no debe olvidar etiquetar el recipiente donde deposita la leche
- Para calentar la leche nunca use microondas, siempre hágalo en baño María para que no se destruyan los nutrientes
- Enseñar a la madre la técnica del vasito para ofrecer la leche al niño

Como uno de los objetivos es evitar la congestión mamaria podemos decir que:

- Muchas mujeres utilizan, como alternativa el vendaje compresivo de las mamas con la técnica en forma de 8, bastante apretado y que deja al descubierto el pezón y la areola (en aquellos casos de gran ingurgitación ya que disminuye notablemente las molestias)
- La aplicación de calor local, se trata de otro remedio clásico, pero siempre efectivo, en forma de duchas o compresas calientes
- La restricción de la ingesta de líquidos (incluso la administración de un diurético suave puede ser una medida eficaz)
- Este problema es más frecuente en mujeres blancas y de piel rosada que en las mujeres de piel negra, en las que el epitelio, sobre todo la epidermis es de mayor grosor. Así mismo incide más en mujeres primíparas que sobre las multiparas, debido a la mayor rigidez del epitelio de las primeras

- Para evitar la congestión mamaria se debe alimentar al bebé frecuentemente para promover el drenaje y disminuir la tensión láctea. También puede usarse el masaje de mamas y la expresión manual, sobre todo cuando el bebé esta somnoliento, o cuando no succiona vigorosamente
- La aplicación de compresas húmedas calientes proporciona alivio, a pesar de que muchas madres prefieren compresas frías después de amamantar
- Cuando la madre tiene demasiada leche y de esta mana demasiado aprisa debido a un fuerte reflejo de eyección, la leche llena la boca del bebé muy rápido y lo atraganta; En este caso, la madre debe sacarse un poco antes de alimentarlo todo esto puede parecer como que el bebé rechaza el pecho, y sin embargo en la mayoría de los casos, la madre tiene mucha leche.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL ÚTERO EN PACIENTES PUERPERAS

Valoración del fondo uterino

Concepto:

Es la valoración del encogimiento normal del útero, después de llevar a cabo su propósito funcional; o es el propósito por medio del cual se contrae el útero disminuyendo su tamaño y peso.

Objetivo:

Determinar la ubicación y firmeza del útero

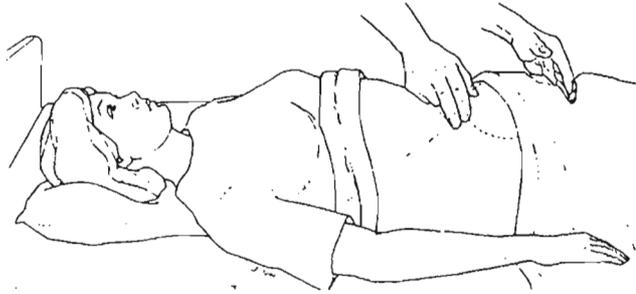
Material y equipo:

- Cama
- Sabana
- Guantes

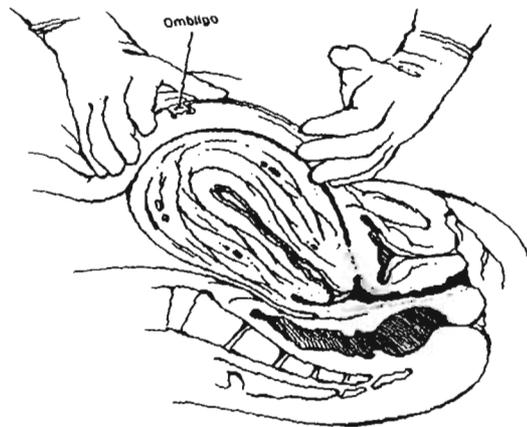
Técnica:

- 1.- Explicar el procedimiento a la madre
- 2.- Solicitar a la paciente que vacíe la vejiga si no lo ha hecho recientemente
- 3.- Colocarla en posición supina con las rodillas ligeramente flexionadas (para relajar los músculos abdominales)
- 4.- Ponerse los guantes, quitar el apósito perineal y observar los loquios mientras se palpa el fondo del útero
- 5.- Para determinar la firmeza del útero. Colocar una mano sobre el segmento uterino inferior y, con la otra, palpar el abdomen hasta ubicar el fondo uterino.

Determinar si esta firme (de lo contrario dar un ligero masaje hasta que se sienta firme)



6.- Determinar la altura del fondo, medir su altura en dedos, arriba, abajo o en el ombligo



7.- Determinar si el fondo esta en la línea media, la desviación indica vejiga llena

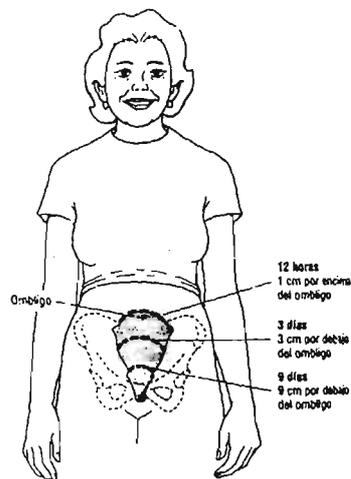


8.- Registrar consistencia y ubicación. La consistencia se registra como fondo firme con masaje o fondo blando; se anota la altura del fondo como sigue O-2 u O+2, es decir dos dedos por debajo o arriba del ombligo

Criterios de interpretación:

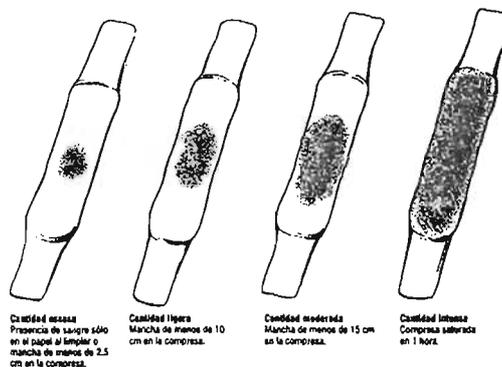
- Los cambios en la posición del fondo uterino son:

