

**Universidad Nacional Autónoma De México
Escuela Nacional De Enfermería Y Obstetricia**

**Escuela De Enfermería de la Cruz Roja Mexicana
Delegación San Luis Potosí, S.L.P
Clave 8715/12**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN
PACIENTE CON PUERPERIO FISIOLÓGICO CON ALTERACIÓN
PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO DE ACUERDO CON LOS
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY**

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

PRESENTA

Minerva Hernández Hernández

Cuenta 413541875

DIRECTOR:

**DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

SAN LUIS POTOSÍ, MAYO 2018.



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.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios y mis hijas por haberme permitido terminar el mayor de mis anhelos y por el apoyo incondicional y desinteresado.

Por sus sacrificios y esfuerzos constantes, por compartir conmigo tristezas, alegrías, éxitos y fracasos, por creer en mí, porque a través de sus consejos logre forjar un camino, guiarme y alentarme ante los obstáculos que se me presentaron para lograr el éxito en mi superación personal, las cual constituye la mejor de las herencias con amor, admiración y respeto.

A mis padres quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo.

Quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme.

Quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en una persona de provecho.

A quienes nunca poder pagarles todos sus desvelos, ni aun con las riquezas más grandes de este mundo, por eso y más ¡Gracias!

A mi esposo porque vive conmigo mis triunfos, al que me ha comprendido y apoyado durante mi carrera.

Estuvo conmigo en el momento más difícil y me dieron ánimo para seguir adelante, con cariño y admiración.

¡GRACIAS!

Minerva

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Olivia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Armando.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis Asesora

Dra. Gandhi Ponce Gómez por su gran motivación para la culminación de este proyecto profesional, por su apoyo ofrecido en este trabajo; su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

A mis hijas

Aide, Nadia y Melany a ellas dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, tanto esfuerzo y fe en la causa misma.

A mi Esposo

Por ser esa persona que estuvo apoyándome en cada decisión que tomara, esa persona que tuvo paciencia y entrega para conmigo, a esa persona le dedico y agradezco, porque gracias a ti hoy puedo con alegría presentar y disfrutar este proyecto.

Minerva.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVO	5
IV. METODOLOGÍA	6
V. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1 CUIDADO Y PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	7
5.1.1 CONCEPTO DE CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA.....	7
5.1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	8
5.2 EMBARAZO	10
5.3 DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO.	10
5.4 ECOGRAFÍA.	11
5.5 DESARROLLO DE LA GESTACIÓN, POR TRIMESTRES.....	11
TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 0-13).....	12
SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 14-26)	12
TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 27-40-42)	13
5.6 SITUACIÓN FETAL	13
5.7 PARTO.....	14
5.8 DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	14
5.9 DILATACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PARTO	15
5.9.1 EXPULSIÓN: SEGUNDA ETAPA DEL PARTO	17
5.9.2 ALUMBRAMIENTO: TERCERA PARTE DEL PARTO	18
5.9.3 MECANISMOS DE DESPRENDIMIENTO.....	19
5.9.4 PUERPERIO	19
5.9.5 CAMBIOS ANATÓMICOS EN EL PUERPERIO	20
5.9.6 PROBLEMAS FUNCIONALES DURANTE EL PARTO	24
5.9.7 CUIDADOS EN EL PUERPERIO	29
VI. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	37
VII. PLAN DE ATENCIÓN.....	44
VIII. PLAN DE ALTA	52
IX. CONCLUSIONES	53
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad.¹

Es una serie de pasos que nos ayudan para la resolución del problema el cual exige habilidades de todo tipo como las cognitivas, técnicas interdependientes, lo cual va dirigido a cubrir las necesidades del paciente y/o familiares.

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria.²

El planeo consta de diversas etapas, principalmente la recolección de datos, que en el presente trabajo se realizó a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.³

Las siguiente etapa son los diagnósticos enfermeros los cuales primero se basan en la recolección de datos obtenidos de la valoración, el fin es enlazar factores que

se relacionan y características definitorias con base a la patología que el paciente presenta, aquí me base en la taxonomía NANDA.

El primer paso identificado del proceso enfermero fue la valoración, el proceso enfermero es una teoría sobre como las enfermeras organizan los cuidados de las personas, familias y comunidades. La teoría del proceso enfermero ha sido ampliamente aceptada por las enfermeras desde 1967.⁴

NANDA presenta los diagnósticos enfermeros publicados por NANDA-I y traducidos al español por Elsevier. El libro publicado por NANDA-I se renueva cada dos años y la herramienta es actualizada siempre con las últimas actualizaciones provenientes de NANDA-I.

La herramienta presenta los diagnósticos desde diferentes clasificaciones y vistas de los datos lo que permite una rápida obtención de la información.

Podemos localizar los diagnósticos de NANDA por:

- Código numérico de la etiqueta
- Orden alfabético del título de la etiqueta
- Agrupación por dominios/clases
- Agrupación por necesidades humanas básicas de Virginia Henderson
- Agrupación por patrones funcionales de Marjory Gordon⁵

En cuanto a la planeación, nos referimos a que son los objetivos que propongo para lograr una mejoría en el paciente.

La NOC contiene resultados de los individuos, cuidadores, familias y sociedades que pueden utilizarse en todas las especialidades clínicas y en numerosos entornos,

aunque aún tienen que desarrollarse los resultados son útiles para la práctica de enfermería.

Los resultados describen el estado de los pacientes, la familia o la comunidad a un nivel conceptual. Por tanto, la NOC, proporciona una clasificación de resultados de los pacientes que pueden verse influidos por todas las disciplinas de la asistencia sanitaria. El uso de los resultados por todos los miembros del equipo interdisciplinar proporcionara la estandarización necesaria, permitiendo incluso la selección de los indicadores más sensibles para cada disciplina. ⁶

Otras etapas son la intervención; las cuales son técnicas y procedimientos que se basan en la taxonomía NIC.

La NIC incluye toda una gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta áreas de especialidades. Las intervenciones incluyen tratamiento y prevención de aspectos fisiológicos y psicosociales; tratamiento y prevención de enfermedades, fomento de la salud, se incluyen intervenciones individuales y en equipo, pueden utilizarse en cualquier situación de la práctica independientemente de la orientación filosófica. ⁷

La evaluación consta de una puntuación diana que es el resultado obtenido mediante las intervenciones realizadas al paciente para su mejoría.

En el presente Plan de Cuidados Estandarizados desarrollo todas estas etapas con ayuda de cada una de las taxonomías correspondientes, para con ello poder lograr un cuidado holístico del paciente, familia o comunidad, dando mejoría a sus malestares físicos, biológicos y socioculturales.

II. JUSTIFICACIÓN.

En la última década, la enfermería ha avanzado de manera rápida y significativa. Se ha expresado y cuestionado nociones e ideas generales, a la vez se han adquirido nuevos conocimientos que se han aplicado a los cuidados que las enfermeras dan a los pacientes. Durante toda esta evolución, los campos de la práctica de la enfermería se han hecho más finitos, separados y adecuados a las necesidades e intereses en cada una de las mujeres embarazadas.

Siendo la atención de enfermería una actividad de gran importancia durante el embarazo, parto y puerperio. Ya que el índice de la morbilidad materno infantil ha bajado notablemente con la participación adecuada sobre la vigilancia y control de la mujer en esta etapa

El puerperio fisiológico es el periodo que abarca desde la finalización del parto (producto y placenta) hasta que el organismo materno regresa a su estado basal.⁸

Como sabemos el embarazo de alto riesgo es una de las patologías más complejas actualmente, en este caso un puerperio fisiológico debe tener diversos cuidados para evitar complicaciones, es por ello que de ahí nace mi interés por exponer dicho tema.

El elaborar un plan de cuidados es emprender un lenguaje universal entre los profesionales de la salud, para poder llevar a cabo acciones interdisciplinarias que ayudan a mejorar el estado holístico del paciente.

El presente trabajo se enfocara en exponer un plan de cuidados estandarizados en una paciente femenina que cursa un puerperio fisiológico mediato, con el objetivo

de obtener la puntuación satisfactoria y con ello lograr el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

III. OBJETIVO

Aplicar los conocimientos teóricos adquiridos, por medio del proceso cuidado enfermero al paciente, en el área de ginecología y hospitalización del hospital del Niño y La Mujer Dr. Alberto López Hermosa a una persona con Alteración del Patrón Nutricional Metabólico, de acuerdo con los fundamentos de Marjory Gordon, y NANDA, NIC Y NOC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar a la paciente puérpera fisiológica mediante la Valoración de Marjory Gordon.
- Proponer y ejecutar un Plan de atención de acuerdo a las necesidades que emerjan tras la valoración.
- Brindar una atención de calidad que permita al paciente reintegrarse lo más pronto posible a su entorno.

IV. METODOLOGÍA

La forma en que se realizó el proyecto del caso clínico fue por patrones funcionales y valoración focalizada llevadas a cabo en la fase de recuperación de la paciente resaltando las necesidades físicas, biopsicosociales que presentaba la paciente.

Se realizó una entrevista directa, además de observar su entorno para poder estructurar e implementar las actividades e intervenciones al realizar.

Se le dio un seguimiento desde el momento de la recepción a la paciente en la unidad de expulsión realizando el protocolo indicado.

Se realizó una investigación del procedimiento quirúrgico realizado así como el diagnóstico médico para focalizar nuestra valoración y complementación de conocimientos.

Se llevó a cabo un plan de alta según la cirugía realizada.

Se continuó el seguimiento en hospitalización, para valorar las capacidades físicas afectadas.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 CUIDADO Y PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1.1 CONCEPTO DE CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA

Considerando la definición de disciplina del Diccionario Oxford: como una rama de instrucción o educación, o como un departamento de aprendizaje del conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978), podríamos decir que la enfermería si es una disciplina, ya que ella es una rama del conocimiento que se enseña en facultades o departamentos de universidades o instituciones de educación superior.

