



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA  
APLICADO A PACIENTE ADOLESCENTE  
EN PUERPERIO FISIOLÓGICO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ENFERMERA

PRESENTA  
KARINA MACHORRO MORALES  
No. Cta.091610427

ASESORA

---

LIC. MARIA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCIA

México, D.F., OCTUBRE 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



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.

## INDICE

Introducción

Objetivo General

Objetivos específicos

Metodología

CAPITULO I. Marco Teórico.

1.1 Antecedentes históricos de Enfermería.

1.2 Teorías de Enfermería.

1.3 Proceso de Atención de Enfermería.

1.4 Conceptos básicos del Modelo de  
Virginia Henderson.

CAPITULO II Aplicación del Proceso de  
Atención de Enfermería.

2.1 Presentación del Caso.

2.2 Valoración.

2.3 Diagnostico de Enfermería.

2.4 Planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de  
enfermería.

Conclusiones

Sugerencias

Bibliografía

Anexos.

## INTRODUCCION

En la formación académica adquirida durante la carrera de enfermería, esta centrada en la ciencia y tiene como fin formar profesionales de la salud, altamente capacitados, así como adentrarlos a los conocimientos técnicos, tecnológicos y de investigación que nos van a permitir actuar de una manera conciente, rápida y eficaz, frente a los problemas de salud que se presentan con mas frecuencia.

El presente Proceso de Atención de Enfermería que ha sido elaborado con base en el Modelo de Virginia Henderson para brindar los cuidados necesarios.

Se describen los objetivos y Metodología de trabajo que incluyen las etapas del proceso de Atención de Enfermería.

Para realizar tal análisis se ha dividido este trabajo en dos capítulos

En el primer capitulo se presenta el marco teórico donde se describen Antecedentes históricos de enfermería, Teorías de enfermería, el concepto y características del proceso de atención de Enfermería; también se abordan algunos conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson, que permitió identificar las necesidades de salud del binomio madre-hijo.

En el segundo capítulo se describe la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el cual se incluyen las cinco etapas y por último se presentan las conclusiones del trabajo realizado y las sugerencias.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Mediante la aplicación del proceso atención de enfermería y del modelo de Virginia Henderson, proporcionar cuidados de calidad y calidez de manera holística e individualizada para su pronta recuperación y regreso a su entorno en paciente puerpera, binomio madre-hijo.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Llevar acabo una eficaz recolección de datos mediante la valoración, para cubrir en la medida de sus posibilidades aquellas necesidades que el paciente tenga alteradas.
- Identificar los las necesidades interferidas y con base a ellas elaborar los diagnósticos de enfermería reales y potenciales.
- Planear en forma prioritaria las intervenciones de enfermería que han de minimizar o resolver los problemas de la paciente y así llevarlos acabo para después poder evaluar nuestros cuidados y nuestros objetivos planteados.

## METODOLOGIA

El Proceso Atención de Enfermería se llevo a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, perteneciente al IMSS en el turno nocturno martes, jueves y domingo con horario de 20:03 am. a 8:00 am hrs.

Se Eligio a una paciente adolescente de 19 años de edad, se realizo una valoraron, para ello se utilizo el formato de valoración sobre las 14 necesidades de Virginia Henderson. El interrogatorio se obtuvo de información proporcionada por la paciente, se hizo revisión de expediente clínico y se llevo acabo la exploración física, para enseguida ser organizados estos datos en independientes y dependientes, catalogados según Virginia Henderson.

### Diagnósticos

Los diagnósticos fueron estructurados en base a diagnósticos, enfermeros de la NANDA. y al formato (problema, etiología y signos y síntomas) y se clasificaron en problemas reales y potenciales.

### Planeación.

En esta etapa se priorizaron los diagnósticos y se establecieron los objetivos de las intervenciones a realizar, estas iban dirigidas a eliminar los factores que contribuían al problema.

### Ejecución.

En esta etapa se llevaron acabo las intervenciones del planeamiento de la atención de enfermería, consta de varias actividades: validar el plan,

suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.

### **Evaluación**

En este rubro se establece un juicio y nos permite detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## CAPITULO I.- Marco teórico

### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ENFERMERÍA

"La Historia de la Enfermería no es una mera visión retrospectiva destinada a mostrar como el paso de los tiempos perfecciona de forma progresiva a la humanidad. De ser así, su importancia resultaría muy escasa. La Historia de la Enfermería debe mostrar, por el contrario, las sinuosidades y contradicciones que alteran la idea lineal del progreso, y cómo la lucha por la verdad puede consistir, a veces, en volver a interrogar a hombres y mujeres antiguas y olvidadas. Descuidar el pasado conduce a la paradójica sorpresa de comprobar que muchas veces el progreso resulta de dar un salto atrás, de revitalizar valiosos conceptos que se perdieron o deformaron. Por eso hay que ser cauto en la exposición y estudio de la Historia, pues el pasado esta entre nosotros como un depósito permanente, dispuesto siempre a actualizarse de una forma inesperada. La Historia de la Enfermería ha de ser entendida como un estímulo para la razón y el espíritu."

Florence Nightingale estableció las bases de la enfermería moderna con su forma de tratamiento de los enfermos y heridos durante la guerra de Crimea (1853-1856). De vuelta a Londres después de la guerra, fundó Escuela y Hogar para Enfermeras Nightingale, con el dinero recibido como tributo a su labor. La enfermería no es una pura técnica, sino un proceso que incorpora el desarrollo del Alma, la Mente y la Imaginación. Su esencia reside en la imaginación creativa, es

espíritu sensible y la comprensión inteligente, que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería eficaces.

### 1.3 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que

conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

### **Los objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- - Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- - Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **Valoración**

Es la primera etapa del proceso de Enfermería que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad con la valoración. Se reúnen todas las piezas necesarias de los rompecabezas

correspondientes a las respuestas humanas y fisiológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

Los pasos para la valoración: son observación, entrevista, historia general y examen físico.

- a) **Observación.** Capacidad intelectual de captar frases de los sentidos, los detalles del mundo exterior.

La observación es una técnica consciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo de un enfoque organizado, algunos datos se recogen a través de los sentidos, sin embargo, las enfermera(o)s utilizan preferentemente la vista, aunque todos están involucrados, el oído, el tacto y olfato.

- b) **Entrevista:** Es una labor compleja que requiere ante todo de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad, la obtención de información necesaria para el diagnóstico y planear las actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y usuario.

- c) **Historia Clínica:** Es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera(o) puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista.

Permite a la enfermera, establecer una relación con el paciente y su entorno, a fin de obtener los datos mas significativos de sus padecimientos, su estado psicológico y social para definir los problemas prioritarios.

d) **Examen físico.** Permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determina la eficacia de las intervenciones de enfermería y médica. Este debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

En el examen físico se utilizan las siguientes etapas.

**Inspección:** Se utilizan los sentidos de la vista, olfato y oído, es un proceso activo en donde la enfermera(o) debe saber que inspeccionar y el orden a seguir, con la inspección se puede valorar, la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados. Olor y ruidos que emite el usuario.

**Palpación:** Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir las yemas de los dedos ya que por su intervención los hace sensibles, para determinar, textura, temperatura , posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos.

**Percusión:** Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonido o vibraciones y se emplea para estimular el tamaño y la forma de los órganos, determinar la presencia de liquido, aire o algún sonido.

**Auscultación:** Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos; al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgos en donde la enfermera(o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

En esta fase las enfermeras(o) s utilizan habilidades de pensamiento crítico para interpretar los datos de valoración e identificar los factores relacionados, y los problemas del paciente para generar un enunciado de su estado de salud.

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- **Diagnóstico real:** Describir respuestas humanas a procesos vitales/estado de salud que existe en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyada por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas).
- **Diagnóstico de riesgo:** Describe respuestas humanas a estados de salud/proceso vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerable. Esta apoyada por

factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

- **Diagnóstico enfermero de salud:** Describe la respuesta humana a niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar.

## PLANEACIÓN

En esta fase la enfermera(o) desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento óptimo, o mejorando las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermera, analizan los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia, el personal de enfermería, las instalaciones del cuidado de la salud y los recursos disponibles, también examina los puntos fuertes y valores personales que podrían influir en la fase de planeación de la atención.

El plan de atención de enfermería resultante está diseñado para ayudar a los pacientes y sus familiares en los siguientes aspectos:

- Mantener un nivel actual de salud y funcionamiento si se identifica que están en riesgo de presentar problema.
- Evitar lesiones o enfermedades.
- Recuperar un nivel previo de salud y funcionamiento.
- Mejorar el nivel de salud y funcionamiento.

