

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

TESINA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

EDITH CELIS CORTEZ

NÚMERO DE CUENTA: 404512453

DIRECTORA DE TESINA:

MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

MÉXICO, D. F. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	PÁG
DEDICATORIA	
I. INTRODUCCIÓN	
II. JUSTIFICACIÓN	1
III. OBJETIVOS	3
IV. MARCO TEÓRICO	
• CAMBIOS LOCALES EN EL PUERPERIO	4
• CAMBIOS GENERALES EN EL PUERPERIO	9
• INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA VALORACIÓN DEL PUERPERIO PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	13
• GUIA DE AUTOCUIDADO	35
V. CONCLUSIONES	39
VI. BIBLIOGRAFÍA	40

I. INTRODUCCIÓN

La salud esta considerada como una medida primordial para lograr el desarrollo psicosocial del individuo y de la sociedad en su conjunto. Actualmente el trabajo multidisciplinario en el área de salud incluida la enfermería, asumen la responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo.

La norma oficial mexicana NOM – 007 – SSA2 – 1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; señala que el puerperio normal es el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas a 42 días. Durante este periodo; los cuidados representan un reto para las enfermeras ya que las complicaciones en el puerperio son la segunda causa de muerte maternas, una valoración mas precisa permite identificar los riesgos que desencadenan las posibles complicaciones y que estas pueden llegar hasta la muerte.

En la presente tesina se señala el concepto y clasificación del puerperio así como los cambios normales que sufre la mujer puérpera con la intención de identificar signos y síntomas que alteren el proceso fisiológico de esta etapa.

Teniendo los diagnósticos de NANDA como referencia se incluyen guías de intervenciones de enfermería ante posibles problemas reales y potenciales que se pueden presentar en la primera etapa del puerperio como son; mastitis, hemorragias, infección puerperal y tromboflebitis.

Es importante destacar que la función de enfermería es planear e instruir acerca de los cuidados durante el puerperio incluyendo a la mujer puérpera y a su familia.

II. JUSTIFICACIÓN

El puerperio es el periodo de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional. Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y que constituyen un gran problema de salud e incluso representan la segunda causa de muerte materna.

Según la INEGI en el año 2007, se produjeron en México 1 094 defunciones de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, la mayoría de ellas evitables. Poco más de la cuarta parte de estas muertes se debe a enfermedad hipertensiva del embarazo que puede prevenirse o minimizarse con un adecuado control médico; le siguen las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio (24.3%).

Por su parte, los fallecimientos por aborto representan 7.4% de los casos; mientras que la sepsis y otras infecciones puerperales equivalen a 2.6 por ciento.

Se realiza la presente tesina, acerca de intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones en el puerperio considerando que la enfermera tiene la tarea de valorar riesgos y reconocer signos alarmantes que alteren el proceso de involución por lo cual se deben tener los conocimientos sobre los cambios normales que se presentan durante el puerperio para así identificar y darle el cuidado necesario según las alteraciones que se presenten y que se pueden prevenir para no llegar a la muerte. Es de esperarse que la puérpera egrese a su domicilio con las funciones corporales maternas restablecidas, para lo cual es necesario que conozca signos y síntomas de alarma en su estado de involución, los cuidados que ha de tener consigo misma para evitar complicaciones en su hogar y los datos anormales que pongan en riesgo su vida.

Es un tema relevante ya que día a día en cualquier unidad hospitalaria donde se atiende al binomio madre e hijo se presentan dichas complicaciones por lo que es de gran responsabilidad del personal de enfermería ayudar a la mujer puérpera a realizar aquellas actividades que contribuyan a su pronta recuperación ya que ella podría realizar si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; por lo que es preciso realizar estas acciones de tal forma pueda ser independiente lo antes posible.

III. OBJETIVOS

Objetivo General.

- Identificar intervenciones de enfermería en la mujer puérpera durante el puerperio que le permitan transcurrir este periodo sin complicaciones y que lleguen a la muerte.

Objetivos Específicos.

- Señalar las principales complicaciones durante el puerperio para detectar ante su inmediata presencia.
- Valorar los elementos que permitan identificar factores de riesgo en la etapa del puerperio.
- Formular guías de intervenciones de enfermería específicos para la puérpera.

IV. MARCO TEÓRICO

PUERPERIO

La norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; señala que el puerperio normal es el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas ó 42 días.

Se clasifican en:

Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas.

Puerperio mediato: abarca desde el 2 al 7 día.

Puerperio tardío: del 8 a 42 día.

Durante las primeras dos horas la paciente es observada y valorada cuidadosamente ya que es un momento crucial para evitar los riesgos de hemorragia o choque hipovolémico, una vez superado estos riesgos iniciales el principal peligro es el de infección, la cavidad uterina es fácilmente accesible a los microorganismos del exterior, asimismo el sitio donde estaba adherida la placenta es como una herida abierta que se infecta con facilidad.

Se deben proporcionar cuidados de enfermería de calidad en esta etapa, para prevenir posibles complicaciones por lo que se debe conocer el proceso fisiológico normal para poder identificar signos y síntomas que alteren este proceso.

CAMBIOS LOCALES EN EL PUERPERIO

Mamas

El crecimiento de las mamas se produce en forma gradual a lo largo del embarazo por influencia de los estrógenos sobre el sistema de los conductos galactoferos y de la progesterona sobre los alvéolos, con la intervención de la somatomamotropina, siendo la placenta la encargada de la secreción de todas estas hormonas. Con la repentina disminución de los niveles hormonales que se producen después del parto es probable que quede anulada la inhibición de la hormona prolactina y se produzca la secreción de leche, en el comienzo ésta secreción es espesa y amarilla y recibe el nombre de calostro, el cual es rico en anticuerpos con alto porcentaje de grasa, este proceso es acompañado por un proceso llamado ingurgitación vascular durante los primeros 2 a 4 días en general es más notable en la primípara.

Cambios en el útero

Se llama involución a los cambios que ocurren en los órganos de la reproducción, sobre todo en el útero después del alumbramiento para recuperar el tamaño y estado previo al embarazo. El proceso se inicia luego de la expulsión de la placenta con contracciones musculares del útero, inmediatamente después del nacimiento, el sitio placentario se contrae a menos de la mitad de su diámetro original durante las contracciones los vasos uterinos actúan como ataduras vivientes, y comprimen los vasos sanguíneos, con lo cual se controla y reduce la pérdida de sangre. Un proceso único de remisión llamado exfoliación, permite que el sitio placentario sane sin producir cicatriz, en la exfoliación el tejido necrótico desaparece de los tejidos superficiales dejando una superficie lisa de tejido endometrial, este proceso único de reparación, asegura que los futuros óvulos fecundados se implanten en un útero sin cicatrices la regeneración del endometrio

concluye en unas tres semanas excepto en el sitio placentario, donde la regeneración no es total si no hasta las seis semanas.