Pero para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones, cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad: el ser, el saber y el hacer.

El ser se refiere a nuestro Ethos, a su indagación filosófica, al humanismo que tiende a la comprensión de la sociedad en que vivimos; es la “actitud ante la vida o posición existencial dentro de la cual se debe desenvolver el desarrollo disciplinar y de servicios humanos.” (Trujillo, 1986).

El saber (conocer), tiene que ver con la claridad teórica y metodológica; con la disciplina, la cual se refiere al “campo científico en el que se investigan determinados aspectos de la realidad con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento.” (Trujillo, 1986).

El hacer (ó el quehacer), es el ejercicio profesional, que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población. Este desempeño ha venido evolucionando simultáneamente con los componentes teóricos e investigativos que configuran una disciplina en desarrollo.

Un aspecto importante a considerar es el hecho de que enfermería tiene tanto aspectos científicos como aspectos afines con las artes; tal vez por ello, se la había considerado como una técnica, pero los esfuerzos que se están haciendo por profundizar en temas como la teoría del conocimiento y el producir teorías y tecnología de enfermería que den solución a los problemas del quehacer diario, nos constituyen en una disciplina profesional.

Al considerar a enfermería como una disciplina profesional, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente y que permita la evolución de la profesión. Sin embargo, la disciplina debe gobernar la práctica clínica en lugar de ser definida por ésta. (Donaldson y Crowley, 1978). Sin embargo, como veremos más adelante, otros consideran que la práctica prima y antecede a la teoría.

Es aquí donde se necesita tanto a la enfermera que crea la teoría como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye al desarrollo de enfermería. Como dice Jacobs (1978), “nadie puede pretender encarnar la totalidad de enfermería: ser practicantes y académicos a la vez, esto sólo se puede lograr colectivamente.”

5.1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales de dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema.

Los cuidados de enfermería han evolucionado mucho a lo largo de los años y actualmente se basan en determinados protocolos muy estructurados y en planes, para tener una homogeneidad.

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.

5.1.2.1 Etapas del proceso

Según la Universidad Internacional de Valencia el proceso de atención de enfermería consta de las siguientes etapas:

Valoración

En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

Diagnóstico

En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

Planeación

En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

Ejecución

Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

Evaluación

En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas.

La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.

5.2 EMBARAZO

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.¹¹

5.3 DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO.

El método diagnóstico de gestación más frecuentemente utilizado se basa en la detección de gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre o en orina (4, 5Ce). hCG en sangre: Los niveles son detectables desde la implantación (21 días desde la fecha de la última regla).

Valores muy elevados hacen sospechar enfermedad trofoblástica (mola), isoinmunización, cromosomopatías o gestación múltiple. En abortos y embarazos ectópicos, los valores son bajos o negativos. hCG en orina: Los valores detectables aparecen a partir de la 4^a semana de amenorrea.

Los tests domiciliarios de embarazo son capaces de detectar niveles de 25-50 mU/ml de hCG en orina, con una sensibilidad del 100% a partir de estos valores (4, 5Ce). En casos de niveles bajos -técnica incorrecta (21 Pr), gestación muy temprana, orina muy diluida, amenaza de aborto o embarazo ectópico- pueden aparecer falsos negativos y es aconsejable repetir el test (en mujeres con amenorrea y sospecha de embarazo, se recomienda realizar hasta dos tests más, con un intervalo semanal) o utilizar otras pruebas complementarias para detectar la hCG o ecografía (4Ce).

5.4 ECOGRAFÍA.

Además de ser útil en el diagnóstico de embarazo, proporciona información adicional sobre edad gestacional, número de fetos y localización de la placenta. Junto con los niveles de beta-hCG y progesterona, es particularmente útil en el diagnóstico diferencial de gestación intra o extrauterina.

La ecografía transabdominal es diagnóstica a las 6 semanas de amenorrea y la transvaginal, a las 4-5 semanas. Aunque su utilización no es rutinaria para el diagnóstico, su uso en esta edad gestacional no ha demostrado efectos adversos sobre la madre ni el feto.¹²

5.5 DESARROLLO DE LA GESTACIÓN, POR TRIMESTRES

TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 0-13)

- El embarazo comienza con la unión del espermatozoide y del óvulo en la trompa de Falopio, formando el cigoto.

Éste se divide en dos células exactas, que a su vez se siguen dividiendo para formar el blastocisto, el cual se va desplazando por la trompa hasta llegar al útero, en cuya pared anida firmemente, recibiendo nutrición de la sangre materna. Pasados unos días tras la implantación, el test de embarazo será positivo.

- La quinta semana de gestación marca el inicio del período embrionario, en el que se desarrollan los principales sistemas y estructuras. Es en esta etapa cuando tiene mayor riesgo de sufrir daños, debidos a factores capaces de causar defectos congénitos.

- Alrededor de la semana sexta comienza a latir el corazón, aunque sólo sea perceptible por ecografía.

- Al finalizar la décima semana aproximadamente, el embrión ya ha adquirido su forma básica, con lo que hablaremos del período fetal, que es la etapa del desarrollo hasta el nacimiento.

- Al final del primer trimestre, mide unos 7 cm. de largo y pesa alrededor de 23 gr.

SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 14-26)

- Entre las semanas 19 y 24, puede usted empezar a sentir los primeros movimientos, ya que el feto está más activo, se mueve y flota dentro del útero. La percepción de éstos varía de una mujer a otra, dependiendo de muchos factores. En el primer embarazo generalmente se sienten más tarde que cuando ya se ha sido madre alguna vez.

- Entre las semanas 19 y 21 empieza a oír y responde a ruidos fuertes, o a la presión sobre el abdomen materno.

- En la semana 22 su cuerpo está cubierto de lanugo, una fina pelusilla que se encarga de que su piel no se reblandezca con el líquido amniótico.

- Al final del segundo trimestre ya se han formado todos los órganos esenciales, aunque son aún inmaduros, y puede tragar. Mide alrededor de 35 cm., y pesa aproximadamente 800 gr.

TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO (SEMANAS 27-40-42)

- A principios del tercer trimestre comienza a reconocer sonidos, y tiene hipo de vez en cuando, que podrá percibir como movimientos abdominales similares a latidos.

- Entre las semanas 27 y 30, sus párpados se pueden abrir y cerrar.

- En la semana 33 ya está en posición para el parto, generalmente con su cabeza descansando sobre el cuello uterino. Los huesos se endurecen, la piel se vuelve más gruesa, y a partir de la 36 semana sus pulmones están preparados para respirar fuera del útero sin ayuda.

- En este trimestre crece rápidamente, y su piel no está tan arrugada a medida que va acumulando grasa debajo de ella. En las últimas semanas desaparece el lanugo excepto en los hombros y los brazos y el cabello de la cabeza se vuelve más grueso y denso.

- Al final del trimestre alcanza su peso final, que suele oscilar entre los 2.500 y los 4.000 gr., y mide alrededor de 50 cm.¹³

5.6 SITUACIÓN FETAL

La relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre se denomina situación fetal y ésta puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan a un ángulo de 45 grados, lo cual genera una situación oblicua. Esta última es inestable y se convierte en longitudinal o transversa en el curso del trabajo de parto. En más de 99% de los trabajos de parto, la situación es longitudinal al término. Los factores que predisponen a una situación fetal transversa son multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.¹⁴

5.7 PARTO

Determinación de la fecha probable de parto: fecha de la última regla, más siete días, más nueve meses. El parto es la expulsión o la extracción del feto y sus anexos del útero materno. Se produce de una manera espontánea a partir de los 270 días de gestación, pero en algunos casos con el fin de evitar complicaciones diversas se recurre a la intervención quirúrgica provocando artificialmente la salida del feto.¹⁵

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran buenas condiciones.

La evolución del parto está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados y con un mínimo de procedimientos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés.¹⁶

5.8 DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Sospeche o anticipe el trabajo de parto si la mujer tiene:

1. Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación;
2. Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso);
3. Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.

Confirme el inicio del trabajo de parto si hay:

- Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto;

- Dilatación del cuello uterino, es decir, aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.¹⁷

Durante el Trabajo de Parto se analizara que el producto desarrolle un Mecanismo de expulsión o de Trabajo de parto el cual se anotara en el denominado Partograma y que ha sido teóricamente subdividido en:

1. Encajamiento
2. Flexión
3. Descenso
4. Rotación Interna
5. Extensión
6. Rotación externa.

A si mismo durante la exploración ginecológica de la paciente se deberá analizar el tipo de pelvis la cual será clasificada en 4 tipos genéricos:

- Ginecoide
- Antropoide
- Platipeloide
- Androide¹⁸

5.9 DILATACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PARTO

La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm.

La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación.

Al considerar el parto normal, es importante definir los límites que distinguen lo que se acepta como duración normal, de lo que puede considerarse una duración anormal. Estos

límites se pueden utilizar para informar a las mujeres sobre la duración posible del parto, detectar distocias e indicar el momento en que las matronas deben solicitar el concurso del obstetra.

