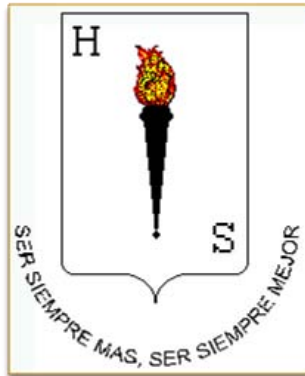


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

CLAVE 8722



TESIS

LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO, Y COMO DAR CONOCIMIENTO A LA MADRE SOBRE EL CUIDADO
DEL RECIÉN NACIDO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA

MIJARES LUZ ARA GRISEL

ASESORA DE TESIS

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN.....
2014



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.

DEDICATORIA

A DIOS

Porque gracias a él que me dio la oportunidad de seguir viva y por darme los dones del conocimiento. Sin él la vida no es nada.

Él es mi primer padre que está conmigo en las buenas y en las malas y siempre está para escucharme y sanar mi corazón.

MIS PADRES

Principalmente a mi madre que ha estado conmigo desde antes de nacer, siempre luchó por mí y mi hermano a pesar de todas las barreras que se le atravesaban.

Que a ella no le importaba desvelarse por ir a trabajar y darnos lo que ahora tenemos, que le dolía que dejarnos solos por ir a trabajar pero sabía que lo tenía que hacer para darnos de comer y vestirnos y darnos educación. Gracias por ser la mejor.

A mi padre que aunque no estuvo presente muchos años nos apoyó de una manera que fue increíble a pesar de querer regresar el tiempo no se pudo pero fue lo mejor estar con él hasta sus últimos días.

Pero sé que desde el cielo está orgulloso de nosotros como hijo que salimos adelante.

MI HERMANO

Por ser la mejor persona del mundo, ayudarme desde pequeña procurando mi bienestar.

Por seguir adelante buscando el bienestar de la familia.

Simplemente por ser mí hermano.

UNAM (EENSS, MAESTROS)

A la Universidad Nacional Autónoma de México, y sus escuelas incorporadas porque con ello nos invita con el estudio continuo y así a seguir fomentando el conocimiento.

También a todos aquellos maestros que estuvieron desde un inicio del mi ciclo académico que me apoyaron y creyeron para este crecimiento académico y llegar hasta este momento.

AGRADECIMIENTOS

La tesis que ahora se presenta nunca hubiera sido posible sin la ayuda ni colaboración asesoramiento y apoyo de muchas personas e instituciones a lo largo de este periodo de tiempo.

A la oportunidad que se me ha brindado para poder buscar información para completar esta tesis

INDICÉ

• INTRODUCCIÓN	1
• FUNDAMENTACION DEL TEMA DE TESIS.....	2
DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA.....	2
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	3
• JUSTIFICACION DE LA TESIS.....	4
• UBICACIÓN DEL TEMA.....	5
• OBJETIVOS	6
GENERAL	6
ESPECIFICO.....	6
• MARCO TEORICO.....	7
DEFINICIONES.....	7
ENFERMERIA.....	7
EMBARAZO	8
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	8
COMPLICACIONES	9
OBSTETRICIA	9
CONTROL PRENATAL	10
GINECOLOGIA	10
• HISTORIA.....	11
OBSTETRICIA PRIMITIVA.....	12
OBSTETRICIA ANTIGUA.....	12
• CONTROL PRENATAL.....	13
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO	14
EDUCACION MATERNA.....	15
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	16

• EMBARAZO DE RIESGO	19
• PARTO.....	22
MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO.....	23
LOS SÍNTOMAS DE PARTO	24
DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	26
EL CUELLO UTERINO O CÉRVIX UTERINO	27
EL TRABAJO DE PARTO REAL	28
FASES DE DILATACION DE CUELLO UTERINO.....	28
1. Fase latente o temprana de la dilatación	28
2. Fase activa de la dilatación del cuello del útero	29
3. Fase de transición de la dilatación.....	29
LAS CONTRACCIONES DE PARTO	30
LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO EN EL PARTO	31
• PUERPERIO	32
FISIOLOGÍA.....	33
ETAPAS DEL PUERPERIO	34
CAMBIOS ANATOMICOS EN EL PUERPERIO	35
PESO DEL ÚTERO	36
INVOLUCIÓN DE LA VAGINA	36
INVOLUCIÓN PERINEO	37
PARED ABDOMINAL	37
CAMBIOS MAMARIOS	37
FUNCIÓN CARDIOVASCULAR	38
FUNCIÓN ENDOCRINA.....	38
FUNCIÓN RENAL	38
FUNCIÓN GASTROINTESTINAL.....	39
FUNCIÓN TEGUMENTARIA.....	40
PESO CORPORAL	40

• PARTICIPACION DE LA ENFERMERA	41
IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL EMBARAZO ..	42
ASISTENCIA DE LA PARTURIENTA	43
SUFRIMIENTO FETAL.....	45
ASISTENCIA DURANTE LA EXPULSION	46
CUIDADOS POST-PARTO	47
DATOS DE ALARMA DE POST PARTO.....	48
• CUIDADOS AL RECIEN NACIDO.....	49
MEDIDAS PROFILACTICAS.....	49
DOCUMENTACION	50
• LACTANCIA MATERNA.....	51
ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LACTANCIA MATERNA	51
LA IMPORTANCIA DE LA SUCCIÓN EN LA LACTANCIA.....	53
VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA.....	55
HIGIENE ANTES DE AMAMANTAR	56
PUNTOS BASICOS DE HIGIENE	56
IMPORTANCIA PARA AMAMANTAR	58
• POSICIONES PARA AMAMANTAR.....	59
LA POSICIÓN CORRECTA.....	59
DATOS DE UNA POSICION INCORRECTA	60
POSTURAS HABITUALES PARA DAR DE MAMAR.....	61
POSICIÓN DE CUNA.....	61
POSICIÓN DE CUNA CRUZADA.....	61
POSICIÓN ACOSTADA	61
POSICIÓN DE BALÓN DE RUGBY	62
POSICIÓN DE CABALLITO	62

• IMPORTANCIA DEL ASEO DEL RECIEN NACIDO	63
HIGIENE AL RECIEN NACIDO	63
LOS OJOS	63
LA NARIZ	64
LAS OREJAS	64
LAS UÑAS	64
LA BOCA.....	64
LA PIEL	65
EL CORDON UMBILICAL	65
EL BAÑO.....	66
EQUIPO NECESARIO PARA EL BAÑO.....	66
• PROGRAMAS.....	68
PARA LA MADRE	68
PROGRAMA PARA LAS ENFERMERAS.....	70
• METODOLOGIA	73
TIPO DE LA INVESTIGACION.....	73
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	73
• CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS	74
• GLOSARIO	75
• BIBLIOGRAFIA	77

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo que se realizara permite dar una información de forma detallada a la profesión de enfermería para dar una atención de calidad a la mujer embarazada primigesta y hay mismo poderla orientar en los datos básicos que requerirá la mujer embarazada ya que tendrá demasiadas dudas y al no poderlas tener claras le entrara un miedo inmenso que no la ayudara para poder llevar un embarazo tranquilo.

Se dará una información donde se conocerá más a fondo la fisiología del cuerpo humano. Ya que existen cambio fisiológico cuando la mujer está en la etapa de embarazo.

También se dará una información sobre los cuidados que se le darán al recién nacido; los básicos para poder identificar algún problema que pueda detectar la madre y su bebe no corra ningún riesgo.

La información que la enfermera deberá tener es la básica que se le imparte durante la carrera y se refuerza con las actividades que realizan a diario en la práctica clínica. Y con esto podrán dar una atención de calidad a la paciente que lo necesite y poderla orientar lo mejor que pueda para que la paciente se sienta más segura de sí misma.

FUNDAMENTACION DEL TEMA DE TESIS

DESCRIPCION DE LA SITUACION DEL PROBLEMA

Se podrá dar a conocer la importancia que tiene la enfermera a cerca del cuidado de la mujer durante su embarazo y como orientarla con los cuidados del recién nacido.

Para que la información que reciba sea la indicada y con ella pueda y la paciente se sienta más segura sobre sí misma y sobre cómo cuidar a su recién nacido y no existan tabús en donde ella tenga demasiadas dudas sobre su propio cuidado y el de su recién nacido.

La comunicación es lo más importante para la mujer embarazada durante este periodo ya que siempre tendrán una angustia que las invadirá durante el momento por más información necesaria que tengan.

la enfermera debe de ser participe en estos mementos de la vida que la mujer embarazada para poder orientarla y apoyarla ya que para ella es una nueva etapa de su vida y tiene demasiadas dudas y con esto brindar una confianza para que este no se convierta en una simple relación de trabajo por parte de la enfermera sino que debe de aprender a escuchar para así mismo poder la enfermera tener un conocimiento más firme ya que cada persona percibe y recibe el embarazo desde un enfoco dependiendo de su cultura.