El útero sufre una rápida reducción de tamaño y peso de 1 Kg, inmediatamente después del nacimiento a 500 g durante la primera semana del puerperio y 100 g durante la segunda. La velocidad de la disminución varia en función del tamaño del lactante y el numero de embarazos previos, la causa principal de involución es la disminución súbita de estrógenos y progesterona que desencadena la liberación de enzimas proteolíticas al endometrio, esta liberación hace que el material proteínico de las células del endometrio se trasformen en sustancias que pueden secretarse en la orina, el numero de células musculares no cambia durante la involución, si no que el tamaño de las células se reduce notablemente.

Después del parto, el cuello uterino es blando, a las 18 horas ya retomo su forma, la abertura cervical, que se dilato 10 cm durante el parto, se cierra paulatinamente durante el transcurso de las dos semanas siguientes, el orificio externo nunca recupera su aspecto original, ya no aparece un circulo sino un surco cerrado.¹

La altura del fondo uterino se mide en dedos, o centímetros respecto del ombligo para valorar la velocidad de la involución, normalmente el descenso uterino hacia la pelvis es de un dedo o centímetro por día. Después del nacimiento, en especial cuando se ha administrado oxitocina luego de la expulsión de la placenta, el fondo del útero es firme y se ubica 2 cm por debajo del ombligo, se contrae al tamaño de una toronja grande, aproximadamente 12 hr. después del parto, la altura del fondo es por lo regular de 1 cm por encima del ombligo. Hacia el décimo día después del parto, no debe ser palpable por el abdomen, la vejiga llena puede empujar el útero hacia arriba y desviarlo hacia un lado.

Loquios

¹ Burroughs Med. A Leifer Ma.G Enfermería Materno Infantil 2001 Pág. 204.

Los loquios son secreciones vaginales posteriores al parto, las cuales contienen sangre del sitio placentario, partículas de decidua necrótica y moco. El olor normal de los loquios es parecido al flujo menstrual se caracteriza por su color, cantidad y duración, conforme a la evolución de la paciente la cantidad de los loquios disminuye con rapidez y se vuelve moderado y luego escaso.

Los loquios son abundantes durante las primeras 2 horas posteriores al alumbramiento al principio son rojo brillante de manera que se les llama loquios hemáticos de uno a tres días podría contener pequeños coágulos, aproximadamente al tercer día el flujo vaginal palidece se vuelve rosado o pardo se le llama loquios serosos que no deben contener coágulos. Unos 10 días después del parto la secreción vaginal se vuelve de amarilla a blanca y se conoce como loquios blancos que en promedio se presentan durante unas tres semanas después del parto. ²

Entuertos

Las contracciones uterinas, que obedecen a la relajación y la contracción de las fibras musculares, producen sensación de calambres uterinos y se conocen como entuertos. Estas contracciones, o entuertos ocurren durante los primeros dos o tres días del puerperio. La oxitocina, hormona liberada por la hipófisis posterior, refuerza las contracciones del útero comprimiendo los vasos sanguíneos y evitando una pérdida excesiva de sangre. Si la madre amamanta, la succión estimula la liberación de la oxitocina, de modo que a menudo la madre siente entuertos al amamantar a su recién nacido. Con frecuencia, en la mujeres que han tenido embarazos previos son mas fuertes pues al disminuir el tono muscular, las contracciones no son sostenidas.

Perineo

² Bersher , Norman A . Obstetricia práctica. 1997. Pág. 189

El perineo se extiende y adelgaza para adaptarse al tamaño del feto. Los músculos del piso pélvico se encuentran excesivamente distendidos y débiles. La apariencia del perineo varía mucho según el tipo y grado de las laceraciones o por la episiotomía (corte en el perineo). Los tejidos blandos del perineo suelen estar edematosos y lastimados.

Vagina

Tras el parto, la vagina aparece con la superficie lisa, edematizada, las paredes hipotónicas y flácidas. A las tres semanas disminuye la hiperemia con lo que desaparece el edema y reaparecen las arrugas y pliegues característicos de la vagina. El epitelio permanece atrófico durante las primeras seis semanas; a partir de ese momento se restablece la totalidad de sus capas, recuperándose así la ecología vaginal normal, el pH ácido, y en consecuencia, la fusión de barrera antiinfecciosa propia de este órgano.

Es muy frecuente que la vagina sufra durante el curso de expulsión fetal precipitada, y sobretodo en las mujeres primíparas, múltiples pequeños traumatismos, que en realidad son dehiscencia de la mucosa.

La recuperación total de la vagina se produce, en las adecuadas condiciones, de forma espontánea, durante 6 semanas, para entonces ha recuperado su aspecto anterior al embarazo, a excepción de un grado variable de relajación músculo – aponeurótica.³

³ Donat. Colmer F. Enfermería Maternal y Ginecológica 2000. Pág. 377.

CAMBIOS GENERALES EN EL PUERPERIO

En el parto, la mujer puérpera sufre una pérdida de peso de 4 a 4.5 Kg. y en los días posteriores continua perdiendo peso paulatinamente, pero rara vez recupera su peso pre-gravídico ya que desafortunadamente y sobre todo en nuestro medio, la mujer siempre se queda con unos kilogramos adicionales que al irse sumando en cada embarazo por falta de ejercicio, exceso de alimentación, dieta mal balanceada, etc.

En la piel de la mujer puérpera, en las primeras horas del puerperio, se aprecia una diaforesis marcada, que le sirve al organismo para eliminar en parte, la hidremia circulatoria, que tenía durante el embarazo, mas adelante va disminuir la hiperpigmentación que la mujer presenta en algunas partes de su organismo como la cara, los pezones, los genitales externos, las cicatrices, etc. Inclusive las grietas de las mamas y abdomen van a ir desapareciendo su color morado y en el transcurso del tiempo serán blanco nacaradas y así quedarán permanentemente.⁴

Signos vitales

Temperatura

La temperatura de la madre durante las 24 hrs. posteriormente al alumbramiento podría aumentar a 38° C como resultado del agotamiento y deshidratación del parto, pero después de dicho lapso, no debe haber fiebre y cualquier temperatura superior a los 38° C sugiere infección, en el segundo o tercer día podría presentarse un aumento de corta duración debido a la congestión de los senos.

Pulso

Durante los seis u ocho días del puerperio, la frecuencia cardiaca suele bajar a 50 a 70 latidos por minuto (bradicardia o pulso lento); una frecuencia cardiaca

⁴ Félix R. A Obstetricia para la Enfermera Profesional 2002 Pág. 181

alterada podría indicar pérdida indebida de sangre, infección, dolor, ansiedad o enfermedad cardíaca.