Clásicamente se ha considerado que la duración de la dilatación era un factor muy importante y comprometedor para la salud de las mujeres y los resultados perinatales. A pesar de que la duración, dentro de unos límites, parece que no deba constituir a la luz de los conocimientos actuales un factor clave de preocupación, su prolongación más allá de ellos podría constituir la señal de algún problema.¹⁹

a) Borramiento: consiste en la desaparición progresiva del cuello uterino, cuyos tramos superiores van incorporándose al segmento inferior hasta que queda reducido exclusivamente al orificio externo. El segmento inferior del útero, formado en las últimas fases del embarazo, continúa al grueso del cuerpo del útero y tiene las paredes musculares adelgazadas. Por abajo hay menor resistencia en el cuello, errado en su parte superior por el puente que forman las membranas amnióticas. Cuando comienza el borramiento lo hace por orificio interno del cuello, y es cuando se inician las contracciones (luego, se suele iniciar durante la fase latente). El orificio interno que comienza a borrarse, es sustituido por otro más abajo, acortándose milímetro a milímetro, la longitud total del cuello que se incorpora sucesivamente al segmento inferior. El proceso se favorece por el reblandecimiento gravídico del cérvix.

b) Dilatación: después de haberse producido el borramiento, solo queda el orificio externo que se centra en la pelvis y se empieza a producir la dilatación con una velocidad de 1 centímetro por hora, en primíparas y 1-2 centímetros a la hora en múltiparas. Al principio hay una fase de aceleración lineal hasta que se logra un diámetro de 4 centímetros, pero luego se acelera hasta llegar a los 10 centímetros.²⁰

Fase Latente: Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3-5 centímetros de dilatación. En este

período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas.

- **Fase Activa:** Periodo de tiempo comprendido entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas. Se ha observado que la analgesia epidural no prolonga dicha fase, aunque sí se asocia a un aumento así como un inicio más precoz del uso de oxitocina.²¹

5.9.1 EXPULSIÓN: SEGUNDA ETAPA DEL PARTO

Es el tiempo que transcurre desde que finaliza la dilatación hasta que sale el feto al exterior.

22

Cuando las contracciones del útero son más intensas y frecuentes, el feto es expulsado hacia el exterior a través de la vagina. El cuello del útero llega a la máxima dilatación.

Primero asoma la cabeza, y después, las contracciones hacen que salga el resto del cuerpo. La madre también ayuda a la expulsión contrayendo el diafragma.

Una vez fuera de la madre, se corta el cordón umbilical, que se seca y se desprende unos pocos días después, dejando cicatriz. Esta fase de expulsión suele durar entre 15 y 30 minutos.²³

Cuando la cabeza empieza ya a ser visible desde fuera (se dice que la cabeza "abomba" en el periné) se valora la necesidad de efectuar un corte en el mismo, que se conoce como "episiotomía"; suele ser necesario con más frecuencia en primíparas que en multíparas; desde hace un par de décadas, convencidos los profesionales de la obstetricia de que no reporta tantos beneficios como durante años se creyó, se practica de una forma selectiva valorando criterios maternos y/o fetales de cada parto concreto. No obstante para conseguir evitarla, se requiere una buena preparación materna durante el parto.²⁴

La duración del periodo expulsivo es relativamente breve, más o menos 20 minutos en multíparas y 45 minutos en primíparas. Lo habitual era considerar que el periodo no debe durar más de 2 horas y si se alcanzaba el límite había que recurrir a la extracción fetal con maniobras operatorias. Sin embargo, recientemente, algunos autores creen que lo máximo permitido es 1 hora; otros (escuela de Caldeyeri) estiman que no existen riesgos, siempre que se deje a la mujer “pujar” a su albedrío, sin instarla a esfuerzos excesivos.²⁵

5.9.2 ALUMBRAMIENTO: TERCERA PARTE DEL PARTO

Es el conjunto de fenómenos del período del parto que tienen por objeto desprender, hacer descender y expulsar tanto la placenta como las membranas ovulares.²⁶

Se inicia poco segundos después de la expulsión fetal (Schwarcz, y cols. 1998)

Duración:

10 a 30 minutos después de la expulsión fetal

Nulipara 45'

Multipara 30'

Mayoría de los casos antes de 10 a de los casos antes de 10.²⁷

Una vez que ha nacido el bebé, el médico o la matrona palpan suavemente con la mano el abdomen de la madre para asegurarse de que el útero sigue teniendo contracciones. Después del parto, la placenta habitualmente se desprende del útero en un plazo de entre 3 y 10 minutos; un chorro de sangre sigue al desprendimiento. Por lo general, la madre puede empujar la placenta hacia fuera por sí sola. Si no es capaz de hacerlo y la hemorragia es excesiva, se ejerce una firme presión sobre el abdomen materno, haciendo que la placenta se desprenda del útero y salga. Si la placenta no se ha expulsado pasados 45 a 60 minutos desde el nacimiento, el médico o la comadrona puede introducir una mano en el útero, separando la placenta del útero y extrayéndola.

Después de extraer la placenta, se examina para verificar que esté completa. Los fragmentos que permanecen en el útero evitan que este se contraiga. Estas contracciones son fundamentales para evitar que la madre siga sangrando en la zona donde estaba adherida la placenta al útero. Por ello, en caso de quedar fragmentos, puede producirse una hemorragia después del parto, que en ocasiones es copiosa. También se pueden producir infecciones. Si la placenta está incompleta, el médico o la matrona pueden eliminar los fragmentos que faltan con la mano. A veces estos fragmentos se tienen que extirpar quirúrgicamente.²⁸

5.9.3 MECANISMOS DE DESPRENDIMIENTO

Baudelaque Schultze, 80%:

Inicio del desprendimiento: central.

Hematoma retroplacentario central termina de desprender la placenta invirtiéndola.

Expulsión al exterior: cara fetal, parte central.

Perdida sanguínea: al final del alumbramiento.

MECANISMOS DE DESPRENDIMIENTO:

Baudelaque Duncan, 20%:

Inicio del desprendimiento: borde placentario.

Expulsión al exterior: borde placentario.

Perdida sanguínea: notoria desde antes de la expulsión, cuando se inicia el desprendimiento.²⁹

5.9.4 PUERPERIO

Etimológicamente puerperio procede de los vocablos latinos puer (que significa niño) y peri (alrededor de). Esta expresión evoca precisamente el momento biológico que sucede tras el nacimiento, y que ya era considerado por los clásicos como una fase con características propias, bien diferenciadas del resto del proceso reproductivo. (DONAT, 2001)

Puerperio normal es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.

Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio.

Entre sus principales síntomas se encuentran el sangrado anormal, fetidez, fiebre o dolor en bajo vientre. ³⁰

Cronológicamente se divide en:

- Puerperio inmediato: primeras 24 horas posparto.
- Puerperio mediato: desde el segundo hasta el décimo día posparto.
- Puerperio tardío: desde el día 11 hasta el día 42 posparto.

El puerperio es un periodo con gran número de particularidades, donde pueden quedar enmascaradas serias complicaciones por hechos fisiológicos, por lo cual se debe distinguir bien entre los límites del puerperio normal y los signos o síntomas que deben alertar. ³¹

5.9.5 CAMBIOS ANATÓMICOS EN EL PUERPERIO

En el proceso del puerperio tienen lugar cambios de vuelta a la normalidad de la fisiología del sistema reproductor y del organismo en general.

Las modificaciones 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.

Involución del útero

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño.

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 que se cierren los vasos vasculares de la zona de 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. ³²

Pared abdominal

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 6 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 trombotoplasticos y del fibrinógeno.

Loquios

Es la hemorragia o sangrado que sucede tras el parto debido a la herida dejada por la placenta. Los loquios irán cambiando de color a medida que transcurren los días. Los primeros días son de color rojo y es normal la expulsión de algún pequeño coágulo. Posteriormente, hacia el 3°-4° día serán de un color marrón rosado y hacia el 8°-10° día se volverán de un color blanquecino o amarillento. La cantidad de loquios irá disminuyendo a medida que pasen los días. Su duración suele ser de unas 3 ó 4 semanas, aunque son

normales pequeñas pérdidas de exudado amarronado hasta el retorno de la menstruación, aproximadamente a los 40-45 días del parto. ³³

Cambios generales

Temperatura

Después del parto y al cuarto día puede haber un incremento fisiológico de 1 °C en la temperatura corporal.

El primero se debe, probablemente, al paso de una cantidad mínima de líquido amniótico, vórnix caseoso y fragmentos microscópicos de membranas a través del lecho placentario; el segundo, a que en ese momento el útero está invadido por gérmenes que sin atravesar la herida placentaria desprende toxinas que provocan una elevación febril transitoria. Este fenómeno, cuando se hace más intenso, se denomina sapremia puerperal. Durante esta elevación térmica no se modifican ni el pulso ni el estado general de la puérpera. ³³

Pulso

Después que se produce la salida del feto se origina un enlentecimiento cardíaco, por lo que en condiciones normales el pulso se hace bradicárdico (60 a 70 latidos/min). Este fenómeno que se considera normal es debido a una reacción del organismo. Por tanto, ante una paciente que presente taquicardia, se considerará como un elemento patológico y nos obligará a pensar en aquellas entidades que lo puedan provocar como son: infección, anemia y enfermedad cardíaca. ³⁴

Sangre

- Leucocitos a veces llegan a 30000 (sobre todo granulocitos).
- Linfopenia relativa y eosinopenia absoluta.

- Descenso de Hb y Hto por debajo del nivel observado antes del parto o durante, indica una gran pérdida. Una semana después del parto cifras anteriores a la gravidez.
- El aumento del fibrinógeno y VSG (primera semana).

Orina

1. Entre el 2°-5° día se registra una diuresis regular.
2. En un embarazo normal se produce un aumento del agua extracelular.
3. La diuresis puerperal inversión del proceso al desaparecer los estímulos (hiperestronismo y aumento de la PV en la parte inferior del cuerpo).³⁵

Puerperio alejado: a partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercer semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.