Hay tres pasos en la fase de planeación:

**1- Establecimiento de prioridades:**

La enfermera determina cuales de los problemas que identifico durante la fase de valoración, necesitan atención inmediata y cuales pueden ser tratados en momento posterior.

**2- Determinación de objetivos en el paciente**

Lo que la enfermera(o) logra con el paciente y esta encaminado a prevenir, a remediar, o aminorar el problema identificado en el diagnóstico de enfermería.

**3- Planeación de las intervenciones de enfermería.**

Son las estrategias concretas, diseñadas para ayudar al cliente a conseguir sus objetivos. Y están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problemas interdependientes, en la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento critico para analizar la situación problema mediante cuestionamientos que conducen a al elección de acciones de enfermería específicas.

## EJECUCIÓN

Es la etapa en la que la enfermera(o) pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, en realizar, delegar y registrar.

La fase de realización o de ejecución consiste en varias actividades: validación y escritura del plan suministrado y documentación de la atención y continuación de la colecta de datos.

### **1- Validación del plan de atención.**

Para este paso no debe ser necesaria una prolongada consulta programada, si no mas bien ha de tomar un tiempo muy bree en el cual las enfermera(o)s buscan la opinión de otros colegas.

### **2- Documentación del plan de atención enfermería.**

La enfermera(o) tiene un plan que individualiza la atención prolongada a un paciente.

Esta lista para suministrar la atención según lo planeado. en cada caso la enfermera puede ser capaz de realizar el plan de atención sin haber algunas modificaciones.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud de la paciente. Proporciona un mecanismo para la presentación de una atención constante y coordinada, se

utiliza como instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería.

### **3- Colecta de datos**

Durante todo el proceso de realización la enfermera(o) continua colectando datos, a medida que la condición del paciente cambie la base de datos también la hará, de manera que resulta necesario revisar y actualizar constantemente el plan de atención.

## **EVALUACIÓN**

Es la última etapa del proceso enfermero en la cual se evalúa con las siguientes preguntas.

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
- ¿La formulación del diagnóstico enfermero y problemas Inter departamentales fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación es útil para: Determinar el logro de los objetivos, identificar los variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado. Por consiguiente, es necesaria la valoración del usuario, familia y comunidad para

confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecuencia de los objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera(o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas.

Para el desarrollo de esta actividad la enfermera y el paciente deben determinar el proceso o la falta de proceso hacia la realización de sus metas.

## 1.2 TEORIAS DE ENFERMERIA

### DOROTHEA E. OREM

#### TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

##### ANTECEDENTES PERSONALES

Dorothea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica, nació en Baltimore, Maryland.

Orem inicio su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington, D. C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930.

En 1957 se traslado a Washington D.C., contratada por el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office Of.

Education de los Estados Unidos. Durante su permanencia en este departamento trabajo en un proyecto para mejorar la formación en enfermería practica, lo que la indujo a plantearse cual era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. Su respuesta a esta pregunta esta en su manual Guidelines for Developing Currícula for the Education of Practical Nurses, publicada en 1959.

## PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Orem ve su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres sub-teorías interrelacionadas que describen: 1) el autocuidado (como y por que se cuidan las personas), 2) el déficit de autocuidado (por que la enfermería puede ayudar a las personas) y 3) los sistemas de enfermería (que relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería).

**Autocuidado.** El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

**Requisitos del autocuidado.** Estos requisitos se derivan de una reflexión interior. Por cada requisito del autocuidado formulado se fija:

- 1) El factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y
- 2) La naturaleza de la acción necesaria.

**Requisitos del autocuidado universal.** En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

- 1.- El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
- 2.- La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 3.- La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
- 4.- El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
- 5.- La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.
- 6.- La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal.

**Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo.** Estos requisitos se desgajan de los universales, tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir, madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos.

**Requisitos del autocuidado cuando falla la salud.** Estos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico, en los que se incluyen defectos y discapacitación, y para los que existe un dx. Y se ha iniciado un tratamiento médico.

Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, si no también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global esta seriamente alterado ( retraso mental grave, estados de coma, autismo).En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas

tomadas en el diagnóstico o tratamiento, en el modelo de Orem se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud.

#### 1.4 CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

#### TENDENCIA Y MODELO.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

## PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

## DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o

recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

### Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

### Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

### Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

## Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

Respirar normalmente.

Comer y beber de forma adecuada.

Evacuar los desechos corporales.

Moverse y mantener una postura adecuada.

Dormir y descansar.

Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).

Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.

Evitar peligros y no dañar a los demás.

Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.

Profesar su fe.

Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.

Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

## CAPITULO II Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

### 2.1 PRESENTACION DEL CASO

Se trata de paciente de 19 años de edad, la cual es ingresada en el área de hospitalización en el servicio de obstetricia el día 30 de agosto de el año en curso a las 14:00 hrs. cursando con un puerperio fisiológico inmediato, en el parto nace producto de 38 semanas, único, vivo de la gesta I, sexo femenino, eutrófico, que peso 3,200 Kg.,

La paciente refiere dolor abdominal, cansancio y sueño el cual no ha podido realizar por el dolor y por estar pendiente de su hija recién nacida.

Ala exploración física se observa con facies de dolor, quejumbrosa, con palidez de tegumentos, , mucosas orales semihidratadas, acepta la dieta parcialmente y líquidos en poca cantidad, al revisar los senos se encuentran simétricos, pezón plano, con galactorrea presente, por tal motivo su bebe no ha tenido apego al seno materno, se continua con la exploración, el abdomen se encuentra un poco globoso, con involución uterina por debajo de cicatriz umbilical dos centímetros, se observa episiorrafia lateral derecha, el cual refiere molestia y preocupación por los cuidados que debe tener sobre la herida, los loquios hemáticos en forma moderada, no hay olor fétido, en las piernas no hay varices visibles, pero si se observa edema (+).

La paciente se encuentra un poco limitada para la movilización y deambulación en relación al postparto.

En el aspecto emocional ella se encuentra feliz con la llegada de su bebe, por que fue deseado por ambos, pero a la vez se siente

abrumada por el cansancio y dudas, sobre el cuidado de su bebe, expresa que se siente segura porque tiene el apoyo de su esposo, amigos y familiares, en la cuestión económica no se preocupa porque su esposo cubre las necesidades básicas del hogar.

Signos Vitales.

T/A 100/70.

Pulso.92 por minuto.

F/R.22resp por minuto.

Temperatura.36 grados centígrados.

## **EXPLORACIÓN AL RECIEN NACIDO**

Para esta acción se descubre al recién nacido y se procede a la exploración física, se observa con coloración rosada, adecuada hidratación de tegumentos, ala palpación el cráneo se encuentra con fontanela anterior abierta normotensa, cabello bien implantado, ojos simétricos, apertura palpebral espontánea, no hay secreción, los oídos se observan simétricos a la altura de los ojos, narinas permeables, mucosa oral hidratada, reflejos de búsqueda, succión y deglución presentes, se le esta apoyando por el momento con alimentación asistida por el problema que presenta su madre (pezón plano), tórax con ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, miembros torácicos íntegros, llenado capilar inmediato, abdomen globoso, blando, depresible, cordón umbilical bien ligado, sin datos de sangrado, genitales normales de acuerdo a sexo y edad, ano permeable, miembros pélvicos sin alteración, llenado capilar inmediato.

Se toman signos vitales, los cuales se encuentran sobre los parámetros normales con frecuencia cardiaca de 144x', frecuencia respiratoria de 50x'. Temperatura (rectal) 37.5 grados centígrados, presenta una evacuación de meconio, posteriormente se envuelve al recién nacido y se queda con su mamá'.

## 2.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

### JERARQUIZACION DE NECESIDADES

- Alteración del sueño.
- Alteración en el bienestar.
- Deficiencia en el conocimiento de su alimentación.
- Deficiencia en moverse y mantener una buena postura.
- Alteración en la defecación
- Deficiencia en el conocimiento. de autocuidados
- Alteración en el desempeño del rol.

## 2.4 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

### PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA

#### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DEPENDIENTE

#### VALORACION

La paciente refiere dolor (entuetos) y sueño pues refiere que no ha podido dormir ya que estuvo muchas horas en trabajo de parto (15 hrs.) y esto la agoto mucho, menciona que quisiera dormir un poco, pero con el dolor le es imposible.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Experiencia sensitiva desagradable en relación con las contracciones uterinas en remisión, manifestado por inquietud y quejido.

Alteración del patrón de sueño relacionado con el trabajo de parto, manifestado por cansancio y ojeras.

#### OBJETIVO

- Quitar el dolor para que la paciente logre descansar.
- Lograr que su recuperación sea satisfactoria.

#### ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Ministración de analgésico (metamizol 1gr I.V. PRN cada 8 hrs).
- Proporcionar un ambiente tranquilo para favorecer el descanso y sueño.

#### FUNDAMENTACION

El útero a menudo se contrae vigorosamente a intervalos y da origen a los entuertos, estos dolores son lo suficientemente intensos como para requerir la administración de un analgésico.

Por que son los loquios y cuando producen los entuertos

La mujer después del parto esta agotada física y emocionalmente y requiere mínimo 6hrs, de sueño y al no lograrlos puede presentar cambios importantes en su estado de ánimo y conducta. El ambiente óptimo y la relajación por cualquier método, origina sensación de bienestar favoreciendo el descanso y sueño.

#### EVALUACION

Disminuye el dolor posterior a la ministración del analgésico, logra descansar y presenta periodos de sueño.

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DEPENDIENTE

VALORACIÓN

La paciente se encuentra en la etapa de puerperio fisiológico inmediato, no ha podido amamantar a su hija, por que presenta pezón plano, por tal motivo se debe evitar que se congestionen las mamas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Alto riesgo de congestión de las mamas relacionado con la falta de succión o de extracción manual.

OBJETIVO

- Evitar congestión de mamas.
- Lograr que se forme el pezón lo más pronto posible.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Valorar la presencia de la salida de calostro
- Valorar la presencia de datos de galactorrea
- Enseñar a la madre técnica para la extracción manual de leche materna.
- Enseñar técnica para la formación del pezón, indicarle que se realizaran ejercicios durante tres minutos, tres veces al día, a los pezones con los dedos índice y pulgar con movimientos de rotación en ambos sentidos y tirándolo hacia fuera.

## FUNDAMENTO

- Los pezones planos constituyen un problema para la lactancia materna, debido a que su forma natural no permite que el bebé logre succionar de manera adecuada la leche.
- La extracción manual favorece el vaciamiento de las mamas evitando la congestión y favorece la producción de leche.

## EVALUACIÓN

La paciente realiza adecuadamente los ejercicios para la formación del pezón.

Se extrae leche materna y se le brinda al r/n. y por que el r.n. no succiona

## NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

## VALORACIÓN

La paciente refiere llevar una dieta equilibrada, pero ignora que alimentación debe llevar ahora que se encuentra en el periodo de lactancia.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de desnutrición relacionado con el desconocimiento sobre su alimentación en el periodo de lactancia.

## OBJETIVO

- Que la paciente comprenda la importancia de una dieta adecuada de acuerdo a sus necesidades actuales.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Dar educación sobre medidas dietéticas, como el consumo de los cuatro grupos de alimentos (carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales) y la importancia de la fibra y el consumo de líquidos, (dos litros al día).
- Para cubrir sus necesidades nutricionales de calcio y hierro, debe cubrir en sus alimentos: leche, carnes, vísceras rojas, leguminosas secas, frutas y verduras.
- Reforzar medidas sobre la realización de ejercicio moderado.

## FUNDAMENTACIÓN

- Un buen estado nutricional tanto antes, como durante el embarazo y la lactancia son esenciales para el crecimiento y funcionamiento adecuado del cuerpo materno.
- La lactancia presenta mayor estrés nutricional del organismo femenino impuesto por un proceso fisiológico ya que la energía y los nutrimentos contenidos en la leche se extraen del cuerpo materno y es por ello que las necesidades dietéticas de la mujer cambian conforme avanza la lactancia.
- El ejercicio es la realización de cualquier actividad física destinada a preparar el cuerpo, mejorar la salud y mantener la capacidad física por lo tanto el efecto global del ejercicio mejora las funciones fisiológicas.

## EVALUACION

Por falta de seguimiento queda sin valorar si se logran los cambios en los hábitos alimenticios o no, pero la paciente expresa llevarlo a cabo.

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

### PARCIALMENTE DEPENDIENTE

## VALORACIÓN

La paciente no quiere realizar mucho movimiento por temor a que le duela la herida (episiotomía).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Trastorno de la movilidad física relacionado con la herida, en región perianal manifestado con miedo a la deambulación.

## OBJETIVO

- Lograr la deambulación precoz para favorecer una pronta recuperación.
- Evitar el dolor.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Indicar la deambulación precoz y explicar sus complicaciones.
- Ofrecer analgésicos para mitigar el dolor.

## FUNDAMENTACIÓN

- Después del alumbramiento se corre el riesgo de trombosis debido a la hipercoagulabilidad normal de la sangre durante el

parto, que evita hemorragias importantes debidas también a éxtasis venoso por la presión del útero grávido y a la inactividad.

- La deambulaci3n precoz estimula la circulaci3n y previene una tromboflebitis.

## EVALUACI3N

La paciente inicia la deambulaci3n y se realiza ba1o de regadera.<sup>11</sup>

## NECESIDAD DE ELIMINACION

### DEPENDIENTE

## VALORACI3N

La paciente refiere que en ocasiones se estri1e, esta preocupada por que no ha evacuado.

## DIAGN3STICO DE ENFERMERÍA

Alteraci3n del patr3n de eliminaci3n relacionada con una falta de ingesta de lquidos manifestado por estre1imiento.

## OBJETIVO

- Lograr que la paciente evacue
- Lograr la deambulaci3n para estimular la motilidad intestinal.

---

<sup>11</sup> [html.rincon del vago.com](http://html.rincondelvago.com) cambios fisiol3gicos en el puerperio

## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar a la paciente información sobre los cambios de la motilidad postparto.
- Explicarle sobre la importancia de una deambulación temprana en su recuperación.
- Explicar sobre la importancia del consumo de frutas, verduras, fibra y abundantes líquidos.

## FUNDAMENTACIÓN

- El tono y la motilidad intestinal disminuyen durante el periodo de postparto debido al relajamiento de los músculos abdominales y al efecto de la progesterona en los músculos lisos.
- La deambulación temprana favorece el funcionamiento de la vejiga y el intestino y se reduce la distensión abdominal y reduce la constipación.<sup>12</sup>

## EVALUACIÓN

La paciente no evacua durante el turno.

---

<sup>12</sup> [html.rincon del vago.com](http://html.rincon del vago.com) cambios fisiológicos en el puerperio

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

PARCIALMENTE DEPENDIENTE POR FALTA DE CONOCIMIENTOS

### VALORACION

La paciente se encuentra preocupada por la incisión del perineo, ya que teme que en el proceso de recuperación esta se pueda infectar.

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit de conocimientos relacionado con los cuidados y posibles complicaciones de la herida manifestado por temor y preocupación.

### OBJETIVO

Evitar la presencia de infección en la episiorrafia.

### ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Indicarle que el baño será diario y la herida se lavara con agua y jabón neutro.
- Explicar a la paciente datos sobre signos de alarma de la herida.

### FUNDAMENTACIÓN

- El agua y el jabón sirven como medio de arrastre mecánico de los gérmenes.
- La identificación temprana de factores de riesgo permite intervenciones para evitar complicaciones.

## EVALUACIÓN

Se le pide al paciente que explique lo que se le enseñó para verificar si comprendió como debe realizarse su aseo de la herida, el cual fue satisfactorio<sup>13</sup>

## NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

PARCIALMENTE DEPENDIENTE

## VALORACIÓN

La paciente expresa su preocupación por el desconocimiento sobre el cuidado de su bebé en su domicilio ya que es su primer hijo, aunque menciona que su esposo y familia la apoyan.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Miedo a afrontar el rol de madre en relación con el desconocimiento de los cuidados a su recién nacido manifestado por preocupación.

## OBJETIVO

- Estabilizar su estado emocional.
- Lograr que exprese todas sus dudas.
- brindar información sobre el cuidado de su bebé.
- reforzar la información proporcionada.

---

<sup>13</sup> [html.rincon del vago.com](http://html.rincondelvago.com) cambios fisiológicos en el puerperio

#### ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Explicar los cuidados de su recién nacido en cuanto a su alimentación, la higiene del muñón umbilical, el cambio de pañal etc.
- El padre deberá estar presente en la información proporcionada para valorar su disposición.

#### FUNDAMENTACIÓN

- La expresión de dudas y el escuchar con atención por parte de la enfermera ayuda a la persona a disminuir la ansiedad.
- La finalidad de una buena relación de pareja es en bien del recién nacido, el apoyo mutuo del esposo durante el puerperio favorece la adaptación de la paciente al nuevo rol de ser madre, ya que por la acción de las hormonas se presentan cambios emocionales.