Presión sanguínea

La presión sanguínea debe mantenerse estable después del parto, la disminución de la misma podría estar relacionada con pérdida excesiva de sangre, la presión sanguínea alta, en especial si se acompaña de cefalea sugiere hipertensión inducida por el embarazo.

Sistema circulatorio

Los drásticos cambios que experimenta la madre durante el puerperio incluyen el sistema cardiovascular. Durante el embarazo se incrementa alrededor del 50% el volumen de sangre en circulación (hipervolemia) que permite tolerar sin efectos adversos a la considerable pérdida de sangre que ocurre durante el parto; muchas mujeres pierden cuando menos de 200 a 500 ml de sangre en los partos vaginales y casi el doble en las cesáreas. Los reajustes en la vasculatura de la madre después del nacimiento son rápidos. Durante la adaptación puerperal hay cambios inmediatos e impresionantes en el volumen sanguíneo:

1. La eliminación de la placenta desvía de 500 a 750 ml de flujo sanguíneo a la circulación de la madre;
2. La reducción rápida del tamaño del útero pone mas sangre en circulación;
3. El flujo sanguíneo aumenta en la vena cava al desaparecer la presión ejercida por el útero grávido y
4. Se movilizan los líquidos corporales acumulados durante el embarazo.

El gasto cardíaco que aumento durante el trabajo de parto regresa a su valor normal hacia las tres semanas, si bien la carga cardíaca se aumenta debido a la desviación de la sangre a la circulación general, el organismo de la mujer

saludable puede efectuar estos cambios, pero una mujer con trastornos cardiacos puede enfrentar problemas.⁵

Cambios del aparato gastrointestinal

En el comienzo del puerperio la mujer padece bastante sed, además del aumento de la diuresis durante el parto se produce una deshidratación de mayor o menor grado, y aumenta la transpiración sensible e insensible. El aparato gastrointestinal recupera en forma gradual su función absorptiva y contráctil, es común el estreñimiento durante tres o cuatro días como resultado de la deshidratación la disminución de la digestión de alimentos, la falta de tono y a veces la inhibición de reflejo de defecación producido por el dolor en el perineo, después de una intervención de cesárea debe conservarse la administración intravenosa de líquidos hasta que los ruidos intestinales sean normales, si se alimenta por la boca a la puérpera en fecha muy temprana puede presentar íleo paralítico.

Sistema urinario

En el puerperio la vejiga de la mujer tiene mayor capacidad y pierde parte del tono muscular, además durante el parto podría producirse edema y trauma en la uretra, la vejiga y el tejido que rodea el meato urinario, la anestesia de conducción también podría impedir la micción, al reducirse la necesidad de orinar suele reducir también la sensibilidad a la presión del liquido, de manera que la paciente podría no percatarse de que es urgente que vacíe la vejiga, este proceso no debe pasarse por alto pues la vejiga se llena con rapidez por la ministracion de líquidos intravenoso durante el parto. Con la distensión de la vejiga el útero suele ser desplazado a menudo hacia un lado y se reduce a su capacidad de contraerse, en cuyo caso los vasos sanguíneos pueden sangrar.

⁵ Burroughs Med. A Leifer Ma.G Enfermería Materno Infantil 2001 Pag. 209

Estado psicológico

En el puerperio hay frecuentemente una labilidad emocional, especialmente en la primera semana el júbilo y la sensación de consecución después del parto son a menudo seguidos a los pocos días por depresión y melancolía, generalmente con accesos de llanto. Este es el resultado de una reacción al stress físico y mental que produce el parto junto con el reajuste en el balance hidroelectrolítico.⁶

⁶ Bischer Norman. A Obstetricia Practica 1997. Pág. 189-190

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VALORACIÓN DEL PUERPERIO PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES.

En la área de hospitalización durante el puerperio la estancia es muy corta y es común en los cuidados maternos, las pacientes reciben el alta antes de que los signos clínicos de infección puerperal y otros trastornos del posparto sean evidentes, en consecuencia las enfermeras que laboran en una unidad hospitalaria se enfrentan al reto de valorar riesgos e intentar reconocer signos que compliquen la demora de la alta.

Aunque pueden suscitarse muchos problemas en la hora del posparto, primero se debe llevar a cabo la exploración física buscando lo normal para poder identificar signos alarmantes que alteren el proceso de involución, teniendo en cuenta las intervenciones de enfermería propias para prevenir las posibles complicaciones que pudieran presentarse, para ello debe realizarse:

- Valoración de las mamas y prevención de mastitis,
- Valoración de la involución uterina y prevención de hemorragias,
- Valoración de heridas y prevención de infección puerperal,
- Valoración y prevención de tromboflebitis.

Valoración de las mamas

Se observan las mamas congestionados (plétora) y aumentados de volumen: Las mamas se encontrarán aumentadas de volumen, congestionadas, duras y muy sensibles cuando empieza la producción de leche ("bajada de la leche"), debido a la presencia de la misma, al aumento de la circulación sanguínea en los senos y a los músculos relajados de los conductos que llevan leche al pezón.

La intensidad de la congestión variará de mujer a mujer y es temporal, dura de 24 a 48 horas, aproximadamente, tiempo que tarda en establecerse la demanda del bebé que regulará la producción. Al comenzar a dar el pecho los senos disminuyen de tamaño y estarán suaves de nuevo, pero no por disminución en la cantidad de leche, sino porque ahora se produce conforme se necesita.

Escurrimiento de leche; Podrá salir leche cuando las mamas estén llenas, especialmente al principio, hay inflamación de los pezones; La rozadura o inflamación de los pezones puede ocurrir en cualquier momento durante la lactancia, principalmente en la primera semana.

Una de las complicaciones que principalmente se presenta en el puerperio es la mastitis que por lo general se presenta cerca de dos o tres semanas después del parto que también desde el séptimo día puerperal, la infección afecta al tejido conectivo interlobular y, en la mayor parte de los casos, solo una mama.

Factores predisponentes⁷

Éstasis Láctea

- Trauma en el pezón (grietas o fisuras en los pezones).
- Técnica equivocada para amamantar.

Signos que se presentan:

- Fiebre, escalofríos, malestar.
- Dolor o sensibilidad en una masa dura localizada y enrojecida, y
- Crecen las glándulas de la axila del lado afectado.

⁷ Rahimian . Jeanne MD. First Aid para Ginecología y Obstetricia 2008. Pág. 43.

Teniendo los diagnósticos de NANDA como referencia se incluyen guías de intervenciones de enfermería ante posibles problemas reales y potenciales que se pueden presentar en la primera etapa del puerperio

Diagnóstico enfermero.