Puerperio tardío: se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal.³⁶

5.9.6 PROBLEMAS FUNCIONALES DURANTE EL PARTO

Hemorragia: La cantidad de sangre que se pierde durante el parto puede ser de 300 ml, debido al aumento de riego sanguíneo durante el embarazo, el cuerpo está preparado para tolerar esta pérdida. Si se produce una pérdida de 500 ml o más se considera “hemorragia” ya que puede afectar el organismo. Existen tres causas de hemorragia que son:

1. Anatomía uterina: No hay un buen tono muscular y en vez de contraerse y comprimir los grandes vasos sanguíneos del área placentaria, el útero está relajado y los vasos sangran espontáneamente; la sangre se puede acumular en el interior del útero formando coágulos y haciendo que este se vuelva esférico o quizás salga por la vagina excesivamente.
2. Laceración del cuello uterino o del canal del parto: Si la hemorragia es excesiva, aunque el útero este bien contraído es probable que ocurra un desgarre luego del fórceps.
3. Retención del fragmento tejido placentario: Se produce cuando un pedazo de membrana o tejido placentario permanece reducido en el vestimento uterino cuando se expulsa la placenta. ³⁷

Infección puerperal

Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.

La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesárea.

Se reconocen como sinónimos de esta condición, aunque ya están en desuso:

1. Sepsis puerperal
2. Septicemia puerperal
3. Fiebre puerperal. ³⁸

Hemorragia puerperal

La hemorragia posparto es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo del parto.

Hemorragia se considera:

1. Parto vaginal sin complicaciones- la pérdida de más de 500 ml de sangre. Cesárea- pérdida de más de 1,000 ml de sangre.
2. Pérdida de 10% de hematocrito.

Clasificación:

Hemorragia posparto inmediata o temprana

Ocurre durante las primeras 24 horas posparto. Es la de mayor riesgo, porque en el sitio placentario hay una región venosa extensa que se encuentra expuesta.

Hemorragia posparto tardía- ocurre después de 24 horas y hasta antes de las seis semanas posteriores al nacimiento.

Causas:

Las tres principales causas más comunes de hemorragia posparto incluyen:

1) la atonía uterina- es la más frecuente, significa la pérdida del tono del músculo uterino. Inhabilidad de las fibras musculares para contraerse suficientemente de modo que sellen los vasos sanguíneos abiertos luego del parto. Ocurre por lo general en multíparas, hidramnios y embarazo múltiple.

Puede prevenirse

1) con masaje al útero y

2) administrando oxitocina, pero se debe vigilar por hipotensión al administrarle la oxitocina.

39

La psicosis puerperal es una psicopatología descrita ya por Hipócrates. Antiguamente se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer¹. Y, de hecho, en

Europa durante años solo existió un síndrome puerperal como tal, que englobaba la psicopatología del puerperio, denominado amencia» (palabra derivada de las lenguas germanas y que significa confusión o perplejidad). No existe un consenso sobre su definición como entidad, pero desde el siglo XIX existe una sintomatología definida por criterios operativos; y como veremos la «amencia» es uno de sus síntomas.

Psicosis post parto: El periodo post parto es de ajuste para la mujer, asumiendo responsabilidades para el cuidado de su hijo. La mayoría de las mujeres logran estos ajustes con poca dificultad, probablemente por sus propias reservas mentales y físicas así como emocionales y por el apoyo que recibe de su esposo o compañero.⁴⁰

Mastitis

La mastitis durante el puerperio es una infección aguda y purulenta del tejido glandular de la mama que ocurre en las mujeres que amamantan a sus hijos. Se puede presentar en cualquier momento durante la lactancia (Fig. 8.7).

El microorganismo que suele intervenir es el *Staphylococcus aureus*, aunque los estreptococos hemolíticos también ocasionan este trastorno.

Valoración

La infección suele aparecer por fisuras o erosiones en el pezón o la areola, lugares que fungen como puerta de entrada hacia los linfáticos subcutáneos.

En ocasiones, los conductos galactóferos obstruidos contribuyen a la infección, ya que permiten el desarrollo de microorganismos. El recién nacido también puede ser fuente de infección tras adquirir el agente patógeno por vía oral desde la piel de la madre o por la nasofaringe, transmitido por un personal de salud en el cunero. Las manos de la paciente pueden ser asimismo fuente de infección, en particular, cuando otros microorganismos ocasionan la mastitis.

Las alteraciones funcionales que se pueden presentar son:

1. Agalactia: ausencia total de leche, su incidencia es mínima; ocurre en 1 % de los partos y se trata con lactancia artificial.
2. Hipogalactia o producción insuficiente de leche: su incidencia es de 20 % y cuando ocurre, hay que recurrir a la extracción de leche o al tratamiento farmacológico.
3. Ingurgitación mamaria dolorosa: se presenta entre el segundo y tercer día del puerperio, las mamas están tensas, calientes y dolorosas. El problema generalmente se resuelve con el vaciado mecánico de la mama.

Las alteraciones estructurales que se presentan son:

1. Las que afectan el pezón e impiden la correcta succión del niño.
 - a. Pezón plano.
 - b. Grietas del pezón que suelen aparecer al segundo o tercer día del parto y puede originar mastitis posteriores.

Los factores de riesgo pueden ser:

1. Presencia de pezones agrietados y dolorosos.
2. Mala colocación del pezón en la boca del lactante.

Succión excesiva y mala higiene de la madre. ⁴¹

Cuidados de enfermería en las mamas

Valorarse a diario. Dolor a la palpación, enrojecimiento, temperatura, firmeza y presencia de calostros, posterior aparición de la leche. Para aliviar las molestias en las madres que dan pecho, es recomendable, aplicar compresas calientes, aumentar la frecuencia de las tomas, debe alternarse los senos en cada toma, debe llevarse un sostén especial, presentar un cuidado especial en los pezones.⁴²

Enfermedad tromboembólica

El parto y puerperio son estados de hipercoagulabilidad y éxtasis venoso. Se da en un 1-2% de embarazadas. Normalmente aparece pasada la primera semana y la sintomatología de la inflamación de los vasos sanguíneos depende de las. No es lo mismo la sintomatología de una embolia pulmonar como consecuencia de tromboflebitis que unas varices en las piernas. ⁴³

Manifestaciones clínicas según las formas

- 1.- Dolor, calor y tumefacción (en tromboflebitis superficial: afecta a las venas superficiales de las piernas).
- 2.- Fiebre, dolor, impotencia funcional, signo de Hoffman positivo (dorsiflexión y puntos dolorosos), y edema. Diámetro mayor de la pierna por edema (en tromboflebitis venosa profunda; afecta al plexo venoso muscular).
- 3.- Dolor pleurítico, polipnea (carácter superficial o amplio de la disnea), hipotensión y fiebre (en embolia pulmonar).

Tratamiento e intervenciones de Enfermería

- 1.- Prevención y profilaxis i. Asesoramiento en embarazo (no estar mucho tiempo de pie y estática, caminar diariamente, etc.). ii. Movilización (deambulación precoz en puerperio). iii. Evitar traumatismos. iv. Heparina en mujeres predispuestas.
- 2.- Descansos con frecuencia durante embarazo y puerperio
- 3.- Analgésicos
- 4.- Medias elásticas de compresión
- 5.- Heparina vía intravenosa. ⁴⁴

5.9.7 CUIDADOS EN EL PUERPERIO

Higiene

La higiene corporal debe ser normal, puede ducharse diariamente, no importa que expulse flujo genital. Si su parto fue por cesárea, podrá ducharse, con la indicación de su médico. Podrá lavarse el cabello con la frecuencia acostumbrada.

El aseo genital se realiza 3 a 4 veces al día. Para esto, debe escurrir agua tibia con un recipiente sobre sus genitales. Luego, séquelos bien, de adelante hacia atrás.

Alimentación en el Puerperio

Se debe cuidar mucho la alimentación durante el puerperio. Lo mejor es mantener una dieta variada y equilibrada, rica en calcio y en hierro, como la que se había mantenido durante el embarazo.

Estas son algunas recomendaciones sobre alimentación durante este período:

- No hacer dietas de adelgazamiento.
- Dieta lo más variada posible, tomando entre medio y $\frac{3}{4}$ de litro leche al día, para aumentar el aporte de calcio. Beber más de 2-3 litros de líquidos, sobre todo si se está dando lactancia materna.
- Además, si se está dando lactancia materna se deberán evitar los alimentos que dan mal sabor a la leche, como espinacas, espárragos, alcachofas y ajos, sobre todo si se evidencia que el lactante rechaza la toma.
- Evitar alcohol, café, nicotina.
- No tomar medicamentos sin indicación médica, si se está dando el pecho al bebé.
- Consumir alimentos ricos en fibra, como verduras, frutas, pan integral, con el fin de evitar el estreñimiento que suele aparecer en este período, y para no favorecer la aparición o agravamiento de las hemorroides.
- Se intentará reducir los azúcares, pastas, bollería industrial, así como las grasas de origen animal.

- Se recomienda la ingesta de alimentos ricos en hierro (carnes, legumbres) o quizá algún suplemento para evitar la posible anemia que suele aparecer a raíz del parto y de las pérdidas de sangre.⁴⁵

Ejercicios durante el Puerperio

Para las pacientes que han dado a luz por vía vaginal es importante centrarse más en un principio en la pérdida del control de la vejiga, que suele ser causada por que los músculos del suelo pélvico tardan más en recuperarse puesto que durante el embarazo con la presión, el aumento de peso, el cambio de posición de la vejiga y de la uretra, el parto vaginal, lesiones en los nervios y la episiotomía se ven dañados.

La paciente debe saber que los problemas del control de la vejiga pueden aparecer meses o años después del parto, por ello conviene ejercitar esos músculos con la ayuda de un fisioterapeuta puede prevenir los problemas de control de la vejiga. En un principio explicaremos a la paciente que los músculos de del suelo que la pelvis y los esfínteres que rodean la uretra son los que mantienen la uretra cerrada y así evitar la salida involuntaria de la orina.

El fisioterapeuta tiene que analizar la fuerza activa que la paciente puede ejercer con la musculatura del suelo pélvico mediante un tacto interno o la utilización de una sonda vaginal conectada a un aparato de biofeedback.

La reeducación del suelo pélvico será multidisciplinar con gimnasia hipopresiva, contracciones de Kegel, electroestimulación y biofeedback y ejercicios respiratorios.