#### EVALUACIÓN

Ambos expresan que son un matrimonio feliz, la llegada de su bebé les ha dado mayor felicidad, el esposo menciona que va a apoyar a su esposa en todo momento.

## NECESIDADES DETECTADAS EN EL RECIEN NACIDO

### NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

#### VALORACIÓN

Ala exploración física se encuentra con buen estado general, con mucosas sin datos de deshidratación y con alimentación asistida por que su madre presenta pezón plano.

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Déficit de la lactancia natural relacionado con el pezón plano de la madre, manifestado por la imposibilidad de succión.

#### OBJETIVOS

- Mantener una buena alimentación por extracción manual

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Brindar alimentación al recién nacido por medio de un vaso graduado y completar con formula si es necesario.
- La extracción manual se realizara de la siguiente manera.
- Lávese las manos perfectamente.
- En forma circular y alrededor de todo el seno, haga masajes dando mas énfasis a aquellos sitios donde hay endurecimiento por mucha leche.
- Coloque el dedo pulgar en la parte superior de la areola y el dedo índice en la parte inferior de la areola, empuje hacia sus costillas, presione hacia delante para que salga la leche que se

va a recoger, haga este procedimiento en forma repetida c/3 hrs.

## FUNDAMENTACIÓN

- Un buen desarrollo depende de una buena alimentación.
- La leche materna es la fuente perfecta de nutrición para los bebés, ya que contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas, igualmente suministra enzimas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que requieren los bebés. La leche materna también contiene valiosos anticuerpos de la madre que pueden ayudar al recién nacido a resistir las infecciones.
- El calostro es la primera secreción de la glándula mamaria. Es un líquido espeso, alcalino, de color amarillo intenso, este líquido es muy efectivo para limpiar el tracto gastrointestinal del meconio y está diseñada y adaptada para satisfacer las necesidades y la relativa inmadurez del sistema enzimático, se caracteriza por una mayor cantidad de proteína (caseína e IgA), vitaminas liposolubles y un menor contenido de grasa. Leche temprana leche tardía

## EVALUACIÓN

La recién nacida acepta sin problema la leche materna con vaso e inicia la aceptación al seno.

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### VALORACIÓN

Ala exploración se observa muñón umbilical limpio y seco

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos relacionado con la falta de conocimientos de la madre sobre el cuidado del muñón umbilical.

### OBJETIVOS

Evitar una posible infección del muñón umbilical

### ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Orientar a la madre sobre la importancia de mantener limpio y seco el muñón umbilical
- Indicarle que el aseo será con agua y jabón neutro con una gasa estéril y deberá secarlo perfectamente.
- Indicar que no debe usar alcohol o merthiolate, por que esto retrasara el proceso de momificación.
- El cordón tardara en caerse entre 10 y 21 días después quedara una pequeña herida que podrá tardar algunos días en cicatrizar.
- No deberá ponerle objetos sobre el ombligo por que podría causarle infección.
- No deberá fajar por que esto aprieta el abdomen y puede causarle molestias estomacales.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Español.baby center.com/cuidado del bebe/cordón umbilical

## FUNDAMENTO

- El cordón umbilical contiene una red de tejido conjuntivo fibroso y esta lleno de un material mucoide, el cordón contiene en condiciones normales 2 arterias que transportan al feto sangre desoxigenada y una vena que pulsa sangre oxigenada.
- Mientras están en el útero los bebés reciben las sustancias nutritivas y el oxígeno que necesitan a través de la placenta, la cual está conectada a la pared interna del útero. A su vez el bebé tiene una abertura en su abdomen para donde sale en c.u. que lo une a la placenta, después del nacimiento el cordón se sujeta con una pinza y se corta quedando el muñón umbilical
- Una buena higiene más un ambiente seco evita la proliferación de microorganismos.

## EVALUACIÓN

El muñón umbilical se mantiene limpio y seco, y la madre refiere llevar a cabo los cuidados en su casa.

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

### VALORACIÓN

Se auscultan campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de broncoaspiración relacionado con la posición inadecuada cuando este dormido y el no hacerlo eructar después de alimentarla.

### OBJETIVOS

Evitar una posible bronco aspiración por falta de cuidado

### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Indicar ala madre que su bebe siempre debe acomodarlo en decúbito lateral, nunca en posición dorsal.puede correr el riesgo de que se regrese la leche.
- Podrá acomodarlo en decúbito ventral, pero en constante vigilancia.
- Explicar que después de alimentarlo lo debe hacer eructar, esto se realizara colocando la cabeza del bebe en el hombro y dar palmaditas en la espalda hasta que eructe.
- Evitar dar biberón y dejarlo sin supervisión.

### FUNDAMENTACIÓN

La bronco aspiración es la presencia de sustancias liquidas en el conducto aéreo, las cuales pueden ser secreción salival, leche o contenido gastrico.Las secreciones se van al conducto respiratorio y

provocan un espasmo traqueal y un cierre brusco de la glotis y la obstrucción total de la vía aérea, hasta la muerte.

#### EVALUACION

El bebé permanece en posición adecuada, además la madre refiere realizar las indicaciones indicadas.<sup>3</sup>

#### EVITAR PELIGROS

#### VALORACIÓN

A la exploración la recién nacida se encuentra normotérmica.

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de hipotermia, en relación con la falta de conocimientos sobre los cuidados adecuados a la recién nacida

#### OBJETIVO

Evitar alteración de la temperatura corporal del bebé.

---

<sup>3</sup> <http://bbmundo.com/bbseguridad>.

## ACTIVIDADES

- Enseñar a la madre como debe mantener eutermico a su bebe.
- Indicarle que su habitación no debe tener corrientes de aire.
- Debe estar lo mas templada posible.
- Colocarle prendas de algodón para que conserve su temperatura normal.

## FUNDAMENTO

La piel del recién nacido es muy delgada, con poca grasa subcutánea que lo aísla del medio y los vasos sanguíneos muy próximos a la piel, lo que favorece la pérdida de calor. Esta puede ser por evaporación, conducción, convección e irradiación.<sup>4</sup>

## EVALUACIÓN

Se mantiene eutermico en el servicio y la madre refiere llevar a cabo los cuidados indicados en su casa.

## EVITAR PELIGROS

## VALORACIÓN

Al recién nacido se le esta proporcionando alimentación de leche materna por extracción manual y se completa con formula, se le dificulta la succión por pezón plano de la madre.

---

<sup>4</sup> htm/termorregulación

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Déficit de succión al seno materno, en relación con el pezón plano de la madre manifestado por dificultad para succionar.

## OBJETIVOS

Procurar a la recién nacida lo más pronto posible al seno materno.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Realizar ejercicios cada tres horas para la formación del pezón.
- Acercar ala recién nacida a la madre para que empiece a estimular el pezón y succione.

## FUNDAMENTO

El efecto de la succión promueve la secreción láctea y por ende la liberación de prolactina y oxitocina; de esta forma se estimula la producción de la primera secreción láctea (calostro).

## EVALUACION

Al realizar los ejercicios adecuadamente, empieza a sobresalir el pezón, el bebe empieza la succión pero aun con dificultad.<sup>5</sup>

## VALORACION

Ala recién nacida no se le aplican vacunas, se le brinda información sobre estas y se le da cita para que acuda ala aplicación.

---

<sup>5</sup> [wikipedia.org/wiki/amamantar](http://wikipedia.org/wiki/amamantar)

## DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de adquirir enfermedades graves por virus y bacterias activos, relacionadas con la falta e anticuerpos.

## OBJETIVOS

- Lograr que acuda a la aplicación de vacunas. para que inicie puntualmente.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Explicar a la madre el esquema básico de vacunación y la importancia de su aplicación, para la prevención de enfermedades graves, como: poliomielitis, tuberculosis, difteria, tosferina y tétanos, hepatitis B, sarampión, rubéola y parotiditis,
- Indicar que debe acudir al hospital o a su centro de salud más cercano.
- Indicar el día de aplicación, dar a conocer su reacción de cada vacuna (fiebre, malestar general, dolor en el área de aplicación) y la importancia de aplicar puntualmente.

## FUNDAMENTACIÓN

Las vacunas son sustancias que al ser introducidas al cuerpo humano producen los anticuerpos necesarios contra determinada enfermedad.

## EVALUACION

Se da cita a la madre para que acuda al servicio de vacunas y refiere que acudirá en la fecha.<sup>6</sup>

## NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

### VALORACIÓN

A la observación la recién nacida se encuentra en sueño fisiológico solo despierta para comer.

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de alteración del patrón de sueño, relacionado con el proceso de adaptación al medio extrauterino.

### OBJETIVOS

- Lograr que la recién nacida duerma sin problema.

### ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Proporcionar un ambiente tranquilo.
- Explicar a la madre que no debe apretar demasiado con sus sabanitas, para evitar incomodidad.
- Proporcionar un ambiente con adecuada temperatura.
- Cambio constante de pañal para que permanezca limpio y seco.

## FUNDAMENTO

No existe fórmula para el sueño de los recién nacidos, porque sus reflejos internos aun no están desarrollados, generalmente duermen 16 a 20 hrs. al día. Los recién nacidos deben ser despertados cada 3 o 4 hrs., justamente el tiempo en el que su estómago puede aguantar la falta de alimento.

## EVALUACIÓN

La recién nacida duerme periodos cortos y despierta para comer.<sup>7</sup>

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL EN EL RN.

## VALORACIÓN

Durante la exploración al recién nacido se puede apreciar orinado y evacuado.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con sensibilidad de la piel del bebé.

## OBJETIVO

- Evitar alteración de la piel

---

<sup>7</sup> [www.aga-pea.com](http://www.aga-pea.com)-los cuidados basicos –del-bebe

## ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Orientar a la madre sobre la importancia de el baño diario a su bebe. este se realizara con jabón neutro debe secar minuciosamente sin friccionar en zonas de pliegue.
- explicar que en las zonas de pliegue se encuentra una sustancia llamada vermix, y se quita difícilmente esto no le provoca daño, le protege del frío.
- Los genitales se limpiaran de arriba hacia abajo, separando los labios mayores y secando bien.
- El vestuario será de fácil colocación, con pocos botones, holgada para no impedir los movimientos activos, de algodón.
- No usar blanqueadores ni mezclarla con la ropa de adultos.
- Orientar a la paciente sobre la importancia del cambio de pañal constante para evitar alteración de la piel.

## FUNDAMENTACIÓN

- Una buena higiene más un ambiente seco evita la proliferación de microorganismos.
- El cambio constante de pañal evita alteraciones de la epidermis, en el área del pañal.
- El PH cutáneo normal es ácido y varia entre 4.5 y 6 según las zonas. Este manto ácido interviene en la inhibición de la proliferación microbiana. En el momento del nacimiento el PH es neutro, la utilización de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el ph. cutáneo y favorece la irritación y las infecciones

## EVALUACIÓN

La paciente comprende la importancia del cuidado del muñón umbilical, el baño diario y el cambio de pañal constante.

## CONCLUSIONES

- El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento muy valioso para brindar cuidados enfermero, ya que planea, organiza y dirige cada una de las intervenciones de enfermería
- El Proceso Atención de Enfermería establece un vinculo más estrecho entre enfermera- paciente lo que conlleva a que los objetivos planeados se alcancen más rápidamente.
- El Proceso Atención de Enfermería me ha permitido visualizar al paciente como ser único e irrepetible permitiéndome brindarle un cuidado enfermero con un enfoque holístico

## SUGERENCIAS

Gracias a este trabajo adquirí conocimientos sobre los cuidados de la madre durante el puerperio y la atención que se debe dar si presenta algún tipo de complicación.

Además de la importancia de educar a la madre sobre sus propios cuidados, como son el caso de la lactancia, el cuidado de los pezones y la presencia de loquios e identificarlos, sobre todo lo más importante, fortalecer el apego de la madre con su hijo y aprender a conocerlo.

Sugiero que debemos ampliar mas nuestros conocimientos día con día, esto nos permitirá proporcionar una atención integral al paciente y esto se a su vez nos lleva a entrar en los niveles de competencia del saber.

## BIBLIOGRAFIA

NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Clasification 2010-2011.

Nutriologia Medica.Ed.Panamericana, Mexico, 1995.

Mondragon Castro Héctor. “Gineco Obstetricia Básica Ilustrada” 2da.

Edición .Trillas

Buyton Hall. Fisiología Médica. 1ª. Ed. Editorial Interamericana México

1989

<http://Apuntes Biología, Anatomía y Fisiología>. Visitado 20 de octubre

2013

[www .aga pea.com](http://www.aga.pea.com)-los cuidados básicos-del bebe. Visitado 20 de

octubre 2013

<http://amazonas.com>. Visitado 20 de octubre 2013

<http://bb center.com>/cuidado del bebe/cordón umbilical. Visitado 20 de

octubre de 2013

Español baby center.com/cuidado del bebe/cordón umbilical.

<http://lactancia.org>. Visitado 20 de octubre de 2013

www Fitness.com/mx/medicina. Visitado 20 de octubre de 2013

www el gotero.com/historia. Visitado 20 de octubre de 2013

García-patos Briones v. Cuidados de la piel del recién nacido.

[http://Google.com.mx.lactancia materna exitosa](http://Google.com.mx.lactancia%20materna%20exitosa). Visitado 20 de octubre 2013

<http://www.terra.es/persona/teorias.htm>. Visitado 20 de octubre de 2013

[http/Termorregulación](http://Termorregulaci3n). Visitado 20 de octubre de 2013

[Wikipedia.org/Wiki/puerperio](http://Wikipedia.org/Wiki/puerperio). Visitado 20 de octubre de 2013

[Wikipedia.org/Wiki/amamantar](http://Wikipedia.org/Wiki/amamantar). Visitado 20 de octubre de 2013

## ANEXOS

### ANATOMIA Y FISIOLOGIA

#### APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Para su estudio, los órganos femeninos de la reproducción se clasifican en externos e internos. Los externos desempeñan su función durante el acto sexual, coito o cópula, en cambio los órganos internos se alojan en la pelvis; entre ellos están las gónadas donde se produce el gameto génesis, y otros órganos que ejercen sus funciones durante la fertilización, el desarrollo embrionario y la expulsión del feto.

Los órganos sexuales femeninos primarios o gónadas son los ovarios; los secundarios se desarrollan en la etapa prenatal como resultado de la ausencia de testículos y andrógenos. Durante la pubertad, los órganos sexuales secundarios maduran y comienzan su funcionamiento bajo la influencia de estrógenos secretados por los ovarios.<sup>i</sup>

#### GENITALES EXTERNOS

Los órganos genitales externos incluyen las estructuras visibles desde el exterior, cuyo conjunto se puede denominar vulva. Se pueden diferenciar el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el vestíbulo vaginal; adicionalmente están presentes algunas estructuras glandulares propias del vestíbulo.

El *monte de Venus* es la almohadilla grasa subcutánea que descansa sobre la cara anterior del pubis; se halla cubierto de vello distribuido en forma triangular. Desde esta prominencia parten los *labios mayores*, dos pliegues de tejido cutáneo graso cubiertos de piel, que se extienden hacia abajo hasta el perineo; estos están separados

longitudinalmente por la hendidura pudenda y encierran y protegen otros órganos reproductores externos.

*Los labios menores* son dos pliegues de tejido cutáneo planos muy irrigados, que se juntan en el extremo superior de la vulva; estos son longitudinales y en posición medial a los labios mayores, son visibles al separar los labios mayores y no presentan vello. Los labios menores limitan el vestíbulo protegiendo las aberturas de la vagina y la uretra. Cada uno se divide en dos laminillas: las superiores se unen y forman el frenillo del clítoris y las inferiores se desvanecen en el prepucio femenino, un pliegue de tejido conectivo, que recubre el clítoris.<sup>ii</sup>

El *clítoris* es una estructura eréctil, pequeña y cilíndrica, situada en el extremo superior de la vulva. Es homóloga del pene, del que se diferencia porque carece de cuerpo esponjoso y uretra. El cuerpo del clítoris está formado por dos columnas de tejido esponjoso (similares a los cuerpos cavernosos del pene) que se llenan de sangre bajo condiciones de excitación sexual y permite la erección. Su extremo libre o glande, tiene numerosas terminaciones nerviosas sensoriales, por lo que se considera una zona erógena de importancia para las mujeres que proporciona placer durante la estimulación sexual.<sup>iii</sup>

El *vestíbulo* es un área con forma elongada, que limita externamente con los labios menores, y se extiende desde el clítoris hasta la horquilla o comisura posterior de la vulva. Al vestíbulo concurren cuatro orificios: la uretra, la vagina y dos conductos situados a ambos lados del orificio vaginal. Éstos últimos segregan las *glándulas de Bartholin*, glándulas exocrinas epiteliales que producen una secreción mucosa lubricante durante la excitación previa al coito. El orificio uretral externo o meato urinario, es el extremo terminal del sistema

urinario; está situado en la línea media del vestíbulo, por debajo del arco púbico y por encima del orificio vaginal.<sup>iv</sup>

El *orificio vaginal* ocupa la porción inferior del vestíbulo. Su tamaño y formas son variables; en algunas mujeres vírgenes se encuentra rodeado por el *himen*, una membrana de tejido conjuntivo, rica en fibras elásticas y colágenas, que cierra casi por completo el orificio vaginal. El himen presenta una abertura cuyo diámetro puede ser tan pequeño como la punta de un alfiler como tan grande que permita el paso de dos dedos. El himen puede tener forma de media luna, ser circular o presentar algunos orificios. Cuando se rasga el himen, debido al coito o a un traumatismo, se presenta una leve hemorragia cuya manifestación es variable.<sup>v</sup>

## GENITALES INTERNOS

Los órganos genitales internos son los ovarios, las trompas uterinas, el útero y la vagina, con sus correspondientes estructuras de soporte o ligamentos que los suspenden en la pared abdominal, dentro de la cavidad pélvica.