Lactancia materna ineficaz relacionado con anomalías de la mama, manifestado por persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.⁸

Intervenciones de enfermería.⁹

Intervenciones de enfermería

1. Enseñanza Individual.

- Establecer compenetración.
- Establecer la credibilidad del educador.
- Determinar las necesidades de enseñanza de la puérpera.
- Proporcionar un ambiente que produzca el aprendizaje.
- Instruir a la puérpera cuando corresponda.
- Incluir a la familia y ser querido.

2. Asesoramiento de la lactancia.

- Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.
- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación del pecho.
- Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.
- Evaluar la comprensión de la puérpera de las pautas alimentarias del bebé,(sujeción, succión y estado de alerta),

⁸ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004 Pág. 127

⁹ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

3. Ayuda en la lactancia materna.

- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidado para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces en 24 horas.
- Las tomas serán de ambos senos, sin exceder de 10 a 15 minutos por seno.
- Colocar al bebé en posición mas cómoda de modo que el niño tome el pezón al detener su seno con la mano se coloca cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, con todos los dedos detrás de la areola, acercar al bebé a su cuerpo de manera que su nariz y barbilla apenas toquen el seno, el pezón penetrara en su boca más allá de las encías, asegurarse que el pezón este dentro de la boca.
- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de amamantar-deglutir.
- Que el niño agarre y suelte el seno correctamente; para evitar lesiones, el lactante debe ser retirado, de modo que la madre pondrá el dedo en la comisura de los labios del niño para romper la succión y separarlo de inmediato, antes que comience a succionar de nuevo, otra forma; ejercer presión hacia abajo en la barbilla del niño.¹⁰
- Observar la capacidad del bebe para coger correctamente el pezón.
- Animar a la madre a utilizar ambos pechos encada toma.
- Evaluar lo adecuado de vaciar la mama con la alimentación.
- Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.
- Controlar la integridad de los pezones.
- Enseñar a controlar el congestionamiento de las mamas con el vacío oportuno ocasionado al mamar o el bombeo.

¹⁰Burroughs Med. A Leifer Ma.G Enfermería Materno Infantil 2001 Pág. 193-194.

4. Protección contra las infecciones.

- Lavarse las manos perfectamente antes de amamantar.
- Mantener la limpieza de los senos, es suficiente con la ducha diaria; no es aconsejable el lavado del pezón antes y después de cada toma.¹¹
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Con la administración temprana de antibióticos resistentes a la penicilina, la mastitis se resuelve generalmente en un lapso de 24 a 48 h y no es usual la formación de abscesos, en muchos casos la madre puede continuar amamantando de ambos lados.

5. Cuidados de la piel: Tratamiento tópico.

- Realizar la limpieza con jabón antibacteriano.
- Colocar sobreempapadores.
- Abstenerse de utilizar jabones alcalinos.
- Registrar el grado de afectación de la piel.

Diagnóstico enfermero.

Deterioro del patrón del sueño relacionado con cambios frecuentes del horario sueño-vigilia, manifestado por insatisfacción del sueño.¹²

Intervenciones de enfermería.¹³

1. Fomentar el sueño.

- Determinar el esquema de sueño-vigilia del paciente.

¹¹ Fitera L. Protocolo en Enfermería Obstétrico-Ginecología. (Matronas) 1999. Pág. 141.

¹² NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004 Pág. 188

¹³ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Aumentar el número de horas de sueño si fuera necesario.

2. Cambio de posición.

- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar a la puérpera que se le va a cambiar de posición.
- Animar a la puérpera a participar en los cambios de posición.

Valoración de la involución uterina y prevención de hemorragias

Valoración de fondo uterino

Explicar el procedimiento a la madre.

- Solicitar a la paciente que vacíe la vejiga si no lo ha hecho recientemente
- Colocar en posición supina con las rodillas ligeramente flexionadas esto para relajar los músculos abdominales.
- Ponerse guantes protectores, bajar el apósito perineal y observar los loquios mientras se palpa el fondo uterino.
- Determinar la firmeza del útero. Colocar una mano sobre el segmento uterino inferior y, con la otra palpar el abdomen hasta el fondo uterino determinar si esta firme, de lo contrario dar un pequeño masaje hasta que se sienta firme.
- Determinar la altura del fondo uterino, medir su altura en dedos, arriba, abajo o en el ombligo.
- Determinar si el fondo esta en la línea media, la desviación indica vejiga llena.
- Registrar consistencia y ubicación. La consistencia se registra como “fondo firme con masaje” o “fondo blando”.
- Se anotara la altura del fondo como sigue $O - 2$ u $O + 2$, es decir dos dedos por debajo o arriba del ombligo.

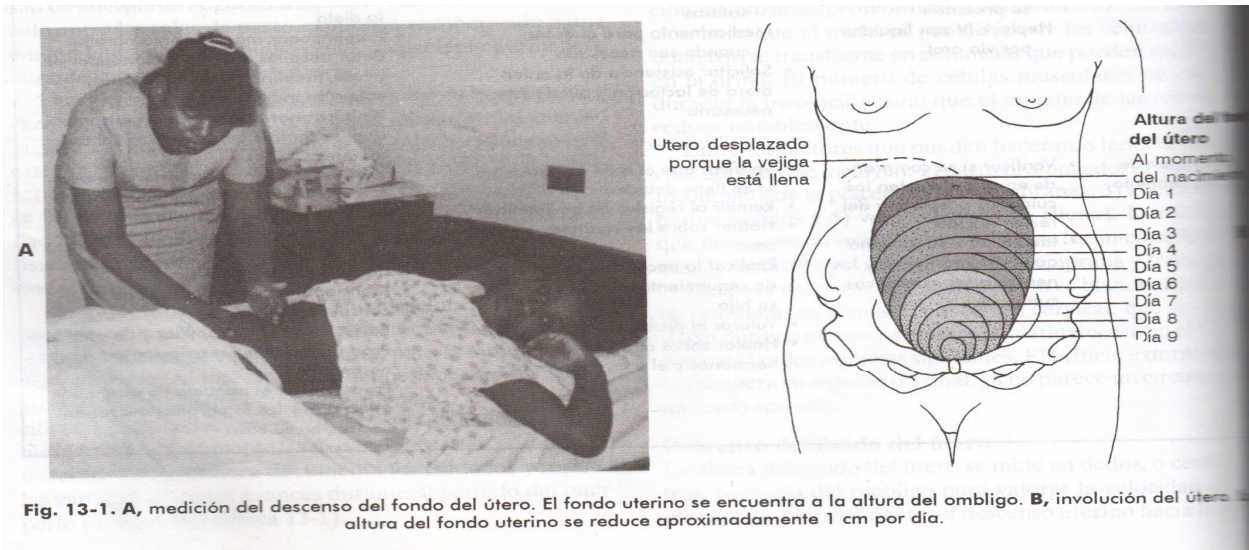


Fig. 13-1. A, medición del descenso del fondo del útero. El fondo uterino se encuentra a la altura del ombligo. B, involución del útero. La altura del fondo uterino se reduce aproximadamente 1 cm por día.