Los ejercicios de Kegel han de ser actualizados y adaptados a cada mujer, sencillos y no muy pesados para la paciente puesto que tiene que encontrar el momento para hacerlos. Explicaremos que la contracción se realiza como si se quisiera contener la orina

Las posiciones para realizar estos ejercicios serán tres, decúbito supino, sedestación y bipedestación que son posiciones cotidianas para que la paciente las realice en su casa

mientras atiende a otras cosas una vez los haya aprendido correctamente. Se recomiendan de tres a cinco contracciones rápidas, descansar entre ocho y doce segundos y luego contraer y mantener la contracción ocho segundos.

Los ejercicios respiratorios serán para mejorar la oxigenación y favorecer la relajación.

La paciente se colocará en decúbito supino con las rodillas flexionadas, primero realizará un espiración por la boca metiendo el ombligo de forma que se contraigan los músculos del vientre para expulsar todo el aire de los pulmones, pero sin forzar la espiración. A continuación deberá coger aire por la nariz hasta llenar los pulmones y volver a espirar por la boca.

Para las pacientes que han dado a luz por cesárea en un principio se les tratará la cicatriz abdominal mediante drenaje linfático, masajes y tratamiento con vendaje neuromuscular.

También son importantes los ejercicios para reforzar el suelo pélvico puesto que durante el embarazo con la presión se ve debilitado.

Finalmente para estas pacientes, más adelante cuando ellas ven que su figura se va recuperando y que todo vuelve a la normalidad, hay ejercicios para reforzar los músculos pectorales, ejercicios para reforzar y flexibilizar los músculos de la espalda, y actividades deportivas.

La preparación de la embarazada por medio de programas personalizados, hace que logremos demostrarle que el parto es un fenómeno natural. Predisponemos a la futura mamá a los cambios que se enfrenta con la llegada de su hijo, para que conozca las transformaciones que sufrirá y le enseñamos como enfrentarse a todo ello para obtener una mejor calidad de vida y una buena armonía con su bebé.⁴⁶

Cuidados del periné y de la episiotomía

El cuidado del periné deben realizarlo todas las mujeres cuidadosamente, hayan tenido parto o cesárea, puntos o no, como parte de la higiene y recuperación física del posparto. El cuidado de los puntos se realiza igual, se haya tenido un desgarro o una episiotomía.

- Antes de asear el periné, debes lavarte las manos
- Tras la micción y defecación, secar y limpiar con papel higiénico, a toques, y siempre de delante hacia atrás, de vagina hacia el ano, para no arrastrar bacterias del ano a la vagina, que podrían producir infecciones.
- Tras la defecación se recomienda lavar la zona con agua y jabón, para asegurar la limpieza y evitar la infección de la herida.
- El exceso de higiene perineal no es beneficioso, pues altera la barrera natural de la piel y predispone a infecciones vaginales.

Compresas

1. Se deben utilizar compresas tocológicas. Son unas compresas específicas para el posparto, compuestas de algodón y sin plástico, que permite que la zona transpire mejor.
2. Cambio muy frecuente de compresa, con el fin de mantener la zona muy seca, para que los puntos se caigan con la mayor brevedad posible.
3. Nunca deben utilizarse tampones en el posparto.⁴⁷

Anticoncepción posparto

La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Existe consenso en que los aspectos más importantes a tener en cuenta son: la práctica de la lactancia, el contenido hormonal del método, el momento de su introducción y la intención de planificación familiar: espaciar o limitar los nacimientos.

En la mujer que lacta, los métodos más recomendados son los no hormonales, seguidos de los hormonales con sólo progestágenos por carecer de efectos adversos sobre la

producción y calidad de la leche y sobre la salud del niño, cuando se introducen después de las 6 sem posparto; como última opción los hormonales combinados, siempre después de 6 meses de puerperio. En las mujeres que no lactan se usan iguales métodos a excepción del método de lactancia-amenorrea (MELA), variando sólo el momento de inicio.

Se concluyó que la asesoría en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial y siempre que sea posible se debe mantener el uso de métodos no hormonales, principalmente los de barrera.

Anticoncepción posparto en la mujer que lacta

Se deben considerar 3 elementos cuando se va a evaluar la adecuación de un anticonceptivo para uso durante la lactancia.

- a) El contenido hormonal del método.
- b) La intención de la planificación familiar (si es para distanciar o limitar los embarazos).
- c) El momento en que se introduce el método.

De acuerdo con estos indicadores, los métodos de planificación familiar disponibles se han colocado en el siguiente orden de preferencia:

Métodos de primera opción (métodos no hormonales)

- a) MELA.
- b) Métodos de barrera (condón, diafragma, espermicidas).
- c) Métodos de planificación familiar natural (abstinencia periódica).
- d) Métodos de esterilización:

Masculina (vasectomía)

Femenina (ligadura de trompas o salpingectomía).

e) Dispositivos intrauterinos (DIU).

Métodos de segunda opción (métodos hormonales sólo es progestágeno)

a) Píldoras orales sólo de progestágeno.

b) Inyectables.

c) Implantes.

Métodos de tercera opción (métodos hormonales combinados)

a) Píldoras orales combinadas.

b) Inyectables mensuales. 48

Lactancia Materna en el postparto

La base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y, después, hasta que el niño y la madre lo deseen, tal y como recomienda la organización Mundial de la salud (OMS).

No sólo debemos hablar de los numerosos estudios de investigación que demuestran las ventajas que la lactancia materna (LM) proporciona a los niños y sus madres, sino del impacto negativo en la salud de madres y niños que supone la utilización de sucedáneos y fórmulas adaptadas (sin justificación médica), en lugar de la leche que la naturaleza ha previsto para la especie humana.

De los beneficios tanto a corto como a largo plazo disponemos de amplia información y estudios científicos. Si preconizamos estilos de vida saludables, la lactancia materna debe estar en la base. A pesar de este hecho tan demostrado, la realidad es que por causas sociales, económicas y culturales, la prevalencia de lactancia materna en los países desarrollados está por debajo de las recomendaciones de la OMS.

Beneficios de la lactancia materna para la madre

1. Mejora la recuperación tras el postparto, acelera la recuperación del útero y además protege frente a la anemia después del parto.
2. Moviliza las grasas de reserva acumuladas durante el embarazo, especialmente alrededor de los muslos y favorece la recuperación de la silueta al reducir la circunferencia de cadera.
3. Beneficios psicológicos: Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo.
4. Menor incidencia de cáncer de mama, de ovario y de útero.
5. Induce a la relajación materna gracias a las hormonas que se segregan durante el amamantamiento.
6. Mejora la autoestima materna.
7. Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.

Cuidados de la mama durante la lactancia

Durante el embarazo y antes incluso hemos indicado que no son necesarios cuidados específicos para llevar a cabo una lactancia eficaz, en cambio durante la lactancia si hay un problema de dolor en los pezones o de grietas la causa es una posición incorrecta del niño al pecho y para resolver el problema hay que adoptar una postura correcta como veremos más adelante.⁴⁹

Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho

La adecuada posición al pecho permite al recién nacido un menor esfuerzo y es un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche; además el recién nacido quedará satisfecho, aumentará de peso adecuadamente, la madre no tendrá sensación dolorosa, tampoco grietas y ambos disfrutarán de la lactancia. Si hay dolor es un 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 boca y comenzar la toma de nuevo). Todos los pezones son válidos para amamantar sin importar el tamaño de los pezones ni el de los pechos.

El recién nacido puede realizar una succión eficaz que estimula la producción de leche, de manera que más succión produce más leche, pero también puede succionar ineficazmente. Es importante que si se tienen dudas sobre el agarre al pecho del bebé y / o aparecen grietas y antes de salir del hospital, se pida a la matrona, pediatra o personal especializado que observe una toma para que corrija un posible mal agarre.

Colocación del recién nacido y signos de succión eficaz

- Labios doblados hacia fuera, el inferior queda doblado hacia fuera, la barbilla contra el pecho materno.
- Que se vea más areola por encima de la boca que por debajo.
- La nariz apoya ligeramente sobre el pecho, la barbilla presiona el pecho.
- El niño mueve su mandíbula y su oreja, succiona y traga con pausas, además podemos oír cuando traga.
- La lengua está debajo del pecho.
- El pecho se ve redondeado mientras mama el niño.
- El niño suelta el pecho espontáneamente.
- La madre no tiene sensación dolorosa. ⁵⁰

VI. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Ficha de identificación:

Nombre: MJHI

Edo. Civil: Unión Libre

Talla: 1. 59 cm

Edad: 22 años
kg

Escolaridad: Preparatoria Trunca.

Peso: 72

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Ocupación: Ama de casa.

Procedencia: San Luis Potosí., S.L.P **Diagnóstico:** IEIU de 41 SDG x US.

VI. Valoración por Patrones Funcionales

Interrogatorio: Directo

6.1 Patrón 1: Percepción Manejo de la Salud.

Paciente femenino de 22 años de edad, con apariencia a la cronológica, procedente de San Luis Potosí S.L.P., al área de revisiones del HNYM por presentar contracciones, anteriormente en sus consultas prenatales las cuales fueron 7 se le realizaron maniobras de Leopold a las cuales se llegó a la conclusión de la posición cefálica con el dorso derecho. Ella comenta que en esa última ocasión el medico encargado le informó que cuando percibiera actividad uterina acudiera al servicio para ser valorada.

Como antecedentes

Madre y padre con Diabetes Mellitus de más de 10 años de evolución, padre hipertenso. Neoplasias, tuberculosis y enfermedades congénitas negadas.

Habita casa del medio urbano , con paredes y techo de ladrillo, piso pavimentado, cuenta con 3 habitaciones y viven 2 personas en ella, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, zoonosis negativa, tiene buenos hábitos higiénicos, baño y cambio de ropa diario, higiene bucal adecuada, refiere cepillado dental 2 veces al día.

