



INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO MODELO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México con Clave 8858 - 12

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN
DEL PROGRAMA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA
MADRE A MUJERES PRIMIGESTAS DE 15 A 25 AÑOS DE
EDAD QUE CURSAN SU PUERPERIO INMEDIATO EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
VICENTE VILLADA DURANTE EL PERIODO 1 DE
FEBRERO DEL 2008 AL 31 DE ENERO DE 2009**

Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

Rodríguez Arreola Paola Vianey
Soto Ríos Laura Ileana

ASESOR: DR. RAFAEL RICO SAUCEDO

Coacalco, Estado de México a 9 de Agosto de 2010



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

Planteamiento Del Problema	1
Justificación	2
Objetivo General	4
Objetivos Especial	5
Hipótesis	6
Diseño De Investigación	7

CAPITULO 1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SENO MATERNO

1.1 Anatomía y Fisiología De La Glándula Mamaria	10
1.1.2 Estructura	11
1.1.3 Drenaje Linfático	13
1.1.4 Forma y Soporte	14
1.1.5 Músculos	16

CAPITULO 2 FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

2.1 Fisiología De La Lactancia Materna	20
2.2 Fisiología	
2.3 Mamogénesis	21
2.3.1 Desarrollo Embrionario	
2.3.2 Desarrollo Puberal	
2.3.3 Desarrollo Gravídico	
2.4 Lactogénesis	22
2.5 Lactopoyesis	23
2.6 Reflejo De Eyección De La Leche	
2.7 Composición De La Leche Materna	24
2.8 Propiedades Anti infecciosas De La Leche Humana	26

CAPITULO 3

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

3.1 Cambios Fisiológicos En El Embarazo	28
3.1.1 Anemia Fisiológica	
3.1.2 Aumento Del Gasto Cardiac	
3.1.3 Mamas	
3.1.4 Disminución De La Movilidad Gastrointestinal	
3.1.5 El Sistema Respiratorio	
3.1.6 Piel	
3.1.7 Sistema Urinario	
3.1.8 Oido	
3.1.9 Visual	
3.1.10 Gusto	
3.1.11 Olfato	
3.1.12 Tacto	
3.1.13 Durante El Primer Trimestre	32
3.1.14 Durante El Segundo Y Tercer Trimestre	
3.2 Intervenciones De Enfermería Durante Los Cambios Fisiológicos En El Embarazo	34
3.2.1 Atención De Enfermería A La Gestante En Atención Primaria	
3.2.1.1 Planificación Familiar	
3.2.1.2 Captación Precoz Del Embarazo	
3.2.1.3 Preparación Maternal	
3.2.2 Plan De Atención De Enfermería En El Periodo Prenatal	41
3.2.2.1 Patrón Nutricional	
3.2.2.2 Patrón Eliminación	
3.2.2.3 Patrón Actividad Ejercicio	
3.2.2.4 Patrón Sueño Descanso	
3.2.2.5 Patrón Cognositivo Perceptual	
3.2.2.6 Patrón Auto Percepción	
3.2.2.7 Patrón Rol Relaciones	
3.2.2.8 Patrón Sexualidad	
3.2.2.9 Patrón Afrontamiento Tolerancia Al Estrés	
3.2.2.10 Patrón Valores Y Creencias	
3.2.2.11 Patrón Percepción Control De La Salud	

CAPITULO 4 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

4.1 Cambios Fisiológicos Durante El Puerperio	47
4.1.1 Signos Vitales	
4.1.2 Cambios Cardiovasculares	
4.1.3 Cambios Urinarios	
4.1.4 Cambios Gastrointestinales	
4.1.5 Cambios Muscularesqueleticos	
4.1.6 Cambios Mamarios	
4.1.7 Cambios Uterinos	
4.2 Intervenciones De Enfermería En El Puerperio Y La Lactancia Materna	49
4.2.1 Objetivos De Enfermería En El Puerperio	
4.2.2 Intervenciones Puerperales Iniciales	
4.2.3 Cuidados Puerperales Sostenidos	
4.2.3.1 Mamas Y Pezones	
4.2.3.2 Episiotomia	
4.2.3.3 Loquios	

CAPITULO 5 LACTANCIA MATERNA

5.1 Lactancia Materna	54
5.2 Como Se Adapta La Boca Al Pecho	
5.3 Problemas Al Amamantar	55
5.3.1 Pezones Planos O Invertidos	
5.3.2 Grietas Del Pezón	
5.3.3 Ingurgitación Mamaria	
5.3.4 Conducto Obstruido	
5.3.5 Mastitis	
5.3.6 Absceso Mamario	
5.4 Extracción De La Leche Materna	58
5.4.1 Extracción Manual	60

CAPITULO 6 TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

6.1 Posiciones Para Amamantar	63
6.1.1 Posición Sentada O De Cuna	
6.1.2 Posición De Bajo Del Brazo, De Sandía O De Foot-ball Americano	
6.1.3 Posición Semisentada	
6.1.4 Posición Acostada	
6.2 Reflejos Del Niño Importante Para La Lactancia Materna	65
6.3 Procedimiento Para Amamantar	66

CAPITULO 7 VENTAJAS DEL SENO MATERNO

7.1 Ventajas Del Seno Materno	69
7.1.1 Ventajas Para La Madre	
7.1.2 Ventajas Para El Niño	70
7.1.3 Ventajas Prácticas Y Familiares	

CAPITULO 8 VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

8.1 Inspección General	73
8.1.1 Postura	
8.1.2 Piel	
8.1.3 Pelo	
8.1.4 Cabeza	
8.1.5 Ojos	
8.1.6 Nariz	
8.1.7 Boca	
8.1.8 Cuello	
8.1.9 El Tórax	
8.1.10 Pezones	
8.1.11 Mamas	
8.1.12 Las Costillas	
8.1.13 El Abdomen	
8.1.14 El Cordón	
8.1.15 Genitales	

8.1.16 Miembros	
8.1.17 La Espalda	
8.1.18 La Postura	
8.1.19 El Tono Muscular	
8.1.20 Reflejos	
8.1.21 Movimiento De Paso	
8.1.22 Suspensión Ventral	
8.1.23 Reflejo De Moro	
8.1.24 La Respuesta Del Hociqueo	
8.1.25 El Reflejo Cervical Tónico	
8.1.26 Los Movimientos Oculares	
8.1.27 El Reflejo Glabelar	
8.2 Puntuación Apgar	81
8.3 Método Capurro	82
8.4 Método de Ballard	85
8.5 Intervenciones De Enfermería En El Recién Nacido	87
8.5.1 Ligadura Del Cordón	
8.5.2 Cuidado De Los Ojos	
8.5.3 Profilaxis De Enfermedad Hemorrágica	
8.5.4 Examen Clínico Del Recién Nacido	

CAPITULO 9 HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

9.1 Programa Hospital Amigo Del Niño Y De La Madre	89
9.1.1 Lactancia Materna	
9.1.1.1 Normas Y Procedimientos	
9.1.1.2 Capacitación	
9.1.1.3 Información A Embarazadas	
9.1.1.4 Inicio Temprano De Lactancia	
9.1.1.5 Enseñar Como Amamantar	
9.1.1.6 No Utilizar Formulas Lácteas	
9.1.1.7 Alojamiento Conjunto En El Hospital	
9.1.1.8 Alimentación A Libre Demanda	
9.1.1.9 Eliminar Chupones Y Biberones	
9.1.1.10 Grupos De Apoyo	
9.1.2 Atención Médica	90
9.1.2.1 Control Prenatal	
9.1.2.2 Atención Institucional Del Parto	
9.1.2.3 Atención Del Puerperio	

- 9.1.2.4 Atención Del Recién Nacido
- 9.1.3 Acciones Preventivas
 - 9.1.3.1 Tamiz Neonatal
 - 9.1.3.2 Vacunación Universal
 - 9.1.3.3 Vigilancia Del Crecimiento Y Del Desarrollo
 - 9.1.3.4 Detección De Cáncer Cervico Uterino Y Mamario
 - 9.1.3.5 Atención Integral Al Adolescente
- 9.1.4 Acciones Educativas Y De Promoción
 - 9.1.4.1 Orientación Nutricional
 - 9.1.4.2 Prevención Y control De Infecciones Diarreicas Agudas
 - 9.1.4.3 Prevención Y Control De Infecciones Respiratorias Agudas
 - 9.1.4.4 Promoción De Planificación Familiar
 - 9.1.4.5 Capacitación En Programas
- 9.1.5 Investigación y Sistematización
 - 9.1.5.1 Comités Para El Estudio De Mortalidad Materna Y Perinatal

CAPITULO 10

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

10.1 Arranque parejo en la vida	92
10.2 Filosofía	
10.3 Misión	93
10.4 Visión	
10.5 Componentes Sustantivos	95
10.6 Componentes Estratégicos	96
10.7 Capacitación Comunitaria	97
10.8 Formulario De Evaluación Del Servicio De Salud Para La Iniciativa Conjunta "Hospital Amigo De La Madre Y El Niño"	103
10.9 Proceso De Acreditación De Un Hospital Como Amigo De la Madre Y El Niño	106

Anexo

Graficas De Personal Hospitalario	107
Graficas De Pacientes	118
Conclusiones	125
Conclusiones de graficas	126
Bibliografía	128

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El personal de enfermería brinda capacitación, información y enseñanza a las mujeres primigestas de 15 a 25 años en el puerperio fisiológico inmediato sobre lactancia materna en el servicio de ginecología del Hospital General José Vicente Villada?

JUSTIFICACIÓN

En México, aunque la prevalencia de lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos diez años, tiene uno de los valores prevalentes más bajos entre los países en desarrollo 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.

La Lactancia Materna es fundamental en la alimentación del Recién Nacido; el calostro, sustancia de la leche humana, es un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y post parto, compuestas por sustancias inmunológicas, leucocitos, agua, proteínas, grasas y carbohidratos en un líquido amarillo que benefician al recién nacido. Publicaciones realizadas en el siglo pasado y a principio del presente demostraron la asociación entre la frecuencia de infecciones graves y la alimentación con biberón.

Las tasas de mortalidad mostraban la diferencia en el riesgo de morir entre lactantes alimentados con leche materna o biberón. La presencia de inmunoglobulinas, la influencia específica del pH, la presencia de leucocitos y la flora intestinal eran algunas de las propiedades anti-infecciosas ya identificadas en la leche humana.

Para entonces, era evidente que los lactantes habían recibido en la etapa prenatal protección sistémica por vía placentaria y a través de la protección local del tracto digestivo por la acción del calostro durante la etapa postnatal.

También se identificó que el espacio intraluminal del tracto digestivo del niño alimentado al pecho materno continuaba proporcionando protección contra las infecciones por influencia de la flora intestinal hasta que el niño era destetado totalmente.

A la fecha se ha demostrado que la leche materna también disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias superiores y de alergia alimentaria.⁽¹⁾

Actualmente, en nuestro país, el promedio de edad para la primigestación es de 15 a 25 años, de las cuales un gran porcentaje de ellas no inicia o abandona tempranamente la lactancia materna.

Por otro lado el contacto emocional a través del contacto físico ayuda a la seguridad del recién nacido, pues el bebe es capaz de reconocer a su madre a través del olfato.

Así mismo, resulta importante la educación brindada por enfermería en lactancia materna para guiar los pasos de una alimentación efectiva, a través del seno materno.

La enfermera establece los cuidados necesarios durante la etapa de alimentación para que sea adecuada y cubra las necesidades del recién nacido.⁽¹⁾

(1) Osorno, Jairo, M.D: Hacia una Feliz Lactancia Materna. Texto práctico para profesionales de la salud.

OBJETIVO GENERAL

Fomentar la alimentación por seno materno exclusivo en mujeres primigestas de 15 a 25 años que cursan el puerperio fisiológico inmediato en el servicio de ginecología durante su estancia hospitalaria en el Hospital General José Vicente Villada

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Evitar la utilización de biberones en el recién nacido durante la estancia hospitalaria
- ⊕ Dar a conocer la técnica de alimentación por seno materno a mujeres primigestas de 15 a 25 años en el Servicio de Ginecología
- ⊕ Establecer los principales beneficios de preparación y costo que brinda la alimentación por seno materno
- ⊕ Orientar sobre los hábitos higiénicos dietéticos que permiten una adecuada alimentación por seno materno.

HIPÓTESIS

Si la participación de enfermería en la capacitación de Lactancia Materna se otorga con información adecuada, reiterando los beneficios de la misma, se asegura la permanencia del seno materno durante los primeros 6 meses de vida.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

A) TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Transversal
- Descriptiva

B) TIEMPO

Del 1º de febrero de 2008 al 31 de Enero de 2009

C) LUGAR

Hospital General de Cuautitlán “José Vicente Villada”

D) UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres primigestas
Entre 15 a 25 años de edad
En puerperio fisiológico inmediato

E) CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres sin patologías
Mujeres Primigestas
Entre 15 y 25 años de edad
En puerperio fisiológico inmediato

F) CRITERIOS DE EXCLUSION

Múltiparas
Patologías agregadas
En puerperio quirúrgico

G) CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que presentaron complicaciones durante el parto fisiológico

H) RECURSOS HUMANOS

Personal de enfermería
Personal médico
Jefes de servicio
Encargados de los servicios
Supervisores
Enfermeras en servicio social

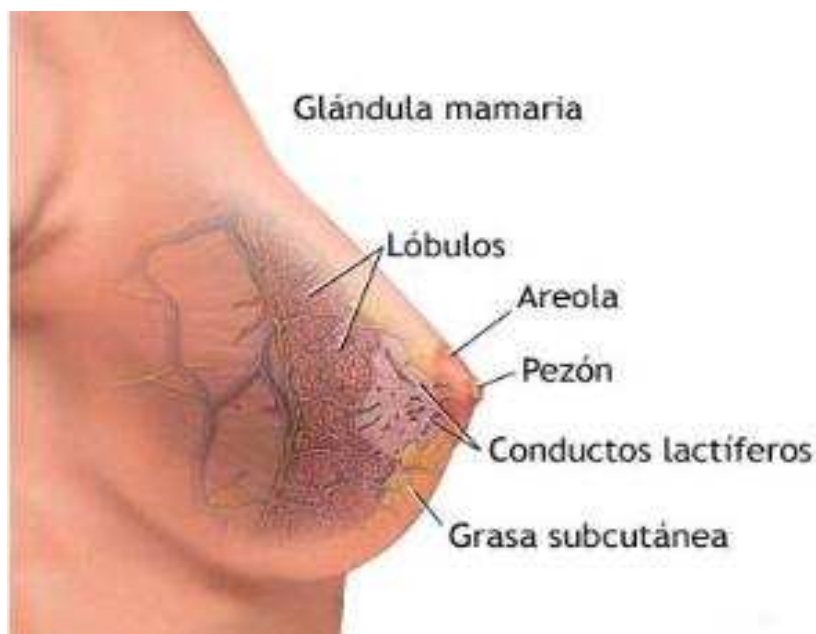
I) RECURSOS MATERIALES

Hojas de enfermería
Expediente clínico
Censos
Libreta de ingresos / egresos
Cuestionario

CAPITULO 1:

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL

SENO MATERNO



ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA.

La glándula mamaria consta de dos elementos fundamentales: los acinos glandulares, donde se encuentran las células productoras de leche y los ductos, un conjunto de estructuras tubulares y huecas, ramificadas en forma de árbol, cuyas luces confluyen progresivamente en canalículos más y más gruesos hasta terminar en uno de los doce a dieciocho vértices llamados galactóforos.

Los galactóforos son dilataciones ductales a modo de reservorios situados inmediatamente por detrás del pezón, formados por un epitelio escamoso no queratinizado. ⁽²⁾

En la base del complejo areola-pezón se localizan ciertos elementos conocidos como células mioepiteliales, estrictamente epiteliales en cuanto a su origen, aunque con la particularidad de que son capaces de moverse a la manera de las fibras musculares.

Estas células mioepiteliales provocan la salida de la leche almacenada en los galactóforos, rodeadas por fibras musculares lisas en forma radial que provocan la erección del pezón ante estímulos como succión, roce, tacto y frío. ⁽²⁾

El resto del seno está compuesto por tejido conjuntivo -colágeno y elastina-, tejido adiposo (grasa) y una aponeurosis llamada ligamento de Cooper. ⁽²⁾

La mama contiene de 15 a 20 lóbulos mamarios, cada uno de los cuales desemboca en un conducto galactóforo independiente. Cada lóbulo se divide en lobulillos. Bajo la areola, los conductos se ensanchan formando los senos lactíferos donde se deposita la leche durante la mamada. ⁽²⁾

⁽²⁾BOTERO, U. Jaime, et all. Obstetricia y Ginecología. Tercera Edición, Carvajal, S.A. Cali-Colombia.,

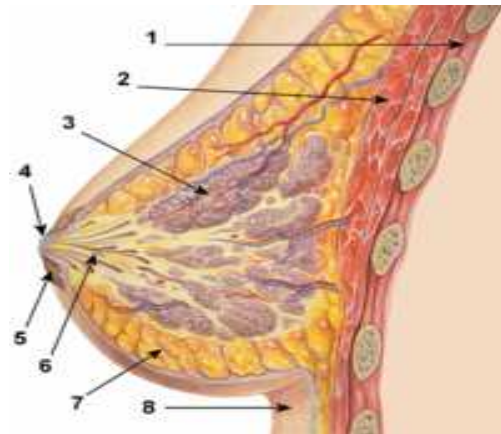


Figura 1. Anatomía y fisiología de la mama 1. Caja torácica 2. Músculo pectoral 3. Lóbulos 4. Pezones 5. Areola 6. Ducto 7. Tejido adiposo 8. Piel.

Las ramificaciones de los conductos terminan en conductillos cada vez más pequeños, de forma arbórea y terminan en los alvéolos, donde se encuentran las células alveolares, formadoras de la leche. Dichos alvéolos están rodeados de una malla mioepitelial, la cual al comprimirse por efecto de la oxitocina, hace salir la leche por los conductos galactóforos. ⁽³⁾

ESTRUCTURA

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper. ⁽⁴⁾ ver Figura 2.

⁽³⁾BOOKMILLER, Boowen., Enfermería Obstétrica. Quinta Edición, Interamericana. México D.F

⁽⁴⁾De FERNANDEZ, Beatríz., Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria. Universidad del Valle, Cali

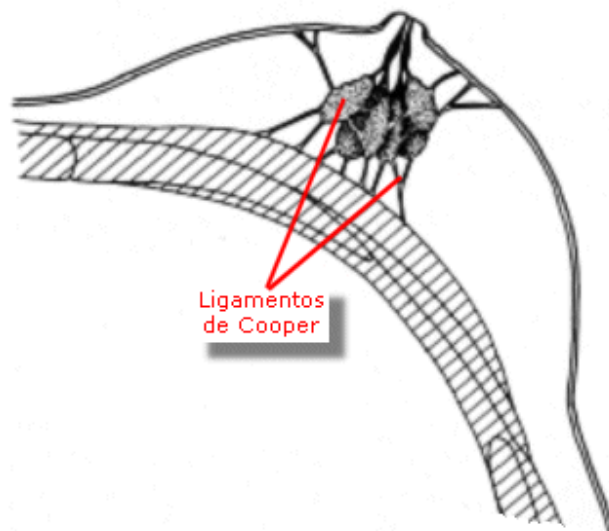


Figura 2. Ligamentos de Cooper

Revestimiento cutáneo

La mayor parte de la mama está cubierta por una piel fina y móvil que se continúa en la periferia con la piel del tórax. La mama esta constituida por una zona redondeada y pigmentada. ⁽⁴⁾

Aréola

Es una zona cutánea regularmente circular de 15 a 25 mm de diámetro. Su coloración varia: rosado por la mujer joven, adquiere más tarde un color amarronado especialmente marcado en el embarazo. ⁽⁴⁾

Papila mamaria

Se encuentra en el centro de la aréola es cilíndrica o cónica mide de 10 a 12 mm. La piel de la areola esta tapizada en profundidad por una capa de fibras musculares lisas, las que se insertan en la cara profunda de la dermis.

