

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

ADULTA JOVEN PRIMIGESTA EN PUERPERIO INMEDIATO DE BAJO
RIESGO.
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA PRESENTA:

LILIA ANGELICA DURAND QUINTERO
NO. CTA. 098706541

DIRECTOR ACADÉMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ
JURADO 6, TURNO MATUTINO LICENCIATURA

MÉXICO, D.F. 27 SEPTIEMBRE DE 2007.



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.

ÍNDICE

Temario	Pág.
Introducción.....	
Objetivo.....	
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.	
1.1 El Proceso Atención de Enfermería	6
1.2 Decálogo.....	25
1.3 El Puerperio.....	26
1.3.1 Cambios fisiológicos durante el puerperio.....	27
1.4 Lactancia materna.....	29
1.5 Intervenciones de enfermería.....	36
1.6 Características del recién nacido sano.....	39
1.7 Hospital amigo del niño y de la madre.....	44
CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	
2.1 Presentación del caso	50
2.2 Valoración clínica de enfermería	51
2.3 Diagnósticos de enfermería.....	56
2.4.Planeación, -Ejecución y evaluación	57
2.5 Plan de alta del recién nacido	64
Conclusiones.....	66
Sugerencias	68
Bibliografía	69

INTRODUCCIÓN

La cuarta etapa de parto incluye los aspectos del puerperio inmediato, cuando la mujer terminó con el nacimiento de su hijo y el alumbramiento de su placenta.

Es importante que enfermería actúe de manera adecuada, para brindar los cuidados pertinentes en esta etapa; ya que dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto, en la mujer ocurren varios acontecimientos decisivos para la vinculación con su hijo, es importante orientarla sobre los cambios que seguirán ocurriendo en su cuerpo, como los cólicos abdominales constantes por la involución uterina y los loquios ; así como de su cantidad y características como son la lactancia materna y su unión con su restablecimiento precoz y los cuidados al recién nacido en el hogar y durante su estancia en el hospital. Responder a sus dudas y preguntas de cualquier índole correspondiente a su salud y no olvidar realizar la valoración de las mamas y los pezones para evitar problemas futuros del amamantamiento ineficaz por lesiones en los mismos o mastitis púerperales, siendo una de las causas principales del destete temprano. Reafirmar los conocimientos de las ventajas de la lactancia materna para la madre y para el recién nacido.

Por lo anterior, es importante aplicar el proceso enfermero en cada caso, individualizando a cada persona independientemente de la alteración o no del estado de salud, los cuidados e intervenciones siempre van de la mano de el yo como ser absoluto e irrepitible.

JUSTIFICACIÓN:

La única forma de aplicar el método científico en la enfermería actual, es por medio del Proceso Atención de Enfermería, siendo este la base de nuestro decálogo.

Siendo esta una de las acciones que más será necesario aplicar durante la jornada de trabajo que día a día nos involucra con el factor humano.

Es importante mencionar que existe gran prevalencia de casos de infecciones diarreicas severas y del tracto respiratorio en menores de seis meses de vida y todo relacionado por el destete temprano o el rechazo a la lactancia materna, por parte de la madre; y es ahí donde enfermería debe actuar proporcionando atención y orientación a las madres que inician este nuevo ciclo de vida, que definirá muchos de los aspectos de salud de ella y su hijo, además de fortalecer el vínculo afectivo que favorecerá la personalidad y seguridad del hijo que recibe las defensas y la protección de ser alimentado con el seno de su madre. Atendiendo a las necesidades o problemas detectados según la observación de las respuestas humanas de nuestro cliente.

Recordando que la enfermería independiente podría retomar estos aspectos para ofrecer servicio a la población que así lo requiera, ofreciendo orientación y demostraciones de calidad humana y profesionalismo al binomio madre-hijo, sin olvidar a la familia que lo integra.

OBJETIVO GENERAL

Lograr Obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, para ver reflejado el esfuerzo personal durante el estudio de la carrera, siendo este solo el principio en avance académico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROCESO ENFERMERO.

1. Orientar a la mujer durante el puerperio inmediato sobre los cambios que seguirán aconteciendo durante la lactancia materna en el puerperio
2. Brindar cuidados de enfermería al binomio madre hijo durante puerperio inmediato acentuando cuidados de enfermería durante la lactancia materna ;ya que fueron los principales problemas detectados

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

El Proceso Atención de Enfermería

La enfermería diagnostica y trata las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud; para ello, se basa en un amplio marco teórico.

Concepto.- El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional; asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar. ¹

*Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.*²

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.³

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana. ⁴

¹ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

² Iyer, P., *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3º ed), (1995)

³ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

⁴ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Esto le ha permitido permanecer a lo largo del tiempo como profesión irremplazable y, a través de la práctica necesaria.

La diferencia entre la enfermería y las demás disciplinas sanitarias, con las que se relaciona, reside en la profundidad y amplitud de foco de la enfermería. Es cierto que el especialista en nutrición sabe más de nutrición y el farmacéutico de farmacología terapéutica que cualquier enfermera.

Sin embargo, cada enfermera aporta conocimientos de nutrición y farmacología a las relaciones con los sujetos de atención. El grado de estos conocimientos es suficiente en muchos casos; cuando resulta insuficiente, entonces hace falta una consulta. Ninguna otra disciplina posee esta variedad de conocimientos, lo cual explica por qué han resultado costosos y finalmente un fracaso los intentos por sustituir la enfermería por otras disciplinas.⁵

Profesión es la acción y el efecto de profesar. Esta definición indica el compromiso con principios y teorías científicas, a los cuales se profesa un afecto sincero, es decir, la adhesión a un conjunto de prácticas, aceptadas, que involucran un código de ética profesional, el dominio del conjunto de conocimientos científicos y la relación con otras profesiones. La sociedad le concede a la profesión un reconocimiento, le demanda un trabajo específico y le otorga la autonomía para poderlo realizar. Esta decide qué hacer, cómo hacerlo y quién debe hacerlo.⁶

A partir de la Segunda Guerra Mundial la enfermería inicia su transformación, pues busca crear un marco conceptual que le sea propio. De allí nacieron las teorías de enfermería; una teoría es un enunciado con apoyo científico que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a

⁵ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

⁶ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

comprobación. La teoría, además, es útil como soporte del quehacer profesional.⁷

Quienes han teorizado tienen una filosofía de lo que es la profesión y su quehacer; dicha filosofía constituye el fundamento de su teoría y refleja el estado del conocimiento científico de la época en la cual fueron elaboradas. Los productores de teorías tuvieron como base, entre otras, las siguientes fuentes: 1) su propia educación, 2) su experiencia, 3) la observación, 4) la interacción con profesionales de enfermería y otras disciplinas y 5) los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento.

Las teorías sirven de guía en los procesos de atención y son el fundamento para la aplicación del proceso científico. Brindan autonomía profesional porque orientan las funciones asistenciales, docentes e investigativas de la disciplina. Cada teoría proporciona los criterios para dirigir la valoración, la organización y el análisis de los datos; la elaboración de diagnósticos; y la planeación, ejecución y evaluación de la intervención de enfermería.⁸

Importancia del proceso de enfermería.

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.⁹

Ventajas del proceso de atención de enfermería.

⁷ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

⁸ Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

⁹ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación. En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.¹⁰

Indicadores del Proceso de Enfermería.

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Fases del Proceso de Atención de Enfermería.

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: 1) **Valoración**, 2) **Diagnóstico de enfermería**, 3) **Planeación**, 4) **Ejecución-Intervención** y 5) **Evaluación**.¹¹

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro:

¹⁰ Iyer, P., *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3° ed), (1995)

¹¹ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

Recolección de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las **respuestas humanas a problemas de salud**, reales, potenciales o posibles.¹²

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad. Esto tiene varios propósitos como lo anota Iyer P: *...establece una forma mecánica de comunicación entre los miembros del equipo de salud...; la anotación completa ayuda a eliminar la repetición de interrogatorios y exploraciones realizados por el personal de salud; y ...Permite al profesional de Enfermería desarrollar diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería.*¹³

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: *un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a*

¹² SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

¹³ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

*problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.*¹⁴

La formulación de diagnósticos de enfermería no es algo nuevo, durante la guerra de Crimea, entre 1854 y 1855, Florence Nightingale y sus compañeras hacían diagnósticos en forma eficaz. En la actualidad, la NANDA se encarga de la revisión, aprobación y perfeccionamiento de esta herramienta y la *creación de una taxonomía diagnóstica propia*.

El diagnóstico de enfermería define realmente la práctica profesional, pues su uso aclara qué es lo que se hace y en qué se diferencia esta labor de la de los otros miembros del equipo de salud; ahorra tiempo al mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y asegura cuidados eficientes porque permite tener conocimiento concreto de los objetivos del cuidado, de los problemas del sujeto de atención, y de lo que debe hacer el profesional para solucionarlos o minimizarlos.¹⁵

Los diagnósticos se clasifican según características. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El de bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar. El posible señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.¹⁶

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar

¹⁴ Diagnósticos enfermeros de la nanda 2005 2006

Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados.

¹⁵ Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid: 1994

¹⁶ Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid: 1994

se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema relacionado con los factores de riesgo); y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, y signos y síntomas).¹⁷

Los siguientes ejemplos, tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnósticos:

Diagnóstico de bienestar: *Potencial para favorecer la paternidad.*

Diagnóstico de alto riesgo: *Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades domésticas, dieta y medicamentos.*¹⁸

Diagnóstico posible: *Posible incapacidad para el auto cuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.*

Diagnóstico real: *Alteración de la nutrición por defecto, relacionado con anorexia, cambios en el gusto, náuseas/vómitos persistentes, y aumento del índice metabólico.*

El diagnóstico de enfermería tiene un componente estructural: problema, etiología, y signos y síntomas y un componente taxonómico, cuya base son los criterios para organizar la información recolectada, de acuerdo con el concepto de cuidados de enfermería, según el marco o modelo conceptual escogido: teoría de auto cuidado de D Orem; necesidades humanas de A Maslow, o patrones funcionales de M Gordon.¹⁹

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del sujeto de atención y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase *relacionado con*, la cual se indica r/c.²⁰

¹⁷ Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid: 1994

¹⁸ Carpenito LJ. *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid: 1994

¹⁹ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

²⁰ Diagnósticos enfermeros de la nanda 2005 2006

Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Es necesario valorar los patrones de normalidad del sujeto de atención para poder ubicar sus respuestas dentro del contexto, pues esta normalidad depende de la cultura, la educación, el trabajo y las experiencias anteriores de cada individuo. En algunos casos un problema evidente tiene causa desconocida, entonces se formula el diagnóstico de enfermería con el problema identificado r/c causa desconocida, lo cual genera actividades de búsqueda de la etiología.²¹

Cuando se va a elaborar el diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta algunas reglas:

- 1) Usar términos técnicos;
- 2) Evitar juicios de valor, supuestos o deducciones;
- 3) Escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención;
- 4) La primera parte sólo debe enunciar problemas del sujeto de atención;
- 5) Escribir *con relación a* o *relacionado con* en vez de *debido a*;
- 6) La primera y segunda parte deben ser diferentes;
- 7) Evitar invertir las dos partes del enunciado;
- 8) No utilizar el diagnóstico médico y
- 9) El problema y la etiología deben expresar lo que se debe modificar.

Antes de registrar un diagnóstico conviene verificar su exactitud con el sujeto de atención. Al redactar el diagnóstico se pueden cometer errores como: escribir más de un problema en un solo enunciado; elaborar diagnósticos confusos; expresar problemas de enfermería y no problemas del sujeto de atención; hacer enunciados muy extensos o imprecisos e inespecíficos; omitir la perspectiva del sujeto de atención sobre sí mismo y su salud, e invertir los componentes.²²

²¹ Diagnósticos enfermeros de la nanda 2005 2006

Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados.