Cada mujer embarazada tiene miedos de diferente magnitud y para eso se requiere que una enfermera este a su lado para ayudarla afrontarlos no con el simple hecho de “todo saldrá bien” basta sino darle una leve información para que la paciente este tranquila y aparte llegue más informada a la hora del momento del parto y como podrá actuar cuando tenga a su bebe en brazos.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿Cómo participa la enfermera durante el embarazo, parto y puerperio, y como dar conocimiento a la madre sobre el cuidado del recién nacido?

JUSTIFICACION DE LA TESIS

La profesión de enfermería debe de detallar lo que está desempeñando en el campo laboral. Conforme a sus conocimientos podrá justificar su acción laboral y mencionara otra opinión que podrá ayudar a mejorar la salud del usuario y hacer reconocer más la profesión

Con este proyecto se quiere lograr fomentar el desempeño que tiene la enfermera a dar los cuidados y sobre todo a dar una información que podrá ayudar a la nueva madre.

Estos conocimientos se darán a las madres de la edad entre 18 y 30 años que sean primigestas ya que al ser su primer embarazo y su primer bebe tendrán demasiadas dudas y necesitaran una orientación tanto básica como detallada para poder dar una atención tanto de sí misma como para el recién nacido.

También se realiza con el fin que la profesión de enfermería tenga el interés de saber por qué aun existiendo diferentes fuentes de información mujeres de 18 años se embarazan sabiendo que podían tener algún riesgo o simplemente la información sobre el cuidado de un recién nacido es muy vaga.

También con esto se motivara a que se pueda dar una orientación más concreta a las paciente primigestas para que con esto no existan enfermedades que se puedan prevenir para el recién nacido y así hacer conciencia las madres primigestas para que no ocurra un embarazo no deseado o que sus hijos no cometan la misma situación que ellas.

UBICACIÓN DEL TEMA

La participación de la enfermera durante el embarazo, parto, puerperio y orientación sobre el cuidado del recién nacido.

La profesión de enfermería y la obstetricia son las dos ciencias que se enfocan en este proyecto.

La enfermería es la profesión que dará los cuidados necesarios y la información necesaria a la paciente y con esto debe tener presente la información sobre la materia de obstetricia donde le ayudara a tener ese conocimiento más claro y con ello podrá identificar alguna complicación y como brindar a la paciente una información que ella pueda entender y aplicar para su autocuidado.

Obstetricia es una rama de la medicina en donde también la enfermería se especializa para poder estar en contacto con la mujer embarazada y con esto ayudar mejor a la paciente y así mismo al equipo médico.

OBJETIVOS

GENERAL

Se podrá proponer un programa que favorezca a las madres primigestas para que se puedan orientar sobre los cuidados del recién nacido, y con esto también permita la participación de la enfermera más cercana y profunda para que se obtengan nuevos conocimientos.

ESPECIFICO

- Que la enfermera conozca la forma más adecuada de cómo podrá brindar una información específica, detallada y clara para que pueda orientar a las futuras madre.
- Que la profesión de enfermería tenga los conocimientos primordiales sobre el cuidado de la mujer embarazada y el recién nacido.
- La profesión de enfermería debe de valorar su quehacer diario para que este sea vista por la madre y tenga deseos de querer conocer más acerca de los cuidados sobre el recién nacido.
- Que la profesión de enfermería analice las situaciones más comunes donde las madres tengan dudas acerca del cuidado del recién nacido.

MARCO TEORICO

DEFINICIONES

ENFERMERIA

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

EMBARAZO

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto

Es un estado fisiológico pasajero que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

El embarazo es un proceso de la reproducción humana que comienza con el parto y el nacimiento de un nuevo ser humano.

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienza a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación y que continúa durante los meses siguientes.

(Pedraza, 2013)

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El hecho de que aun la definición se considere a este como un hecho fisiológico no significa esté exento de complicaciones y que ponga en peligro la vida de la madre y del hijo.

COMPLICACIONES

Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico.

- Síndrome de pre-eclampsia
- Eclampsia
- Síndrome de HELLP
- Edad de la paciente
- Paridad
- Hiperémesis gravídica
- Toxemia
- Hipertensión
- Proteinuria
- Aborto

OBSTETRICIA

Es la rama de la medicina que trata del nacimiento de un nuevo ser. Se ocupa de la madre y del hijo desde la gestación hasta el puerperio. La palabra obstetricia proviene de una expresión antigua latina que significa estar de pie ante esto es, atender a la madre durante el parto. Aunque el parto en si es un fenómeno normal, la mujer suele necesitar de otras personas, por lo que la asistencia obstétrica es, incluso en su forma más sencilla, tan antigua como la raza humana

CONTROL PRENATAL

Es una serie de consultas que debe de seguir la mujer embarazada durante todo su embarazo.

GINECOLOGIA

Es la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

(Cunnigham, 2011)

(Hamilton, 1978)

HISTORIA

En las sociedades las madres ayudaban a sus hijas a dar a luz.

Al evolucionar las sociedades y ser más complejas, hubo especialización en este aspecto de la medicina. Algunas madres se especializaron en la asistencia obstétrica de sus familias, y también de quienes deseaban sus servicios y buscaban su experiencia y pericia; estas mujeres se llamaron comadronas o parteras, y sus actividades se mencionan en los textos más antiguos que se conocen de Egipto Mesopotamia y Palestina al igual que de Grecia y Roma.

Las comadronas se distinguieron en toda la historia antigua y medieval por ser casi siempre mujeres, en tanto que los médicos eran varones en su mayoría, ellas se ocupaban únicamente del parto; en tanto que los médicos se dedicaban ante todo a tratar al enfermo. Pocas veces los médicos eran llamados para ayudar a una partera excepto cuando la madre sufría alguna enfermedad grave.

(Hamilton, 1978)

OBSTETRICIA PRIMITIVA

La obstetricia se inicia en el momento en que el parto deja de ser solitario para ser acompañado o auxiliado a solicitud o por compasión del primero que se aproximaba a la parturienta con intenciones de ayudarla. Posteriormente algunas mujeres que habían pasado varias veces por el trance de parir se dedicaron a prestar ayuda y así nacieron posiblemente las parteras.

La obstetricia primitiva se caracterizó, por la ausencia de conocimientos científicos y de auxilios razonables. Estaba reducida a una infinidad de maniobras supersticiosas inútiles, frecuentemente traumatizantes y bárbaras como golpes, manteos, castigos corporales a las que se sometían las parturientas,

Existía una gran variedad de remedios, brebajes, talismanes y amuletos así como frases y aforismos misteriosos; gestos y danzas con los que invocaban a los espíritus.

OBSTETRICIA ANTIGUA

Al rededor del año 1500 a.C. aparece lo que se podría llamar “Obstetricia Antigua” con las primeras prácticas sensatas, especialmente higiénicas realizadas por egipcios y judíos (primeras exploraciones genitales y operaciones obstétricas). Estos pueblos adquieren algunos conocimientos sobre las presentaciones fetales, realizan exploraciones genitales y operaciones obstétricas como la versión interna, embriotomías inclusive la cesárea después de la muerte de la embarazada. Los romanos en 715 a.C. practicaban la cesárea post-mortem.

Es sabido que la Lex Regia de Numa Pompilio que reinó en Roma desde 715 a 673 A.C obligaba a extraer el feto a toda mujer embarazada muerta o durante el parto, sin lo cual no podía dársele sepultura.

(Historia de la Obstetricia)

CONTROL PRENATAL

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En Chile en 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo

- Diagnosticar la edad gestacional

- Diagnosticar la condición fetal

- Diagnosticar la condición materna

- Educar a la madre

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma

- Nutrición materna

- Lactancia y cuidados del recién nacido

- Derechos legales

- Orientación sexual

- Planificación familiar

- Preparación para el parto

- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto.

De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea.

Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerados un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

(A, 1992)

EMBARAZO DE RIESGO

es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.

El diagnóstico de un embarazo de alto riesgo lo se determina de acuerdo a las conclusiones de los antecedentes y examen físico realizados.

Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y ésta se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular

Riesgo bajo

Gestantes en las que no se han podido identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes.

Riesgo medio (I)

- Anomalías pélvicas
- Cardiopatía I grado
- Condiciones socioeconómicas desfavorables
- Embarazo no deseado
- Estatura baja
- Control insuficiente de la gestación
- Esterilidad previa
- Fumadora habitual
- Edad inferior a 17 años o superior a 38años
- Gestante Rh-

- Gran multiparidad
- Incremento excesivo o insuficiente de peso
- Obesidad no mórbida
- Riesgo de ETS
- ITU o bacteriuria asintomática
- Riesgo laboral
- Metrorragia 1º trimestre
- Periodo intergenésico inferior a 12 meses

Riesgo alto (II)

- Anemia grave
- Cardiopatía grado II
- Cirugía uterina previa
- Diabetes gestacional
- Embarazo gemelar
- Endocrinopatía
- Obesidad mórbida
- Preeclampsia leve
- Infección materna:
- VHB-VHC Lues
- Toxoplasmosis VIH
- Pielonefritis CMV
- Estreptococoβ hemolítico
- Sospecha de malformación fetal

Riesgo muy alto (III)

- Amenaza de parto prematuro
- Cardiopatías III y IV
- Diabetes pregestacional
- Drogadicción y alcoholismo
- Malformación fetal confirmada
- Gestación múltiple
- Muerte fetal confirmada
- Muerte perinatal recurrente
- Incompetencia cervical
- Retraso del crecimiento intrauterino
- Patología asociada grave
- Placenta previa
- Preeclampsia grave
- Rotura prematura de membranas en el pretérmino

PARTO

El parto natural o vaginal es un proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebé. Su desarrollo tiene un proceso previsible, unas etapas que marcan tiempos que hay que respetar y precisa de unos cuidados necesarios para las futuras mamás. El trabajo de parto es una de las principales preocupaciones de la mujer embarazada, sobre todo, de las primerizas, las no han pasado por esta experiencia todavía.