Entre las fibras musculares lisas de la aréola se encuentran las glándulas anexas a la piel, sudoríparas y sebáceas. Las fibras musculares de la papila son atravesadas por los ductos lactíferos que vienen a abrirse en su ápex en un número de 15 a 20. ⁽⁴⁾

⁽⁴⁾Idem

Tejido celular subcutáneo

Se extiende por toda la cara profunda de la piel excepto a nivel de la aréola y de la papila. No existe una capa de tejido adiposo continuo ni plano de separación entre la piel y la glándula mamaria. ⁽⁴⁾

Glándula mamaria

Se presenta como una masa oval con eje mayor transversal, su cara posterior es regularmente plana, su cara anterior esta por el contrario, erizada de salientes que constituyen las crestas fibroglandulares.

La glándula esta constituida por 15 a 20 lóbulos teniendo cada uno de ellos independencia funcional, cada lobo esta formado de lóbulos donde se encuentran los ácinos o alvéolos de los túbulos glandulares, cada lóbulo posee un conducto excretor conducto lactífero. ⁽⁴⁾

DRENAJE LINFÁTICO

Aproximadamente un 75% de la linfa proveniente de las mamas viajan a los ganglios linfáticos de la axila del mismo lado. El resto viaja a los nódulos paraesternales, al seno del lado opuesto y finalmente hasta los ganglios linfáticos abdominales.

Los nódulos axilares incluyen el grupo inferior o pectoral—que drena la parte profunda y transmuscular—, el grupo interno o subescapular—que drena la parte interna de la glándula mamaria—y el grupo externo o humeral—que drena el borde externo del seno. El drenaje linfático de las mamas drena en los ganglios linfáticos de la axila. ⁽⁵⁾

(4)Idem

(5)GANONG, William F., Fisiología Médica. Novena Edición, Editorial El Manual Moderno. S.A., México D.F.

FORMA Y SOPORTE

Cada seno se adhiere en su base a la pared torácica por una fascia profunda que recubre los músculos pectorales. En su superficie superior recibe cierto soporte de la piel que los recubre hasta la parte superior del pecho. Esa combinación de soporte anatómico es lo que determina la forma de las mamas. ⁽⁵⁾

Los senos se ubican sobre el músculo pectoral mayor y por lo general se extienden verticalmente desde el nivel de la segunda costilla, hasta la sexta o séptima costilla. En sentido horizontal, se extiende desde el borde del hueso esternón hasta una línea media, imaginaria, de la axila.

A nivel del extremo anterior más distal del tórax, a la altura del tercer espacio intercostal, la piel se especializa para formar la areola y el pezón. ⁽⁵⁾

Cada mama limita en su cara posterior con la aponeurosis o fascia del músculo pectoral y contiene abundante tejido graso allí donde no hay tejido glandular.

La grasa y el tejido conectivo, junto con los ligamentos de Cooper (que unen la glándula a la piel) constituyen un verdadero ligamento que dan forma y sostienen a la mama, permitiendo el deslizamiento normal del seno sobre los planos musculares subyacentes. La mama, además, contiene vasos arteriales, venosos y linfáticos, así como elementos nerviosos.

(5)Idem

La circulación sanguínea arterial de las mamas provienen de la arteria torácica interna (antes llamada *arteria mamaria interna*), que deriva de la arteria subclavia; de la arteria torácica lateral, de la arteria toracoacromial, ambas nacen de la arteria axilar; y de las arterias intercostales posteriores.

El drenaje venoso de los senos es realizada principalmente por la vena axilar, aunque pueden participar las venas torácica interna e intercostales.

Tanto los hombres como las mujeres tienen una gran concentración de vasos sanguíneos y nervios en los pezones. ⁽⁵⁾

(5)Idem

MÚSCULOS

La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media.

El área superexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina "prolongación axilar". La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen.

La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retromamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular. ⁽⁶⁾ Ver Figura 3.

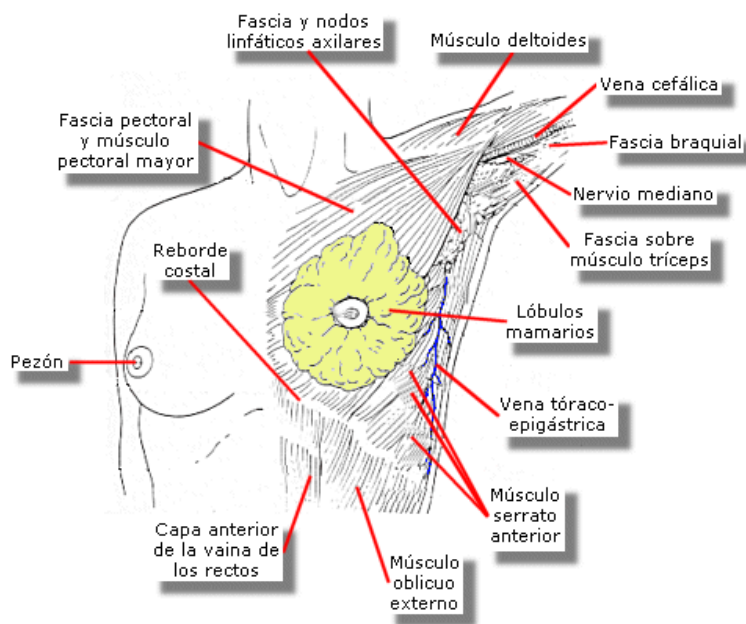


Figura 3. Anatomía de la mama

(6) SARAVANOS, Karen et al, Quinolonas. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Volumen 3, Editorial Interamericana, México D.F

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón.

La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, éstas contiene estructuras histológicas similares a la parte glandular d la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar. ⁽⁶⁾ Ver figura 4

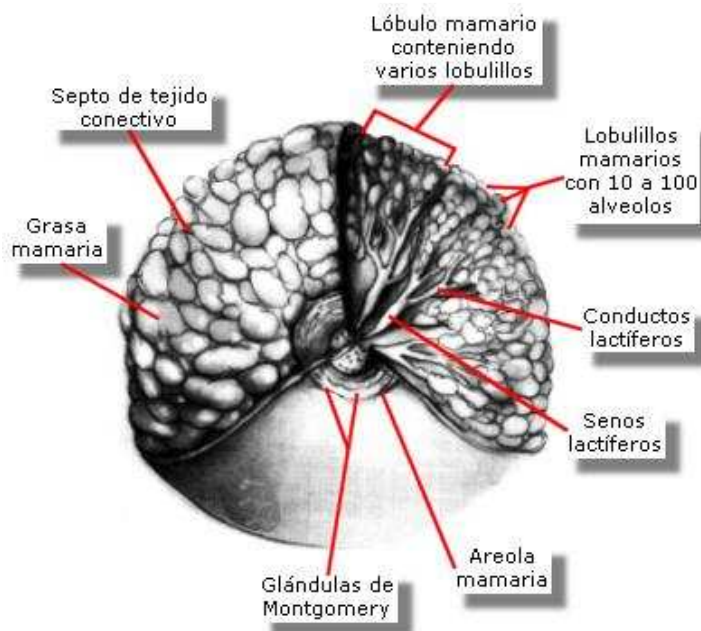


Figura 4. Anatomía de la mama

(5)Idem

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar el conducto lobulillar, que recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al unirse con otros conductos de éste tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón.

Los conductos están revestidos por epitelio cuboideo o cilíndrico. Por fuera de este epitelio, entre él y la membrana basal, existe una capa de células mioepiteliales muy ramificadas, que envuelven a los conductos y acinos. En los conductos de mayor tamaño el epitelio consta de dos o más capas de células que cerca del orificio externo del pezón se transforman en epitelio plano estratificado.⁽⁶⁾

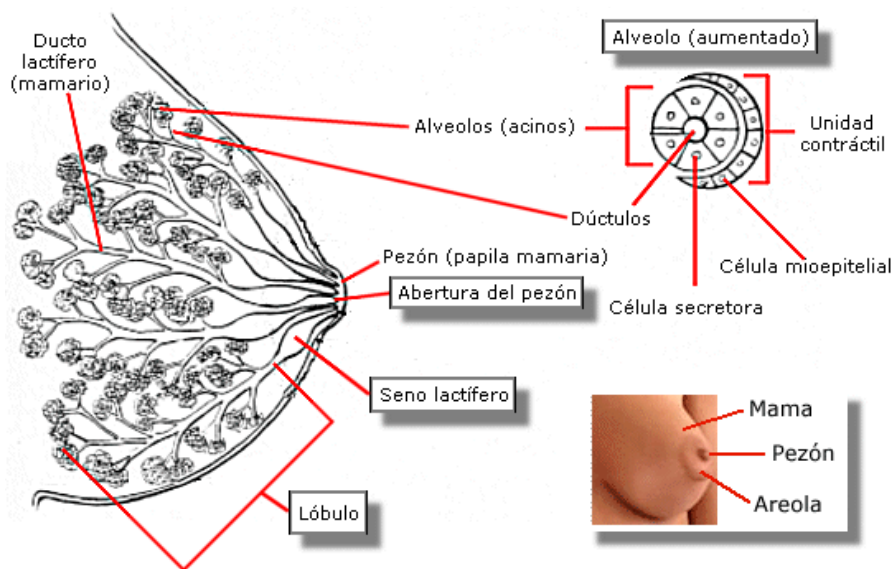
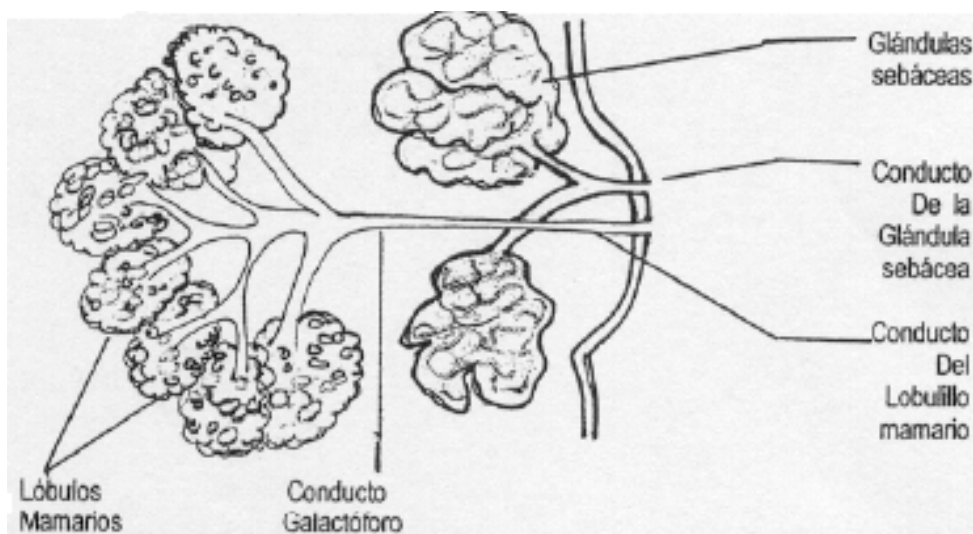


Figura 5. Anatomía de la glándula mamaria

(6)Idem

CAPITULO 2:

FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA



FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

Reflejo de producción de leche

El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la Oxitócina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la Oxitócina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.

Prolactina: Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica.

Las endorfinas: Permiten a la madre identificar al bebé y crear lazos afectivos. Las endorfinas inducen la liberación de la prolactina⁽⁷⁾

FISIOLOGIA

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

- Mamogénesis o desarrollo mamario.
- Lactogénesis, glactogénesis o iniciación de la secreción láctea.
- Lactogénesis o mantenimiento de la secreción.
- Eyección láctea o salida de la leche.

(7) AVERY, MILLER., Enfermería Ginecológica. Quinta edición, Editorial Interamericana, México D.F

MAMOGENESIS O DESARROLLO MAMARIO

El desarrollo mamario o mamogénesis se ha dividido en tres etapas:

- Embrionario
- Puberal
- Gravídico.

DESARROLLO EMBRIONARIO

Las glándulas mamarias empiezan a desarrollarse durante la sexta mamaria. En el feto, la mama se desarrolla en forma de esbozo por la acción de los estrógenos placentarios y de la suprarrenal. Solo están formados los conductos principales en el momento del nacimiento y las glándulas mamarias permanecen sin desarrollarse hasta la pubertad.

DESARROLLO PUBERAL

Al llegar a la pubertad la mama crece y se desarrolla paralelo a los demás cambios propios de esta etapa de la vida. El desarrollo ocurre por efecto de las hormonas Estrógenos y Progesterona secretadas en el ovario.

Los Estrógenos actúan preponderantemente estimulando los conductos lactíferos, mientras que la Progesterona produce crecimiento en los alvéolos. Existen influencia de la hormona del crecimiento STH o Somatotrofina y de la hormona Prolactina secretada en la hipófisis anterior. La hormona Tiroxina proveniente de la Tiroides puede tener influencia en el desarrollo mamogenico ⁽⁷⁾

DESARROLLO GRAVIDICO

Durante la gestación la mama experimenta un considerable aumento de tamaño y ocurren cambios significativos. La proliferación gravídica se da por la influencia de Estrógenos y Progesterona de origen placentario, por factores hipofisiarios y tiroideos semejantes a los que actuaban en al pubertad, pero en menor cantidad.

(7)Idem

En esta etapa entra un nuevo elemento placentario de gran importancia llamado hormona Lactógeno-Placentario cuya acción consiste es estimular el crecimiento de la mama. ⁽⁷⁾

LACTOGENESIS, GALACTOGENESIS O INDICACION DE LA SECRECION LACTEA

Durante el puerperio, convergen factores endocrinos que desencadenan la secreción láctea o lactogénesis, como consecuencia de la disminución de los niveles de Estrógenos, al presentar la salida de la placenta y la no inhibición de la función, que los altos niveles de estos venían haciendo sobre la acción de la prolactina secretada en el lóbulo anterior de la hipófisis. Aunque la prolactina es la promotora de la lactancia, existen hormonas coadyuvantes necesarias para que se establezca la secreción (STH o Somatotrofina, Corticoides y ACTH). Lo anterior muestra como al desaparecer la placenta e iniciarse la succión del seno comienza la Lactogénesis.

La eyección se produce a través del siguiente mecanismo: Alrededor de los alvéolos y conductos lactíferos existen fibra musculares que contraen y comprimen los alvéolos haciendo que la leche contenida en su interior pase al sistema de conductos. Estas fibras musculares son estimuladas y se contraen por la acción de la hormona Oxitocina liberada en el lóbulo posterior de la hipófisis.

Para que se libre, es necesario que el niño succione la mama y se produzca un estímulo nervioso que genere un reflejo neuro-hormonal en la hipófisis posterior.

De ésta manera forma el niño en el acto de mamar desencadena dos reflejos simultáneos: Uno de mantenimientos de la secreción láctea o Reflejo de Lactopoyesis y otro de contratación de la musculatura lisa de los conductos o reflejo de eyección ⁽⁷⁾

(7)Idem

LACTOPOYESIS O MANTENIMIENTO DE LA SECRECIÓN

El mantenimiento de la secreción depende de la prolactina, del estímulo de la succión y de las demás hormonas mencionadas.

Este mecanismo es parecido a la "Ley y Oferta y Demanda", es decir que entre más succione el niño (Demanda), habrá mayor producción de leche (Oferta) por parte de la madre. ⁽⁷⁾

REFLEJO DE EYECCIÓN DE LA LECHE

La Oxitócina

Secretada por el cerebro y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche.

En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles más altos de Oxitócina.

La Oxitócina se produce por un reflejo condicionado a ver y escuchar al bebé o como resultado de la preparación para darle el pecho. Al ser un reflejo condicionado, queda bajo control de Centros cerebrales superiores. La leche sale porque la madre la expulsa. ⁽²⁾

Si no se produce un buen vaciamiento, el tejido mamario se congestiona porque se acumula leche en el sistema ductal y hay un estancamiento venoso y linfático, lo que provoca un aumento de la presión intramamaria.

Los vasos sanguíneos comprimen el alveolo y llega la Oxitócina en menor cantidad a las células mioepiteliales. ⁽²⁾

(2)Idem

(7)Idem

COMPOSICIONES DE LA LECHE MATERNA

En su composición influyen los siguientes factores:

La edad que alcanzó la gestación. A la leche que la madre secreta cuando su hijo no alcanza una gestación de término se le denomina leche pre término, que al menos en el primer mes de lactancia tiene mayor concentración de proteínas, sodio y cloruro y menor concentración de lactosa, que la hacen diferentes de la leche de término.

Edad de lactancia: durante los primeros 5 días, a la leche se le denomina calostro, entre los 6 y 15 se denomina leche transicional y posteriormente se le llama leche madura.

El calostro es un líquido espeso, de color amarillo debido a su riqueza en beta carotenos; también es rico en células y proteínas, principalmente inmunoglobulinas.

Momento del vaciamiento de la glándula: la leche inicial es rica en hidratos de carbono, mientras que la final tiene mayor concentración de lípidos.

Ritmo circadiano: los lípidos tienen mayor concentración en la leche durante la noche que durante el día. ⁽³⁾

PROTEÍNAS

Las proteínas funcionan como nutrimentos, como anticuerpos específicos y como mensajeros. En la leche humana hay también mayo cantidad de nitrógeno no proteínico, a través de l cual la leche aporta taurina, aminoácidos para el desarrollo de la retina, aporta también factor de crecimiento epidérmico y nucleótidos que favorecen el crecimiento de las células de la mucosa intestinal.

(3)Idem

HIDRATOS DE CARBONO

Su concentración en la leche humana es la mayor entre todas las leches de los mamíferos. El intestino del infante posee la capacidad de desdoblarla, aportándole la galactosa que requiere para la síntesis de galactolípidos del sistema nervioso central.

La lactosa aumenta la absorción de calcio, magnesio y manganeso. Al transformarse en ácido láctico, la acidez favorece el crecimiento de lactobacillus bifidus que caracteriza a la flora bacteriana intestinal del niño amamantado.

LIPIDOS

Los lípidos aportan más de la mitad de la energía de la leche humana, son vehículos de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales y también tienen funciones antibacterianas.

VITAMINAS Y MINERALES

En la leche se encuentran numerosos nutrientes así como vitaminas y minerales (calcio, fósforo y hierro) y otras sustancias diversas, destacando las inmunoglobulinas.

SELENIO

Tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

FLUOR

Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana. En estudios comparativos, el niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.⁽⁸⁾

ZINC

El Zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor.

(8) Games. Eternod. Palacios Introducción a la pediatría. Méndez editores. 6^{ta} Edición México 1997 Palacios

CALCIO/FÓSFORO

La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente).

AGUA

Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación.

HIERRO

La leche humana contiene cantidades pequeñas, pero la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes⁽⁸⁾

PROPIEDADES ANTIINFECCIOSAS DE LA LECHE HUMANA

Las propiedades anti infecciosas la dan los anticuerpos específicos del tipo IgAs, secretados por los linfocitos de la glándula mamaria y que son anticuerpos específicos contra patógenos del entorno materno. También los lípidos e hidratos de carbono tienen funciones antibacteriana. Como se sabe la presencia de IgAs, se mantiene constante en la leche humana a lo largo de todo el tiempo que dure el amamantamiento.⁽⁸⁾

FISIOLOGIA

La succión del niño estimula receptores en el seno, principalmente en la areola y el pezón, esta succión viaja al cerebro donde la información es procesada y el hipotálamo induce la producción de 2 hormonas que son secretadas por la glándula pituitaria, estas 2 hormonas son la prolactina (encargada de la producción de la leche) y la Oxitócina que produce la contracción del útero y estimula la salida de la leche, es por ello que las mamás pueden percibir cierto dolor o contracciones del útero con la lactancia, lo cual estimula el regreso del útero a su tamaño original.⁽⁸⁾

⁽⁸⁾Idem

CAPITULO 3:

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO



CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

El embarazo se define como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días, (de 37 a 40 semanas)

Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas.