²² Diagnósticos enfermeros de la nanda 2005 2006

Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados.

Si se siguen las reglas mencionadas anteriormente y no se comenten estos errores, se obtendrá un buen diagnóstico y con este las siguientes ventajas:

Facilita abordar el cuidado del sujeto de atención en forma individualizada

Facilita la comunicación profesional

Ayuda a determinar resultados en el sujeto de atención

Ayuda al profesional de enfermería a articular con claridad el ámbito de la práctica.

La tabla 1 muestra las diferencias entre el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico médico.

Tabla 1. Diferencias entre los diagnósticos de enfermería y médico

Diagnóstico de enfermería

Describe una respuesta humana a los problemas de salud.

Describe una situación patológica o de enfermedad.

Se modifica con el cambio de las reacciones del sujeto de atención.

Se mantiene en tanto la enfermedad esté presente.

Es tratado por la enfermera en el entorno de la práctica de enfermería.

Es tratado por el médico en el entorno de la práctica médica.

La mayoría de las veces tiene que ver con la autopercepción del sujeto de atención.

Diagnóstico médico

La mayoría de las veces tiene que ver con los cambios fisiopatológicos.

Puede aplicarse a alteraciones de individuos o colectivos.

Se aplica solamente a las enfermedades de individuos o colectivos.

En la práctica clínica el médico centra su atención en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o, cuando esto no es posible, en el control de los signos y síntomas. Los profesionales de enfermería, por el contrario, dirigen su atención a la identificación de las respuestas del sujeto de atención a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.²³

²³ Atkinson L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

Un diagnóstico médico puede sugerir o generar uno o varios diagnósticos de enfermería. Por ejemplo, el diagnóstico médico úlcera péptica puede producir el diagnóstico de enfermería, dolor relacionado con úlcera péptica.

El diagnóstico de enfermería es esencial porque es un juicio que encadena la recolección de la información con el planeamiento del cuidado. Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de confeccionar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.²⁴

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) *independientes* (las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) *dependientes* (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) *interdependientes* (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud).²⁵

La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias).²⁶

La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos.

²⁴ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

²⁵ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

²⁶ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

Establecimiento de prioridades.

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, la enfermera y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz.²⁷

El siguiente criterio puede ser útil como guía para establecer prioridades:

- 1) la jerarquización de las necesidades
- 2) satisfacer las necesidades que el sujeto de atención siente más importantes, siempre y cuando no interfieran con el tratamiento médico o con la supervivencia y
- 3) considerar el efecto de problemas potenciales futuros al establecer prioridades

Determinación de objetivos (metas esperadas).

Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el sujeto de atención y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema que se identificó en el diagnóstico de enfermería. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema; deben quedar siempre por escrito con el fin de que todo el personal que atiende al sujeto conozca claramente lo que se desea lograr con él y, por tanto,

²⁷ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

determinar si se alcanzó o no el objetivo.²⁸

Los resultados esperados, o metas, deben estar centrados en el comportamiento del sujeto de atención, ser claras y concisas, ser observables y medibles, e incluir indicadores de desempeño; además, deben estar limitadas en el tiempo a corto y largo plazo, y ser ajustadas a la realidad definidas en forma conjunta con el sujeto de atención.

Las metas pueden abarcar múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funciones del cuerpo), los síntomas, los conocimientos, las habilidades psicomotrices y los sentimientos o estados emocionales.

Planeación de las intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.²⁹

Antes de enunciar la cuarta fase se mencionarán las características de las órdenes de enfermería. Estas deben ser coherentes con el plan de atención, estar basadas en principios científicos, ser individualizadas para cada situación, proveer un ambiente terapéutico seguro, generar las oportunidades de enseñanza al sujeto de atención, utilizar los recursos adecuados, describir la forma en que se lleva a cabo la acción, indicar las precauciones que se deben tomar y las consecuencias que se deben prever, indicar la hora, el intervalo, la continuidad y la duración en que deben desarrollarse las acciones de enfermería.³⁰

²⁸ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

²⁹ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

³⁰ Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

Siempre deben quedar escritas porque además de facilitar la comunicación son un elemento de control para verificar el cumplimiento de las metas. Pueden escribirse varias acciones para el logro de una meta y a medida que el sujeto de atención va mejorando o empeorando su estado, van modificando cuantas veces sea necesario.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones sobre cuáles son de competencia de la enfermera y cuáles son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones éticas, entre otros criterios.

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.³¹

Validación del plan de atención. Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto de atención se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.

Documentación del plan de atención. Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

Actualmente se utilizan distintos tipos de plan de cuidados. Los de uso más habitual son los individualizados, estandarizados con modificaciones y

³¹ Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

computarizados. Los primeros son impresos y divididos en columnas destinadas para el diagnóstico de enfermería, los resultados esperados y las acciones de enfermería. En los planes estandarizados con modificaciones, que permiten la individualización, los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados y las acciones se especifican utilizando espacios en blanco para completar. Los planes de cuidado computarizados se pueden elaborar en la terminal del cuarto del sujeto de atención o en un control central, una vez validada e introducida la información, se imprime diariamente en cada turno o cuando se necesite. Los planes computarizados permiten elaborar planes individualizados y estandarizados con modificaciones.³²

Una vez estructurado y escrito el plan, el profesional de enfermería puede proceder a dar la atención como se planeó. La ejecución de las intervenciones de enfermería debe ir seguida de una completa y exacta anotación de los hechos ocurridos en esta etapa del proceso de enfermería. En Colombia la información se consigna en la hoja de observaciones de enfermería. Además, se utilizan las hojas para otros registros como control de líquidos y signos vitales, entre otros.³³

Continuación con la recolección de datos. A lo largo de la ejecución el profesional de enfermería continúa la recolección de datos, esta información puede usarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención de acuerdo con la evolución del sujeto de atención.

La quinta, y última, fase es la evaluación. Esta es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.³⁴

³² Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

³³ Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

³⁴ Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del sujeto de atención para desempeñar el comportamiento señalado dentro del objetivo del plan de atención. Su propósito es decidir si el objetivo se logró. Lo cual puede ocurrir de dos formas. La primera un logro total, es decir cuando el sujeto de atención es capaz de realizar el comportamiento en el tiempo establecido en el enunciado del objetivo. La segunda es un logro parcial, es decir ocurre cuando el sujeto de atención está en el proceso de lograr el resultado esperado o puede demostrar el comportamiento, pero no tan bien como fue especificado en el enunciado. Cuando el sujeto de atención no ha conseguido el resultado esperado se afirma que no hubo logro.³⁵

El resultado debe quedar escrito en la historia dentro del plan. Si el problema del sujeto de atención se resolvió, el profesional de enfermería indicará en el plan que el objetivo se logró. Cuando el problema no se resuelve, o el objetivo se alcanza parcialmente o no se logra, se inicia la segunda parte de la evaluación.

La revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e, incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.³⁶

Al realizar la revaloración se pueden presentar las siguientes situaciones: 1) que las prioridades hayan cambiado su orden, 2) que haya surgido un nuevo problema, 3) que el problema haya sido resuelto, 4) que a pesar de haber logrado el objetivo el problema existe y 5) que el objetivo no se logró o sólo se logró en forma parcial.

³⁵ Iyer, P., Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3° ed), (1995)

³⁶ Iyer, P., Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3° ed), (1995)

Ante cualquiera de los anteriores resultados el profesional de enfermería tendrá que tomar decisiones como cambiar el orden de prioridad de los problemas; elaborar nuevos diagnósticos de enfermería con base en los nuevos problemas; eliminar los diagnósticos de los problemas resueltos; replantear nuevas metas y acciones para solucionar el problema persistente e identificar las razones por las cuales el objetivo no se logró o sólo se logró parcialmente.

En cuanto a este último punto, las razones más frecuentes para no alcanzar el resultado enunciado son: el diagnóstico de enfermería, del cual se deriva el objetivo, es inadecuado; el diagnóstico es adecuado pero el objetivo es irreal para las capacidades del sujeto de atención para los recursos con que se cuenta; el diagnóstico y el objetivo son adecuados pero las acciones de enfermería no lo son para alcanzarlo; y el diagnóstico, el objetivo y las acciones son adecuados pero las circunstancias del hospital cambiaron o del sujeto de atención cambiaron, o se indicaron nuevas órdenes médicas opuestas al plan de atención de enfermería.³⁷

La satisfacción del sujeto de atención. Al evaluar este aspecto hay que tener en cuenta que el sujeto de atención no siempre tiene el conocimiento de lo que implican unos buenos cuidados y a veces, por ignorancia puede sentirse satisfecho con unos servicios mediocres, o al contrario sentirse insatisfecho de algunas intervenciones a pesar de que se trate de unos excelentes cuidados de enfermería. A pesar de todo es de suma importancia conocer su apreciación, y discutirla con él.³⁸

Es importante resaltar que en la evaluación del logro del objetivo no se evalúan las acciones de enfermería, esto se hace en la revaloración del plan. La evaluación y revaloración ayudan al profesional de enfermería a desarrollar la habilidad para redactar planes reales y objetivos para afrontar los problemas del sujeto de atención; dan la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de atención fue efectivo en la eliminación, disminución o prevención de los problemas del sujeto de atención; y permiten diseñar protocolos de atención de enfermería cuando el plan de atención ha dado resultados satisfactorios. En

³⁷ Iyer, P., Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3° ed), (1995)

³⁸ Iyer, P., Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3° ed), (1995)

caso contrario, le permite valorar lo correcto o incorrecto del plan antes de utilizarlo nuevamente.

Además de los diagnósticos de enfermería desarrollados en el ejemplo, deben explorarse otros problemas comunes en las personas con esta enfermedad, de los cuales pueden surgir otros diagnósticos de enfermería como por ejemplo: 1) riesgo de alteración de la nutrición (por defecto r/c anorexia secundaria a disnea, halitosis y fatiga), 2) alteración de la comunicación verbal r/c disnea, 3) trastornos del patrón del sueño r/c tos e incapacidad para adoptar la posición de decúbito y 4) riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud r/c conocimiento insuficiente del problema, tratamiento farmacológico, prevención de la infección, tratamiento nutricional, descanso y actividad, ejercicios respiratorios y cuidados domésticos. Después de identificar y priorizar los problemas, se debe recurrir a una lista actualizada de diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA, para proceder a elaborar los diagnósticos pertinentes.³⁹

EVALUACIÓN

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermería interactúa con el cliente.

Criterios de determinación

La evaluación es sistemática y continuada.

Las respuestas del cliente a las actuaciones se documentan.

Se evalúa la efectividad de las actuaciones en relación con los objetivos.

Se utilizan los datos de la evaluación continuada para revisar diagnósticos, objetivos y el plan de cuidados, según las necesidades.

Las revisiones de diagnósticos, objetivos y del plan de cuidados se documentan.

El cliente los seres queridos y los prestadores de la atención sanitaria participan en el proceso de evaluación, cuando esté indicado.

³⁹ Diagnósticos enfermeros de la nanda 2005 2006. Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados.

La evaluación se puede llevar a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del cliente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería.

La evaluación se lleva a cabo planteando una serie de preguntas:

¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados?. Tras la obtención de los datos, compare el estado de salud actual del cliente con los objetivos identificados en el plan de cuidados.