Ser mamá es un trabajo que se aprende con la práctica y la preparación para el parto es una labor de información que ayuda a estar más tranquila y confiada cuando llegue el momento. Aunque no sepas nada acerca del proceso y de las etapas del parto, los cursos de preparación al parto pueden ayudarte en este sentido. También podrás conocer los métodos de parto alternativos, y hablar con tu médico acerca del parto que te interese o el que, en realidad, necesitarás.

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

El mecanismo del trabajo de parto es la serie de movimientos cardinales que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto.

Con fines didácticos, los movimientos cardinales del mecanismo de trabajo de parto, se han dividido en tres movimientos básicos que a su vez involucran otros movimientos. A continuación se describen:

En una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

El primer movimiento lo constituye el encajamiento, que a su vez incluye:

- a) Flexión.
- B) Orientación.
- c) Asinclitismo.

El segundo movimiento lo constituye el descenso que a su vez incluye la rotación interna.

Por último la expulsión o desprendimiento, está conformada por:

- a) Extensión.
- B) Restitución.
- c) Rotación externa.
- d) Desprendimiento de los hombros.
- e) Nacimiento del resto del producto.

LOS SÍNTOMAS DE PARTO

El nacimiento de un niño es motivo de alegría e inquietud. La mayoría de las mujeres dan a luz entre la semana 38 y 42 de su embarazo. Sin embargo, no es posible saber exactamente cuándo comenzarán los dolores de parto. El nacimiento por lo general ocurre 2 semanas antes o después de la fecha estimada.

Al presentar cualquiera de estos síntomas no dude en llamar al médico ya sea de día o de noche ya que podrá salvar la vida de su hija e incluso la propia de la madre.

- Las contracciones se produzcan a cada 5 o 10 minutos.
- Ruptura de membranas, salga un líquido de color marrón verdoso oscuro con manchas.
- cuando note manchas de sangrado vaginal.
- No pueda caminar ni hablar durante las contracciones.

Síntoma	Lo que es	Cuándo sucede
Siente que el bebé está más bajo	<i>Distensión abdominal.</i> Esto ocurre cuando la cabeza del bebé se asienta más profundamente en su pelvis.	Unas semanas a unas horas antes de que comiencen los dolores de parto
Mayor secreción vaginal (transparente, rosa o con rastros de sangre)	<i>Secreción.</i> Un tapón de secreciones se ha acumulado en el cérvix durante el embarazo. Cuando el cerviz se dilata, el tapón es empujado hacia la vagina.	Varios días antes de que comiencen los dolores de parto o al comienzo del parto
Descarga de flujo acuoso de la vagina, suave o intensa	<i>Ruptura de membranas.</i> El saco lleno de fluido que rodeaba al bebé durante el embarazo se rompe (se "rompe la bolsa de agua").	Desde varias horas antes de los dolores de parto hasta cualquier momento durante el parto
Patrón de calambres regulares que se perciben como un dolor de espalda agudo o dolores menstruales	<i>Contracciones.</i> El útero se contrae y relaja. Las contracciones aumentan a medida que progresa el parto y puede causar dolor cuando el cérvix se abre y el bebé pasa a través del canal de nacimiento.	Al comienzo de los dolores de parto

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

El proceso de parto suele durar de 8 a 12 horas, aunque existen excepciones. Todo depende del estado de la mamá y del bebé. El trabajo de parto se inicia con las primeras contracciones provocadas por el borramiento del cuello uterino hasta que desaparece por completo. Las contracciones suelen ocurrir cada 20 o 30 minutos, y tienen una duración aproximada de 15 a 20 segundos cada una.

Una vez desaparecido el cuello del útero, las contracciones aumentan debido a la dilatación progresiva del cuello que deberá presentar una apertura máxima de 10 cm para que pueda dar paso al bebé. Hasta que el bebé salga, este proceso suele durar aproximadamente de 6 a 8 horas, dependiendo si es o no el primer parto de la madre.

EL CUELLO UTERINO O CÉRVIX UTERINO

Es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina, y es un componente anatómico exclusivo de la hembra de los mamíferos. Esta apertura o hueco deja que salga la sangre del útero durante la menstruación (período). También deja que entren los espermatozoides al útero y a las trompas de Falopio.

La única forma de diferenciar el trabajo de parto en su etapa temprana del verdadero trabajo de parto es por medio de un examen interno del cuello del útero. Las contracciones del verdadero trabajo de parto se tornan más fuertes, es difícil hablar en el transcurso de las mismas, tienen una duración más larga y se vuelven más frecuentes a medida que el trabajo de parto avanza. Estas contracciones harán que el cuello del útero se vaya adelgazando y abriendo y motivarán al bebé a bajar más a través de la pelvis.

EL TRABAJO DE PARTO REAL

Contracciones

- Pueden ser irregulares al principio
- Generalmente se tornan regulares
- Se van haciendo más prolongadas, más fuertes y más frecuentes
- Caminar, generalmente las hace más fuertes
- Recostarse no hace que desaparezcan
- Casi siempre comienzan en la espalda y se mueven hacia el frente

Cuello del útero

- Cambia al hacerse más delgado (borrado) y empieza a abrirse (dilatarse)

FASES DE DILATACION DE CUELLO UTERINO

1. Fase latente o temprana de la dilatación

Empieza cuando el cérvix, que permanecía cerrado, comienza a dilatarse hasta 2 o 3 centímetros, algo que normalmente ocurre estando en casa. Antes de dilatarse, el cuello del útero, de longitud normalmente superior a 3 centímetros, debe pasar por el proceso de acortamiento progresivo denominado borramiento. Es decir, se acorta antes de abrirse. Las contracciones son aún suaves y se repiten cada 15 ó 20 minutos con una duración de entre 60 ó 90 segundos.

Cuando las contracciones son más seguidas y se repiten cada 5 minutos, es el momento de acudir al hospital. En ocasiones se produce una expulsión de fluido mucoso por la vagina debido al desprendimiento del tapón mucoso.

2. Fase activa de la dilatación del cuello del útero

El cuello del útero se dilata entre 4 y 8 centímetros. Las contracciones se producen cada 3 minutos y son más intensas. Esta es la fase generalmente más molesta del proceso.

3. Fase de transición de la dilatación

Se produce la dilatación total del cérvix hasta los 10 centímetros. Las contracciones se repiten cada 2 ó 3 minutos con una duración de 1 minuto. Esta última fase de la dilatación es muy cansada porque la intensidad de las contracciones aumenta. Los últimos centímetros de dilatación se suelen producir en un espacio de tiempo muy breve. En ocasiones, la mujer puede sentir mareos, náuseas, ganas de evacuar, dolor en el recto y calambres en los glúteos.

Para controlar las ganas de empujar en esta fase, la mujer debe practicar la respiración de jadeo. También puede utilizar otras técnicas de respiración o relajación para controlar el dolor cada vez más intenso de las contracciones, siempre que no se le haya administrado analgesia epidural.

LAS CONTRACCIONES DE PARTO

Una vez que se ha iniciado el proceso de dilatación del cuello uterino, generalmente, es normal empezar a sentir contracciones suaves cada 10 o 15 minutos, con una duración media de 20 segundos. En este momento, la abertura de tu útero será de casi dos centímetros. Las contracciones siguen, y se van intensificando. Suelen obedecer al siguiente ritmo:

- Contracciones a cada 5 minutos, con duración entre 30 y 40 segundos, dilatación de casi 5 cm.
- Contracciones a cada 3 o 4 minutos, con duración de 40 a 45 segundos, dilatación de unos 6 cm.
- Contracciones a cada 2 o 3 minutos, con duración de 45 a 50 segundos, dilatación de 8 cm.
- Contracciones a cada 1 o 2 minutos, con duración de aproximadamente 1 minuto, dilatación de casi 10 cm.

Cuando se llegue a esta etapa, tendrá poco tiempo entre una contracción y otra para recuperarse. Puede sentir una sensación de calor, estiramiento y ardor en la vagina, acompañado de sudoración alrededor de la boca.

LA EXPULSIÓN DEL PRODUCTO EN EL PARTO

Cuando el cuello alcance los 10 cm de dilatación, se inicia el proceso de expulsión del bebé. Las contracciones se alejarán y se presentarán cada 2 o 3 minutos. Seguramente el médico, cuando estés preparada, te pida que hagas pujos para empujar el bebé hacia el exterior. En esta fase, la cabeza del bebé penetra en el canal de parto y va bajando hasta el periné realizando un movimiento de rotación interna.