El objetivo es cubrir la necesidad de espacio, para el desarrollo del huevo, y posteriormente permitir el crecimiento fetal, y al mismo tiempo prepararse para el momento del parto y la lactancia.

ANEMIA FISIOLÓGICA

- Anemia: baja de eritrocitos en sangre
- Anemia patológica: cuando esta conducida por una enfermedad subsecuente, sangrados abundantes frecuentes.
- Anemia fisiológica: natural que suceda en el embarazo debido al volumen excesivo de h₂o, debido a que la mujer presenta sed y al ingerir el liquido ocasiona hipervolemia y al mismo tiempo hemodilución. = ferropenia

Cifra normal de Hg. 12-14gr/dl

Anemia leve 10-12gr/dl

Anemia moderada 8-9gr/dl

Anemia severa <8gr/dl

AUMENTO DEL GASTO CARDIACO

- El gasto cardiaco es el resultado del volumen de sangre expulsada del corazón cada minuto del ventrículo izquierdo a la arteria aorta. en un adulto sano es de 5 litros por minuto.
- Se obtiene este gasto cardiaco por la multiplicación del volumen sistólico (sangre que expulsa el corazón en cada sístole=contracción que es de 60 a 70 ml) y la frecuencia cardiaca 75 a 80 latidos por minuto. ⁽⁹⁾
- En las vellosidades coriónicas se produce la hormona de gonadotrofina corionica.
- El volumen de sangre aumenta un 25% del valor normal por el tejido en crecimiento (el endometrio= venas espirales) que para poder nutrirlo se empieza a producir mas cantidad de sangre como mecanismo compensatorio, aumentando el gasto cardiaco y el volumen sistólico compensándose también con el hierro adicional en dieta.
- Al inicio del embarazo hay vasodilatación por lo que baja la presión arterial en los primeros meses. Que se compensa al final del embarazo.

MAMAS

- Hipersensibilidad y punzadas (ingurgitación vascular)
- Aumentan de volumen a partir del segundo mes
- Tras los 1ros meses: **calostro** → secreción amarillenta espesa
- Venas delicadas bajo de la piel (red venosa de Haller)
- Pezones y areolas aumentan de tamaño, pigmentación y son más eréctiles
- Hipertrofia de glándulas de Montgomery
- Aparición de estrías
- En el tercer mes las hormonas se producen por la placenta que aumentan de tamaño y peso en la mama

(9) Leveno, Kenneth. Williams Manual de Obstetricia. Editorial McGraw-Hill. 21 Edición. México 2003

DISMINUCIÓN EN LA MOVILIDAD GASTROINTESTINAL:

- Los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación y se deben en gran parte al incremento de las cifras de la hormona progesterona, se relaja el musculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal y a la vez disminuye la movilidad gastrointestinal, para permitir una mejor absorción de los nutrientes. Esto suele ocasionar estreñimiento. Así la relajación del cardias produce regurgitación y acidez. ⁽⁹⁾

EL SISTEMA RESPIRATORIO:

- Se presenta dificultad para respirar por el aumento y crecimiento del útero, se comprime el diafragma.
- Conforme va creciendo el útero, se eleva el diafragma provocando que el corazón tome posición horizontal y como resultado se eleve la frecuencia cardiaca, incluso, se pueden percibir soplos fisiológicos del embarazo.
- El aumento del tamaño del útero dificulta la respiración.

PIEL

- Se puede percibir Cloasma, eritema palmar y angiomas en araña
- Tracción del ombligo y posteriormente aplanamiento del mismo
- La aparición de la línea alba marca la separación de los músculos abdominales para acomodar el aumento del tamaño del útero.
- Hemorragias nasales y de encías:
- Se inflaman por el aumento de los niveles de hormonas y estrógenos y progesterona.

(9)Idem

SISTEMA URINARIO

- Aumento de la micción, debido a que reduce la capacidad de la vejiga debido a la presión del útero sobre la vejiga

Retención de líquidos

- Promedio de 6.5 litros
- 3.5 L feto + placenta + LA
- 3.0 L Aumento de la volemia + útero + mamas

El útero se congestiona de sangre rica en nutrientes.

Se gana un peso en el primer trimestre de 3 a 4 kg, aunque de la primera a la cuarta semana se puede percibir una baja de peso ⁽⁹⁾

OÍDO

- Disminución de la agudeza

VISUAL

- Edema de la cornea no tolera lentes de contacto

GUSTO

- Perturbaciones caprichosas de la alimentación
- Las náuseas son debidas a la compresión sobre intestino o estomago, y la estimulación de la progesterona en el estomago.

OLFATO

- Hipersensibilidad de rechazo para ciertos olores

TACTO

- Ligera disminución de la agudeza

(9)Idem

DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

- Se suspende el periodo menstrual
- Nauseas al inicio
- Aumento de tamaño de las mamas
- Mareos que se relaciona con el aumento de gonadotrofinas y la hipotensión
- Mayor cansancio que el habitual
- Antojos
- Deseos frecuentes de orinar
- Sueño⁽⁹⁾

DURANTE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE:

- Se desplazan los intestinos hacia atrás, el estomago hacia arriba a lo que se llama dextro rotación.
- La curvatura lumbar se incrementa progresivamente (hiperlordosis) debido al aumento de tamaño y peso del útero provocando lumbalgia.
- Pirosis: ardor en el estomago
- Lordosis: curvatura cóncava de la columna (hacia dentro)
Estrías: elongación y ruptura del tejido conectivo de las fibras de la piel exactamente donde se produce la elastina y el colágeno, cuando se rompen estas proteínas de la piel por la sobre distensión, esto provocara urticaria y cicatriz. Aparición de la línea alva: es la línea media oscura que se extiende de la sínfisis del pubis al ombligo, además de ser un signo de sospecha de embarazo, aparece por acción hormonal y separa los músculos rectos del abdomen.

(9)Idem

- EN EL SEGUNDO TRIMESTRE PUEDE GANAR 3KG DE PESO
- En el tercer trimestre puede ganar de 9 a 12 kg de peso y con este mismo se asegura que el producto este bien nutrido.
- Las mamas crecen y el pezón se hace más obscuro
- Desaparecen las nauseas e hiperémesis gravídica
- Inflamación de pies y tobillos
- Leucorrea
- Movimientos fetales
- Gingivitis
- Aparición de varices
- Dificultad para respirar y dormir ⁽⁹⁾
- Contracciones de braxton hicks (endurecimiento del abdomen por un periodo de tiempo y sin dolor)
- Esporádicas, impredecibles, no rítmicas, de intensidad entre 5 y 25mm Hg
- Frecuencia e intensidad aumenta a lo largo de gestación
- En las últimas 2 semanas: cada 10-20 min
- Causan “falso trabajo de parto” ⁽⁹⁾

(9)Idem

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

·Atención de enfermería a la gestante en atención primaria

- Planificación familiar
- Captación precoz del embarazo
- Preparación maternal

·*Plan de atención de enfermería en el periodo prenatal*

- *Patrón nutrición*
- *Patrón eliminación*
- *Patrón actividad-ejercicio*
- *Patrón sueño-descanso*
- *Patrón cognoscitivo-perceptual*
- *Patrón autopercepción*
- *Patrón rol-relaciones*

- Patrón sexualidad
- Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés
- Patrón valores y creencias
- Patrón percepción-control de la salud

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA GESTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Una de las demandas más importantes de la mujer en AP, son aquellas que surgen de la pareja que desea tener un hijo o bien de la mujer embarazada que lo sabe antes de acudir o no.

(9a)Manual de diagnóstico de enfermería, L.J.Carpenito 5ªedición. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

Objetivos

- Facilitar la elección del momento del nacimiento.
- Abordar problemas de infertilidad.
- Proporcionar seguimiento.
- Informar sobre hábitos saludables y trabajar la modificación de aquellos que sean nocivos.
- Identificar factores de riesgo del futuro.

Consulta preconcepcional

- Se aconseja que vaya dejando de fumar y de beber alcohol, pues están contraindicados en el embarazo.
- Si tiene un DIU, aconsejar esperar unos meses hasta que el endometrio se normalice.
- Evitar radiografías y fármacos en la medida de lo posible.
- Detección de hiperfenilalaninemia.
- Se aconseja tomar Ac.fólico 0'8mg/día ó 4mg/día si existen antecedentes de alteraciones en el tubo neural. El tratamiento no disminuye el riesgo si se toma con posterioridad al 2º mes de embarazo. Se puede seguir dieta como tratamiento alternativo al farmacológico. La ingesta de ac.fólico en la mujer es de 200mcgrs/día y en la mujer gestante de 400mcgrs/día.

CAPTACIÓN PRECOZ DEL EMBARAZO

Objetivos.

- Favorecer el diagnóstico precoz del embarazo y la prevención de la morbilidad materna fetal durante la gestación.
- Favorecer la educación para la salud de la gestante sobre el embarazo.
- Aumentar los conocimientos sobre la gestación, intentando reducir miedos (pérdida de atractivo, miedo al parto y temores sobre el niño) y favorecer la autonomía de la embarazada.
- Solo se realizará hasta las 20 semanas del embarazo.

- Se realizará el test de embarazo a toda mujer en edad fértil con amenorrea de 10 ó más días y con menos de 12 semanas de gestación.
- Valorar situaciones de riesgo especiales.
- Derivar a tocología y a la consulta externa

VALORACIÓN INICIAL

Antecedentes personales:

- Hipertensión, diabetes, cardiopatía, ETS, etc... Se interrogará sobre los antecedentes de ETS de la pareja.
- Antecedentes de depresión o de toma de antidepresivos.
- Estado serológico (HIV, VHC, LuES, rubeola y toxoplasmosis)
- Transfusiones previas.
- Estado vacunal

Antecedentes obstétricos:

- Número de gestaciones, abortos anteriores, antecedentes de anencefalia, espina bífida, hidrocefalia y complicaciones en embarazos previos.
- Se registrarán los siguientes datos de los embarazos anteriores: Edad de inicio, tipo y fecha del parto (semana de gestación), datos del recién nacido (sexo, edad y estado de salud), puerperio (presencia de hemorragias, fiebre), tipo y duración de la lactancia.
- Gestación actual: Fecha de la última regla (FUR) y fecha probable del parto (FPP). Se aplicará la fórmula de NAGELE:

$$FPP = FUR - 3 \text{ meses} + 7 \text{ días} + 1 \text{ año}$$
- La mujer tendrá registro en la historia clínica de los antecedentes ginecológicos: ritmo menstrual, cantidad del flujo, menarquía, anticoncepción, etc.

Hábitos nocivos:

- Tabaco: Consumo habitual y actual. Interés en disminuir o abandonar el hábito.
- Alcohol: Cantidad y frecuencia de consumo.
- Drogas: Consumo habitual y actual. Vía de administración. Interés en disminuir y/o abandonar el hábito.
- Automedicación: Tipo de fármacos y frecuencia de consumo.

Antecedentes familiares:

- Enfermedades congénitas y de retraso mental.

Otros factores de riesgo:

- Radiografías realizadas a la gestante desde la FUR.
- Tratamientos previos de esterilidad.

Historia laboral:

- Tipo (considerar el trabajo doméstico como actividad laboral).
- Horario
- Riesgos laborales: Bipedestación prolongada.

Pruebas complementarias.

- Detección de hiperfenilalaninemia.
- Detección anemia. Serología.

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS.

- Falta de conocimientos sobre el embarazo y sus cuidados.
- Hábitos tóxicos: Tabaquismo, ingesta excesiva de alcohol, drogadicción.
- Dieta inadecuada (Bajo consumo de calcio, y/o algún grupo de alimentos)
- Sedentarismo.
- Insomnio o hipersomnia.
- Alteraciones de las relaciones sexuales: dispaurenia, disminución de la libido.
- Dificultades en la relación de pareja.
- Dificultades de adaptación.
- Gestación no buscada.
- Alteraciones de la imagen corporal.
- Aislamiento social.
- Dificultad de adaptación al proceso.
- Estrés, ansiedad, temor.
- Varices.
- Estreñimiento, hemorroides.
- Nauseas y/o vómitos.
- Dolor pélvico.
- Hemorragia genital.
- Mareos.
- Posible HTA.

PREPARACIÓN MATERNAL

Objetivos

- Disminuir la ansiedad y el temor de la pareja.
- Contribuir a disminuir la patología durante el embarazo, parto y postparto mediante la participación responsable de la mujer en el proceso.
- Lograr que la mujer participe activamente en el parto.
- Procurar una preparación física adecuada.
- Favorecer un vínculo afectivo precoz entre madre e hijo desde las etapas iniciales del embarazo.
- Favorecer hábitos saludables en el postparto.
- Potenciar la lactancia materna.
- Favorecer la adaptación a la nueva situación.

Existen tres niveles.

- Primer nivel: Se aplica en el segundo trimestre del embarazo (de la semana 16 a la 26 de gestación).
- Segundo nivel: Se aplica en el tercer trimestre de gestación (de la semana 28 a la 32 de embarazo).
- Tercer nivel: Corresponde al postparto.

Primer nivel:

- Expresión de las inquietudes frecuentes en esta etapa del embarazo.
- Cambios físicos, psicológicos y sociales.
- Embriología, genitalidad y sexualidad.
- Síntomas y signos de alarma que deben ser consultados a un facultativo y/o merecen atención hospitalaria urgente.

(9a)Idem

Segundo nivel:

- Vivencias sobre el embarazo.
- Trabajo físico, aprendizaje de ejercicios.
- Técnicas de respiración y relajación.
- Cambios en el tercer trimestre.
- Trabajo del parto (el dolor durante el parto).
- Parto hospitalario. Anestesia epidural.
- El puerperio. Cambios físicos y el proceso de adaptación.
- Lactancia materna.
- Cuidados del recién nacido.

Tercer nivel:

- Vivencias de la crianza.
- Cuidados de la madre.
- Cambios en la estructura familiar.
- Reparto de tareas.
- Refuerzo de la lactancia materna.

(9a)Idem

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO PRENATAL

Patrón nutricional.

- Alteración del bienestar en relación con náuseas/vómitos secundarios a elevación de los niveles de estrógenos, disminución de la glucosa en sangre o disminución de la motilidad gástrica.
- ✓ La paciente será capaz de evitar los vómitos por sí misma.
- ✓ Enseñar que una dieta de poca cantidad (distribuida en 5-6 comidas/día) y rica en sólidos evitará la aparición de la hiperemesis gravídica.
- ✓ Advertir que debe evitar tener el estómago vacío y que beba líquido entre las comidas.
- ✓ Se aconsejará sobre la posibilidad de utilizar antieméticos.

- Alteración del bienestar en relación con presión en el esfínter del cardias por agrandamiento del útero.
- ✓ El paciente mantendrá un grado de bienestar adecuado.
- ✓ Educaremos sobre la realización de varias comidas de poca cantidad, con el fin de evitar las molestias.
- ✓ Enseñaremos que una dieta rica en grasas, la ingesta de café, menta y el chocolate favorecen la aparición de reflujo gastroesofágico.
- ✓ Educaremos para que no se acueste inmediatamente después de comer.
- ✓ Advertiremos sobre la posibilidad de elevar el cabecero de la cama 10-15cm.
- ✓ Advertiremos sobre la posibilidad de uso de antiácidos bajos en sodio.

- Riesgo de alteración de la mucosa oral en relación con encías hiperémicas secundarias a los niveles de estrógenos y progesterona.

- ✓ El paciente no tendrá riesgo de sufrir una infección.
- ✓ Educaremos sobre la importancia de mantener una higiene bucal adecuada, para evitar infecciones.
- ✓ Realizar la higiene bucal mediante enjuagues con antisépticos.
- ✓ Uso de un cepillo suave.

Patrón eliminación.

- Estreñimiento en relación con disminución de la motilidad gástrica y presión del útero en el colon inferior.
- ✓ La paciente será capaz de mantener un patrón de evacuación intestinal regular.
- ✓ Enseñar la importancia de una dieta equilibrada.
- ✓ Alimentos ricos en fibra: Fruta fresca con piel, salvado, frutos secos y semillas, pan y cereales integrales, frutas y verduras cocidas y zumos de fruta.
- ✓ Incluir aproximadamente 800grs de fruta y verdura, para una evacuación intestinal normal.
- ✓ Fomentar la ingesta de al menos dos litros de líquidos.
- ✓ Recomendar que se tome un vaso de agua caliente, 30" antes del desayuno, que puede actuar como estímulo para la evacuación intestinal.

Patrón actividad-ejercicio

- Riesgo de lesión en relación con síncope/hipotensión secundarios a estancamiento venoso periférico.
- ✓ La futura madre no se mareará ni caerá por presentar cifras de tensión excesivamente bajas.
- ✓ Aconsejar que no debe permanecer mucho tiempo de pie.
- ✓ Enseñarle que sentarse con las piernas por encima de la cintura, normalizará las cifras.
- ✓ Educar sobre las causas fisiológicas que producen la hipotensión.

(9a)Idem

- Alteración del bienestar real o potencial relacionado con la aparición de calambres en las piernas.
- ✓ La paciente aprenderá a evitar y aliviar los calambres por si misma.
- ✓ Enseñar como evitarlos, permaneciendo con las piernas ligeramente abiertas y situando los pies planos sobre el suelo.
- ✓ Enseñar ejercicios para aliviar los calambres: Flexionar el tobillo con la pierna estirada mientras se ejerce presión sobre la rodilla.

Patrón sueño-descanso

- Alteración del sueño y el descanso en relación con fatiga y disnea secundaria a la presión del útero agrandado en el diafragma y al aumento del volumen sanguíneo.
- ✓ La paciente podrá sentarse sin sentir fatiga.
- ✓ La paciente podrá dormir sin disnea.
- ✓ Se aconsejará que duerma con cojines bajo la cabeza y el tórax.
- ✓ Se aconsejará que realice respiraciones profundas antes de dormir.
- ✓ Se educará para que tome una postura correcta al estar de pié o sentada.

Patrón cognoscitivo-perceptual

- Dolor en las mamas en relación al crecimiento de estas.
- ✓ La paciente no sufrirá dolor en las mamas.
- ✓ *Aconsejaremos sobre el uso de un sujetador que sujete bien.*
- ✓ Alteración de los procesos del pensamiento en relación a la no satisfacción de los antojos.
- ✓ La futura madre satisfará sus antojos y deseos más oscuros.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Seremos tolerantes. Nos libramos de espanto.

(9a)Idem

Patrón auto percepción

- Alto riesgo de trastorno del autoconcepto en relación con los efectos del embarazo en los patrones biopsicosociales.
- ✓ La autoestima del paciente será adecuada.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Ofertar disponibilidad.
- ✓ Resolver las posibles dudas.

- Patrón rol-relaciones.
- ✓ Alto riesgo de alteración parenteral en relación con (ejemplos)
- ✓ **déficit de conocimientos, embarazo no deseado, impotencia, o sentimientos de incompetencia.**

- ✓ La paciente no dudará en resolver sus preguntas y temores.
- ✓ Escucha activa.
- ✓ Ofertar disponibilidad.
- ✓ Aconsejar que se informe sobre la situación que vive, para aliviar la posible ansiedad.
- ✓ Valorar la posibilidad de acudir a un psicólogo.
- ✓ Según gravedad del problema.
- ✓ Ingresos económicos.