Si la respuesta es no, eran adecuados los objetivos?. En ocasiones no se consigue el objetivo, por que el diagnóstico de enfermería o las actuaciones no eran adecuadas. El objetivo que se definió con el cliente puede no ser ya aplicable para las necesidades del cliente. En ocasiones, los cambios en las circunstancias o el estado del cliente invalidan el objetivo y exigen un cambio en el plan de cuidados.⁴⁰

¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?

Si la respuesta es no, eran exactas las respuestas humanas y los factores relacionados del diagnóstico de enfermería?. En ocasiones el cliente no consigue el objetivo porque el diagnóstico de enfermería no es exacto, aplicable o adecuado.

¿Eran adecuadas las actuaciones?. Al estudiar y evaluar cada parte del plan de cuidados, incluidos los objetivos y los diagnósticos de enfermería, juzgará también las actuaciones.

Si la respuesta es no, será necesario revisar el plan de cuidados? La evaluación de la consecución de los objetivos lleva al profesional de enfermería a la revisión del plan de cuidados mediante el Proceso de Enfermería.

Evaluación de la calidad de los cuidados y del Proceso de Enfermería.

⁴⁰ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

La garantía de calidad y el proceso de mejoría de la misma utilizan los mismos pasos que el Proceso de Enfermería.

Valoración. ¿Cuál es el proceso que necesita ser mejorado? ¿Qué información se debe reunir para comprender este proceso? ¿Quién la debe reunir y cuándo?

Diagnóstico. Basándose en los datos de valoración, ¿cuál es el problema que está impidiendo unos cuidados de calidad? ¿Qué está provocando la elevación de los costes, el descontento de los clientes y los profesionales, los retrasos o las pérdidas?

Planificación. ¿Qué cambios sugiere el equipo para mejorar el proceso? ¿Cómo se realizarán estos cambios? ¿Quién es necesario que participe en el proceso de cambio? ¿Cómo sabremos que los cambios han tenido éxito?

Ejecución. En esta fase, se ejecutan los cambios después de una meticulosa preparación, planificación y comunicación.

Evaluación. En esta fase, como el Proceso de Enfermería, consiste en determinar la eficacia del cambio. Se reúnen más datos y se comparan con los datos de valoración para determinar si se ha producido mejoría.⁴¹

⁴¹ Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill; México:1993:13.

1.2 DECÁLOGO DE ENFERMERÍA

1º- Somos Enfermeras. Pide ser llamada así. Anteriormente se nos llamaba Practicantes, ATS, y no renunciamos a nuestra historia, pero nuestro verdadero nombre es: Enfermera.

2º- Identifícate y deja constancia escrita cada vez que hagas algo. Tanto la población, como nuestros gestores, no perciben todo lo que hacemos, y muchas veces queda como no hecho o hecho por otros.

3º- **Somos Profesionales.** Presentémonos como tales y conseguiremos el trato y las condiciones que requiere nuestro trabajo

4º- **Nuestro trabajo consiste en CUIDAR.** Y eso no solo significa: tomar tensiones, repartir medicación, curar o manejar aparatos sofisticados. SIGNIFICA determinar y establecer los medios mas adecuados para obtener los mejores resultados de salud en las personas que nos confían su cuidado.

5º- **Nuestra Profesión da cuidados**

Al enfermo,

Al sano,

A la familia y

A la comunidad

6º- **Nuestro campo profesional tiene que darse a conocer y ampliarse.** No te de miedo hacer cosas nuevas, ni pereza hacer lo de siempre.

7º- **Es nuestra responsabilidad que nuestros cuidados sean de CALIDAD.** Esto lo conseguiremos, entre otras cosas a través de la Formación y de la Investigación.

8º- **Nuestra metodología de trabajo es: EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

9º- **Evitemos con determinación todos los prejuicios y las etiquetas** que no correspondan a nuestra profesionalidad.

10.- Hagamos todo esto realidad y el futuro será nuestro.

1.3 EL PUERPERIO.

El puerperio o período posparto, es una etapa en la cual se efectúan cambios físicos y fisiológicos muy importantes para la madre y la familia. La atención que se le proporcione durante esta etapa, toma en cuenta las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer y la familia ya que requieren aprender la manera de realizar los cuidados en el binomio y evitar las complicaciones.⁴²

DEFINICIÓN DE PUERPERIO: El término “puerperio” define un periodo de tiempo que transcurre desde el alumbramiento hasta la aparición de la primera menstruación.

Su duración aproximada es de 6 semanas, y se caracteriza por:

- La involución de las modificaciones anatómico-fisiológicas que se producen durante el embarazo y el parto.
- La instauración de la secreción láctea.
- El reajuste psicológico de la madre.
- El establecimiento de la relación de los padres con el nuevo hijo.

FASES:

- Puerperio inmediato: desde el parto hasta las primeras 24 horas.
- Puerperio intermedio: hasta los 10 días.
- Puerperio tardío: hasta los 40 días o la primera menstruación.

La atención a la mujer en el puerperio inmediato (primeras 24 horas) este periodo implica de cambios:

- Cambios físicos: que competen a mamas, altura uterina, loquios y suturas.

⁴² “*Puerperio normal*”. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Médica. N°100. Diciembre/2000. Páginas: 2-6.

- Cambios psíquicos: acomodo a la nueva situación y adaptación al rol materno.
- Cambios familiares: adaptación a un nuevo miembro en la familia, con posibles cambios en la relación de pareja y con respecto a los hijos anteriores (si existieran), pues se debe compaginar su atención con la del R.N.
- Es éste un periodo de “alta receptividad” por parte de la mujer, que debemos aprovechar para dar toda la información que precisa con respecto a los diversos cambios que implica su maternidad.

1.3-1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL PUERPERIO.

Durante las primeras horas y días que siguen al nacimiento, la madre presenta impresionantes cambios fisiológicos que abarcan prácticamente todos los aparatos y sistemas corporales. La mayoría de las puérperas sufren relativamente pocas molestias relacionadas con dichos cambios.⁴³

1. Signos vitales

- La temperatura bucal dentro de las 24 horas del puerperio puede llegar a 38°.

Cambios Cardiovasculares

- Puede haber pérdida importante de sangre durante el parto a causa del 40% del volumen sanguíneo circulante durante el embarazo.
- Se deben mantener dentro de los límites normales la presión, pulso, y frecuencia respiratoria.

Cambios Urinarios

- El tejido vesical está edematoso, congestionado e hipotónico. Inmediatamente después del parto, lo que produce un vaciamiento incompleto.
- El exceso de líquido que se acumula en los tejidos durante el embarazo se elimina por diversos.

⁴³ Seguranyes Guillat Gloria. “*Enfermería Materna*”. Ed. Mason. Primera edición (2000). Reimpresión 2004., Irene M. Bobak. Sexta edición. MCMXCVII.

Cambios Gastrointestinales

- El restablecimiento del funcionamiento intestinal normal requiere aproximadamente una semana, debido a la pérdida de líquido y malestar intestinal.
- El funcionamiento se normaliza hacia el final de la primera semana, aumentando el apetito y la ingestión de líquidos.

Cambios Musculoesqueléticos

- Los músculos abdominales suelen estar blandos, débiles.
- Disminución de la sensibilidad en las 24 horas del puerperio.

Cambios Mamarios

- La producción de leche (calostro) se inicia en el primer día del puerperio.
- La glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto.
- La secreción de prolactina inicia la subida de la leche.

Cambios Uterinos

- Doce horas después del parto el fondo es palpable a 1 cm. Por encima del ombligo. La involución uterina inicia en el posparto y tarda de 11 a 14 días y es necesario realizar masajes para favorecer su regreso a la normalidad y verificar la existencia de su involución.⁴⁴
- Los loquios (flujo vaginal después del parto) son rojos (loquios hemáticos) durante dos o tres días; su color va cambiando hasta volverse parduzco (loquios serosos), y después se vuelve amarillo blanquecino (loquios blancos) entre el sexto y el séptimo día.

⁴⁴ OLDS, LONDON, LADEWING., *Enfermería materno infantil* cuarta edición Interamericana. "Valoración de enfermería durante el parto y puerperio", Cap. 22

Objetivos de Enfermería en el puerperio.

Durante esta etapa, una de las principales funciones del personal de enfermería consiste en fomentar el reposo y bienestar de la madre, así como favorecer los vínculos afectivos del recién nacido.⁴⁵

Es habitual que el período posparto sea muy agotador, pero este no constituye un impedimento para que no aparezcan complicaciones.

1.4 LACTANCIA MATERNA.

PREVALENCIA

En México, aunque la prevalencia de lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos diez años, tiene uno de los valores más bajos entre los países subdesarrollados y más de la mitad de los niños mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad. Esta declinación de la lactancia materna en México es más marcada en las áreas urbanas que en las rurales y probablemente menos común en clases medias que en los niveles socioeconómicos bajos.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LACTANTES ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA Y FÓRMULA.

La evaluación de la mortalidad en lactantes relacionada a la alimentación con leche materna y con fórmulas en países desarrollados es difícil de precisar, debido a que con frecuencia reciben en forma combinada sucedáneos de la leche materna y otros alimentos sólidos. Además, con el advenimiento de los antibióticos, avances en el cuidado pediátrico y de saneamiento ambiental, el riesgo de muerte durante el primer año de vida ha disminuido significativamente.⁴⁶

Por el contrario, la información procedente del mundo subdesarrollado muestra una mayor tasa de mortalidad, des nutrición en edades más tempranas y más graves y una mayor incidencia de infecciones en lactantes alimentados con

⁴⁵ OLDS, LONDON, LADEWING., *Enfermera materno infantil* cuarta edición Interamericana."Valoración de enfermería durante el parto y puerperio", Cáp. 22

⁴⁶ Mariola López Cossi, "Cuidados puerperales Internet:

biberón. La muerte infantil en estos países ha sido predominantemente por enfermedad diarreica.⁴⁷

La Lactancia como fenómeno biológico fundamental para la supervivencia de la especie, se encuentra enormemente mediatizada por la cultura desde tiempos inmemoriales.

La promoción de la Lactancia no puede basarse únicamente en las argumentaciones científico-médicas que demuestran que gracias a ella se consigue una impronta vincular temprana, un sistema inmune competente y un óptimo desarrollo nutricional garantes de la supervivencia del recién nacido y por ende, de la especie. Todo ello, aún siendo estrictamente cierto, es culturalmente insuficiente.⁴⁸

Los fenómenos culturales, para triunfar, deben entrar por los ojos y ganarse el corazón. La civilización de nuestro tiempo no puede ni debe obviar que la Lactancia, además de buena, es bella, y que, en cualquier caso, tiene una historia.

La etapa de lactante es la comprendida desde el nacimiento hasta el año de vida.

Desde que el niño nace existe una interrelación con el medio ambiente y se desarrollan Numerosos cambios fisiológicos, psíquicos y sociales; pero también está expuesto a Numerosos riesgos que están condicionados por el medio ambiente donde crece el lactante.

La evaluación del crecimiento y desarrollo del niño no sólo tiene la importancia de atender a las necesidades del mismo en una edad determinada, sino tratarlo con un criterio preventivo y evolutivo, teniendo en cuenta sus características cambiantes y dinámicas. Es por ello que la evaluación y vigilancia del crecimiento físico del niño constituye una de las acciones más pertinentes a

⁴⁷ Mariola López Cossi, "Cuidados puerperales Internet:

⁴⁸ OLDS,LONDON,LADEWING., *Enfermera materno infantil* cuarta edición Interamericana."Valoración de enfermería durante el parto y puerperio", Cáp. 22

cumplir en la atención primaria de salud, tal como planteó Jiménez Acosta en su publicación "Vigilancia Nutricional Materno Infantil, en 1997.⁴⁹

Las medidas de prevención durante los primeros años de vida se dirigen hacia los problemas nutricionales, las infecciones, los trastornos de desarrollo físico y psicomotor y la deficiencia de los cuidados maternos. En cada visita se debe comenzar por una evaluación correcta de la curva de crecimiento y anotar el registro de la curva de peso, de tal forma, que la madre pueda ver objetivamente el progreso normal de la nutrición de su hijo.