Cuando el médico consiga ver 3 o 4 cm de la cabeza del recién nacido, te practicará, si necesario, la episiotomía (un corte en la zona del periné a la entrada de la vagina) para facilitar la salida del bebé, y evitar desgarros por el esfuerzo y la presión del bebé. El médico te pedirá que continúes empujando a tu bebé y, una vez que salga un hombro y luego el otro, el resto del cuerpo saldrá sin esfuerzo por sí mismo. Y en este momento sentirás dolores, pero el sentimiento de alivio será intenso y podrás disfrutar de la alegría porque, ¡tu hijo acaba de nacer! El parto se termina con la expulsión de la placenta

PUERPERIO

Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre-grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento

La palabra puerperio procede etiológicamente de los vocablos latinos puer (niño) y peri (alrededor de).

De este modo, la expresión hace referencia al momento biológico que sucede tras el nacimiento y que presenta una serie de características propias que diferencian esta etapa del resto del proceso reproductivo.

En la actualidad, debido a la reducida morbilidad, se considera al puerperio una fase poco conflictiva desde una perspectiva sanitaria. Sin embargo, hasta las primeras décadas del siglo pasado representó una fase de alto riesgo obstétrico, siendo las infecciones y las hemorragias las principales causas de muerte en este periodo.

En cuanto a las infecciones, se considera a Semmelweis el primero en vencerla fiebre puerperal, tras haber establecido en los hospitales el lavado de manos como medida antiséptica de especial interés que se realizará antes de llevar a cabo cualquier maniobra obstétrica. Sometida a control la infección puerperal, hoy en día es la hemorragia de causa obstétrica la principal causa de muerte en el puerperio, siendo ésta de tendencia descendente en los países desarrollados.

FISIOLOGÍA

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, finaliza tras la aparición de la primera menstruación.

Abarca, aproximadamente, un periodo de 6 semanas caracterizado no sólo por cambios físicos, sino también psicológicos y familiares. Estos cambios suponen para la mujer un proceso de adaptación a la involución de todas las modificaciones anatomofisiológicas, del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como la instauración de la lactancia materna.

La valoración y el cuidado que dé un buen profesional de enfermería a la mujer que se encuentre en esta etapa deben incluir tanto un enfoque fisiológico como psicosocial, otorgando mayor relevancia a aquel aspecto que en función de las necesidades de cada momento lo requiera.

El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase.

ETAPAS DEL PUERPERIO

1. **Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
2. **Puerperio Mediato o Propiamente Dicho:** abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.
3. **Puerperio Alejado:** se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización.
4. **Puerperio Tardío:** puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.

CAMBIOS ANATOMICOS EN EL PUERPERIO

Anatómicas suelen estar involucionadas al final de la sexta semana del puerperio con el retorno a la normalidad del organismo de la mujer, en especial el aparato genital. Se considera que la fisiología reproductiva está normalizada con la aparición de las primeras menstruaciones.

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero). La contracción del útero permite la inserción de la placenta mediante las ligaduras de Pinard, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para expulsar los coágulos y asegurar la homeostasia, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos).

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.

La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo.

- Los loquios

Exudado útero vaginal, constituido por hematíes, células deciduales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

- Lochia rubra:

Cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular decidual y trofoblástico.

- **Lochia serosa:**

Hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.

- **Lochia alba:**

Los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias. Al finalizar la tercera semana desaparecen, aunque puede observarse la persistencia de una secreción de color amarronado.

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución.

PESO DEL ÚTERO

El peso del útero se reduce de forma progresiva, pasando de 1'5 kg después del parto hasta los 100 g a las seis semanas del puerperio.

Involución del cuello uterino Inmediatamente después del parto está blanda y dilatada. El cuello uterino vuelve a su tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia (separación).

INVOLUCIÓN DE LA VAGINA

La vagina se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa (acumulación excesiva de líquido en el tejido) con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad a la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación

INVOLUCIÓN PERINEO

La vulva permanece edematosa durante unos días posteriores al parto; si se ha practicado episiotomía (incisión en el periné de la mujer) o si se ha producido un desgarro.

Si no aparecen complicaciones, cicatriza a los seis o siete días.

PARED ABDOMINAL

Permanece blanda y flácida debido a la distensión, paulatinamente se recupera el tono, que dependerá en gran medida de la consistencia muscular previa al embarazo y del ejercicio de recuperación postparto. Los ligamentos y músculos de la pelvis pueden recuperar su posición a las cuatro o seis semanas.

CAMBIOS MAMARIOS

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad. No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Este hecho incide en el descenso del hematocrito, iniciado con las pérdidas de sangre producidas durante el parto (alrededor de 400 ml en el parto normal).

Las dos primeras semanas del puerperio son un periodo de riesgo de insuficiencia cardíaca sobre todo en mujeres con enfermedad cardíaca y con reserva cardíaca limitada, debido a la combinación de cambios hemodinámicos y al consecuente aumento del gasto cardíaco.

Hay un descenso de leucocitos, de la velocidad de sedimentación globular, de los factores trombotéticos y del fibrinógeno.

FUNCIÓN ENDOCRINA

Los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina disminuyen.

Con la lactancia tiene lugar un aumento inicial de prolactina.

Se puede producir una recuperación en la producción de estrógenos hasta cifras similares a las previas antes de la gestación y también puede producirse la ovulación.

FUNCIÓN RENAL

La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto.

Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que comporta una disminución del deseo miccionar y una mayor capacidad vesical.

La distensión vesical y la retención urinaria pueden causar una hiperdistensión de la musculatura de la vejiga. Ésta, también puede producirse debido a alguna lesión traumática del parto

FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana.

Los siguientes factores inciden en la necesidad de eliminación favoreciendo el estreñimiento:

- Enema preparto.
- Restricción de líquidos durante el trabajo de parto.
- Fármacos administrados durante el parto y el alumbramiento.
- Dolor causado por la episiotomía y las hemorroides, que puede frenar la defecación.
- Signos vitales

(Temperatura corporal, pulso)

Después del parto el pulso presenta a menudo una bradicardia transitoria con una frecuencia de hasta 50 lat. /min. Esta situación no se extiende más de 24 horas.

Una vez sucedido el parto, la temperatura normal es de entre 36'5°C y 37°C, no sobrepasa los 38°C. A las 24 horas después del parto puede aparecer un pico febril, sin que tenga ningún significado de anormalidad ya que responde a la subida de la leche

. Si aparece una elevación de temperatura persistente con taquicardia, puede alertar de la presencia de un foco infeccioso.

- Presencia de diaforesis (secreción de sudor)

La transpiración aumenta a causa de la gran necesidad de eliminar el incremento de líquidos del embarazo, es común que tengan lugar episodios de intensa diaforesis nocturna.

FUNCIÓN TEGUMENTARIA

Las estrías cambian de aspecto y son menos visibles por su color blanco nacarado; generalmente no desaparecen por completo.

La línea negra del abdomen (se extiende longitudinalmente desde la sínfisis del pubis al ombligo), el cloasma gravídico (cambio pigmentario de la piel, normalmente se manifiesta como parches de coloración amarilla o marrón) y la pigmentación oscura de las areolas y pezones desaparece en pocos días.

PESO CORPORAL

La pérdida de peso en el puerperio puede hacer que la mujer regrese a su peso anterior (descendiendo hasta entre 10 y 13kg). Esta pérdida se compone del peso de:

- Feto y placenta.
- Líquido amniótico y pérdida hemática.
- Elevada transpiración durante la primera semana.
- Involución uterina y loquios.
- Poliuria

La mujer que lacta no llega a su peso normal hasta que cesa la lactancia

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA

La participación del personal de enfermería en los cuidados del embarazo es de suma importancia ya que orienta, educa y acompaña a la mujer embarazada en el proceso de gestación, trabajo de parto, alumbramiento y puerperio; llevando consigo una estrecha relación entre enfermera-paciente.

Durante la atención prenatal la educación para la salud de la embarazada permite que la usuaria asemeje la información donde pueda descubrir y asimilar los beneficios que se le instruyen para obtener con una sensación de dominio de la situación, con todo ello se intenta disminuir el grado de temor que acompaña al embarazo, parto, puerperio y un hijo saludable.

La actuación de la enfermera en la asistencia al parto normal se concibe actualmente, como una estrategia para la reducción de la morbilidad y de la mortalidad materna y perinatal. Es evidente que la actuación de la enfermera en la atención del parto es poco significativa. Mientras tanto, lo que se sabe empíricamente, y lo que también ya es vehiculado, es que la estimativo del número de partos acompañados por enfermeras es bastante mayor, y que existo uno laguna entre los datos sobre quién acompaña de hecho el parto, y lo que es registrado o notificado.