Se niegan alergias a alimentos, polen y medicamentos. Toxicomanías positiva, comenta fumar dos cigarros al día desde los 18 años de edad, aunque refiere que desde la noticia de su embarazo por el bien de su bebe ha dejado de consumirlo. Niega consumo de alcohol. Cuenta con esquema de vacunación completo, cuenta con carnet de citas de control prenatal, en total acudió a 7 consultas en su centro de salud.

Refiere nunca haberse sometido a un examen de mamas o Papanicolaou, sabe que es importante pero refiere que nunca se había tomado la oportunidad de hacerlo.

No ha tenido hospitalizaciones anteriores, ni cirugías, nunca se le ha transfundido sangre.

6.2 Patrón 2: Nutricional- Metabólico.

Peso 72kg. Talla 1.59. Con un aumento de peso de 13 kg. Durante el transcurso de su embarazo. El número habitual de comidas que hace al día son tres, comenta que algunas veces por las tardes consume fruta. Los alimentos que consume son leche, huevo, pan, carne roja, cereales como el arroz, frutas, verduras, frijoles, consume en poca cantidad el pollo, puesto que no le agrada mucho.

Ingiere de uno a dos litros de agua natural diarios, refiere que entre comidas dos veces a la semana consume jugos o refrescos, por lo regular solamente en el fin de semana a la hora de la comida o cena.

Cocina en su casa, con las correctas medidas de higiene. Refiere que se siente satisfecha con el peso que ha ganado durante su embarazo ya que su mamá le había comentado que cuando ella se encontraba embarazada había subido hasta 15kg.

No existe ningún tipo de influencia religiosa, étnica o cultural que limite la elección de algún tipo de alimento. Respecto a los factores que influyen en la ingesta en la casa no refiere malestar, náusea, vómitos o alergias.

Presenta una mucosa oral hidratada, lengua central y móvil con una higiene bucal regular, sus piezas dentales se encuentran íntegras presentan caries, se observa una buena coloración de piel e hidratada, con episiotomía limpia, abdomen con aumento de tamaño, presenta estrías en área abdominal muy notorias de coloración rojo claro, cabello bien implantado, uñas de miembros inferiores se pueden observar con onicomycosis.

Cuenta con 1000cc de sol. Hartman p/8hrs

6.3 Patrón 3: Eliminación

En lo referente a la eliminación urinaria: La frecuencia es de 2 a 3 veces por turno, la cantidad refiere ser moderada, el color amarillo ámbar, sin presentar malestar o dificultades para la eliminación, no existe la presencia de nicturia.

Refiere evacuar 2 veces por día en promedio antes del embrazado, ahora que se encuentra gestando su motilidad intestinal es menor, puesto que acude alrededor de tres veces a la

semana a evacuar, de cantidad grande color café, consistencia dura. No utiliza ningún tipo de medicamento para ayudar en la evacuación. Se observan los genitales íntegros.

6.4 Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

TA: 122/80mmHg

FC: 89x´

FR: 20x´

T°: 36.5

Las actividades que normalmente realiza en su vida diaria es básicamente estar en casa, haciendo las labores diarias, el tipo de ejercicio que realiza es cardiorespiratorio, todas las tardes sale a caminar una hora diaria con su hermana, exclusivamente de lunes a viernes por la tarde, durante el fin de semana no realiza esta actividad ya que se ocupa en diversos eventos sociales.

Hemodinámicamente estable, pulsos presentes, sincrónicos, simétricos, llenado capilar inmediato (2seg.), tórax simétrico, con ruidos respiratorios normales, no se auscultan estertores ni sibilancias, precordio rítmico, no se auscultan soplos.

Fuerza muscular en las 4 extremidades, cuenta con buen tono muscular, sin presencia de edema, es completamente autónoma en su vida diaria como se resume en el cuadro de abajo.

Autonomía para la vida diaria	Autónomo	Ayuda parcial	Ayuda total
Baño/Higiene	x		
Vestido	x		
Uso del WC	x		
Alimentación	x		
Movilidad	x		

6.5 Patrón 5: Sueño- Descanso

Refiere dormir 8 horas por la noche en casa, no tiene dificultad para conciliar el sueño, solo que mientras el embarazo durante estas últimas se manas se le ha hecho un poco difícil.

No existe ningún tipo de creencias culturales que lo limite. Niega hacer uso de algún tipo de ayuda para el sueño.

No existe ningún tipo de trastorno para conciliar el sueño. Se observa un poco cansada puesto que durante su estancia hospitalaria su sueño ha sido intermitente y no es reparador.

6.6 Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo.

Consiente y ubicada en sus 3 esferas, cooperadora al interrogatorio y exploración física, memoria a corto y largo plazo adecuado, recuerda fecha de sus consultas prenatales. Reflejos fotomotor presente, movimientos oculares normales, pupilas isocóricas, normoreflexivas, pabellones auriculares bien implantados con presencia de cerumen, sin presencia de otorrea, no hay hipoacusia. Su habla es clara y su tono de voz es regular. Muestra interés por aprender lo que se le explica y expresa sus dudas acerca de cómo va a tratar a su bebe.

Totalmente independiente para la toma de decisiones, sin problema para el lenguaje, escolaridad de preparatoria trunca, no necesita ningún tipo de aparato accesorio para la visión o audición, sin problemas en los sentidos del gusto y tacto.

Refiere que no tiene problemas para el aprendizaje, se habla con ella sobre lactancia materna, beneficios para ella tanto como para él bebe y no se observa ninguna dificultad.

Refiere tener dolor ocasionado por la episiotomía y el tono del útero, e incluso suele quejarse, hace el informe verbal, se puede observar las máscaras fáciles e incluso desenfoca la vista cuando tiene actividad uterina.

Se muestra con interés de aprender cosas sobre su embarazo y parto.

6.7 Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.

Refiere sentirse cómoda con su cuerpo.

Se refiere a sí misma como una persona tranquila, que le gusta ayudar a los demás, con los valores que en su casa se le dieron bien implantados, habla con un tono de voz temeroso

e incluso en ocasiones ansioso, define como fortalezas que es una persona que antes de actuar escucha, sus debilidades comenta que no siempre es tan valiente como las demás personas lo esperan de ella.

6.8 Patrón 8 Rol- relaciones

Vive con esposo, menciona llevar una buena relación con él y todos los miembros de su familia, lleva 4 años viviendo con su pareja, comenta que han surgido problemas fuera de lo normal, se basan en el respeto y el compañerismo, comenta que él es muy solidario, la apoya en todo.

En relación con su familia sus padres y hermana viven muy cerca de ella, se frecuentan diario o cada tercer día, ve a su hermana diario camina con ella, platican e incluso es tan buena la relación que ella siempre pide consejos sobre cómo actuar en su vida personal, ella es tres años más grande que su hermana.

No pertenece a ningún club social, ni a otro grupo.

Su grupo de amigos es amplio y comenta que los ve con frecuencia los fines de semana junto con su pareja asisten a eventos sociales. También comenta que ellos han seguido estudiando y piensa retomar los estudios, manifiesta deseos de hacer la preparatoria abierta.

6.9 Patrón 9: Sexualidad- Reproducción

Menarca: 12 años **Ritmo:** 29x3 **IVSA:** 17años

No. De parejas sexuales: 2 **Gesta:** 1 **Aborto:** 0 **Partos:** 1 **Cesárea:** 0.

Paciente que cursa su puerperio fisiológico, tiene dudas sobre el método de planificación familiar, se le orienta sobre cuál es el que pueda ser más eficiente para ella. No cuenta con la adecuada educación sobre enfermedades de transmisión sexual, por lo cual se le orienta. Refiere no existir problemas para las relaciones sexuales y la gestación.

Comenta que no ha padecido de infecciones vaginales durante su embarazo, se exploran genitales los cuales no se encuentra ninguna alteración.

En lo referente a las mamas se exploran, simétricas, pezones formados, se ve que ya existe la producción de calostro.

6.10 Patrón 10: Tolerancia a estrés

Se observa ansiosa, al checar la saturación y frecuencia cardiaca existen variación en los parámetros, existe un poco de aumento, se le habla sobre qué y cómo es el trabajo de parto, surgen muchas dudas las cuales se tratan de resolver para que se encuentre tranquila, el tono de voz es inseguro y temeroso, refiere que jamás se había encontrado en un área hospitalaria

Comenta que es joven y se siente un poco insegura por esta nueva etapa al realizar, pero cuenta con el apoyo de su madre la cual siempre la orienta.

Refiere que nunca ha vivido una crisis o factor que la haya desencadenado, su vida es realmente muy tranquila, lo único que le ha generado estrés los últimos días es el nacimiento de su bebe, que todo salga bien. Se le apoya con algunas técnicas de relajación.

No utiliza ningún tipo de medicamento para la relajación.

6.11 Patrón 11: Valores- Creencias

Refiere ser católica, creyente, refiere asistir a misa ocasionalmente, no pertenece a ningún grupo de la iglesia, no se refiere a dios en ningún momento de la valoración.