Aunque el carácter único y superior de la leche humana para la alimentación del bebé, es reconocido universalmente, la práctica de la lactancia materna ha sufrido altibajos en los últimos 10 años en que comenzaron a comercializarse los sucedáneos de la leche materna a causa del desarrollo tecnológico de la industria alimentaria. Se entiende por lactancia materna exclusiva cuando los niños sólo se crían con leche materna; lactancia artificial cuando la alimentación láctea es a expensa de otras especies y lactancia mixta cuando el bebé es amamantado con leche materna y recibe otros tipos de leche.⁵⁰

Cualquier tipo de lactancia que no sea la materna tiene un costo relativamente alto para la familia y la sociedad.

La OMS ha estimado que el fomento de la lactancia materna podría llevar a una reducción del 25 % de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros 6 meses de vida, también se ha calculado la eficacia de esa intervención en relación con su costo.⁵¹

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) tiene un gran valor científico-técnico en esta profesión, por lo que en el municipio de Rodas, provincia Cienfuegos, se comenzó a aplicar desde el año 1995 a todos los grupos de riesgo fundamentalmente en el Programa Materno Infantil y después a los diferentes programas priorizados en salud con resultados satisfactorios. Los resultados se

⁴⁹ IReeder,S., Martín LI. "*Atención al recién nacido normal*" Antología Obstetricia 1996,

⁵⁰ Liga de la leche, internet

⁵¹ IReeder,S., Martín LI. "*Atención al recién nacido normal*" Antología Obstetricia 1996,

han plasmado en informes que han sido presentados en eventos provinciales, nacionales e internacionales.⁵²

Discusión

La morbilidad en los niños que recibieron lactancia exclusiva durante los 4 primeros meses de vida fue baja, lo que demostró las ventajas de este tipo de lactancia. Sin embargo, la totalidad de los niños que recibieron lactancia mixta presentaron una morbilidad elevada.⁵³

En el hospital Dacca Bangladesh, de los 3 058 lactantes menores de 3 meses que fueron llevados al hospital durante el período de 1993 a 1994, por presentar enfermedad diarreica; el 63 % había recibido lactancia materna parcial y el 28 % no había sido amamantado.⁵⁴

En el área de salud Cartagena se debe aumentar la labor educativa en cuanto a las complicaciones que provoca el abandono de la lactancia materna exclusiva, sin que sea necesario ingresar a los niños para que la madre adquiera conocimientos sobre la lactancia materna como está referida en la Revista Panamericana de la Salud,² ya que existe el Sistema del Médico y la Enfermera de la Familia que cubre las necesidades de los pacientes en cuanto a promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud del pueblo.⁵⁵

Los lactantes por lo general tuvieron un estado nutricional normal, no fueron representativos los prematuros ni el bajo peso. Esto puede estar dado por la atención prenatal en el área de salud que posibilitó el cumplimiento del programa de reducción del bajo peso al nacer de 1995 y las estrategias que se diseñaron encaminadas a mejorar el estado nutricional de la mujer embarazada basadas en un nuevo enfoque en el funcionamiento de los hogares maternos y el apoyo de la comunidad. Estas intervenciones tuvieron un rápido impacto muy favorable para los índices de bajo peso al nacer.⁵⁶

⁵² “*Puerperio normal*”. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Médica. N°100. Diciembre/2000. Páginas: 2-6.

⁵³ IReeder,S., Martín Ll. “*Atención al recién nacido normal*” Antología Obstetricia 1996,

⁵⁴ IReeder,S., Martín Ll. “*Atención al recién nacido normal*” Antología Obstetricia 1996,

⁵⁵ IReeder,S., Martín Ll. “*Atención al recién nacido normal*” Antología Obstetricia 1996,

⁵⁶ OLDS,LONDON,LADEWING., *Enfermera materno infantil* cuarta edición Interamericana.”Valoración de enfermería durante el parto y puerperio”, lactancia materna

El costo de la lactancia en niños privados de la lactancia materna exclusiva fue relativamente alto, resultado que coincidió con los de Figueroa Santana y colaboradores en su trabajo publicado en 1997. Es preciso tener siempre presente que todos los sustitutos, incluidos la leche de vaca y los preparados lácteos en polvo para lactantes resultan de inferior calidad, así como más costosos; pero además estos niños en los que se sustituye la lactancia natural son menos saludables y presentan una marcada incidencia de diarreas, tos y catarro.⁵⁷

TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO.

Posición de fútbol americano.⁵⁸

Coloque al recién nacido de manera que sus piernas y cuerpo se encuentren bajo su brazo, con la mano de usted en la base de la cabeza y cuello de su bebé (como si estuviera agarrando un balón de fútbol americano).

- Coloque sus dedos debajo de su pecho. Deje que su bebé se prenda del pecho mientras lo acerca, sosteniendo la cabeza del bebé con su nariz y barbilla tocando su pecho.
- Mantenga el cuerpo de su bebé flexionado en la cadera con sus piernas metidas bajo el brazo de usted.

LA POSICIÓN DE FÚTBOL AMERICANO ES ADECUADA CUANDO:

- ha tenido un **parto por cesárea** y desea evitar el tener que colocar a su bebé contra su incisión abdominal.
- Necesita más visibilidad para hacer que su bebé se prenda del pecho.
- Sus pechos son grandes.
- Está amamantando a un bebé pequeño, especialmente si es prematuro.
- Su bebé tiende a deslizarse de su areola hacia su pezón.⁸
- Su bebé está nervioso, inquieto y tiene dificultades para prenderse del pecho.
- Su bebé está soñoliento. El sentarse derecho (puede alentarlo a permanecer alerta durante un periodo más largo).

⁵⁷ (<http://scielo.sld.cu/>)

⁵⁸ (<http://scielo.sld.cu/lactancia>)

- Usted tiene pezones invertidos.

Posición de lado recostados.⁵⁹

- Primero, recuéstese usted junto con su bebé de lado, estómago con estómago.
- Flexione la pierna que esté arriba y colóquela con almohadas bajo la rodilla superior.
- Coloque sus dedos debajo de su pecho y levántelo, luego acerque a su bebé para que se prenda del pecho.

LA POSICIÓN DE LADO RECOSTADOS ES UNA MUY BUENA OPCIÓN PARA AMAMANTAR CUANDO:

- debe permanecer recta después de un parto por cesárea con anestesia epidural.
- no se siente cómoda estando sentada (episiotomía o dolor de hemorroides)
- necesita ayuda de alguien más para hacer que el bebé se prenda del pecho.
- está cansada y desea descansar.

CÓMO HACER RECIÉN NACIDO SE PRENDA DEL PECHO.

Si el bebé se prende sólo en su pezón y no en la areola pueden desarrollarse problemas, como pezones adoloridos y una provisión de leche inadecuada para su bebé.

REPETIR ESTOS PASOS VARIAS VECES ANTES DE QUE EL LACTANTE SE PRENDA CORRECTAMENTE DEL PECHO:

- sentarse con el recién nacido, estómago con estómago. Asegúrese de que el oído, hombro y cadera de su bebé se encuentren en línea recta.
- Acerque el bebé a su pecho.
- Toque el labio inferior del lactante con su pezón.

⁵⁹ (<http://scielo.sld.cu/lactancia>)

- Cuando su boca se abra completamente, acerque rápidamente el bebé para que se prenda del pecho, ya que su boca se abrirá sólo durante unos cuantos segundos. **NOTA:** *Acerque el bebé a su pecho y no el pecho a su boca.*
- El recién nacido podrá respirar aún y cuando su nariz esté oprimida en el pecho. Es útil durante la primera semana continuar apoyando el peso de su pecho a lo largo de la sesión de lactancia. Apoye también la cabeza de su bebé en la base del cuello.
- Busque lo siguiente una vez que el bebé está prendido a su pecho:
 - La boca del bebé debe estar aproximadamente a una pulgada de la punta de su pezón, alrededor de la areola.
 - Los labios deben estar hacia fuera, pegados contra el pecho.
 - El movimiento de la succión es a lo largo de la mandíbula, no en las mejillas.
 - Los oídos, hombro y cadera del bebé deben estar en línea recta.
 - El amamantar no debe doler. Usted debe sentir un tirón rítmico en su pecho. Un poco de sensibilidad en el pezón es normal durante los primeros minutos del periodo de aprendizaje. Sin embargo, tener pezones adoloridos, sangrantes o partidos no es normal.⁶⁰

⁶⁰ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud.* Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO*

1) CONTROL DE SIGNOS VITALES:

- T.A.
- Pulso
- Temperatura

2) VALORACIÓN DE LA METRORRAGIA, ALTURA Y CONTRACCIÓN UTERINA:

- Valoración de la metrorragia (loquios):

Tendremos que valorar los loquios atendiendo a las siguientes características:

- Cantidad: consideraremos excesiva la pérdida hemática de más de una compresa empapada por hora.
- Color: durante las primeras 24 horas el color debe ser hemático.
- Olor: será de olor “fuerte”, pero en ningún caso debe ser “ofensivo” o “fétido”.

• Valoración de la altura y contracción uterina:

Esta valoración se realiza para determinar si es correcto el desarrollo involutivo del útero.

Deberá hacerse después de vaciar la vejiga urinaria.

Palparemos el útero a través de la pared abdominal y observaremos la distancia que dista del ombligo. Se mide por travesía de dedos y en este momento debemos encontrar el útero a nivel umbilical o infraumbilical.⁶¹

⁶¹ Seguranyes Guillat Gloria. “*Enfermería Maternal*”. Ed. Mason. Primera edición (2000). Reimpresión2004., Irene M. Bobak. Sexta edición. MCMXCVII.

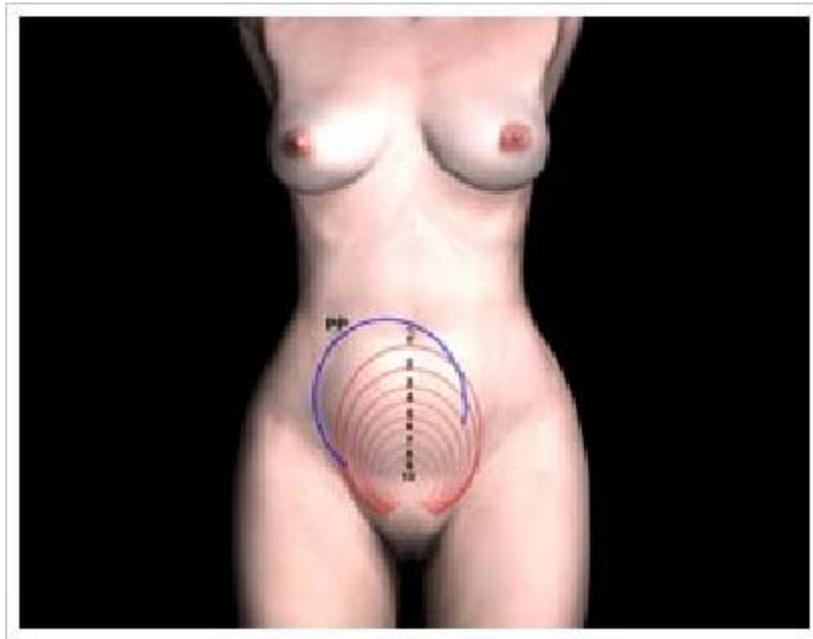


Figura 1: Involución uterina.