Patrón sexualidad

- Riesgo de infección en relación al aumento de las secreciones vaginales secundario a los niveles de estrógenos y progesterona.
- ✓ La paciente no presentará infecciones durante el embarazo.
- ✓ Comentar sobre medidas higiénicas.
- ✓ Desaconsejar los lavados vaginales.
- ✓ Aconsejar sobre el uso de compresas para mantener la higiene.

(9a)Idem

- Afrontamiento-tolerancia al estrés
- ✓ Temor en relación con la posibilidad de tener un niño imperfecto.
- ✓ La paciente resolverá sus temores y dudas.
- ✓ Advertir que la mayoría de las veces está en su mano que esto no ocurra.
- ✓ Informar sobre las bajas tasas de morbilidad neonatal actuales.

Valores y creencias

- Riesgo real o potencial de parto de riesgo relacionado con querer que el nacimiento se produzca fuera del hospital.
- ✓ La paciente alumbrará en un hospital.
- ✓ Informarle sobre los riesgos para su hijo/a en caso de nacer fuera de un quirófano.

Percepción-control de la salud

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico en relación con conocimiento insuficiente de (ejemplos) los efectos del embarazo en los sistemas corporales (cardiovascular, tegumentario, gastrointestinal, urinario, pulmonar, musculo esquelético), panorama psicosocial, sexualidad/función sexual, unidad familiar(cónyuge, hijos), crecimiento de desarrollo del feto, requisitos nutricionales, riesgos de fumar, ingesta excesiva de alcohol, abuso de drogas, ingesta excesiva de cafeína, y excesivo aumento de peso, signos y síntomas de las complicaciones(hemorragia vaginal, calambres, diabetes gestacional, edema excesivo, preclampsia), preparación para el parto(clases, referencias impresas).
- ✓ La paciente estará preparada en el momento del parto para traer al mundo un niño sano.

CAPITULO 4:

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO



CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

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 púerperas sufren relativamente pocas molestias relacionadas con dichos cambios.

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.

(9)Idem

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 aumenta el apetito y la ingestión de líquidos.⁽⁹⁾

CAMBIOS MUSCULARESQUELÉTICOS

- 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 Tercer 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.
- 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.⁽⁴⁾

(9)Idem

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA

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.

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

Objetivos de enfermería en el puerperio.

- Vigilar la adaptación fisiológica y psicológica de la madre durante el puerperio temprano.
- Fomentar el reposo y bienestar de la madre.
- Facilitar el vínculo afectivo con la madre.
- Dar instrucciones sobre los cuidados del R.N y de sí misma.

Intervenciones puerperales iniciales (primeras 6 horas) General:

- Vigilar la presión arterial, el pulso, el color de la piel y el tono uterino cada 15 minutos.
- Dar masajes al fondo uterino según se requiera y observar el flujo de loquios y enseñar a observarlos por sí sola.
- Aconsejar a la madre que orine temprano y con frecuencia.

(9a)Idem

- Aliviar molestias en las madres que dan el pecho:
 - a) Aumentar la frecuencia de las tomas.
 - b) Aplicar compresas caliente.
 - c) Se debe alternar cada toma.
 - d) Debe prestarse un cuidado especial a los pezones.
- Que la madre deambule tan pronto como pueda.

Cuidados puerperales sostenidos

- Si los loquios parecen excesivos, contar las toallas sanitarias empleadas e iniciar una vigilancia más estrecha.
- Animar a la mujer a tomar duchas tibias y a darse masajes en las mamas para estimular la salida de leche.
- Aplicar compresas frías a las mamas que no amamantan.
- Alentar el reposo, relajo y sueño.
- Estimular la ingestión de líquidos y el consumo de alimentos ricos en fibras.
- Se le debe informar que se recomienda no tener relaciones hasta después de las cuarta o sexta semana del postparto.
- Instituir un plan de enseñanza para el alta que incluya a ambos padres y aporte de la siguiente información:
 - Cambios esperados en loquios.
 - Ejercicios.
 - Necesidad de reposo.
 - Relaciones sexuales y anticoncepción.
 - Cuidados mamarios.

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

Informar de los siguientes signos:

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

Mamas y pezones:

- ✓ No lavarse las mamas solo en la ducha diaria, secar bien el pezón para evitar grietas, en caso de aparición existen pomadas específicas
- ✓ Si aparecen molestias o dolor al iniciar la toma aplicar calor local (paños calientes, bolsas)
- ✓ Al terminar de mamar, no retirar del pezón si está succionando para evitar la aparición de grietas
- ✓ Uso de sujetador que se adapta para evitar tensión de la piel y de los músculos del pecho

Episiotomía:

- ✓ Después de la ducha secar bien los puntos manteniéndolos siempre limpios para evitar infecciones
- ✓ El lavado local debe ser con agua tibia previamente hervida, a la que se añade sal gorda (mínimo dos veces al día).
- ✓ Cambio frecuente de la compresa, facilitando así la curación de la herida
- ✓ Dejar los puntos al aire, los cuales se irán cayendo solos
- ✓ No debe usarse ropa interior ajustada, hasta que deje de molestar la cicatriz

Loquios:

- ✓ Vigilar el olor y la cantidad de loquios. En caso de ser malolientes o que aparezca una hemorragia, puede ser signo de infección. Si esto ocurre acudir al médico.
- ✓ Vigilar temperatura durante la semana posterior al alta, si es superior a 38 ° o superior durante 24 horas se debe consultar al médico

La paciente regresa a su domicilio después de serle explicado la lactancia materna y sus beneficios a sí como los cuidados del Recién nacido el cual recibió el alta del pediatra.

- ✓ Se le instruye en los cuidados del cordón
- ✓ Se le da informe de alta, cartilla de vacunación, documentación de la hepatitis b recibida por el recién nacido y se le informa y se le da la documentación necesaria para la prueba de la fenilcetonuria, del hipotiroidismo y de la fibrosis quística

CAPITULO 5:

LACTANCIA MATERNA



LACTANCIA MATERNA



El significado de la alimentación a libre demanda supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma.

Durante los primeros 5 días, a la leche se le denomina calostro, entre los 6 y 15 se denomina leche transicional y posteriormente se llama leche madura. El calostro es un líquido espeso de color amarillo debido a su riqueza en beta- carotenos, también es rico en células y proteínas, principalmente inmunoglobulinas. ⁽¹⁰⁾

CÓMO SE ADAPTA LA BOCA AL PECHO

Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujete el pecho y elévelo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien. El agarre al pecho depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se hace igual con todo tipo de pezones y tanto en niños grandes como pequeños. Sólo variará el tiempo que tardan en aprender a hacerlo. Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no coja sólo el pezón, sino también una buena parte de la areola por debajo. La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la maxilar inferior, así quedará el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce. ⁽¹⁰⁾ Ver Figura 6

⁽¹⁰⁾SALAZAER AGUDELO, Edy., Pontificia Universitaria Javeriana, Facultad de Enfermería. Manual de Lactancia Materna., Bogotá.

Figura. 6



CORRECTO

INCORRECTO

PROBLEMAS AL AMAMANTAR

- **Pezones planos o invertidos:** los ejercicios recomendados. Tomar a la glándula mamaria con toda la mano, el pulgar en la parte superior, los cuatro dedos en la parte inferior todos los dedos por detrás de la areola, como si se quisiera formar con la mano la letra "C" ejerciendo una discreta presión hacia el interior de la glándula y hacia atrás, para favorecer la expresión, de la leche y la salida del pezón.

- **Grietas del pezón:** la lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta. ⁽¹⁰⁾

CAUSAS

- Mala postura al amamantar.
- La humedad
- El uso de sustancias irritantes para el pezón como
- jabón, cremas, pomadas y desinfectantes.

⁽¹⁰⁾Idem

FORMA DE EVITARLAS

- Posición correcta.
- Evitar la humedad y mantener el pecho seco
- Evitar el lavado del pecho antes y después de cada toma, así como las cremas o pomadas. Lo que se debe hacer es, al terminar la toma, en lugar de untar crema sobre el pezón, añadir unas gotas de leche y dejar secar.

- **Ingurgitación mamaria:** suele aparecer entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en los niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda. La mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola está tan tensa que al bebé le resulta muy difícil agarrarse. Puede aparecer febrícula o fiebre. ⁽¹⁰⁾

FORMA DE EVITARLA

- Mediante el inicio precoz de la lactancia, las mamadas frecuentes y una postura correcta.

FORMA DE TRATARLA

- aliviar los síntomas vaciando el pecho, aplicando calor local con compresas calientes,
- un masaje suave para facilitar el reflejo de bajada.
- Extraer leche hasta que la areola está menos tensa y el niño puede hacer un buen “agarre”.

(10)Idem

- Conducto obstruido

Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. A veces se puede notar un “bulto” en el pecho y causar sensación de dureza, tirantez o dolor. Hay que mejorar la posición, conviene probar diferentes posturas de madre y niño para que se drene el conducto obstruido.

- Mastitis

La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho. El niño puede mamar a pesar de que la madre esté tomando antibióticos.

La mejor manera de aumentar la producción de leche es incrementar el estímulo de las mamas.

-Absceso mamario

cuando la mastitis ha concurrido con obstrucción de los conductos galactóforos, pueden presentarse abscesos. Son un problema mayor y frecuentemente su manejo requiere antibióticos y ocasionalmente drenaje.

Sangre en la leche. A veces aparece sangre en la leche, esto se debe a escoriaciones (grietas) alrededor de la areola como resultado del intenso contacto con la boca del niño. ⁽⁸⁾

(8)Idem
(10)Idem

EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA (TÉCNICA DE MARMET)

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- ✓ Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- ✓ Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- ✓ Para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho.
- ✓ Para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
- ✓ Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual.

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche.

Para ello se deben seguir tres pasos:

- Masajear
- Frotar
- Sacudir ⁽¹⁰⁾

(10)Idem

1. Masajear. El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno. ⁽¹⁰⁾



2. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.



3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.



⁽¹⁰⁾Idem

EXTRACCIÓN MANUAL

1. Se coloca el pulgar y los dedos índices y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).

Evite que el pecho descansa sobre la mano como si ésta fuera una taza.



2. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, conviene levantarlos antes de empujar



3. Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que rueden pero que no se deslicen.).



4. Repita rítmicamente para vaciar los depósitos (coloque los dedos, empujándolos hacia adentro, ruédelos.).

5. Rote la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho. ⁽¹⁰⁾



EVITE ESTOS MOVIMIENTOS

No exprimir

No deslizar

No estirar



- Evite apretar el pecho.
- Puede causar hematomas
- Evite resbalar las manos sobre el pecho.
- Puede causar irritación en la piel
- Evite tirar hacia fuera del pezón y del pecho
- Puede dañar los tejidos

⁽¹⁰⁾Idem

CAPITULO 6

TECNICA DE LACTANCIA MATERNA



TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

POSICIONES PARA AMAMANTAR

Para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño.

POSICIONES

Permita que la madre se sienta de tal manera que esté tranquila, cómoda y pueda relajarse. Utilice un banquito o cualquier otro objeto que le permita mantener los pies elevados y apoyados. Recuerde que en cualquier posición el bebé aproximarse al seno y no la madre agacharse hacia el niño. ⁽¹¹⁾

- **POSICION SENTADA O DE CUNA:**
Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño. Ver foto 7.



F

foto 7

(11) ASQUIT, María Teresa Usos Clínicos, Obtención y Almacenamiento de Leche Humana. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Volumen 1, Editorial Interamericana, México, D.F. 1987.

DUMONT THOMPSON, Eleanor., Manual de Enfermería Pediátrica 1 y 2. 4ª Edición, Interamericana, México D.F., 1984.

- **POSICION DEBAJO DEL BRAZO, DE SANDIA O DE FOOT-BALL AMERICANO:** El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.



- **POSICION SEMISENTADA:** Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).⁽¹¹⁾



⁽¹¹⁾Idem

- **POSICION ACOSTADA:** Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé. Ver foto 10

Foto 10



- **REFLEJOS DEL NIÑO IMPORTANTE PARA LA LACTANCIA MATERNA**

El Recién Nacido tiene tres reflejos que le ayudan a alimentarse:

- **Reflejo de búsqueda:** Es el que ayuda al niño a encontrar el pezón. Se estimula al tocar con el pezón la mejilla del niño.
- **Reflejo de succión:** Cuando se estimulan sus labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada y suele acompañarse del reflejo de deglución. El lactante succiona con un patrón más o menos regular de arranques y pausas, se llama, también de arraigamiento y se halla presente en el prematuro.

(11)Idem

- **Reflejo de deglución:** Es el paso de la leche hacia el estómago por medio de movimientos voluntarios e involuntarios que se suceden automáticamente en un conjunto único de movimientos. ⁽¹¹⁾

PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

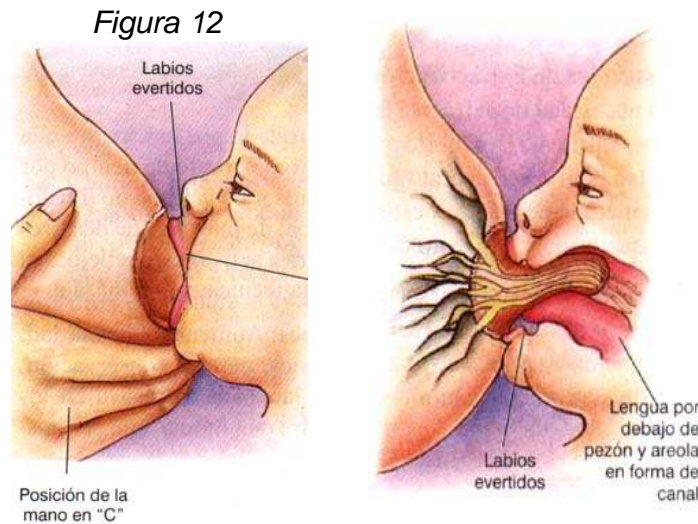
- Soporte el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. Ver foto 11

Foto 11



⁽¹¹⁾Idem

- Recuerde a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
- Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola. Si se resiste, hale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo. Ver figura 12. ⁽¹¹⁾



- Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).
- Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto.
- El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche ⁽¹¹⁾

⁽¹¹⁾Idem

CAPITULO 7:

VENTAJAS DEL SENO MATERNO



VENTAJAS DEL SENO MATERNO

Las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alargan hasta los 2 años y medio. La protección contra estas enfermedades se clasifica de la siguiente manera:

Enfermedades gastrointestinales: la leche materna que confiere protección contra patógenos específicos del intestino como rotavirus, G. lamblia, especies de Escherichia, Shigella y Chorea.

Enfermedades respiratorias: protege contra las infecciones de vías respiratorias altas principalmente la otitis media.

Otras infecciones: protege contra la enterocolitis necrosante en lactantes de pre término y contra la bacteremia y meningitis causada por H. influenza tipo B. ⁽⁷⁾

VENTAJAS PARA LA MADRE

- Favorece la involución uterina por acción de la Oxitócina, previniendo la hemorragia post parto. ⁽⁷⁾
- Ayuda a la recuperación de la figura corporal. Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que con períodos prolongados de Lactancia Materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia.
- Favorece el esparcimiento de las gestaciones si se lleva a cabo Lactancia Materna Exclusiva, a libre demanda (Día y Noche) y se mantiene en amenorrea. Si se cumplen estas condiciones la lactancia natural confiere más del 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio.
- Favorece la relación Madre-Hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.

(7)Idem

- Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- Desde el punto de vista psicológico se culmina el "Cielo Sexual", iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquía.
- No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado.

PARA EL NIÑO

- Superioridad Nutricional: Se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un adecuado crecimiento y desarrollo.⁽⁷⁾
- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central: Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos metabolitos el ácido araquidónico y docosa – hexanóico que intervienen directamente en el desarrollo del Sistema Central.
- Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- Ausencia de la agresión físico-química y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- Facilita el vínculo psicoafectivo Madre-Hijo.

(7)Idem

- Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
- En el niño alimentado al seno, se disminuye la incidencia de problemas de ortodoncia.
- Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
- Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.
- La Leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y moniliasis e interferón que protege contra infecciones por virus.
- Disminuye la incidencia de caries dental

VENTAJAS PRACTICAS Y FAMILIARES

- Es más económica. (La alimentación de un niño de 6 meses con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).⁽⁷⁾
- Está siempre lista, no requiere preparación.
- Está siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna.

(7)Idem

CAPITULO 8:

VALORACIÓN DEL RECIEN NACIDO



Inspección general:

Debe incluir una valoración completa del crecimiento y nutrición prenatales del niño con una valoración del grado de madurez alcanzada. Después de esto, debe procederse a un examen más sistemático de las regiones del organismo y de los diversos sistemas.⁽¹²⁾

La definición de normalidad comienza con las medidas corporales, relacionadas al peso, talla, circunferencia cefálica, circunferencia torácica y abdominal.

Postura

El recién nacido sano, cuando descansa en posición supina, suele adoptar una flexión parcial de brazos y piernas y tener la cabeza ligeramente vuelta hacia un lado.

Aún sin pañales, que las mantengan separadas, las articulaciones de la cadera están parcialmente en abducción.

Si se le vuelve a decúbito prono, la flexión de las extremidades se hace más marcada, de modo que las nalgas están elevadas y las rodillas sostienen, en gran parte, el peso de la porción inferior del cuerpo. La cabeza está vuelta hacia un lado.

El movimiento es más evidente en la cara y extremidades. Hay que observar si existe asimetría, movimientos no usuales o falta de movimientos.

Piel:

La inspección del niño bebe continuarse con la observación del color de la piel, con particular referencia a la palidez, cianosis, hemorragias, ictericia, erupciones o manchas de nacimiento.

(12)DUMONT THOMPSON, Eleanor., Manual de Enfermería Pediátrica 1y 2. Cuarta Edición, Interamericana, México D.F.

Pelo

Gran parte del pelo del cuero cabelludo presente en el nacimiento puede caer durante las primeras semanas de la vida.

Raras veces persiste el color exacto del cabello de las primeras semanas.

Cabeza: El tamaño y forma son valorados por inspección y palpación.

Las fontanelas:

Son zonas más amplias de tejido fibroso presentes en la unión de dos o más suturas. Las fontanelas anterior y posterior se hallan en cada extremo de la sutura sagital.

Las suturas coronarias se unen a la fontanela anterior y la fontanela posterior se une a las suturas lambdoidales.

Ojos

Son difíciles de examinar. El futuro color de los ojos no puede ser establecido al nacimiento, pues todos los niños tienen un iris azul grisáceo. Los movimientos no están completamente coordinados y, por tanto, es posible un estrabismo transitorio.

Raras veces hay lágrimas y una secreción ocular suele indicar cierto grado de irritación conjuntival o de bloqueo del conducto nasolagrimal. Las pequeñas hemorragias subconjuntivales desaparecen sin tratamiento.

Nariz:

La comprobación de la permeabilidad de ambas vías aéreas nasales debe formar parte del examen rutinario del recién nacido y de por sí corroborada inicialmente al momento del nacimiento por penetración de la sonda de aspiración. Puede verificarse posteriormente asegurándose que la boca esté cerrada y luego ocluyendo el orificio nasal de cada lado por turno.

(12)Idem

Boca

Debe observarse primero el desarrollo mandibular, con particular referencia a un hipodesarrollo o una gran asimetría.

La lengua, ver el tamaño y posición de la misma ya que la glosoptosis es una causa potencial de obstrucción de vías respiratorias.

El frenillo se inserta en la punta de la lengua y raramente interfiere el movimiento normal de la lengua.

El paladar, observar su integridad. A veces se observan en la mucosa del paladar unas pequeñas zonas blancogrisáceas a cada lado de la línea media, llamadas perlas de Epstein y constituyen un hallazgo normal.