1 -2 hrs.	Entre el ombligo y la sínfisis del pubis
12 hrs.	En el ombligo o 1 cm. por encima de él
3 días	3 cm. por debajo del ombligo (el descenso continua a 1 cm. por día)
9 días	No es palpable por encima de la sínfisis



- Los loquios se evalúan en cuanto a su cantidad y su aspecto, así como su olor en busca de fétidez propias de las infecciones por gérmenes anaerobios:

Loquios hemáticos	1 – 3 día	Rojo brillante, moderados
Loquios serohemáticos	4 – 9 día	Pardo rosados, ligeros
Loquios serosos	10 -21 día	Blanco cremoso, escasos



Cantidad escasa
Presencia de sangre sólo en el papel al limpiar o mancha de menos de 2.5 cm en la compresa.

Cantidad ligera
Mancha de menos de 10 cm en la compresa.

Cantidad moderada
Mancha de menos de 15 cm en la compresa.

Cantidad intensa
Compresa saturada en 1 hora.

- La consistencia del cuerpo del útero ha de ir percibiéndose progresivamente más dura
- El útero puerperal sano no debe de doler a la presión, solo se percibirá una molestia con la palpación profunda
- El útero grande y blando indica la presencia de coágulos en su interior
- El útero se aproxima al tamaño que tenía antes del embarazo en un plazo de 5 a 6 semanas. Posterior al parto el útero pesa 1000gr. a 1200gr., su peso disminuye a 500gr. a la semana, a 300gr. a las dos semanas y a 100gr. después de la tercera semana. Esta disminución de peso no es causada por la disminución del número de células musculares, sino porque estas se vuelven más delgadas, al disminuir los estrógenos y progesterona después del desprendimiento de la placenta, las células uterinas se atrofian y empieza a corregirse la hiperplasia del embarazo
- Algunos factores que fomentan la involución son el trabajo de parto y parto no complicados, expulsión completa de los productos de la concepción, alimentación al pecho y la deambulación temprana
- La sensación de entuertos puede producirse durante las contracciones uterinas cuando se expulsan los coágulos de la cavidad uterina
- Las multíparas o primíparas que tuvieron gran distensión uterina, su fibra miometrial es menos capaz de mantener un tono muscular uniforme, por lo que se hacen más frecuentes las contracciones reactivas a una relajación.
- La retención de retos uterinos provocan también estas contracciones , a través de una acción irritativa de los productos de degradación orgánica sobre la pared uterina
- La recurrencia de sangrado a los 10 días del parto sugiere hemorragia del sitio placentario; después de 3 o 4 semanas, podría ser causado por infección subinvolucion
- Los loquios serosos continuos, acompañados de fiebre, dolor o sensibilidad abdominal además de mal olor sugieren endometritis

Sugerencias:

- Si a la mujer se le explica el procedimiento y el porque se lleva a cabo, la paciente va a cooperar mejor y su ansiedad se reduce
- Se debe de observar el color y olor de los loquios, ya que esto nos indica si hay alguna infección
- Se debe de tomar en cuenta la cantidad de sangrado para evitar hemorragias
- La paciente debe deambular, ya que si no camina, la sangre se va acumulando y cuando la paciente se levante, siente el escurrimiento de la sangre acumulada y le produce ansiedad, pero no debe de confundirse con hemorragia posparto
- La primera vez que la paciente se levante, es conveniente que cuelgue las piernas sobre un lado de la cama durante algunos minutos. La enfermera valora su estado y verifica si esta mareado o débil.

- Después procede a ayudarla a pararse y a caminar algunos pasos, para determinar si tiene equilibrio, la acompaña al baño o a la silla y permanece cerca de ella para ayudarla de inmediato en caso de que se sienta débil o se vaya a desmayar
- Puede localizarse el fondo del útero mediante la palpación aproximadamente a la mitad de distancia entre la sínfisis del pubis y el ombligo a nivel de la línea media

Masaje al fondo uterino

Concepto:

Es el frotamiento del útero para que se contraiga

Objetivo:

Contraer el fondo del útero

Material y equipo:

- Cama
- Sabanas
- Guantes

Técnica:

- 1.- Explicar el procedimiento y por que se lleva a cabo; informar a la paciente que puede causarle molestias; darle apoyo
- 2.- Recostar a la paciente de espaldas con los pies juntos y las rodillas separadas
- 3.- Dar apoyo a la parte inferior del fondo con una mano, colocar la otra mano sobre el fondo y hacerla girar o dar masaje con suavidad hasta que el fondo se sienta firme
- 4.- Cuando el fondo se sienta firme, se aprieta con suavidad con ambas manos



- 5.- Observar si hay hemorragias o coágulos en la vagina, estimar la cantidad
- 6.- Continuar el masaje intermitente y la observación de la hemorragia si el fondo no se contrae de inmediato
- 7.- Notificar al medico si el fondo no permanece firme o continua la hemorragia abundante

Criterios de interpretación:

- El masaje uterino estimula la contracción del músculo uterino y disminuye la hemorragia; la expresión de los coágulos permite que la contracción uterina sea más enérgica
- La presencia de loquios excesivos, coágulos y entuertos intensivos, hablan de hemorragia posparto
- El vaciamiento de la vejiga permite la contracción uterina
- Se tendrá cuidado de no aplicar masaje en exceso, pues fatigarías al músculo y daría por resultado atonía.
- Si se sospecha la presencia de coágulos, una vez que el fondo esta firme se puede tomar suavemente y colocarlo a la mitad del abdomen, se ejerce luego presión hacia el canal pélvico para expulsar los coágulos que fueron vaciados del útero al segmento uterino inferior a la vagina durante el masaje

Sugerencias:

- Se instruye a la mujer y se le anima para que se aplique masaje suave al útero a intervalos con objeto de fomentar la contracción uterina
- En el masaje uterino se debe de poner una de las manos que se sostenga contra la parte superior del hueso pubico para prevenir que el útero se invierta o sufra prolapso

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Micción

Concepto:

Es el proceso de vaciado de la vejiga urinaria

Objetivo:

Evitar la distensión abdominal

Material y equipo:

- Agua tibia
- Cómodo
- Guantes
- Recipiente

Técnica:

1.- La enfermera deberá preguntar a la paciente diariamente si ya orino, o si presenta disuria, polaquiuria o sensación de escozor al orinar

2.- Explique a la paciente lo que se le va realizar y el porque se lleva a cabo

3.- Colocar a la paciente en decúbito dorsal, asegurándose de que este cómoda

4.- Valorar la vejiga con frecuencia con el fin de determinar si esta llena y esto lo podemos comprobar observando por encima de la sínfisis del pubis un abultamiento en la parte frontal del útero o palpando la región hipogástrica por arriba de la sínfisis del pubis, tocando un útero desplazado y palpando la vejiga

5.-En caso de que la paciente no haya miccionado durante las primeras horas siguientes al parto y/o que la enfermera haya palpado que la vejiga este llena ayudar a miccionar a la paciente por medio de técnicas que faciliten el vaciado de la vejiga

6.- Tener el equipo a la mano

- 7.- Ponerse guantes
- 8.- Retirar la toalla del perineo
- 9.- Colocar el cómodo debajo de los glúteos de la paciente
- 10.- Medir el agua tibia que vamos a utilizar
- 11.- Vaciar el agua tibia sobre el perineo
- 12.- Medir la cantidad de orina, restándole el líquido de agua que vaciamos sobre el perineo
- 13.- Valorar nuevamente la vejiga para cerciorarse si quedó vacía, y esto lo podemos saber percutiendo el área suprapúbica y si se escucha un ruido mate quiere decir que la vejiga sigue llena o que no está vacía completamente
- 14.- Vigilar cuidadosamente la ingesta y excreta de líquidos
- 15.- En caso de que la paciente no haya podido miccionar se procede al sondeo vesical

Criterios de interpretación:

- El flujo plasmático y el filtrado glomerular regresan a los valores pregestacionales en las primeras 6 semanas
- Existe poliuria durante los primeros 10 a 14 días puerperales, más intensa en los días del puerperio precoz, donde alcanza los 4 litros diarios
- En ocasiones ocurre hematuria resultante del traumatismo vesical después del parto. Si sobreviene durante la tercera o cuarta semana después del parto podría haber infección vesical
- El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico inmediatamente después del parto, lo que puede ocasionar sobredistensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, muchos de estos efectos disminuye a las 24 hrs.
- Se debe evitar la distensión de la vejiga porque pone en peligro el tono vesical normal y puede conducir el desarrollo de orina residual, una cantidad que normalmente se queda en la vejiga sin expulsarse. La orina residual puede convertirse en un excelente medio para la multiplicación bacteriana. Una vejiga distendida también puede interferir con la contracción normal del útero y predisponer a la paciente a una hemorragia
- El vaciamiento correcto de la vejiga se recupera en 5 – 7 días después de que desaparezca la hinchazón y la tumefacción de los tejidos.
- De 1500ml de orina aumenta a 3000 ml más.

- Esta diuresis aumentada en los primeros días del puerperio favorece a la eliminación del exceso de agua retenida durante la preñez y contribuye a disminuir el peso de la puérpera
- Durante el puerperio la vejiga desciende a su posición normal
- La mucosa de la vejiga después del parto muestra grado variable de edema e hiperemia con reducción de tono; esto produce percepción ante el aumento de presión, aumento de capacidad, sobredistensión con incontinencia por retención excesiva y vaciamiento incompleto de la vejiga
- Al llenarse la vejiga de orina en forma gradual sobresale por encima de la sínfisis de pubis y se observa como un abultamiento en la parte frontal del útero
- Cuando hay distensión vesical incluye una micción inicial de 300 ml, aumento de flujo de loquios y un ruido mate en vez de timpanito al percutir el área suprapúbica
- La diuresis y diaforesis ayudan al cuerpo a eliminar la cantidad añadida de líquidos que se acumulan en los tejidos
- El edema general se resuelve en las primeras semanas, así como el equilibrio de electrolitos y líquidos
- La vejiga de la mujer en el puerperio tiene mayor capacidad y pierde el tono muscular; además durante el parto podría producirse edema y traumatismo en la uretra, la vejiga y el tejido que rodea el meato urinario
- La anestesia de conducción del parto, también podría impedir la micción
- La vejiga de la paciente se llena con rapidez por la administración de líquidos intravenosos administrados durante el parto

Sugerencias:

- En caso de que no se produzca la micción con los procedimientos antes mencionados se espera hasta 24 hrs. antes de sondar a la paciente
- Otras opciones para hacer que la mujer micciones son:
 - a) Ruido de agua con la llave abierta
 - b) Calor húmedo en el hipogastrio
 - c) Pequeño enema con agua tibia
- Registrar la cantidad urinaria y su frecuencia
- Cuando la vejiga se distiende excesivamente la paciente no puede orinar o solamente emite pequeñas cantidades de orina

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN VULVOPERINEAL

Aseo Vulvo-perineal

Concepto:

Son maniobras que se realizan para mantener limpia la vulva y la región perineal durante el puerperio.