Los cuidados en el embarazo es responsabilidad vital de las enfermeras, en especial durante la atención primaria, porque permite la detección y atención oportuna de factores de riesgo por medio de estrategias básicas; la vigilancia del incremento de peso, presión arterial, orientación en aspectos relacionados con la alimentación son básicos para el cuidado de la futura madre y de ello dependerá el crecimiento del feto

(F., 2000)

IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERIA DURANTE EL EMBARAZO

Las enfermeras especializadas en obstetricia entienden la importancia de garantizar una madre y un bebé sanos. Para diseñar un plan de cuidado de enfermería a la medida para el embarazo, es necesario tener una línea de fondo de la condición de la embarazada o del paciente postparto, si tiene hemorragia, Preeclampsia o embarazo ectópico, por nombrar algunas. Un plan de cuidado efectivo para las pacientes embarazadas incluye valoración, promocionar la autonomía y enseñar a la paciente.

el proceso de cuidado, es lo que las enfermeras usan para establecer un punto de partida sobre la información para los pacientes. Este comienza con una visión general desde la cabeza a los pies. Evalúa la cabeza y el cuello de la paciente, notando cualquier nódulo linfático alargado, tiroides u otras deformaciones. Baja para comprobar el ritmo cardíaco y la respiración e informar sobre cualquier señal de falta de respiración. También se debe documentar la altura del fondo uterino y la evaluación fetal. Presta especial atención a cualquier edema en las extremidades o informes subjetivos de dolor en las pantorrillas. Los resultados del laboratorio también se revisan y documentan.

A medida que la embarazada observa cómo cambia su cuerpo, podría comenzar a sentir una pérdida del control de su cuerpo o de bienestar. Un plan de cuidado reconoce y respeta esos sentimientos, mientras se centra en promover la autonomía de la paciente. Las intervenciones que la paciente puede llevar a cabo se deben incluir en el plan de cuidado. Por ejemplo, si un objetivo particular en el plan de cuidado manifiesta que la paciente no tendrá náuseas ni vómitos en su tercer trimestre, una intervención de la paciente podría incluir evitar áreas con olores fuertes u ofensivos y comer galletas saladas. Esto permite a la paciente sentirse activa y más implicada en su propio mantenimiento de cuidado saludable.

Los planes de cuidado de enfermería para embarazadas suelen incluir la educación de la paciente enumerada como un objetivo y como una intervención de enfermería. Enseñar a la paciente embarazada la forma de reconocer los síntomas normales y anormales en su cuerpo proporciona una línea extra de defensa contra los riesgos de la salud fetal que de otra forma podrían no notarse o tratarlos demasiado tarde. También ayuda a las futuras madres a sentirse más cómodas con el proceso de nacimiento y la vida postparto. Esto podría incluir información sobre la dieta adecuada, los riesgos y los beneficios de los medicamentos y las actividades que se deben evitar durante el embarazo e inmediatamente en el postparto. La enseñanza de la paciente también incluye información sobre las opciones de alumbramiento, lactancia materna y alimentación con biberón.

ASISTENCIA DE LA PARTURIENTA

Al pasar los meses del embarazo, la mujer espera con impaciencia creciente el momento en que comenzara el parto. Se le indicara que avise de inmediato al médico y/o enfermera si comienzan las contracciones y si son regulares, se le rompe la fuente o expulsa el tapón de moco. En un día comienza todo este proceso.

El útero adquiere firmeza durante algunos segundos y después de ello se relaja, sin causar dolor, lo que indica el comienzo del trabajo de parto.

Aumentan la frecuencia de las contracciones, las que duran algunos segundos más, y adquieren más intensidad.

La vigilancia de la enfermera incluye la observación, valoración, planeación, ejecución y evaluación.

La observación:

- Observar las contracciones a intervalos de 30 minutos o menos para vigilar su duración, intensidad y frecuencia.
- Medir con frecuencia los signos vitales maternos
- Observar la secreción vaginal (color, cantidad, consistencia)
- Se auscultan los latidos cardiacos fetales, cada 15 o 30 minutos.
- Se vigilara su diuresis
- Vigilar el estado emocional de madre
- Vigilar los tipos de dolor, tomando en cuenta localización, duración, intensidad y carácter.
- Color de tegumentos.

También deberá de vigilar los signos de alarma como:

- Cambios en los latidos fetales
- Hemorragia vaginal de cualquier magnitud
- Salida de meconeo
- Contracciones uterinas persistentes
- Sufrimiento fetal

SUFRIMIENTO FETAL

Es la situación clínica que se presenta en el feto y que indica una falta de oxígeno y que pone en peligro la vida fetal.

Para llegar al diagnóstico correcto de sufrimiento fetal se deben consultar dos o más parámetros anormales del monitoreo fetal (incluye: frecuencia cardíaca fetal, movimientos del feto, líquido amniótico, pH sanguíneo y perfil biofísico), ya que un solo parámetro es insuficiente no válido para detectar sufrimiento fetal.

La hipoxia por sí misma es capaz de producir daños fetales severos o dejar secuelas permanentes en el feto por lo que al hacer el diagnóstico de sufrimiento fetal debemos actuar de inmediato tratando de revertir la hipoxia fetal o bien terminando el embarazo ya sea por parto vaginal rápido o por operación cesárea.

(Manual de obstetricia)

(Peritanologia)

ASISTENCIA DURANTE LA EXPULSION

La enfermera que trabaje en la sala de partos debe conocer y comprender las técnicas de asépticas, esto es, la forma de trabajar con material estéril sin contaminarlos. También la forma de operar todo el equipo en el cuarto estar familiarizada con el trabajo de parto y la expulsión conocer la terminología obstétrica y anticipar y satisfacer las necesidades de la paciente. Tomando en cuenta la importancia de un ambiente estéril y la necesidad de cuidar la intimidad de la madre el número de personas que puedan permanecer en la sala de expulsión se reduce a los a los que realmente tienen un papel específico que cumplir hay.

En la sala de expulsión la paciente es el centro de todas las actividades; presenta ya contracciones más frecuentes, por lo que uno de los aspectos al que se da preferencia es la anestesia;

La paciente se colocara en posición de litotomía.

Las piernas de la paciente son incluidas unas botas especiales para protegerlas de los estribos de metal de la mesa de expulsión. Después se elevara elevaran a la posición adecuada y fija. Es necesario impedir la presión excesiva en nervios y vasos sanguíneos de las extremidades.

Después de limpiar a la paciente se ayudara al médico para que pueda ser vestido con material estéril y brindarles el material adecuado.

CUIDADOS POST-PARTO

- Signos vitales por turno
- Oxígeno por catéter nasal
- Posición de cubito lateral izquierdo o semifowler
- Ayuno
- Vendaje de miembros inferiores
- Aseo diario de la herida quirúrgica
- Terapia física de tórax con ejercicios respiratorios.
- Fiebre (temperatura >38°C)
- Hemorragia profusa por vía vaginal
- Loquios malolientes
- Signos inflamatorios locales
 - Mamas
 - Episiotomía
 - Extremidades inferiores
- Dificultad o problemas respiratorios
- Clínica urinaria

(MarcadorDePosición1) (Index de enfermería, 2005)

(Juarez, 1997)

(revista de posgrado de la catedra VI a medicina N° 100, 2000)

(Dr Carlos Alberto Cassella, 2000)

(Perez)

DATOS DE ALARMA DE POST PARTO

El organismo de la mujer debe continuar en vigilancia médica después del parto, para garantizar el estado óptimo de salud de la madre, especialmente si durante su embarazo se presentaron situaciones de alto riesgo, se mantuvo con presión alta, hemorragia o infecciones.

Sangrado vaginal abundante con coágulos, en los primeros siete días.

- Fiebre, escalofríos, loquios (líquidos que salen por la vagina) con mal olor o aspecto purulento, dolor en la cadera o en la parte baja del abdomen, que pueden ser manifestaciones de infección puerperal.

- Fiebre, escalofríos, dolor, hinchazón y enrojecimiento de la herida de cesárea o del corte vaginal.

- Hinchazón y dolor, con o sin fiebre, en el trayecto de las venas de las piernas.

- Fiebre, escalofríos, dolor, hinchazón y enrojecimiento de alguno de los senos.

CUIDADOS AL RECIEN NACIDO

- limpias vías áreas con una perilla
- Que respire y llore al nacer
- Sexo
- Perímetros cefálico
- Perímetro torácico
- Perímetro abdominal
- Pie
- Talla
- Peso
- Puntuación Apgar
- Índice edad gestacional
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Termorregulación
- Coloración cutánea
- Evacuación intestinal
- Evacuación urinaria

MEDIDAS PROFILACTICAS

- aplicar dos gotas en cada ojo de cloranfenicol
- aplicar vitamina k intramuscular
- Mantener eutermia
- Cubrirlo del medio ambiente, con compresas y cobertor pediátrico
- Limpiar si es necesario

DOCUMENTACION

- Colocar pulsera de identificación con apellidos de la madre
- Llenado de hojas del recién nacido de acuerdo a la institución (apellidos de la madre, sexo, hora de nacimiento, peso, talla, huella del pie del recién nacido, huella del pulgar de la madre, apgar, nota de enfermería.)

Durante sus primeras horas se vigilara el cordón umbilical que no esté sangrando en caso de que este sangrando se vuelve a pinzar se vigila misión, evacuación coloración de la piel temperatura succión y alimentación Seno materno

Posteriormente se le hará un llenado de certificado para que este pueda ser registrado ante el registro civil.