Cuello

Es corto y difícil de examinar. El margen de movilidad es mayor que en la del adulto. Hay que observar la presencia de tumefacciones de las partes blandas (lesión del esternocleidomastoideo: torticollis congénita, quiste tirogloso, higroma quístico, etc.)

El tórax

Comenzar con una valoración general de su forma, tamaño, simetría y movimiento.

Pezones

Posición, forma, contorno, pezones accesorios.

Mamas

La ingurgitación mamaria puede presentarse lo mismo en los varones que en las hembras.⁽¹²⁾

Las costillas

En el recién nacido, son mantenidas mas horizontalmente, aumentando el diámetro antero posterior del tórax y limitando el movimiento de la caja torácica.

(12)Idem

El movimiento respiratorio puede ser observado y valorado mas fácilmente en la parte media superior del abdomen, por debajo de la apófisis xifoides del esternón. . La frecuencia varía considerablemente con la actividad, pero en reposo es del orden de los 40 ciclos por minuto. Cifras superiores a 60 por minuto deben ser consideradas anormales.

El latido de la punta del corazón suele ser difícil de localizar a la palpación. La frecuencia cardíaca es de unos 125 latidos por minuto, por término medio el primer día de vida, aceptándose como límites normales de 120 a 160 por minuto.

El abdomen

La inspección es muy importante para observar el grado de prominencia, comparando en particular, el segmento superior e inferior. La distensión de una parte superior es corriente después de las tomas.

El cordón

Observar el número de vasos (síndrome de arteria umbilical única). La retracción del mismo con desecación ocurre rápidamente después del nacimiento al ocluirse las arterias umbilicales, quedando los tejidos privados de su irrigación sanguínea. El desprendimiento del cordón suele producirse entre el 5° y 10° días.

(12)Idem.

Genitales

Es importante la identificación de la abertura uretral en ambos sexos. En los varones, las dos gónadas deben ser palpables y capaces de ser llevadas al escroto.

Miembros

Tras el examen de la parte anterior del tronco, deben ser examinados los miembros, prestando atención a las longitudes relativas de los segmentos superiores e inferiores y comparando ambos lados. Los dedos, de las manos y los pies deben ser contados y separados para descubrir la presencia de membranas. Hay que palpar los dedos para comprobar el número de falanges e inspeccionar las uñas.

Las palmas y las plantas, nos informará acerca del aspecto y la forma de los surcos (pliegue simiano).

Es necesaria la impresión de las plantas para poder ver con exactitud el tipo de dermatoglifos, indispensable en la identificación legal de los recién nacidos.⁽¹²⁾

La articulación de la cadera, hay que evaluar la amplitud de movimientos de cada articulación. Con el niño en decúbito supino, se estabiliza la pelvis con la mano izquierda mientras que la mano derecha mantiene el fémur izquierdo entre el pulgar y el índice, con el extremo de este último apoyado sobre el trocánter mayor. Con el fémur mantenido verticalmente, se aplica una presión hacia abajo y afuera, y luego el fémur es elevado hacia adelante, presionado hacia adentro conforme se reintegra al acetábulo.

Este movimiento puede ir acompañado de un resalte audible de tono grave. Los chasquidos de tono agudo sin la sensación de que la cabeza del fémur sale o se reintegra en el acetábulo carecen de significado. Una vez examinada la cadera izquierda, hay que invertir la posición de los manos y examinar la cadera derecha.

(12)Idem.

La espalda

Después que el niño ha sido colocado en posición prona, hay que proceder a la inspección y palpación minuciosa de la espalda, incluyendo las nalgas y el surco interglúteo.

Deslizado hacia abajo un dedo apoyado sobre las apófisis espinosas de las vértebras, a menudo es posible descubrir más fácilmente anomalías de la columna vertebral que por inspección visual. El examen del tórax es completado con la auscultación de los pulmones en el plano posterior.⁽¹²⁾

La postura

Una vez completado el examen anatómico, hay que prestar atención al aspecto de la postura y movimientos del niño, la cual puede ser usado como medio de valorar su conducta y funciones motrices.⁽¹²⁾

El tono muscular

Después de observar la postura del niño en posición supina y prona obsérvese particularmente el grado de actividad, el tipo de movimiento u toda simetría manifiesta; el tono muscular es valorado por movilización pasiva de los miembros.

Normalmente, se encuentra una mayor resistencia a la extensión como oposición a la flexión. En el niño maduro, cuando los brazos son extendidos y luego soltados, retornan a la posición de flexión. Tienen lugar movimientos similares cuando la pierna es extendida en posición supina. Se obtienen otras respuestas específicas cuando se aplica el estímulo apropiado. La respuesta puede ser suprimida si el niño está somnoliento o ha sido molestado y está llorando.

Se requiere habilidad y paciencia para efectuar estas pruebas e interpretar los resultados.

(12)Idem

Reflejos

El de prensión en ambas manos y pies se pone de manifiesto presionando suavemente con un dedo sobre la palma o la planta. A menudo, basta la fuerza de la prensión para permitir valorar la respuesta a la tracción, pero generalmente es más seguro hacerlo sosteniendo el niño por la muñeca y atrayéndole lentamente a la posición de sentado.

El niño flexiona los codos como si se propusiera ayudar el movimiento y puede intentar mantener la cabeza en línea con el tronco conforme es levantado.⁽¹²⁾

Movimiento de paso (marcha automática)

Cuando se mantiene erecto con los pies sobre una superficie sólida, un niño a término intenta enderezar el tronco y hacer movimientos de pasos con sus piernas.

Suspensión ventral.

Antes de dejar al niño echado, hay que examinar la posición que adopta cuando se le sostiene en suspensión ventral. La columna y los miembros están normalmente flexionados, pero puede haber una momentánea extensión del cuello.

Reflejo de moro:

Cuando se devuelve el niño a la cuna en posición supina, puede provocarse el reflejo de Moro por un movimiento súbito, como permitir que la cabeza caiga hacia atrás una breve distancia sin estar sostenida. La reacción normal es una súbita extensión y abducción de los miembros, seguida de una aducción y flexión más lentas a la posición de reposo.

(12)Idem

La respuesta del hociqueo:

Se provoca tocando la mejilla del niño, siendo reacción normal de un niño hambriento y activo volverse ávidamente hacia el lado estimulado en espera de encontrar el pezón o la tetina.

El reflejo cervical tónico:

La rotación pasiva de la cabeza hacia un lado se emplea para comprobar el reflejo cervical tónico en que se extienden los miembros del lado hacia el que se vuelve la cabeza. Este reflejo no siempre es fácil de provocar, pero puede observarse como ocurre espontáneamente cuando el niño vuelve la cabeza hacia un lado. ⁽¹²⁾

Los movimientos oculares:

Si los movimientos de los ojos son visibles, cuando el niño gira la cabeza puede observarse un movimiento de los ojos en dirección opuesta. Esto se ha llamado fenómeno del ojo de muñeca. ⁽¹²⁾

El reflejo glabellar:

Un ligero golpe en la raíz de la nariz produce un giro de los ojos.

(12)Idem.

El estado general se examina mediante la puntuación de **Apgar** ⁽¹³⁾

APGAR







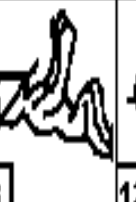

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	<100 puls/min	>100 puls/min
Respiración	Ausente	Lenta, irregular o gritos débiles	Llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de miembros	Movimientos activos
Respuesta a estímulos	Ausente	Muecas o pequeños movimientos	Movimientos y gritos
Color de piel	Azul o pálido	Cuerpo rosa y extremidades azules	Completamente rosado

De acuerdo al puntaje que se obtiene: ⁽¹³⁾

PUNTUACIÓN	ESTADO GENERAL Y TRATAMIENTO
0-3	Dificultad grave, requiere ventilación positiva, oxígeno 100% con intubación endotraqueal
4-6	Dificultad moderada, requiere en principio oxígeno al 100%
7-10	No hay dificultad, el niño no requiere tratamiento alguno.

(13) www.salud.gob.mx/unidades

EDAD GESTACIONAL

SOMATICO Y NEUROLOGICO	A	FORMA DEL PEZON.	Pezón- apenas visible. No se visualiza Areola.	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm.	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm.	Areola sobresaliente. 0.75 cm.		
			0	5	10	15		
	B	TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa.	Fina y Lisa.	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial.	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial.	Gruesa y Apergaminda	
			0	5	10	18	22	
			FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma.	Inicio engrosamiento del borde.	Engrosamiento Incompleto sobre mitad anterior.	Engrosada e incurvada totalmente.	
			0	5	10	24		
	K= 204 dias	TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro 0.5-1.0 cm.	Diámetro > 1.0 cm.		
		0	5	10	15			
	K= 200 dias	PLIEGUES PLANTARES.	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior.	Surcos sobre mitad anterior.	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior.	
		0	5	10	15	20		
	SIGNO: "DE LA BUFANDA"							
	0	6	12	18				
	SIGNO: "CABEZA EN GOTA".							
	0	4	8	12				

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL

MÉTODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Se utilizan:

Cinco datos somáticos:

- 1) Formación del pezón
- 2) Textura de la piel
- 3) Forma de la oreja
- 4) Tamaño del seno (mama)
- 5) Surcos plantares

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional. ⁽¹³⁾

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

(13)Idem

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pre término:

Todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- A término o maduro:

Cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

- Postérmino o posmaduro:

Si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.⁽¹³⁾

(13)Idem

VALORACION FISICO - NEUROLOGICA

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA						
	ANGULO DE LA MUÑECA						
	ANGULO DEL CODO						
	ANGULO POPLITEO						
	SIGNO DE LA BIFANDA						
	TALON OREJA						

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ FISICA	PIEL	GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE	LIGERAMENTE ROSADEA VENAS VISIBLES	DESCAMACION SUPERFICIAL POCOS VENAS	DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS	GRUESA RUGOSA
	LANUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LANUGO	MUY ESCASO	ESCALA DE MADUREZ
	PLIEGUES PLANTARES	NO HAY	MARCAS ROJAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO	PLIEGUES EN 1/3 ANT.	PLIEGUES EN TODALA PLANTA	CA LI PI CA CINCH
	MAMAS	LIGERAMENTE PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1-2 mm DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON	AREOLA COMPLETA 5-11 mm DE PEZON	5 26
	OIDO	APLANADO PERMANENTE DORLADO	BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUP. LENTA	BORDE CURVO SUAVE DE FACIL RECUPERACION	FORMADO FIRME RECUP. PERACION INS. TANTANA	CARTILAGO GRUESO FIRME	10 28 15 30 20 32
	GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCOS RUGO SIBARES	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGO SIBARES	TESTICULOS EN PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS	25 34 30 36 35 38
	GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MENORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES	LABIOS MAYORES MAS GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MENORES CUBIERTOS	40 40 45 42 50 44

FUENTE: BALLARD

(13) Idem

VALORACIÓN FÍSICO-NEUROLÓGICA

MÉTODO DE BALLARD PARA VALORACIÓN FÍSICO-NEUROLÓGICA

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- **Pretérmino o prematuro:** de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.

- **A término o maduro:** los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

- **Postérmino o posmaduro:** recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.⁽¹³⁾

(13)Idem

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

Siempre que tengamos un parto debemos comprobar que en la cuna esté todo el material necesario:

- ✓ laringo con pila para luz
- ✓ tubo endotraqueal de 2 a 4
- ✓ comprobar que la aspiración funciona correctamente
- ✓ comprobar también la toma de oxígeno
- ✓ ambú en condiciones perfectas, y mantenerlo conectado a la toma de oxígeno

Ligadura del cordón. Como norma, el cordón debe ser ligado al minuto de vida. Se debe cortar 4 cm por encima de la superficie del abdomen. Una vez ligado, se recubre con una gasa estéril pincelándolo con solución antiséptica, y no utilizar nunca yodo, porque puede dar un falso positivo en la prueba del hipotiroidismo. Al cabo de unos días presenta una necrosis y se desprende en el 4-10 día, aunque a veces ocurre después.

Cuidado de los ojos. Hay que evitar cualquier riesgo de infección. Para ello se debe utilizar colirio (aureomicina) previo lavado con suero fisiológico.

Profilaxis de enfermedad hemorrágica. El recién nacido pasadas las 12 primeras horas va a tener un déficit de los factores de coagulación que son vitamina k dependientes. Va a tener un tiempo de protrombina alargado, por lo que aumenta el riesgo de hemorragia. Hay que prevenirlo con la administración de 1 mg de vit k por vía parenteral o por vía oral (2 mg).

Examen clínico del recién nacido al nacer. Debemos observar la integridad física y valorar el estado general del niño. Para ello lo que tenemos que hacer es el test de APGAR.

(12a) Programa de atención a la mujer, Area 9 Año 1999, Insalud.

CAPITULO 9:

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE



HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

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 autocuidado de la salud.

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. ⁽¹⁴⁾

Lactancia materna

Las tareas a favor de la lactancia materna consisten en 10 pasos vigentes a nivel mundial:

1. Normas y procedimientos.
2. Capacitación.
3. Información a embarazadas.
4. Inicio temprano de lactancia.
5. Enseñar cómo amamantar.
6. No utilizar fórmulas lácteas.
7. Alojamiento conjunto en el hospital.
8. Alimentación a libre demanda.
9. Eliminar chupones y biberones.
10. Grupos de apoyo.

(14)<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/marzo2000/ProgramaHospitalAmigo.html>

Las siguientes 15 actividades han sido adicionadas por nuestra nación en cuatro áreas:

Atención médica

11. Control prenatal.
12. Atención institucional del parto.
13. Atención del puerperio.
14. Reanimación del recién nacido.

Acciones preventivas

15. Tamiz neonatal.
16. Vacunación universal.
17. Vigilancia del crecimiento y del desarrollo.
18. Detección de cánceres cérvico-uterino y mamarios.
19. Atención integral al adolescente.

Acciones educativas y de promoción

20. Orientación nutricional.
21. Prevención y control de infecciones diarreicas agudas.
22. Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.
23. Promoción de planificación familiar.
24. Capacitación en programas.

Investigación y sistematización

25. Comités para el estudio de mortalidad materna y perinatal. Algunos resultados impactantes observados a partir de esta estrategia se relacionan con el decremento en gastos hospitalarios por el menor consumo de leche, la optimización de áreas y de personal en las unidades médicas y la considerable reducción de la cantidad de enfermedades diarreicas, alérgicas y respiratorias, así como el reforzamiento de un vínculo materno-infantil permanente y de una constante como es el trabajo en equipo.

(14)Idem

CAPITULO 10:

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN



Arranque parejo en la vida es...

- ▶ Un programa de salud que brinda servicios de calidad a las mujeres durante todo su embarazo, parto y puerperio.
- ▶ Atiende a los recién nacidos desde su nacimiento hasta los dos años de edad.
- ▶ Previene la discapacidad y limita el daño.
- ▶ Integra en sus estrategias a los diferentes órdenes y niveles de gobierno y a los diversos actores de la sociedad civil.

Filosofía



"Un recién nacido, es un proyecto de vida"

- ▶ En el Estado de México se dice Sí a la Mujer
- ▶ En el Estado de México se da prioridad de atención a la Mujer embarazada y al recién nacido.
- ▶ En el Estado de México se debe lograr el RECHAZO CERO para toda mujer embarazada y recién nacido que soliciten atención médica en las unidades de la SSA.

- ▶ En el Estado de México se atiende a la mujer embarazada y al recién nacido con calidad y sentido humano.
- ▶ En el Estado México se previenen las discapacidades.

MISIÓN

Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

VISIÓN

Mujeres que con su pareja toman decisiones responsables y disfrutan el derecho a tener una maternidad saludable, niñas y niños sanos y bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud.

Arranque Parejo en la Vida...
es...

Un Movimiento Social por que...

- ▶ Convoca a todas las instituciones del Sector Salud.
- ▶ Involucra en la planeación y operación a todas las áreas de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud.
- ▶ Integra de manera directa en su ejecución a los líderes y promotores comunitarios.
- ▶ Promueve las acciones de la sociedad civil en apoyo a la operación del programa.

Principales características

▶ Participación comunitaria: Involucra en las tareas por la salud de las mujeres y de las niñas y niños

- A las comunidades
- Organizaciones civiles y diferentes órdenes y niveles de gobierno

▶ Desarrollo humano

- Sensibiliza a los médicos, enfermeras y demás participantes de los equipos de salud de la importancia y prioridad de la atención perinatal
- Les aporta elementos para su desarrollo dentro de la organización

▶ Prevención de la discapacidad: Establece estrategias para lograrlo...

- Administración de ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil
- Realización de las pruebas de tamiz neonatal
- Instalación de Servicios Integrales para la Atención de la Discapacidad

(15)Idem

Un arranque parejo en la vida con...

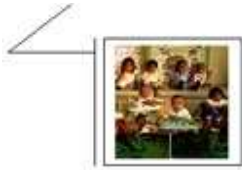
Cuatro componentes sustantivos

1. Embarazo saludable



2. Parto y puerperio seguro

3. Recién nacido sano



4. Niñas y niños bien desarrollados

(15)Idem

Cuatro componentes estratégicos



1. Desarrollo humano

2. Participación comunitaria y red social activa



3. Monitoreo y evaluación

4. Fortalecimiento la estructura de los servicios



(15)Idem

CAPACITACIÓN COMUNITARIA

Embarazo Saludable

Para lograr un embarazo saludable es importante que sigas las siguientes recomendaciones:

- ▶ Acudir a tus consultas.
- ▶ Alimentarte adecuadamente y evitar el consumo de refrescos, tabaco, alcohol y drogas.
- ▶ Checar que te apliquen la vacuna contra el tétanos y difteria.
- ▶ Tomar ácido fólico, hierro, vitaminas o suplemento.

Durante tu embarazo tienes derecho a:

1. Ser atendida desde el inicio y hasta el fin de tu embarazo por personal de salud o parteras capacitadas:

- ▶ Elaboración de un expediente clínico.
- ▶ Checar tu peso y presión arterial.
- ▶ Medir el crecimiento de tu vientre.
- ▶ Checar la posición, los latidos del corazón y los movimientos de tu bebé en cada consulta.

2. Que se te hagan las medidas preventivas para que tu bebé nazca sano:

- ▶ Exámenes de sangre y orina.
- ▶ Que te apliquen la vacuna contra el tétanos y la difteria.
- ▶ Tomar hierro y vitaminas durante todo tu embarazo.
- ▶ Tomar ácido fólico tres meses antes y los tres primeros meses, para prevenir defectos en el cerebro y la columna vertebral de tu bebé.

(15)Idem

3. Que te informen sobre:

- ▶ El desarrollo de tu embarazo.
- ▶ Los beneficios de la lactancia materna.
- ▶ Cómo mejorar tus hábitos de higiene, alimentación y descanso.
- ▶ Los métodos anticonceptivos que se pueden utilizar después del parto.

Para tener un parto gratuito en las unidades del ISEM, debe cumplir los siguientes requisitos:

- ▶ Acudir como mínimo a 5 consultas prenatales; la primera consulta debe ser dentro de los 3 primeros meses, la segunda entre los meses 4 y 5, la tercera entre 6 y 7, la cuarta en el octavo mes y la quinta consulta en el noveno.
- ▶ Acudir a sesiones educativas sobre lactancia materna, planificación familiar, prevención de cáncer cervicouterino y mamario, nutrición y cuidados de recién nacido.
- ▶ Contar con el carnet perinatal y el registro de tus consultas. Este carnet contiene información indispensable para tu salud y la de tu hijo. Llévalo contigo y entrégalo al equipo de salud toda vez que requieras una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de tu hijo.