Objetivo:

Proporcionar las condiciones propicias para una cicatrización apropiada de la región perineal

Disminuir la irritación y el olor desagradable del perineo

Favorecer la resolución y evitar infecciones

Material y equipo:

- Jabonera con gasas y jabón
- Toallas de baño
- Sabanas
- Guantes
- Frasco de agua tibia
- Papel de baño
- Apósitos perineales
- Recipiente para material sucio
- Palangana

Técnica:

- 1.- Explicar el procedimiento a la paciente
- 2.- Correr la cortina alrededor de la cama del usuario o cierre la puerta de la habitación

3.- Levante la cama para tener una posición de trabajo cómoda. Baje la barandilla y ayude al paciente a ponerse de lado, colocando una toalla a lo largo del costado del paciente y manteniéndolo cubierto con la sabana de baño

4.- Ponerse los guantes desechables y quitar la toalla sanitaria de adelante hacia atrás

5.- Si hay materia fecal, recójala con un pañuelo de papel o un pañal y deposítela en el recipiente de material sucio. Lave las nalgas y el ano, desde el ano hacia fuera. Lave, aclare y seque completamente el área. Si es necesario coloque un paño absorbente bajo las nalgas del paciente, al terminar de lavar quite el paño absorbente y sustitúyalo por uno limpio

6.- Cámbiese los guantes en caso de estar muy sucios

7.- Doble la sabana de encima hacia los pies de la cama y levante la bata del paciente por encima del área genital

8.- Ponga la sabana de baño en forma de rombo con un vértice entre las piernas del paciente, dos hacia ambos lados de la cama y el tercero sobre el tórax del paciente. Coloque los vértices laterales alrededor de las piernas del paciente y bajo las caderas

9.- Ayude a la paciente a colocarse en decúbito dorsal, baje la barandilla y ayude a flexionar las rodillas y separar las piernas. Tenga en cuenta las restricciones o limitaciones de movilidad

10.- Levante el ángulo inferior de la sabana de baño que esta entre las piernas del paciente y dóblelas sobre el abdomen. Lave con gasas jabonosas y seque la parte superior de los muslos, deseche las gasas sucias

11- Lave los labios mayores. Utilice la mano no dominante para separar con cuidado los labios; y con la mano dominante lave con cuidado los pliegues cutáneos con gasas con jabón. Lave desde el perine hasta el recto (de adelante hacia atrás), posteriormente enjuague y seque

12- Separe los labios con la mano no dominante para exponer el meato urinario y el orificio vaginal, con la mano dominante lave hacia abajo desde el área pubica al recto con un movimiento uniforme

13-Lave alrededor de los labios menores, clítoris y orificio vaginal

14- Si la paciente utiliza un empapador, vierta agua caliente sobre el área perineal. Séquela completamente utilizando el método de adelante hacia atrás

15- Vuelva a poner la punta de la sabana de baño sobre el perine, entre las piernas de la paciente, indique que baje las piernas y que adopte una posición cómoda

16- Se le proporciona una toalla sanitaria limpia para que se la ponga

Criterios de interpretación:

- Las secreciones que se acumulan en la superficie de la piel que rodea los genitales actúa como un reservorio para las infecciones
- La zona que se encuentra por arriba del perineo se considera limpia y la zona inferior contaminada

Sugerencias:

- El agua debe estar caliente pero no tanto ya que puede dañar los tejidos perineales delicados
- Los procedimientos en relación con los órganos de reproducción pueden producir vergüenza; es por eso que debe cubrirse con una sabana doblada en triángulo para evitar la exposición inmediata
- El lavado vulvo-perineal es importante para la paciente, ya que se va a sentir más cómoda y disminuye el riesgo de infección
- El lavado vulvo-perineal debe comprender un lavado completo de genitales externos y de la piel que le rodea
- Debe secar el ano y las nalgas con una toalla, ya que la humedad causa irritación y proliferación de bacterias
- Lave de adelante hacia atrás, o sea desde la sínfisis del pubis hasta el área anal
- Decir a la paciente que lave bien las manos antes y después de ponerse su toalla sanitaria
- Valore la cantidad y el color de loquios con cada cambio de toalla sanitaria

Valoración del perineo

Concepto:

Es la valoración de la región tisular entre el ano y la vagina

Objetivo:

Observar el traumatismo del perineo y el avance de la resolución

Material:

- Sabana
- Guantes
- Aposito perineal

Técnica:

- 1.- Proporcionar privacidad, explicar el objetivo del procedimiento
- 2.- Ponerse guantes para protegerse de los líquidos corporales
- 3.- Pedir a la paciente que gire sobre un lado y flexione las piernas de encima; bajar el aposito perineal, levantar el glúteo que se encuentra en la parte superior; de ser necesario utilizar una lámpara para inspeccionar el perineo



- 4.- Observar si hay edema o hematomas
- 5.- Examinar si se ha producido REESA (enrojecimiento, equimosis, edema, secreción y aproximación) en la episiotomía o en la laceración
- 6.- Observar si hay hemorroides por extensión del edema (podría interferir con la defecación)
- 7.- Aplicar un aposito limpio
- 8.- Desechar el material sucio y lavarse las manos

Criterios de interpretación:

- Generalmente la vagina se ve edematosa y lastimada, la abertura se separa cuando aumenta la presión intraabdominal por ejemplo al toser.

- A la tercera semana del puerperio la vagina retoma su apariencia previa al embarazo, aunque con cierta relajación de los tejidos
- El aspecto amoratado de la vagina se debe a la congestión pélvica; los bordes desgarrados del himen no se vuelven a unir, sino que más bien se conservan separados y cicatrizan. Hacia la tercera semana del puerperio, el tamaño de la vagina disminuye y empiezan a repararse las arrugas de la misma, así como mejorar el tono y contractibilidad del orificio vaginal
- La lubricación de la vagina se recupera de la sexta a la décima semana
- El perineo se distiende y adelgaza para amoldarse al tamaño del niño. Los músculos del suelo pélvico se distienden en exceso y se debilitan
- El observar las suturas perineales ayuda a la detección precoz de infecciones locales como la de problemas no infecciosos de las suturas (hematoma, dehiscencias, etc.)
- Debido a la episiorrafia, la paciente presenta dificultad en la de ambulación, en el asiento e incluso interfiere en la eliminación, fundamentalmente en la defecación
- Las hemorroides son otra fuente de dolor perineal, así como también los hematomas
- Los hematomas son causados por alteraciones en el mecanismo de alumbramiento o lesiones en las partes blandas