Valoración de loquios ¹⁴

Momento	Aspecto	Nombre	Estado de la herida
Día 1- 6	Sangre pura	Rojos (rubra)	Sangre Hemostasiando
Día 8 – 9	Color pardo Líquidos	Pardos (fusca)	Hemostasiada Exuda menos
Día 15	Amarillo sucio Cremoso	Amarillos (flava)	Resto neurótico Material seroso
Día 21	Blanco / gris Acuoso	Blancos (alba)	Epitelizada Apenas exuda
Días 28-42	Desaparecen		Curada

La hemorragia posparto es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo de parto, se define por tradición como la pérdida de mas de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones. Debido a que el volumen de sangre aumenta de 1 a 2 litros durante el embarazo, la paciente puede tolerar esta

¹⁴ Donat. Colmer. F. Enfermería Maternal y Ginecológica 2000. Pág. 377.

perdida de sangre. Las hemorragias posparto pueden ser tempranas (en las primeras 24 hrs.) y tardías (después de 24 hrs. hasta seis semanas posteriores al nacimiento), el riesgo mayor se presenta en las primeras 24 hrs, por que una región venosa extensa se encuentra expuesta (sitio placentario) después de la separación de la placenta.

La estimación de la perdida de sangre después del alumbramiento es notoriamente inexacta (se subestima) por que se basa en observación visual y no en mediciones objetivas. La perdida real de sangre en un parto vaginal sin complicaciones ha sido medida directamente y varia entre 500 y 600 ml. Una perdida de 1 000 ml se considera normal después de una cesárea.

Causas fundamentales que alteran el mecanismo de involución y que provocan hemorragias

1. Hipotonía o atonia uterina.
2. Trastornos de la coagulación sanguínea.
3. Desprendimiento incompleto de la placenta, que determina la permanencia de restos dentro de la cavidad.
4. Retención urinaria que produzca un globo vesical de volumen suficiente para impedir mecánicamente la involución del útero.
5. Desgarros del canal blando del parto.

Elementos a valorar

1. Constantes hemodinámicas.
2. Involución uterina según lo normal de la involución.
3. Perdidas vaginales.
4. Diuresis presencia de globo vesical.
5. Signos locales de colección sanguínea.

Se consideran en primer lugar las funciones propias

1. Consisten en evitar las situaciones favorecedoras de una insuficiente contracción del útero, ó someterlas a una especial vigilancia si no son evitables.
2. Parto prolongado o precipitado que lleve a un agotamiento uterino.
3. Excesiva distensión urinaria, por un producto muy grande, un polihidramios, o un embarazo múltiple que sobrepasa la capacidad retráctil de las fibras del miometrio las cuales quedan incompetentes.
4. Multiparidad, el exceso de embarazos determina la sustitución de tejido miometrial por tejido fibroso, ó ineficaz en la contracción.
5. Actuaciones intempestivas o instrumentales durante el parto, que propicien los desgarros del canal de parto.
6. Utilización de sustancias anestésicas miorrelejantes.

Diagnóstico enfermero.

Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con obstrucción anatómica, manifestado por dificultad para iniciar el chorro de orina.¹⁵

Intervenciones de enfermería.

1. Manejo de la eliminación urinaria

- Debe explorarse el abdomen inferior en busca de retenciones urinarias en la vejiga globo vesical, que ejerce de obstáculos mecánico para la involución uterina.
- Anotar la hora de la última eliminación urinaria.

2. Cuidados de la retención urinaria.

- Proporcionar intimidad para la eliminación.
- Estimular reflejo de la vejiga aplicando frió en el abdomen, frotando la parte inferior del muslo o haciendo correr agua fría.

¹⁵ NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004

- Proporcionar tiempo suficiente para el vació de la vejiga, para ayudar a orinar y eliminar lo necesario.
- Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga, mediante la palpación y percusión.

Diagnóstico enfermero.

Déficit de volumen de líquidos relacionado con perdida activa de volumen de líquidos, manifestado por disminución del turgor de la piel y de la lengua.

Intervenciones de enfermería.¹⁶

1. Monitorización de signos vitales.

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia.

2. Registros de las pérdidas sanguíneas vaginales.

- Hay que valorar con la máxima objetividad posible el volumen de perdida sanguínea vaginal, para ello hay que atender dos aspectos; Por una parte la evaluación de lo derramado en el entorno como compresas, sabanas, ropas, por observación o como algunos recomiendan pesando estos objetos antes y después de haber sido empapados por la sangre, por otra parte hay que valorar la sangre que permanece en la vagina, que puede ser bastante dada su distensibilidad, si la mujer permanece acostada, debe considerarse si continua fluyendo, y con cuanta intención.¹⁷

3. Manejo de líquidos.

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea).
- Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión,
- Administración de líquidos intravenosos.

¹⁶ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

¹⁷ Donat. Colmer F. Enfermería Maternal y Ginecológica 2000 Pág. 403-405

4. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso.

- Contar con una vía periférica de gran calibre para la ministración de líquidos.
- Llevar el registro preciso de soluciones de infusión.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter.
- Observar las órdenes de soluciones a profundir.

5. Terapia intravenosa.

- Verificar la orden de terapia intravenosa.
- Administrar líquidos intravenosos a temperatura ambiente
- Vigilar los signos vitales.
- Registrar los ingresos y egresos.

Valoración de enfermería para la prevención de infección puerperal.

La infección puerperal es cuando hay temperatura de 38° C ó superior, que se presenta por lo menos durante 48 horas, dentro de los primeros 10 días del puerperio, excluyendo las primeras 24 horas, y que se ha detectado por la vía bucal, con una técnica estándar, aplicando por lo menos cuatro veces al día.

El mecanismo de producción mas frecuente es la infección a partir de gérmenes de la vagina o del intestino, mas rara es la infección erógena desde las personas o los materiales que intervienen en el parto, los gérmenes causales son diversos, como el grupo de anaerobios estrictos Bacteroides, Clopstridium, y en segundo lugar de frecuencia las bacterias gramnegativas de tipo intestinal como; Escherichia coli, Proteus mirabilis y mas rara vez Streptoco B-hemolítico.

Infeción de heridas

Las heridas infectadas son comunes en las mujeres con antecedentes de infección intraamniótica, hemorragia y problemas médicos subyacentes, como diabetes y

obesidad; los sitios mas comunes son el perineo, donde se encuentran episiotomías y laceraciones y la incisión quirúrgica de una cesárea.