(15)Idem

Así mismo, tanto las consultas, como el medicamento que se les proporciona en los Centros de Salud y Hospitales Generales y los exámenes de laboratorio solicitados, son totalmente gratuitos durante esta etapa, además de recibir orientación sobre los cuidados que deben de tener en el estado en que se encuentran.

Es importante subrayar que si se llegan a presentar algunos de estos síntomas, acudan de inmediato con su médico para evitar complicaciones futuras:

- ▶ Si tienes dolores de parto en cualquier mes del embarazo.
- ▶ Si te duele la cabeza, te zumban los oídos, tienes vista borrosa o ves luces.
- ▶ Si tienes sangrados o dolor en el vientre.

Si no sientes el movimiento de tu bebé.

- ▶ Si tienes hinchazón en pies, manos y cara.
- ▶ Si tienes dolor en el abdomen.
- ▶ Si se te rompe la fuente o sufres algún accidente.
- ▶ Si tienes calentura o fiebre.
- ▶ Si tienes molestias o ardor al orinar.

Recuerda:

- ▶ Alimenta exclusivamente a tu bebé con leche materna cada vez que lo pida.
- ▶ Verifica que le hayan aplicado al nacer las vacunas BCG, Sabin y realizado la prueba del tamiz neonatal.
- ▶ Llévalo a consulta médica a los 7 y 28 días.

(15)Idem

Recién nacido sano

Dentro de las acciones que se deben realizar en este componente se encuentran:

- ▶ Valorar al recién nacido, de ser necesario dar reanimación neonatal avanzada;
- ▶ Aplicar vitamina "K" y profilaxis oftálmica;
- ▶ Realizar pruebas para detectar defectos al nacimiento (tamiz neonatal):
- ▶ Vacunar contra la poliomielitis y tuberculosis, e iniciar ejercicios de estimulación temprana.

Realizar pruebas para detectar defectos al nacimiento (tamiz neonatal):

¿Qué es el Tamiz Neonatal?

Es una técnica para descubrir a aquellos recién nacidos aparentemente sanos, antes de que manifiesten una enfermedad que con el tiempo puede ocasionar al niño ¡consecuencias devastadoras e irreversibles!

¿En qué consiste la Prueba?

Consiste en tomar unas gotitas de sangre del cordón umbilical del niño al nacer o de su talón y colectadas en un papel filtro (Tarjeta de Guthrie), si el resultado fuera positivo, tendrán que realizarse exámenes confirmatorios.



(15)Idem

¿Qué Enfermedades puede Diagnosticar?

Puede diagnosticar Hipotiroidismo Congénito, que cursa con RETRASO MENTAL IRREVERSIBLE:

- ▶ El desarrollo mental del niño es lento
- ▶ Es un bebé con poca movilidad
- ▶ Es un niño somnoliento.
- ▶ El crecimiento es lento.
- ▶ Presenta las siguientes características:

1. Macroglosia (lengua grande),
2. Edema de párpados (ojos hinchados),
3. La cara es redonda,
4. Fontanelas separadas (molleras abiertas)
5. Llanto ronco,
6. Puede haber arrugas en la frente y en general llama la atención la piel gruesa, seca y amarillenta,
7. Estreñimiento.

La única forma de hacer el diagnóstico temprano es a través del Tamiz Neonatal y posteriormente la determinación de los niveles de T4 y T3 (perfil tiroideo). A través de un examen de sangre.

¿A quiénes se les debe realizar?

Es obligatorio someter a tamiz para la detección de hipotiroidismo congénito a todo recién nacido entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida (punción en talón). La muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través del cordón umbilical.

En México existe una frecuencia de hipotiroidismo congénito de 1 en 2,629 recién nacidos.

(15)Idem

**Formulario de evaluación del servicio de salud para la Iniciativa
Conjunta
"Hospital Amigo de la Madre y el Niño"**

1. ¿Tiene la institución una política escrita de protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna, que incluya los *Diez pasos para una lactancia materna exitosa*?

Sí No

2. ¿Esta política escrita es exhibida y está disponible al personal en todos los turnos y en todas las áreas de atención de niños, madres y bebés?

Sí No

3. ¿Existe un mecanismo para evaluar la eficacia de esta política escrita?

Sí No

4. ¿Todo el personal de la institución que trabaja en las unidades de atención de la madre y el niño, recibe capacitación en Lactancia Materna dentro de los primeros seis meses de haber comenzado a trabajar?

Sí No

5. ¿Se repite la capacitación en Lactancia Materna cada seis meses para el personal en contacto con madres y bebés?

Sí No

6. ¿Se interroga a la paciente acerca de su decisión de amamantar, y las causas de la misma, registrándose en su historia clínica?

Sí No

7. ¿Se informa a las embarazadas sobre los beneficios de la Lactancia Materna y los cuidados necesarios en los consultorios externos de control prenatal propio de la institución y/o servicios periféricos que trabajen en relación a la misma?

Sí No

8. ¿Se efectúa la revisión de pezones, indicando el tratamiento de corrección si fuera necesario, registrándolo en la historia clínica de la paciente?

Sí No

9. ¿Se informa y capacita a las pacientes sobre el cuidado de pezones durante el embarazo y pre-parto?

Sí No

10. ¿Se presta especial atención y apoyo a las madres que nunca han amamantado?

Sí No

11. ¿El personal ofrece ayuda a la madre para el amamantamiento durante la primera hora?

Sí No

12. A las madres con parto normal, ¿se les entrega su bebé inmediatamente después del parto, promoviendo el contacto piel a piel?

Sí No

13. ¿Se reúnen nuevamente madre y bebé, inmediatamente después de las prácticas médicas y/o de enfermería imprescindible?

Sí No

14. ¿Se ayuda a las madres a colocar los bebés correctamente al pecho?

Sí No

15. ¿Se asesora a las madres sobre cómo extraerse leche en forma manual y se verifica la maniobra?

Sí No

16. ¿Se evita el uso de chupete en los recién nacidos y se informa a las madres sobre la inconveniencia del empleo de biberón o chupete?

Sí No

17. ¿El hospital brindará información a miembros claves de la familia para que así ésta pueda apoyar a las madres lactantes en el hogar?

Sí No

18. Las madres lactantes, ¿son referidas a grupos cuando estos existen?

Sí No

19. ¿Dispone el hospital de un sistema de seguimiento para apoyar a las madres luego de su salida, como controles tempranos posnatales o controles de la lactancia en una clínica, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas u otro?

Sí No

20. ¿Se requiere indicación médica escrita para la administración de algún otro alimento o bebida (suero glucosado, fórmula láctea) diferente de leche materna?

Sí No

PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UN HOSPITAL COMO AMIGO DE LA MADRE Y EL NIÑO

1. El hospital recaba información sobre la Iniciativa.
2. Realiza la Autoevaluación con Jefes de Servicios y personal con buen conocimiento del funcionamiento institucional.
3. El hospital puede solicitar al Programa Materno Infantil la concurrencia del Equipo de Salud Perinatal para completar la evaluación y elaborar un informe donde se sugerirán los cambios a realizar, si los hubiere.
4. Si el 80% o más de las respuestas son afirmativas, y por lo menos el 75% de los recién nacidos se van de alta con Lactancia Materna Exclusiva, se podrá solicitar la Evaluación Externa (previo cumplimiento de los puntos siguientes). Si no se alcanzan los porcentajes mínimos se deberán replantear las prácticas institucionales respecto de la lactancia materna.
5. Elaborar la Política Institucional de Lactancia, la cual puede redactarse basándose en las preguntas de la Autoevaluación.

Graficas

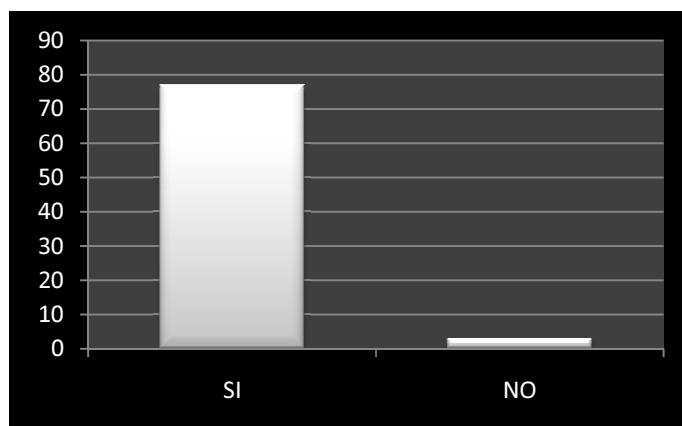
Personal

Hospitalario

GRAFICAS

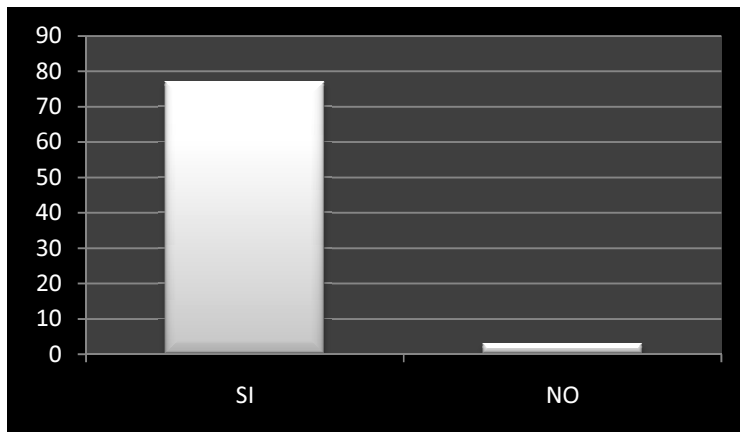
¿Tiene la institución una política escrita de protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna, que incluya los Diez pasos?

SI 77 NO 3



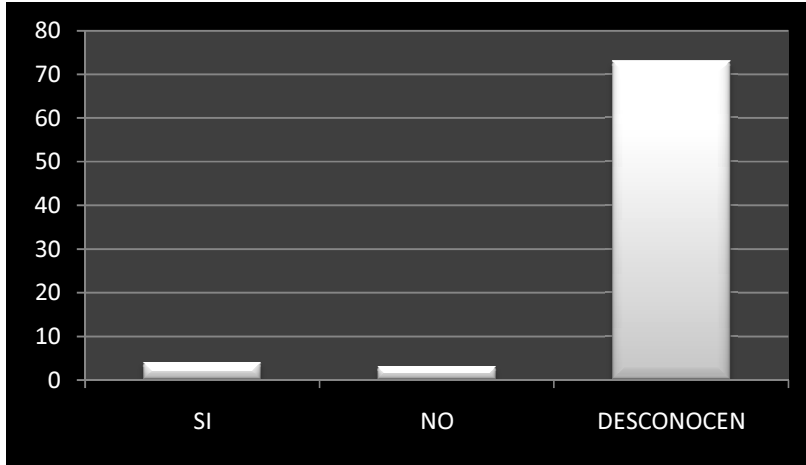
¿Esta política escrita es exhibida y está disponible al personal en todos los turnos y en todas las áreas de atención de niños, madres y bebés?

SI 77 NO 3



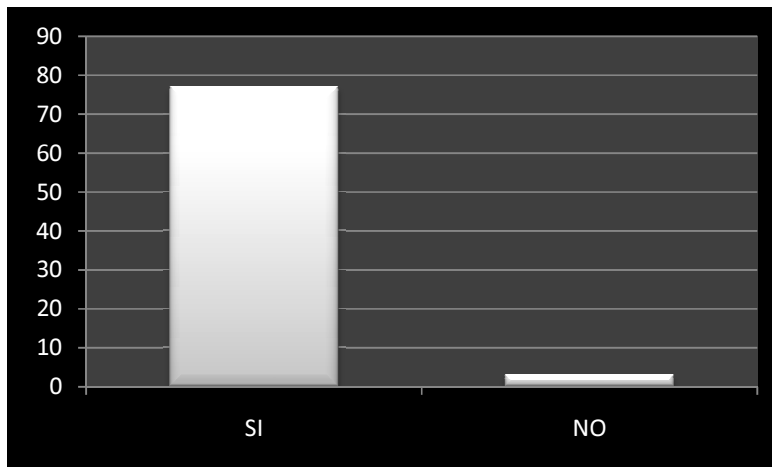
¿Existe un mecanismo para evaluar la eficacia de esta política escrita?

SI 4 NO 3 DESCONOCE 73

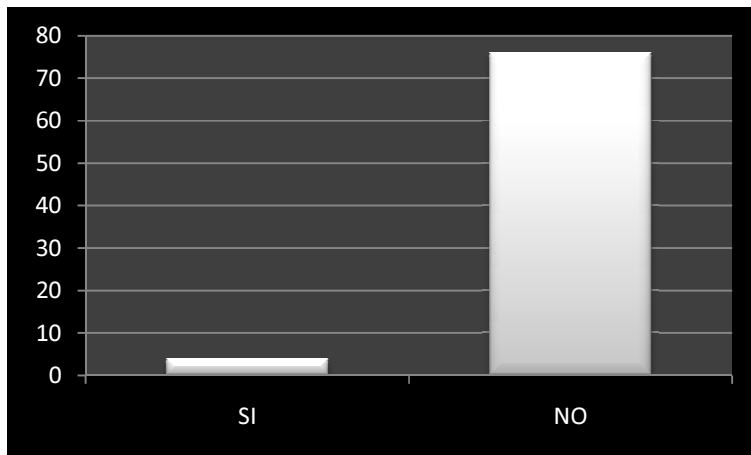


¿Todo el personal de la institución que trabaja en las unidades de atención de la madre y el niño, recibe capacitación en Lactancia Materna dentro de los primeros seis meses de haber comenzado a trabajar?

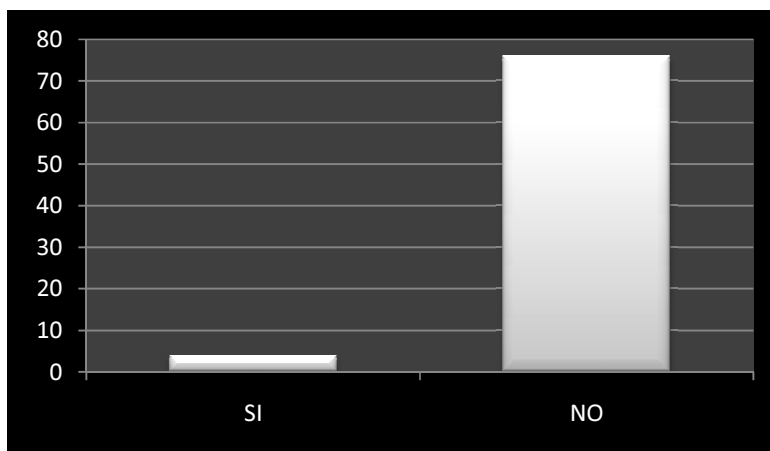
SI 77 NO 3



¿Se repite la capacitación en Lactancia Materna cada seis meses para el personal en contacto con madres y bebés? **SI 4 NO 76**

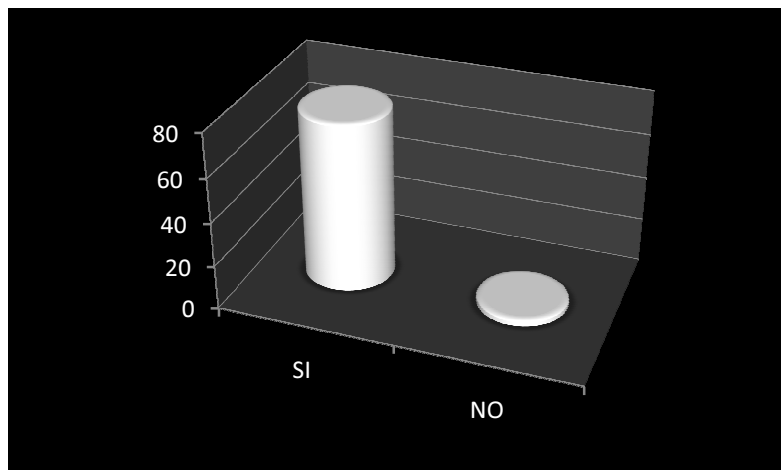


¿Se interroga a la paciente acerca de su decisión de amamantar, y las causas de la misma, registrándose en su historia clínica? **SI 4 NO 76**

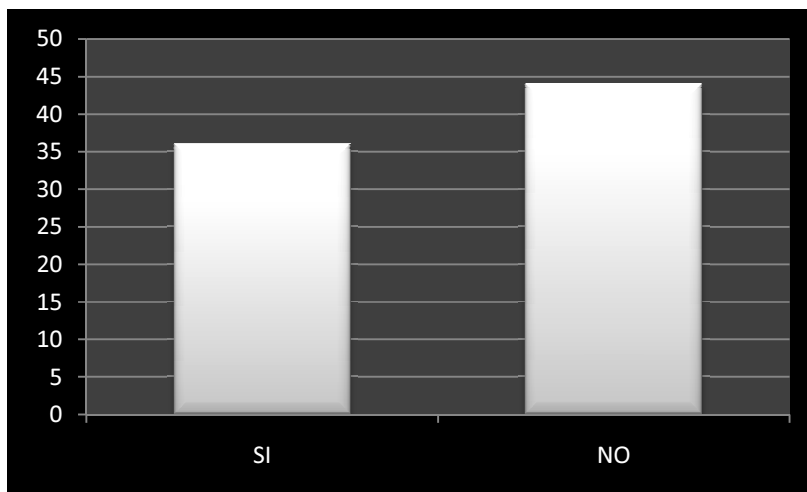


¿Se informa a las embarazadas sobre los beneficios de la Lactancia Materna y los cuidados necesarios en los consultorios externos de control prenatal propio de la institución y/o servicios periféricos que trabajen en relación a la misma?