3) POTENCIAR LA MICCIÓN ESPONTÁNEA DENTRO DE LAS HORAS SIGUIENTES AL PARTO:

La vejiga llena de orina impide las contracciones involutivas del útero, y ocasiona la elevación de la altura uterina lo que conlleva a un aumento de la pérdida hemática.⁶²

Palparemos la distensión y si es necesario realizaremos un sondaje vesical para su evacuación.

4) VALORAR EL ESTADO DE LA EPISIOTOMÍA:

Buscaremos signos de edema, equimosis, supuración y aproximación de los bordes de la herida.

Aplicaremos hielo local si presentara inflamación.

5) FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA:

- Valoraremos la disposición de la paciente e identificaremos las dificultades que pudieran tener.

- Valoraremos el estado de las mamas.

⁶² Mariola López Cossi, "Cuidados puerperales Internet:

- Informaremos de los beneficios de la lactancia materna.
- Explicaremos la técnica de la L.M.
- Informaremos acerca del auto cuidado de las mamas.

6) PREVENCIÓN DE LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA:

En las primeras horas, la mujer se encuentra cansada por el esfuerzo físico, pero debemos animarla a levantarse de la cama sin brusquedades y con ayuda. La de ambulación precoz previene otras complicaciones.

7) HIGIENE:

Recomendaremos ducha diaria y limpieza genital y perineal 2 ó 3 veces al día, siempre de delante hacia el ano y nunca al revés usando jabones neutros. Aconsejaremos que cambie con frecuencia de compresa durante las primeras horas para mantener la zona lo más seca posible y así favorecer la cicatrización de la episiotomía si la tuviera y prevenir la infección.⁶³

8) ALIMENTACION:

Al regreso de la puérpera a la planta se le ofrecerán alimentos, aconsejando una alimentación equilibrada y con abundantes líquidos.

Al principio y debido al esfuerzo físico, algunas mujeres prefieren una dieta más líquida o blanda hasta que recuperen su apetito.

9) INICIO DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL:

Cuando la mujer llega a nuestra planta debemos llevar al R.N. con ella. Estimular que lo coja en brazos e inicie la L.M. cuanto antes mejor, favoreciendo así la comunicación madre-hijo.

La mujer necesita información, ayuda y apoyo para fortalecer este vínculo. Si el R.N. se ingresa en Servicio de Neonatos, remitir allí para información.

10) ALIVIO DEL DOLOR

⁶³ Mariola López Cossi, "Cuidados puerperales Internet:

A menudo las mujeres presentan molestias en el posparto como dolor en periné, hemorroides, entuertos y dolor en mamas.

Estas molestias se pueden aliviar con analgesia oral como paracetamol, ibuprofeno o nolutil que no interfieren en la L.M.

11) Completar la información verbal con folletos y hojas informativas propias del servicio.

Instrucciones para el paciente acerca de cambios en los loquios de los que debe informar.⁶⁴

Informar de los siguientes signos:

- Loquios fétidos: Sugieren endometritis.
- Loquios abundantes: Desgarro vaginal.
- Loquios rojos después del tercer día: sugieren hemorragia puerperal tardía.

1.6 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO.

Un recién nacido promedio, o neonato, mide cerca de 50,8 cms. y pesa alrededor de 3,175 Kg. En el momento del nacimiento, 95% de los bebés pesan entre 2,200 y 4 Kg., y miden entre 45,7 y 55,8 centímetros (Behrman y Vaughn, 1983). El tamaño en el momento de nacer está relacionado con factores tales como, raza, sexo, talla de los padres, nutrición y salud de la madre; los varones tienden a ser un poco más altos y pesados que las mujeres y es posible que un primogénito pese menos en el momento del nacimiento que los que nazcan después. El tamaño en el momento del nacimiento se halla relacionado con el tamaño durante la infancia.⁶⁵

⁶⁴ “*Puerperio normal*”. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Médica. N°100. Diciembre/2000. Páginas: 2-6.

⁶⁵ Reeder, S., Martín L.I. “*Atención al recién nacido normal*” Antología Obstetricia 1996,



Durante los primeros días los neonatos pierden el 10% del peso del cuerpo, primordialmente debido a la pérdida de fluidos; cerca del quinto día, empiezan a recuperarlos y, generalmente, lo han logrado totalmente entre el décimo y decimocuarto día. Los bebés livianos pierden menos pesos que los pesados, y los primogénitos menos que los que nacen después.⁶⁶

La cabeza del neonato puede ser alargada y deformada debido al moldeamiento que facilitó su paso por la pelvis de la madre. Este moldeamiento temporal fue posible debido a que los huesos del cráneo del bebé no están fundidos todavía y no estarán totalmente unidos durante 18 meses.

Los recién nacidos son bastantes pálidos, incluso los bebés de raza negra que más tarde serán más oscuros tienen un aspecto rosáceo debido a la delgada piel que escasamente les cubre la sangre que fluye a través de los diminutos capilares. La vernix caseosa (barniz con aspecto de queso), cubierta grasosa que protege a los recién nacidos contra las infecciones, se seca en algunos días; así mismo, algunos neonatos son muy velludos, pero en pocos días el lanugo, la peluda prenatal, se cae.⁶⁷

Sistemas corporales

Antes del nacimiento, la circulación de la sangre del feto, la respiración, la alimentación, la eliminación y la regulación de la temperatura se cumplen todas

⁶⁶ IReeder, S., Martín Ll. "*Atención al recién nacido normal*" Antología Obstetricia 1996,

⁶⁷ IReeder, S., Martín Ll. "*Atención al recién nacido normal*" Antología Obstetricia 1996,

a través de su conexión con el cuerpo de la madre. Después del nacimiento, los infantes deben llevar a cabo todas estas funciones por sí mismos; la transición de la vida intrauterina a la vida exterior ejerce mayores demandas sobre los sistemas del cuerpo y son, en casi todos los casos, suficientes para responder a ellas. Los neonatos pasan la mayor parte durmiendo, pero despiertan con hambre cada 2 a 3 horas.⁶⁸

Cuadro comparativo de la vida prenatal y postnatal

Sistema circulatorio

Antes del nacimiento, la madre y el bebé tienen sistemas circulatorios independientes y latidos del corazón separados, pero la sangre del feto se depura a través del cordón umbilical, el cual transporta sangre hacia la placenta y desde está. Después del nacimiento, el propio sistema del bebé debe hacerse cargo de hacer circular la sangre a través del cuerpo; el latido del corazón del neonato es aún acelerado e irregular y la presión sanguínea no se estabiliza sino hasta el décimo día.⁶⁹

Sistema respiratorio

El cordón umbilical trae oxígeno al feto y extrae gas carbónico; el recién nacido necesita mucho más oxígeno y ahora debe obtenerlo por sí mismo. La mayoría de los infantes empiezan a respirar tan pronto como emergen al aire; por tanto, un bebé que no empieza a respirar dos minutos después del nacimiento, está en problemas, si la respiración no ha empezado más o menos a los cinco minutos después del nacimiento, puede haber algún grado de daño cerebral debido a la anoxia o falta de oxígeno. Los infantes tienen solamente un décimo de número de sacos de aire que tiene el adulto y, por tanto, son más vulnerables a los problemas respiratorios.

Sistema gastrointestinal.

En el útero, el feto depende del cordón umbilical que le proporciona comida proveniente de la madre y lleva los residuos del cuerpo. Después del

⁶⁸ I Reeder, S., Martín L I. "Atención al recién nacido normal" Antología Obstetricia 1996,

⁶⁹ OLDS, LONDON, LADEWING., *Enfermería materno infantil* cuarta edición Interamericana."Valoración de enfermería del recién nacido normal"

nacimiento el infante tiene un fuerte reflejo succionador par ingerir la leche así como las secreciones gastrointestinales par digerirla. El meconio (material de desecho viscoso de color verde negruzco que se forma en el tracto intestinal del feto) se excreta aproximadamente durante los primeros dos días del nacimiento. Cuando el intestino y la vejiga del neonato están llenos, los músculos del esfínter se abren automáticamente, pero pasarán muchos meses antes que el bebe pueda controlar esos músculos.⁷⁰

Tres o cuatro días después del nacimiento, especialmente aquellos que nacieron prematuramente, desarrollan "ictericia fisiológica", con la cual la piel y el globo ocular se ven amarillos. La inmadurez del hígado causa esta clase de ictericia que normalmente no es seria, no tiene efectos a largo plazo y generalmente se trata colocando al bebe bajo luces fluorescentes.⁷¹

Ictericia fisiológica: Coloración amarillenta de la piel en los lactantes recién nacidos que se debe a la destrucción del excesivo número de hematíes que pueden estar presentes al nacimiento.

Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Pág. 595

Crecimiento del cerebro

El cerebro humano crece más rápidamente durante la gestación y la vida primera postnatal. Los neurobiólogos del desarrollo estiman que el feto humano en desarrollo forma 250000 células cerebrales por minuto a través de la división celular (mitosis) y la gran mayoría de los cien mil millones de células que se hallan en un cerebro maduro ya están formadas en el momento del nacimiento. Un breve y extraordinario esfuerzo en el cerebro tiene lugar justamente antes del nacimiento y un poco después de el. Las células recién formadas se clasifican a sí mismas por función, moviéndose hacia sus posiciones adecuadas ya sea en la corteza cerebral, la capa superior del cerebro o en los niveles subcorticales (debajo de la corteza). En el recién nacido, las estructuras subcorticales que regulan el funcionamiento biológico básico (como la respiración y la digestión) son las más completamente

⁷⁰ OLDS,LONDON,LADEWING., *Enfermera materno infantil* cuarta edición Interamericana."Valoración de enfermería del recién nacido normal"

⁷¹ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

desarrolladas; las células en la corteza, que es responsable del pensamiento y de la solución de problemas, todavía no están bien conectadas. Las conexiones entre las células de la corteza aumentan astronómicamente a medida que el niño madura, permitiendo un funcionamiento intelectual de nivel motor más alto y más flexible.⁷²

Los reflejos de un recién nacido.

Cuando los bebés (o los adultos) parpadean ante una luz brillante, están actuando involuntariamente; tales respuestas automáticas a estímulos externos se llaman conductas reflejas.

Los seres humanos tienen una gama de reflejos, muchos de los cuales están presentes antes, durante o ligeramente después del nacimiento. Algunos de ellos estimulan la supervivencia u ofrecen protección. En el curso normal del desarrollo neurológico, los reflejos primitivos desaparecen durante el primer año de vida, más o menos: por ejemplo, el reflejo de Moro o de sobresalto, desaparece a los dos o tres meses y el de hociquear el pezón aproximadamente a los nueve meses. Reflejos protectores tales como el parpadeo, el bostezo, la tos, la provocación de náusea, el estornudo y el reflejo de la pupila, no desaparecen. Debido a que la subcorteza controla los reflejos primitivos, su desaparición es un signo del desarrollo de la corteza y el cambio al control voluntario de la conducta; ya que hay un momento preestablecido para que éstos reflejos desaparezcan, su ausencia o presencia en los primeros meses de vida es una guía para evaluar el desarrollo neurológico. Una de las primeras cosas que hace un médico cuando nace un bebé es poner a prueba los reflejos normales.⁷³

⁷² Seguranyes Guíllat Gloria. “*Enfermería Maternal*”. Ed. Mason. Primera edición (2000). Reimpresión 2004., Irene M. Bobak. Sexta edición. MCMXCVII.