De los diversos factores predisponentes destacan los más habituales:

1. Ruptura prematura de membranas y trabajo de parto prolongado.
2. Maniobras obstetricias, especialmente las endouterinas.
3. Evacuación uterina incompleta, con retención de restos orgánicos, sean coágulos, membranas o material placentario.

Signos y síntomas de infección puerperal

- Fiebre, taquicardia, escalofríos.
- Dolor localizado.
- Enrojecimiento, calor y dolor en una área localizada.
- Drenaje purulento de una herida.
- Loquios; su apariencia varia de acuerdo con el microorganismo causante; podrían ser normales, profusos, escasos, con olor pútrido.
- Subinvolución uterina (útero esponjoso, fondo uterino suave, mas alto de lo normal)
- Malestar.

Ante una infección puerperal la completa valoración de la situación supone lo siguiente:

1. Control de la temperatura basal, con termómetro normal, tomada de la boca, y por lo menos 4 veces al día.
2. Recuento de leucocitos, que aumenten significativamente con aparición celulares juveniles (desviación a la izquierda).
3. Hemocultivos, si hubiera escalofríos realizados en el momento de la subida térmica, para detectar septicemias.
4. Recogida de loquios para su cultivo, en busca del germen causal.

5. Cultivo de la orina, evitando la muy probable infección vaginal.
6. Valoración de grado de involución uterina.

Diagnóstico enfermero

Riesgo de desequilibrio de la termorregulación corporal relacionado por enfermedad o traumatismo que afecta la regulación de la temperatura.¹⁸

Intervenciones de enfermería.¹⁹

1. Monitorización de signos vitales.

- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Poner en marcha y poner un dispositivo de control continuo de la temperatura.

2. Manejo ambiental.

- Evitar las exposiciones innecesarias a corrientes de exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades de la paciente en caso de que se altere la temperatura corporal.

Diagnóstico enfermero

Hipertermia relacionado por enfermedad o traumatismo, manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.

Intervenciones de enfermería.

1. Monitorización de los signos vitales.

- Observar y registrar signos y síntomas de hipertermia.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

¹⁸ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004

¹⁹ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

2. Regulación de la temperatura.

- Comprobar la temperatura al menos cada dos horas
- Observar el calor y la temperatura de la piel,
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia,
- Fomentar ingesta nutricional y de líquidos adecuados.

3. Vigilancia de la piel.

- Inspeccionar el estado del sitio de incisión.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, o drenaje en la piel membranas mucosas.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar la temperatura de la piel.
- Tamar nota de cambios de la piel y membranas mucosas.

4. Manejo ambiental.

- Caso de que se altere la temperatura corporal.

Diagnóstico enfermero.

Déficit de auto-cuidado uso del WC relacionado con debilidad, manifestado por incapacidad para llegar al WC, sentarse o levantarse y realizar la higiene adecuada tras la evacuación.²⁰

Intervenciones de enfermería.

1. Ayuda con los auto-cuidados; aseo.

- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar a la puérpera con el aseo.
- Considerar la respuesta de la puérpera a la falta de intimidad.

²⁰ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004

- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

2. Ayuda al auto-cuidado.

- Comprobar la capacidad de la puérpera para ejercer el auto-cuidado independientes.
- Proporcionar ayuda hasta que la puérpera sea totalmente capaz de asumir los auto-cuidados.

3. Terapia de ejercicios deambulacion.

- Ayudar a la puérpera con la deambulacion inicial.
- Fomentar una deambulacion independiente dentro de los límites de seguridad.

Diagnóstico enfermero.

Déficit del auto-cuidado: Baño-Higiene, relacionado con dolor muscular, manifestado por incapacidad para entrar y salir del baño.

Intervenciones de enfermería²¹.

1. Ayuda con los auto-cuidados: baño-higiene.

- Proporcionar ayuda hasta que la paciente sea capaz de asumir los auto-cuidados,
- Facilitar que la paciente se bañe.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).

2. Manejo de energía.

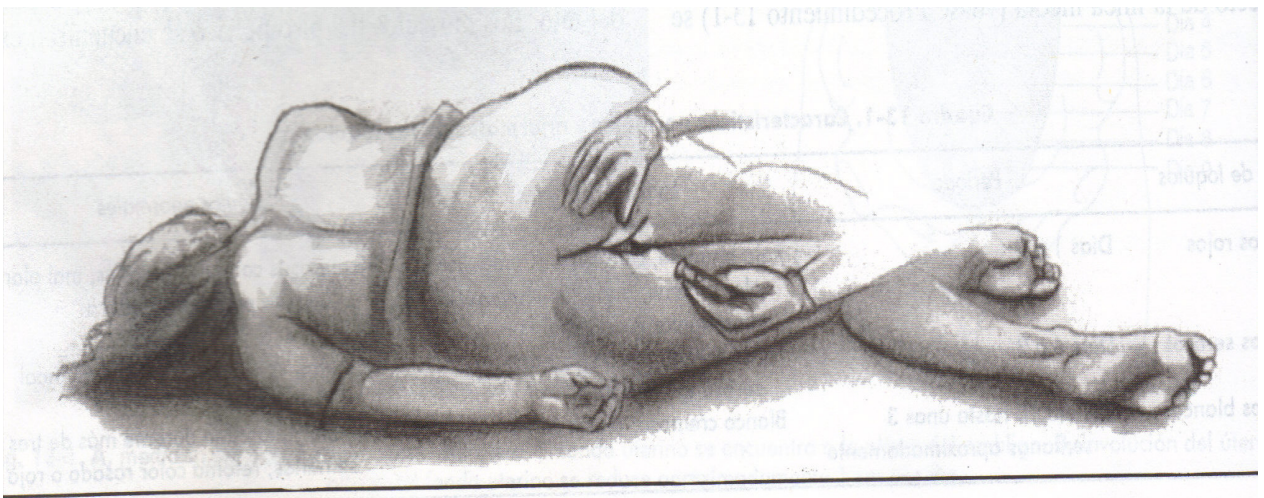
- Determinar las limitaciones de la puérpera.
- Determinar la causa de fatiga.
- Observar la localización de la molestia o dolor durante el movimiento.

²¹ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

Valoración del perineo.

Se debe observar el traumatismo del perineo y el avance de la resolución.

- Proporcionar privacidad, explicar el objetivo del procedimiento.
- Lavarse las manos antes de colocarse los guantes.
- Ponerse los guantes para protegerse de los líquidos corporales.
- Pedir a la paciente que se coloque en posición de decúbito lateral y flexione la pierna de arriba, bajar el apósito perineal; levantar el glúteo que se encuentra en la parte superior de ser necesario usar una lámpara para inspeccionar el perineo.
- Examinar si se ha producido RREDA (enrojecimiento, equimosis, edema, secreción y aproximación) en la episiotomía o en la laceración.
- Observar si hay hemorroides producto de la extensión del edema (podrían interferir con la defecación).
- Aplicar un apósito limpio y
- Desechar el material sucio y lavarse las manos.