Este tiene que ser con datos sin ninguna falta de ortografía ya que al haberlo podrá haber problemas más adelante.

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura.

Es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de sanitarios y presiones comerciales han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LACTANCIA MATERNA

Las mamas son glándulas secretoras de leche comunes a todos los animales mamíferos, tienen dos tipos de tejido:

- 1) Tejido glandular (que fabrica leche)
- 2) tejido de soporte, grasa, ligamentos y vasos sanguíneos

Cada mama tiene alrededor de 20 segmentos de tejido glandular del cual parte un conducto galactóforo hacia el exterior a través del pezón.

A los segmentos glandulares los sostienen los ligamentos que también sujetan a la glándula a otros tejidos del cuerpo.

En la punta del pezón están los nervios sensitivos, alrededor de los conductos galactóforos, hay otra red de terminaciones nerviosas son nervios sensitivos que llevan la sensación de mamar por vía del nervio vago al hipotálamo en el cerebro

Los alvéolos están constituidos por una capa de células glandulares epiteliales productoras de leche Envuelta, alrededor de los alveolos hay

una red de células musculares o mioepiteliales que tienen forma de estrella, estas células se contraen y expulsan la leche, esta reacción se debe que a veces puede fluir la leche sin que el bebé mame. Alrededor de los alvéolos hay también una red de vasos capilares que se encargan de suministrar a las células productoras de leche los nutrientes necesarios para la síntesis láctea.

La lactancia o secreción de leche es resultado final de factores que interactúan unos con otros y que incluye el desarrollo del tejido de las mamas y su sistema de conductos, principalmente bajo las influencias de hormonas como los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario humano.

Adicionalmente la hormona PL estimula las células alveolares al comenzar la lactogénesis o producción de leche, por lo que en la última parte del embarazo las mamas secretan calostro, un líquido espeso y cremoso.

Después del nacimiento hay una disminución rápida de los agentes inhibidores de la prolactina, las hormonas estrógenos, progesterona y hormona PL lo que provoca un brusca secreción de esa hormona. Ésta última estimula la producción de leche, la que a vez es aumentada por la succión de la criatura. La succión también hace que la hipófisis posterior libere oxitocina que produce el reflejo de bajada de la leche, que libera leche hacia las mamas.

Además la oxitocina hace que el útero de la madre se contraiga ayudando a la involución después del parto. Una vez que se ha establecido a la lactancia, la succión es el estímulo más importante para mantener la producción de leche.

Al tercer o cuarto día del puerperio, es evidente el efecto de la prolactina sobre el tejido de los senos. La hormona está presente en cantidades

suficientes para provocar el aumento de volumen de los vasos sanguíneos y linfáticos o ingurgitación de los senos. En este momento, la leche sustituyó al calostro.

LA IMPORTANCIA DE LA SUCCIÓN EN LA LACTANCIA

Todos los bebés nacen con dos reflejos muy definidos y muy fuertes que son los que le permiten alimentarse del pecho de la madre. Uno de ellos es algo así como un reflejo de orientación llamado “reflejo de búsqueda”, que hace que él bebe busque el pezón de la madre cuando se encuentra cerca. Toda mamá puede ver, por ejemplo, que cuando roza la mejilla del niño con su pecho, éste busca inmediatamente el pezón y abre su boquita.

El segundo reflejo, también muy fuerte, es el reflejo de succión. Desde que nace, la boca del niño está lista para “llamar” al alimento que necesita con adecuados movimientos de músculos y de su lengua.

Esa succión es la que pone en funcionamiento el sistema mamario para producir la leche. La succión no sólo hace que se produzca la leche, también provoca que el tejido muscular que rodea la glándula mamaria de cada seno se contraiga para que la leche baje hacia el pezón.

Es importante destacar que la succión es lo único que induce la producción de leche. Esto ocurre porque la succión es como el arrancador que pone en marcha un motor. Cuando el niño mama, el mensaje llega a una glándula que se llama hipófisis. Ante el estímulo de la succión la glándula segrega dos tipos de hormonas.

Una de ellas, llamada prolactina es la que estimula la producción de la leche en las glándulas mamarias.

La otra hormona se llama oxitocina y, siguiendo el mismo camino, es la que “estruja” o “exprime” la glándula para que salga la leche hacia el exterior. A mayor succión, mayor producción de leche.

La leche materna fortalece el sistema inmunológico (las defensas) de los niños y ayuda a que tenga buena digestión. Los bebés que no maman tienen menos defensas y se enferman más. En el mismo sentido, se destaca que las primeras diarreas se producen cuando el niño empieza a usar el biberón.

La leche materna posee todos los nutrientes necesarios para el adecuado desarrollo físico y mental de los niños. Es de muy buena calidad, el organismo se encarga de sacar lo que más puede de la madre. Lo ideal es que la madre esté muy bien nutrida desde antes del parto para soportar las necesidades de calcio.

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

- Fortalece los lazos entre la madre y el niño a través del contacto físico.
- Otorga seguridad y confianza al niño al estar en el regazo de la madre.
- Es gratuita.
- Da seguridad alimentaria por lo menos los seis primeros meses de vida.
- Es una práctica cómoda porque la madre no debe preparar ni calentar la leche
- Es higiénica, no contiene gérmenes.
- Está siempre a la temperatura perfecta.

Finalmente, cabe resaltar que la única forma de aumentar la producción de leche es amamantado más seguido al bebé y sobretodo que todos los lactantes tienen derecho a recibir leche de la madre durante la primera media hora después del nacimiento y los 6 primeros meses de forma exclusiva.

(Josefa Aguayo Maldonado, 2000)

(Asistencia Materno Infantil De Enfermería, 1978)

HIGIENE ANTES DE AMAMANTAR

Antes de dar alimento al recién nacido la madre debe de realizarse una previa higiene de seno.

Hay que observar una prácticas de higiene normales y lógicas, poniendo más cuidado, si cabe, cuando se trata de sacarnos leche con un sacaleches ya que, si en muchos casos el sistema inmunitario del bebé aguanta perfectamente unas pocas bacterias comunes, en el caso de guardar la leche, las bacterias podrían reproducirse en gran número durante el tiempo que pasa entre la extracción y la toma.

PUNTOS BASICOS DE HIGIENE

- Lávese las manos siempre antes de dar el pecho a su hijo, antes de tocarse el pecho y antes de sacarse leche con su sacaleches.
- Para la higiene de los pechos, una ducha diaria es suficiente no siendo necesario lavar el pezón antes ni después de cada toma. Un lavado excesivo de los pezones podría llegar a irritarlos produciendo molestias durante la lactancia o el uso del sacaleches.
- Es recomendable el uso de discos absorbentes de lactancia. Estos discos se colocan entre el pecho y el sujetador, manteniendo el pecho limpio de escapes de leche y evitando que se ensucie la ropa. También mantienen el pecho y la ropa secos protegiendo los pezones de la humedad y la rozadura con la ropa.

- No recomendamos el uso de cremas para las grietas en los pezones. Su escasa efectividad y el hecho de que hay que limpiarlas muy bien antes de amamantar al bebé o de sacarse leche hacen que en muchos casos el pezón se irrite más con su uso.
- Procure no llevar ropa apretada ya que esta opresión sobre los pechos disminuye la producción de leche.

IMPORTANCIA PARA AMAMANTAR

Amamantar no duele y es placentero para la madre y su bebé. Una buena posición al pecho permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el bebé se queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia.

Si hay dolor es signo de que la postura se ha de corregir. En este caso se puede romper el vacío de la boca del bebé metiendo un dedo por la comisura de su boquita y comenzar de nuevo.

Puede parecer complicado entender tantos pequeños detalles, y se simplifica bastante si tenemos presente en todo momento que para amamantar hay que abrirse mutuamente, abandonarse, dejar fluir, sentir, amar. Amamantar es algo más que hacer pasar la leche con eficacia desde la glándula mamaria a la boquita del bebé, es una forma de expresión de amor.

En su raíz árabe, la palabra amamantar viene de amalgamar, significa transformación, madre y criatura se transforman

POSICIONES PARA AMAMANTAR

LA POSICIÓN CORRECTA

Lo primero que hemos de saber es que no hay una única postura para dar de mamar.

Cada madre utiliza la que se adapta mejor a sus preferencias o a sus circunstancias, pero para evitar problemas tanto a la madre (dolor, grietas) como al niño (gases, vómitos, etc.) y conseguir que el bebé mame mejor y nosotras estemos más relajadas y cómodas debemos ponerlo al pecho en una posición correcta.

Para que el bebé se coja bien, acerca sus labios al pecho ayudándole a encontrar el pezón (puedes estimularlo acercando el pezón a su nariz). Cuando abra completamente la boca acerca el niño al pecho y no el pecho al niño. La boca del bebé debe abarcar el pezón y la mayor parte de la areola y su lengua debe estar debajo del pecho. En este momento, los labios del bebé sobresalen hacia fuera, la barbilla está contra el pecho y la nariz se apoya en él pudiendo respirar igualmente.