Se considera una persona solidaria con las demás, cree que la responsabilidad es un valor esencial en todas las personas y argumenta que es triste que no todas las personas lo practiquen, así como el respeto, refiere que no todas las personas que se encuentran en el hospital muestran respeto por las personas que vienen de comunidad ni se muestran empáticas,

VII. PLAN DE ATENCIÓN

7.1 Deterioro de la integridad Cutánea

Dominio: 11	Clase: 02 Lesión
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P):</u>	
000046 Deterioro de la integridad Cutánea	
<u>Factores Relacionados (Causas) (E):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la continuidad de la piel. • Inmovilización Fisca 	
<u>Característica Definitoria (Signos y Síntomas):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la pigmentación • Deterioro de la sensibilidad • Cambios de la turgencia 	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO 02 Nutricional- Metabólico	110102- Sensibilidad (2)	1.Gravem ente comprome tido	· Mantener a: 7
	CLASE L Integridad Tisular	2.Sustanci almente comprome tido	-Aumentar a:17
	RESULTA DO 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	3.Moderad amente comprome tido	-Durante el turno se logró que la paciente aumentar a a 10.
	110103- Integridad de la Piel.(2)	4.Leveme nte comprome tido	
	110115- Lesines Cutáneas (1)	5.No comprome tido	

7.1 Deterioro de la integridad Cutánea

Campo: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: L Control de la piel/heridas
INTERVENCIONES (NIC):
3660 Cuidados de las heridas

ACTIVIDADES

- Despegar los apósitos y el esparadrapo
- Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje, color tamaño olor.
- Medir el lecho de la herida según corresponda
- Administra cuidados del sitio de la incisión
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida
- Cambio de posición al paciente

Campo: 02 Fisiológico: Complejo
Clase: L Control de la piel/heridas
INTERVENCIONES (NIC):
3590 Vigilancia de la Piel

ACTIVIDADES

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel.
- Valorar el estado de incisión según corresponda
- Vigilar color y calor de la piel
- Observar presencia de infecciones -
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.

7.2 Dolor Agudo

Dominio: 12 confort	Clase: 1 confort Físico
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P):</u>	
(00132) Dolor Agudo	
<u>Factores Relacionados (Causas) (E):</u>	
Agentes Lesivos físicos	
<u>Característica Definitoria (Signos y Síntomas):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta expresiva (inquietud, gemidos, irritabilidad) • Mascara Facial (movimientos fijos, expresión abatida) • Observación de evidencia de dolor 	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJEO
DOMINIO Salud percibida (V)	210201 Dolor referido (2)	1. Gravemente comprometido	- Mantener a: 9
	2102016 Expresiones faciales de dolor (2)	2. Sustancialmente comprometido	- Aumentar a: 15
CLASE Sintomatología (V)	210208 Agitación (2)	3. Moderadamente comprometido	- Durante el turno se logró que la paciente aumentara a 12.
	210224 Muecas de dolor (2)	4. Levemente comprometido	
		5. No comprometido	
RESULTADO O			
Nivel del Dolor (2102)			

Campo: 01 Fisiológico: Básico
Clase: A Fomento de la comodidad física
INTERVENCIONES (NIC): 1400 Manejo del dolor

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye características, duración, intensidad o severidad del dolor.
- Explorar con el paciente los factores que alivian el dolor.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados la eficacia de las medidas de control del dolor.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.
- Enseñar los principios del control del dolor.

Campo: 03 Conductual
Clase: S Educación de los pacientes.
INTERVENCIONES (NIC): 5606
Enseñanza: Individual

ACTIVIDADES

- Establecer compenetración
- Establecer la credibilidad de educador
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Valorar las capacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar la información específica.
- Determinar la motivación del paciente para Asimilar la información / aprendizaje de salud.
- Establecer metas de aprendizaje del paciente.
- Seleccionar los materiales educativos adecuados,
- Ajustare el contenido de acuerdo con las capacidades del paciente.

7.3 Riesgo de Infección

Dominio: 11 Clase: 1 Seguridad/Protec Infección.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u></p> <p>(00004) Riesgo de Infección</p> <p><u>Factores Relacionados (Causas)(E):</u></p> <p>Defensas primarias inadecuadas; (Colocación de catéter intravenoso, procedimientos invasivos)</p>

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJES DIANA
DOMINIO IV Conocimiento y Conducta de Salud CLASE T Control del riesgo y seguridad. RESULTADO 1908 Detección del riesgo.	190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. (3) 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud.(4) 190803 Coteja los riesgos percibidos.(4) 190806 Participa en la identificación sistémica.(4) 190808 Mantiene actualizado el conocimiento sobre los antecedentes personales.(4)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	-Mantener a: 19 Se pretende llevar a: 10. (Entre más comprometido este para evitar el riesgo mejor). -Durante el turno se logró Llegar a 15.

Campo: 04 Seguridad.
Clase: V Control de riesgos.
INTERVENCIONES (NIC): 6540 Control de Infecciones.

ACTIVIDADES

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo.
- Instruir al paciente a cerca de las correctas técnicas del lavado de manos.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente.
- Poner en práctica las precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Fomentar el reposo
- Administrar terapia de antibióticos.
- Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente a evitar infecciones.

Campo: 04 Seguridad
Clase: V Control de los riesgos
INTERVENCIONES (NIC): 6550 Protección contra las infecciones.

ACTIVIDADES

- Observar signos y síntomas de infección.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Seguir las precauciones universales.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente.
- Proporcionar los cuidados adecuados para piel, / el sitio de punción.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo, o drenaje de la piel.
- Inspeccionar cualquier incisión.
- Facilitar el descanso.
- Enseñar al paciente a evitar infecciones.

7.4 Disposición para mejorar el confort Puerperio Fisiológico

Dominio: 12 Confort	Clase: 1 Confort físico
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P):</u>	
(00183) Disposición para mejorar el confort	
<u>Característica Definitoria (Signos y Síntomas):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de aumentar la relajación • Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción • Expresa deseos de aumentar el confort 	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJÍA DIANA
DOMINIO V Salud percibida	200201 Realización de las actividades de la vida diaria	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido	200201 Mantener a 4 Aumentar a 5
	CLASE (U) Salud y calidad de vida	3. Moderadamente comprometido	200208 Mantener a 4 Aumentar a 5
RESULTADO Bienestar personal (2002)	200208 Capacidad de relajamiento	4. Levemente comprometido	200214 Mantener a 4 Aumentar a 5
	200214 Oportunidades para elegir cuidados de salud	5. No comprometido	

Campo: 03 Conductual
Clase: T fomento de la comodidad psicológica
INTERVENCIONES (NIC): Facilitar la meditación (5960)

ACTIVIDADES

- Preparar un ambiente tranquilo
- Indicar al paciente que relaje los músculos y permanezca relajado.
- Enseñar al paciente que debe ignorar los pensamientos que le distraigan
- Realizar ejercicios de relajación
- Enseñar al paciente a exhalar aire por la nariz
- Indicar al paciente que se acomode en una posición cómoda

Campo: 03 Conductual
Clase: T Fomento de la comodidad psicológica
INTERVENCIONES (NIC): Terapia de relajación (6040)

ACTIVIDADES

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica)
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable
- Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda sin ropas restrictivas
- Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente
- Utilizar un tono de voz suave

VIII. PLAN DE ALTA

Orientaciones a la puérpera sobre los posibles signos y síntomas que, en caso de presentarlos, la obliguen a asistir al médico de la familia para valorar su remisión al hospital para su ingreso, estos son: fiebre, fetidez de los loquios, palpitaciones, anorexia, malestar general, decaimiento, mareos, aumento de volumen de las mamas y otros.

Educación sanitaria:

1. Se le debe orientar a la paciente cómo realizar el aseo de la vulva
2. Baño diario.
3. Se le orienta que debe tener el pelo recogido.
4. Ropas cómodas que faciliten la lactancia materna.
5. Cuidado de las mamas.
6. Colocación correcta del niño con relación al pecho y técnica de succión adecuada.
7. Exclusión absoluta de lavados vaginales.
8. Proscripción del contacto sexual hasta finalizado el puerperio.
9. Realización de ejercicios físicos apropiados para restablecer la tonicidad.
10. Planificación familiar.
11. Alimentación adecuada.
12. Necesidad de reposo y sueño.
13. Cuidados del recién nacido.
14. Importancia de las relaciones afectivas del contacto madre-padre-hijo.

IX. CONCLUSIONES

Se ha llegado a la conclusión que gracias a los avances tecnológicos que ha tenido la ciencia médica y los nuevos conocimientos científicos, que se han aplicado a la enfermería, los cuales se dan a las pacientes en forma de cuidados en el embarazo, parto y puerperio de acuerdo a sus necesidades.

Ha disminuido el índice de morbi-mortalidad materno-infantil.

De acuerdo a la atención en información que se les brinda a las mujeres embarazadas sobre la vigilancia y control prenatal es buena y adecuada.

Ya que ahora se cuenta con programas de salud, en los cuales se ha implementado módulos de atención materno-infantil, para detectar y corregir oportunamente alguna anomalía en las etapas del embarazo.

Las actividades son: orientación y educación, detecciones y controles de enfermedades crónico degenerativas.

También gracias a que en la actualidad se cuenta con gran variedad de material, equipos y aparatos electrónicos en los hospitales.

He demostrado la importancia del cuidado, asesoramiento y orientación en una paciente puerpera, se pueden evitar miles de complicaciones y así comenzar una lactancia materna feliz.

Se lograron cumplir con los objetivos planteados y se complementó la información con libros que se mencionan en la bibliografía.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Lic. Ma. Alejandra Copa Lic.. Susana Marcos. "Planes de Cuidado según taxonomías NANDA NIC y NOC", <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/nefrologia/ppt/copamarcos.pdf>, 12 Agosto 2017.
- 2.- José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo Delia Fernández Fidalgo Montserrat Muñoz Meléndez. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. (<http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>) [Accessed 12 Agosto 2017]
- 3.- Copyright, Observatorio de Metodología de Enfermera. http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391#indice1 [Accessed 12 Agosto 2017]
- 4.- Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International nursing diagnoses. Chichester: Wiley Blackwell; 2014.
- 5.- NNN Consult. Taxonomías NANDA, NOC, NIC Planes de Cuidados, <https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia%20NNN%20Consult%20Planes.pdf> [Accessed 12 Agosto 2017].
- 6.- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier España; 2014.
- 7.- Moorhead S. Clasificación de resultados en enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier España; 2014.
- 8.- Dr. Carlos Hernández Rivera. Puerperio. <http://salud.edomex.gob.mx/html/Medica/SALUD%20MATERNA.%20FORO%20DE%20VIGILANCIA%20EPIDEMIOLOGICA/PUERPERIO.PDF> [Accessed 12 Agosto 2017].