La *vagina* es un conducto fibromuscular, recubierto por una membrana mucosa resistente, que se extiende desde la vulva hacia el útero. En la cavidad abdominal ocupa el espacio que hay entre la vejiga urinaria y el recto. Es el órgano femenino del coito, pues recibe el pene erecto y el semen durante el coito. También sirve de conducto que evacua los restos de la mucosa uterina durante la menstruación. Su epitelio varía de manera leve como respuesta al estímulo estrogénico. Además es el canal a través del cual progresa el feto en el parto<sup>vi</sup>.

El *útero* es un órgano con una abundante capa muscular llamada miometrio; en su parte externa está recubierto por el peritoneo;

encierra una cavidad interna recubierta por el endometrio, un tejido epitelial prosamente vascular izado. Durante el embarazo el útero recibe, retiene y nutre la *mórula*, fase avanzada del cigoto que proviene de la Trompa de Falopio del mismo lado; una vez implantado en el endometrio, el feto aumenta su tamaño, diferencia sus tejidos y finalmente, al cabo del periodo de gestación, es expulsado durante el parto. El útero asemeja una pera invertida y aplanada; la parte superior de forma triangular, constituye el *cuerpo*. La parte inferior es el *cueillo* o *cérvix*, un tubo alargado que conecta la cavidad del útero con la vagina. <sup>vii</sup>

El endometrio uterino sufre una serie de modificaciones funcionales y morfológicas muy radicales, que se agrupan en tres fases sucesivas: *fase proliferativa, fase secretora y fase menstrual*. Estos cambios están sincronizados con los que le suceden al ovario y con los niveles fluctuantes de las hormonas que regulan el ciclo menstrual. <sup>viii</sup>

A cada lado del cuerpo del útero, se desprenden las *trompas de Falopio, oviductos* o *salpinges*. Son conductos tubulares de doce centímetros de longitud, que comunican el útero con los ovarios y permiten al óvulo alcanzar la cavidad uterina. Un extremo del oviducto está junto al ovario, y se abre a la cavidad abdominal, y el otro hace contacto con el útero. Los oviductos están recubiertos externamente por el peritoneo. Una capa mucosa con pliegues longitudinales tapiza el interior. Posee células ciliadas, cuyo movimiento impulsa al huevo en dirección del útero, y células secretoras que liberan nutrientes para el huevo. Cada trompa uterina comprende los segmentos intersticiales, el istmo, la ampolla y el infundíbulo. El borde libre del infundíbulo sobre la cavidad abdominal presenta la *fimbrias*, prolongaciones a manera de escobilla, que alcanzan el ovario, que recuperan y dirigen el

óvulo hacia el siguiente segmento tubario donde ocurre la fertilización.<sup>ix</sup>

Los **ovarios** son dos órganos con forma de almendra, de 4 a 5 centímetros de diámetro, situados en la parte superior de la cavidad pélvica, en una depresión de la pared lateral del abdomen, sostenidos por varios ligamentos. En la región externa de cada ovario hay masas diminutas de células llamadas *folículos primarios*; cada uno de éstos contiene un huevo inmaduro. No menos de 20 folículos comienzan a desarrollarse al principio del ciclo ovárico de 28 días; sin embargo, por lo general sólo un folículo alcanza su desarrollo completo y los demás se degeneran. Alrededor de la mitad del ciclo, el *folículo ovárico maduro de Graaf* que contiene un óvulo (huevo) casi formado en su totalidad se alza de la superficie del ovario y libera el huevo, en el proceso conocido como *ovulación*. Después de ésta, las células foliculares se someten a un cambio estructural (*luteinización*) para formar el cuerpo luteo. La principal función de los ovarios es pues la ovogénesis o desarrollo y desprendimiento de un óvulo o gámeto femenino haploide. Además, los ovarios elaboran varias hormonas esteroidales en diferentes estadios del ciclo menstrual: los estrógenos y la progesterona.<sup>x</sup>

Las **glándulas mamarias** dentro de las mamas son órganos reproductores accesorios que se especializan en producir leche después del embarazo. Las glándulas mamarias son glándulas especializadas sudoríparas. En el inicio de la pubertad, las hormonas ováricas estimulan el desarrollo de las glándulas mamarias y conductos lactíferos. Durante el embarazo, el desarrollo glandular y dúctil posterior se lleva a cabo bajo la influencia de la progesterona y estrógenos, respectivamente. Algunas otras hormonas son necesarias

en la preparación de las glándulas mamarias para la producción de leche.<sup>xi</sup>

## PUERPERIO FISIOLÓGICO

Definición: Es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo, oscila entre 6 y 8 semanas.

Cronológicamente se divide en tres etapas:

Puerperio inmediato: primeras 24 horas posparto.

Puerperio mediano: desde el segundo hasta el décimo día posparto.

Puerperio tardío: desde el día 11 hasta el día 40 posparto.

Durante las diferentes etapas el organismo materno sufre una serie de cambios fisiológicos locales y sistémicos por lo cual se debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos o síntomas de alerta.

Cambios fisiológicos.

Útero.

Involución: tras la expulsión de la placenta, el útero con un peso de 1000g se contrae rápidamente como mecanismo hemostático para comprimir los vasos miométriales y se sitúa a la altura del ombligo. Posteriormente desciende de 0.5 a 1 cm/dde tal forma que en la segunda semana el útero pesa 500g y hacia las 4 semanas con un peso de 100g retorna a su tamaño previo al embarazo.

Entuertos: durante los 2 a 3 primeros días la involución del tamaño uterino se acompaña de contracciones uterinas denominadas entuertos, más frecuente en multíparas durante la lactancia materna.

Endometrio: hacia los días 2 y 3 posparto la decidua se diferencia en dos capas, una superficial que se necrosa y desprende como parte de los loquios, y otra profunda, a partir de la cual se produce la regeneración del nuevo endometrio, cuya regeneración se completa hacia la tercera semana.

Loquios: inicialmente se produce una gran cantidad de secreción constituida de sangre, decidua y restos epiteliales (loquios rojos o hemáticos) que progresivamente va disminuyendo, en pocos días cambia a color café claro por su mayor contenido de agua (loquios serosos), durante la segunda semana cambian a un aspecto más espeso de tipo exudativo, con predominio de leucocitos y células deciduales degeneradas con una apariencia blanco-amarillenta y en menor cantidad (loquios blancos).

Cérvix.

Después del parto vaginal el cérvix aunque puede permanecer 2-3 cm dilatado, recupera su consistencia a los dos o tres días.

Vagina.

La vagina permanece edematosa, hipervascularizada y friable durante aproximadamente tres semanas después del parto y reaparece su típica apariencia rugosa y la involución se acompleta hacia las seis semanas.

Ovarios.

La reaparición de la ovulación y posteriormente de la menstruación es muy variable y depende en gran medida de la lactancia. Las madres que no lactan experimentan la ovulación en un promedio de 45 días y la menstruación de 7 a 9 semanas después del parto. La amenorrea de la lactancia se estima durante los primeros seis meses después del parto en mujeres con lactancia exclusiva, se cree que es por una disfunción a nivel hipotálmica de la producción de los pulsos GnRH medida por los niveles de prolactina.

Mamas.

Aumenta su congestión y hay aparición de secreción láctea. Las glándulas producen entre mil y 2 mil ml en 48 horas, por la acción de la prolactina que se manifiesta intensamente a partir del 5 día.

Cambios Sistémicos.

Una marcada leucocitosis ocurre durante y después del parto. El recuento de leucocitos alcanza algunas veces hasta 30,000/ul, con incremento predominante de neutrófilos y una relativa linfopenia y eosinopenia, sus valores pregestacionales retornan hacia el día seis del puerperio.

La concentración de hemoglobina aumenta levemente los primeros días del parto, luego disminuye hacia los días 4 y 5 hacia el día 9 alcanza los valores del final del embarazo. En la primera semana posparto el volumen sanguíneo retorna a su nivel pregestacional.