Sugerencias:

- Durante el puerperio inmediato realizar un lavado perineal, vertiendo agua tibia sobre el perineo, haciéndola fluir desde arriba hacia abajo(es mejor con un producto antiséptico muy diluido)
- Cuando menos una vez cada turno se debe revisar el perineo, ya que se puede desarrollar lentamente un hematoma en el área
- Existen varias posturas para evitar la compresión directa sobre el perineo
 - a) apretar las masa glúteas, juntándolas antes de sentarse
 - b) Utilizar posturas de asiento lateral, evitando apoyarse en la parte más afectada
 - c) Utilizar asientos especiales, al modo de las tapaderas de los inodoros, o bien ruedas de corcho, espuma o neumáticas, instaladas sobre el asiento
- Los ejercicios de kegel ayudan a aumentar el tono vaginal, ya que esta queda flácida y distendida después del parto. Dichos ejercicios consisten en contraer los músculos del perineo con suficiente fuerza para detener el chorro de orina. Las contracciones se mantienen durante algunos segundos y después se efectúa la relajación. El ejercicio se repite varias veces entre las micciones, en dos a cuatro series diarias
- Los ejercicios de Kegel facilitan la cicatrización del perineo y ayudan a restaurar el tono muscular al aumentar la circulación y la actividad muscular isométrica.

- Se refuerza el músculo pubococcigeo, lo que ayuda a evitar la incontinencia urinaria por tensión y la relajación pélvica, esto favorece la capacidad para alcanzar el orgasmo
- Se indica un laxante suave o supositorios de glicerina a las 36 o 48 horas posparto en caso de que haya hemorroides
- Se aplica calor para reducir las molestias de la madre ya que aumenta la circulación de sangre en el área del perineo y se relajan los tejidos
- También se puede aplicar un paquete de hielo sobre el área perineal cubierta con una toalla para evitar quemaduras, esto se hace durante las dos horas posteriores al parto para disminuir la formación de edema y ayudar a la comodidad; después de las 2 horas es para proporcionar un efecto anestésico. Se puede hacer una bolsa de hielo poco costosa, llenando un guante de látex desechable con hielo y cerrando la parte de la muñeca.
- El tratamiento con frío en forma inmediata después del parto, alivia de manera eficaz el dolor y favorece la vasoconstricción para reducir la hemorragia y el edema, limitando así la gravedad de los traumatismos a los tejidos. El tratamiento de las bolsas de hielo son durante 30 minutos, dejando transcurrir de 30 a 60 minutos, la exposición al frío por lapsos mayores de una hora desencadenan un efecto secundario
- Para mitigar las molestias en el pasado se usaba el calor seco de una lámpara para secar el perineo y aumentar la circulación sanguínea, a manera de favorecer la resolución y la comodidad de la paciente: Hoy en día su uso es poco frecuente por el riesgo de quemaduras; en caso de utilizar la lámpara de calor seco se debe de revisar la lámpara en busca de defectos, luego colocarla a 50 cm. del perineo, usarse tres veces al día durante periodos de 20 minutos, cubrir a la mujer con una sabana
- Observar el estado de las suturas perineales ya que este indicador clínico se refiere a la episiorrafia como a las suturas de desgarros perineales

Baños de asiento

Objetivo:

Favorecer la resolución de la episiotomía mediante la aplicación de calor húmedo

Material y Equipo:

- Dispositivos para baño de asiento

- Toalla limpia
- Aposito perineal limpio



Técnica:

- 1.- Lavarse las manos, explicar el procedimiento y proporcionar privacidad
- 2.- Valorar el estado de la paciente. Analizar si el procedimiento es adecuado
- 3.- Colocar el dispositivo en el asiento del inodoro; llenar la bolsa con agua tibia; colocarla de forma que el agua fluya por los tubos constantemente
- 4.- Ayudar a la paciente a dirigirse al baño; ayudarla a quitarse el aposito y sentarse en la tina. Indicarle que abra la pinza del tubo para permitir que el agua siga fluyendo en la tina. Una abertura de escape permite que el agua se derrame dentro del inodoro. Permanecer en el baño durante 20 minutos.
- 5.- Al terminar, ayudar al paciente a secarse el perineo con toque ligeros, aplicar un aposito perineal limpio (del frente hacia atrás)
- 6.- Auxiliar al paciente a regresar a su habitación (de allí a una silla o a la cama)
- 7.- Registrar en el expediente que se ha dado un baño de asiento, el estado de la paciente, y el estado del perineo

Criterios de interpretación:

- Los baños de asiento constituyen un método efectivo para aplicar calor húmedo al perineo

- Los baños de asiento deben prepararse con agua clara, o en todo caso con algún antiséptico general muy diluido, con temperatura tibia e incluso caliente, si es que se busca un efecto local antiinflamatorio y relajante. Sin embargo, en el supuesto de que existan hemorroides, se recurre a los baños de asiento fríos, que alivian el dolor al reducir la congestión sanguínea por una acción vasoconstrictora tras el baño de asiento, se recomienda la aplicación de pomadas o ungüentos antihemorroidales, que suelen estar compuestos de sustancias anestésicas, están combinadas con otros antiinflamatorios, siempre de efecto local
- Los signos y síntomas clínicos de un hematoma en el perineo son los siguientes:
 - a) Dolor punzante espontáneo y pulsátil en el punto de la infección. También dolor intenso a la presión
 - b) Enrojecimiento de los bordes de la herida, con frecuentes apariciones de equimosis
 - c) Edema en la zona afectada
 - d) Emisión a través de los bordes decientes, de un líquido serosos o purulento
 - e) Febrícula y malestar generalizados

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DE LOS FACTORES EMOCIONALES DURANTE EL PUERPERIO FISIOLÓGICO.

Además de la multitud de cambios fisiológicos que se producen durante el período posparto, es frecuente que la madre, su pareja y los miembros de la familia se vean desbordados por una serie de cambios psicosociales.