Diagnóstico enfermero.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alternaciones del turgor, manifestado por alteraciones de la superficie de la piel.²²

Intervenciones de enfermería.²³

1. Protección contra las heridas.

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener las normas de asepsia para la mujer puérpera en riesgo.
- Inspeccionar el grado de cualquier incisión – herida quirúrgica.
- Enseñar a la puérpera y la familia a evitar infecciones.

2. Cuidados de las heridas.

- Despejar los apósitos y retirar los restos de las heridas.
- Anotar las características de las heridas quirúrgicas.
- Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de las heridas.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.
- Enseñar a la paciente y miembros de la familia la cura de las heridas.

3. Cuidado del sitio de incisión.

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar desde la zona mas limpia hacia la zona menos limpia.
- Observar signos y síntomas de infección.
- Enseñara a la mujer puérpera y la familia el cuidado de la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.

4. Cuidados perineales.²⁴

- Auxiliar a la paciente en el cuarto de baño.

²² NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004

²³ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

²⁴ Down Load "Atencion de la mujer en el Puerperio 2000 Pag. 219-220

- Lavarse las manos antes y después de los cuidados perineales.
- Retirar la toalla manchada del frente hacia atrás y depositarla en el bote de la basura.
- Utilizar una botella exprimible o verter agua tibia o solución limpiadora sobre el perineo sin abrir los labios.
- Secar con palmaditas, usar las gasas una sola vez, secar de adelante hacia atrás.
- Acomodar la toalla limpia de adelante hacia atrás, tocando con los bordes y el exterior de la misma.
- No tirar del inodoro hasta que la paciente se encuentre de pie, pues el agua del chorro puede rociar el perineo.
- Los cuidados del perineo deben realizarse después de cada micción, evacuación o al menos cada 4 horas durante el puerperio.
- Informar si hay coágulos, aumento del flujo.

Valoración de enfermería en la prevención de Enfermedad Tromboembólica

Para valorar las extremidades inferiores de la mujer, las piernas deben estar completamente extendidas y relajadas con las rodillas flexionadas, la enfermera sujeta el pie de la mujer y lo dorsiflexiona súbitamente; esta maniobra no debe producir malestar ni dolor, la otra pierna se valora de la misma forma. Si esta maniobra desencadena dolor es un signo de Homans positivo.



La enfermera también evalúa las piernas en busca de edema, comparando ambas, ya que generalmente solo esta afectada una, también se observa si se encuentran zonas de enrojecimiento, sensibilidad o aumento de la temperatura cutánea.²⁵

El termino trombosis venosa expresa la formación de un trombo o tapón de sangre coagulada en la luz de una vena, superficial o profunda, esta situación implica dos peligros; por una parte, la obstrucción del torrente venoso a partir de la zona que asienta el trombo.²⁶

Después del alumbramiento se corre un riesgo elevado de trombosis debido a la hipercoagulabilidad normal de la sangre durante el parto, que evita hemorragias importantes debido también a éxtasis venoso por la presión del útero grávido y a la inactividad.

Considerando la importancia de la prevención de esta complicación puerperal se necesita analizar situaciones que predisponen a ella:

1. Edad materna avanzada,
2. Obesidad de la madre,

²⁵ Ladewig. P.W, Marcial. L. L Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Pág. 829-830.

²⁶ IBIDEM

3. Multiparidad,
4. Antecedentes de preclamsia y eclampsia,
5. Antecedentes de cardiopatía,
6. Antecedentes de hipèrcoagulabilidad,
7. Antecedentes de anemia,
8. Antecedentes de trombosis venosa,
9. Trabajo de parto prolongado,
10. Cualquier intervención quirúrgica, incluida la operación cesaríá,
11. Cuando el embarazo termine en aborto, cualquiera que sea su forma.

En cuanto a las actuaciones preventivas, cabe establecer dos:

1. Prevenir la éxtasis venosa de las piernas, durante el coagulo procurando una colocación adecuada en la cama de partos, así como algún cambio postural e incluso con la practica de masajes estimulantes de la circulación venosa.
2. En lo que se refiere al puerperio, se establece la deambulacion precoz, los ejercicios circulatorios y los masajes de drenaje venoso, recomendando evitar cruzar las piernas, postura que dificulta la circulación de retorno, al comprimir las venas.

Diagnóstico enfermero

Deterioro de la movilidad física relacionado por malestar o dolor, manifestado por cambios en la marcha y enlentecimiento del movimiento.²⁷

Intervenciones de enfermería.²⁸

²⁷ NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, 2003-2004

1. Manejo de energía.

- Determinar los límites físicos de la puérpera.
- Determinar que y cuanta actividad se necesita para continuar la resistencia física.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento –actividad.
- Ayudar a las actividades físicas normales.

2. Terapia de ejercicios deambulacion.

- Promover la circulación a través de la deambulación precoz, supone un levantamiento de la puérpera a las 6 horas del parto con la asistencia de enfermería, como termino medio y aunque sea brevemente debe andar por la habitación, a partir de ese momento la mujer debe levantarse, por lo menos para cada micción y dar paseos cada vez más frecuente. En los casos por parto por cesárea, se recomienda mantener la deambulación precoz tal y como en un parto vaginal.
- Fomentar una deambulacion independiente dentro de los límites de seguridad.

3. Enseñanza: actividad-ejercicios.

- Informar a la puérpera del propósito y los beneficios de la actividad.
- Informara la puérpera acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.
- Colocar a la paciente en una postura de reposo, con las rodillas semiflexionadas (quizás con un almohadón o rollo de sabanas), manteniendo las pantorrillas y los pies elevados sobre el plano.
- Evitar presión por debajo de las rodillas, utilizando un soporte para las rodillas en la cama y cruzando las piernas.

4. Vigilancia: seguridad.

²⁸ Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería CIE 2002.

- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.

GUÍA DE AUTO-CUIDADO EN EL HOGAR

Plan de alta.

El momento de la alta supone la interrupción de un periodo de cuidados de profesionales por lo que es importante la planeación del alta por la tendencia actual a acortar la estancia en el hospital, es fundamental que la mujer este preparada para cuidar de si misma (auto-cuidado) y de su recién nacido debe saber cómo evitar la propagación de infecciones en el útero y la episiotomía en proceso de resolución y percatarse de las señales de peligro.

Instrucciones para el alta

Reposo

La mujer debe ser alentada a valorar las demandas y tareas familiares, con el fin de atender únicamente las de gran prioridad, para el resto de tareas, debe disponer de un sistema de ayuda con personas de la familia o con ayuda externa. Ella necesita reposo y al menos ocho horas de descanso diario, compensando las frecuentes interrupciones del sueño nocturno con siestas u otros descansos diurnos similares.