- Colocar al recién nacido a 45 grados centígrados del pecho.

DATOS DE UNA POSICION INCORRECTA

La posición incorrecta se produce cuando el bebé mama sólo del pezón, esto lo daña causando dolor y grietas a la vez que se impide vaciar bien el pecho, provocando ingurgitación, inflamación y, a veces, mastitis por no vaciarse bien el pecho. El bebé necesita mamar más tiempo (30 minutos o más) y nunca suelta el pecho por sí mismo.

- Más areola por debajo de la boca que por encima, o la misma cantidad por encima que por debajo
- La boca del bebé no está bien abierta.
- El labio inferior está doblado hacia adentro.
- El mentón no toca el pecho.
- Las mejillas del bebé se hunden hacia dentro mientras mama, succión rápida y ruidosa (chasquidos).
- El pecho está tirante como si lo estiraran durante el tiempo que mama.
- El pezón queda aplastado después de mamar.

POSTURAS HABITUALES PARA DAR DE MAMAR

POSICIÓN DE CUNA

Tenemos que sentarnos con la espalda recta y las rodillas un poco más altas que la cintura. Va muy bien ponerse un cojín en la espalda y un taburete bajo en los pies.

Apoyamos al bebé en nuestro antebrazo, teniendo en cuenta que el peque debe estar cerca del pecho y **su ombligo frente al tuyo** de modo que se encuentre completamente girado hacia ti (recuerda que no estás dando un biberón sino que está mamando). Para estar más cómoda pon un almohadón debajo del niño o un cojín de lactancia, sobre todo si el bebé es pequeñito. Una variante de estas posiciones

POSICIÓN DE CUNA CRUZADA

En lugar de apoyar al bebé en el antebrazo, se apoya directamente sobre el cojín y la madre sujeta la cabeza del bebé con la mano del lado contrario al que amamanta. En muy útil cuando el bebé tiene dificultades para cogerse al pecho.

POSICIÓN ACOSTADA

Consiste en amamantar tumbada. Va muy bien después de una cesárea o en la toma nocturna, ya que es muy cómodo meter al bebé en la cama y dar de mamar durmiendo. Hemos de tumbarnos de lado y colocar al bebé de manera que, de nuevo, estemos **barriga con barriga** para que pueda coger el pecho sin problemas.

POSICIÓN DE BALÓN DE RUGBY

Hay que sentarse y colocar a tu lado una almohada en posición transversal para apoyar en ella la espalda del bebé, que sujetamos con el brazo correspondiente al pecho que succiona, sosteniendo su cabeza con el hueco de tu mano.

Esta postura es adecuada para ver si el bebé mama correctamente, si no se engancha bien al pecho, si tiene la nariz taponada por un catarro o si has tenido una cesárea (así no se apoya el niño contra los puntos). También va bien cuando el niño es inquieto o en caso de bebés prematuros.

POSICIÓN DE CABALLITO

El niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas sobre los muslos de su madre. Sujetamos al bebé por su espalda acercándolo a nuestro cuerpo. Esta postura es adecuada para madres con pechos muy grandes, y en caso de grietas. También facilita la lactancia con niños con problemas en el paladar, y en niños con Síndrome de Down.

Lo que es importante que recordemos es que una postura adecuada (sobre todo de los labios y la lengua) facilita mucho la lactancia y evita problemas, haciendo que esta experiencia sea mucho más fácil, bonita y satisfactoria tanto para la mamá como para el bebé

(pediatri, 2004)

IMPORTANCIA DEL ASEO DEL RECIEN NACIDO

Mantener limpio al bebé es fundamental. Un aseo adecuado es la mejor garantía contra infecciones y enfermedades de origen contagioso. Sin embargo, más allá de la rutina de la higiene, el baño es un momento de bienestar y de relajación; ideal para llenar de ternura y de caricias a tu pequeño

HIGIENE AL RECIEN NACIDO

La higiene del bebé es importante y necesaria: contribuye a que el pequeño se sienta más fresco, lo relaja y forma parte de su rutina diaria y, además, juega un papel importante en su salud. El aseo del bebé es necesario para una buena salud.

LOS OJOS

No es necesario realizar ningún tipo de higiene en especial. El movimiento de los párpados sirve para que las lágrimas actúen como baño ocular. Así de simple.

LA NARIZ

El estornudo de su pequeño es el principal aliado para cumplir la misión de asear la nariz ya que a través de este mecanismo eliminará las secreciones y mucosidad. Entonces, si estornuda, no es porque está resfriado.

LAS OREJAS

Limpie solo la parte externa del pabellón. No utilice hisopos que pueden producir lesiones en el conducto. El cerumen que sale desde el interior, contrariamente a lo que Ud. pueda creer, protege el conducto auditivo y lo mantiene limpio.

LAS UÑAS

En los recién nacidos son muy blandas y tienden a cortarse espontáneamente. Si así no ocurriera, utilice para tal efecto tijeras con puntas redondeadas para evitar lastimar al pequeño. Acciónelas también con mucho cuidado.

LA BOCA

No requiere de ningún cuidado especial, salvo cuando aparecen manchas blancas en su interior, denominadas “muguet”. Son producidas por un hongo que se adhiere a la lengua, el paladar y las encías. Aquí se requiere de la intervención del pediatra.

LA PIEL

Es tan suave como delicada. El frío y el calor la vuelven áspera. El recién nacido siente todo con mayor intensidad que el adulto. Su capa de carne es sumamente fina y la capa de grasa que posteriormente le protegerá de influencias dañinas todavía es poco desarrollada. Pese a esto, la protección natural de la piel ya está en funciones.

Toda la ropa que esté en contacto con la piel debe ser de algodón.

Es importante saber que las nalgas y los pliegues de la piel son las partes más vulnerables del cuerpo del recién nacido. Estas partes se irritan con facilidad por la mezcla de calor y humedad que se acumula en los pañales.

EL CORDON UMBILICAL

Aquí la adecuada higiene adquiere un papel importante en la prevención de infecciones.

En cada cambio de pañal lo debe limpiar con una gasa empapada en alcohol puro -no se asuste, porque no le arderá- que ayudará a que se reseque más pronto y se desprenda lo antes posible sin complicaciones.

Sin miedo, debe presionarse hasta la base para arrastrar impurezas. Generalmente, el cordón cae entre los 7 y los 14 días. Si antes de que eso ocurra adquiere una tonalidad fea o color rojo en la base, el recién nacido debe ser llevado al médico porque se puede tratar de una infección.

Al caer, a veces presenta una mancha de sangre por un par de días. Conviene seguir aplicando alcohol puro. Ni polvos, ni cremas cicatrizantes.

En el comercio existen pañales especiales para los niños que aún no se le ha caído el ombligo. El consejo de doblar un pañal desechable corriente a la altura del muñón umbilical solo expresa el desconocimiento del principio físico de absorción de orina por el gel que poseen estos pañales.

EL BAÑO

EQUIPO NECESARIO PARA EL BAÑO

- Toalla de algodón.
- Esponjas naturales
- Jabones y shampoo
- Termómetro
- Aceite de almendras/leche hidratada
- Gasas estériles
- Pañales
- Ropa para vestir al bebe

La caída del cordón del baño es el salvoconducto para el baño.

Debe hacerse de preferencia en la noche, cuando el padre ha regresado al hogar y puede compartir este momento muy importante en la relación del recién nacido con sus progenitores, aunque al comienzo no le guste mucho. Ya en la cuarta semana de vida, el baño pasará a constituirse en una verdadera fiesta para el pequeño.

Utilice un jabón neutro, sin perfumes ni desodorantes. Agregue amor en cantidad ilimitada

La temperatura del agua debe fluctuar entre los 36 y 38 grados centígrados, la que puede controlar con un termómetro especial. Tras el baño, evite aplicar talco o perfumes. Pueden resultar nocivos para la piel y los pulmones del recién nacido.

El secado propiamente tal y masajes son del completo agrado del recién nacido. Lo relajan tanto que hasta puede saltarse el horario de alimentación y dormir plácidamente varias horas seguidas.

(Hamailton, 1978)

(Higine Infantil, 2011junio 26)

(Marphy, 2013)

(Guia Infantil, 2000-2013)

PROGRAMAS

PARA LA MADRE

Este es un programa con información detallada para que la madre conozca sobre los beneficios que trae consigo la leche materna para su bebe y para la nueva madre.

El mejor alimento para tu bebe esta en ti

Sabías que la lactancia materna es el mejor medio ideal para nutrir a tu bebe y así mismo protegerlo de ciertas enfermedades.

Y que al tener una buena alimentación equilibrada durante todo el embarazo hasta el puerperio y después del parto garantizaras una buena lactación.