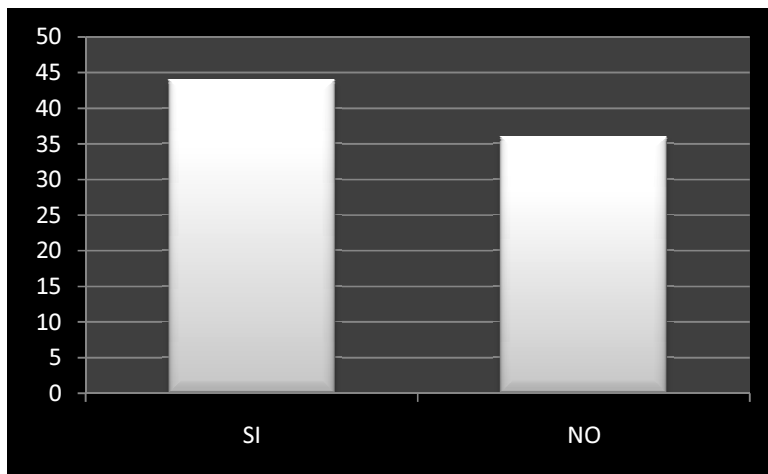
SI 77 NO 3



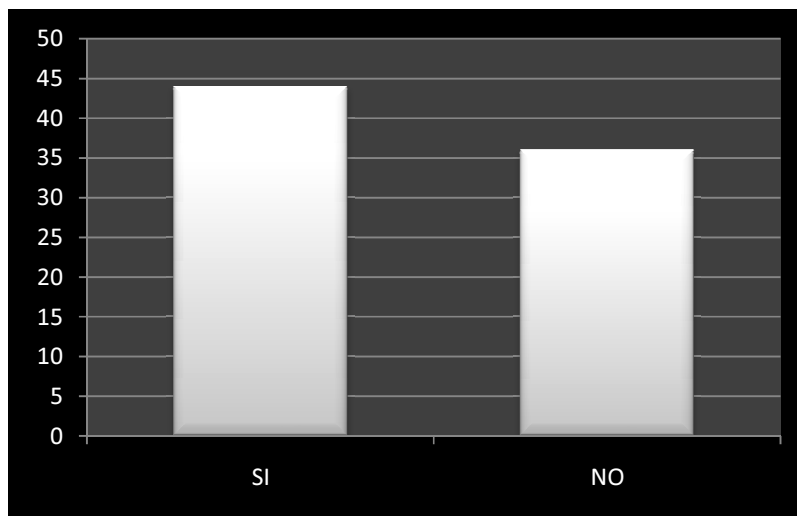
¿Se efectúa la revisión de pezones, indicando el tratamiento de corrección si fuera necesario, registrándolo en la historia clínica de la paciente? **SI 36 NO 44**



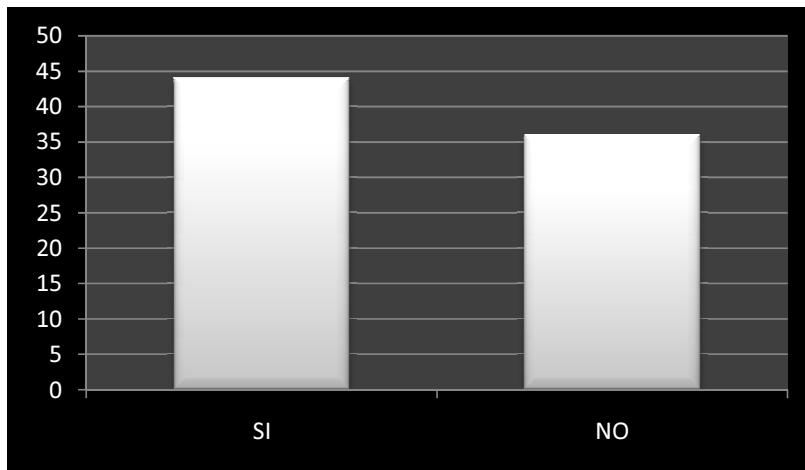
¿Se informa y capacita a las pacientes sobre el cuidado de pezones durante el embarazo y pre-parto? **SI 44 NO 36**



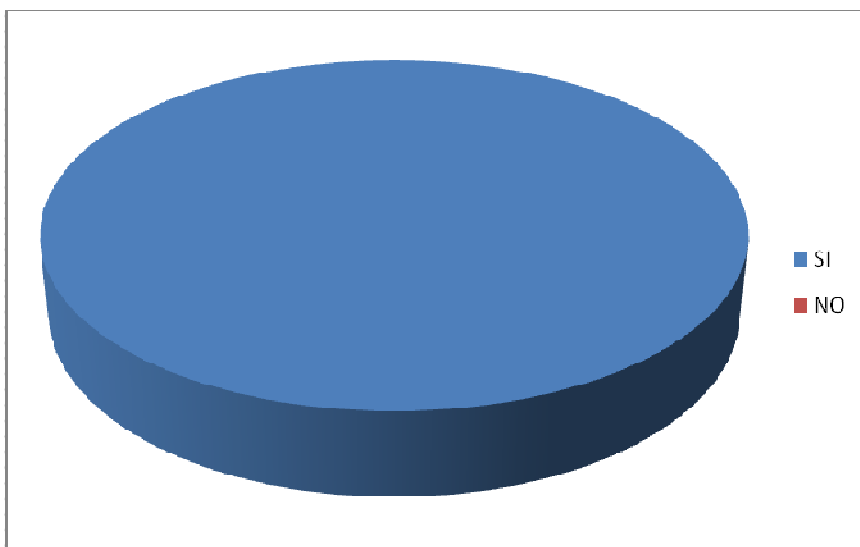
¿Se presta especial atención y apoyo a las madres que nunca han amamantado? **SI 44 NO 36**



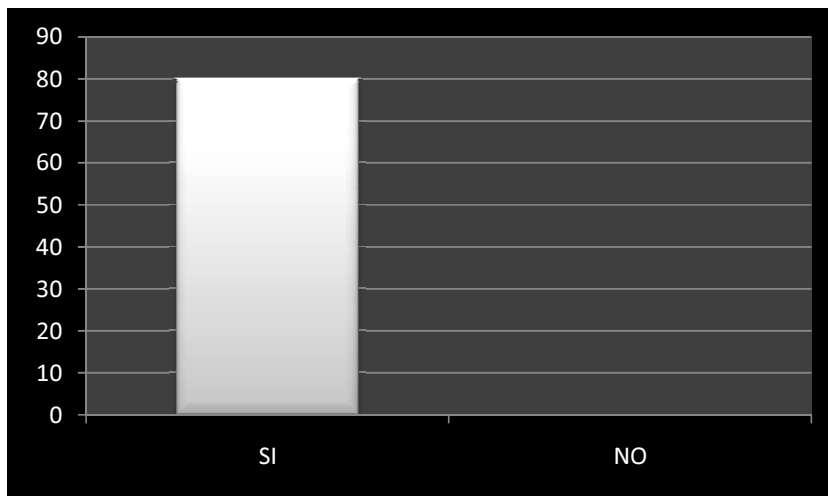
¿El personal ofrece ayuda a la madre para el amamantamiento durante la primera hora? **SI 44 NO 36**



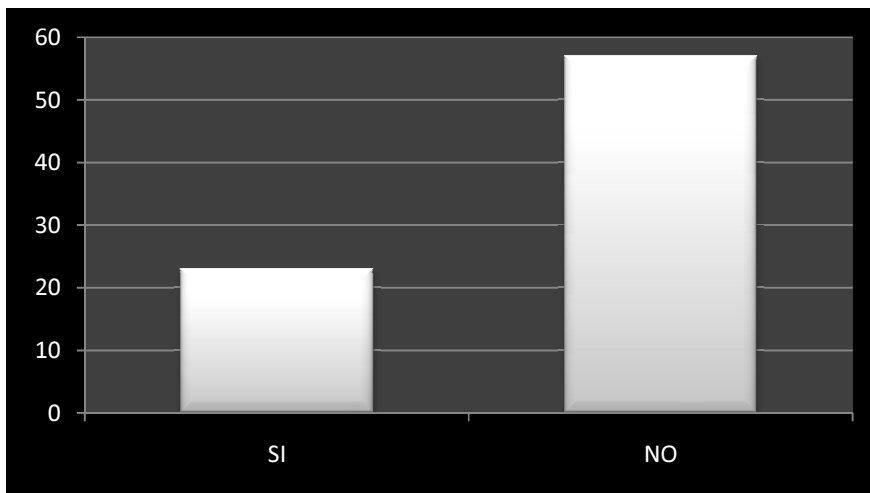
A las madres con parto normal, ¿se les entrega su bebé inmediatamente después del parto, promoviendo el contacto piel a piel? **SI 80 NO 0**



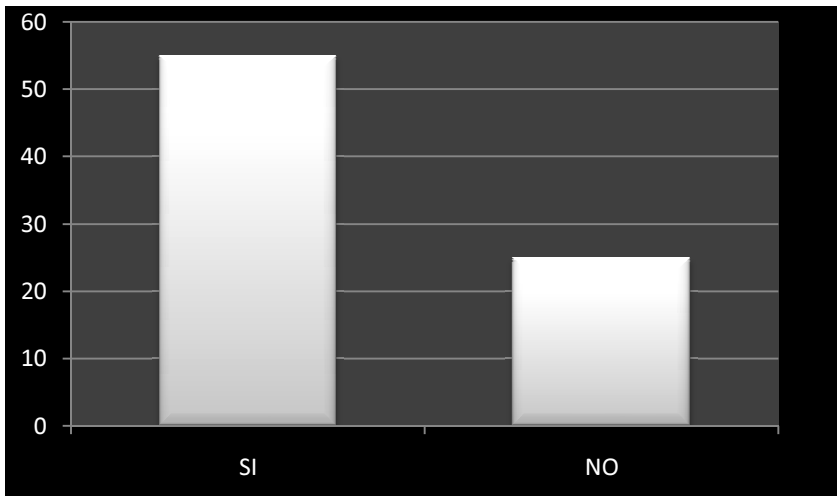
¿Se reúnen nuevamente madre y bebé, inmediatamente después de las prácticas médicas y/o de enfermería imprescindible? **SI 80 NO 0**



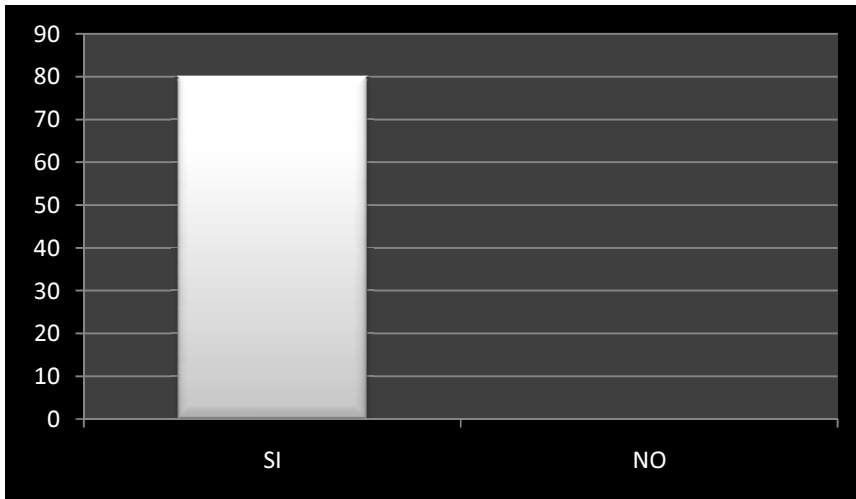
¿Se ayuda a las madres a colocar los bebés correctamente al pecho? **SI 23 NO 57**



¿Se asesora a las madres sobre cómo extraerse leche en forma manual y se verifica la maniobra? **SI 55** **NO 25**

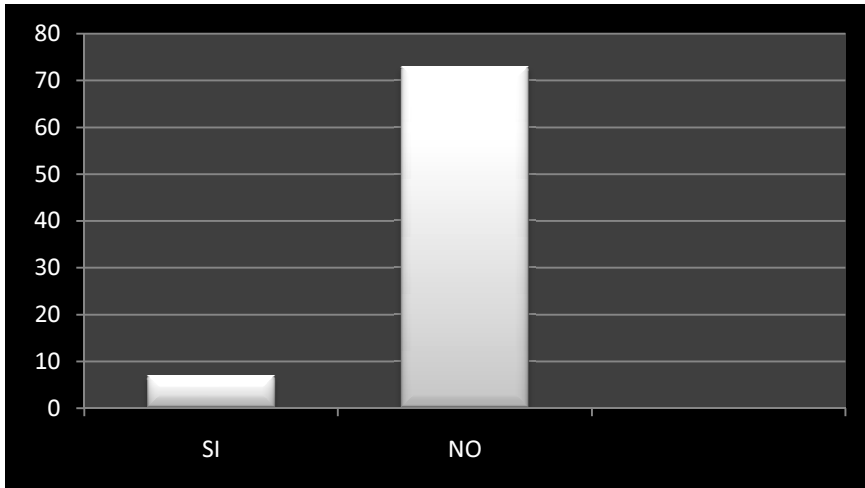


¿Se evita el uso de chupete en los recién nacidos y se informa a las madres sobre la inconveniencia del empleo de biberón o chupete? **SI 80** **NO 0**



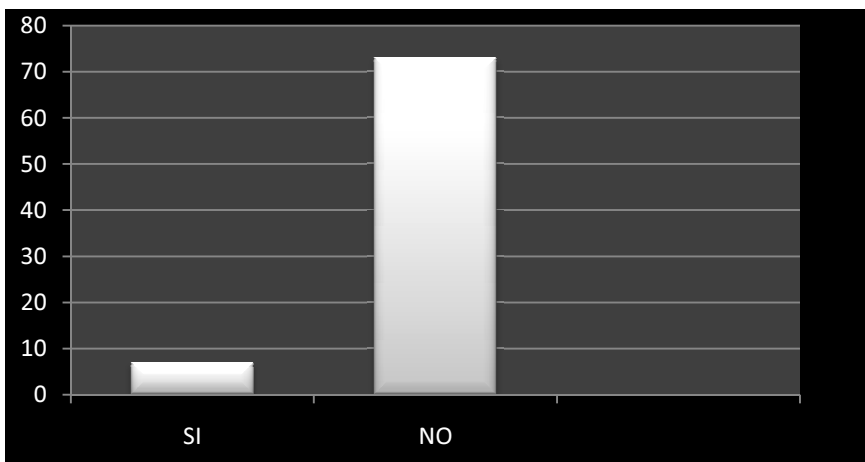
¿El hospital brindará información a miembros claves de la familia para que así ésta pueda apoyar a las madres lactantes en el hogar?

SI 7 NO 73

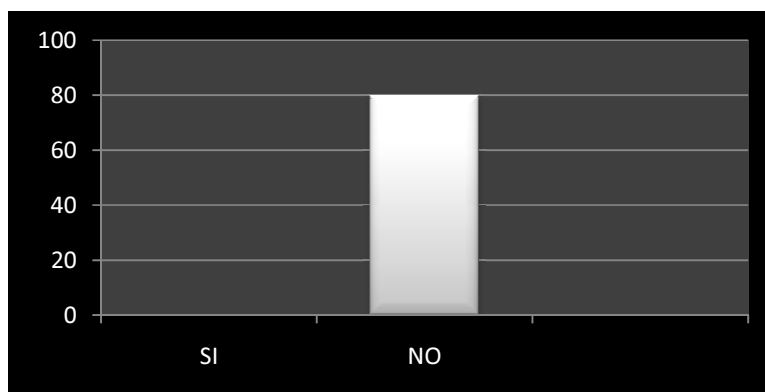


Las madres lactantes, ¿son referidas a grupos cuando estos existen?

SI 7 NO 73

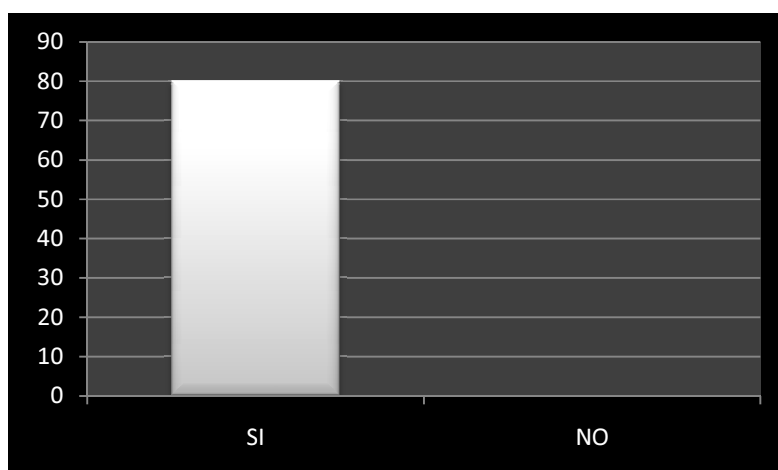


¿Dispone el hospital de un sistema de seguimiento para apoyar a las madres luego de su salida, como controles tempranos posnatales o controles de la lactancia en una clínica, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas u otro? **SI 0** **NO 80**



¿Se requiere indicación médica escrita para la administración de algún otro alimento o bebida (suero glucosado, fórmula láctea) diferente de leche materna?

SI 80 **NO 0**



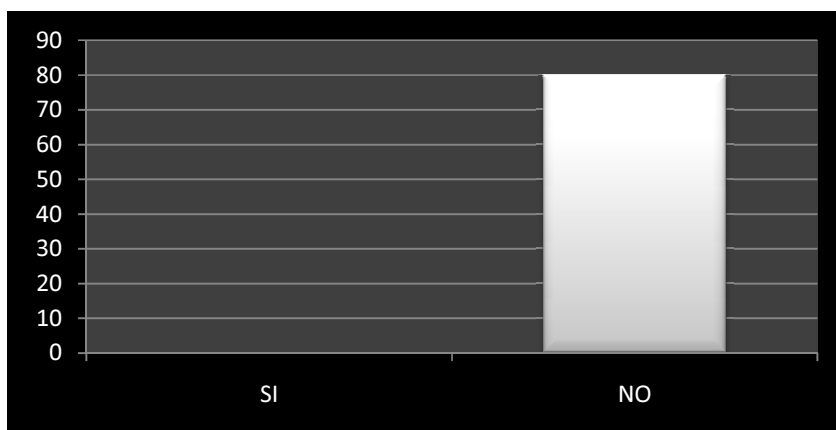
Graficas

Pacientes

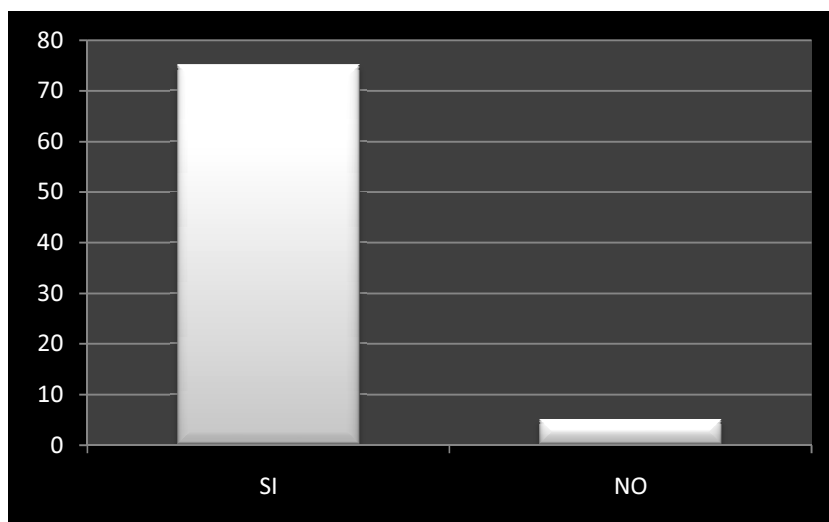
GRAFICAS

¿Se le interroga acerca de su decisión de amamantar, y las causas de la misma?