⁷³ SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud*. Rev Cubana Enfermer, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

1.7 Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

Hospital Amigo del Niño y de la Madre es un programa mundial emanado de acciones generadas desde 1981 con la publicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

Nuestro país, incorporado desde 1992 con 46 nosocomios ubicados en toda la república, ha contribuido con un vasto marco legal que incluye nuestra Constitución Política y la Ley General de Salud, así como diversos acuerdos, normas oficiales mexicanas y reglamentos que inciden directamente en la estrategia, cuyo objetivo central es brindar una atención integral y de calidad al grupo materno-infantil, así como alentar la lactancia materna y el auto cuidado de la salud.⁷⁴

Con este antecedente hoy día México trabaja con 25 actividades englobadas en cinco grandes campos: 1) Lactancia materna, 2) Atención médica, 3) Acciones preventivas, 4) Acciones educativas y de promoción y 5) Investigación y sistematización.

COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA.

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen 200 componentes reconocidos. Durante los siete primeros días posparto, a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo por su alto contenido de carotenos que es casi 10 veces mayor que el contenido de la leche madura (7.57 vs 0.3 mg/L).⁷⁵

Después de la primera semana, la leche va cambiando su composición y dos a tres semanas después tiene las características de la "leche madura". Sin embargo, como nacen niños de término y pretérmino, los estudios de las últimas décadas muestran que la composición de la leche humana varía según la edad de gestación. La leche prematura tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, como si se adaptara a las condiciones fisiológicas del recién nacido. No obstante, se sabe que los niños prematuros alimentados

⁷⁴ Programa amigo del niño y de la madre

⁷⁵ Liga de la leche

por su propia madre, requieren para alcanzar una velocidad de crecimiento semejante a la intrauterina, de suplementos con proteínas, minerales y algunos oligoelementos.⁷⁶

Proteínas. Las proteínas de la leche humana se clasifican en caseína y proteínas del suero. Las caseínas de la leche humana son beta y kappa caseína y no contiene alfa y gama que son exclusivamente bovinas. De las proteínas del suero, la proteína por excelencia por su calidad nutricia es la alfa-lacto albúmina, en tanto que la beta-lacto albúmina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada a los bovinos. Sin embargo, es importante mencionar que la leche humana contiene compuestos nitrogenados que no son proteínas pero que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25% del nitrógeno total y lo integran: aminoácidos libres, péptidos, N-acetilazúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos cuyo papel en la respuesta inmunológica ha adquirido relevancia en los últimos años.⁷⁷

Lípidos. La cantidad de lípidos contenidos en la leche humana es de alrededor de 35-45 g/L, y constituyen la mayor fuente energética de la misma. Son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol (100-150 mg/L), en tanto que el interior del glóbulo de grasa lo constituyen principalmente triacilglicéridos. Parece ser que la concentración de lípidos en la leche humana está asociada al tipo de lípidos ingeridos por la madre y con la conformación de lípidos de sus reservas en el tejido adiposo. Además, cuando la dieta es pobre y las reservas escasas, la cantidad que contiene la leche materna disminuye como sucede en mujeres con nutrición deficiente.⁷⁸

Hidratos de carbono. El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa. Su concentración es de alrededor de 70 g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. A diferencia de los lípidos, su concentración prácticamente

⁷⁶ Liga de la leche

⁷⁷ Liga de la leche

⁷⁸ Liga de la leche

no varía a pesar de las modificaciones dietéticas y de las condiciones nutricias de la madre. Existen otros oligosacáridos cuya función está asociada a mecanismos de defensa del niño contra la infección.

Vitaminas y nutrimentos inorgánicos. Existen en la leche humana vitaminas tanto hidrosolubles como liposolubles y, al parecer, se transfieren directamente de la dieta y las reservas de la madre. La vitamina A (retinol), D (ergocalciferol), B6 (piridoxina) y B12 (hidroxicobalamina) tienen una dependencia especial de la dieta de la madre. Esto significa que su ausencia en la dieta o reserva materna pone en riesgo al lactante de presentar deficiencia.⁷⁹

En cuanto a los nutrimentos inorgánicos, algunos como el calcio, fósforo y magnesio, desarrollan una transferencia estrictamente regulada de la sangre a la leche y no se espera que a mayor ingesta de estos minerales se traduzca en mayores concentraciones en la leche. En cambio, algunos electrólitos como el sodio, potasio y cloro no tienen esta regulación estricta sino que son secretados en la glándula mamaria y alcanzan una concentración en la leche de 7, 15 y 12 mEq/L, respectivamente. La concentración de hierro en la leche (0.5 mg/L) es bastante constante y se comporta en forma independiente de la reserva materna. De la cantidad descrita se absorbe aproximadamente 50% vs. 4-7% del hierro procedente de la leche de vaca. El zinc y el cobre tienen concentraciones altas en el calostro y declinan sin relación con las reservas maternas.⁸⁰

CONSTITUYENTES DE LA LECHE HUMANA CON OTRAS FUNCIONES.

Existen otras sustancias en la leche humana que efectúan funciones diferentes a las nutricias. Por ejemplo:

- a. Síntesis de lactosa que se lleva a cabo en la glándula mamaria por acción de la lacto albúmina.
- b. Protección directa contra agentes microbianos: lacto ferina, inmunoglobulina A, oligosacáridos con funciones antiparasitarias, amino-azúcares con

⁷⁹ Liga de la leche

⁸⁰ Liga de la leche

- función antibacteriana y lípidos con funciones antivirales y antiparasitarias.
- c. Propiedades anti-inflamatorias: inmunoglobulina A, lactoferrina.
 - d. Promoción del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico.
 - e. Presencia de leucocitos (linfocitos B y T, macrófagos y polimorfo nucleares) que participan en la síntesis de enzimas, en los procesos de fagocitosis y en la regulación de la respuesta inmune.

VOLUMEN DE LECHE INGERIDO POR EL NIÑO.

Influyen principalmente la frecuencia de tetadas, la edad del lactante y la condición nutricia de la madre. Para conocer el volumen ingerido se han utilizado en nuestro medio dos procedimientos principalmente: la técnica del pesaje que consiste en pesar al niño antes y después de cada tetada en una báscula de alta precisión y mediante la técnica de dilución con deuterio, un isótopo estable. En general, la cantidad de leche que el niño ingiere es menor que el potencial de producción láctea de la madre, por lo cual es más importante hablar en términos de ingesta de leche y no de producción láctea. Se acepta que la producción láctea promedio es de 750 g/d, aunque los límites de producción son amplios de 450 a 1200 g/d en donde madres desnutridas producen menor cantidad.⁸¹

El volumen de leche ingerido por el niño se mantiene constante durante la etapa de lactancia exclusiva entre el primer y sexto mes de edad. Sin embargo, la introducción temprana de otros alimentos puede afectar la producción láctea en forma temprana. La demanda del lactante es regulada por sus necesidades de energía y proteínas. En el posparto inmediato el volumen de leche ingerido se asocia positivamente con la frecuencia de tetadas, así como por los niveles de prolactina y peso del niño.⁸²

Existen algunos factores maternos que pueden disminuir la producción de leche como son la ansiedad y el estrés que eventualmente conducen al fracaso de la lactancia. Otros factores con influencia negativa son el tabaquismo y la ingestión de alcohol. Es importante señalar que la madre que amamanta en

⁸¹ Liga de la leche

⁸² Liga de la leche

forma exclusiva a su hijo, utiliza sus reservas de grasa y proteínas para mantener la lactancia por lo cual puede observarse una pérdida de peso de 2000 g/mes. En zonas rurales o muy pobres de nuestro país, este fenómeno de la demanda nutrimental en la madre es mucho más compleja y participan ciertas variables en interacción como: equilibrio energético, reserva nutricia, demanda de leche y actividad que pueden conducir a la ganancia, pérdida o mantenimiento del peso.⁸³

En la actualidad existe un movimiento muy importante de apoyo a la lactancia materna auspiciado por el UNICEF y la Secretaría de Salud que ha propiciado un programa nacional del Hospital Amigo del Niño y de la Madre y que plantea una serie de criterios para favorecer la lactancia exitosa desde que la madre asiste al control prenatal y especialmente cuando se encuentra en el puerperio inmediato en el hospital. Se recomienda la lectura del libro Lactancia materna en México, editado por el Comité Nacional de Lactancia Materna, SS, UNICEF y OPS.⁸⁴

ACCIONES ACONSEJADAS PARA EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.

1. Normas y procedimientos escritos en cada hospital o maternidad.
2. Capacitación del personal en los criterios de lactancia materna.
3. Difusión de la lactancia materna hacia la comunidad.
4. Iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto
5. Enseñar a la madre cómo dar de mamar y cómo mantener la lactancia
6. Recomendación de lactancia materna exclusiva por un período no inferior a los cuatro meses y de preferencia por seis meses.
7. Alojamiento conjunto.
8. Apoyo a la lactancia cada vez que se solicite.
9. Erradicación de biberones en áreas de alojamiento conjunto.

⁸³ OLDS, LONDON, LADEWING., *Enfermera materno infantil* cuarta edición Interamericana."Valoración de enfermería del recién nacido normal"

⁸⁴ (<http://scielo.sld.cu/lactancia> técnicas de amamantamiento, manual moderno) sutterhealth.org

10. Formación de grupos de apoyo a la lactancia.

En resumen, debido a las ventajas nutricias, inmunológicas, anti-infecciosas, teleológicas, psico-afectivas, económicas y como método contraceptivo natural de la leche humana, es imperativo en nuestro país fomentar la lactancia materna para lograr que un mayor número de niños gocen de este privilegio único que le ofrece la naturaleza durante los primeros meses de la vida. Por lo anterior, es necesario trabajar más con los profesionales de la salud (médicos generales, obstetras, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos, etc.) para que unan sus esfuerzos y favorezcan que cualquier madre que desee amamantar a su hijo no desista de esta motivación por causas que pudieran ser solucionadas

CAPITULO II. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Femenina de 26 años de edad primigesta con 41 semanas de gestación que ingresa al servicio de labor a las 3.00 am, con 4cm de dilatación y 60% de borramiento con contracciones uterinas de 2 en 10 minutos, membranas íntegras, constantes vitales dentro de los límites normales con buena coloración de tegumentos y facie de dolor se ingresa al servicio y se realiza inductoconducción del trabajo de parto con oxitocina, a la exploración con espejo vaginal se rompen las membranas y las 11:00am tiene 8 cm de dilatación y 100% borramiento pero al producto el cual esta encajado se encuentra en primer plano, por lo cual se sigue esperando el trabajo de parto fisiológico con monitores de contracciones y frecuencia cardiaca fetal la cual es de 150 latidos por minuto, a las 16 horas el producto manifiesta sufrimiento fetal y el liquido amniótico tiene meconio de dos cruces, y el producto no ha descendido del primer plano, por lo cual se prepara para operación cesárea la cual se realiza a las 18:25pm obteniendo producto masculina vivo que respira y llora al nacer con un Apgar de 8-9 se realizan cuidados mediatos e inmediatos posterior a la resuperación se pasan a ambos al servicio de alojamiento conjunto donde se inicia la primera alimentación al seno materno y se observan mamas turgentes y dolorosas a la palpación y con pezón invertido, se inician funciones de orientación y cuidados

2.2 VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

NOMBRE: Patricia Solano Ruiz , vive en Nicolás Bravo N1, Col. Nueva Aragón, tiene 26 años de edad femenina, mexicana, con fecha de nacimiento de 9 abril de 1980, ocupación: asistente médico, escolaridad bachillerato técnico trunco, religión católica, originaria de México DF. Viene en compañía de su esposo.