Es frecuente que la mujer esté tan cansada por el trabajo de parto y parto que todo puede parecerle insuperable. Para evitar clasificar de manera inadvertida a la madre muy cansada como una mujer que podría tener un problema con el establecimiento de lazos, la enfermera debe efectuar la valoración psicológica de ésta durante más de una ocasión. Después de una siesta la nueva madre suele encontrarse bastante más receptiva para su lactante y el medio que la rodea.

Algunas nuevas madres tienen poca experiencia o ninguna con los lactantes, y pueden sentirse totalmente abrumadas.

Adaptaciones a los papeles de madre

Las nuevas madres que carecen de experiencia, quizá encuentren ciertas dificultades al cuidar del niño debido a falta de conocimientos y experiencia.

Con la práctica, esta capacidad aumenta al igual que la autoestima, lo cual favorece una respuesta emocional positiva hacia el niño.

Es probable que los padres que tienen tensiones de vida significativa, dificultades socioeconómicas, problemas de salud y complicaciones relacionadas con el embarazo, no se adapten con tanta eficacia a su nuevo papel.

La mala adaptación se debe a que ambos padres responden de manera ineficaz o inadecuada a las necesidades del niño. Las personas que no desarrollaron una sensación de competencia personal y tienen poco control de sus vidas, con frecuencia presentan dificultades de adaptación de este tipo.

Ante la paternidad, el padre también presenta respuestas positivas o negativas de adaptación.

La adaptación materna ha sido descrita por Rubin como una fase de dependencia y otra de autosuficiencia:

- La primera se inicia inmediatamente después del parto y dura de pocas horas hasta dos días. Se caracteriza por un comportamiento pasivo y dependiente.

La madre se concentra en sus propias necesidades y sólo le preocupa la salud general de su hijo; a menudo repasa constantemente su experiencia del parto y el nacimiento.

- La segunda fase es la de autosuficiencia. La madre está lista para afirmar su independencia, toma la iniciativa y esta lista para participar en los cuidados del pequeño, con frecuencia su nuevo papel la agota y expresara su ansiedad por ello.
- La tercera etapa es la de independencia. La mujer asume su posición en casa y su papel de madre. En ocasiones lo que se le exige conduce a una depresión leve.

Adaptación de los hermanos. La respuesta de los hermanos ante el recién nacido depende de la edad y el desarrollo de aquéllos. Los menores podrían considerarlo como un competidor y temer ser reemplazados en el afecto de sus padres. Se supone que es beneficioso.

Se cree que la participación temprana reduce la ansiedad, los celos y la rivalidad del niño hacia su nuevo hermano. La conducta negativa que con frecuencia se observa es la regresión a comportamientos más infantiles, como chuparse el dedo o mojar la cama. Algunos muestran celos y frustración cuando ven a su madre abrazando y alimentando al recién nacido. Tanto ambos padres como los abuelos deben tener especial cuidado en prestar atención a los hermanos mayores.

Unión entre padres y recién nacido.

Inmediatamente después del nacimiento, los padres y el recién nacido comienzan a "unirse". La unión se consigue a través del contacto visual, del tacto y del reconocimiento de la voz y del olfato.

El recién nacido puede provocar una intensa respuesta positiva de la madre al mirarla a los ojos. El tacto es un contacto importante que provoca una respuesta positiva de la madre y estimula al niño. Se ha observado que las madres usan un timbre de voz alto para consolar a sus hijos que los pone alerta y hace que se vuelvan hacia ellas. El proceso de vinculación crece con el tiempo.

Los padres suelen hablar en un tono suave y musical para llamar la atención del recién nacido durante los momentos en que se encuentra despierto y alerta.

Para sentirse unidos a sus padres los recién nacidos necesitan ser cogidos en brazos y acariciados por ellos.

En cuestión de días un recién nacido es capaz de identificar a su madre por la voz, el tacto y el olfato, y responde volviendo su cabeza hacia la madre.

El logro del papel de madre es el proceso por el cual la mujer aprende los comportamientos maternos y se siente a gusto con su identidad de madre. Conforme se desarrolla el vínculo entre el hijo y su madre, ambos aprenden a conocerse.

Complicaciones psicológicas

Existe una gran variedad de cambios de humor durante el posparto, desde la euforia tras el parto a la depresión o a psicosis grave e invalidante. La mayoría de las mujeres (50-75%), especialmente las primerizas, experimenta una depresión transitoria a los 3-4 día del parto. Probablemente esté relacionada con diversos factores como los cambios hormonales, el cansancio, el dolor y el reconocimiento del cambio de vida y de las responsabilidades. Los síntomas referidos por la madre son un sentimiento de melancolía, llanto fácil ya menudo sin razón aparente, dificultad para concentrarse y sentimientos de ira o de irritabilidad hacia su marido o compañero. Estos síntomas se denominan a menudo como "melancolía materna" y se resuelven sin tratamiento en uno o dos días.

Los indicios de problemas podrían consistir en fatiga excesiva continua, depresión notable, demasiada preocupación por el estado físico o las molestias, pruebas de poco amor propio, falta de sistemas de apoyo, problemas matrimoniales, incapacidad para atender o criar al neonato y crisis familiares actuales (como enfermedad, falta de empleo, etc.). Estas características indican a menudo el peligro de paternidad maladaptativa, que puede culminar en abuso o descuido del niño (físico, emocional, intelectual).

La depresión puede comenzar el primer día del posparto, aunque puede que no aparezca hasta pasados 2-3 meses, y puede prolongarse hasta un año. Se caracteriza por una tristeza profunda y persistente, falta de energía, trastornos del sueño, pérdida de apetito, sentimientos de inutilidad, hipocondría (exageración de síntomas físicos normales), culpabilidad y ansiedad. Puede producirse un abandono o un abuso del lactante y el suicidio.