El gasto cardíaco permanece elevado durante las primeras 48 horas, luego disminuye lentamente y hacia las dos semanas regresa a su estado pregestacional.

Inmediatamente después del desprendimiento de la placenta disminuye el recuento de plaquetas pero hay una elevación secundaria en los siguientes días, con la característica de que las nuevas plaquetas tienen una adhesividad aumentada.

La concentración de fibrinógeno decrece durante el trabajo de parto, aumenta su valor hacia los días 3 o 4 del puerperio y retorna lentamente su valor normal en la semana 3.

La vejiga tiene acrecentada su capacidad y disminuida la sensibilidad al volumen, lo que ocasiona retención urinaria transitoria, principalmente en las pacientes con infusión aumentada de líquidos y oxitócina durante el parto. La función renal disminuye a los niveles pregestacionales a las 6 semanas.

Sistema endocrino ocurre disminución brusca de los niveles de estrógenos: progesterona y gonadotropinas. Hay elevación de la prolactina.

La glándula tiroídes retorna a su tamaño normal en un período de 12 semanas y los niveles elevados de tiroglobulina, tiroxina y triyodotironina regresan a sus niveles pregestacionales a las 4-6 semanas.

La curva de insulina regresa a los niveles pregestacionales dos días después del parto y la curva de glucosa vuelve a la normalidad de 8 a 10 semanas después del parto.

Pérdida de peso después del parto es aproximadamente de 5 a 6 kg. La mayoría de las mujeres alcanzan su peso habitual 6 meses después. La lactancia materna no afecta la pérdida de peso.

Temperatura corporal el primer día de puerperio puede aumentar a 38-38°C, porque ocurre la resorción de pirógenos durante el trabajo de parto. Si se prolonga la hipertermia por 2 o más días se debe descartar que exista una infección puerperal.

Pulso.

La frecuencia de pulso disminuye después del parto, por el estímulo del plexo nervioso abdominal (neumogástrico) entre 60 y 70 pulsaciones por minuto pueden considerarse normales. Si se presenta taquicardia hay que descartar anemia o infección.

Respiración.

Debe ser normal desaparece la disnea mecánica que por compresión abdominal se manifiesta durante el último trimestre del embarazo.

Presión arterial.

No se modifica a través del puerperio normal. Si ocurre hipertensión descartar, toxemia gravídica, nefropatía, hipertensión esencial. Si hay hipotensión descartar: hipotensión súpina por compresión de grandes vasos, hipovolemia, estado de choque, infección, deshidratación.

Exploración Física.

Es muy importante realizar una exploración cuidadosa de la paciente durante el puerperio, aunque debe ser integral, se debe tener especial cuidado en lo siguiente:

Signos vitales.

Tensión arterial. Detectar hipotensión que traduce un cuadro de hipovolemia, hemorragia o estado de choque; e hipertensión que puede indicar una preeclampsia una hipertensión de causa diversa.

Pulso. La taquicardia puede llamar la atención sobre un cuadro febril, hipovolemia o estado de choque.

Temperatura. La hipertermia puede traducir la presencia de un cuadro de infección, deshidratación o congestión mamaria.

Exploración de región mamaria.

Se debe investigar las condiciones de del pezón, la calidad de la secreción láctea y descartar patología aparente.

Exploración abdominal.

Se debe valorar el tono de la pared muscular, la ausencia de dolor y de distensión visceral, especialmente vesical. Se apreciara la altura del fondo uterino y la consistencia del mismo, así como la expulsión de coágulos y/o loquios a su expresión.

Exploración de la región genital.

Genitales externos. Valorar vulva, perine, episiorraña. Se evaluará loquios cantidad, color y olor.

Exploración de miembros inferiores.

Se valorará los trayectos venosos, descartar dolor o inflamación.

Evolución Clínica Del Puerperio.

El cuadro clínico varía según la etapa del puerperio: inmediato, mediato y tardío.

Durante el puerperio inmediato la paciente se encuentra agotada físicamente, además padece:

- Escalofríos
- Somnolencia
- Febrícula
- Bradycardia
- Loquios abundantes de aspecto hemático
- Coágulos sanguíneos (en ocasiones)
- Altura del fondo uterino unos 4 cm debajo de la cicatriz umbilical
- Útero muy contraído

Durante el puerperio mediato la paciente se encuentra ya recuperada.

A la exploración se encuentra:

- Temperatura, pulso normales
- Loquios serohemáticos
- Fondo úterino progresivamente más bajo
- Dolor a la contracción uterina (entortos)

-Puede existir depresión posparto en las mujeres que han tenido conflictos psicoemocionales durante el embarazo.

Durante el puerperio tardío los datos clínicos son:

- Útero de tamaño normal que ocupa la cavidad pélvica
- Loquios escasos y serosos
- Glándulas mamarias con una regularizada secreción láctea

Cuidados Maternos Durante El Puerperio.

En el servicio de recuperación permanecerá la paciente un promedio de 2 horas, durante las cuales se tendrá especial atención en:

- Control periódico de los signos vitales cada 15 minutos
- Vigilar estado de conciencia si fue administrada sedación o anestesia general
- Altura del fondo uterino y grado de contracción del útero (tono)
- Ministración de medicamento oxitócico (en caso necesario)
- Valorar cantidad de sangrado loquial y características
- Revisar las suturas vulvares y la episiorrafia con el fin de descartar hematomas

En el piso de hospitalización permanecerá de 24 a 48 horas según la evolución. Durante el cual se dará seguimiento de:

- Iniciar deambulacion temprana
- Iniciar ingesta de dieta normal y de líquidos
- Vigilar que presente evacuación intestinal y micción
- Tener los cuidados necesarios en la higiene, sobre todo de las mamas
- administrar analgésico en caso necesario

- Informar dar consejería y suministrar el método de planificación familiar
- Dar información de cuidados al recién nacido y la importancia de lactancia materna exclusiva

### Fisiología de la Lactancia

Como final del periodo preparatorio, después del parto, llega la síntesis láctea.

Se encuentra diferenciada en tres procesos claros:

**Mamogénesis:** Es el desarrollo y crecimiento mamario.

**Lactogénesis:** Iniciación de la lactancia.

**Galactopoyesis:** Mantenimiento de la secreción láctea. <sup>xii</sup>

#### **Mamogénesis.-**

La mamogénesis, es el desarrollo mamario, que se inicia en la pubertad y se completa en el embarazo. Sobre todo en sus primeras semanas.

Pero es en la segunda parte del último trimestre, cuando es completada, o en las siguientes horas del parto, con la aparición de los calostros.

#### **Lactogénesis**

Es el proceso por el cual comienza la secreción láctea. Esta se establece entre las 24 horas y el 6º día postparto y como consecuencia de la intervención de la PRL (Prolactina); indispensable

para la producción de la leche, pero también es necesario y contribuye el bajo nivel de estrógeno.

Antes del parto los niveles de PRL aumentan progresivamente, pero los Estrógeno de origen placentario, bloquean la actividad secretora del epitelio glandular, por lo que la producción de leche no ocurre hasta después del parto

La caída del nivel de estrógenos ocurre tras el parto y tiene como consecuencia el desbloqueo del tejido mamario, permitiendo que la PRL inicie la producción de leche. El descenso de la progesterona no tiene tan claro su intervención

### **Galactopoyesis**

Es el mantenimiento de la secreción láctea, una vez que se ha establecido. El mantenimiento de la lactancia requiere principalmente un mantenimiento de la succión periódica del pezón.

La succión del pezón, actúa a nivel neurohormonal causando el aumento de los niveles de PRL, pese a que no parece que estos niveles tengan que ser muy altos.

El mecanismo por el cual la succión actúa produciendo liberación de PRL, no es bien conocido. No solo hay que mantener la succión periódica sino que también, la frecuencia de la succión actúa determinadamente para mantener la lactancia. Así, si se suspende más de 12 horas, la producción de leche baja considerablemente <sup>xiii</sup>

## Diferenciación de la leche.

La leche materna presenta en su composición, variabilidad desde que comienza al final del embarazo, a segregar los llamados calostros, luego en los primeros días del parto (dos o tres) y durante la lactancia en los siguientes meses.

Generalmente se distinguen en el tiempo tres:

### 1.- Calostros

Es un líquido (que desde las últimas semanas de embarazo y tres/cuatro días después del parto) es segregado por los pechos, con abundancia en proteínas vitaminas liposolubles (A, D, K, E) y minerales, de aspecto amarillento.