Ambiente físico: vive en casa prestada con 3 habitaciones, de tabique y cemento, no tiene animales domésticos, su casa tiene buena iluminación y ventilación, los servicio sanitarios son que cuenta con agua intradomiciliaria, drenaje, y control de basura por carretones, las vías de comunicación son: están pavimentadas las calles, cuenta con servicio de colectivos, metro, carro particular y teléfono y taxis.

Cuenta con los siguientes servicios de salud : Centro de salud, ISSSTE.

Hábitos higiénico-dietéticos.

Se baña diario, se lava las manos antes de ir al baño y después y en varias ocasiones en su trabajo. Se cepilla los dientes 2 a 3 veces al día. Se cambia de ropa personal completa diariamente.

Alimentación:

Consume carne 2 veces por semana, frutas y verduras diariamente, leguminosas cada 3 días, pastas cada semana, huevo cada semana, tortillas cada tercer día, pan diario y toma entre 6 a 8 vasos de agua natural o de frutas diariamente.

Eliminación; sus evacuaciones son pastosas y de 1 a 2 veces al día nunca se estríñe y pocas ocasiones en su vida a tenido diarrea.

Descanso y sueño:

Duerme de 6 a 8 horas pero en la semana puede que sean 6h la mayor parte de las veces, casi no tiene actividades recreativas, solo 1 vez al mes.

Trabaja 8 a 10 horas diarias y estudia la preparatoria abierta cuando tiene tiempo.

Composición familiar:

Esposo: 30 años, empleado, con participación económica del 40% aproximadamente.

Dinámica familiar:

Vive en unión libre desde hace un año y su vida familiar parece ser estable aunque no muy comprensivo, según lo refiere, para el aporte económico de parte del esposo.

Comportamiento: conducta cotidiana, alegre y tranquilo.

Antecedentes personales no patológicos:

Tipo de sangre A positivo.

Antecedentes personales patológicos:

Hipertensión arterial del padre, diabetes de los abuelos maternos.

Interrogatorio: piel y anexos. Se observa mamas turgentes con pezón invertido y pequeño, eritema localizado en mama derecha con dolor y calor a la palpación, con aumento de la temperatura local y corporal.

Se observa al entregarle al recién nacido falta de conocimientos para iniciar la lactancia materna expresando su inexperiencia y ansiedad por el dolor que le produce la succión del lactante en mala posición para el amamantamiento.

Antecedentes gineco obstétricos.

Menarca a los 12 años de edad, ciclos de 28 por 6 de duración, dismenorrea en sus menstruaciones, a veces incapacitante que desencadena cefalea que se controla con analgésicos y anti inflamatorios.

No ha utilizado ningún método de control familiar.

El papanicolaou se lo ha realizado solo una vez en su vida y una colposcopia posterior que fue negativa al virus del papiloma humano.

Fecha de última regla. No la recuerda, fecha probable de parto: 20 de marzo. Por ultrasonido tiene 40 semanas de gestación. Gestas 1, partos 0, con vigilancia prenatal, con dos compañeros sexuales uno circuncidado. Sin historial de embarazos previos.

Observaciones: Presenta falta de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna pero tiene interés y muchas dudas para su realización, su hijo nace por cesárea y presenta hipotermia y un Apgar 8 9, tiene buena succión y deglución se podrán realizar intervenciones necesarias para normalizar la temperatura del R.N y fomentar la lactancia materna así como de orientar a lo mismo a la nueva madre.

Evolución del embarazo.

Tuvo infección de vías urinarias recurrentes controlada con antibióticos recetados por ginecólogo y también infecciones vaginales controladas al inicio del embarazo se observó un hematoma intraplacenterio que desapareció posterior a la disminución de la actividad , jamás tuvo reposo absoluto.

Exploración física.

Su peso era de 70 kilos antes de su embarazo .peso actual de 85 kg. peso ideal de 70 kg. Teniendo un sobrepeso de 15 kg, estatura de 1.70 metros pulso de 98 por minuto tensión arterial de 100-60, 37,7 de temperatura y 29 de respiraciones.

Inspección: Aspecto físico hidratada con buena coloración de tegumentos facies de dolor y astenia y adinamia con presencia de herida quirúrgica abdominal posterior al parto por cesares y loquios hemáticos escasos en cantidad, edema de miembros inferiores de dos cruces refiere dolor en la herida quirúrgica que limita su movimiento, expresa verbalmente que se le enseñe la técnica adecuada de amamantamiento y refiere dolor en ambos pezones y se observa laceración.

Palpación. mamas turgentes con calor y dolor local, pezón pequeño e invertido abdomen globoso a expensas de involución uterina exámenes de laboratorio; glucosa de 62 al ingreso y de 89 durante el alojamiento, pss con contracciones de buena intensidad y duración , al parecer existió un problema con la rotación del producto por lo cual se decidió al parto por cesares, sufrimiento fetal presenta, FCF de 170 latidos por minuto.

Problemas o padecimientos actuales: Las valoraciones de enfermería continúan después del parto y son importantes para asegurar que existen las adaptaciones fisiológicas normales después del nacimiento.

Hay que mencionar que la cuarta etapa de parto, es engañoso el nombre, ya que en realidad es la fase de recuperación inmediata.

Por lo general la cuarta etapa se define como el lapso de 1-4 hrs., posteriores al nacimiento, o hasta que los signos vitales estén estables, y el puerperio inmediato se define las primeras 24 hrs., después del parto.

Es de valiosa ayuda conocer la aplicación del método científico durante el puerperio fisiológico inmediato, ya que se realiza la valoración minuciosa e individualizada del binomio madre-hijo, con esto se da énfasis a la fundamentación científica de los procedimientos e intervenciones de enfermería aplicados en cada caso.

La valoración durante la cuarta etapa se enfoca en el estado físico de la madre, e incluye vigilancia de constantes vitales, contractilidad uterina, loquios, estado de la vejiga y situación del perineo.

Se elige el caso tomando en cuenta los siguientes problemas y respuestas humanas de una mujer puérpera en el servicio de Recuperación.

Amamantamiento inefectivo relacionado con la falta de conocimiento y experiencias de la madre primeriza manifestado por posiciones inadecuadas de alimentación al recién nacido y mala colocación de la mama y la boca del recién nacido.

Integridad cutánea alterada de ambos pezones relacionado con malas técnicas de amamantamiento y falta de humectación de los pezones.

Alto riesgo de Infección puerperal (fiebre), relacionado con las heridas y laceraciones de los pezones y la ingurgitación de las mamas turgentes.

Lesión. Alto riesgo (pezones y perineo).

Falta de conocimiento sobre el amamantamiento y los cuidados al recién nacido.

Dolor relacionado con la ingurgitación de las mamas y la falta de conocimiento sobre la extracción de la leche y el amamantamiento.

2.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POR ÓRDEN DE IMPORTANCIA:

- Hipotermia Relacionado con Termolabilidad del R/N Manifestado por Reducción de temperatura corporal por debajo del límite normal 36° C
- Alto riesgo de obstrucción de los conductos galactíferos Relacionado con la mala técnica al amamantar y las heridas, laceraciones de los pezones y la ingurgitación de las mamas turgentes
- Amamantamiento inefectivo Relacionado con falta de conocimiento y experiencias de la madre primeriza Manifestado por posiciones inadecuadas de alimentación al recién nacido mala colocación de la mama y la boca del recién nacido
- Integridad cutánea alterada de ambos pezones Relacionado con malas técnicas de amamantamiento y falta de humectación de los pezones Manifestado por rechazo al amamantamiento y dolor durante la succión.

2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Amamantamiento inefectivo relacionado con: falta de conocimiento y experiencias de la madre primeriza manifestado por: posiciones inadecuadas de alimentación al recién nacido mala colocación de la mama y la boca del recién nacido.

Objetivo.

Que la paciente reciba orientación sobre todo lo relacionado a la alimentación al seno materno (numero de tomas, libre demanda formación de pezones prevención de grietas, cuidados al recién nacido antes y después de cada toma, posiciones de amamantamiento, apoyos familiares y de pareja al alimentar con seno materno, alimentación de una mujer que proporciona el seno materno etc.)

Intervenciones de enfermería:

Orientación a la madre sobre lactancia materna eficaz y sus ventajas sobre los sucedáneos.

1. Posición de amamantamiento (acostada, sentada, de balón).y enseñanza sobre la colocación de la boca del lactante, que debe cubrir todo el pezón y además toda la areola para evitar laceraciones y grietas en las mamas y por lo tanto el abandono de la lactancia materna.

Fundamentación: una buena técnica de amamantamiento incluye la perfecta comprensión por parte de la mujer puerpera sobre su realización, ya que la mala colocación de la boca del lactante y la areola de la mama es la primera causa de grietas en el pezón, laceraciones y más aun el rechazo por el dolor de la lactancia materna.

2. Ejercicios para formar el pezón.

Fundamentación: La turgencia y la ingurgitación de las mamas influye en el tamaño del pezón de madres primerizas, ya que este puede no tener la formación suficiente o se puede invertir por el peso que se acumula por la excesiva cantidad de secreción láctea, y la formación de los pezones ayuda a estimular y formar el pezón si este no es apto normalmente.

3. Humectación del pezón con leche materna.

Fundamentación: Es recomendable posterior a cada toma humectar el pezón y la areola con la misma secreción láctea; esto favorecerá la humectación del mismo y la ayuda a la prevención de resequedad y posibles laceraciones.

4.-Extracción manual de la leche.

Almacenamiento y refrigeración de la leche materna (refrigerada dura 8 días, congelada dura 1 mes).

Fundamentación:

Es importante que la madre obtenga toda la información necesaria sobre la extracción manual de la leche materna, ya que puede ser una persona trabajadora que quiera seguir brindando la ingesta de leche materna a su hijo y si conoce estos métodos y su almacenamiento podrá seguir beneficiando a ella y su hijo de sus ventajas.

Evaluación:

La mujer aprende a realizar ejercicios para formar el pezón y sabe extraer la leche materna, además coloca la mama en la boca del recién nacido cubriendo totalmente la areola de la mama y se realiza una lactancia exitosa.

Se previnieron laceraciones en los pezones con las posiciones adecuadas de amamantamiento.

La mujer supo la técnica adecuada de amamantamiento a su hijo cubriendo el pezón y toda la areola con la boca del R/N.

Obtuvo información necesaria para almacenar y conservar leche materna mientras se forma el pezón.

Se observó tranquilidad en la paciente al recuperarse de las laceraciones de sus pezones

Se produjo una vinculación más afectuosa por la lactancia materna exitosa y la satisfacción por amamantar a su hijo son dolor.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Integridad cutánea alterada de ambos pezones relacionado con malas técnicas de amamantamiento y falta de humectación de los pezones manifestado por rechazo al amamantamiento y dolor durante la succión.

Objetivo:

1. Ofrecer la orientación necesaria para el cuidado y la humectación de las mamas.
2. Informar a la paciente sobre las ventajas de la lactancia materna.

Intervenciones de enfermería:

Explicarle a la madre como debe asear sus mamas durante el baño:

- ❖ esto debe ser con agua y jabón neutro y enjuagarlas perfectamente.

Fundamentación:

El agua corriente favorece la buena realización del aseo de las mamas impidiendo el residuo de jabones o sustancias del mismo.

El jabón neutro no cambia el ph de la piel impidiendo la resequead de la misma y el retiro de partículas que pudieran causar enfermedad por mala higiene de la mama al lactante.

- ❖ al amamantar a su hijo decir la técnica adecuada que es "En forma de hamburguesa" se toma la mama y como si se fuera a comer la hamburguesa: de arriba hacia abajo.