9.- Jaime Botero U. Alfonso Jubiz H. Guillermo Henao. Primera impresión. Cuarta edición. 1990

10.- Clasificaciones Internacionales De Problemas De Salud Cie 10

11.- Guía de cuidados en el embarazo [Internet]. Guía de cuidados en el embarazo. 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

12.- Guía De Control Y Seguimiento Del Embarazo En Atención Primaria [Internet]. 2017 [Cited 14 August 2017]. Available From: <http://www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf>

13.- Grupos de trabajo de la Guía de Embarazo y Parto, Guía de Salud Oral, y Guía de Lactancia Materna. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Octubre de 2015.

14. - Pritchard J, Mac Donald P, Gant N. Williams obstetricia. 24th ed. Barcelona: Salvat; 1987

15.- Concepción, embarazo y parto [Internet]. Mexico; 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/concepcion%20embarazo%20y%20pa>

16.- Quintana Pantaleón. C, Etxeandia Ikobaltzeta I, Rico Iturrioz R. Atención al Parto Normal. 1st ed. Ministerio de Sanidad y consumo; 2017.

17.- Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002

18.- Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capítulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales. Farrington y Ward.-8^a. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999.

19.- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. 1st ed. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz; 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>

20.- Gallego C. Fisiología y clínica de los períodos de dilatación, expulsión y alumbramiento. Apuntes de Ginecología. Revista Electronica de PortalesMedicoscom [Internet]. 2008 [cited 14 August 2017];:P. 1. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/976/1/Fisiologia-y-clinica-de-los-periodos-de-dilatacion-expulsion-y-alumbramiento-Apuntes-de-Ginecologia-Apuntes-de-Medicina.html>

21.- Naveiro Fuentes M. FASE ACTIVA DEL PARTO: CONDUCTA Y MANEJO. [Internet]. 1st ed. 2010 [cited 14 August 2017]. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf

- 22.- Santonja Lucas J. Periodos, fases y duración del parto [Internet]. FISILOGIA DEL PARTO II : Mecanismos. 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://www.uv.es/jjsanton/Parto/Mecanismos%20parto%2098.pdf>
- 23.- López P. Parto: dilatación, expulsión o nacimiento y alumbramiento [Internet]. Biologia-geologia.com. 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: http://biologia-geologia.com/BG3/11163_parto.html
- 24.- LAS FASES DEL 3 PARTO (DILATACION,EXPULSION,ALUMBRAMIENTO). [Internet]. Blog del Embarazo. 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: <http://blogsembarazo.blogspot.mx/2011/11/las-3-fases-del-parto.html>
- 25.- Gallego C. Fisiología y clínica de los períodos de dilatación, expulsión y alumbramiento. Apuntes de Ginecología. Revista Electronica de PortalesMedicos.com [Internet]. 2008 [cited 14 August 2017];:P. 1. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/976/1/Fisiologia-y-clinica-de-los-periodos-de-dilatacion-expulsion-y-alumbramiento-Apuntes-de-Ginecologia-Apuntes-de-Medicina.html>
- 26.- Chacón Vivas G. [Internet]. Venezuela: Universidad de los Andes; 2017 [cited 14 August 2017]. Available from: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/41139/13/alumbramiento_fisiologica.pdf
- 27.- Vargas Mardones L. ALUMBRAMIENTO [Internet]. Chile; 2008 [cited 14 August 2017]. Available from: <https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/alumbramiento-121.pdf>
- 28.- Expulsión alumbramiento - Salud femenina - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2017 [cited 14 August

2017]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/parto-normal/expulsi%C3%B3n-y-alumbramiento>

29.- Alumbramiento normal [Internet]. S878e8201b3404d30.jimcontent.com. 2011 [cited 14 August 2017]. Available from: <https://s878e8201b3404d30.jimcontent.com/download/version/1344300633/module/2393047919/name/Alumbramiento%20normal%20y%20patol%C3%B2gico.ppt.ps>

30.- Paho.org. (2008). Protocolo de atención del puerperio fisiológico. [online] Available at: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235 [Accessed 13 Aug. 2017].

31.- Jairo Amaya Guío. PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA. [cited 14 August 2017]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/20/9789584476180.17.pdf>

32.- Donat F, Maestre MS. Cuidados de salud en el puerperio normal. En: Donat F. Enfermería maternal y ginecológica. Barcelona: Masson; 2000.p.383-401.

33.- Aguarón Benítez. Manual De Asistencia Al Parto Y Puerperio Normal. Cambios En La Madre Durante El Puerperio. Lactancia Materna. [cited 14 August 2017]. Available from: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf

34.- Parte 6 Puerperio [Internet]. infomed red de salud de cuba. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro0/parte6.pdf>

35.- Obstetricia y ginecología: Capitulo 10. Puerperio normal: Pulso [Internet]. Gsdl.bvs.sld.cu. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0ginecolo--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l--11-ur-50---20-help---00-0-1-00-0-0-11-1-0gbk-00&cl=CL1&d=HASH0bcf14bb690288ea7fabf9.15.4&hl=0&gc=0>=0>

36.- Granero Pardo J. Puerperio [Internet]. Junta de andalucia.es. 2004 [cited 15 August 2017]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf>

37.- Cassella C. Puerperio Normal [Internet]. Med.unne.edu.ar. 2010 [cited 15 August 2017]. Available from: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm

38.- Cambios fisiologicos Durante el puerperio [Internet]. Materno Infantil. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: <http://cambiosfisiologicosduranteelpuerperio.blogspot.mx/2012/03/cambios-fisiologicos-durante-el.html>

39.- Nazario Colon G. Complicaciones comunes durante el puerperio [Internet]. Bibliotecatecponce.weebly.com. 2008 [cited 15 August 2017]. Available from: http://bibliotecatecponce.weebly.com/uploads/1/0/4/3/10432120/complicaciones_comunes_durante_el_puerperio.pdf

- 40.- Simón Lorda, D.; Gómez-Reino Rodríguez, I., «Psicosis Puerperal: Aspectos Clínicos Y Asistenciales», *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, Iii, Pp. 70-78
- 41.- Guana M, Bianchi U. *Enfermería ginecoobstétrica*. México: McGraw-Hill; 2009.
- 42.- Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa. (Diciembre/2000). *PUERPERIO NORMAL* . 13 de mayo de 2015, de *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N° 100* Sitio web: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
- 43.- Puerperio [Internet]. *Obstetricia y Ginecología*. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: http://obsgineusmp.blogspot.mx/2008/06/puerperio_106.html
- 44.- *Apuntes Y Notas De Enfermería Materno Infantil*. Curso Académico 2008/09. Dpto. Ciencias De La Salud. Área De Enfermería. Profesorado: Grupo De Mañana: Carmen Álvarez Nieto. Grupo De Tarde: Manuel Linares Abad. 138 Formas
- 45.- MONDRAGÓN H. *Ginecoobstetricia para enfermeras*. Ed. Trillas. Méjico. 1991. OLDS SB, LONDON ML, LADEWIG PA. *Enfermería materno infantil*. 4^a ed. McGraw-Hill. Interamericana. México.1996.
- 46.- Grill Garcia M. *Fisioterapia para las mamás* [Internet]. *eFisioterapia*. 2008 [cited 15 August 2017]. Available from: <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-las-mamas>
- 47.- Moya L. *Cuidados de la Episiotomía* [Internet]. *Natalben.com*. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: <http://www.natalben.com/parto/episiotomia/cuidados-episiotomia>

48.- Ovies Carballo G. Anticoncepción posparto [Internet]. Bvs.sld.cu. 2004 [cited 15 August 2017]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol10_1_99/end09199.htm

49.- Fernandez Marin C, Garrido Torrecillas F. Guía de Lactancia materna [Internet]. Granada; 2015 [cited 15 August 2017]. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf

50.- Guia para una lactancia materna feliz [Internet]. ingessa.msssi.gob.es. 2017 [cited 15 August 2017]. Available from: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_lactancia_materna.pdf

Anexo

Conceptos

Aborto: Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación.

2. Alumbramiento: Es la expulsión de la placenta y sus anexos, esto se produce posterior a la salida del feto, en un periodo de tiempo comprendido de 15 minutos con manejo activo y hasta los 30 minutos sin manejo activo.

3. Amenorrea: Ausencia de la menstruación por más de 90 días.

4. Anemia: Recuento de eritrocitos por debajo 3,000,000 por milímetro cúbico, con hematocrito inferior al 30%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento.

5. Alojamiento Conjunto: Estrategia que se caracteriza por ubicar al recién nacido y su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.

6. ALTO RIESGO REPRODUCTIVO: Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo pueden quedar secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.

7. Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

8. Atención Prenatal precoz: Se denomina así al control iniciado durante el primer trimestre del embarazo.

9. Calidad de atención: Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.

10. Capacidad técnica: Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución del problema de salud de la población que demanda los servicios de salud.

11. Distocia del canal del parto: Son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea, en este caso se denominan distocias óseas. También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal y se denominan distocias de partes blandas.

12. Edad Gestacional: Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.

13. Embarazo: Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación

normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación ⁹

14. Factor de Riesgo: Es la probabilidad aumentada que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir influenciada por características o condicionantes, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

15. Indicadores de Salud: Son los datos más importantes del estado de salud y bienestar de la población. Las fuentes para estos datos provienen del censo general, de estadísticas vitales y de los sistemas de información.

16. Lactancia Materna: Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.

17. Muerte Materna (defunción materna): Es el fallecimiento de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes de terminado el embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. ¹⁰