Ingesta de líquidos y alimentación

La ingestión de líquidos, sobretodo con lactancia natural, ha de ser abundante; igualmente conviene que evite la excesiva distensión vesical; debe acostumbrarse a miccionar cada vez que siente la necesidad de hacerlo, no debe retenerse la orina.

En cuanto a la alimentación, vistas las necesidades calóricas puerperales, y sobre todo si lactan deben ingerir alimentos ricos en hierro al igual que de calcio.

Considerando que muchas mujeres desean reducir su peso tras el parto, conviene proponerlos plazos amplios en sus planes, por encima de los seis meses, con el fin de evitar frustraciones y/o desequilibrios dietéticos.

Útero

A las dos semanas del parto, ya se encuentra en situación retropúbica, y por tanto imposible de palpar desde el abdomen, la mujer debe aprender a tocarse el fondo uterino, con la finalidad de percibir su involución progresiva, instruirla sobre el significado de los entuertos, advirtiéndole de su disminución en frecuencia e intensidad, un aumento de contracciones, con evacuación de coágulos sanguíneos, dolor pélvico y sobre todo, la aparición de fiebre o fetidez son signos de alarma que debe comunicarse.

Herida quirúrgica

Debe mantener limpia la herida quirúrgica, basta con el agua a chorro que cae durante el baño diario, una vez saliendo del baño debe secar en forma de esponjeo con un lienzo limpio y seco; revisando que no haya salida de líquido, que los puntos estén bien afrontados, recordándole que si presenta comezón es propio del proceso que lleva la restauración de la incisión quirúrgica.

Perineo

Los auto-cuidados perineales suponen la utilización de un espejo para la autoobservación y además, el conocimiento de la morfología normal de esa zona corporal, cosas ambas, que la mayoría no están dispuestas a hacer, debe valorar la posibilidad de que su compañero participe también, se tratara de detectar presencia de signos de inflamación, tumefacción en área de episiorrafia, así como la revisión de los puntos si se encuentran bien afrontados.

Instruir sobre la técnica del lavado por arrastre, debe practicarlo diario ella sola o con la ayuda de alguien, quien a su vez, debe ser instruido.²⁹

²⁹ Donat, F. C. Enfermería Maternal y Ginecológica año. 2000 Pág. 395.

Regreso al trabajo

Sobre las tareas domesticas no levantar objetos pesados por lo menos durante las tres semanas posteriores al parto.

Ejercicio y actividades diarias

Limitar el numero de escaleras a un tramo al día en la primera semana, si puede tanga al bebe abajo con usted durante el día, evitando subir y bajar constantemente para vigilarlo. En la segunda semana se puede aumentar las actividades.

Actividad sexual

Las relacione sexuales pueden reanudarse sin riesgo una vez que han cesado los loquios, ha sanado la incisión de le episiorrafia y la mujer se siente dispuesta, el plazo varia de tres a seis semanas, si la madre fue sometida a una episiotomía extensa o presenta una laceración, quizás prefiera esperar un poco más, a que el perineo sane. La primera copula perineal podría ser un tanto molesto en parte por la resequedad o la disminución de la lubricación vaginal, se aconseja a las mujeres que utilicen un lubricante vaginal soluble al agua. La disminución de la libido por los cambios hormonales, que pueden persistir durante algunos meses, en ocasiones es causa de frustración para las parejas.

Debe prevenirse a las madres que amamantan que es posible que brote leche de sus pezones durante el orgasmo, por la liberación de oxitocina, si bien este fenómeno se reduce si se amamanta al niño antes de las relaciones sexuales.

Planificación familiar

Se hará hincapié en que la ovulación suele reanudarse antes de la primera menstruación, previo al examen puerperal puede utilizarse preservativo, espumas y jaleas anticonceptivas, sin embargo los anticonceptivos orales no deben iniciarse si no hasta las tres semanas después del parto por el estado de hipércoagulación durante el puerperio, además de que los anticonceptivos orales suelen reducir la producción de leche de manera que no se recomienda hasta que la lactancia este bien establecida.

Señales de peligro en el puerperio

Después de ser dada de alta, la madre debe ponerse en contacto con la enfermera si surge cualquiera de los siguientes signos:

- Fiebre repentina, persistente o intermitente,
- Cambios en la secreción vaginal; aumento, cambio al color previo (sangrado rojo vivo) o mal olor,
- Dolor, enrojecimiento o hinchazón en una área localizada de los senos,
- Dolor o sensibilidad en el abdomen, dolor perineal persistente,
- Separación de puntos de la área quirúrgica ó episiorrafia, secreción amarillenta, olor fétido,
- Micción frecuente ó urgente.³⁰

³⁰ Burroughs Med. A Leifer Ma.G Enfermería Materno infantil. 2001 Pág. 219-220.

V. CONCLUSIONES.

Con esta investigación, se logra cumplir con los objetivos planeados ya que cuenta con elementos que permiten identificar las intervenciones de enfermería en la mujer púérpera para que esta etapa la transcurra sin complicación alguna. Así como se señalan las principales complicaciones que se pueden presentar y guías de intervenciones específicas de acuerdo a cada una de las posibles complicaciones. Entendiendo que la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación para ayudarlo a ser independiente lo antes posible.

Es de gran importancia el actuar de uno como enfermera ante el cuidado de cada uno de los diferentes pacientes que en nuestras manos ponen su proceso de salud-enfermedad, por lo que es importante ayudarlo a la mujer púérpera a su pronta recuperación.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alonso Ramírez F. Obstetricia para la Enfermera Profesional Edición 2002. Editorial Manual Moderno
- Burroughs Med. A Leifer Ma.G Enfermería Materno Infantil 8ª Edición 2001 Editorial Mc Graw Hill Interamericana
- Bischer Norman. A, y Mackay Erick. Obstetricia Practica edición 1997. Editorial México Printed.
- Down Load "Atencion de la mujer en el Puerperio Edición 2000 Editorial Mac Graw Hill Interamericana
- Donat. Colmer F. Enfermería Maternal y Ginecológica Edición 2000. Editorial Masón.
- Fitera L. Protocolo en Enfermería Obstétrico-Ginecología. (Matronas). Edición 1999. Editorial Generalitat Valencia.
- Ladewig. W, y Marcial. Lindón L. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. 5ª Edición 2006 Editorial Mc Graw Hill Internamericana.
- Marión Jonson, Dochterman McCloskey J, y Moorhead Meridean M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Edición 2002. Editorial Elsevier Science
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación, Edición 2003-2004 Editorial Elsevier Science
- Rahimian. Jeanne MD. First Aid para Ginecología y Obstetricia Edición 2008. Editorial Mac Graw Hill Interamericana