Fundamentación:

Para que al introducir la mama a la boca del lactante ésta lo abarque todo hasta cubrir la areola, disminuyendo así las posibles laceraciones
Por mala colocación de la boca del lactante y la areola de la mama.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de obstrucción de los conductos galactíferos Relacionado con la mala técnica al amamantar y las heridas, laceraciones de los pezones y la ingurgitación de las mamas turgentes.

Objetivo:

Disminuir el riesgo de padecer molestias relacionadas con la mastitis y las lesiones de los pezones.

Intervenciones de enfermería:

Orientar a la madre a amamantar a libre demanda a su hijo y los cambios de posición durante la lactancia. Para evitar la acumulación de secreción láctea en los conductos. Adiestrar a la madre sobre la humectación de los pezones y alrededor de la areola para disminuir el riesgo de resequeidad en los mismos y lesionasen la piel.

Fundamentación. El cambio de posición al amamantamiento disminuye el riesgo de acumulación de secreción láctea en algunos conductos galactíferos que no se succionan cuando no hay cambio de posición.

Si el recién nacido se prende sólo en su pezón y no en la areola pueden desarrollarse problemas, como pezones adoloridos y una provisión de leche inadecuada.

Intervenciones de enfermería:

Orientación a la madre sobre la satisfacción de una lactancia materna exitosa que no debe doler, y si es que tiene molestias o no se está realizando correctamente o es la sensibilidad de las primeras succiones del pezón y la areola.

Fundamentación: El amamantar no debe doler. Se debe sentir un tirón rítmico en el pecho. Un poco de sensibilidad en el pezón es normal durante los primeros minutos del periodo de aprendizaje. Sin embargo, tener pezones adoloridos, sangrantes o partidos es señal de que no se realiza la técnica adecuada.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DEL RECIÉN NACIDO

Hipotermia Relacionada con termolabilidad del R/N manifestado por reducción de temperatura corporal por debajo del limite normal 36° C

Objetivo:

Mantener la temperatura del R/N en 36.5°C a 37°C.

Intervenciones de enfermería:

1. Toma y registro de temperatura rectal

Fundamentación: Fisiología del recién nacido

- Temperatura normal: 36,5 – 37,5° C
- Hipotermia:< 36,5° C

Si es menor a 36°C introducir al R/N en cuna térmica vigilándolo continuamente y cambiándolo de posición.

Hay aumento de la hipotermia cuando:

Se deja mojado al recién nacido mientras se espera la expulsión de la placenta.

Si se baña pronto al recién nacido (dentro de las 24 horas)

Intervenciones de enfermería:

2. Prevención de la hipotermia.

- ❖ Realizar el parto en un ambiente caliente
- ❖ Secar bien al recién nacido y envolverlo en un paño seco y tibio
- ❖ Evitar poner al recién nacido en una corriente de aire; colocarlo en una superficie tibia.

3. Entregar el bebé a la madre dentro del menor tiempo posible.

Fundamentación:

Promueve:

- ❖ Contacto directo piel-a-piel en las primeras horas después del parto
- ❖ Promueve la unión (*bonding*)
- ❖ Permite iniciar la lactancia materna temprana

4.- Verificar la temperatura del recién nacido tocándole los pies cada 15 minutos.

- ❖ Bañarlo cuando se haya estabilizado la temperatura (después de 24 horas)

5.- Lactancia materna temprana y exclusiva.

- ❖ Contacto temprano entre la madre y el recién nacido

Fundamentación:

- ❖ Facilita la lactancia materna
- ❖ Las políticas de alojamiento conjunto en centros de salud previenen las infecciones nosocomiales.

6.- Mejores prácticas para amamantar correctamente.

- ❖ Ninguna alimentación preláctea ni otro suplemento
- ❖ Amamantar por primera vez dentro de la primera hora después del parto
- ❖ Colocar en posición correcta para permitir la buena adhesión del recién nacido
- ❖ Lactancia frecuente, a solicitud.

La lactancia materna a libre demanda satisface las necesidades nutricionales y de hidratación del recién nacido, así como las emocionales, la leche materna contiene glucosa que aumenta la producción de energía y aumenta ligeramente la temperatura corporal, disminuyendo el riesgo de hipotermia.

5.- Apoyo psicosocial para la madre lactante.

El apoyo familiar hacia la madre fortalece el descanso ayudando a ella a recobrar energía para el aumento y producción de leche materna y disminuye el síndrome de agotamiento posparto y por lo tanto el abandono del amamantamiento. Aumentando el vínculo sociofamiliar afectivo y la paternidad responsable, aunado a una lactancia exitosa.

Evaluación:

El R/N permanece con 36.5–37 °C de temperatura corporal rectal normotermia.

Y tiene una buena succión y deglución, alimentándose de leche materna y protegiéndose de la inmunidad materna.

Se previenen enfermedades diarreicas y respiratorias subsecuentes.

2.5 PLAN DE ALTA PARA EL RECIÉN NACIDO:

- Cuidados en el cordón umbilical (mantener limpio y seco para prevenir infecciones).
- Lactancia materna eficaz, exitosa.
- Valorar mamas y pezones (ejercicios para formar el pezón, orientar sobre las posiciones de amamantamiento: acostada, sentada, de balón y de canguro).
- Extracción manual de la leche materna y la refrigeración para almacenamiento. Refrigerada dura 8 días y congelada 1 mes, se membrana la fecha y la hora de almacenamiento.
- Prevención de muerte súbita del lactante: posiciones posteriores a la alimentación, semifowler estricta y extracción del aire después de cada toma.
- Evitar posición de decúbito dorsal por el alto riesgo de bronco aspiración.
- Higiene: baño de tina o de esponja. Recomendaciones: usar jabón neutro, regular el agua a 37 grados, apoyo de antiderrapantes en la tina, vigilancia continua hasta terminar el baño, nunca dejarlo solo.
- Estimulación temprana: masajes en la piel, movimiento de las extremidades suavemente, diariamente estimulación verbal, acústica y visual.
- Esquema básico de vacunación: iniciales BCG Y SABIN
- Eliminación y evacuación.-mojar de 6 a 8 pañales diariamente y sus evacuaciones iniciales son meconiales y posteriormente son como mostaza, suaves y de cantidad regular diariamente o dos veces por día. Existirán días que no evacue y es por que absorbió toda la leche materna, comprobando esto cuando no tiene signos de malestar o estreñimiento.
- La alimentación al seno materno es a libre demanda y exclusiva hasta los 6 meses de edad, teniendo las cantidades suficientes de agua para mantener la hidratación del recién nacido y los nutrientes necesarios esenciales para su nutrición adecuada, así como inmunoglobulinas que lo defienden y le dan inmunidad sobre algunas enfermedades.

CONCLUSIONES.

Durante el puerperio fisiológico inmediato ocurren cambios para que el organismo de la mujer puerpera retorne a su estado anterior al embarazo.

(La madre sufre cambios fisiológicos como son los signos vitales, cardiovasculares, urinarios, gastrointestinales, músculo esquelético, mamario y uterino.)

Pero es necesario que enfermería oriente sobre estos procesos normales en esta etapa tan decisiva, además de valorar los aspectos psicoafectivos y sociales que rodean al binomio madre-hijo, ya que los cuidados de enfermería aplicando el holismo a cada individuo o paciente, dirigirá mejor las acciones de enfermería a realizar.

Al realizar el proceso enfermero enfocado al puerperio de bajo riesgo y más aun a la lactancia materna y los problemas mas frecuentes que ocurren en dichas personas ,se puede observar la falta de difusión que la población tiene acerca de este tema, los beneficios y las ventajas para el binomio madre hijo, ya que enfermería juega un importante papel en este ámbito, con la orientación acertada y oportuna sobre dicho tema ,se abre el conocimiento de usuarios al conocimiento y la resolución de los problemas y necesidades del mismo, ayudando así a promover y participar en una de las mas importantes tareas del ser humano y la familia el de ser madre, padre y familia de este núcleo , para ayudar al ser mas vulnerable y amado ofreciéndole: protección y amplios cuidados de la salud, así como prevención de factores enfermizos ,que pudieran darse en el recién nacido, a esta nueva persona que dentro de nuestro paradigma enfermero es alguien mas que cuidar...

La paciente obtuvo los conocimientos necesarios para poder tener una lactancia exitosa y ofrecer a su hijo la protección y la inmunidad necesaria durante ese momento y previno lesiones posteriores en los pezones así como una buena técnica de amamantamiento apoyada de su familiar para poder recobrar sus actividades diarias personales y laborales con una buena salud y obtención de conocimientos para resolver problemas futuros potenciales

relacionados con la lactancia materna y el puerperio, pudiendo así dar respuesta a las necesidades y problemas que se detectaron en este proceso de enfermería....

Aprendiendo que la enfermería es la aplicación de los conocimientos adquiridos para la propuesta y resolución de problemas reales y potenciales detectados y evaluados por personal profesional.

Siendo esta una gran satisfacción, el ser participe en el ofrecimiento de respuestas asertivas que promueven la resolución exitosa de problemas a usuarios que así lo requieran.

SUGERENCIAS

Sugiero que dentro de lo posible en nuestro ámbito laboral las enfermeras orienten a las usuarias puérperas que tienen un hijo(a), sobre todos los aspectos que incumben a una lactancia exitosa, además que se detecten problemas de enfermería y se promuevan alternativas de solución en cada caso en particular, sin olvidar el aspecto docente a personal en formación que necesita de nuestra experiencia para poder incorporar sus conocimientos a la practica real.

Y a los estudiantes les recomiendo que no se desanimen por la sobrecarga de trabajo que a veces observan ya que les abrirá el camino de la experiencia practica, pero nunca olviden que las personas que están en nuestras manos no son camas, ni números ni diagnósticos médicos sino son un verdadero potencial de cualidades y aspectos individualizados de los que nos componemos cada uno de nosotros y así debemos de ser tratados como a mi mismo o a tu familia, ya que nunca se sabe a quien cuidamos, pero lo que si sabemos es cuidar con el valor y el conocimiento de nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

Atkinson L, Murray ME. Proceso de Atención de Enfermería. El Manual Moderno; 2ª ed. México: 1983:7.

Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. McGraw-Hill, Interamericana; Madrid: 1994

Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Primera parte, Con definiciones, características definitorias factores de riesgo y factores relacionados 2005-2006

Diccionario médico. 4ª edición Masson S.A.

Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Interamericana McGraw-Hill; México: 1993:13.

Iyer, P., "Enfermería materno infantil", MacGraw Hill Interamericana

Luis MT. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Mosby, Doyma Libros; Barcelona: 1996:6.

López Cossi, Mariola. "Cuidados puerperales. Internet: [www.http//revistasalud.com](http://revistasalud.com)

OLDS, LONDON, LADEWING. "Valoración de enfermería durante el parto y puerperio". En: Enfermera materno infantil. Interamericana, cuarta edición. Pág. 22. 1210 pp

Proceso y diagnóstico de enfermería. Mc GRAW HILL INTERAMERICANA, México (3º ed), (1995)

Reeder,S., Martín L I. "Atención al recién nacido normal". En: Antología Obstetricia. Cuarta edición1996,

Reeder,S., Martín L "Puerperio normal". En: Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Médica. Nº 100. Diciembre/2000. Páginas: 2-6.

SASTRE PEREZ, Maribel, VARCA HERNANDEZ, Arciaris y DEL SOL ARIAS, María A. "Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud". En: Rev. Cubana Enfermería, sep.-dic. 2003, vol.19, no.3.

Seguranyes Guillat Gloria. "Enfermería Materna". Ed. Mason. Primera edición (2000). Reimpresión2004., Irene M. Bobak. Sexta edición. MCMXCVII.