Lactancia materna beneficios para tu bebe

- tiene todos los nutrientes que tu bebe necesita para su edad
- se adapta a sus necesidades y aporta nutrientes para el desarrollo de sus ojos y cerebro
- tu bebe la digiere fácilmente
- protege y mejora sus defensas
- te une con tu bebe

La lactancia beneficios para la madre

- cuando das leche materna tu cuerpo se recupera rápidamente del embarazo y del parto
- bajas de peso en menos tiempo ya que tu cuerpo usa energía para producir leche
- tienes menos riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario, y osteoporosis

(CMJ, 2005)

PROGRAMA PARA LAS ENFERMERAS

La enfermera (o) requiere capacidades técnicas intelectuales y de relación, para utilizar al proceso enfermero, las cuales están relacionadas con la calidad de prestación del servicio al usuario. En este caso se destaca la comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimientos e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del cliente.

El proceso permite a la enfermera integrar los mecanismos del pensamiento crítico para emitir juicios y poner en práctica las acciones enfermeras basadas en la razón, igualmente se emplea para diagnosticar las respuesta humanas ante las experiencias de salud-enfermedad. En su visión de conjunto muestra cinco elementos: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación; igualmente, se puede considerar un proceso dinámico y continuo que se adapta a las necesidades de cambio de la persona, favorece el cuidado enfermero individualizado y ayuda a la enfermera a ver a la persona en su totalidad y a responder de manera rápida y razonable para mejorar o mantener la salud.

ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MATERIAL
Realizar una historia clínica	La enfermera deberá realizar una serie de preguntas para conocer mejor el estado de salud de la paciente y saber si existe un riesgo durante a su embarazo si es que existe. Al igual incluye	Libreta de apuntes lapicero
Orientación a la madre primigestas sobre consultas prenatales	Se le presentara a la mujer embarazada los tiempos en que deberá llevar sus consultas prenatales	Folletos Revista
Informar sobre algún dato importante sobre su embarazo	La enfermera debe ser capaz de explicarle a la paciente sobre algunos datos de alarma que deberá tomar en cuenta para evitar algún riesgo durante su embarazo	Libro Folleto
Durante el parto	La enfermera preparara a la paciente físicamente y psicológicamente para que pase al quirófano con menor preocupación	
Post parto	Se vigilara a la paciente para ver si su evolución va con buena involución y no existe riesgo.	Baumanometro reloj
Cuidados para el recién nacido	Se vigilara si tiene algún dato de	Reloj

	dificultad respiratoria o distensión abdominal y si tolera bien la vía oral y más a parte los cuidados de un baño de inmersión.	
Orientar a la madre sobre los cuidados que se deberá dar a su recién nacido y a si misma	Explicar a la madre si siente algún malestar fuera de lo normal o ve algo extraño en su hijo para que asista de inmediato al hospital a consulta	folletos

METODOLOGIA

TIPO DE LA INVESTIGACION

La investigación que se realizó fue de forma cualitativa y descriptiva ya que se realizó una serie de conocimientos básicos que debe de complementar a la profesión de enfermería para que a base de ello pueda dar un información básica y detallada a la madre primigestas.

Y con ello se fortalecerá más el campo de acción que realiza la enfermera a la hora de dar cuidados a la madre primigesta

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de esta investigación documental se ha realizado por los siguientes aspectos:

- asistencia a un seminario y taller de elaboración de tesis en la escuela de nuestra señora de la salud (ENSS)
- elaboración del proyecto con justificación, objetivos, marco teórico, cronograma, metodología.
- Seguimiento del modelo de Dra. Lasty Balserro A en cada uno de los pasos para la culminación de la tesis.
- Análisis de la búsqueda para la realización de marco teórico por medio de asistencia en bibliotecas, médicos una serie de libros.

CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

En conclusión queda claro que se debe descartar que existen demasiados cuidados que por más insignificantes que parezcan son los más importante tanto para la madre como para el recién nacido.

La mujer embarazada que es primeriza tiene demasiadas dudas y conforme pasa el tiempo si no las resuelve se podrá enfocar o padecer en un cuadro de depresión angustia por no saber qué es lo que continua con su embarazo entonces el papel que tiene la profesión de enfermería empezara actuar y deberá dar la orientación necesaria a la paciente y deberá escucharla en todas las dudas que se le presenten para que la paciente se siente más tranquila durante su embarazo

Los cambios que se van dando en la mujer embarazada son los cambios fisiológicos que después del puerperio irán desapareciendo conforme pasan los días.

También la información que se brinda se le dará a la paciente conforme sea su cultura.

Hacerle ver a la paciente también que el mundo va evolucionando conforme a los años ya que la nueva tecnología se va integrando con la sociedad y esto nos ayuda si se toma para mejorar y no para hacer ver que un país es mejor que otro. La tecnología está avanzando para bien y con esto se podrá prevenir algunas situaciones desagradables.

La enfermera podrá dar ese apoyo a la paciente que lo requiere tanto en información como emocionalmente. Y con esto valorara más su actuar diario en sus actividades que realizara en el campo laboral.

GLOSARIO

- **BORRAMIENTO:** es uno de los parámetros que se valoran cuando se realiza un tacto vaginal a una embarazada. Consiste en el afinamiento del cuello del útero, que es signo de que han existido contracciones uterinas y se prepara el parto.
- **CONTRACCIONES:** es un término que procede del latín *contractio* y que hace referencia a la acción y efecto de contraer o contraerse. Encogimiento de un nervio o un músculo.
- **EDEMATIZADO:** es la hinchazón blanda de una parte del cuerpo que se produce como consecuencia de la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.
- **ENFERMERÍA:** abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.
- **EPISIOTOMÍA:** Es una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano).
- **LACTÓGENA:** es una hormona polipeptídica producida por la placenta.
- **LITOTOMÍA:** es una posición donde se utilizan para realizar cirugías vaginales, perineal.
- **LIQUIDO AMNIOTICO:** Es un líquido claro y ligeramente amarillento que rodea el bebé dentro del útero (feto) durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico.
- **LOQUIOS o LOCHIA:** un flujo vaginal de restos celulares, moco y sangre después del parto.

- **MECONEO:** Es una sustancia espesa, pegajosa y de color negro verdoso. Es el término médico para referirse a las primeras heces del recién nacido. El meconio se compone de líquido amniótico, moco, lanugo (vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y del tubo digestivo.
- **RUBRA:** Es un trastorno cutáneo que produce inflamación y descamación (exfoliación) constante de la piel.
- **TABÚS:** Prohibición religiosa impuesta por el ser humano sobre ciertos objetos, personas o cualquier otra realidad, por considerarlos sagrados
- **VEHICULADO:** vehículo o medio de transmisión o de difusión.

BIBLIOGRAFIA

1. (s.f.). Recuperado el Mayo de 2013, de Historia de la Obstetricia: www.hospitalelcarmen.gob.
2. *Asistencia Materno Infantil De Enfermeria*. (1978). Mexico DF Centro 512: Tercera Edicion D.R Internacional S.A de C.V.
3. *revista de posgrado de la cathedra VI a medicina N° 100*. (diciembre de 2000). Recuperado el marzo de 2013
4. (2000-2013). Recuperado el marzo de 2013, de Guia Infantil: <http://www.guiainfantil.com>
5. *Index de enfermeria*. (marzo de 2005). Recuperado el abril de 2013, de index-f.com/index-enfermeria/estilo.php
6. *Higine Infantil*. (2011junio 26). Alecha.
7. (1992). En P. S. A, *Control Prenatal en: Obstetricia* (págs. 156, 167,). Publicaciones Tecnicas Mediotorreano Ltda.
8. CMJ, A. (2005). *lactancia materna*. madrid españa : nestle comienzo sano vida sana.
9. Cunnigham. (2011). *williams Obstetricia*. McGraww-Hill.
10. Dr Carlos Alberto Cassella, V. G. (2000). puerperio normal. En C. Scarrone, *puerperio normal*. oceano centrun.
11. F., D. (2000). *analisis sanitario del puerperio*. barcelona: masson.

12. Hamailton, P. M. (1978). *Asistencia Matereno Fetal De enfermeria*. Mexico D.F: Tercera edicion D.R interamericana S.A de C.V.
13. Hamilton, P. M. (1978). *Asistencia Materno Infantil De Enfermeria*. Centro 512 Mexico DF: Tercera Editoria Interamericana SA. de C.V.
14. (2000). lactancia materna. En P. S. Josefa Aguayo Maldonado, *lactancia materna otoño* (pág. 85). Asosiacion de Soport.
15. Juarez, M. E. (octubre de 1997). *Alimentacion del seno materno experiencia de la mujer* . Recuperado el abril de 2013
16. *Manual de obstetricia*. (s.f.). Salvar Niswonder.
17. Marphy, M. R. (2013). El bebe.com. *Eel Bebe*.
18. (2004). En C. d. pediatri, *lactancia materna: guia para profesionales*. madrid: ISBN.
19. Pedraza, A. Z. (Marzo de 2013). Embarazo. (A. G. Luz, Entrevistador)
20. Perez, L. E. (s.f.). *La enfermera co educadora de al embarazada y su nucleo familiar*. Hospital materno infantil.
21. Peritanologia, I. (s.f.). *Obstetricia*. INPER.
22. Guía Metodológica Para la elaboración De las tesis una opción de titulo de los profesionales en enfermería pre y pos grado editorial trillas autora Lasty Balserro terminado el 8 de enero 2010 México DF