Enseñando a la madre y a los miembros de la familia los síntomas y la probabilidad de la "melancolía materna" podemos ayudar considerablemente a disminuir el impacto de esta situación cuando aparezca, El asesoramiento debe incluir la identificación de los síntomas que deben notificarse al médico.

Costumbres

Las mujeres requieren un periodo largo de reposo en el posparto evitando la actividad física y el sexo, limitando su contacto con otras personas. Las responsabilidades del cuidado del hogar y del recién nacido son realizadas por parientes del sexo femenino.

La nueva madre se conserva en cama durante tres días, empieza a caminar por el hogar cerca del octavo día, y puede salir al exterior después de 15 días. Los miembros de la familia le ayudan en el hogar. Evita bañarse durante 15 días y se cubre cuidadosamente la cabeza, el cuerpo y los pies para evitar el aire frío, porque cree que puede producirle mastitis, infección súbita (pasma), distensión del abdomen, frigidez y esterilidad.

Se coloca una faja sobre el abdomen y el perineo para proteger al cuerpo contra el frío (Clark, 1978).

La dieta del mexicano refleja esta preocupación sobre el equilibrio entre lo caliente y lo frío. Se ofrecen a la mujer infusión de manzanilla, caldo de pollo y papillas de maíz (atoles) durante los primeros días. Se evita ofrecerle frutas y otros vegetales, carne de cerdo, picante, ajo, frijoles y chocolate

BIBLIOGRAFIA

Altirriba J. Esteban, "Licenciatura, Obstetricia", Editorial Salvat Editores S. A., 1990.

A.M.H.G.O. No. 3 IMSS, "Ginecología y Obstetricia", Editorial Méndez Editores, Tercera Edición.

B. Lodz Rally, L. Condón Marcial, Enfermería Materno - Infantil "Un concepto Integral Familiar ", Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., Segunda Edición.

Balderas Pedrero Ma. de la Luz, "Administración de los Servicios de Enfermería", Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Tercera edición, 1995.

Balseiro Almario Lasty, "Principios de Administración en Apoyo a los Planes y Programas de Estudio de Enfermería", Editorial Aztlán, Segunda edición, 1996.

Barquín C. Manuel, "Administración en Enfermería", Editorial Interamericana Mc Graw Hill, 1995.

Burroughs Arlene, "Enfermería Materno – Infantil", Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Séptima edición, 2000.

Carols Havens Nancy, D. Sullivans, "Manual de Ginecología Ambulatoria", Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Segunda Edición, México, 1994.

Casanova Álvarez Nicolás, "Obstetricia", Editorial Méndez Editores, México, 1983

Castañeda López Edith, "Manual de Procedimientos Clínicos utilizados con mayor frecuencia en Obstetricia", México, D. F., 1998.

Cervera Ral Pilar, "Alimentación Materno Infantil", Editorial Masson, México, 1994.

Clifford B. Lull, "Obstetricia Clínica", Editorial Interamericana S. A. , México.

Cosavilla Florencio, Pedro Guglielmone, "Manual de Obstetricia", Editorial El Ateneo, 1987.

Didona, Margaret Nancy, Marks A. G., "Enfermería Maternal", Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Primera edición, 1998.

Donald Gibb, "Ginecología y Obstetricia" , Editorial Limusa, 1990.

Fenwick Elizabeth, "Manual de Cuidados de la Madre y el Niño", Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1998.

Férreas de Lee, Martha Alicia, "Lactancia Materna" , Editorial Mc Graw Hill, México, 1998.

G. Magdalena Fernando, "Sistemas Administrativos", Ediciones Macchi, Tercera edición, 1992.

Griffin Perry Anne, A. Potter Patricia, "Guía Clínica de Enfermería Técnica y sus Procedimientos Básico", Editorial Harcourt Brace, 1998.

Helsing Elisabet, Savage King Felicity, " Guía práctica para una buena Lactancia", Editorial Pax México, 1989.

I. Pratte, "Embarazo y Parto", Editorial Daimon, 1991.

J. Gonzalez Merlo, J. P. del Sol, "Obstetricia", Editorial Masson, Cuarta Edición, 1994.

J. Wildschut Hajo I., "Obstetricia y Ginecología" , Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1998.

Joy Ingall A., M. Constante Salerno, "Enfermería Materno – Infantil", Editorial Limusa S.A. de C.V.,1991.

La Cerva Víctor, "Lactancia Materna", Editorial Manual Moderno S.A. de C.V., 1990.

Lewis T. L. T. , Chamberlain G. V. P. "Ginecología", Editorial Manual Moderno, 15va. Edición, México, 1994.

Liu D. T. Y. "Manual de la sala de Trabajo de Parto", Editorial Manual Moderno S. A. de C. V., México.

Marriner Ann, Towey, "Manual de Administración de Enfermería", Editorial Interamericana Mc Graw Hill, Cuarta edición, 1993.

Martinez Valdez Ma. Cristina, "Manual de Organización y Funcionamiento de la clínica de lactancia materna en el CIMIGEN", México, 1998.

May Gaskin Ina, "Tú bebé en tu pecho una liga de amor", Editorial Pax México, 1990.

Mercado H. Salvador, "Administración aplicada. Teoría y Práctica", Editorial Limusa S.A. de C.V.,1998.

Mondragón Castro Héctor, "Obstetricia Básica Ilustrada", Editorial Trillas, 1999.

Perz Sosa Artemio, "Administración de los Servicios de la Salud de Enfermería", Editorial Trillas, Primera edición, 1992.

Reeder Sharon J., L. Martin Leonide, "Enfermería Materno – Infantil, Editorial" Mc Graw Hill Interamericana, Decimoséptima edición, 1998.

Robinsón Jean, Enfermería Clínica "Técnicas y Procedimientos", Editorial Manual Moderno, 1996.

Rodríguez Eglis O. V., "La recuperación Psicofísica y orgánica de la madre", Editorial Ateneo.

Stanley G. Clayton, John R. Newton "Obstetricia", Editorial Salvat Editores S. A.