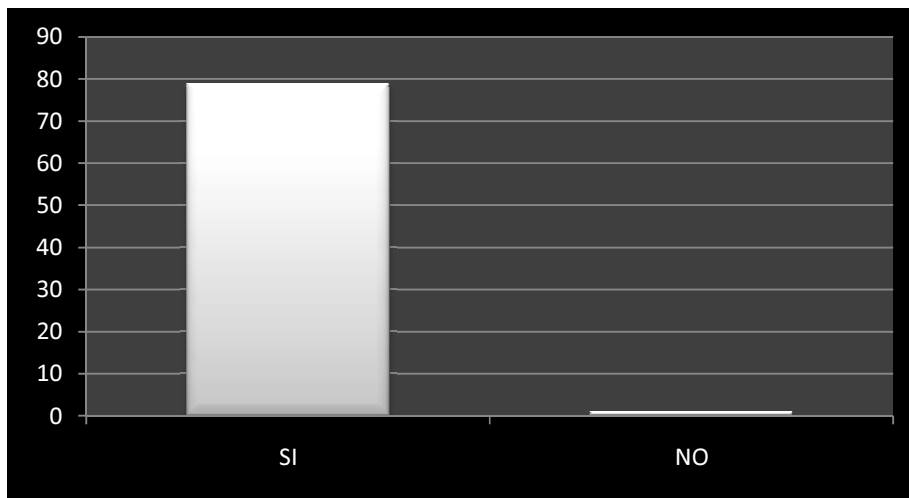
SI 4 NO 76



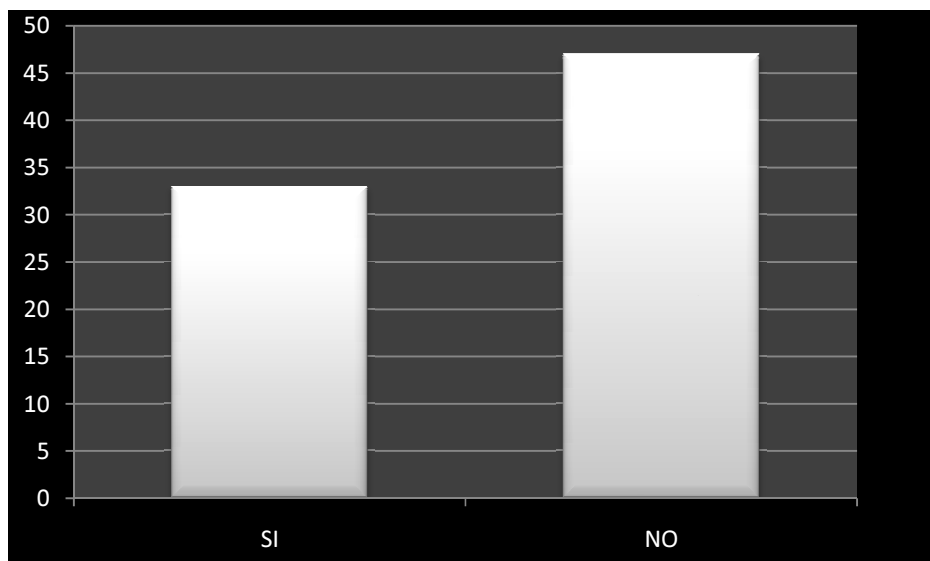
¿Se le informó durante el tiempo de gestación sobre los beneficios de la Lactancia Materna y los cuidados necesarios en los consultorios externos de control prenatal propio de la institución? **SI 75 NO 5**



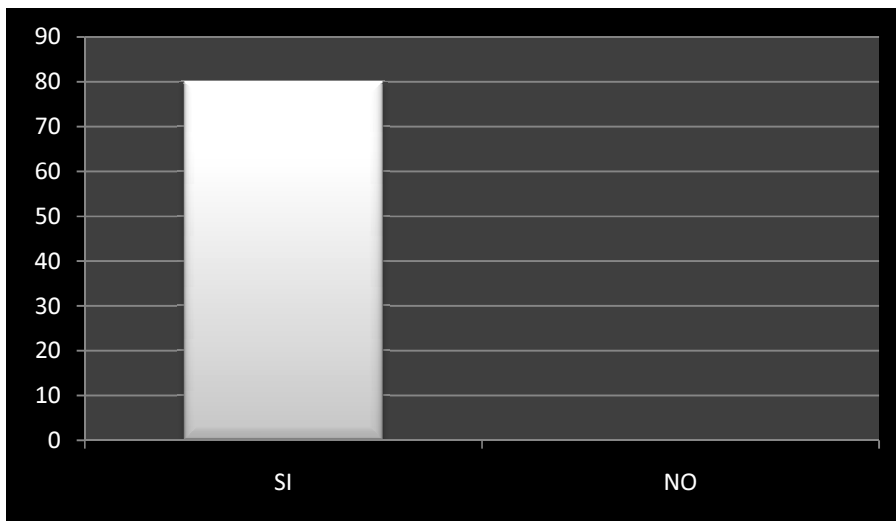
¿Se le realizó la revisión de pezones durante la gestación, indicando el tratamiento de corrección si fuera necesario? **SI 79** **NO 1**



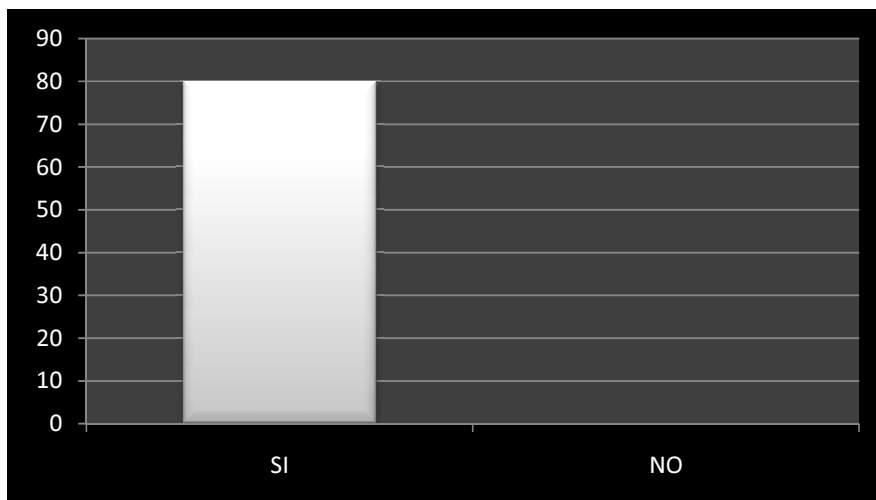
¿El personal le ofrece ayuda a la madre para el amamantamiento durante la primera hora? **SI 33** **NO 47**



¿Se les entrega su bebé inmediatamente después del parto, promoviendo el contacto piel a piel? **SI 80 NO 0**



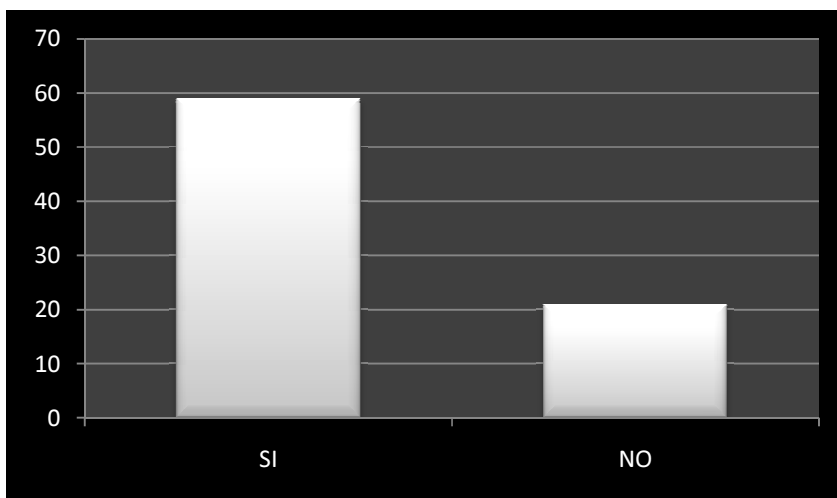
¿Se le reúne nuevamente con su bebé, inmediatamente después de las prácticas médicas y/o de enfermería imprescindible? **SI 80 NO 0**



¿Se le ayuda a colocar los bebés correctamente al pecho?

SI 59

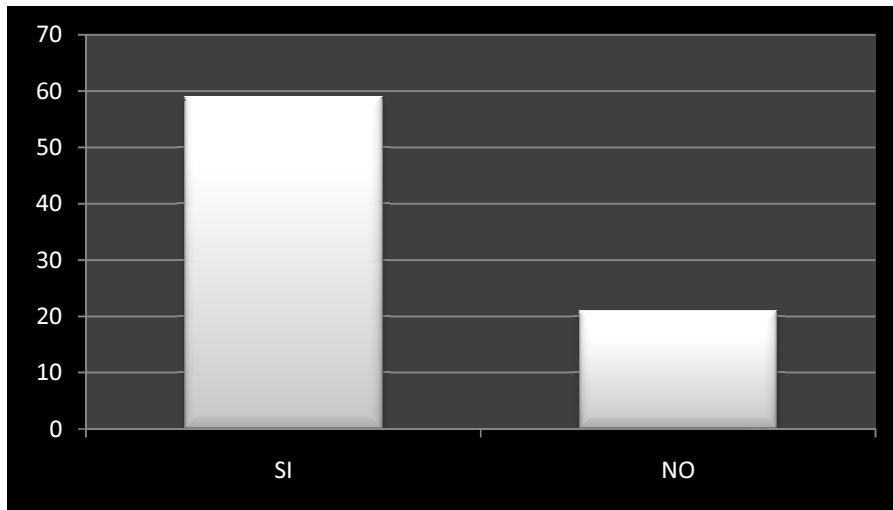
NO 21



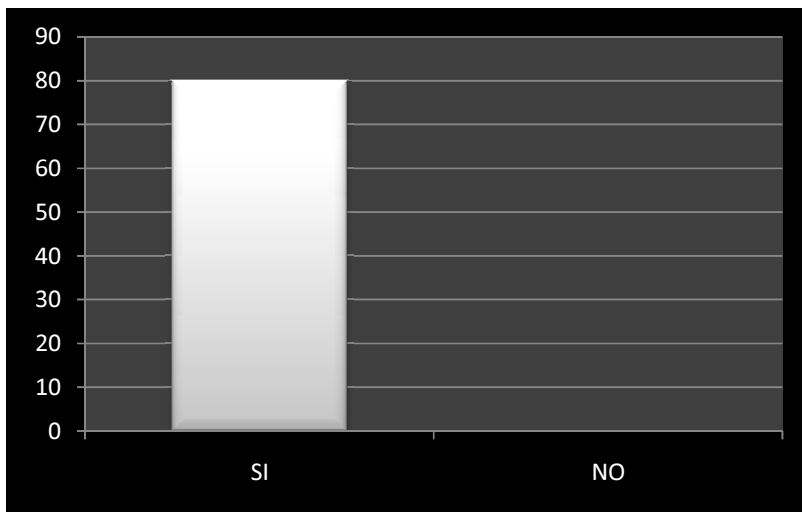
¿Se le asesoró sobre cómo extraerse leche en forma manual y se verificó que se realizara la maniobra por el personal?

SI 59

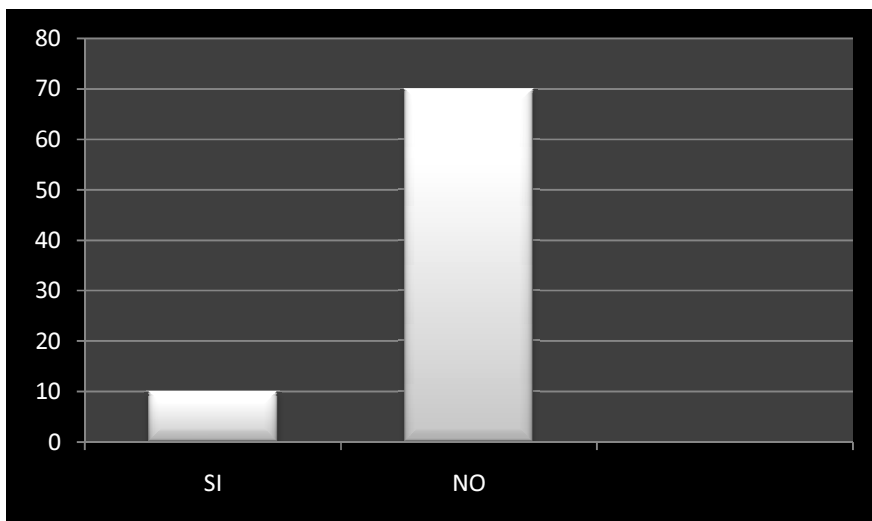
NO 21



¿Se evitó el uso de chupete en su recién nacido y se informó sobre la inconveniencia del empleo de biberón o chupete? **SI 80** **NO 0**

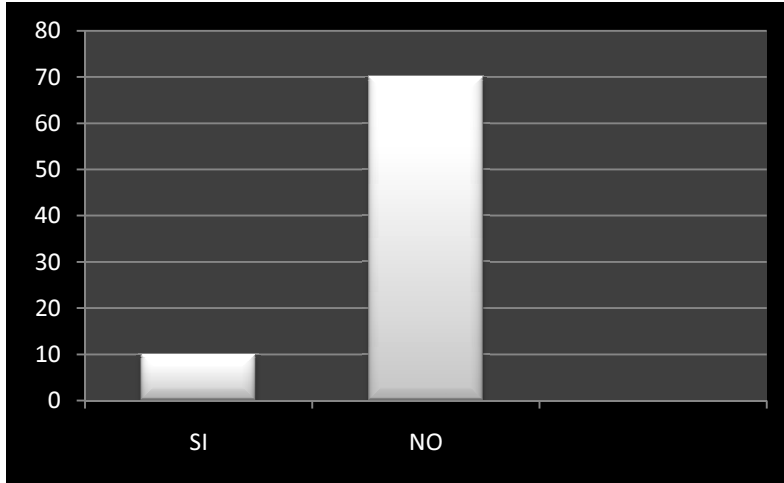


¿El hospital brinda información a miembros claves de la familia para que así ésta pueda apoyarla en el hogar? **SI 10** **NO 70**



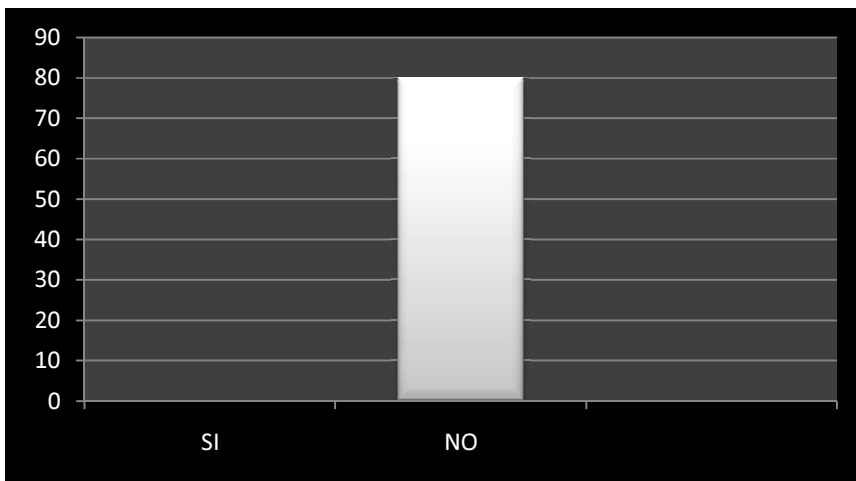
¿Fue referida a algún grupo de ayuda para una lactancia exitosa a su egreso?

SI 7 NO 73



¿Dispone el hospital de un sistema de seguimiento para apoyar a las madres luego de su salida, como controles tempranos posnatales o controles de la lactancia en una clínica, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas u otro?

SI 0 NO 80



CONCLUSIONES

La leche materna ofrece más beneficios para la salud que la de fórmula, reduciendo la incidencia de infecciones de oído, estómago o intestinos, problemas digestivos, enfermedades cutáneas y alergias.

La participación de enfermería en el programa hospital amigo del niño y de la madre tiene un papel muy importante ya que de este personal depende el verdadero fomento y promoción de la lactancia materna.

Durante la estancia en el hospital no se utilizaron biberones para la alimentación del recién nacido, se dio a conocer la técnica de alimentación por seno materno a mujeres primigestas de 15 a 25 años en el Servicio de Ginecología, al mismo tiempo se les explicó los principales beneficios de preparación y costo que brinda la alimentación por seno materno. Mencionándoles los hábitos higiénicos dietéticos que permiten una adecuada alimentación por seno materno.

Se sugiere un sistema de seguimiento para apoyar a las madres luego de su salida del hospital como controles posnatales, visitas domiciliarias, grupos de apoyo y llamadas telefónicas con el fin de llevar la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido.

CONCLUSIONES DE GRAFICAS

Tomando en cuenta el proceso de acreditación de un hospital como amigo de la madre y el niño y gracias al formulario de evaluación del servicio de salud para la iniciativa conjunta, pudimos percibir que el hospital no necesita replantear las prácticas institucionales respecto a la lactancia materna pues alcanza el porcentaje que se requiere según el proceso de acreditación de un hospital para este programa, sin embargo, si se sugiere un seguimiento para el binomio después de su salida del hospital.

El personal de la institución en el servicio de ginecología recibe capacitación en lactancia materna pero no cada 6 meses, lo que ayudaría a instruir aquel personal que llegue de apoyo o aquel que sea nuevo en el equipo.

Se dan talleres a las mujeres embarazadas en cual se les informa sobre los beneficios de la lactancia materna, las ventajas para ella y para el Recien Nacido.

Ocasionalmente se informa y capacita en el servicio de ginecología a las mujeres embarazadas y en el post parto, ya que por falta de tiempo y de personal no se puede llegar a ser de forma continua.

Se revisan los pezones a madres que nunca han amamantado y se realiza a la hora de la exploración notificándolo en hoja de enfermería, al mismo tiempo se ayuda a colocar al recién nacido en posición adecuada para la alimentación.

A las madres con parto fisiológico se les entrega a su Recien Nacido después del parto al igual que una vez de la revisión médica, con el fin de mantener el alojamiento conjunto.

Aquellas madres que no se les entregó a su Recien Nacido al nacer por alguna patología se les asesora en cómo extraer la leche, sin embargo no se verifica el procedimiento por falta de personal.

Se le informa a la madre durante la estancia en alojamiento conjunto, que no puede dar biberones y chupetes solo lactancia materna a libre demanda.

Se da información aquellos miembros de la familia solo y cuando la madre no pueda dar lactancia materna por riesgo al Recien Nacido, el cual se da otro alimento como la fórmula.

Se informa a médico pediatra cuando la madre tiene problemas al amamantar pezón plano o invertido o que no tiene suficiente producción de leche, para indicación de fórmula.

A los pacientes se les informa sobre los beneficios de la lactancia materna durante el control prenatal al igual que en los talleres que se llevan a cabo.

Durante la gestación se revisan los pezones. A las madres que no se les entrego a su Recien Nacido al nacer por alguna patología del binomio se les asesora en como extraer la leche para evitar lesión de senos.

El hospital no dispone de un sistema de seguimiento a madres despues de su salida. Se propone un sistema con el fin de seguir promoviendo la lactancia materna.

BIBLIOGRAFIA

Osorno, Jairo, M.D:Hacia una Feliz Lactancia Materna. Texto práctico para profesionales de la salud.

BOTERO, U. Jaime, et all. Obstetricia y Ginecología. Tercera Edición, Carvajal, S.A. Cali-Colombia.,

BOOKMILLER, Boowen., Enfermería Obstétrica. Quinta Edición, Interamericana. México, D.F

De FERNANDEZ, Beatriz., Anatomía y Fisiología de la Glándula Mamaria. Universidad del Valle, Cali

GANONG, William F., Fisiología Médica. Novena Edición, Editorial El Manual Moderno. S.A., México D.F.

SARAVANOS, Karen et all, Quinolonas. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Volumen 3, Editorial Interamericana, México D.F

AVERY, MILLER., Enfermería Ginecológica. Quinta edición, Editorial Interamericana, México D.F

Games. Eternod. Palacios Introducción a la pediatría. Méndez editores. 6^{ta} Edición México 1997 Palacios

Leveno, Kenneth. Williams Manual de Obstetricia. Editorial McGraw-Hill. 21 Edición. México 2003

Manual de diagnóstico de enfermería, L.J.Carpenito 5^aedición. Ed. McGraw-Hill Interamericana.

SALAZAER AGUDELO, Edy., Pontificia Universitaria Javeriana, Facultad de Enfermería. Manual de Lactancia Materna., Bogotá.

ASQUIT, María Teresa Usos Clínicos, Obtención y Almacenamiento de Leche Humana. Clínicas de Perinatología. Amamantamiento. Volumen 1, Editorial Interamericana, México, D.F. 1987

DUMONT THOMPSON, Eleanor., Manual de Enfermería Pediátrica 1y 2. Cuarta Edición, Interamericana, México D.F. DUMONT THOMPSON, Eleanor., Manual de Enfermería Pediátrica 1y 2. Cuarta Edición, Interamericana, México D.F.

Programa de atención a la mujer, Area 9 Año 1999, Insalud.
salud.gob.mx/unidades

issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/marzo2000/ProgramaHospitalAmigo.html