Tiene un poder "protector" en la mucosa gástrica del neonato como nada inigualable en los primeros días.<sup>xiv</sup>

Facilita y ayuda a "limpiar" el aparato digestivo de restos de lanugo, células etc. por el tragado con el L. amniótico en época intrauterino.

Con ello facilita la expulsión de meconio (heces verdosas pegajosas primeras).

Favorece el desarrollo de las enzimas gástricas para acondicionar la digestibilidad posterior en su toma láctea.

Le provee de anticuerpos maternos, del que está desprovisto inicialmente, hasta que de más adulto cree su sistema inmunológico.

## **2.- Leche de transición**

Como su nombre indica, es la leche que se producen entre el calostro (5º día) y el décimo o sexto día después del parto. Su contenido en grasa y vitaminas, le confiere un mayor aporte nutricional que el calostro, y por tanto también es más rica en calorías.<sup>xv</sup>

## **3.- Leche madura**

A partir del décimo día, se segrega, este tipo de leche materna, propiamente diferenciada por su composición.

Le aporta al niño todas las sustancias nutritivas y las calorías que éste requiere para su normal desarrollo y crecimiento. Las proteínas de la leche materna son la lacto albúmina y la caseína. La caseína es una proteína que forma grandes coágulos, y es de más difícil digestión para el bebé.

La leche materna es mas baja en caseína, por esto su digestión es más fácil, y más digerible.<sup>xvi</sup>

Muchas madres lactantes encuentran dificultad para encontrar tiempo y dedicarle a la creciente demanda de alimentación durante este período de ajuste.

El hecho de comprender cómo y por qué esto sucede, y saber que es algo temporal, ayuda en gran medida. Además sabrá esos pocos días distribuir, eliminar y/o posponer otras tareas.

La madre, si ve que le ocupa mucho tiempo, debe pedir y aceptar la ayuda de otras personas para cumplir otras responsabilidades y así

disponer de tiempo libre para la alimentación de su bebé, ya que esta tarea es indispensable que la realice ella.<sup>xvii</sup>

### **Extracción**

Una forma optima de mantener la secreción en casos de que la madre tenga que separarse del hijo, es la manual, para que el nivel de producción no disminuya considerablemente.

La pregunta, surge cuando hacerlo.

Convenientemente si decides extraerte para tener un "remanente" en el congelador, debes entonces tener en cuenta la composición de la leche y seguir estos pasos:

- 1.- **Tendrás que estimular** la producción primero, para ello has de extraerte después de las tomas del bebé.
- 2.- Cuando pasado dos o tres días veas que **has experimentado esa producción**, dar solo de un pecho, y extraer del otro para congelar.

### **Conservación:**

En frigorífico puede tenerse sin perder propiedades 24 horas.

**Congelador \*\*\*:** (Dentro de un frigorífico)

### **Tiempo**

Es muy frecuente en México, que se aconseje por parte de algunos pediatras, matronas y personal de Enfermería el tiempo limitado de 10 minutos de succión en cada pecho.

Eso es rebatido en todos los foros, pero lo planteo de una manera aún más sencilla llegando a esa conclusión por deducción. No todos los bebes (como los adultos) tienen el mismo ritmo para comer, al igual

que para actuar en otras facetas de la vida. Tampoco todos los días, comemos con las mismas pautas, tiempo y necesidad fisiológica.

En ello intervienen múltiples factores, que van de los propios anatómicos, fisiológicos, de salud, de temperatura ambiental, psicológicos (contento, triste, etc.), y otros muchos

Hay bebés, que succionan como si se les fuera a quitar el pecho, con un ritmo trepidante. A esos le llamamos "tragones", descansan cuando están agotados, y las succiones se convierten en una carrera contra el reloj. Esos en menos tiempo han comido más, aunque a veces tenga regurgitaciones, pequeños vómitos por esa misma rapidez

Otros por el contrario, succionan en dos segundos y descansan 3 o 4. Les llamamos "tranquilos", estos necesitan más tiempo para comer.

Tantos unos como otros es imposible que coman la misma cantidad, cada persona nace con unas condiciones natas y diferenciadas de los demás, pese a ser de los mismos padres. Hay que dejarles que sean ellos los que determinen la cantidad y el tiempo. Ellos tendrán su propia personalidad definida que desarrollaran, y si desde el primer día intentamos que se ajusten a unas normas ya preestablecidas en cosas tan banales. Seguramente se frustraran y de más mayor intentarán ir, contra toda regla social, que si...que puede ser de vital importancia en el desarrollo de las relaciones sociales.

Por lo que deducimos que el pecho debe ser a demanda. No superando las 5 horas entre tomas, en el primer mes de vida. Teniendo en cuenta la estación. Ya que en verano el bebé puede deshidratarse por el calor.

Si el bebé pesa menos de 3.000 gramos, se le ofrecerá el pecho y se insistirá entre dos horas y dos horas y media. El motivo es sencillo. A

menor peso, menor cavidad digestiva, menor fuerza al tragar, más cansancio al comer, y menos cantidad de leche en cada tomar.

Los bebés de menos de 3 Kg., lloran menos por menor fuerza del diafragma, en la fuerza y el tono de llorar. Con lo que será preciso estar en alerta<sup>xviii</sup>

### **Postura**

El bebé debe estar situado frente al pezón, con una postura cómoda. El pezón debe alojarse al final del paladar y parte de la areola mamaria quedar atrapada en la boca, que es lo que el bebé presiona entre la lengua y el paladar para exprimir la leche situada en los senos galactóforos.

La madre debe tener una postura cómoda, con la espalda recta y apoyada (si está sentada). De ser así, deberá tener los pies en un banquito que los levante del suelo, para que la evite contracturas de la zona lumbar. Otra posición es acostada de lado con el bebé de frente.<sup>xix</sup>

### **Cinco pasos para evitar pezones doloridos y grietas**

- No presionar con los dedos en tijeras.
- Dejar la areola libre
- Rozar la boca del bebé con el pezón.
- Procura que su lengua este afuera y aprovecha para introducirle el pezón y toda la areola que se pueda.
- Si duele la mama introduces un dedo por la comisura. Abrirá la boca y podrás posicionar de nuevo la mama<sup>xx</sup>

## Beneficios para la madre

- Involución uterina más rápida, con motivo de la PRL (prolactina) precursora de niveles de oxitocina.
- Recuperación hemática por ausencia de menstruación. (disminuye la anemia).
- Eliminación más rápida de los depósitos grasos, por aumento del gasto de calorías, en la producción de leche.
- Menor riesgo de fractura de fémur en la mujer, en edades perimenopausicas y posterior.
- Menor riesgo de cáncer de mama, en la premenopausia.
- Disminuye el riesgo de cáncer de ovario.
- Ahorro de tiempo en preparar biberones.
- Es más económico.
- Facilita la unión psicológica madre-hijo.
- Eleva la autoestima de la madre.
- Disminuye la tristeza y/o depresión posparto.
- Facilita la recuperación más fisiológica del tamaño mamario.<sup>15</sup>

## FACTORES DE RIESGO

- Trabajo de parto prolongado.
- Preclampsia y eclampsia.
- Hemorragia o transfusión sanguínea en embarazo previo.
- Anemia durante el trabajo de parto.
- Parto gemelar.
- Uso de fórceps.

---

<sup>15</sup> [http://www Google.com.mx](http://www.Google.com.mx) lactancia materna exitosa

## COMPLICACIONES DEL PERIODO POSTPARTO

- **Hemorragia postparto**

Sangrado por el canal del parto en cantidad mayor a 500 ml.

### ETIOLOGIA

- 1.-Atonia uterina.
- 2.-Desgarros vaginales y del cervix.
- 3.- Retención de restos placentarios, defectos de la coagulación.
- 4.-Disminución o ausencia de fibrinógeno en la sangre.
- 5.- Distensión de la vejiga.

- **Infección puerperal**

Cualquier temperatura de 38 grados que se presente en dos días sucesivos, durante los primeros 10 días del postparto, con excepción de las primeras 24 hrs.

### TIPOS DE INFECCION

- 1.-Lesión local del perineo, vagina, cervix y endometrio.
- 2.-La infección local se puede extender a través de la circulación venosa para producir.
  - a) Tromboflebitis infecciosa.
  - b) septicemia.

- Tromboflebitis no infecciosa

#### CAUSAS

- 1.-Estasis venosa.
- 2.-Defectos de la coagulación.
- 3.-Fibrinógeno excesivo.

- Trastornos de las mamas

**Mastitis. Inflamación de las mamas.**

#### ETIOLOGIA

- 1.- ingurgitación de las mamas.
  - 2.-infección a través de las fisuras del pezón o por bacterias en los conductos galactoforos.
-