Schwarz Richard H., "Manual de Urgencias Obstétricas", Editorial Manual Moderno, Segunda Edición, México, 1980.

"Supervisión en los Servicios de Enfermería", Prensa Medica Mexicana.

Stright, Lee Bárbara R., Olive Harrisón , "Enfermería Materno – Infantil", Editorial Mc Graw Hill Interamericana, Segunda edición, 1999.

UNICEF, "Manual de Lactancia Materna para la Unidad Familiar, México, 1997.

Willson J. Robert, Elsie Reid Carrington, "Ginecología – Obstetricia", Editorial Manual Moderno, S.A. de C. V., México D. F., 1991.

Watson Hawkins Joellen, "Enfermería Ginecológica y Obstétrica", Editorial Harla, México.

GLOSARIO

Atonía: Falta de tono muscular normal.

Abducción: Movimiento por el cual un miembro u órgano se aleja del plano medio del cuerpo del brazo.

Adyacente: Inmediato o próximo.

Bradycardia: Frecuencia cardiaca lenta.

Calostro: Secreción mamaria antes que se inicie la lactancia verdadera y contiene sobre todo suero y leucocitos; su contenido de proteínas es rico y brinda ciertas propiedades inmunitarias y hace que el intestino del neonato quede libre de moco y meconio.

Candida Albicans: Hongo que produce infecciones como moniliasis o candidiasis y muget o algodoncillo.

Caseosa: Cuajada

Cervix: Extremo inferior y angosto del útero.

Conductos Galactóferos: Tubos minúsculos dentro de la mama que conducen la leche desde las células hacinadas hasta el pezón.

Deambulación: Acto de caminar

Decidua: Endometrio en el útero gestante, el cual se cae durante el nacimiento, excepto la capa más profunda.

Defecación: Es la expulsión de heces del ano y recto. Vaciamiento intermitente voluntario de heces por el ano, anteriormente almacenados por el recto, hay suficiente cantidad como para producir un estímulo sensorial que tiene como consecuencia la relajación del esfínter anal.

Depresión posparto: Son términos utilizados para describir los sentimientos de tristeza de la mujer que puede incluir llanto, cambios de humores, sensibilidad exagerada, etc.

Desgarro: Herida desgarrante de perineo, vagina o cuello uterino como resultado de estiramiento de los tejidos durante el parto.

Diaforesis: Es la eliminación del exceso de líquido y productos de desecho por la piel durante el puerperio.

Dolores posparto: Contracciones uterinas dolorosas que se producen de uno a tres días después del parto o más adelante.

Eliminación: Paso de productos de desecho del organismo normalmente por orina o heces.

Entuertos: Son contracciones uterinas intermitentes después del parto que presentan intensidad variable. Son los dolores después del parto debido a las contracciones y retracciones de las fibras musculares del útero.

Episiotomía: Incisión perineal durante el parto, cuando el orificio vaginal no se distiende lo suficiente.

Escalofríos: Estremecimiento y temblor del cuerpo con contracciones involuntarias de los músculos.

Esmegma: Secreción espesa, caseosa y fétida de las glándulas sebáceas en la región perineal.

Estrías: Líneas que aparecen en el abdomen por la distensión de la piel durante el embarazo, se debe a la rotura de las capas inferiores de la dermis, en un principio son rojas y después forman un blanco plateado

Flacidez: Relajado o suave que se caracteriza por disminución del tono muscular.

Hematoma Puerperal: Es la acumulación de sangre en los tejidos blandos de la pelvis. Puede producirse por arriba o por debajo del elevador del ano, por debajo de la mucosa vaginal o de bajo de la piel de los genitales externos.

Hemorragia: Escape de sangre de un vaso.

Hemorroides: Venas distendidas en el recto.

Ingurgitación mamaria: Es un estado inflamatorio temporáneo causado por aumento del flujo sanguíneo que precede a la formación de la leche. Se caracteriza por plenitud, enrojecimiento y dureza de la mama.

Involución: Reducción de tamaño.

Laceración: Herida con bordes rotos y desgarros.

Línea Morena: Línea pigmentada del ombligo al pubis que aparece en el embarazo.

Loquios: Es la secreción vaginal que ocurre durante el puerperio. Es la liberación de desechos sanguíneos, partículas de desidia y moco que tiene en su interior el útero y es secretado por la vagina.

Loquios blancos: Descarga vaginal blanca que aparece después de los loquios serosos y dura aproximadamente entre el décimo y vigésimo primer día después del parto.

Loquios rojos: Descarga vaginal roja, teñida de sangre que se produce después del parto y dura de 2 a 4 días.

Loquios serosos: Dicese de la descarga vaginal sonrosada y serosa o teñida con sangre que sigue a los loquios rojos y dura del 7 al 10 día después del parto.

Micción: Es el proceso de vaciado de la vejiga urinaria.

Neuromuscular: Perteneciente a los nervios y músculos.

Parestesias: Sensación de hormigueo.

Perineo. Región tisular entre el ano y el escroto en el varón; entre el ano y la vagina en la mujer.

Prolactina: Hormona secretada por el lóbulo anterior de la Hipófisis que se encarga de la lactancia y reproducción.

Posparto: Que ocurre después del nacimiento o el parto.

Puérpera: Mujer que ha dado a luz a un feto durante lo 42 días anteriores.

Puerperio: Periodo de 42 días siguientes al nacimiento del feto y a la expulsión o extracción de la placenta y membranas. Durante este periodo los órganos de la reproducción vuelven a su estado normal

Retención Urinaria: Es la acumulación de la orina en la vejiga y la incorporación de esta para vaciarse por la misma.

Oxitócicos: Fármacos que aceleran el parto y disminuyen la hemorragia postnatal al estimular las contracciones uterinas.

Oxitocina: Hormona producida normalmente por la hipófisis posterior, que se encarga de estimular las contracciones uterinas y la liberación de leche hacia los conductos galactóferos.